



Pflege im Alter Begutachtung nach SGB XII im Gesundheitsamt Bremen



Pflege im Alter. Begutachtung nach SGB XII im Gesundheitsamt Bremen

IMPRESSUM

Autoren

Felicitas Jung

Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Benjamin Spieß, Eckhard Lotze

Referat Pflege/Gesundheit älterer Menschen

Redaktion

Winfried Becker

Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Verantwortlich

Dr. Monika Lelgemann

Kommissarische Amtsleitung

Dr. Günter Tempel

Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Herausgeber

Gesundheitsamt Bremen

Horner Straße 60-70

28203 Bremen

Kontakt

felicitas.jung@gesundheitsamt.bremen.de

Internet: <http://www.gesundheitsamt.bremen.de>

Erscheinungsdatum

Juli 2016



INHALT

1. Kurzfassung	4
2. Einleitung	7
3. Methoden	8
4. Pflegebedürftigkeit in Deutschland und in Bremen	9
4.1 Die zwei gesetzlich geregelten Hilfesysteme bei Pflegebedürftigkeit	9
4.1.1 Definition der Pflegebedürftigkeit	9
4.1.2 Die beiden Systeme der Pflegeabsicherung im SGB XI und im SGB XII.....	11
4.2 Definition Alter	13
4.3 Anteil älterer Menschen im Bundesgebiet und in Bremen	14
4.4 Anteil Pflegebedürftiger in Deutschland und in Bremen (SGB XI).....	15
4.5 Verteilung auf Pflegestufen, ambulant und stationär (SGB XI)	18
4.6 Anteil Pflegebedürftiger in Deutschland und Bremen (SGB XII).....	18
4.7 Gesundheit und Krankheit im Alter.....	19
4.7.1 Daten zu körperlichen Erkrankungen	20
4.7.2 Daten zu psychischen Erkrankungen	24
4.8 Pflegebegründende Diagnosen	29
4.8.1 Daten des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands der Krankenkassen.....	29
4.8.2 Daten des Medizinischen Dienstes der Kranken- und Pflegekassen in Bremen.....	31
4.8.3 Funktionale Gesundheit und Einschränkungen im Alter	31
5. Begutachtung von Pflegebedürftigkeit im Gesundheitsamt Bremen (SGB XII)	37
5.1 Entwicklung des Referats Pflege/Gesundheit älterer Menschen	37
5.1.1 Aufgabenbereich des neuen Referats Pflege/Gesundheit älterer Menschen	39
5.2 Daten aus dem Gesundheitsamt – Begutachtungen bei Hilfe zur Pflege (SGB XII)	42
5.2.1 Sozialdaten der begutachteten Personen	42
5.2.2 Faktoren Im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit.....	43
5.2.3 Pflegebedarf	46
5.2.4 Versorgungsaspekte	47
5.2.5 Verteilung auf Stadtteile.....	49
5.2.6 Mit Sprachmittlung begutachtete Personen	52
6. Fazit	57
7. Literatur	62
8. Anhang.....	64
Begutachtungsbogen	64



1. KURZFASSUNG

Die durch Pflegebedürftigkeit entstehenden finanziellen Kosten werden in Deutschland über zwei unterschiedliche soziale Absicherungssysteme abgedeckt: Auf der einen Seite die Pflegeversicherung im Rahmen des SGB XI, eine Pflichtversicherung für Arbeitnehmer, die als Zuschuss zu den tatsächlichen entstehenden Kosten konzipiert ist. Auf der anderen Seite die Hilfe zur Pflege im Rahmen des SGB XII, die prinzipiell von einer individuellen Bedarfsdeckung ausgeht, aber erst nach Einsatz des Einkommens oder Vermögens gewährt wird. Innerhalb des SGB XII ist das Gesundheitsamt Bremen mit dem Referat Pflege/Gesundheit älterer Menschen gemeinsam mit dem Amt für Soziale Dienste begutachtend tätig.

2013 waren in Deutschland innerhalb der Pflegeversicherung nach SGB XI 3,3% der Bevölkerung leistungsberechtigt, in Bremen entsprach diese Quote mit 3,4% dem Bundesdurchschnitt. Der Anteil Leistungsberechtigter für Hilfe zur Pflege nach SGB XII ist sowohl im Bund wie in Bremen deutlich geringer. 2012 betrug er in der bundesweiten Bevölkerung 0,55%, in Bremen mit 0,8% etwas mehr, ähnlich wie in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg. In einer älter werdenden Gesellschaft ist davon auszugehen, dass sowohl die Anzahl wie auch der Anteil Pflegebedürftiger an der Bevölkerung weiter ansteigen werden, wie dies bereits in den vergangenen Jahren der Fall war.

Frauen sind aufgrund ihrer längeren Lebenserwartung generell etwas häufiger von Pflegebedürftigkeit betroffen als Männer.

Daten, die Aussagen erlauben, wie viele Personen tatsächlich durch die sozialen Sicherungssysteme im Pflegefall versorgt werden, fehlen sowohl für Deutschland wie auch für Bremen. Prinzipiell können einzelne Personen aus beiden Systemen Leistungen erhalten. Sie werden in beiden Systemen getrennt erfasst, Angaben zu Überschneidungen der Personenkreise fehlen. Ein Bezug aus beiden Leistungssystemen dürfte besonders häufig bei Heimbewohnern der Fall sein, da die Kosten für eine Pflege im Heim die durchschnittliche Rente weit überschreiten.

Innerhalb der Pflegeversicherung (SGB XI) werden mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen (70%) in Deutschland zu Hause versorgt, fast die Hälfte (47%) allein durch Angehörige und nur knapp ein Drittel in vollstationärer Pflege (30%). Im Land Bremen befinden sich etwas weniger Personen in vollstationärer Pflege (28%), mehr Personen werden zu Hause versorgt (72%). Dafür nehmen in Bremen prozentual etwas mehr Menschen ambulante Dienste in Anspruch als im Bundesdurchschnitt (Deutschland 23% aller Pflegebedürftigen versus Bremen 28%). In Bremen scheint der gesetzliche Grundsatz "ambulant vor stationär" gut umgesetzt zu werden.

Innerhalb der Hilfe zur Pflege (SGB XII) erhielten in Deutschland fast drei Viertel der Empfängerinnen und Empfänger (2011: 72%; 2012: 71%) Hilfe in Einrichtungen. In Bremen ist der Anteil der Personen in Einrichtungen im Jahr 2012 mit 65% etwas geringer. Er liegt am unteren Rand der Bundesländer.

Innerhalb verschiedener Studienergebnisse finden sich unter den häufigsten Diagnosegruppen im Alter Herz-Kreislauf-, Muskel- und Skelett-, Krebs-, psychische Erkrankungen (eingeschlossen die Demenzen) sowie Stoffwechselerkrankungen. Der Anteil von Frauen ist mit Ausnahme der Krebserkrankungen stets höher als der der Männer.

Multimorbidität nimmt mit dem Alter zu und ist bei älteren Menschen (ab 70 Jahren) eher die Regel als die Ausnahme. Obwohl diese ein hohes Risiko für Pflegebedürftigkeit birgt, ist der Be-



griff der Multimorbidität aus Sicht der Betroffenen zu relativieren. Für das subjektive Befinden ist die Schwere der damit verbundenen Beschwerden entscheidend.

Demenz wird einhellig als eine der häufigsten Alterskrankheiten anerkannt. Geschätzt wird eine Rate von 5% bis 9% Demenzerkrankte bei 65-Jährigen und Älteren. Die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter, ihr Anteil verdoppelt sich ungefähr im Abstand von 5 Jahren. Demenzen erfordern vor allem aufgrund der kognitiven Einschränkungen einen hohen Betreuungs- und Pflegeaufwand über einen relativ langen Zeitraum. Der größere Teil dieser Menschen (60%) wird dennoch zu Hause versorgt, der kleinere Teil in Heimen (40%). Geschätzt wird, dass etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen in Privathaushalten an Demenz leiden und etwa zwei Drittel der Heimbewohnerinnen und -bewohner betroffen sind.

Die Datenlage zu weiteren psychischen Erkrankungen bei älteren Menschen ist in Deutschland insgesamt ungenügend. Obwohl davon auszugehen ist, dass ältere Menschen gesundheitliche und soziale Einschränkungen häufig kompensieren können, ist von einer Untererfassung bei Depressionen auszugehen. Depressive Symptome werden bei älteren Menschen häufiger dem Alterungsprozess zugeordnet und nicht oder nicht ausreichend wahrgenommen und behandelt. Die erhöhte Suizidrate bei Älteren weist ebenfalls darauf hin.

Pflegebedürftigkeit kann in der Folge von Erkrankungen oder als Folge des Alterungsprozesses entstehen, wenn Funktionen, die für die Alltagsbewältigung notwendig sind, eingeschränkt werden. In gewissem Maß können diese Funktionseinschränkungen über soziale, finanzielle, geistige oder in der Umwelt vorhandene Ressourcen kompensiert werden.

Soziale Faktoren wie Bildung und Einkommen beeinflussen die Verfügbarkeit von Ressourcen (geistige, soziale und finanzielle) und die Entwicklung von Krankheiten. Sie beeinflussen darüber den Erhalt der Mobilität und Selbstständigkeit im Alter. Soziale Ungleichheit wirkt sich auf Menschen mit geringer Bildung und geringem Einkommen bei der Entwicklung von Pflegebedürftigkeit stärker negativ aus als auf Menschen mit höherer Bildung und höherem Einkommen.

Im Jahr 2014 erhielt das Referat "Pflege/Gesundheit älterer Menschen" 993 Gutachtaufträge im Rahmen des SGB XII bei 867 Personen. Nur 22% der Begutachteten hatten keinerlei Leistungsansprüche an die Pflegeversicherung.

Bei Menschen im Heim mit Leistungsansprüchen an die Pflegeversicherung werden in der Regel keine Begutachtungen durch das Gesundheitsamt durchgeführt, da diese bereits durch den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) erfolgte. Dies erklärt, warum 96% der begutachteten Personen in der eigenen Wohnung lebten. Wie durchgängig in der Pflege waren 60% Frauen. Bei 18% der begutachteten Personen wurde aufgrund geringer Deutschkenntnisse eine Sprachmittlung hinzugezogen. Im Vergleich mit den Anteilen der ausländischen oder migrantischen Bevölkerung unter den Älteren in Bremen erscheint dies ein relativ hoher Anteil.

Als verursachende Faktoren im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit finden sich in den Daten des Gesundheitsamtes überwiegend Mobilitätseinschränkungen, gefolgt von Inkontinenz und kognitiven Einschränkungen. Erstere und letztere finden sich auch anderen Studienergebnissen als wichtige Faktoren, die zu Pflegebedürftigkeit führen. Inkontinenz dagegen wird in der Regel nicht als solche erfasst, sie verbirgt sich unter anderen Erfassungsfaktoren.

Gut die Hälfte der Begutachteten im Gesundheitsamt (51%) findet sich unter eher gering Pflegebedürftigen – in Pflegestufe I oder unterhalb dieser Pflegestufe. Bei knapp der Hälfte der Gutachten (47%) wurden jedoch weitergehende Empfehlungen ausgesprochen, um die Versor-



gungssituation zu verbessern. Diese umfassen pflegfachliche Hinweise wie Kontrolle der Trinkmenge, Hausnotrufgeräte bis hin zu baulichen Veränderungen.

Bei der Verteilung auf Stadtteile zeigt sich, dass die Begutachteten insgesamt verstärkt aus Stadtteilen kommen, die einen eher niedrigen Sozialindex haben. Hier fällt insbesondere Gröpelingen auf. Begutachtete mit Sprachmittlung kommen allerdings am häufigsten aus der Vahr.

Bei Menschen mit einer Sprachmittlung werden häufiger geringere Pflegebedarfe anerkannt, obwohl sie durchschnittlich 6 Jahre älter sind. Sie erhalten doppelt so häufig wie Menschen ohne Sprachmittlung eine Einstufung ihrer Pflegebedürftigkeit unterhalb der Pflegestufe I. Wie diese Unterschiede zustande kommen, lässt sich anhand der Daten nicht klären.



2. EINLEITUNG

Das Gesundheitsamt Bremen befasst sich neben vielen anderen Aufgabenbereichen seit langem auch mit Lebenswelten und Problembereichen älterer Menschen. Im Zuge einer Gesellschaft, in der der Anteil älterer Menschen steigt, rückt dieses Thema verstärkt in den Blick. Den daraus resultierenden Problemlagen wird mit der Einrichtung des neuen Referats "Pflege/Gesundheit älterer Menschen" Rechnung getragen. Das Referat übernahm für Bremen im Jahr 2012 in Kooperation mit dem Amt für Soziale Dienste die Begutachtung pflegebedürftiger Menschen im Rahmen der Hilfe zur Pflege (Kap. 7 SGB XII). Dabei handelt es sich um Personen, die durch die Pflegeversicherung (SGB XI) nicht oder nicht ausreichend abgesichert sind. Dies betrifft in sehr geringem Umfang auch jüngere Menschen ab 18 Jahre. Für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) ist die Aufgabe selbst nicht neu, sie wird in Bremen aber erstmalig in einem eigenen Referat gebündelt.

Der folgende Bericht entwickelte sich aus einer Bestandsaufnahme der Tätigkeit des neu konzipierten Referats und der Zielsetzung, den Aufgabenbereich der Öffentlichkeit zu präsentieren. Das Besondere im Zuschnitt dieses Referats ist seine ressort- und berufsgruppenübergreifende Tätigkeit. Das Gesundheitsamt und das Amt für Soziale Dienste beziehungsweise deren Pflegefachkräfte und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter arbeiten hier Hand in Hand, um eine umfassende Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu gewährleisten.

Um zu verstehen, welchen Stellenwert die Arbeit des Referats in der Gesamtversorgung pflegebedürftiger älterer Menschen in Bremen hat und wie die hier ermittelten Ergebnisse einzuordnen sind, wurde dem Tätigkeitsbericht ein allgemeiner und theoretisch orientierter Teil vorweggestellt, der sich ausführlich mit dem Anteil pflegebedürftiger älterer Menschen in Deutschland und Bremen, mit Krankheiten im Alter und mit Ursachen der Pflegebedürftigkeit auseinandersetzt.

Der letzte Teil, das Fazit, widmet sich einer Einschätzung der Ergebnisse und den sich daraus entwickelnden Empfehlungen.

Insgesamt beschäftigt sich dieser Bericht nicht – wie vielleicht zu erwarten – mit allgemeinen Fragen des Alters, sondern mit einem letztendlich kleinen Ausschnitt dieser Lebensphase, nämlich der Pflegebedürftigkeit im Alter.

Dieser Bericht richtet sich an die interessierte Fachöffentlichkeit aus Pflege, Medizin, Sozialer Arbeit und Politik.



3. METHODEN

Der vorliegende Bericht gliedert sich in zwei Hauptteile. In einem theoretischen Teil wird eine Basis zum Verständnis des Begriffs der Pflege und der verschiedenen Sozialsysteme im Sozialgesetzbuch (SGB) XI und SGB XII geschaffen, sowie Daten zu Ursachen der Pflegebedürftigkeit zusammengetragen. Im zweiten Teil folgt der Bericht aus dem ersten vollständigen Jahr der Praxis des Pflegereferats.

Insgesamt liegen dem Bericht folgende Fragen zugrunde:

- In welchem Verhältnis stehen alte Menschen mit solchen, die Pflege benötigen in Bremen und bundesweit?
- Welche Krankheiten führen zu Pflegebedürftigkeit beziehungsweise was wird als Grund für Pflegebedürftigkeit genannt?
- Welchen Anteil an der Versorgung von Pflegebedürftigen übernimmt das Referat "Pflege/Gesundheit älterer Menschen" im Gesundheitsamt?
- Wen erreicht das Referat "Pflege/Gesundheit älterer Menschen"?
- Welche Leistungen werden seitens des Pflegereferats empfohlen?

Für die im ersten, allgemeinen Teil benötigten Daten wurden verschiedene frei verfügbare Datenbanken wie die des Statistischen Bundes- oder Landesamtes Bremen, des Robert Koch-Instituts und des Medizinischen Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen genutzt sowie verschiedene Studienergebnisse wie die der Deutschen Altersstudie (DEAS) oder der Berliner Altersstudie. Für die Ergebnisse aus dem Pflegereferat konnte die dortige Datenbank genutzt werden, in die sowohl die Daten aus den erstellten Gutachten des Referates als auch die Hilfepläne des Sozialdienstes des Amtes für Soziale Dienste einfließen. Für den vorliegenden Bericht wurden die Daten des gesamten Jahres 2014 ausgewertet.

Da die Datenerfassung der jeweils genutzten Datenbanken, der Studien und auch die des Pflegereferats im Gesundheitsamt unterschiedlichen Erfassungssystematiken und Zielsetzungen unterliegen, sind die Ergebnisse nicht immer direkt miteinander vergleichbar. Einschränkungen werden an entsprechender Stelle ausführlicher erläutert.



4. PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IN DEUTSCHLAND UND IN BREMEN

Da sich dieser Bericht vorrangig dem Thema der Pflegebedürftigkeit widmet und nicht dem umfassenden Thema des Alters oder des Alterns, werden zunächst die staatlichen Hilfssysteme bei Pflegebedürftigkeit vorgestellt. Erst dann werden der Begriff Alter und die damit einhergehenden epidemiologisch relevanten gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen behandelt. Vor allem Letztere sind ausschlaggebend für das Zustandekommen von Pflegebedürftigkeit.

4.1 Die zwei gesetzlich geregelten Hilfssysteme bei Pflegebedürftigkeit

In Deutschland erfolgt die Absicherung bei Pflegebedürftigkeit vor allem über zwei gesetzlich geregelte Hilfssysteme. Beide Systeme werden hier vorgestellt, um die steigende Bedeutung der (ergänzenden) Sozialhilfe für Pflegebedürftige verständlich zu machen.

Die bei Pflegebedürftigkeit entstehenden Kosten überfordern viele Bürger trotz einer Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung. Als Grund hierfür ist das "Teilkaskoprinzip" dieser Versicherung zu nennen, wonach lediglich anteilig Kosten für Pflegeleistungen übernommen werden. Daher entfallen auf Pflegebedürftige und ihr familiäres Umfeld häufig hohe private Kosten. Frauen sind aufgrund einer längeren Lebenszeit und einer längeren Pflegedauer durchschnittlich deutlich stärker belastet – und dies trotz durchschnittlich geringerer Rentenansprüche. Sie müssen – umgerechnet auf ihre Lebenszeit – privat zusätzlich etwa 45.000 Euro Pflegekosten beisteuern, Männer dagegen nur etwa 21.000 Euro.¹ Diese wirtschaftlichen Belastungen entstehen häufig durch eine Heimunterbringung. Da bedarfsgerechte Pflege eines Menschen in einem Sozialstaat keine Frage individueller finanzieller Möglichkeiten sein darf, gibt es als unterstes Netz der sozialen Absicherung die Hilfe zur Pflege. Diese Sozialhilfeleistung aus dem Sozialgesetzbuch XII steht jedem zu, der durch Pflegebedürftigkeit finanziell an seine Grenzen stößt und soll eine menschenwürdige Pflege sichern. Zum Verständnis werden hier nach einer Begriffsbestimmung der Pflegebedürftigkeit die wesentlichen Eckpunkte der beiden Sicherungssysteme vorgestellt.

4.1.1 DEFINITION DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit findet in unterschiedlichen Kontexten verschiedene Begriffsbestimmungen, die teilweise weiter oder enger gefasst sind.

Interessant zum Verständnis des Begriffs Pflegebedürftigkeit ist der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte Begriff der funktionalen Gesundheit, der als Gegenbegriff zur Pflegebedürftigkeit verstanden werden kann. Die Möglichkeit zur Aktivität und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wird in den Mittelpunkt der Definition von Funktionsfähigkeit gestellt:

*"Eine Person ist funktional gesund, ... wenn sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation/Teilhabe an Lebensbereichen)."*²

Pflegebedürftigkeit – im Umkehrschluss – ist mit dem Verlust der selbstbestimmten und selbstständigen Lebensgestaltung verbunden. In Deutschland definiert vor allem das Sozialgesetzbuch XI (Soziale Pflegeversicherung), was vom Gesetzgeber als Pflegebedürftigkeit anerkannt wird.

¹ Barmer GEK 2012

² DIMDI 2005



Gleichzeitig finden sich allerdings in anderen Sozialgesetzbüchern andere oder weitergehende Definitionen. Gerade die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII gehen darüber hinaus, wie im Weiteren dargestellt wird. Zunächst nehmen wir aber auf das SGB XI Bezug.

Die in Deutschland im Jahr 1995 im SGB XI eingeführte Pflegeversicherung soll die finanziellen Risiken einer Pflegebedürftigkeit abfedern. Auch sie zielt darauf, durch die gewährten Hilfen

"... ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten." (§2(1) SGB XI)

Laut Gesetz besteht ein Hilfe- oder Pflegebedarf, wenn aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen alltägliche Verrichtungen im individuellen Lebenskontext allein nur noch begrenzt oder gar nicht mehr möglich sind. Persönliche Hygiene, Nahrungsaufnahme, Bewegung im näheren Umfeld und hauswirtschaftliche Erledigungen gehören zu den alltäglichen Verrichtungen.³ Im SGB XI wird jedoch zusätzlich eine zeitliche Perspektive von mehr als sechs Monaten eingeführt:

"Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen." (§14(1) SGB XI)

Im Rahmen des SGB XI sind die Leistungen der Pflegeversicherung zudem nach oben klar begrenzt. In den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft wurden exklusiv 21 Verrichtungen definiert. Weitere pflegerische, soziale und psychische Bedarfe können nicht berücksichtigt werden. Die Leistungen werden, abhängig vom jeweiligen Umfang des Pflegebedarfs, gestaffelt nach Pflegestufen von I ("erheblich pflegebedürftig") bis III ("schwerstpflegebedürftig") gewährt. Nicht berücksichtigt wurden Menschen mit geringfügigem Pflegebedarf und kognitiven oder psychischen Einschränkungen. Dies betraf vorwiegend Menschen mit Demenzerkrankungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen. Um diesen Missstand zu beheben, wurde das SGB XI seit 2008 in mehreren Schritten reformiert (vergleiche § 45a und § 87b SGB XI) und am 30.12.2012 durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz ergänzt. So können nun Menschen mit sogenannter "eingeschränkter Alltagskompetenz" im häuslichen, teilstationären und stationären Bereich Leistungen oder Versorgung erhalten, die nicht innerhalb der Pflegestufen festgeschrieben sind. Damit wurden Unterstützungsbedarfe unterhalb oder zusätzlich zu den festgelegten Pflegestufen als erstattungsfähig anerkannt.

Eingeführt wurde der Begriff der eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA) bereits 2008 (§ 45a SGB XI), um Menschen mit kognitiven Defiziten, die aber im Sinne des Pflegegesetzes noch nicht pflegebedürftig waren, im ambulanten Bereich einen Leistungsanspruch zu ermöglichen. Der entsprechende Leistungsbetrag wurde 2015 erhöht. Im stationären Bereich wurden für diese Leistungen abhängig von der Anzahl der betroffenen Personen ebenfalls seit 2008 Teilbeträge für Personal zur Verfügung gestellt (§ 87b SGB XI). Im teilstationären Bereich gibt es erst seit 2013 eine Erstattung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz).

³ Menning und Hoffmann 2009



Anders konstruiert als die Pflegeversicherung im Rahmen des SGB XI geht die Hilfe zur Pflege im Rahmen des SGB XII⁴ vom Prinzip der individuellen Bedarfsdeckung aus.⁵ Sie kann aber erst nach Einsatz des eigenen Einkommens/Vermögens beansprucht werden. Die Hilfen im SGB XII sind eng am Grundsatz der Menschenwürde⁶ orientiert, so dass alle notwendigen Pflegebedarfe gedeckt werden müssen. Der Begriff der "Pflegebedürftigkeit" ist damit in der Sozialhilfe deutlich weiter gefasst als im SGB XI. Die Absicherung entspricht hier einer "Vollversicherung"⁷. Auch bestehen anders als im SGB XI keine Zugangsschwellen bezüglich Ausmaß und Dauer der Pflegebedürftigkeit. Daher existiert für Personen mit Anspruch auf Hilfe zur Pflege das viel diskutierte Problem der "ambulanten Versorgungslücke" nach Entlassung aus dem Krankenhaus nicht.

Insgesamt ermöglicht das Verständnis von Pflegebedürftigkeit in der Sozialhilfe ein umfassendes Erfassen der pflegerischen Bedarfslagen. Dies ist für die Pflegegutachterinnen und -gutachter des Referats "Pflege/Gesundheit älterer Menschen" von besonderer Bedeutung, da sie hinsichtlich ihrer Empfehlungen keinen inhaltlichen und finanziellen Einschränkungen unterliegen und sie alle erkennbaren Defizite (auch jenseits von Pflegebedürftigkeit) thematisieren können.

4.1.2 DIE BEIDEN SYSTEME DER PFLEGEABSICHERUNG IM SGB XI UND IM SGB XII

Mit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung im SGB XI im Jahr 1995 reagierte die deutsche Politik auf die immer höher werdenden Sozialhilfekosten für Pflegebedürftige. Im Jahr der Spitzenbelastung (1994) betrugen diese umgerechnet 9,1 Milliarden Euro Bruttokosten.⁸ Unter der Prämisse einer dauerhaften "Beitragsstabilität" (§ 70 SGB XI) wurde daher die fünfte Säule des deutschen Sozialversicherungssystems geschaffen. Anders als in der Krankenversicherung war keine bedarfsdeckende Pflegeversorgung geplant. Die pauschalierten Leistungen der drei Pflegestufen waren nur als Zuschuss zu den Gesamtkosten konzipiert, deshalb decken sie oft nur einen Teil der tatsächlichen Pflegekosten ab. Gelegentlich wird die Pflegeversicherung daher als "Teilkaskoversicherung" bezeichnet. Selbst diese Teil-Leistungen wurden erheblich "entwertet", da in 20 Jahren Pflegeversicherung die Leistungsbeträge nur unzureichend angehoben wurden. Erst vor kurzem wurde eine regelmäßige Anhebung der Leistungsbeträge gesetzlich beschlossen.

Mit der Einrichtung der Pflegeversicherung gelang es zunächst, die Zahl der durch Pflegebedürftigkeit verursachten Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger deutlich zu reduzieren und damit die Sozialhilfeträger von Kosten für die Pflege deutlich zu entlasten.

Kritische Expertinnen und Experten weisen trotz weit verbreiteten Lobes zur Absicherung des individuellen Pflegerisikos in einer Sozialversicherung auf Mängel hin. Die nur in Deutschland existierende Trennung von privater und sozialer Pflegeversicherung ermöglicht es Berufsgruppen wie Vielverdienern, Selbstständigen oder Beamten, sich der Solidargemeinschaft zu entzie-

⁴ 7. Kapitel SGB XII (§§ 61-66)

⁵ Lampert/Althammer 2007, Seite 356

⁶ siehe § 9 SGB I: "Wer nicht in der Lage ist, aus eigenen Kräften seinen Lebensunterhalt zu bestreiten oder in besonderen Lebenslagen sich selbst zu helfen, und auch von anderer Seite keine ausreichende Hilfe erhält, hat ein Recht auf persönliche und wirtschaftliche Hilfe, die seinem besonderen Bedarf entspricht, ihn zur Selbsthilfe befähigt, die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht und die Führung eines menschenwürdigen Lebens sichert. Hierbei müssen Leistungsberechtigte nach ihren Kräften mitwirken."

⁷ Kraher 2010

⁸ Statistisches Bundesamt (2009): Statistik der Sozialhilfe - Hilfe zur Pflege 2007.



hen. Zudem ermögliche die lohnabhängige Konstruktion der heutigen Pflegeversicherung eine "Umverteilung von unten nach oben". Dadurch, dass Vermögen und Erbschaften nicht zur Finanzierung sozialstaatlicher Leistungen mitherangezogen werden, würden Erben besonders bevorteilt, während die lohnabhängige Bevölkerung vor allem der unteren und mittleren Lohngruppen besonders belastet werde.⁹

Ein herausragendes Problem ist jedoch vor allem der im SGB XI definierte und viel zu eng gefasste Begriff der "Pflegebedürftigkeit". Die Pflegewissenschaft bemängelt dies seit Einführung der Pflegeversicherung. Im pflegerischen Alltag wurde dies ebenfalls sehr schnell deutlich, da wesentliche pflegerische Bedarfe wie zum Beispiel Kommunikation, Beratung und Hilfen zur Alltagsbewältigung unzulässig ausgeklammert sind. Besonders kritisch ist die längst überholte Definition der Pflege als "Verrichtung an der Person"¹⁰. Diese suggeriert, Pflege sei ein Handwerk und nur der Zielsetzung "satt und sauber" verpflichtet. Für 2017 ist nun von der Bundespolitik die Einführung einer breiteren und pflegewissenschaftlich fundierten Definition von Pflegebedürftigkeit angekündigt. Diese lag dem Bundesgesundheitsministerium allerdings bereits seit dem Jahr 2009 zur Umsetzung vor.

Betragen die Ausgaben der Pflegeversicherung schon heute bundesweit circa 25,45 Milliarden Euro (2014) pro Jahr, sind mit der Einführung einer neuen Definition von Pflegebedürftigkeit zusätzliche Mehrkosten zu erwarten. Daher ist zu damit zu rechnen, dass bei der anstehenden großen Reform des SGB XI finanzielle Aspekte entscheidungsleitend sein werden, ähnlich wie bei Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995. Abzusehen ist auch, dass der Charakter der Teilkaskoversicherung nicht infrage gestellt wird – trotz politisch-gesellschaftlicher Diskussionen, die dem Wunsch nach einer breiter aufgestellten, solidarisch finanzierten Pflege-Vollversicherung Ausdruck geben. Das Verhältnis von Pflegeversicherung und Sozialhilfe bei Pflegebedürftigkeit wird also weiterhin das von "Teil-" zu "Vollkaskoversicherung" sein. Der Sozialhilfe wird damit auch in Zukunft eine zentrale existenzsichernde Funktion bei Pflegebedürftigkeit zukommen und sie wird von wachsender Bedeutung sein. Verschiedene gesellschaftliche Entwicklungen sind hierfür als Gründe hieranzuziehen, wie im folgenden Abschnitt erläutert wird.

Zu nennen sind die demografische Überalterung beziehungsweise "Unterjüngung"¹¹ mit einem hohen Anteil älterer Menschen und im Zuge dessen eine Zunahme chronischer und geriatrischer Krankheitsbilder bei einer gleichzeitigen Abnahme Jüngerer. Hinzu werden strukturelle Veränderungen der Absicherung im Alter durch ein sinkendes Rentenniveau zu mehr Altersarmut führen. Diese Entwicklungen werden eine verstärkte Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege auslösen. Dennoch wird sie als Bestandteil der Sicherung einer angemessenen Versorgung in der

⁹ Behrens/Rothgang (2000): "Die Umstellung der Finanzierung von einer Steuerfinanzierung mit progressivem Steuertarif auf eine proportionale und ab der Beitragsbemessungsgrenze der Pflegeversicherung sogar regressiv Beitragsfinanzierung führt zu einer "Umverteilung von unten nach oben", also zu einer Begünstigung der Besserverdienenden im Vergleich zur Zeit vor Einführung der Pflegeversicherung. Auch auf der Leistungsseite lässt sich zumindest im stationären Bereich dieselbe Umverteilungsrichtung beobachten. Für die Mehrzahl der Sozialhilfeempfänger ändert sich nichts; die einkommensstärkeren Selbstzahler hingegen profitieren von den Leistungen der Pflegeversicherung."

¹⁰ normiert im §14 SGB XI

¹¹ Der Begriff "Unterjüngung" weist darauf hin, dass nicht nur die Alterung der Gesellschaft die herkömmlichen Sozialsysteme überfordert, sondern auch die zu niedrige Geburtenrate in Deutschland.



Pflege bislang wenig beachtet. Obwohl 2014 bundesweit über 4 Milliarden Euro pro Jahr für pflegebedürftige Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger aufgewendet wurden.

Tabelle 1 fasst noch einmal die wesentlichen Unterschiede im Zugang und den Leistungen nach SGB XI und SGB XII zusammen.

Tabelle 1: Vergleich des Begriffs der Pflegebedürftigkeit innerhalb der verschiedenen gesetzlichen Grundlagen im SGB XI und SGB XII

Pflegebegriff entsprechend Pflegeversicherung SGB XI, § 14	Erweiterter Pflegebegriff entsprechend Sozialhilfe SGB XII, § 61
Mindestens erhebliche Pflegebedürftigkeit (mind. Stufe 1)	Geringerer Grad ausreichend (sogenannte "Pflegestufe 0")
Voraussichtlich mind. 6 Monate	Kürzere Dauer ausreichend
Nur körperbezogener Verrichtungsbedarf und Hauswirtschaft berücksichtigt	"andere Verrichtungen" möglich (insbesondere psychosoziale Hilfen, unregelmäßige Hilfen, ...)
Leistungen: gedeckelt (je nach Pflegestufe)	Leistungen: bedarfsdeckend

4.2 Definition Alter

An dieser Stelle wird eine kurzgefasste Definition des Begriffs "Alter" vorgenommen. Die Lebensphase "Alter" ist keineswegs feststehend und eindeutig, sondern ein gesellschaftlich geprägter Begriff.

In unserer Kultur gliedert sich der Verlauf von Lebensphasen in drei große ideelle Abschnitte:

- Kindheit und Jugend als Zeit der Bildung und Berufswahl,
- Erwachsenenalter, das geprägt ist durch Erwerbstätigkeit und Familienzeit,
- Alterszeit als Phase der Ruhe, die mit dem Rentenalter gleichgesetzt wird.

Die Lebensphase "Alter" wird häufig ab 60 oder 65 Jahre aufwärts – mit dem Beginn des Rentenalters – festgelegt. Diese Entscheidung ist mehr oder weniger willkürlich. Die Gruppe der älteren Menschen wird zudem in zwei Altersgruppen differenziert. Es wird von "jungen Alten" und von "Hochbetagten" oder "Hochaltrigen" gesprochen. Die Grenze zur Hochaltrigkeit ist jedoch demographisch festgelegt, wenn 50% eines Geburtsjahrgangs gestorben sind. Biologisch-medizinisch wird Hochaltrigkeit mit einer Zunahme von psychischen und physischen Erkrankungen verbunden.¹² Es handelt sich – wie in den weiteren Ausführungen zu sehen sein wird – um die Gruppe Älterer, die am häufigsten pflegebedürftig wird.

Da der Beginn des 65. Lebensjahres häufig in Statistiken zur Pflege bei Altersgruppenbildung genutzt wird, folgen wir, wenn möglich, dieser Altersgrenze.

¹² Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration 2011, Seite 3



4.3 Anteil älterer Menschen im Bundesgebiet und in Bremen

Im Jahr 2011 waren 21% der Bevölkerung Deutschlands 65 Jahre und älter. Da Frauen im Mittel älter als Männer werden, lag ihr Anteil mit 23% etwas über dem der Männer mit 18%. Nur 2% der Bevölkerung sind 85 Jahre und älter; auch hier lag der Anteil der Frauen mit 4% über dem der Männer mit 2%.¹³

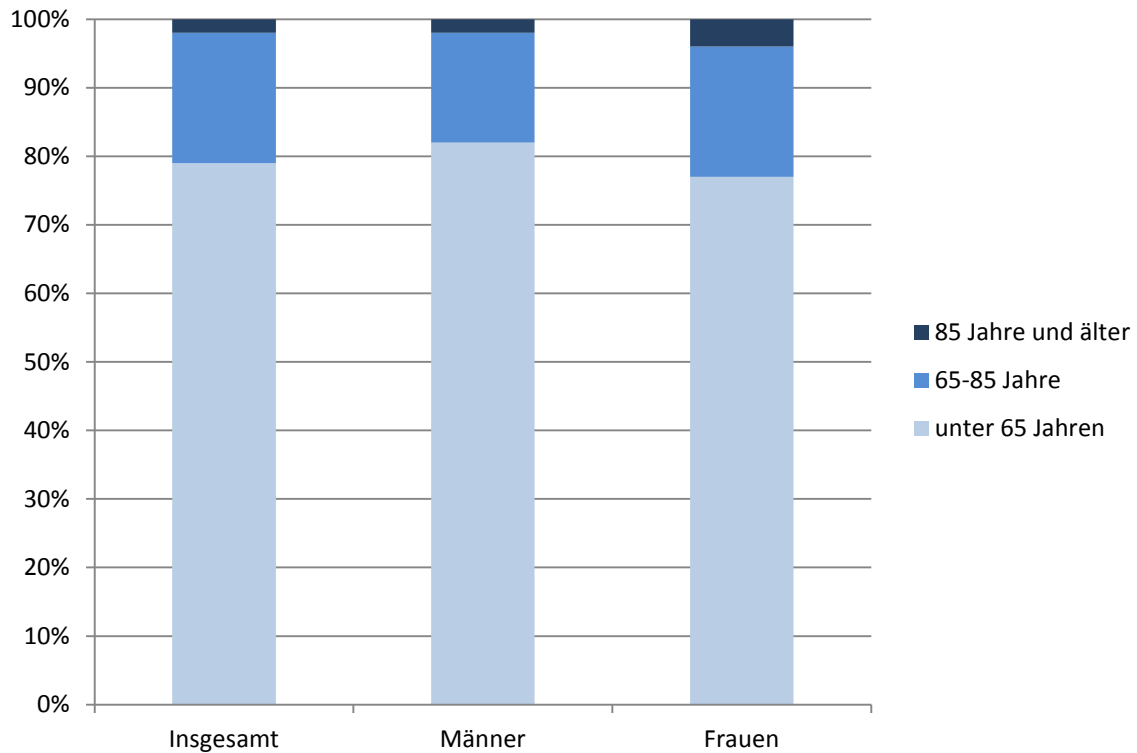


Abbildung 1: Bevölkerungsverteilung nach Alter und Geschlecht, Anzahl Stand 31.12.2011

Quelle: Statistisches Bundesamt 2014, Eigene Berechnungen

Der Anteil älterer Menschen (65 Jahre und älter) war im Bundesland Bremen mit 21% genauso hoch wie in Deutschland insgesamt. Auch die Geschlechterverteilung in dieser Altersgruppe entsprach der in Deutschland (24% Frauen versus 18% Männer). Ebenso ist der Anteil der über 85 Jahre und älteren Menschen mit 3% der Bevölkerung Bremens (4% Frauen versus 1% Männer) fast identisch mit dem Bundesdurchschnitt.¹⁴

¹³ Statistisches Bundesamt 2014. Eigene Berechnungen.

¹⁴ Statisches Landesamt Bremen. Stand 31.12.2011. Eigene Berechnungen



4.4 Anteil Pflegebedürftiger in Deutschland und in Bremen (SGB XI)

In einer Gesellschaft mit einem steigenden Anteil älterer Menschen ist davon auszugehen, dass auch der Anteil Pflegebedürftiger steigen wird. Daten der vergangenen Jahre bestätigen einen solchen Trend. Waren 2011 noch 3,1% der Bevölkerung (2,5 Millionen) im Rahmen der Pflegeversicherung pflegebedürftig¹⁵, waren es 2013 bereits 3,3% der Bevölkerung (2,6 Millionen)¹⁶. Frauen sind häufiger pflegebedürftig als Männer. 2011 waren 4% der Frauen und 2% der Männer pflegebedürftig.¹⁷ Obwohl davon auszugehen ist, dass verbesserte Lebensbedingungen zu mehr gesunden Lebensjahren führen werden, belegen Daten des Pflegereport 2010 der BAR-MER GEK¹⁸, dass zwar von einem Zugewinn an gesunden Lebensjahren auszugehen ist, gleichzeitig aber von einer höheren Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit im Lebenslauf. Unter verstorbenen männlichen GEK-Versicherten nahm der Anteil vormals Pflegebedürftiger von 40,3 % im Jahr 2001 auf 47,0 % in 2009 zu. Unter verstorbenen Frauen stieg der Anteil von 60,2 % auf 66,7 %.

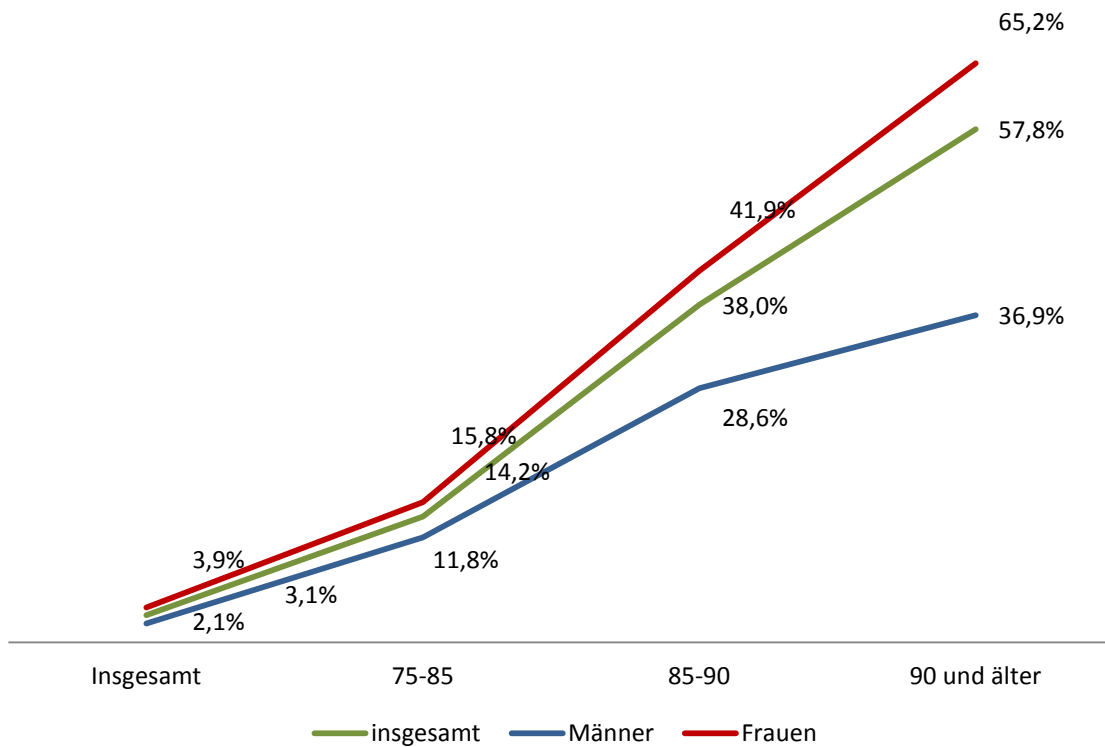


Abbildung 2: Anteil pflegebedürftiger Personen in Deutschland nach Altersgruppen
Quelle Statistisches Bundesamt 2013, Pflegestatistik 2011

¹⁵ Statistisches Bundesamt 2013

¹⁶ Statistisches Bundesamt 2015

¹⁷ Statistisches Bundesamt 2013

¹⁸ Rothgang et al. 2010

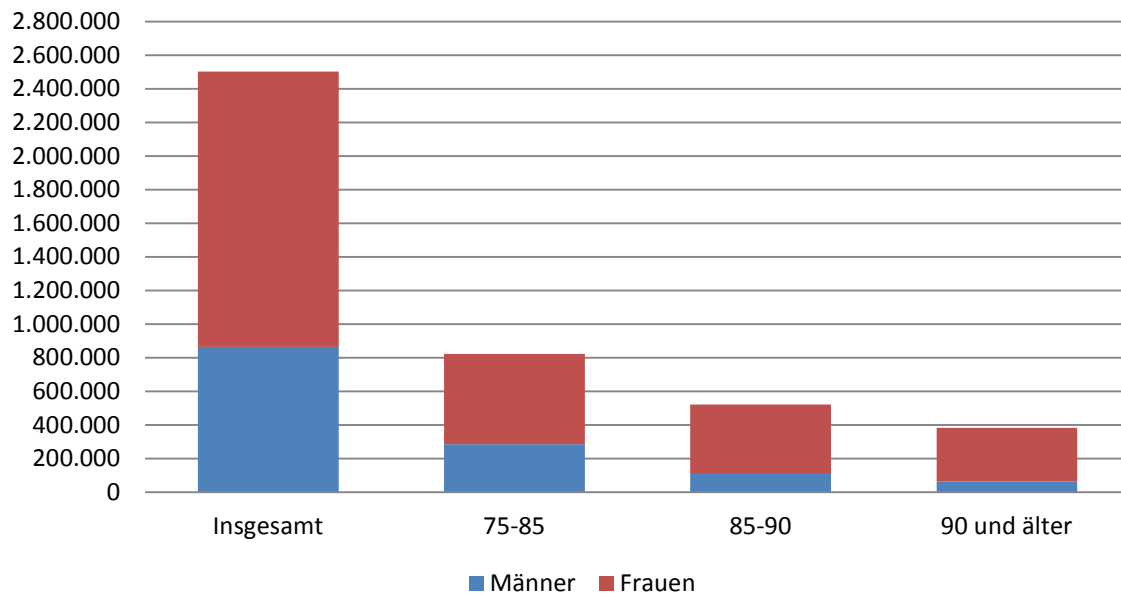


Abbildung 3: Anzahl pflegebedürftiger Personen in Deutschland
Quelle: Statistisches Bundesamt 2013, Pflegestatistik 2011

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil pflegebedürftiger Personen. Während es bei den 65-jährigen nur 3% betrifft, sind es bei den über 90-jährigen mit 58% mehr als die Hälfte der Altersgruppe (siehe Abbildung 2).¹⁹ Gleichzeitig sinkt jedoch in den höheren Altersgruppen die absolute Zahl Pflegebedürftiger, da die Alterskohorten mit zunehmendem Alter schrumpfen (siehe Abbildung 3). In der Altersgruppe der 75- bis 85-Jährigen lebten 2011 noch fast 6 Millionen, in der der über 90-jährigen lebten dagegen nur noch 660.000 Personen.²⁰

Im Land Bremen waren 2011 im Rahmen der Pflegeversicherung insgesamt 22.178 Personen, (3,4%) pflegebedürftig.²¹ Dieser Anteil fand sich auch für das Jahr 2013 und entspricht damit dem Bundesdurchschnitt, ebenso wie die Verteilung der Geschlechter (4% Frauen versus 2% Männer).²² Auch in Bremen ist der Anteil Pflegebedürftiger in der Altersgruppe der 90-Jährigen und Älteren mit 52% am höchsten (siehe Abbildung 4). Dabei handelt es sich um 3.550 Personen, von denen 2.955 Frauen und 595 Männer waren. Auch in Bremen steigt der Anteil Pflegebedürftiger in den höheren Altersgruppen, während die absolute Zahl Pflegebedürftiger in diesen Altersgruppen deutlich abnimmt (siehe Abbildung 5).

¹⁹ Statistisches Bundesamt 2013

²⁰ Quelle: Statistisches Bundesamt 2014, Eigene Berechnungen

²¹ Statistisches Bundesamt 2013

²² Statistisches Landesamt Bremen 2014 und eigene Berechnungen

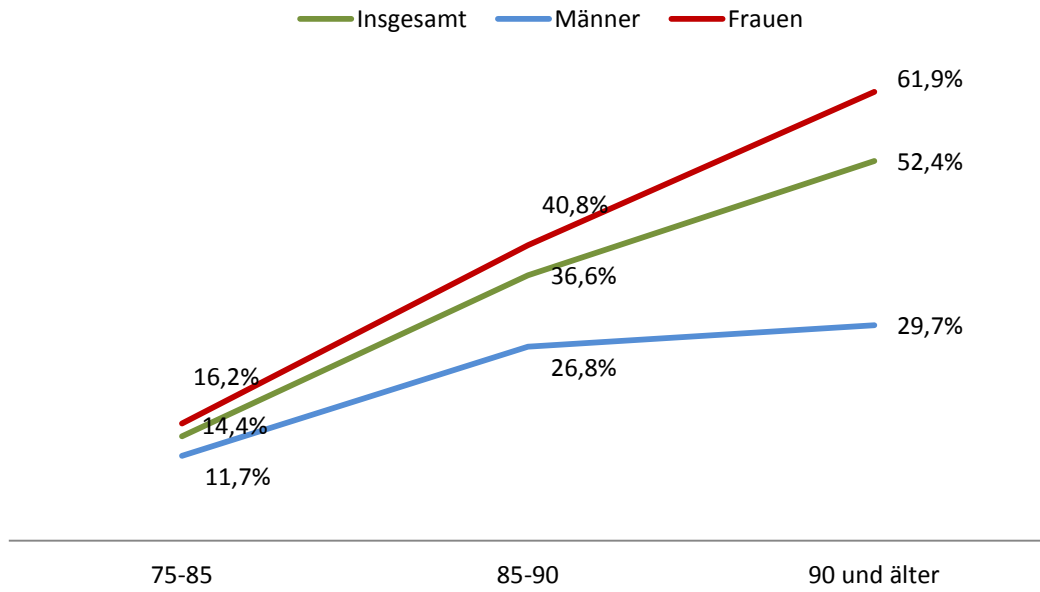


Abbildung 4: Anteil Pflegebedürftiger im Land Bremen nach Altersgruppen
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2011

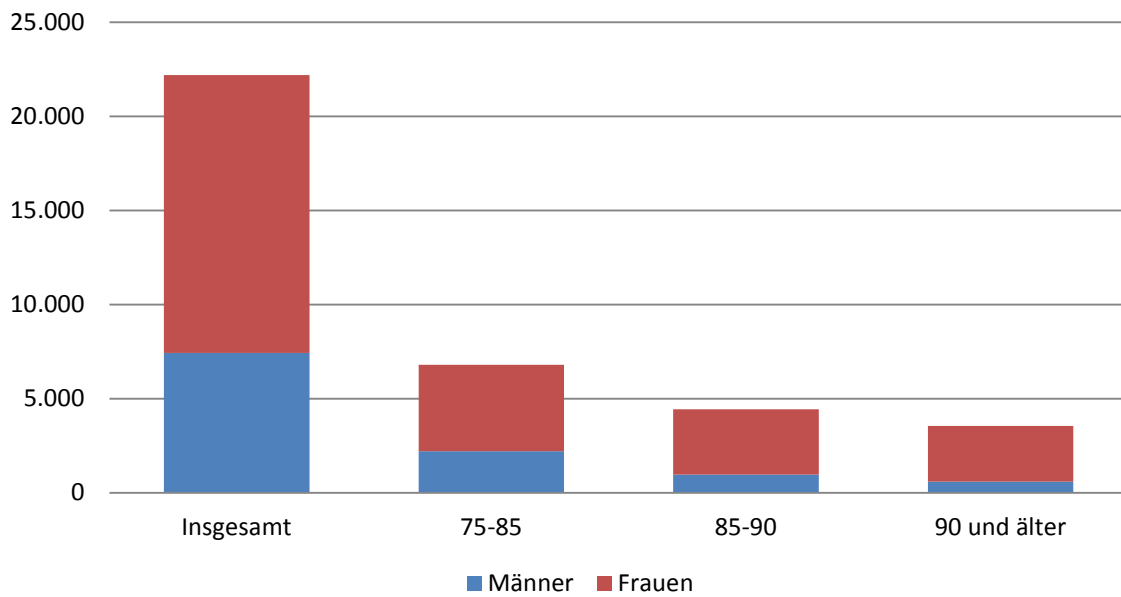


Abbildung 5: Anzahl Pflegebedürftiger in Bremen
Quelle: Statistisches Bundesamt 2013, Pflegestatistik 2011



4.5 Verteilung auf Pflegestufen, ambulant und stationär (SGB XI)

Die Finanzierung von Pflege im SGB XI erfolgt über eine Einstufung in die Pflegestufen I bis III. Der Pflegebedarf und damit auch die Höhe der Finanzierung steigen von I nach III. Über die Hälfte aller Pflegebedürftigen in Deutschland waren 2011 in die niedrigste Stufe eingeordnet (55%), knapp ein Drittel (32,8%) in Pflegestufe II und nur etwas mehr als ein Zehntel (12,2%) in Pflegestufe III.²³ Die Verteilung im Jahr 2013 war nahezu identisch: In Pflegestufe I waren 55,8%, in Pflegestufe II 31,9% und in Pflegestufe III 11,8% eingruppiert.²⁴

Die Verteilung auf Pflegestufen im Land Bremen sieht im Jahr 2011 vergleichbar aus. Der Anteil in Pflegestufe I liegt mit 57% geringfügig über dem Bundesdurchschnitt, dagegen der in Pflegestufe II geringfügig darunter (31%).²⁵

Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen (70%) werden in Deutschland zu Hause versorgt, fast die Hälfte (47%) allein durch Angehörige und nur knapp ein Drittel in vollstationärer Pflege (30%).²⁶

Im Land Bremen befinden sich mit 28% noch etwas weniger Personen in vollstationärer Pflege, dafür werden etwas mehr Personen zu Hause versorgt (72%). Damit scheint in Bremen der gesetzliche Grundsatz "ambulant vor stationär" gut umgesetzt zu werden. Allerdings können ambulante Pflegesettings im Einzelfall auch um ein Vielfaches teurer sein als jede vollstationäre Versorgung. Nach der Rechtsprechung der Sozialgerichte ist der Sozialhilfeträger nicht in jedem Fall verpflichtet, unverhältnismäßige Mehrkosten für eine ambulante Pflegeversorgung zu tragen. Der Anteil derer, die zu Hause ambulante Dienste in Anspruch nehmen, liegt in Bremen allerdings etwas über dem Bundesdurchschnitt (Deutschland 23% aller Pflegebedürftigen versus Bremen 28%).²⁷

4.6 Anteil Pflegebedürftiger in Deutschland und Bremen (SGB XII)

Hilfe zur Pflege wird wie bereits oben beschrieben bedarfsorientiert gewährt, wenn die notwendigen Leistungen finanziell weder vom Pflegebedürftigen selbst getragen werden können, noch von Anderen, zum Beispiel der Pflegeversicherung, erstattet werden. Es können im Bedarfsfall parallel Leistungen der Pflegekasse und der Hilfe zur Pflege bezogen werden. Dadurch können pflegebedürftige Personen gleichzeitig in der Statistik der Pflegeversicherung nach SGB XI und in der Statistik der Hilfe zur Pflege erfasst sein. Da keine Angaben zu Überschneidungen der Personenkreise vorliegen, können letztendlich keine Angaben gemacht werden, wie viele Personen tatsächlich pflegebedürftig und auf finanzielle Unterstützung angewiesen sind.

Im Jahr 2011 bezogen in Deutschland insgesamt 423.000 Personen Hilfe zur Pflege, 2012 waren es rund 439.000 Personen. Seit 1999 steigt die Zahl der Leistungsberechtigten kontinuierlich an. Ihre Zahl ist gegenüber 1998 um gut die Hälfte (52%) gewachsen. Die Quote der Leistungsberechtigten betrug 2011 0,52% der Bevölkerung (2012: 0,55%). In Bremen liegt die Quote derje-

²³ Statisches Bundesamt 2013. In den Daten sind diejenigen ohne Zuordnung zu einer Pflegestufe nicht einbezogen.

²⁴ Statisches Bundesamt 2015, eigene Berechnungen

²⁵ Statisches Bundesamt 2013

²⁶ Statisches Bundesamt 2013

²⁷ Statistisches Bundesamt 2013



nigen, die Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten, bei 0,8%. Sie entspricht damit der von Berlin und Hamburg. Beide Städte liegen ebenfalls über dem Bundesdurchschnitt.^{28,29}

Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten überwiegend Personen im fortgeschrittenen Alter. 2011 und 2012 waren fast vier Fünftel (2011: knapp 79%; 2012: gut 78%) 65 Jahre oder älter. Zugleich bezogen in beiden Jahren wesentlich mehr Frauen (66 %) als Männer (34%) Leistungen. Jeder 12. der Hilfebeziehenden (8%) war 2011 und 2012 Ausländerin oder Ausländer.^{30,31} Fast drei Viertel der Empfängerinnen und Empfänger (2011: 72%; 2012: 71%) erhielten Hilfe in Einrichtungen, nur ein gutes Viertel außerhalb und 1% sowohl in Einrichtungen wie außerhalb.^{32,33} Bremen liegt mit seinem Anteil von Personen in Einrichtungen (2012: 65%) im Rahmen der Hilfe zur Pflege am unteren Rand der Bundesländer. Bayern liegt hier an der Spitze mit 81% und Berlin am untersten Ende mit 43%.³⁴

Im Jahr 2011 gab der Staat für die Hilfe zur Pflege 3,6 Milliarden Euro brutto aus. In Bremen waren es insgesamt 45,3 Millionen.³⁵ Umgerechnet auf einzelne Leistungsberechtigte waren dies für Bremen im selben Jahr 69 € je Einwohnerin beziehungsweise Einwohner. Bremen liegt damit im oberen Feld der Bundesländer, aber deutlich hinter den beiden anderen Stadtstaaten Hamburg (94 €) und Berlin (99 €).

4.7 Gesundheit und Krankheit im Alter

Altern muss nicht zwingend mit Krankheit verknüpft sein. Mit zunehmendem Alter lassen jedoch körperliche Funktionen und Gedächtnisleistungen nach, während gleichzeitig die statistische Häufigkeit von chronischen und demenziellen Erkrankungen zunimmt.³⁶ Diese Wahrscheinlichkeit steigt vor allem jenseits des 80. Lebensjahres deutlich.³⁷

Bei der Entwicklung von Krankheiten, ebenso beim Erhalt der Mobilität und Selbstständigkeit im Alter spielen soziale Faktoren und damit soziale Ungleichheiten eine wichtige Rolle. Menschen mit höherer Bildung sind in ihrem Leben in der Regel weniger gesundheitlichen Risiken ausgesetzt als Menschen mit geringer Bildung, sie sind seltener in Berufen mit gesundheitlichen Risiken tätig, ihr Lebensstil ist häufig gesundheitsförderlicher und sie verfügen über mehr geistige, soziale und finanzielle Ressourcen. In der Folge leiden Menschen mit höherem Bildungsstatus auch im Alter an weniger Erkrankungen, und sie verfügen über mehr Ressourcen, um körperliche Einschränkungen zu kompensieren.³⁸ Dies schlägt sich auch in einer positiveren Bewertung der subjektiven Gesundheit nieder.³⁹

Hilfe- und Pflegebedarf im Alter muss nicht immer mit Erkrankungen verbunden sein. Die Wahrscheinlichkeit, Hilfe oder Pflege zu benötigen, nimmt allerdings bei Auftreten mehrerer chroni-

²⁸ Statistisches Bundesamt 2014b

²⁹ Statistisches Bundesamt 2015b

³⁰ Statistisches Bundesamt 2014b

³¹ Statistisches Bundesamt 2015b

³² Statistisches Bundesamt 2014b

³³ Statistisches Bundesamt 2015b

³⁴ Statistisches Bundesamt 2015b

³⁵ Daten für Bruttoausgaben für 2012 lagen für Bremen nicht vor.

³⁶ BMFSFJ 2005

³⁷ Tesch-Römer und Wurm 2009, Seite 10

³⁸ Tesch-Römer und Wurm 2009, Seite 17

³⁹ BMFSFJ 2013



scher Krankheiten zu. Der Alterungsprozess selbst verursacht unabhängig von Erkrankungen Funktionseinbußen bestimmter Organe. Die Seh- und Hörfähigkeit älterer Menschen lässt häufig nach, die Mobilität kann sich einschränken, und Inkontinenz kann sich negativ auf das soziale Leben auswirken. Letztere ist stark tabuisiert und wird nur selten thematisiert.

Entscheidend bei allen Einschränkungen ist stets, in wieweit Funktionen und Handlungsspielräume beeinträchtigt werden, die zur Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit im Alltag und zur sozialen Partizipation notwendig sind. Starke Funktionseinbußen behindern soziale Kontakte, sie erhöhen das Risiko für Unfälle und Verletzungen und die Wahrscheinlichkeit von Pflege.^{40,41} Da vor allem funktionelle Schädigungen zu Pflegebedürftigkeit führen, ist neben dem Blick auf Krankheiten im Alter ein Blick auf Funktionseinbußen wichtig.

Bevölkerungsdaten zu Erkrankungen speisen sich aus verschiedenen Quellen, die zu teilweise unterschiedlichen Zwecken erfasst werden und die teilweise überlappende Ausschnitte des Krankheitsgeschehens wiedergeben. Daten zu Erkrankungen unterliegen daher gewissen Schwankungsbreiten. Diese Situation findet sich bei der Datenlage zu Krankheiten im Alter in stärkerem Maß als in jüngeren Lebensaltern. Je nach Erfassungsmethode werden Menschen in Pflegeheimen einbezogen oder nicht einbezogen, die ältesten Altersgruppen ein- oder ausgeschlossen und schwerkranke Menschen in der Regel aus methodischen und ethischen Gründen nicht einbezogen. Dies kann zu deutlichen Verzerrungen bei einer Bevölkerungsgruppe mit einem hohen Anteil an erkrankten Personen führen, wie dies im Alter der Fall ist.

Zu Verfügung stehen für Deutschland vor allem Daten aus dem Mikrozensus, aus der Deutschen Altersstudie (DEAS), aus der Berliner Altersstudie sowie Daten auf der Basis von Krankenhausaufenthalten und aus der ambulanten Versorgung. Die letzten beiden beziehen sich jedoch in der Regel auf Diagnosehäufigkeiten, nicht auf die Anzahl der betroffenen Personen, so dass im Folgenden unter anderem deshalb auf diese Daten weitgehend verzichtet wurde.

Eindeutig zusammenfassen lässt sich zunächst, dass an der Spitze der Rangliste der Alterskrankheiten Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Muskel- und Skelett-Erkrankungen stehen, gefolgt von Krebserkrankungen und psychischen Erkrankungen, zu denen die Demenz zählt.

4.7.1 DATEN ZU KÖRPERLICHEN ERKRANKUNGEN

Einen groben Überblick über das Krankheitsgeschehen in den älteren Bevölkerungsgruppen geben Ergebnisse des *Mikrozensus*, einer Befragung von Privathaushalten und Gemeinschaftsunterkünften. In den aktuellen Daten für das Jahr 2013 findet sich in der Altersgruppe der 75-Jährigen und Älteren ein deutlicher Sprung zu häufigeren Krankheiten oder Unfällen gegenüber jüngeren Altersgruppen. Bei den 65- bis 70-Jährigen sind zum Zeitpunkt der Befragung⁴² knapp 18% krank oder unfallverletzt, bei den 70- bis 75-Jährigen sind es schon 21% und bei den älteren ab 75 Jahren sind es 28%. Geschlechtsunterschiede sind zu vernachlässigen, Frauen sind mit 29% kaum häufiger krank als Männer mit 28%.⁴³ Auch Daten zu Krankenhausaufenthalten zeigen eine deutliche Zunahme ab 65 Jahren. Die Krankenhausstatistik, die sich auf einzelne Krankenhausaufenthalte bezieht, benennt für das Jahr 2012 in der Altersgruppe der 65-Jährigen und

⁴⁰ Menning und Hoffmann 2009, Seite 64ff

⁴¹ Saß et al. 2009, Seite 53ff

⁴² Zeitpunkt der Befragung beziehungsweise 4 Wochen davor

⁴³ Mikrozensus 2013



Älteren 49 Fälle auf 100 Einwohner, gegenüber 21 Fällen bei 45- bis unter 65-Jährigen.⁴⁴ Die Befragung "Gesundheit im Deutschland aktuell" (GEDA) kommt im selben Jahr in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren auf 24% mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt gegenüber der Altersgruppe ab 45 Jahre mit 16%. Zu beachten ist, dass es sich hier um Personen handelt, die auch mehrfach im Krankenhaus gewesen sein können. Mindestens einmal im Krankenhaus waren Männer (26%) etwas häufiger als Frauen (22%).⁴⁵ Im Vergleich dieser Daten ist interessant, dass sich zwischen Krankenhausstatistik und den GEDA-Befragungsdaten in den jüngeren Altersgruppen nur geringe Unterschiede zeigen, während sie in den höheren Altersgruppen deutlich variieren. Dies spricht sowohl für häufigere Krankenhausaufenthalte pro Jahr in höherem Alter wie auch für eine Untererfassung von schwerkranken oder kognitiv stark beeinträchtigten Personen, die an einer solchen Befragung nicht teilnehmen können.⁴⁶

Zur Frage, welche Erkrankungen in der Altersbevölkerung häufig verbreitet sind, finden sich Antworten im *Alterssurvey 2008 (DEAS)*, einer Befragung von Menschen, die in Privathaushalten leben.^{47, 48} Sie umfasste die Geburtsjahrgänge 1923 bis 1968. Menschen in Heimen werden hierbei nicht berücksichtigt, so dass von einer gewissen Verzerrung zu Lasten schwerer Erkrankungen mit Heimaufhalten auszugehen ist.

Im Vordergrund der **zehn häufigsten Diagnosegruppen** stehen Herz-Kreislauf-, Muskel- und Skelett-, Krebs-, psychische Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen. Der Anteil von Frauen ist mit Ausnahme der Krebserkrankungen stets höher als der der Männer.

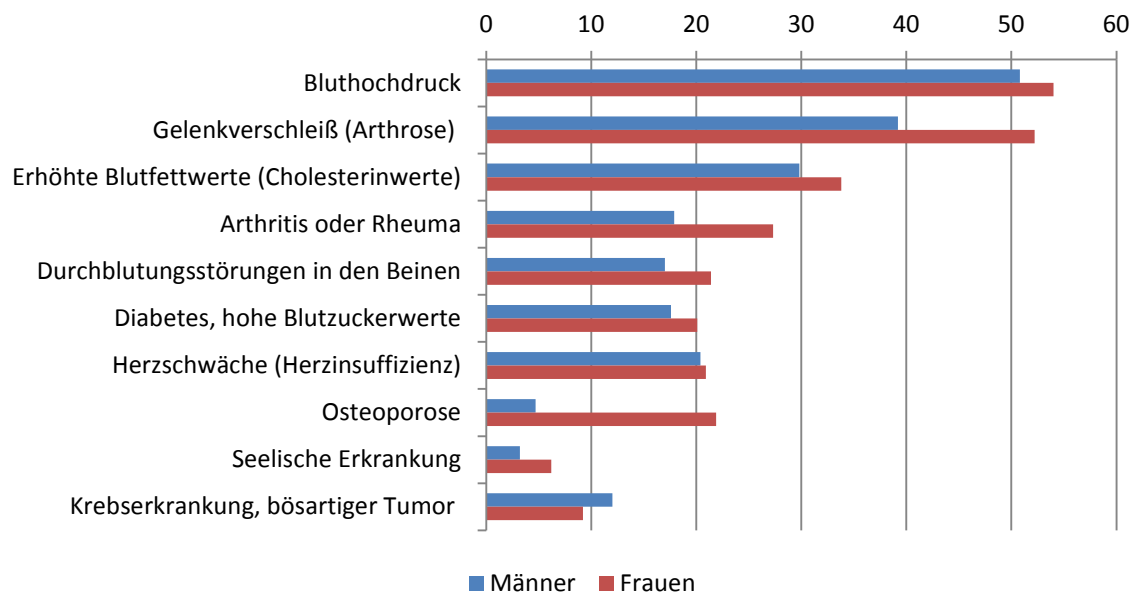


Abbildung 6: Verbreitung einzelner Erkrankungen, Ergebnisse des Alterssurvey 2008 (DEAS), Alter 70 bis 85 Jahre, 2008 (in %). Quelle: GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT. Deutscher Alterssurvey (DEAS) - 1996, 2002, 2008. Gewichtete Ergebnisse. (Stand 10.11.2014)

⁴⁴ GBE-Bund 2015

⁴⁵ Robert Koch-Institut 2012b

⁴⁶ https://pdf/GEDA_2012_krankenhausaufenthalt.pdf

⁴⁷ siehe Nowossadeck und Nowossadeck 2011, Seite 44ff

⁴⁸ Daten entnommen aus der Datenbank: GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT. Deutscher Alterssurvey (DEAS) 1996, 2002, 2008.



Bei einer weiteren Aufschlüsselung der Diagnosen (siehe Abbildung 6) zeigt sich, dass bei über der Hälfte der Älteren Bluthochdruck diagnostiziert wird und bei knapp einem Drittel erhöhte Blutfettwerte. Mehr als die Hälfte der Frauen leidet an Arthrose, hinzukommen weitere Muskel- und Skelett-Erkrankungen (27% Arthritis oder Rheuma und 22% Osteoporose). Bei Männern leiden immerhin noch fast 40% an Arthrose und weitere 17% an Arthritis oder Rheuma und 5% an Osteoporose. Diabetes mellitus betrifft beide Geschlechter in ähnlicher Weise (Frauen zu 18%, Männer zu 20%). Als weitere körperliche Erkrankungen bei Älteren (nicht in der Tabelle aufgeführt) werden Herzinfarkte – hier deutlich häufiger bei Männern (12% – und Schlaganfälle bei Frauen und Männern mit 5%) aufgeführt.⁴⁹ Psychische Krankheiten (zum Beispiel Angstzustände, Depression, Psychose) werden noch von 5% der Befragten genannt. Sie werden bei Männern seltener als bei Frauen diagnostiziert (3,2% bei Männern versus 6,2% bei Frauen). Demenzerkrankungen wurden mit der zugrundeliegenden Fragestellung nicht erfasst. Insgesamt ist von einer Untererfassung der psychischen Krankheiten auszugehen. Auf eine weitere Erfassung und Bewertung der Daten psychischer Erkrankungen wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

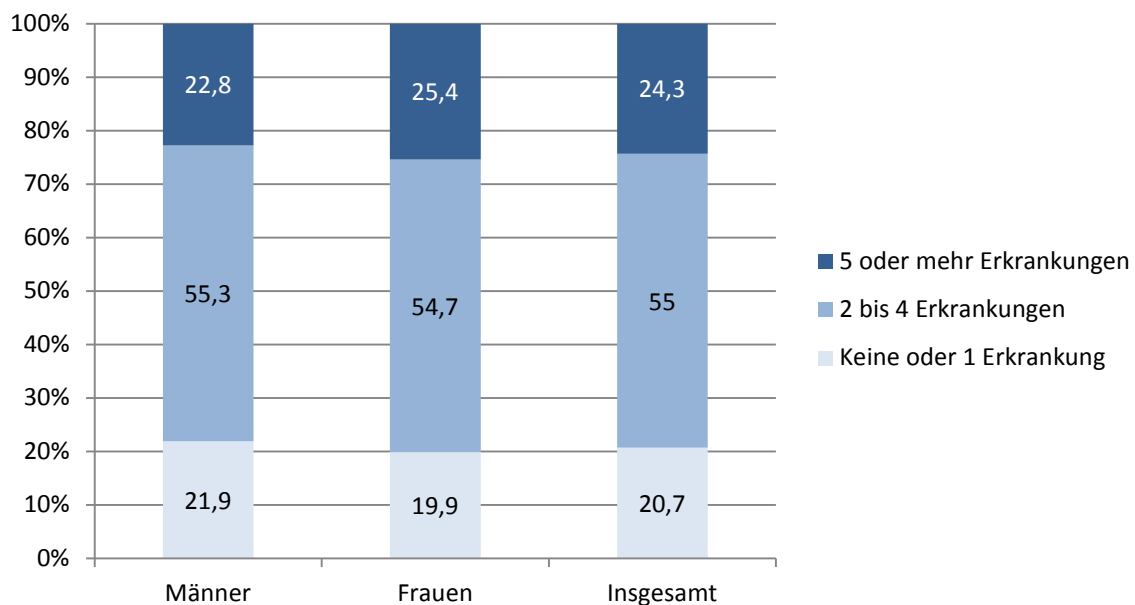


Abbildung 7: Anzahl der berichteten Erkrankungen der Altersgruppe 70 bis 85 Jahren

Quelle: GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT. Deutscher Alterssurvey (DEAS) - 1996, 2002, 2008. Gewichtete Ergebnisse.

Insgesamt berichten fast 80% der Altersgruppe 70-85 Jahre von zwei und mehr Erkrankungen, Frauen nennen etwas häufiger als Männer fünf oder mehr Erkrankungen (siehe Abbildung 7). Multimorbidität ist bei älteren Menschen (hier ab 70 Jahren) eher die Regel als die Ausnahme. Ein Teil der oben genannten Krankheiten ist direkt mit Risiken für Funktionseinschränkungen oder indirekt über Folgeerkrankungen verbunden.

Ein etwas anderes Diagnosespektrum ergibt sich aus der *Berliner Altersstudie*⁵⁰. Obwohl sich ihre Teilnehmerpopulation auf West-Berlin beschränkt, ist sie in mehrfacher Weise bemerkenswert. Sie umfasst ein größeres Altersspektrum (70 Jahre und älter) als andere Studien, sie kom-

⁴⁹ Hier ist der Bezug die Altersgruppen ab 65 und älter, siehe Nowossadeck und Nowossadeck 2011

⁵⁰ Steinhagen-Thiessen und Borchelt 2010



binierte die Befragungen mit körperlichen Untersuchungen und medizinischen Diagnoseverfahren und sie berücksichtigte bei der Datenerhebung die spezifischen Gegebenheiten hochbetagter Menschen, indem sie diese bei Bedarf auch mit den Untersuchungsinstrumenten zu Hause aufsuchte. Interessant ist zudem, dass die Diagnosen nach Schweregrad differenziert wurden und dass mittlere bis schwerwiegende Diagnosen mit einer subjektiven Einschätzung der Beschwerden abgeglichen wurden. Insgesamt finden sich in dieser Studie (siehe Abbildung 8) deutlich höhere Prävalenzen als in der Deutschen Altersstudie (DEAS) (siehe Abbildung 6). Differenzen zur DEAS bei vergleichbaren Diagnosen relativieren sich allerdings, werden nur die mittleren und schweren Befunde berücksichtigt. Eine Erklärung für die unterschiedlichen Prävalenzen liegt in den verschiedenartigen Methoden. Die DEAS beschränkt sich auf Befragungen, so dass möglicherweise von den Befragten Krankheiten bevorzugt genannt werden, die schwerwiegend sind und die Beschwerden verursachen. Zudem werden Heimbewohnerinnen und -bewohner in dieser Befragung nicht berücksichtigt.

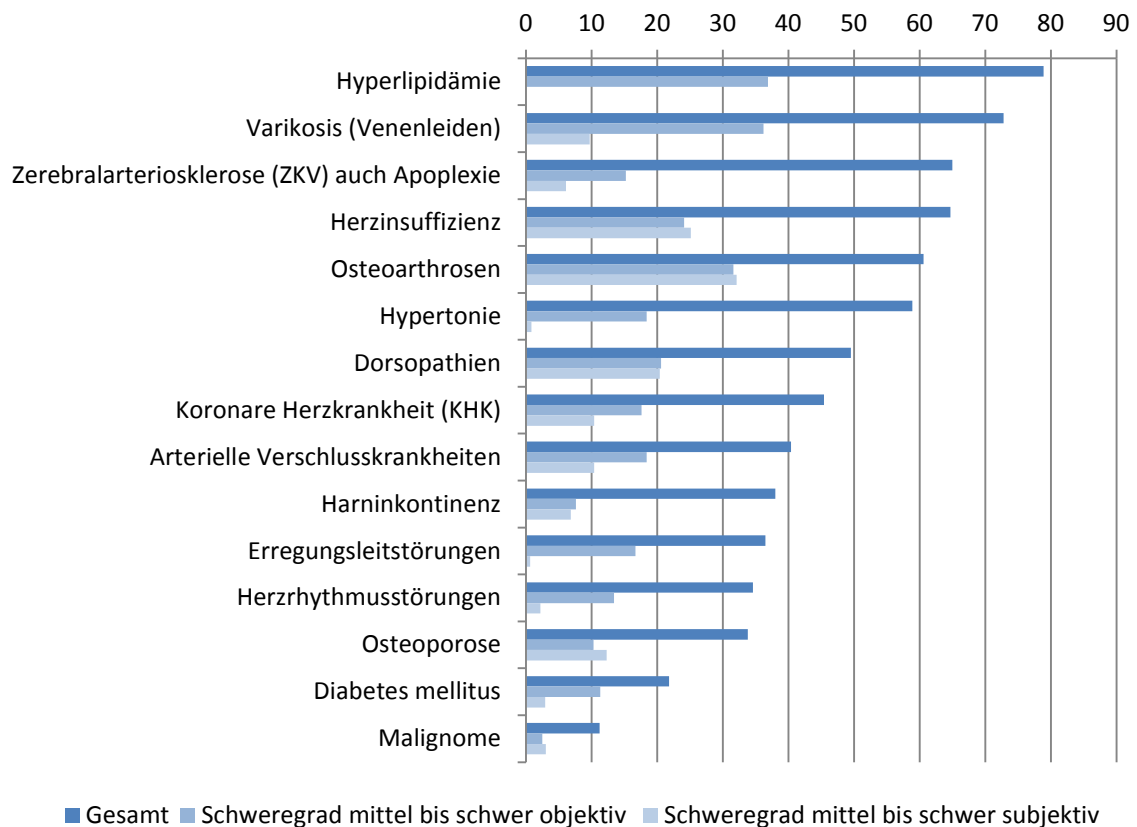


Abbildung 8: Diagnoseprävalenzen nach Schweregrad und nach Einschätzung der subjektiven Beschwerden. Quelle: Steinhagen-Thiessen und Borchelt 2010

Unter den Diagnosen, die nicht geschlechtsspezifisch erfasst sind, überwiegen in der Berliner Altersstudie eindeutig die Herz-Kreislauf-Erkrankungen gegenüber den Muskel- und Skelett-Erkrankungen (siehe Abbildung 8). Auf die psychischen Erkrankungen wird im nächsten Abschnitt noch näher eingegangen. Bei einer weiteren Differenzierung der Erkrankungen stehen hier an erster Stelle die erhöhten Blutfettwerte als eine Stoffwechselerkrankung. Bluthochdruck steht dagegen anders als in der DEAS erst auf Rang 6. Der Vergleich zwischen der Einschätzung des objektiven Schweregrads (mittel bis schwer) und der subjektiven Bewertung der daraus resultierenden Beschwerden zeigt, dass vorrangig mittlere und schwere Erkrankungen des Be-



wegungsapparates und bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen vor allem die Herzinsuffizienz mit Beschwerden verknüpft werden.

Interessant sind auch die Befunde zur Multimorbidität. Festgestellt wurden bei 94% der Teilnehmenden fünf und mehr Diagnosen, jedoch nur 30% stufen diese als mittel oder schwerwiegend ein, und nur 6% leiden an fünf und mehr Erkrankungen, die subjektiv Beschwerden verursachen. Allerdings nennen 71% mindestens eine Diagnose, die mit subjektiven Beschwerden verbunden ist. Insofern ist der Begriff der Multimorbidität im Alter zu relativieren, abhängig von der Schwere der damit verbundenen Beschwerden. Gleichzeitig ist aber nicht zu verkennen, dass Alter häufig mit beschwerlichen und den Lebensalltag einschränkenden Erkrankungen verbunden ist.

4.7.2 DATEN ZU PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN

Die Datenlage psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen ist in Deutschland insgesamt ungenügend. Relativ verlässliche Daten liegen für die Krankheitsbilder der Demenz und der Depression vor.

Wie bereits im oberen Abschnitt "4.7.1 Daten zu körperlichen Erkrankungen" beschrieben, gaben im Alterssurvey circa 5% an, unter psychischen Erkrankungen zu leiden. Aufgrund der Erhebungsmethoden ist von einer deutlichen Untererfassung auszugehen. Menschen, die in Heimen leben, wurden nicht eingeschlossen, und nach der Demenz als Krankheitsbild wurde nicht gefragt. Die Erfassung einer der häufigsten Erkrankungen des Formenkreises psychischer und psychiatrischer Erkrankungen im Alter entfiel damit in dieser Studie.

Die Berliner Altersstudie (2010) erfasst für Deutschland bislang am differenziertesten das Diagnosespektrum psychischer Erkrankungen älterer Menschen (siehe Tabelle 2) und sie bezieht Menschen in Heimen ein. Hier liegt die Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen mit 24% gegenüber anderen Studien relativ hoch. Doch die Autoren (Helmchen et al. 2010) gehen davon aus, dass ihre Ergebnisse nicht stark von Studien mit vergleichbaren Kriterien abweichen, da sich diese in der Regel auf jüngere Bevölkerungsgruppen beziehen, in denen ein deutlich geringerer Teil an Demenzen auftritt. Und gerade die Älteren sind für die hohe Rate psychiatrischer Diagnosen maßgeblich verantwortlich.

Tabelle 2: Häufigkeit psychischer Störungen

psychiatrische Diagnostik	Prävalenz gewichtet (Prozent)
Demenz	13,9
Major Depression	4,8
Dysthymie	2,0
Angstsymptomatik	1,9
Alkoholkrankheit	0,7
Gesamtmorbidität psychischer Störungen	23,5

Quelle: Helmchen et al. 2010. In Lindenberger et al. (Hrsg.) Berliner Altersstudie

Die Autoren weisen aber auch ausdrücklich darauf hin, dass nahezu die Hälfte der von ihnen untersuchten über 70-Jährigen (44%) keinerlei psychiatrische Symptome hatte.



4.7.2.1 Demenz

Eindeutig ist der Umstand, dass Demenzen zu den häufigen Alterskrankheiten gehören. Der Begriff "Demenz" umfasst ein unspezifisches Krankheitsbild, das Hirnfunktionen – insbesondere das Gedächtnis – so stark beeinträchtigt, dass eine selbstständige Alltagsgestaltung zunehmend bis hin zur völligen Hilflosigkeit einschränkt wird. Die häufigsten Ursachen sind Alzheimer-Erkrankungen mit 50% bis 80% und vaskuläre Demenzen mit bis zu 30%.^{51, 52} Daten zur Prävalenz stützen sich überwiegend auf Schätzungen verschiedener Studien meist aus dem europäischen Raum. Auf dieser Basis nennt das Robert Koch-Institut⁵³ für die westlichen Industrieländer 5% bis 8% Demenzerkrankte bei 65-Jährigen und Älteren. Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz. Sind zwischen 65 und 69 Jahren mit 1,5% noch relativ wenige Personen betroffen, verdoppeln sich die Anteile jedoch ungefähr im Abstand von 5 Jahren. Bei den über 90-Jährigen sind über 30% von Demenz betroffen. Die Berliner Altersstudie⁵⁴ kommt bei ihrer Hochrechnung für die West-Berliner Bevölkerung aufgrund der höheren Altersstruktur (70 Jahre und älter) auf eine höhere Prävalenz von 14% Demenzerkrankungen, obwohl hier nur mittel und schwer ausgeprägte Demenzen erfasst wurden. Die Studie bestätigt ebenfalls den deutlich altersabhängigen Anstieg. Sie kommt in der Altersgruppe der 90- bis 94-Jährigen mit 40% allerdings auf etwas höhere Werte. Die aktuellen Schätzungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft liegen mit insgesamt 9% der 65-Jährigen und Älteren ebenfalls etwas über denen des Robert Koch-Instituts (RKI). Auch hier sind die 90-Jährigen und Älteren wie in der Berliner Altersstudie mit 41% von einer Demenz betroffen. Unklar bleibt hier allerdings, welche Grade der Demenz erfasst wurden. Relativ einhellig scheint zu sein, dass sich bei den über 90-Jährigen die kontinuierlich steigende Zunahme abschwächt, ohne dass die Gründe dafür geklärt sind.^{55, 56}

Die mittlere Lebenserwartung mit einer Demenz wird von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft auf 5 bis 8 Jahren geschätzt, im Einzelfall können es aber auch 20 und mehr Jahre sein.⁵⁷ Weyerer und Bickel (2007) weisen darauf hin, dass sich die Überlebenszeit mit einer Demenz verringert, wenn sich diese im späteren Lebensalter entwickelt. Frauen sind mit über 70% deutlich häufiger betroffen als Männer.⁵⁸ Gründe dafür sind eine höhere Lebensdauer und auch eine längere Lebenszeit mit Demenz.

Die Berliner Altersstudie⁵⁹ weist darüber hinaus noch auf ein erhöhtes Demenzrisiko bei einem niedrigen Bildungsniveau hin. Der Zusammenhang erwies sich allerdings in verschiedenen Studien nicht konsistent.⁶⁰ Zwei internationale Querschnittsstudien bestätigen den Zusammenhang zwischen niedriger Bildung und erhöhtem Demenzrisiko ebenfalls sehr deutlich, während prospektive Längsschnittstudien diesen Zusammenhang nicht im selben Umfang bestätigen. Bei Frauen ist ein solcher Zusammenhang deutlicher nachzuweisen als bei Männern. Die Gründe

⁵¹ Weyerer und Bickel 2007

⁵² Saß et al. 2009 schränken die Daten etwas ein und nennen zwei Drittel Alzheimer Erkrankungen und 15% bis 20% vaskuläre Demenzen

⁵³ Saß et al. 2009

⁵⁴ Helmchen et al. 2010

⁵⁵ Weyerer und Bickel 2007

⁵⁶ Helmchen et al. 2010

⁵⁷ Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2014

⁵⁸ Weyerer und Bickel 2007

⁵⁹ Helmchen et al. 2010

⁶⁰ siehe Weyerer und Bickel 2007, Seite 83



sind bislang unklar. Auf der Grundlage der genannten Schätzungen ist davon auszugehen, dass in Deutschland circa 1 bis 1,5 Millionen Personen von einer mittelschweren bis schweren Demenz betroffen sind. In Bremen wären dies für das Jahr 2012 nach den etwas höheren Schätzungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft 12.540 Personen.⁶¹

Vor allem die kognitiven Einschränkungen, die mit diesen Erkrankungen verbundenen sind, erfordern meist über einen relativ langen Zeitraum einen hohen Betreuungs- und Pflegeaufwand. In fortgeschrittenem Stadium ist eine Versorgung in einem Heim bisher häufig unumgänglich, spätestens dann wenn Angehörige die notwendige Rundum-Versorgung nicht (mehr) gewährleisten können. Dennoch wird der größere Teil dieser Menschen zu Hause versorgt (60%) und der kleinere Teil in Heimen (40%).⁶² Geschätzt wird, dass etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen in Privathaushalten an Demenz leiden und etwa zwei Drittel der Heimbewohnerinnen und -bewohner.^{63;64} Dies verdeutlicht die besondere Dimension der Demenz, innerhalb der Pflege sowohl in den privaten Haushalten, als auch in den Pflegeheimen.

"... keine andere Erkrankung, die ein ähnliches Maß an Einschränkungen nach sich zieht, tritt vergleichbar häufig auf."⁶⁵

In Folge der Demenz können weitere medizinische Probleme entstehen. Saß et al. (2009) weisen auf eine erhöhte Sturzgefahr hin, auf ein erhöhtes Risiko für im Krankenhaus erworbene Infektionen (nosokomiale Infektionen) und auf die mit einer Demenz verbundene mangelnde Fähigkeit, ernst zu nehmende somatische Symptome wahrzunehmen und zu artikulieren.

Bei Demenz wird in der Fachliteratur sehr deutlich auf die damit verbundenen Versorgungsprobleme und auf die hohen Kosten hingewiesen, die durch diese Erkrankung entstehen. Tatsächlich gehört Demenz zu den teuersten Krankheitsgruppen im Alter mit steil steigenden Kosten bei zunehmendem Schweregrad. Bei den direkten Kosten (Zahlung professioneller medizinischer und pflegerischer Hilfen) entfällt der größere Teil mit 50% bis 75% auf die stationäre Langzeitbetreuung in Pflegeheimen. Werden jedoch indirekte Kosten wie unbezahlte Pflegearbeit durch Angehörige mitgerechnet, entfallen fast 70% auf die Familie und knapp 30% auf die Pflegeversicherung, nur 2,5% der Kosten werden durch Krankenversicherungen aufgebracht.⁶⁶

4.7.2.2 Depression

Obwohl die Studienlage nicht völlig konsistent ist, scheinen Depressionen im Alter nicht häufiger als in jüngeren Lebensjahren aufzutreten. Saß et al. (2009)⁶⁷ berichten anhand verschiedener Bevölkerungsstudien, dass etwa 1% bis 5% älterer Menschen an schweren Depressionen leiden. Die Berliner Altersstudie liegt mit ihren Ergebnisse am dem oberen Ende und kommt auf 4,8% schwere Depressionen (6% bei Frauen und 4% bei Männern). Die Geschlechterdifferenzen, die bei dieser Erkrankung vor allem im mittleren Lebensalter stark ausgeprägt sind, scheinen sich zu nivellieren. Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Alter, sozialer Lage und Depression lagen nicht vor. Die Befunde weisen darauf hin, dass Menschen gesundheitliche und soziale Ein-

⁶¹ RKI 2005

⁶² RKI 2005

⁶³ Weyerer und Bickel 2007

⁶⁴ Schneekloth 2006

⁶⁵ Weyerer und Bickel 2007, Seite 75

⁶⁶ RKI 2005

⁶⁷ Saß et al. 2009



schränkungen im Alter häufig kompensieren können. Dennoch sind differenzierte Betrachtungen angebracht. So belegen ältere internationale Studien, dass der Anteil schwer depressiver Menschen in Pflegeheimen mit 15% bis 20% deutlich höher liegt,⁶⁸ und verschiedene Untersuchungen belegen einen Zusammenhang zwischen Depression, Multimorbidität und Hilfsbedürftigkeit.^{69,70}

Als besondere Risikofaktoren für die Entwicklung von Depressionen bei älteren Menschen konnten anhand verschiedener Studien folgende Kriterien benannt werden:

- kürzliche Verwitwung,
- Schlafstörungen,
- Beeinträchtigungen in den Alltagsfunktionen,
- frühere Depressionen und
- weibliches Geschlecht.⁷¹

Helmchen et al. (2010) machen in der Berliner Altersstudie außerdem auf einen hohen Anteil älterer Menschen mit subdiagnostischer psychiatrischer Morbidität aufmerksam. Ein knappes Drittel der untersuchten Personen wiesen Symptome auf, bei denen entweder keine spezifische Krankheitsdiagnose gestellt werden konnte oder die die Kriterien des Diagnoseschemas DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) nicht erfüllten. Sie bewerten diese Symptome als mögliche Vorboten einer sich entwickelnden Depression und weisen darauf hin, dass sie die Lebensqualität und die Alltagsfähigkeiten einschränken können. Saß et al. (2009) weisen außerdem darauf hin, dass sich depressive Symptome auch auf das Krankheits- und Schmerzerleben negativ auswirken können.

Weyerer und Bickel (2007) gehen davon aus, dass Hausärzte – als erste und häufigste Anlaufstelle – Depressionen häufig nicht oder zu spät erkennen und/oder nicht angemessen behandeln. Aufgrund der schwierigen differentiellen Diagnosestellung bei häufig multimorbiden Patienten werden leichte Formen der Depression bei älteren Menschen nicht wahrgenommen und in Folge dessen keine fachärztliche Behandlung initiiert. Symptome wie Müdigkeit, Konzentrationsmangel oder Gedanken an den Tod werden dem Alterungsprozess zugeschrieben und nicht in die Diagnostik und Behandlung einbezogen. Verschiedene Autoren⁷² kommen darüber hinaus zu dem Schluss, dass Behandlungsmöglichkeiten für ältere depressive Menschen nicht genügend ausgeschöpft werden. Helmchen et al. (2010) stellen bei 44% eine Unterversorgung mit Psychopharmaka fest. Weyerer und Bickel (2007) weisen neben der medikamentösen Behandlung auch auf die Möglichkeiten psychotherapeutischer Behandlung hin, die bisher bei älteren Menschen wenig genutzt wird. Anhand verschiedener Studien⁷³ konnte belegt werden, dass ambulante und stationäre Behandlung der Depression auch bei über 65-Jährigen Verbesserungen bewirken. Kognitive Verhaltenstherapie und interpersonelle Therapie seien gut geeignet, ältere Menschen würden von sozialen Unterstützungsmaßnahmen besonders profitieren. Eine

⁶⁸ siehe Weyerer und Bickel 2007, Seite 120

⁶⁹ siehe Weyerer und Bickel 2007, Seite 128

⁷⁰ Helmchen et al. 2010

⁷¹ siehe Weyerer und Bickel 2007, Seite 128

⁷² Saß et al. 2009; Helmchen et al. 2010; Weyerer und Bickel 2007

⁷³ siehe Weyerer und Bickel 2007, Seite 127ff



adäquate Behandlung der Depressionen älterer Menschen wäre aus verschiedenen Gründen von Bedeutung. Sie könnte der dadurch erhöhten Sterblichkeit entgegenwirken⁷⁴, Chronifizierungen vermeiden und dazu beitragen, Alltagsfähigkeiten so weit wie möglich zu erhalten. Nicht zuletzt läge hierin ein Präventionspotential zur Vermeidung von Suiziden, deren Anteil in Deutschland mit zunehmendem Lebensalter bei Männern und bei Frauen steigt (siehe Abbildung 9). Erschreckend ist der hohe Anteil an älteren Männern, die sich im Jahr 2012 das Leben nahmen. Zwischen 80 und 85 Jahren waren es 73 von 100.000 Männern (siehe Abbildung 9). Aber auch bei Frauen war der Großteil (47%) derer, die sich das Leben nahmen, älter als 60 Jahre.

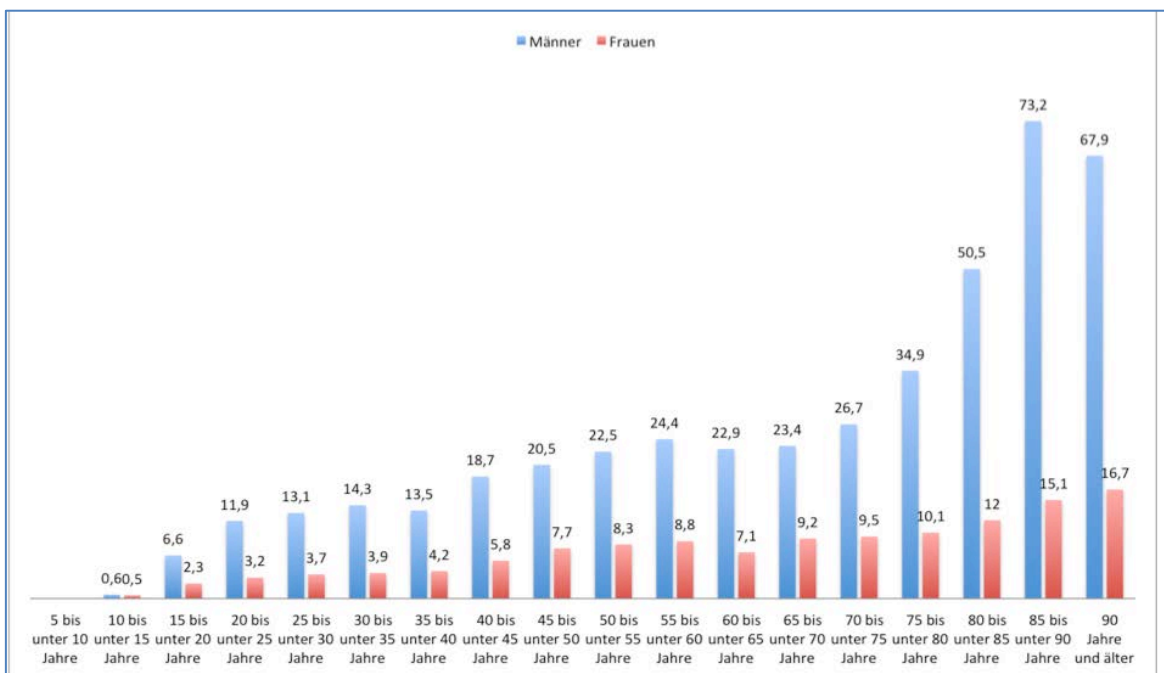


Abbildung 9: Suizide pro 100.000 EinwohnerInnen im Jahr 2012 nach Lebensalter

Quelle: Statistisches Bundesamt. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. <http://www.gbe-bund.de/Datenblätter> vom 12.12.2013. Darstellung und Berechnungen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2014⁷⁵

Die Studienlage zu psychiatrischen Erkrankungen zeigt, dass ein guter Teil älterer Menschen psychisch gesund ist und sie häufig in der Lage sind, die vielfältigen gesundheitlichen und sozialen Einschränkungen zu kompensieren. Gleichzeitig zeigte sich aber auch, dass Depressionen und ihre Vorformen im Alter relevante Erkrankungen sein können und dass bei deren Diagnostik und Therapie noch deutliche Verbesserungen notwendig sind. Die oben genannten Risikofaktoren wie die der Verwitwung, der Schlafstörungen und der Beeinträchtigung von Alltagsfunktionen können bei der schwierigen Diagnostik aufgrund hoher Komorbidität und möglichen Nebenwirkungen von Arzneimitteln zusätzlich Hilfestellung geben. Der deutlich höhere Anteil dieser Diagnosen bei Pflegeheimbewohnern, bei multimorbiden Patienten und die daraus resultierenden Alltagsbeeinträchtigungen machen deutlich, dass Diagnostik und Behandlung von Depressionen bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen einen hohen Stellenwert haben sollten.

⁷⁴ siehe Weyerer und Bickel 2007, Seite 122f., 130

⁷⁵ Entnommen: Suizide in Deutschland 2012



4.8 Pflegebegründende Diagnosen

Auslöser für Pflegebedürftigkeit können Krankheiten mit den daraus resultierenden Funktionseinschränkungen oder schlicht altersbedingte Funktionseinschränkungen sein. In den folgenden Abschnitten beschäftigen wir uns zunächst mit den pflegebegründenden Diagnosen anhand der Daten des Medizinischen Dienstes, die sich auf die medizinische Klassifikation von Krankheiten und von Gesundheitsproblemen (ICD-10) stützen, und danach gehen wir ausführlicher auf Funktionseinschränkungen selbst ein.

4.8.1 DATEN DES MEDIZINISCHEN DIENSTES DES SPITZENVERBANDS DER KRANKENKASSEN

Der medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) bietet anhand von Krankheitsdiagnosen eine relativ umfassende Datenbasis pflegebegründender Krankheitsdiagnosen nach der Klassifikation des ICD-10. Interessanterweise wird die Bedeutung dieser Diagnosen vom MDS selbst relativiert. Es wird dezidiert darauf hingewiesen, dass eine Diagnose nach ICD-10 nicht allein ausschlaggebend für das Entstehen von Pflegebedürftigkeit ist, sondern dass erst die daraus resultierenden Funktionseinschränkungen zu Hilfsbedürftigkeit führen:

"In der neueren Diskussion über Pflegebedürftigkeit ist man sich weitgehend darin einig, dass die Krankheiten und andere gesundheitlichen Probleme und Störungen, wie sie systematisch im ICD-10 zusammengefasst sind, pflegebegründend sein können. Sie sind jedoch – im Unterschied zu Hilfen im Sinne von medizinischer Therapie – nicht der unmittelbare Bezugspunkt von pflegerischer Unterstützung und Hilfe. Aus den in der traditionellen Diktion des SGB XI sog. pflegebegründenden Diagnosen lassen sich Beeinträchtigungen körperlicher oder psychischer wie kognitiver Funktionen oder Fähigkeiten herleiten, die auch soziale Aspekte mit umfassen. Die gesundheitlichen Probleme können körperliche oder psychische Belastungen zur Folge haben, die das Verhalten und Handeln des betroffenen Versicherten unterschiedlich beeinflussen können."⁷⁶

Dennoch bietet die Erfassung der Diagnosen durch den MDS, dessen regionalen Dienste die Begutachtungen im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) durchführen, einen guten Überblick über das Krankheitsgeschehen, das der Pflegebedürftigkeit zu Grunde liegt. Dargestellt werden die in den Gutachten erstgenannten pflegebegründenden Diagnosen, diese werden nach ambulanter und stationärer Versorgung gegliedert und nach der Einordnung in die Pflegestufen I bis III sowie unterhalb der Pflegestufen I.

Im Jahr 2012 begutachtete der Medizinische Dienst der Krankenkassen bundesweit 1,59 Millionen versicherte Personen, davon waren 828.000 Erstgutachten⁷⁷. Von den Erstgutachten entfielen 87,3% (723.000 Erstanträge) auf den ambulanten Bereich und 12,7% (105.000) auf den stationären. Mit den Erstgutachten wurden damit etwa ein Drittel aller Pflegebedürftigen im SGB XI erfasst.⁷⁸

Die Daten des MDS liegen sehr differenziert – allerdings nur in Prozentangaben – getrennt nach ambulanter und stationärer Versorgung, nach Altersgruppen und nach Pflegestufen vor, ohne

⁷⁶ MDS 2011/2012, Seite 10

⁷⁷ 2014 waren es 1,52 Mio. Gutachten und 846.627 Erstgutachten. Quelle: Daten des MDS

⁷⁸ Im Rahmen des SGB XI waren 2011: 2,5 Millionen pflegebedürftig, 2013: 2,6 Millionen, Daten für 2012 lagen nicht vor. (siehe Punkt 0). Werden diese Daten zugrunde gelegt, erfasst der MDS mit 828.000 Erstgutachten im Jahr 2012 ungefähr ein Drittel aller Pflegebedürftigen.



dass sie insgesamt zusammengefasst werden. Aus diesen Daten lassen sich die häufigsten pflegebegründenden Diagnosen in den Altersgruppen der 66-Jährigen und Älteren nur grob zusammenfassen. Die psychischen und Verhaltensstörungen (zu denen auch die dementiellen Erkrankungen zählen), die Herz-Kreislaufkrankungen, die Krebserkrankungen, Muskel- und Skelettkrankungen sowie Symptome, die auf Multimorbidität oder altersbedingte Funktionseinschränkungen (ICD-10 R00-R99) zurückzuführen sind, zählen hierzu. Letztere umfassen unter anderen Störungen der Mobilität, der Atmung oder Stuhl- und Harninkontinenz, die sich negativ auf Fähigkeiten der allgemeinen Alltagsbewältigung und die Pflege sozialer Kontakte auswirken können. Insbesondere bei den über 90-Jährigen spielen diese Symptome eine wesentliche Rolle.⁷⁹

Neben den Diagnosen werden in der bundesweiten Statistik über alle Pflegestufen hinweg Bedarfe aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenz gesondert ausgewiesen. Diese beinhalten zum Beispiel Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung für Personen mit weniger als 45 Minuten Bedarf am Tag. Der Anteil der als "pflegebedürftig unterhalb der Pflegestufe I" anerkannten Menschen – stationäre und ambulante Erstanträge zusammengefasst – lag 2011 bei 23,7% und 2012 bei 27,7%, im Jahr 2014 werden hier allerdings nur noch 8% angegeben.⁸⁰ Innerhalb der Pflegestufen unterliegen die Anteile der Personen, bei denen eine eingeschränkte Alltagskompetenz anerkannt wird, im ambulanten wie stationären Bereich offensichtlich starken Schwankungen (siehe Tabelle 3). Tendenziell sind in der ambulanten Pflege weniger Personen betroffen als im stationären Sektor. 2011 und 2012 zeigten sich geschlechtsspezifische Unterschiede vor allem im ambulanten Bereich. Eine eingeschränkte Alltagskompetenz findet sich dort häufiger bei Frauen als bei Männern, während im stationären Bereich kaum geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen.⁸¹ Für 2014 fehlen bisher entsprechende Angaben.

Der hohe Anteil von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz insgesamt verdeutlicht, welche große Bedeutung diese innerhalb der Pflege sowie bei der Entstehung von Pflegebedürftigkeit hat.

Tabelle 3: Anteil der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz innerhalb der verschiedenen Pflegestufen bei Erstgutachten des Medizinischen Dienstes in Prozent 2012 und 2014 (alle Altersgruppen)

Pflegestufe	Ambulant 2012	Ambulant 2014	Stationär 2012	Stationär 2014
unterhalb Pflegestufe I	17,0	8,3	32,7	5,5
Pflegestufe I	26,4	49,1	49,3	47,2
Pflegestufe II	31,6	11,4	53,3	28,0
Pflegestufe III	30,1	2,5	55,9	7,7

Quelle: MDS 2011/2012 und MDS 2014

⁷⁹ MDS 2011/2012

⁸⁰ Quelle: Daten des MDS

⁸¹ MDS 2011/2012



4.8.2 DATEN DES MEDIZINISCHEN DIENSTES DER KRANKEN- UND PFLEGEKASSEN IN BREMEN

Der Medizinische Dienst im Land Bremen führte im Jahr 2013 8.305 Erstbegutachtungen⁸² innerhalb des SGB XI durch. Diese Gutachten erfassten ähnlich wie im Bundesgebiet ein gutes Drittel aller Pflegebedürftigen.⁸³ 94% (7.818) der Erstgutachten wurden im ambulanten und 6% (478) im stationären Bereich durchgeführt. Insgesamt ist der Anteil Pflegebedürftiger im ambulanten Bereich im Land Bremen höher als der entsprechende bundesweite Anteil. Dies spiegelt sich mehr als deutlich in den Erstanträgen wider.

Obwohl die pflegebegründenden Diagnosen nicht altersbezogen vorlagen, entsprechen die häufigsten Diagnosen denen im Bundesgebiet. Da bekannt war, dass 80% der Pflegebedürftigen über 65 Jahre alt war – im ambulanten Bereich 81% und im stationären 78% – kann davon ausgegangen werden, dass die häufigen Diagnosen durch die Älteren bestimmt sind. Insgesamt bestimmen auch im Land Bremen die Multimorbiditätssymptome (R00-R99), Krebserkrankungen, psychische und Verhaltensstörungen sowie Kreislauferkrankungen das Bild der pflegebegründenden Diagnosen, während Muskel- und Skeletterkrankungen eine eher untergeordnete Rolle spielen.

Daten zum Anteil derjenigen, die 2013 eine Anerkennung aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenz erhielten, lagen für das Land Bremen nicht gesondert vor.

4.8.3 FUNKTIONALE GESUNDHEIT UND EINSCHRÄNKUNGEN IM ALTER

Im Folgenden wird nun ein Blick auf Funktionseinschränkungen selbst geworfen, die Pflegebedürftigkeit verursachen können.

Funktionseinschränkungen können sich in der Folge von Krankheiten entwickeln oder auch ohne direkte Krankheitsursache altersbedingt entstehen. Die Wahrscheinlichkeit, Funktionseinschränkungen zu erleiden, steigt mit zunehmendem Alter. Bei Frauen sind sie häufiger als bei Männern zu finden. Ursache für diese Geschlechterdifferenz sind die bei Männern häufiger auftretenden tödlichen Erkrankungen in früherem Lebensalter. Bei Frauen führen vor allem das Erreichen eines höheren Lebensalters und eine durchschnittlich geringere Bewegung im Alter zu Pflegebedürftigkeit. Mobilität und Selbstständigkeit im Alter sind zudem vom Bildungs- und Einkommensniveau beeinflusst. Eine Verschlechterung der Gesundheit ist bei niedriger Bildung in der Regel mit stärkeren Mobilitätseinschränkungen verbunden.⁸⁴ Für Frauen wirken sich diese Faktoren negativer aus als für Männer, da ältere Frauen häufiger ein geringeres Bildungs- und Einkommensniveau haben.⁸⁵

Pflegebedürftigkeit selbst manifestiert sich zudem abhängig von den zur Verfügung stehenden Kompensationsmöglichkeiten. Diese können in personellen, finanziellen, sozialen, medizinischen und strukturellen Ressourcen liegen. Das Vorhandensein eines Lebenspartners/einer Lebenspartnerin oder eines sozialen Netzwerkes kann stützend wirken, medikamentöse oder

⁸² Quelle: Daten des MDK Bremen 2013, auf Anfrage erhalten

⁸³ 2011 waren 22.1782 Personen im Land Bremen im Rahmen des SGB XI pflegebedürftig (siehe Punkt 4.4). Bei der Annahme, dass sich eine ähnliche Zahl auch für 2013 ergibt, erfasste der MDS über die Erstanträge mit 8.305 ein gutes Drittel (37,4%) aller Pflegebedürftigen. Da die Zahl der Pflegebedürftigen 2013 möglicherweise bereits etwas höher liegt, könnte das gute Drittel etwas überschätzt sein.

⁸⁴ BMFSFJ 2013

⁸⁵ Menning und Hoffmann 2009, Seite 63



sonstige medizinische Hilfen können Symptome von Krankheiten lindern oder beheben⁸⁶, altersgerechte Veränderungen des Wohnumfelds können es erleichtern, mit Funktionseinbußen zurechtzukommen sowie Prävention und geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen⁸⁷ modifizierend wirken. Erst nachlassende oder fehlende Kompensationsfähigkeiten führen in die Pflegebedürftigkeit.

Funktionsbeeinträchtigungen nehmen allerdings mit steigendem Alter zu. Im Vordergrund stehen Einschränkungen der Mobilität und der kognitiven Fähigkeiten. Ab dem Alter von Mitte 80 Jahren können die zunehmenden Beeinträchtigungen deutlich schlechter kompensiert werden, sodass in dieser Zeit auch der Hilfe- und Pflegebedarf steigt.

Einschränkungen der funktionalen Gesundheit können zunächst relativ grob über einen Indikator der Aktivitätsbeschränkung (Global Activity Limitation Indicator = GALI) bestimmt werden. Teilnehmende Personen werden gefragt, ob sie innerhalb des letzten halben Jahres aufgrund gesundheitlicher Probleme an der Ausübung üblicher Aktivitäten gehindert waren. Während sich bei den 50- bis 59-Jährigen etwa ein Drittel eingeschränkt fühlte, waren dies bei den 80-Jährigen und Älteren mehr als 80%.⁸⁸ Frauen fühlten sich häufiger als Männer in ihren Aktivitäten gesundheitlich eingeschränkt.⁸⁹

Für eine differenziertere Erfassung der Funktionseinbußen stehen verschiedene Parameter zur Verfügung, wie die Seh- und Hörfähigkeit, bei der Mobilität beispielsweise das Gehen und Treppensteigen, die Greiffähigkeit sowie weitere Aktivitätseinschränkungen im Alltag.

4.8.3.1 Sehen und Hören

Einschränkungen der Seh- und Hörfähigkeiten werden für die Zukunft als eine der zehn Haupt-Krankheitslasten in einer alternden Gesellschaft eingeschätzt.⁹⁰ Die für Deutschland vorliegenden Daten des Deutschen Alterssurveys dürften das tatsächliche Ausmaß eher unterschätzen, da Heimbewohnerinnen und -bewohner nicht in die Befragungen einbezogen sind.

Die Sehfähigkeit nimmt bereits im mittleren Alter mit der Altersweitsichtigkeit ab, hinzukommen weitere Veränderungen wie geringere Wahrnehmung von Kontrasten oder der Lichtintensität. Trotz Kompensationsmöglichkeiten über Sehhilfen und Operationen steigt der Anteil mit Sehbeeinträchtigungen mit zunehmendem Alter. Bei den über 75-Jährigen hat fast ein Drittel Schwierigkeiten beim Zeitungslesen und 17% beim Erkennen von Personen auf der Straße.

Hörverluste treten bei über 75-Jährigen etwas seltener auf. Männer sind mit fast einem Drittel betroffen, Frauen dagegen nur mit 17%. Sowohl Seh- wie Hörbeeinträchtigungen können Risikofaktoren für weitere Einschränkungen sein. Sie können sich auf die Mobilität beeinträchtigend auswirken, zu Stürzen und Unfällen beitragen und Depressionen fördern.⁹¹

⁸⁶ Steinhagen-Thiessen und Borchelt 2010

⁸⁷ Rothgang et al. 2014

⁸⁸ Menning 2006, Datenquelle: SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) 2004

⁸⁹ Menning und Hoffmann 2009

⁹⁰ Menning 2006

⁹¹ Menning 2006



4.8.3.2 Mobilitätseinschränkungen

Mobilitätseinschränkungen haben eine zentrale Bedeutung bei der Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung. Differenzierte und aktuelle Daten für Mobilitätseinschränkungen liegen aus dem Deutschen Alterssurvey 2008 vor.⁹² Auch hier gilt wie oben, dass von einer Unterschätzung der Problematik auszugehen ist, da Menschen in Heimen nicht befragt werden. Mobilitätseinschränkungen nehmen mit steigendem Alter zu. In der hier ältesten Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen berichten dennoch etwas weniger als 20% von starken Mobilitätseinschränkungen bei leichteren Tätigkeiten wie Einkaufstaschen heben und tragen, einen Treppenabsatz steigen, mehrere Straßenkreuzungen zu Fuß gehen, sich baden und anziehen. Bei anstrengenden Aktivitäten fühlen sich in dieser Altersgruppe allerdings bereits 41% stark eingeschränkt. Frauen sind hier häufiger betroffen. Auf die Mobilität wirkt sich ein hohes Bildungsniveau positiv aus. Die Mobilität der 70- bis 85-Jährigen mit hoher Bildung entspricht der von 55- bis 69-Jährigen mit geringer Bildung. Ein Vergleich mit Daten des Deutschen Alterssurveys 2002 weist darauf hin, dass sich die Unterscheide zwischen den Bildungsschichten zwischen 2002 und 2008 vergrößert haben. Personen mit geringer Bildung zeigen 2008 schlechtere körperliche Funktionsfähigkeiten, während sie sich bei Personen mit höherer Bildung verbessert haben.

Das Sturzrisiko ist im Zusammenhang der Mobilitätseinschränkungen von besonderer Bedeutung. Das RKI⁹³ weist in einer Publikation darauf hin, dass fast ein Drittel der 65-Jährigen und Älteren, aber die Hälfte der 80-Jährigen und Älteren mindestens einmal im Jahr stürzen. 10-20% aller Stürze führen zu Verletzungen, circa 5% zu Frakturen und 1% bis 2% zu hüftnahen Frakturen des Oberschenkelknochens. Solche Verletzungen können aufgrund der Ängste, wieder zu fallen, zu weiteren Kompetenzeinbußen führen, und sie sind mit einem hohen Sterblichkeitsrisiko verbunden. 50% der Menschen, die wegen eines Sturzes stationär behandelt werden mussten, starben innerhalb eines Jahres.

4.8.3.3 Aktivitätseinschränkungen im Alltag

Der Begriff der Aktivitätseinschränkungen im Alltag⁹⁴ richtet sich auf *Auswirkungen*, die funktionale Einschränkungen für das Alltagsleben und im sozialen Kontext haben. Sie werden häufig mit dem Instrumenten der ADL (Activities of Daily Living) oder der des IADL (Instrumental Activities of Daily Living) gemessen. Einschränkungen in den ADL beziehen sich auf Basisaktivitäten der selbstständigen Versorgung wie Essen, Trinken, Baden oder Duschen, An- und Ausziehen, ins Bett gelangen und aus dem Bett aufstehen. Einschränkungen in diesen Kategorien beinhalten einen hohen Grad der Hilfsbedürftigkeit. IADL umfassen dagegen weitergehende und komplexere Tätigkeiten eines selbstständigen Alltagslebens: Kann sich jemand innerhalb und außerhalb seines Haushaltes selbst versorgen, Wäsche waschen, die Wohnung reinigen, Mahlzeiten zubereiten, Einkaufen oder seine finanziellen Angelegenheiten regeln?

⁹² Hoffmann 2013

⁹³ RKI 2002

⁹⁴ Menning 2006

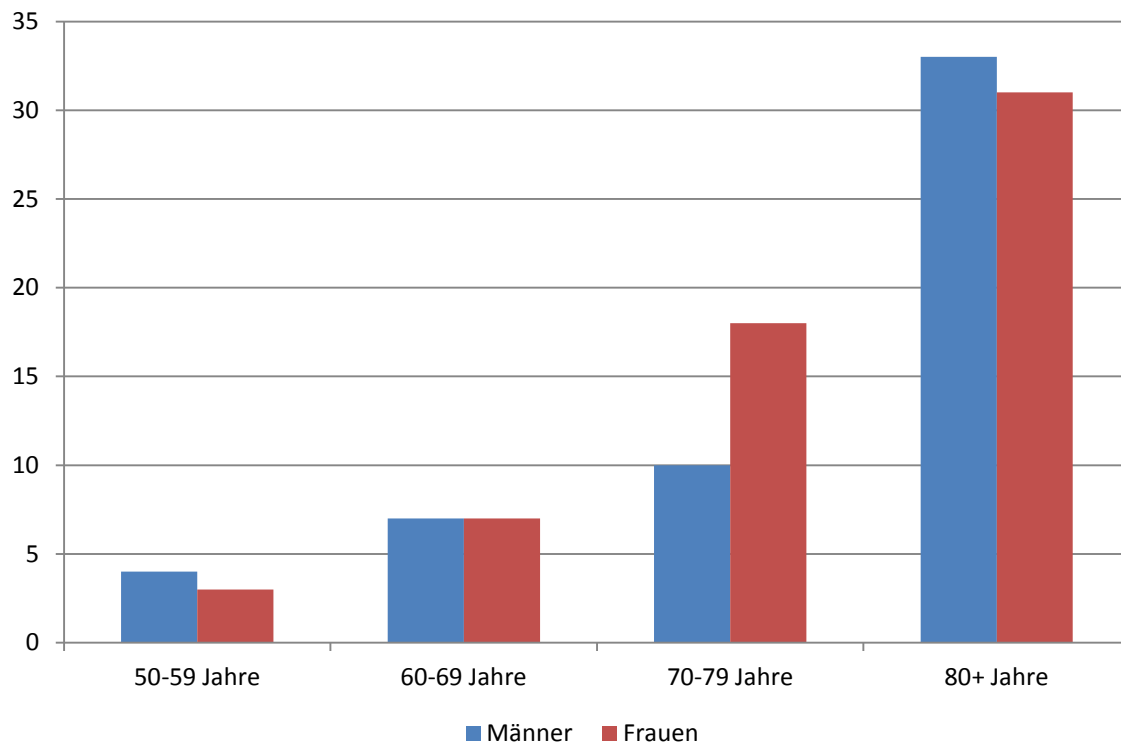


Abbildung 10: Anteil der Befragten mit mindestens einer ADL-Einschränkung nach Alter und Geschlecht gewichtet, Angaben in Prozent. Quelle: SHARE 2004, Berechnungen Menning 2006

Anders als in Pflegeeinrichtungen finden sich weniger Personen mit Einschränkungen in den ADL in Privathaushalten, da diese einen relativ hohen Unterstützungsbedarf benötigen. Menning vom Deutschen Zentrum für Altersfragen⁹⁵ nutzte Daten der deutschen Stichprobe von SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), die auf Befragungen von Privathaushalten beruhte, um ADL- und IADL-Einschränkungen im Alter zu berechnen. Bis zum Alter von 69 Jahren findet sich nur ein kleiner Teil von Personen, die eine oder mehrere Beeinträchtigungen in den ADL aufweisen. Ab 80 Jahren steigt deren Anteil jedoch sprunghaft an (siehe Abbildung 10). Etwa ein Drittel der Frauen und Männer fühlen sich in diesem Alter bei mindestens einer Aktivität eingeschränkt. Daten des Sozio-oekonomisches Panel (SOEP), von Menning und Hoffmann⁹⁶ berechnet, bestätigen diesen Trend als relativ stabil über mehrere Befragungswellen hinweg (1992, 1998, 2005). Die Geschlechterparität ist darauf zurückzuführen, dass Frauen mit entsprechenden Einschränkungen eher im Pflegeheim leben als Männer.

⁹⁵ Menning 2006

⁹⁶ Menning und Hoffmann 2009

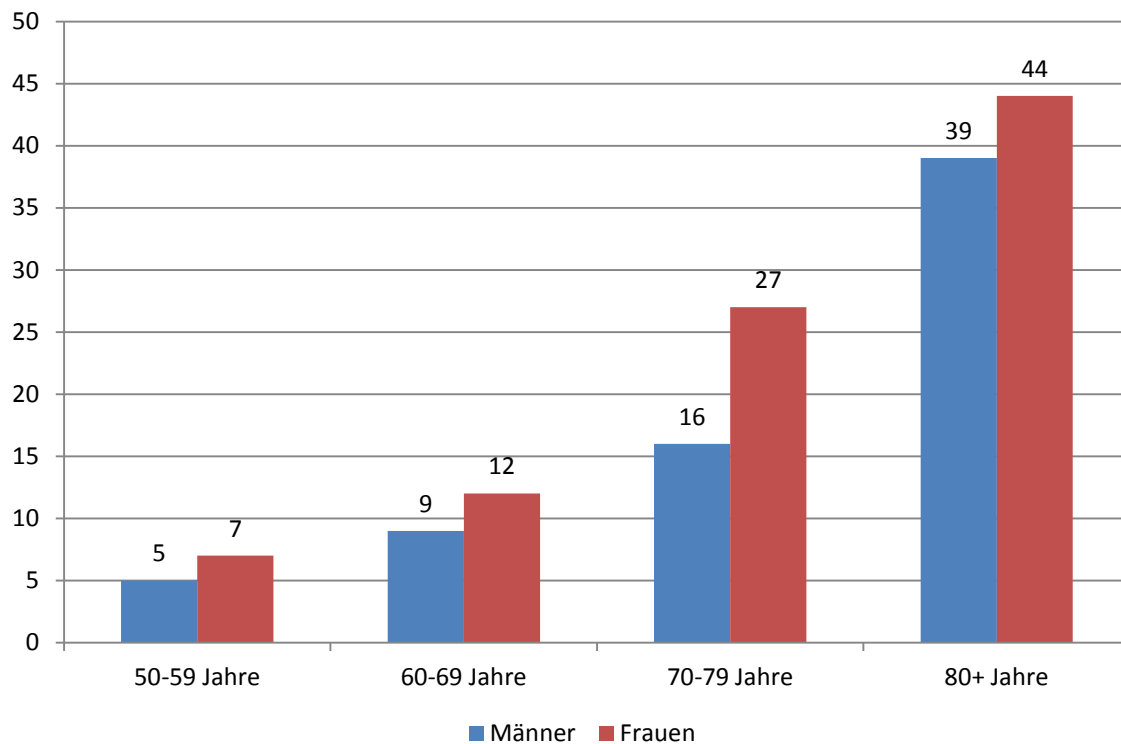


Abbildung 11: Anteil der Befragten mit mindestens einer IADL-Einschränkung nach Alter und Geschlecht gewichtet. Quelle: SHARE 2004, Berechnungen Menning 2006

Aufgrund der weiter gefassten Kriterien der IADL finden sich hier, ebenfalls in Privathaushalten befragt, häufiger Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen als bei den ADL.^{97,98} Der Anstieg in den Altersgruppen geschieht kontinuierlicher als bei den ADL, allerdings ist auch hier der Anteil bei den über 80-Jährigen mit Abstand am höchsten. Frauen sind in allen Altersgruppen häufiger als Männer betroffen (siehe Abbildung 11). Die Kategorien der IADL sind offenbar stärker durch Kontexte, zu denen soziale Rollen, physische und soziale Umwelt sowie kulturelle Faktoren gehören, beeinflussbar als die Kategorien der ADL. Bemerkenswerterweise zeigt sich bei den Daten des SOEP⁹⁹ im zeitlichen Verlauf der Befragungswellen ein deutlicher Rückgang der entsprechenden Einschränkungen beziehungsweise Hilfebedarfe insbesondere in der Gruppe der ab 80-Jährigen. Erklärt werden diese Veränderungen mit einem verbesserten Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung, aber auch mit einer veränderten Infrastruktur und einem besseren Zugang zu Hilfsmitteln, die es älteren Menschen erlaubt, sich auch bei stärkeren Einschränkungen noch allein zu Hause zu versorgen. Eine frühere Heimeinweisung unterstützungsbedürftiger Personen wird als Grund für diese Veränderungen nicht in Erwägung gezogen, da sich dies stärker in den Ergebnissen der ADL niederschlagen müsste. Interessant für die Weiterentwicklung altengerechter Zukunftsmodelle, die möglichst lange selbstständiges Leben zuhause ermöglichen, ist der Hinweis, dass altengerechte Infrastruktur und verfügbare Hilfsmittel Hilfs- und Unterstützungsbedarfe von außen reduzieren.

⁹⁷ Menning 2006

⁹⁸ Menning und Hoffmann 2009

⁹⁹ Menning und Hoffmann 2009

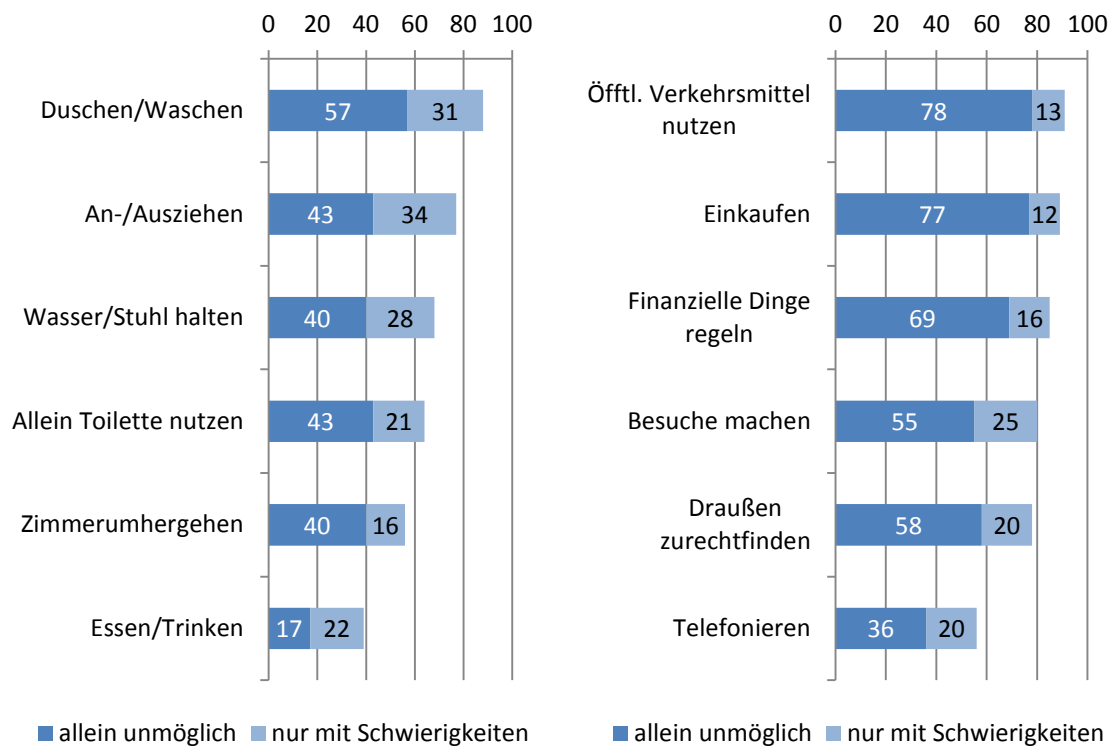


Abbildung 12: Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Alteneinrichtungen - nach Einschränkungen bei typischen alltäglichen Verrichtungen. Quelle: Schneekloth 2006, Daten: TNS Infratest Heimerhebung 2005, Angaben nach Einschätzungen des Betreuungspersonals

Einschränkungen bei Alltagsverrichtungen stellen sich bei Bewohnerinnen und Bewohnern von vollstationären Pflegeeinrichtungen anders dar als in Privathaushalten. Zu berücksichtigen ist hierbei allerdings auch, dass die Altersstruktur in Heimen durch ältere Jahrgänge geprägt ist. Eine repräsentative Stichprobenbefragung durch TNS Infratest Sozialforschung¹⁰⁰ in Heimen kommt auf einen Altersdurchschnitt von 81,8 Jahren (Frauen 83,6 Jahre; Männer 76,8 Jahre). Dieselbe Studie belegt – den Kriterien der ADL entsprechend – beim überwiegenden Teil der Heimbewohnerinnen und -bewohner einen hohen Hilfebedarf in allen relevanten Bereichen der alltäglichen Verrichtungen wie Duschen/Waschen, An- und Ausziehen, selbstständig die Toilette benutzen (siehe Abbildung 12). Noch ausgeprägter sind die Ergebnisse bei den Alltagstätigkeiten, die den IADL entsprechen. 91% sind nicht oder nur mit Schwierigkeiten in der Lage, eigenständig öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, 89% ist es nicht oder nur eingeschränkt möglich einzukaufen, 78% können sich kaum mehr alleine draußen zurechtfinden. Diese vielfältigen Einschränkungen sind in hohem Maß auf kognitive oder psychische Beeinträchtigungen zurückzuführen. 46% werden als demenziell erkrankt eingestuft und für 14% werden schwere Depressionen genannt, die zum Teil zusätzlich zur Demenz auftreten.

Trotz dieser starken Beeinträchtigungen bei alltäglichen Verrichtungen weist Schneekloth (2006) auf die sehr unterschiedlichen Bedarfe einzelner Heimbewohnerinnen und -bewohner und auf deren noch vorhandene Alltagskompetenzen hin, die aktiviert und ausgebaut werden können.

¹⁰⁰ Schneekloth 2006



5. BEGUTACHTUNG VON PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IM GESUNDHEITSAMT BREMEN (SGB XII)

Der folgende Teil unseres Berichts beschäftigt sich mit dem Aufgabenbereich des Gesundheitsamtes im Rahmen der Pflege innerhalb des SGB XII (der Sozialhilfe).

Das Gesundheitsamt Bremen leistet mit dem 2012 neu eingerichteten Referat "Pflege/Gesundheit älterer Menschen" seinen Beitrag zur Gesundheitssicherung und -förderung älterer Menschen. Der ÖGD (Öffentlicher Gesundheitsdienst) beteiligt sich hieran auf Grundlage des § 16 des Bremer ÖGD-Gesetzes. Im Rahmen des SGB XII (Hilfe zur Pflege) erfolgt dies durch Einzelfallgutachten und Empfehlungen, durch Beratungen für Sozialdienste oder direkt für Leistungsberechtigte sowie durch übergeordnete Zusammenarbeit mit der Wohn- und Betreuungsaufsicht Bremens, dem Sozialressort, durch eine Mitwirkung an der Fachkoordination Hilfe zur Pflege und durch eine Teilnahme oder Mitgliedschaft in pflegebezogenen Ausschüssen (Landespflegeausschuss, "AG 30" auf Grundlage des § 30 des Bremischen Wohn- und Betreuungsgesetzes).

Hier einige Grunddaten zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege: Deutschlandweit werden annähernd 80% der Mittel der Hilfe zur Pflege für Empfängerinnen und Empfänger in stationären Pflegeeinrichtungen ausgegeben. Nur circa 15% der Gesamtkosten werden durch professionelle Pflegeleistungen im ambulanten Pflegesektor verursacht. Weitere Kosten setzen sich aus Pflegegeldzahlungen, Aufwendungsersatz/Beihilfen für Pflegepersonen, teilstationären Hilfen und Kurzzeitpflege sowie Hilfsmitteln zusammen.¹⁰¹ Die Begutachtungen des Gesundheitsamtes beschränken sich – wie wir sehen werden – weitgehend auf das ambulante Versorgungssetting.

Wir beschreiben zunächst die Entstehung des Aufgabenbereichs im Gesundheitsamt und berichten dann aus der aktuellen Praxis des neuen Referats. Dazu wurden Daten aus dem Jahr 2014 ausgewertet. Soweit möglich, setzen wir unsere Daten und Erkenntnisse in Relation zu den vorher beschriebenen Daten, Fakten und Erkenntnissen. Im Einzelfall greifen wir auf unser Erfahrungswissen zurück. Bei der Erstellung dieses Berichts mussten wir verschiedentlich feststellen, dass die vorhandenen Daten sehr unterschiedlichen Erfassungssystemen folgen, sodass einige Fragen offen bleiben.

5.1 Entwicklung des Referats Pflege/Gesundheit älterer Menschen

Vor Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 begutachteten Ärztinnen und Ärzte des amts- und vertrauensärztlichen Dienstes des Gesundheitsamts den Umfang von Pflegebedürftigkeit bei Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern auf Grundlage des damaligen Bundessozialhilfegesetzes (BSHG). Mit Einführung des Sozialgesetzbuchs XI (Pflegeversicherung) und den damit verbundenen beitragsfinanzierten Pflegeleistungen schränkte sich der Aufgabenbereich des Gesundheitsamts ein. Aufgabe blieben Einstufungsgutachten für Menschen, die innerhalb der Pflegeversicherung nicht leistungsberechtigt sind, sowie die Festlegung konkreter Pflegebedarfe (Bedarfsfeststellungen) für jene, die über die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichend versorgt sind und weitere notwendige Leistungen nicht selbst finanzieren können.

Im Jahr 1995 entschied der damalige Abteilungsleiter des Sozialmedizinischen Dienstes, dass diese Gutachten durch erfahrene Pflegefachkräfte durchzuführen sind, um die pflegerisch not-

¹⁰¹ Frommann 2011, Seite 132ff



wendigen Leistungen qualifizierter begutachten zu können. Bis Ende 2011 wurde dies auf Honorarbasis umgesetzt. Im Zeitraum 1996 bis 2011 wurden im Durchschnitt 285 Gutachten pro Jahr durchgeführt, etwa die Hälfte zur Pflegeeinstufung und die andere Hälfte zur Bedarfsfeststellung.

2003 wurde durch einen Senatsbeschluss ein ressortübergreifendes Projekt gestartet, das sich mit den Möglichkeiten der qualitativen und finanziellen Steuerung des Leistungsgeschehens in der Hilfe zur Pflege befassen sollte. Federführend war das Sozialressort, das Gesundheitsamt sowie das Amt für Soziale Dienste waren die weiteren teilnehmenden Institutionen. Im Zeitraum 2003 bis 2007 wurden unter Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Praxis erste Steuerungsmöglichkeiten identifiziert, die teilweise abschließend bearbeitet werden konnten. Zu nennen sind vor allem drei richtungsweisende Ergebnisse:

- eine für Leistungsberechtigte kostenfreie Sprachmittlung im Begutachtungsverfahren durch den Dolmetscherdienst des Gesundheitsamts Bremen
- die Einführung von Beratungsbesuchen bei pflegebedürftigen Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger, die nur Geldleistungen erhalten und die dadurch keine Anbindung an professionelle Dienste haben (in Anlehnung an SGB XI §37.3).
- die Klärung der Zuständigkeit für die Frage der "Notwendigkeit einer stationären Langzeitpflegeunterbringung" beim Amt für soziale Dienste.

Letzteres ist insofern relevant, da es unseres Erachtens keine zwingende medizinisch-pflegerische Notwendigkeit für ein Leben im Heim gibt. Es handelt sich um eine überwiegend sozial dominierte Entscheidung, die im Rahmen der Sozialarbeit getroffen werden kann. Sie ist unter anderem auch abhängig von normativer Setzung, wie kosten- und/oder personalintensiv eine ambulante Versorgung sein darf.

Darüber hinaus wurde als wichtigste strukturelle Neuerung im Projekt "Hilfe zur Pflege" nach dem SGB XII beschlossen, ein für ganz Bremen gültiges und standardisiertes System der Bedarfsfeststellung einzuführen. Dafür wurde die pflegerische Fachkompetenz des Gesundheitsamts deutlich stärker in das Verfahren eingebunden. Das "neue Hilfeplanverfahren" fußt auf vier wesentlichen Verbesserungen:

- Der Integration der Pflegekompetenz in das gesamte Begutachtungsverfahren
- Einem regelmäßigen Austausch zwischen den im Verfahren beteiligten Fachdisziplinen (Sozialarbeit, Pflege und Sozialverwaltung) zur Planung der Hilfen (Interdisziplinarität)
- Einer höheren Datentransparenz im Leistungsgeschehen
- Einer Etablierung einheitlicher (hoher) Standards in der Pflegebegutachtung

Der Kernsatz im neuen Verfahren "**Pflegebedarf wird durch Pflege beurteilt**" sichert eine professionelle Beurteilung der Bedarfe und damit erst die Bedarfsgerechtigkeit der Leistungen.



Im neu entstandenen Referat "Pflege/Gesundheit älterer Menschen" arbeiten seit 2012 unter pflegewissenschaftlicher Leitung drei Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikationen¹⁰². In enger Kooperation mit dem Amt für Soziale Dienste werden

- pflegefachliche Gutachten und Stellungnahmen erarbeitet,
- regelmäßige pflegefachliche Beratung der Sozialdienste durch Präsenzzeiten in den sechs regionalen Sozialzentren angeboten und
- zusätzlich aufsuchende Beratungen bei Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger geleistet.

Außerdem arbeitet das Referat über die Fachkoordination "Hilfe zur Pflege" eng mit dem Sozialressort Bremen und dem Amt für Soziale Dienste zusammen. Dort werden die Standards der Zusammenarbeit definiert und die Qualität des Verfahrens weiterentwickelt, indem Aufbau- und Ablauforganisation sowie die gesammelten Daten evaluiert werden. Die sich entwickelnde enge ämter- und ressortübergreifende Kooperation wurde in einer ersten Evaluation im Jahr 2014 von den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie von befragten Leistungsempfängerinnen und -empfängern als gut bis sehr gut beurteilt. Die bisherige Form der Zusammenarbeit erweist sich damit als zukunftsfähig, zumal die herkömmliche strikte Trennung von Hilfesystemen der Komplexität sozialer, gesundheitlicher und pflegerischer Problemlagen längst nicht mehr gerecht wird.

5.1.1 AUFGABENBEREICH DES NEUEN REFERATS PFLEGE/GESUNDHEIT ÄLTERER MENSCHEN

Zum besseren Verständnis sind hier noch einmal ausführlicher dargestellt die Aufgabenbereiche, die Zielgruppen und das Setting, in dem sich das neue Referat in der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit bewegt:

- Bei Menschen, die nicht in der Pflegeversicherung sind, weil sie keine oder zu kurz Beiträge eingezahlt haben, legen grundsätzlich die Pflegegutachterinnen und -gutachter des Gesundheitsamts eine **Pflegestufe** fest.¹⁰³ Dies geschieht bei dem Betreffenden zu Hause oder im Pflegeheim. Im Pflegeheim ist die Einstufung auch Abrechnungsgrundlage, das heißt der Heimanbieter muss entsprechend der Einstufung alle Leistungen vertragsgemäß und individuell bedarfsgerecht erbringen.
- Bei den Menschen, die nicht in der Pflegeversicherung sind, werden oft Kombinationsgutachten erstellt. Im Rahmen eines Hausbesuchs kann hier sowohl zur **Pflegeeinstufung** wie zum **pflegefachlichen Bedarf** Stellung genommen werden.
- Für Menschen, bei denen die Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI eine angemessene pflegerische Versorgung nicht abdecken und deren eigenes Einkommen und Vermögen nicht ausreicht, um weitere Kosten selbst zu finanzieren, legt das Gesundheitsamt **konkrete Pflegebedarfe** innerhalb der ambulanten pflegerischen Versorgung nach

¹⁰² Beispielsweise Weiterbildungen zur Pflegedienstleitung, zur Intensivpflege, Zertifikatsstudium Case Management sowie Master of Arts (Public Health). Seit Anfang 2015 sind es vier Pflegefachkräfte im Umfang von 3 Vollzeitäquivalenten.

¹⁰³ Leistungsberechtigt sind nur Personen, die mindestens zwei Jahre innerhalb der letzten zehn Jahren Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung geleistet haben.



dem System der Leistungskomplexe¹⁰⁴ fest, um die Pflege zu sichern. Diese letzte Form der Begutachtung, das heißt die zusätzliche pflegfachliche Bedarfsfeststellung bei Leistungsempfängerinnen und -empfängern der Pflegeversicherung, macht die Mehrheit der Gutachten aus.

- Bei pflegeversicherten Menschen in einer Pflegeeinrichtung, deren Einkommen für die volle Kostenabdeckung der Heimkosten zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichend ist, wird das Gesundheitsamt nicht tätig. Die Pflegeeinstufung übernimmt hier der Medizinische Dienst der Krankenkassen, die Kostenübernahme wird anhand der Aktenlage direkt vom Amt für Soziale Dienste entschieden, nachdem die Sozialhilfeberechtigung geprüft wurde.

Das Referat "Pflege/Gesundheit älterer Menschen" hat im Jahr 2014 ungefähr 250 Einstufungen oder Kombinationsgutachten bei Nicht-Pflegeversicherten und fast 600 Bedarfsfeststellungen bei Pflegeversicherten im ambulanten Bereich durchgeführt.

Neben den oben genannten Begutachtungen erfüllt das Pflegereferat einen wichtigen Beratungsauftrag. Das Gesundheitsamt ist unter Umständen die einzige pflegfachliche Instanz, die in direktem Kontakt mit den Pflegebedürftigen steht: Seit Anfang 2015 suchen die Pflegefachkräfte des Gesundheitsamts mindestens einmal jährlich nicht-pflegeversicherte Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger, die sich für eine Geldleistung entschieden haben, zu Hause zu einer Beratung auf. Diese Personen organisieren ihre Pflege selbstständig und ohne professionelle Hilfen. In Bremen sind dies ungefähr 150 Leistungsberechtigte der Hilfe zur Pflege. Die Hausbesuche sollen die Qualität der Pflege und die Gesundheit der an der Pflege Beteiligten sichern, sie sollen Überforderungen des sozialen Umfelds erkennen helfen und bei Bedarf auf weitere Hilfsmöglichkeiten hinweisen. Wie notwendig und sinnhaft diese Besuche sind, zeigt sich darin, dass bei circa zwei Dritteln der Besuche Empfehlungen zur Verbesserung der Pflegesituation ausgesprochen werden. Bei Einstufungsgutachten und Bedarfsfeststellungen beraten die Pflegegutachterinnen und -gutachter ebenfalls zu pflegfachlichen Fragestellungen, soweit ihnen ihr Zeitbudget dafür Raum lässt.

Um den Effekt des kooperativen Ansatzes zwischen Sozialarbeit und Pflege beziehungsweise zwischen Gesundheitsamt und Amt für Soziale Dienste, bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen anschaulich zu machen, schildern wir ein Fallbeispiel. Die multiprofessionelle Perspektive beim gemeinsamen Hausbesuch während einer Begutachtung ermöglicht einen umfassenden Blick und eine koordinierte und dem Bedarf angemessene Versorgung.

¹⁰⁴ Leistungskomplexe sind sinnvoll zusammengefasste pflegerische Handlungen. Zum Beispiel sind im Leistungskomplex "Große Toilette" 1. die Hilfen beim Waschen des ganzen Körpers, 2. das An- und Ausziehen, 3. das Kämmen/Rasieren und 4. der Mund-/Zahnpflege zusammengefasst.



Eine 86-jährige Dame lebt in ihrer Wohnung alleine. Sie ist stark dement. Ihr Sohn lebt in einem anderen Stadtteil Bremens, weitere Angehörige oder soziale Kontakte gibt es nicht. Da sie keine weiteren Erkrankungen hat, entfallen regelmäßige Kontakte zu Ärztinnen oder Ärzten oder auch Krankenhausaufenthalte. Die Versorgung und die Sicherung ihrer Lebensführung liegen in den Händen ihres Sohnes.

Dieser beantragt nun bei der gesetzlichen Pflegeversicherung eine Pflegestufe. Die Mutter erhält die Pflegestufe I mit der Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz.

Der Sohn wird daraufhin bei einem ambulanten Pflegedienst vorstellig, um mit diesem Pflegesachleistungen zu vereinbaren. Er wird dort mit der Frage konfrontiert, welche pflegerische Versorgung der Pflegedienst bei seiner Mutter erbringen sollte, statt ein pflegfachliches Angebot zur Versorgungssicherung und Entlastung zu erhalten. Er erhält jedoch auch den Hinweis vom Dienstleistungszentrum, sich an das Amt für Soziale Dienste zu wenden.

Der Sohn wird nun bei einem Hausbesuch, den das Gesundheitsamt und der Sozialdienst Erwachsene gemeinsam durchführen, umfassend beraten, so dass bedarfsgerechte Maßnahmen für die Mutter eingeleitet werden können.

Um dem Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf der Mutter gerecht zu werden, wird der Besuch einer Tagespflegeeinrichtung in die Wege geleitet. Für die Wochenenden wird ein Menüdienst für die Mittagsmahlzeiten organisiert.

Aufgrund ihrer kognitiven Defizite genügen Körperpflege sowie Kleidungswechsel nicht alleine. Zudem werden Anzeichen einer Inkontinenz festgestellt. Dem Sohn wird empfohlen, sich dies durch ein Rezept von einem niedergelassenen Arzt bestätigen zu lassen, um dann über die Pflegeversicherung Inkontinenzprodukte beziehen zu können. Zudem werden zusätzliche Leistungen zum Anleitungs- und Unterstützungsbedarf bei der Intimhygiene gewährt.

Nicht zuletzt erhält der Sohn konkrete Tipps, wie Gefahren in der Wohnung eliminiert werden können, beispielsweise den Herd vom Stromnetz zu trennen.



5.2 Daten aus dem Gesundheitsamt – Begutachtungen bei Hilfe zur Pflege (SGB XII)

Seit Mai 2013 dokumentiert das Referat die pflegebezogenen Diagnosen, empfohlene Hilfeleistungen, Versorgungsaspekte sowie ausgewählte Sozialdaten der Leistungsempfängerinnen und -empfänger ausführlich in einer dafür entwickelten Datenbank. Wir nutzen an dieser Stelle die Daten des Jahres 2014, um erstmalig das Tätigkeitsfeld des Gesundheitsamtes und ausgewählte Aspekte im Leistungsspektrum des SGB XII ausführlich darzustellen. Der Schwerpunkt liegt auf der Versorgungssituation, der stadträumlichen Verteilung der Leistungsempfängerinnen und -empfänger sowie der Betrachtung der Gruppe von Migrantinnen und Migranten, die eine Sprachmittlung benötigten. Die Datenerfassung des Referats "Pflege/Gesundheit älterer Menschen" folgt einer Logik aus pflegerischer Sicht und ist deshalb nur in Teilen mit der bundesweiten Statistik der Sozialhilfe vergleichbar.

2014 erhielt das Gesundheitsamt der Stadt Bremen insgesamt 993 Gutachtenaufträge für insgesamt 867 Personen. Die Zahl der Personen ist geringer als die Zahl der Gutachtenaufträge, da in einigen Fällen Wiederholungsgutachten beauftragt wurden. Bei der Auswertung der personenbezogenen Daten, auf die wir uns im Folgenden überwiegend stützen, wurde der jeweils letzte Kontakt berücksichtigt.

Die häufigsten Gutachtenaufträge sind reine Bedarfsfeststellungen (siehe Tabelle 4), also ergänzende Anträge von Personen, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, deren pflegerischer Versorgungsbedarf darüber aber nicht ausreichend abgedeckt ist. 134 Aufträgen wurden allerdings während des Verfahrens seitens des auftraggebenden Sozialamts widerrufen, weil die Personen zum Beispiel verstorben, aus Bremen verzogen oder doch nicht leistungsberechtigt sind. Bei diesen Widerrufen sind die Angaben nicht immer vollständig vorhanden. Wir haben sie als fehlende Angaben in die Berechnungen jeweils einbezogen.

Tabelle 4: Form der Gutachtenaufträge, Anzahl und Anteile in 2014

Gutachtenform	Häufigkeit	Prozent
Bedarfsfeststellung	679	68,4
Einstufung	119	12
Beratungsbesuch	11	1,1
Kombigutachten	93	9,4
Hilfsmittel	12	1,2
Kurzzeitpflege	54	5,4
Fallbesprechungen oder Stellungnahme	25	2,5
Gesamt	993	100

Quelle: Daten des Gesundheitsamtes Bremen für 2014

5.2.1 SOZIALDATEN DER BEGUTACHTETEN PERSONEN

Interessanterweise hatte nur ein knappes Viertel der 867 begutachteten Personen (22,1%) aufgrund fehlender Beitragszeiten in die gesetzliche Pflegeversicherung keinerlei Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung (SGB XI) und war über das Sozialamt pflegeversichert. Der grö-



ßere Teil der Begutachteten, mehr als drei Viertel (77,9%), war hingegen pflegeversichert und musste auf zusätzliche Leistungen der Sozialhilfe zurückgreifen.

Fast alle (95,8%) lebten in der eigenen Wohnung, nur 4,2% lebten in einem Pflegeheim. Diese Verteilung ist in der Logik der Begutachtungen zu verstehen, da über die Begutachtungen des Gesundheitsamtes nur die Menschen in Heimen erreicht werden, die nicht pflegeversichert sind.

Wie fast durchgängig in der Pflege war der größere Teil der Begutachteten Frauen (60,2%). Der Anteil der Männer lag bei den Begutachteten mit knapp 40% über dem Bundesdurchschnitt von 34% bei Empfängern der Hilfe zur Pflege. Frauen waren ebenfalls wie im Bundesdurchschnitt insgesamt bei der Pflege älter als Männer (Frauen 72,8 Jahre versus Männer 68,6 Jahre). Die Altersspanne erstreckte sich hier von 19 bis zu 101 Jahren. Der Altersdurchschnitt der begutachteten Männer entspricht nahezu dem Bundesdurchschnitt der Empfänger von Hilfe zur Pflege (Bremen 68,6 Jahre, Deutschland 68 Jahre¹⁰⁵), während die begutachteten Frauen deutlich jünger sind (Bremen 72,8 Jahre, Deutschland 79 Jahre¹⁰⁶). Bei den Begutachteten ist der Anteil Jüngerer (zwischen 18 und 64 Jahren) mit 28% höher als in insgesamt Deutschland mit 21%¹⁰⁷.

Während bei der Hilfe zur Pflege in Deutschland die deutsche Staatsangehörigkeit erfasst wird (insgesamt 8% ohne deutsche Staatsangehörigkeit), fehlt eine entsprechende Angabe in der Datenbank des Gesundheitsamtes, ebenso wird der Migrationsstatus nicht festgehalten. Stattdessen werden Einsätze von Sprachmittlungen durch den Dolmetscherdienst Bremen erfasst. Es handelt sich dabei um Migrantinnen und Migranten, die nicht ausreichend Deutsch sprechen, um sich mit den Gutachterinnen und Gutachtern zu verständigen – sei es, dass sie in höherem Alter nach Deutschland gekommen sind oder dass sie, wie dies bei Frauen oft der Fall ist, keine Gelegenheit hatten, Deutsch zu lernen oder aus anderen Gründen nicht dazu in der Lage waren. Es kann sich hierbei sowohl um Menschen mit als auch ohne deutsche Staatsbürgerschaft handeln. In jedem Fall ist von einem Migrationshintergrund auszugehen, gleichwohl ist mit der Kategorie der "Personen mit Sprachmittlung" eine Untererfassung des Migrantenanteils verbunden. Bei 18,2% der Begutachteten wurde der Dolmetscherdienst in Anspruch genommen. In der Stadt Bremen lebten 2014 insgesamt 13,6% Ausländerinnen und Ausländer und geschätzt etwa 30,9% Migrantinnen und Migranten¹⁰⁸. Ein Gesamtanteil von 18% an der Bevölkerung in Bremen, die nicht oder nur wenig deutsch sprechen können, erscheint relativ hoch.

5.2.2 FAKTOREN IM ZUSAMMENHANG MIT PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Ursachen für die Entstehungen von Pflegebedürftigkeit wie Folgen körperlicher und psychischer Erkrankungen, Multimorbidität und Funktionseinschränkungen im Zusammenhang mit dem Alterungsprozess wurden oben bereits ausführlich beschrieben. Deutlich wurde dabei, dass zum einen Pflegebedürftigkeit aus sehr unterschiedlichen Perspektiven erfasst und beschrieben wird, und dass zum anderen Auslöser für eine Pflegebedürftigkeit über die gängige ICD-10-Klassifikation nicht ausreichend erfasst werden. Das Pflegereferat im Gesundheitsamt nutzt daher zur Klassifikation, der Gründe die zur Pflegebedürftigkeit führen, eine pflegerische Per-

¹⁰⁵ Statistisches Bundesamt 2015b

¹⁰⁶ Statistisches Bundesamt 2015b

¹⁰⁷ Statistisches Bundesamt 2015b

¹⁰⁸ Quelle: Bevölkerungsstatistik des Statistischen Landesamtes Bremen zum 31.12.2014, Fortschreibung auf Grundlage der Zensuszahlen 2011. Eigene Berechnungen.



spektive. Diese folgt nur in Teilen der Systematik der ICD-10-Klassifikation. Die aus verschiedenen Quellen vorliegenden Daten zur Pflegebedürftigkeit sind daher kaum miteinander zu vergleichen. Sie ergänzen allenfalls das Bild der Pflegebedürftigkeit und ihrer Ursachen aus verschiedenen Blickwinkeln. Wenn wir im Folgenden einige Bezüge zu anderen Daten herstellen, geschieht das eher im Sinn von sich ähnelnden Tendenzen, denn als direkte Vergleiche.

In Abbildung 13 werden die zehn häufigsten Diagnosen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit anhand der Daten des Pflegereferats vorgestellt. Hierbei wurden alle Diagnosen (1.587) der begutachteten Personen (867) aus dem Jahr 2014 berücksichtigt. In die Auswertung flossen bis zu drei Diagnosen ein, die als relevant für grundpflegerischen Hilfebedarf eingeordnet wurden. Im Mittel waren es 1,8 Diagnosen pro Person. Mit Abstand am häufigsten genannt werden Mobilitätseinschränkungen, gefolgt von Inkontinenz und kognitiven Defiziten. Mobilitätseinschränkungen gelten generell als eine der zentralen Ursachen für Pflegebedürftigkeit. Gangunsicherheiten und ihre Folgen werden ebenfalls zu dieser Kategorie gerechnet wie Lähmungen oder Rollstuhlpflichtigkeit. Auffällig ist, dass Inkontinenz bereits an zweiter Stelle steht. Sie wird sonst eher zurückhaltend erwähnt oder fällt innerhalb der MDS-Diagnosen unter die relativ häufigen Multimorbiditätssymptome (R00-R99). Offenbar tritt sie im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit relativ häufig auf, obwohl sie eher die Pflegebedürftigkeit begleitet als auslöst. An dritter Stelle stehen "kognitive Beeinträchtigungen". Gemeint sind hier aktenkundige und/oder im Gespräch auffallende Hirnleistungsstörungen, die es den Menschen unmöglich machen, sich selbst zu pflegen. Hierunter fallen die Folgen von Demenzen. Wenn auch nicht direkt vergleichbar mit den vorliegenden epidemiologischen Daten zu Demenzen, zeigt sich auch bei den Gutachten des Pflegereferats die hervorgehobene Bedeutung der kognitiven Einschränkungen "Allgemeine Schwäche", eine Kraft- und Belastungsminderung unabhängig vom Alter, die an vierter Stelle steht, fällt innerhalb der ICD-Codierungen ebenfalls unter die sogenannten "R-Diagnosen". Innerhalb der Datenerfassung des Pflegereferats werden hierunter physische Leistungsminderungen verstanden, deren Ursache nicht eindeutig diagnostizierbar ist. Adipositas beziehungsweise deren Folgen werden am fünfhäufigsten genannt. Diese Krankheit wird im Zusammenhang mit Berichterstattung zu Pflegebedürftigkeit nirgends direkt erwähnt. Allerdings gehören Stoffwechselerkrankungen, die auch Adipositas umfassen, zu den häufigsten Alterserkrankungen. Danach folgen mit 7,5% Schlaganfälle. Diese würden bei den Diagnosen des MDS unter die Herz-Kreislauf-Erkrankungen fallen, die dort eine häufige Diagnosegruppe bilden. Altersgebrechlichkeit (bei MDS-Diagnosen ebenfalls 7,5%) wird bei den Gutachten des Pflegereferats dann diagnostiziert, wenn hochbetagte Menschen nicht mehr im üblichen Rahmen zur Selbstpflege fähig sind und eine klare medizinische Diagnose dafür fehlt. Auch diese Kategorie würde beim MDS unter die Multimorbiditätssymptome fallen. COPD an siebthäufigster Stelle steht für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen und deren Folgen. Sie würde im ICD-10 unter die Atemwegserkrankungen fallen, die wiederum im Zusammenhang mit Pflege kaum genannt werden. COPD sowie Adipositas gelten als grundsätzlich präventiv beeinflussbar und sind in ärmeren und bildungsferneren Sozialmilieus häufiger verbreitet.

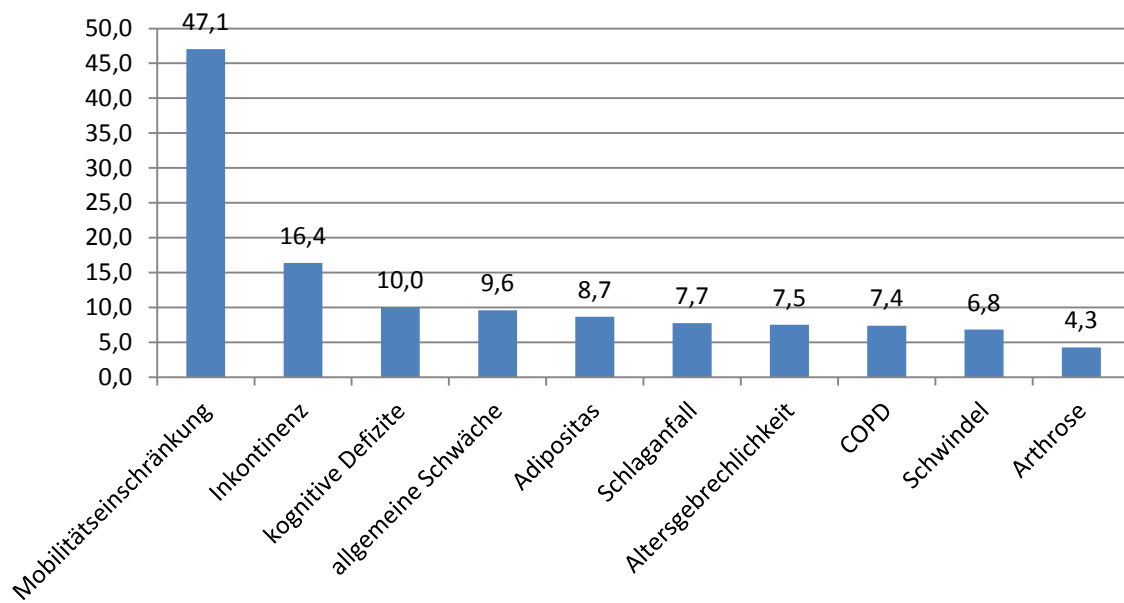


Abbildung 13: Die zehn häufigsten pflegerischen Diagnosen für Gewährung von Hilfe zur Pflege (867 Personen, pro Person bis zu drei Diagnosen; insgesamt 1.587 Diagnosen; die zehn häufigsten Diagnosen umfassen 1.087). Quelle: Daten des Gesundheitsamtes Bremen für 2014¹⁰⁹

¹⁰⁹ Abweichend von allen anderen Daten im Bericht ist hier als Erfassungszeitraum Mai 2013 bis Dezember 2014 ausgewertet worden.



5.2.3 PFLEGEBEDARF

Kernstück der Gutachten ist die Ermittlung der Ausprägung des Pflegebedarfs. Dieser umfasst ggf. die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Einschätzung der Alltagskompetenzen und die Ermittlung weiterer – auch präventiver, kurativer und nicht-pflegerischer – Hilfebedarfe. Dazu wird ein ausführliches pflegerisches Assessment durchgeführt, das sich unter Heranziehung von pflegebegründenden Diagnosen auf die Hilfsbedürftigkeit bei Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlichen Verrichtungen stützt (siehe Begutachtungsbogen im Anhang). Entscheidend für die Einstufungen und Bewertungen sind letztendlich Auswirkungen auf die alltäglichen Funktionsfähigkeiten.

Werden die vorgefundenen und die neu zugewiesenen Pflegestufen bei allen begutachteten Personen zusammengefasst, zeigt sich, dass fast zwei Drittel einen vergleichsweise niedrigen Pflegebedarf hat – unterhalb oder in Höhe der Pflegestufe I. Nur knapp 10% erhalten die höchsten Pflegestufen (siehe Abbildung 14). Der relativ hohe Anteil unterhalb der Pflegestufe I ergibt sich zum Teil aufgrund des anderen Leistungsspektrums im SGB XII, das schon bei geringem Bedarf einsetzt.

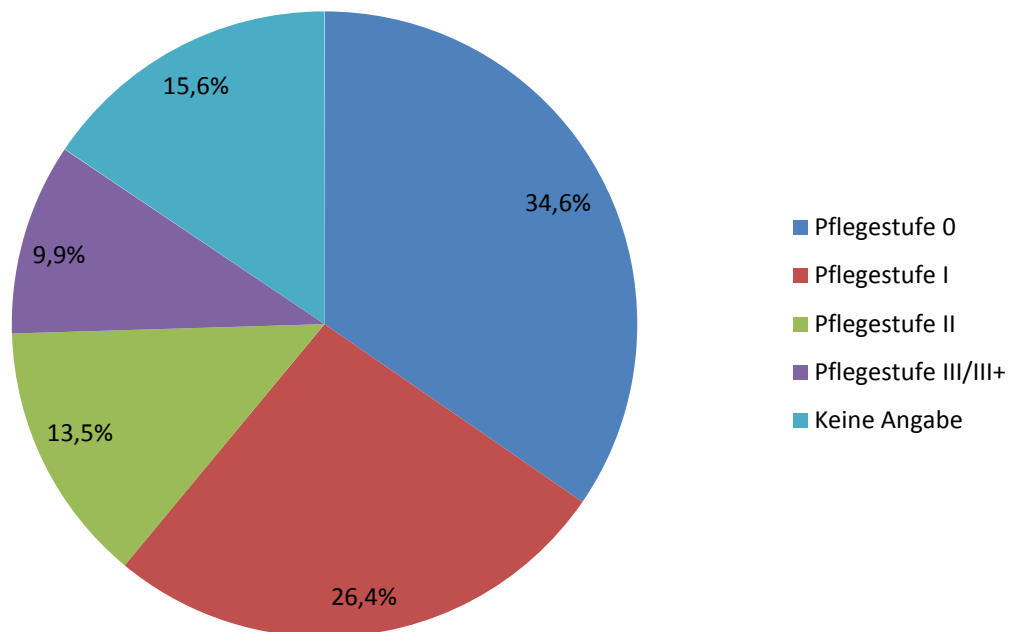


Abbildung 14: Verteilung der Pflegestufen auf Leistungsberechtigte der Hilfe zur Pflege (867 Personen)
Quelle: Daten des Gesundheitsamtes Bremen 2014

Obwohl die Daten aus der Pflegeversicherung nicht direkt vergleichbar sind, fällt auch dort der geringe Anteil mit einer hohen Pflegestufe auf. Allerdings befinden sich dort mehr als die Hälfte in der niedrigen Pflegestufe I. Vergleiche mit bundesdeutschen Daten bei der Hilfe zur Pflege sind nicht möglich, da dort in der ambulanten Versorgung weder bereits vorhandene noch neu vergebene Pflegeeinstufen erfasst werden. Hintergrund ist, dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass die Pflege möglichst durch nahestehende Personen übernommen werden soll und daher vorrangig Einzelleistungen bewilligt werden. Wie bereits oben beschrieben, lebt die die



überwiegende Mehrheit der vom Gesundheitsamt Begutachteten jedoch zu Hause und hat über Leistungen der Pflegeversicherung bereits eine Einordnung in eine Pflegestufe erhalten.

Durch ein spezielles Assessment wird bei den Begutachtungen des Gesundheitsamtes die Alltagsfähigkeit bewertet (siehe Begutachtungsbogen im Anhang). Bei 17% der begutachteten Personen wurde eine erhebliche oder erhöhte eingeschränkte Alltagskompetenz¹¹⁰ festgestellt. Innerhalb der Pflegeversicherung wurde diese 2013 bei 35%¹¹¹ aller Pflegebedürftigen anerkannt, nicht berücksichtigt wurden hier allerdings die Personen ohne eine Pflegestufe, so dass von einer Untererfassung der eingeschränkten Alltagskompetenz auszugehen ist. Und der Anteil mit eingeschränkter Alltagskompetenz variiert innerhalb der Pflegeversicherung deutlich zwischen Menschen in Pflegeheimen (59%) und Menschen, die zu Hause leben (25%). Grund hierfür ist die fortschreitende Hilfsbedürftigkeit bei eingeschränkter Alltagskompetenz, die zu einer Heimbetreuung führt. Der insgesamt niedrigere Anteil an eingeschränkter Alltagskompetenz bei den Bremer Begutachteten erklärt sich zumindest zum Teil aus dem hohen Anteil von Menschen, die zu Hause leben und somit weniger hilfsbedürftig sind.

5.2.4 VERSORGUNGSASPEKTE

Eine menschenwürdige Versorgung pflegebedürftiger Menschen umfasst ein breites Spektrum von Hilfen und Unterstützungsangeboten, die über eine rein pflegerische Versorgung weit hinausgehen. Die Gutachterinnen und Gutachtern des Gesundheitsamts können auf eine breite Palette von Empfehlungen zurückgreifen, um die Versorgungssituation zu verbessern (siehe Abbildung 15). Bei 47% der Gutachten (465 Gutachten von 993 Gutachten) wurde diese Möglichkeit mit durchschnittlich je 1,5 Empfehlungen genutzt.

Bei knapp jedem dritten Gutachten werden Hilfsmittel empfohlen, hierzu zählen Badewannensitzbretter, Hausnotrufgeräte oder Pflegebetten. Unter die zweithäufigsten Empfehlungen, die unter den Begriff "Versorgungssetting" gefasst werden, fallen solche wie Umzug in eine barrierefreie Wohnung, da bauliche Mängel nicht über Baumaßnahmen ausgeglichen werden können, oder die Beantragung einer rechtlichen Betreuung oder der Besuch einer Tagespflegeeinrichtung. Besondere pflegfachliche Empfehlungen wie engmaschige Hautinspektion, Kontrolle der Trinkmenge oder Schmerzbeobachtung fallen bei etwa jedem zehnten Gutachten an. Ähnlich häufig werden Heilmittel wie Physiotherapie, Logopädie oder Ergotherapie empfohlen. Baumaßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, häusliche Krankenpflege oder Rehabilitationsmaßnahmen werden eher selten empfohlen. Häusliche Krankenpflege wie zum Beispiel Medikamentengaben oder Wundversorgung wird dann empfohlen, wenn ärztlich Tätigkeiten an Krankenpflegepersonal delegiert werden soll.

¹¹⁰ Der Begriff der eingeschränkten Alltagskompetenz ist nicht deckungsgleich mit der Diagnose "kognitive Defizite". Die beiden Bewertungsbegriffe werden in unterschiedlichen Bewertungszusammenhängen erhoben.

¹¹¹ Statistisches Bundesamt 2015

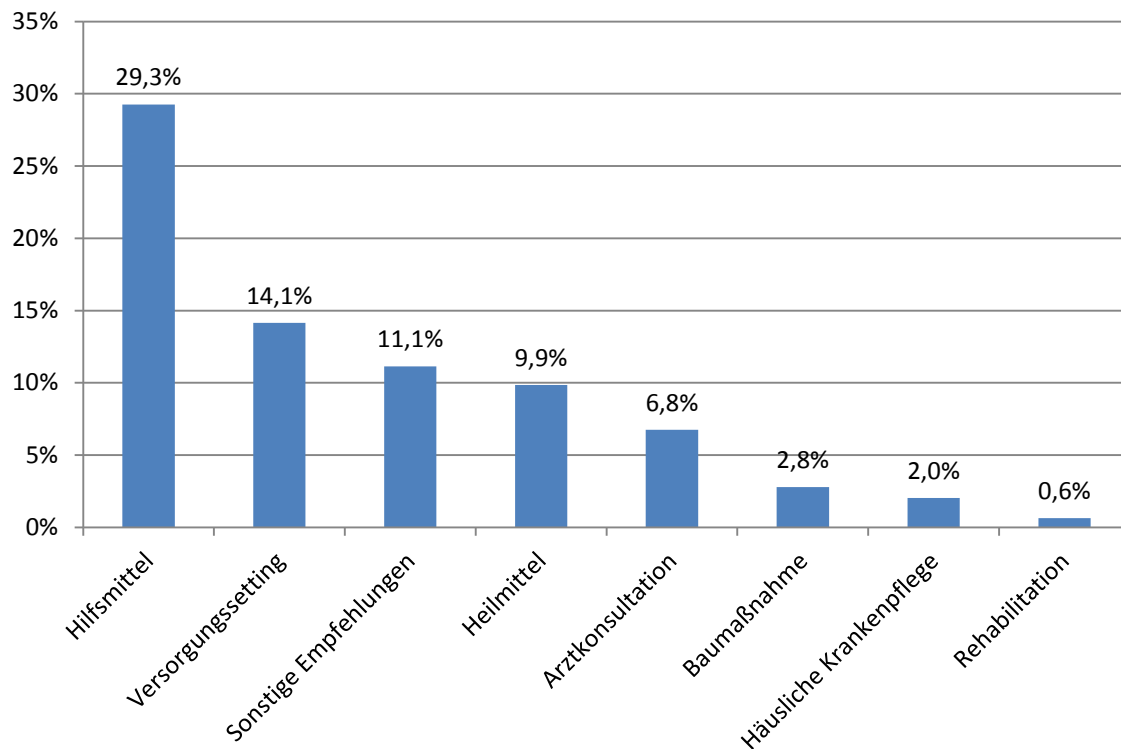


Abbildung 15: Empfehlungen des Gesundheitsamtes zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Prozent (933 Gutachten, 715 Nennungen)

Quelle: Auswertung der Daten des Gesundheitsamtes für 2014

Werden die begutachteten Personen genauer betrachtet, fällt auf, dass – soweit uns dies bekannt wurde – ein vergleichsweise hoher Anteil, nämlich von mindestens 11,1%, eine rechtliche Betreuung hatte.

Trotz der insgesamt niedrigen Pflegeeinstufungen zeigt sich ein nicht unerheblicher Versorgungs- oder Hilfebedarf bei den begutachteten Personen. Dieser entsteht zum Teil durch höhere Versorgungsleistungen bei alleinlebenden Personen. Mehr als die Hälfte der begutachteten Personen (56,9%) lebte alleine. Bei diesen ist häufiger eine deutlich umfangreichere Versorgung notwendig. Nicht selten fehlt neben den finanziellen Ressourcen ein tragfähiges soziales Netz, das zur Kompensation des Hilfebedarfs beitragen kann. Zwei Drittel der Alleinlebenden (65,5%) benötigten eine Versorgung durch Pflegedienste, während dies bei Pflegebedürftigen, die nicht allein lebten nur knapp ein Drittel (31,4%) war. Auch bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen wie Wohnungsreinigung, Wäschepflege, Einkaufen und Kochen benötigen Alleinlebende mehr Unterstützung von außen als nicht Alleinlebende.



5.2.5 VERTEILUNG AUF STADTTEILE

Die meisten Personen, die im Jahr 2014 durch das Gesundheitsamt im Rahmen der Hilfe zur Pflege begutachtet wurden, lebten im Stadtteil Gröpelingen. Mit etwas Abstand folgen die Stadtteile Neustadt, Vahr, Osterholz sowie Vegesack und Huchting (siehe Abbildung 16 und Tabelle 5). Diese Verteilung folgt weder der entsprechenden Bevölkerungszahl noch dem Anteil älterer Menschen in den Stadtteilen (siehe Abbildung 17 und Tabelle 5).

Das Vorhandensein finanzieller und sicher auch sozialer Ressourcen dürfte bei der unterschiedlichen Verteilung der Begutachteten auf die Stadtteile eine Rolle spielen. Drei Stadtteile mit der höchsten Gutachtenquote – Gröpelingen, Osterholz und Vahr – weisen im Vergleich zum stadtbremischen Durchschnitt besonders negative Sozialindikatoren auf wie hohe Arbeitslosenquote, hohe Quote von Empfängerinnen und Empfängern von SGB-II-Leistungen und niedrigen Bildungsstatus.¹¹² Innerhalb dieser Stadtteile befinden sich außerdem die Ortsteile mit dem negativsten Ranking bremischer Sozialindikatoren wie Gröpelingen, Ohlenhof und Tenever, aber auch die Vahr und die Neustadt weisen mehrere Ortsteile mit einem relativ schlechten Ranking auf.¹¹³ Stadtteile wie Oberneuland, Schwachhausen, Horn-Lehe und Borgfeld, bei denen geringere Gutachtenquoten zu finden sind, sind wiederum entsprechend ihren Sozialindikatoren gut situierte Stadtteile. Obwohl in Schwachhausen die meisten älteren Menschen leben, benötigen sie nur wenige Unterstützung durch das Sozialhilfesystem.

¹¹² Statistisches Landesamt Bremen 2016

¹¹³ Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen 2014

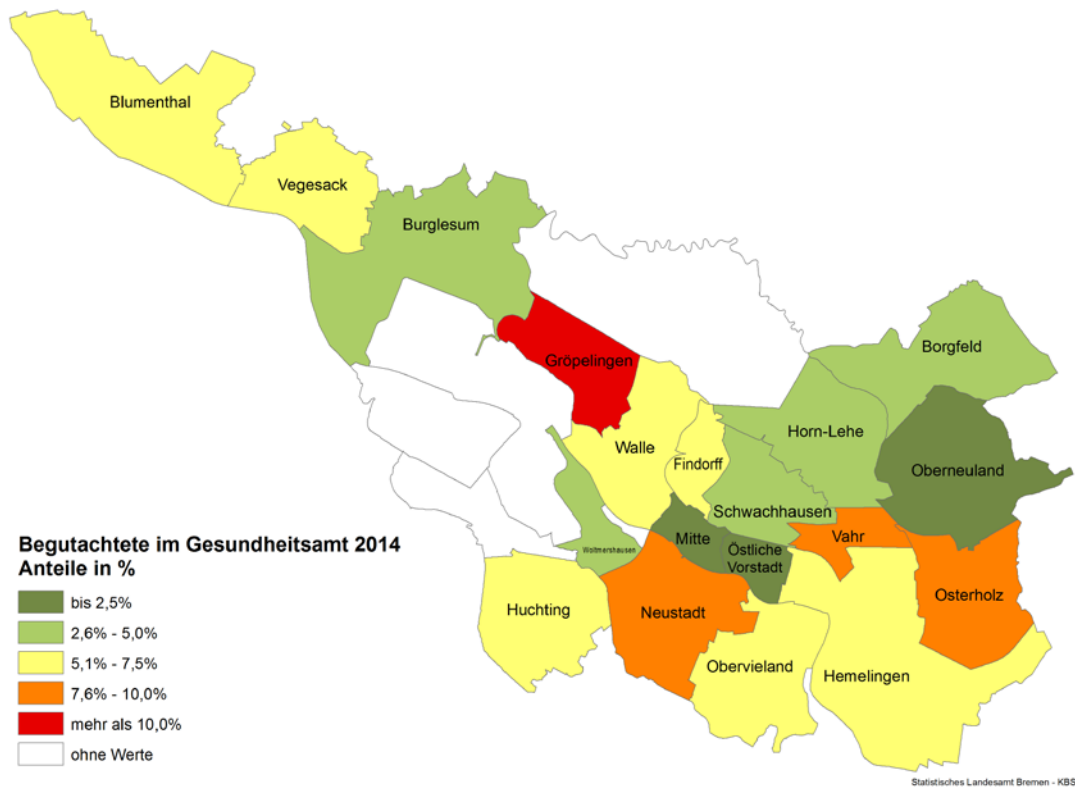


Abbildung 16: Verteilung der vom Gesundheitsamt begutachteten Personen im Rahmen der Hilfe zur Pflege auf Stadtteile bezogen. Quelle: Statistisches Landesamt – KBS

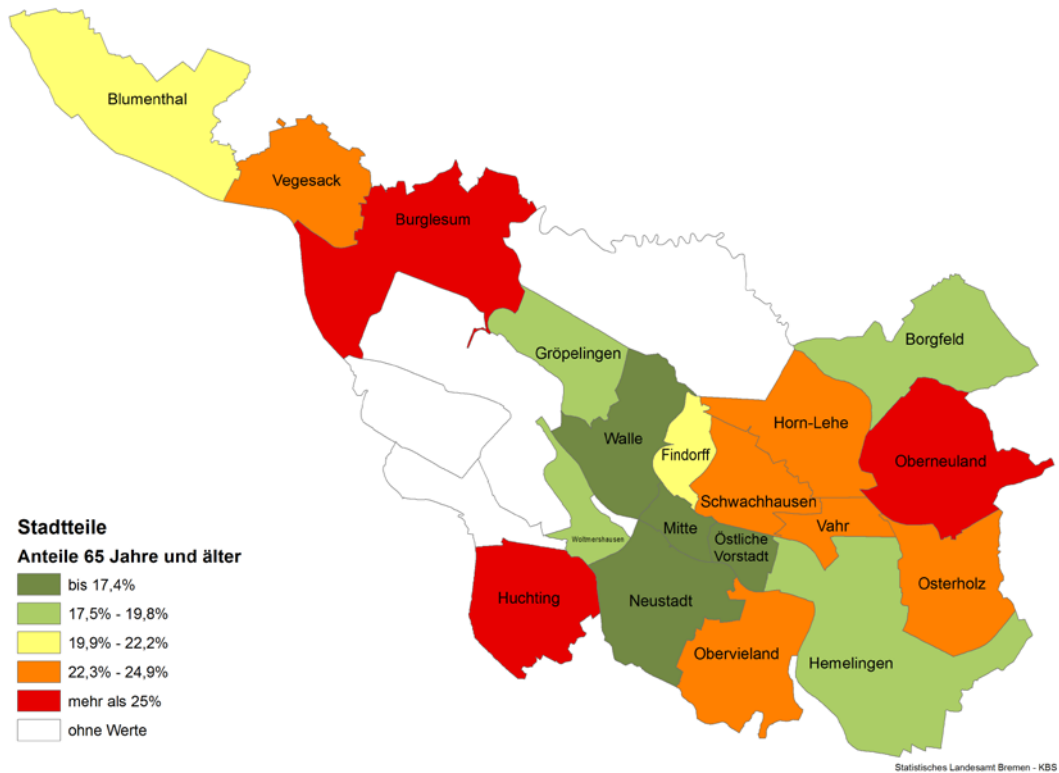


Abbildung 17: Bevölkerungsanteile 65+ Jahre bezogen auf Bremer Stadtteile für das Jahr 2014 in Prozent. Quelle: Statistisches Landesamt – KBS



Tabelle 5: Verteilung der begutachteten Personen auf Stadtteile im Vergleich mit der Bevölkerung der über 65-Jährigen (Anzahl und Anteile)

Stadtteil	2014 Hilfe zur Pflege in Bremen	2014 Hilfe zur Pflege in Bremen	Anzahl der Personen, die älter als 65 Jahre sind Stand 31.12.2014 ¹¹⁴	Anteil der Personen, die älter als 65 Jahre sind Stand 31.12.2014
	Anzahl	Anteile N=867		
Gröpelingen	104	12,0%	6.269	17,7%
Neustadt	82	9,5%	6.824	15,6%
Vahr	75	8,7%	6.656	24,3%
Osterholz	67	7,7%	8.483	22,8%
Veegesack	63	7,3%	7.857	24,6%
Huchting	58	6,7%	7.392	25,1%
Blumenthal	54	6,2%	6.806	22,2%
Obervieland	52	6,0%	8.041	24,2%
Hemelingen	49	5,7%	8.051	19,8%
Findorff	46	5,3%	5.270	20,7%
Walle	45	5,2%	4.965	17,4%
Burlesum	42	4,8%	8.255	22,2%
Horn-Lehe/Borgfeld	28	3,2%	6.064	24,6%
Woltmershausen	26	3,0%	2.616	19,6%
Schwachhausen	25	2,9%	8.945	23,7%
östliche Vorstadt	27	3,1%	4.074	15,1%
Mitte	17	2,0%	2.975	15,2%
Oberneuland	2	0,2%	3.659	28,9%
Wohnort nicht angegeben	5	0,6%		
Stadt Bremen	867	100,0%	112.712	21,3%

Quelle: Daten des Gesundheitsamtes und Daten des Statistischen Landesamtes Bremen

¹¹⁴ Quelle: Daten des Statistischen Landesamtes Bremen



5.2.6 MIT SPRACHMITTLUNG BEGUTACHTETE PERSONEN

Wie bereits im Abschnitt 5.2.1 beschreiben, wurden bei 18,2% (158 Personen) der vom Gesundheitsamt begutachteten Personen eine Sprachmittlung durch den Dolmetscherdienst Bremen eingesetzt, da ihre Deutschkenntnisse für die Begutachtungssituation nicht ausreichend waren. Diese Gruppe betrachten wir im Folgenden genauer und vergleichen sie mit den Personen, für die kein Dolmetscherdienst benötigt wurde. Die Gruppe der Personen mit Sprachmittlung stellt eine spezifische Auswahl von Migrantinnen und Migranten dar, die sich nur partiell mit anderen verfügbaren Daten zu Menschen mit Migrationshintergrund oder zu Ausländerinnen und Ausländern vergleichen lässt. Personen, die aus dem Ausland stammen aber Deutsch weitgehend beherrschen, fallen unter die Gruppe ohne Sprachmittlung, in der sich auch alle Personen deutscher Herkunft befinden.

Der Anteil der Personen, bei denen eine Sprachmittlung notwendig war, ist deutlich höher als der Anteil von Ausländerinnen und Ausländern in der Stadt Bremen. Insbesondere wenn die Altersgruppe der 65-jährigen und älteren verglichen wird (Stadt Bremen 13,6% und 6,1% in der Altersgruppe ab 65 Jahre¹¹⁵). Auch im Vergleich mit den bundesdeutschen Daten zur Hilfe von Pflege liegt der Anteil höher, dort war nur eine/r von zehn Ausländerin oder Ausländer, hier fast jeder fünfte. Entsprechende Daten lagen für Bremen nicht vor. Allerdings hinken all diese Vergleiche, da es durchaus auch deutsche Staatsbürger gibt, die nicht ausreichend Deutsch sprechen, um solche Begutachtungssituationen ohne Dolmetscher zu bewältigen.

In der Verteilung der Geschlechter unterscheiden sich Personen mit und ohne Sprachmittlung kaum. Auch hier sind Männer seltener vertreten als Frauen.

Tabelle 6: Verteilung der Leistungsempfängerinnen und -empfänger nach Geschlecht und Alter abhängig von der Nutzung des Dolmetscherdienstes

Geschlecht/Alter	ohne Sprachmittlung N=705	mit Sprachmittlung N=162
weiblich	60,0%	61,7%
männlich	40,0%	38,3%
durchschnittliches Alter	69,9 Jahre	76,2 Jahre

Quelle: Daten des Gesundheitsamtes für 2014

Das durchschnittliche Alter der begutachteten Menschen unterscheidet sich deutlich. Personen, die den Dolmetscherdienst in Anspruch nehmen, sind durchschnittlich 6 Jahre älter (siehe Tabelle 6). Sie nehmen Hilfe zur Pflege offensichtlich erst in späterem Alter in Anspruch. Eine Erklärung für diesen altersabhängigen Unterschied fehlt bislang.

Aufgefächert in die häufigsten Muttersprachen fällt der hohe Anteil russischsprachiger Personen von 64,8% auf (siehe Abbildung 18). Dieser große Anteil ist zum Teil durch die Zuwanderungswelle der 1990er Jahre von Aussiedlerinnen, Aussiedlern und Kontingentflüchtlingen aus der früheren Sowjetunion zu erklären. Ebenfalls bemerkenswert ist der geringe Teil türkisch-sprechender Pflegebedürftiger, die eine Sprachmittlung benötigen. Der Anteil von Türkinnen und Türken beträgt in Bremen 28% der ausländischen Bevölkerung. Es ist nicht davon auszugehen, dass diese Bevölkerungsgruppe – gerade die ältere Generation – durchweg genügend

¹¹⁵ Statistische Landesamt Bremen, Bevölkerungsdaten 31.12.2014, eigene Berechnungen

Deutsch spricht, um sich ausreichend verständigen zu können. Es ist auch nicht davon auszugehen, dass die finanziellen Ressourcen türkischstämmiger Personen stets genügen, und dass Hilfe zur Pflege nicht benötigt wird.¹¹⁶ Die Ergebnisse geben keinen Hinweis darauf, ob sich die Unterschiede zwischen den Nationalitäten aufgrund unterschiedlicher Bedarfe in der Pflege oder aufgrund unterschiedlicher (kultureller) Nutzungsmuster der Hilfsangebote ergeben. Ein Bericht des Gesundheitsamtes Bremen aus dem Jahr 2007¹¹⁷ zeigt ebenfalls einen hohen Anteil russischstämmiger Antragsstellerinnen und Antragssteller und einen vergleichsweise geringen Anteil türkischstämmiger. Dort zeigt sich, dass türkischstämmige Migrantinnen und Migranten zum Zeitpunkt der Antragsstellung bereits länger in Deutschland leben, und die Vermutung liegt nahe, dass deren Einbindung in den Familienverband tragfähiger ist. Letztlich bleibt aber offen, was Gründe für diese Unterschiede sind. Die relativ geringe Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege von türkischstämmigen Personen vor allem im Verhältnis zu den russischsprachigen wirft die Frage auf, ob hier neben kulturellen Aspekten auch Informationsdefizite über Ansprüche wirksam sind.

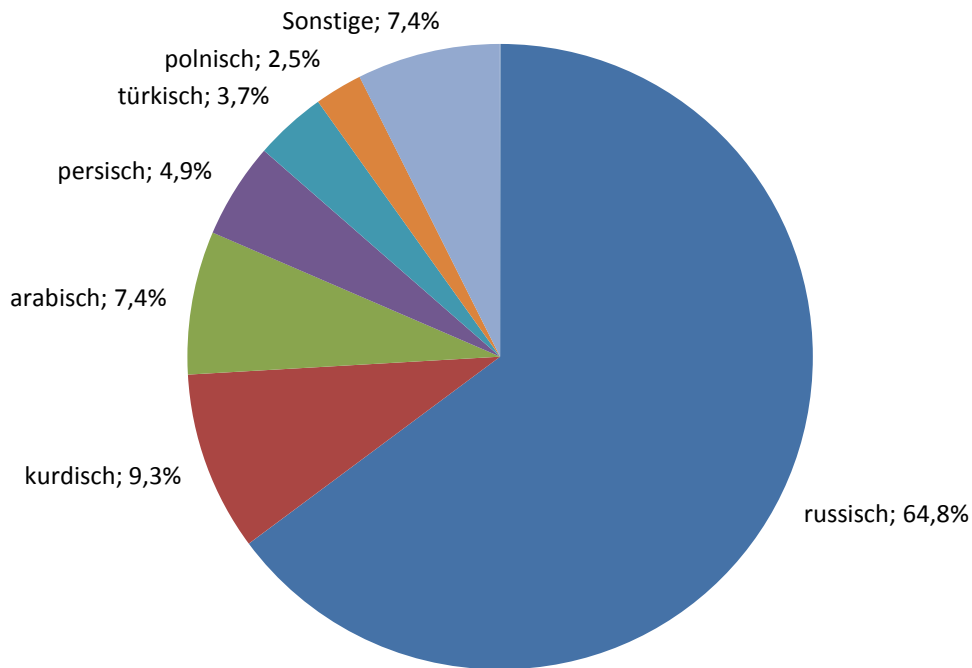


Abbildung 18: Muttersprache der Personen mit Sprachmittlung in Prozent (N=162)

Quelle: Daten des Gesundheitsamtes für 2014

In den folgenden Vergleichen zwischen Personen mit und ohne Sprachmittlung wurden die 134 Personen, bei denen Gutachten widerrufen wurden, nicht berücksichtigt, da in diesen Fällen weitergehende Daten fehlten.

¹¹⁶ siehe Tempel und Mohammadzadeh 2004

¹¹⁷ Lotze et al. 2007



Tabelle 7: Pflegestufen im Vergleich mit und ohne Sprachmittlung¹¹⁸

Einstufungen	ohne Sprachmittlung	mit Sprachmittlung
	N=571	N=162
Pflegebedarf unterhalb Pflegestufe I	34,2%	64,8%
Pflegestufe I	34,5%	19,8%
Pflegestufe II	17,9%	9,3%
Pflegestufe III/Härtefall	13,3%	6,2%
Pflegestufe nicht bekannt	0,2%	0,0%
Gesamt	100,0%	100,0%

Quelle: Daten des Gesundheitsamtes für 2014

Tabelle 8: Eingeschränkte Alltagskompetenz im Vergleich mit und ohne Sprachmittlung

Einstufungen	ohne Sprachmittlung	mit Sprachmittlung
	N=571	N=162
keine eingeschränkte Alltagskompetenz	75,5%	89,5%
erheblich oder erhöhte eingeschränkte Alltagskompetenz	23,0%	10,5%
nicht bekannt	1,6%	0,0%
Gesamt	100,0%	100,0%

Quelle: Daten des Gesundheitsamtes für 2014

Bei der Einstufung der Pflegebedürftigkeit fällt auf, dass Personen mit einer Sprachmittlung fast doppelt so häufig ein geringer Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I attestiert wurde (siehe Tabelle 7) wie Personen ohne Sprachmittlung und deutlich seltener eine höhere Pflegestufe. Auch eine eingeschränkte Alltagskompetenz wird bei Personen mit Sprachmittlung weniger oft attestiert (siehe Tabelle 8). Dies ist umso auffälliger, da Menschen mit Sprachmittlungsbedarf im Schnitt wie erwähnt sechs Jahre älter sind. Sprachliche Barrieren können für diese Unterschiede in den Einstufungen nicht der Grund sein, da Dolmetscherinnen und Dolmetscher zur adäquaten Verständigung eingesetzt werden. Eher unwahrscheinlich ist die Vermutung, dass diese Personen gesünder älter wurden als diejenigen, die besser Deutsch sprechen. Wahrscheinlicher ist, dass Antragstellende mit besseren Deutschkenntnissen eine genauere Kenntnis über Versorgungsansprüche innerhalb der gesetzlichen Ansprüche haben und diese deutlicher formulieren. Möglich ist aber auch, dass kulturell unterschiedliche Ansprüche an die Versorgung bei Pflegebedarf oder kulturell unterschiedliche Äußerung von Bedarfen (beispielsweise wegen Tabuisierung) dazu führen, dass Pflegebedarfe oder fehlende Alltagskompetenzen vor den Gutachterinnen und Gutachtern nicht genannt oder gezeigt werden. Welche Gründe tatsächlich für diese Unterschiede ausschlaggebend sind und ob sich diese so fortsetzen, muss zukünftig geprüft werden.

¹¹⁸ Personen, bei denen Gutachten widerrufen wurden, wurden hier nicht berücksichtigt.



Menschen, die eine Sprachmittlung benötigen, werden zudem seltener von professionellen Institutionen versorgt und sie nutzen sonstige Versorgungsmöglichkeiten seltener als Menschen ohne Sprachmittlung. Einerseits ist davon auszugehen, dass sie etwas häufiger in einen familiären Zusammenhalt eingebunden sind, der sie auch im Pflegefall trägt, so dass weniger externe Versorgungssysteme in Anspruch nehmen müssen, andererseits muss aber auch vermutet werden, dass Information über Hilfen und über das das Hilfesystem bei Pflegebedürftigkeit fehlen. Hinzu kommen kulturell geprägte Haltungen, externe Hilfe erst als allerletzten Ausweg in Anspruch zu nehmen. In einzelnen Fällen wird erst während eines akuten Krankenhausaufenthalts auf mögliche Hilfen hingewiesen oder Hilfe erst nach einem solchen in Anspruch genommen. Manches Mal übernehmen Angehörige unter starken persönlichen Belastungen über lange Zeit die Pflege zu Hause ohne jegliche Hilfe von außen. Fehlende kultursensible Hilfen wie beispielsweise Menübringdienste, die kulturspezifische Ernährungsgewohnheiten berücksichtigen, tragen zu dieser Situation ebenfalls bei.

Menschen, die eine Sprachmittlung benötigen, verteilen sich im Stadtgebiet etwas anders als die Gesamtheit aller Begutachteten. Sie finden sich am häufigsten in der Vahr gefolgt von Vege-sack, Obervieland und Osterholz (siehe Tabelle 9). In Gröpelingen, einem Stadtteil, in dem sich die meisten Leistungsempfängerinnen und -empfängern finden und in dem viele türkischstämmige Bewohnerinnen und Bewohner leben, werden Sprachmittler offenbar seltener hinzugezogen. In der Vahr leben eher russisch sprechende Migrantinnen und Migranten, die wiederum offenbar nur über geringe Deutschkenntnisse verfügen.



Tabelle 9: Verteilung der begutachteten Personen auf die Bremer Stadtteile mit oder ohne Sprachmittlung in Prozent.

Stadtteil	ohne Sprachmittlung N=705	mit Sprachmittlung N=162
Gröpelingen	13,0%	7,4%
Neustadt	10,4%	5,6%
Osterholz	7,2%	9,9%
Blumenthal	6,7%	4,3%
Huchting	6,5%	7,4%
Veegesack	6,5%	10,5%
Vahr	6,4%	18,5%
Hemelingen	5,8%	4,9%
Findorff	5,7%	3,7%
Walle	5,7%	3,1%
Obervieland	5,1%	9,9%
Burglesum	4,5%	6,2%
Horn-Lehe	3,7%	1,2%
östliche Vorstadt	3,7%	0,6%
Schwachhausen	3,4%	0,6%
Woltmershausen	3,0%	3,1%
Mitte	1,7%	3,1%
Oberneuland	0,3%	0,0%
keine Angabe	0,7%	0,0%
Gesamt	100,0%	100,0%

Quelle: Daten des Gesundheitsamtes für 2014



6. FAZIT

Interessanterweise gelang es nicht, alle dem Bericht zugrunde liegenden Fragen ausreichend zu beantworten. Prinzipiell nicht erfasst werden Personen, die keine finanziellen Hilfen beanspruchen und zu Hause gepflegt werden. Die vorliegenden Daten aus den beiden Hilfssystemen der Pflegeversicherung nach SGB XI und der Hilfe zur Pflege nach SGB XII werden unabhängig voneinander erfasst. Ein Abgleich zwischen beiden Systemen findet nicht statt. Zudem folgen beide Dokumentationssysteme aufgrund ihrer unterschiedlichen Zielrichtungen und Leistungskriterien unterschiedlichen Systematiken. Eine Vergleichbarkeit ist daher nur in Teilen möglich. Die Pflegeversicherung entspricht einer Teilkaskoversicherung, die nur bestimmte pflegerische Bedarfe finanziell abfedert, während der Hilfe zur Pflege ein umfänglicheres Hilfeverständnis zugrunde liegt (vergleiche hierzu Punkt 5.1.). Zusätzlich unterscheiden sich die Berichtszeiträume der beiden Systeme. Es können stets Aussagen über Leistungsempfängerinnen und -empfänger innerhalb der jeweiligen Systeme getroffen werden, jedoch nicht darüber, welche Überschneidungen gegeben sind. Pflegebedürftige Menschen in Heimen sind häufig auf eine Finanzierung aus beiden Systemen angewiesen, da die hohen Pflegekosten im Heim mit einer durchschnittlichen Rente nicht zu finanzieren sind.¹¹⁹ Bei zukünftig sinkendem Rentenniveau ist von einer Zunahme Hilfsbedürftiger in der Hilfe zur Pflege auszugehen.

Im Folgenden werden die dem Bericht zugrundeliegenden Fragen soweit möglich beantwortet.

- In welchem Verhältnis stehen alte Menschen mit solchen, die Pflege benötigen in Bremen und bundesweit?

Aufgrund der methodischen Schwierigkeiten muss zunächst festgehalten werden, dass zur tatsächlichen Zahl Pflegebedürftiger in Deutschland und auch in Bremen keine verlässlichen Aussagen gemacht werden können.

Da jedoch der deutlich größere Anteil Pflegebedürftiger über die Pflegeversicherung im SGB XI erfasst wird (2013 waren es 2,6 Millionen, das entspricht 3,3% der Bevölkerung) und Hilfe zur Pflege nach SGB XII ungefähr ein Fünftel der Personenzahl erhält (2012 waren es 439.000), können die Daten der Pflegeversicherung als Orientierungswerte genutzt werden, auch wenn sie nicht vollständig sind. In den vergangenen Jahren zeigt sich eine steigende Tendenz bei der Zahl Pflegebedürftiger. Mit steigendem Alter nimmt der Anteil Pflegebedürftiger in den jeweiligen Altersgruppen deutlich zu. Bei den 65-Jährigen sind nur 3% pflegebedürftig, während bei den über 90-Jährigen mehr als die Hälfte pflegebedürftig sind. Gleichzeitig werden jedoch die entsprechenden Bevölkerungsanteile aufgrund von Sterbefällen stetig kleiner, so dass die absolute Zahl Pflegebedürftiger auch mit zunehmendem Alter schrumpft.

Die Entwicklung im Land Bremen entspricht der in Deutschland. 2011 waren hier im Rahmen der Pflegeversicherung insgesamt 22.178 Personen (3,4% der Bevölkerung) pflegebedürftig. Auch in Bremen steigt dem Bundesdurchschnitt vergleichbar der Anteil Pflegebedürftiger in den höheren Altersgruppen deutlich an, während deren absolute Zahl deutlich abnimmt.

¹¹⁹ Die Standardrente ist die monatliche Regelaltersrente eines Versicherten in der allgemeinen Rentenversicherung, der 45 Jahre lang stets ein Entgelt in Höhe des Durchschnittsentgelts aller Versicherten bezogen hat. Sie betrug brutto am 01.01.2015 in den alten Bundesländern 1.287,45 Euro und in den neuen Bundesländern 1.187,55 Euro. (Deutsche Rentenversicherung 2015)



In der Versorgung Pflegebedürftiger wird offenbar der Leitsatz "ambulant vor stationär" weitgehend berücksichtigt, so dass sich der von Betroffenen häufig geäußerte Wunsch, möglichst lange zu Hause bleiben zu können, in der Praxis widerspiegelt. Für Bremen scheint dieser Grundsatz etwas häufiger umgesetzt zu werden als im Bundesdurchschnitt. Gleichzeitig werden aber auch etwas öfter ambulante Dienste in Anspruch genommen. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass Hilfsmöglichkeiten in einer Stadt in geringeren Entfernungen zur Verfügung stehen als in ländlichen Regionen. Die Daten zum Umfang der Pflege zu Hause (mehr als zwei Drittel) oder der Pflege allein durch Angehörige (fast die Hälfte) macht aber auch deutlich, welche gesellschaftlichen Lasten im Pflegebereich von Angehörigen getragen werden.

Die fehlende gemeinsame Datengrundlage zwischen den Sozialleistungssystemen erschwert die Planbarkeit von Bedarfen. Auch für Bremen wäre zur Planung des Bedarfs und des Gesamtumfangs an pflegerischen Hilfen eine gemeinsame Erfassung wünschenswert. Hierfür würden sich die anstehenden Veränderungen im Rahmen des neuen Pflegestärkungsgesetzes (PSG 2) mit einer neuen Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs anbieten. Gut wäre, dabei auch im Blick zu behalten, welche Angebote und welche Rahmenbedingungen pflegende Angehörige bei ihren Aufgaben stärken oder entlasten können.

- Welche Krankheiten führen zu Pflegebedürftigkeit, was wird als Grund für Pflegebedürftigkeit genannt?

Daten zur Krankheitshäufigkeit, zum Krankheitsgeschehen, zu Funktionseinschränkungen oder zu Quoten der Pflegebedürftigkeit von älteren Menschen unterliegen stärkeren Verzerrungen als dies in jüngeren Lebensjahren der Fall ist. Menschen in Pflegeheimen werden in Studien nicht systematisch einbezogen oder sie werden aus methodischen Gründen gezielt ausgeschlossen. Häufig werden auch die ältesten Altersgruppen und/oder schwerkranke Menschen aus methodischen und ethischen Gründen in Studien nicht einbezogen. Bei einem relativ hohen Anteil an erkrankten, älteren oder in Heimen lebenden Personen muss diese Selektion zu Verzerrungen führen, in der Regel zu Unterschätzungen des Krankheitsgeschehens und des Umfangs der Pflegebedürftigkeit.

Außerdem wurde deutlich, dass der Rückgriff auf Krankheiten, die mit der gängigen ICD-10-Klassifikation erfasst werden, dem Begriff der Pflegebedürftigkeit nicht ausreichend gerecht wird. Dies wird selbst vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) eingeräumt. Pflegebedürftigkeit entsteht durch Funktionseinschränkungen, die das Alltagshandeln behindern. Diese können sich unabhängig von Krankheit als Alterserscheinungen entwickeln. Konsequenterweise verzichtet der ab 2017 geltende neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auf das dezidierte Vorliegen von Krankheit oder Behinderung.

Ein hohes Risiko für Pflegebedürftigkeit besteht, wenn Krankheiten mit dem Verlust von wichtigen Funktionen verbunden sind. Vor allem Einschränkungen der Mobilität sowie des Sehens und Hörens beeinträchtigen Alltagsfähigkeiten. Entsprechende Folgen treten insbesondere bei Herz-Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen, Muskel- und Skeletterkrankungen, bei psychischen Erkrankungen sowie bei Multimorbidität auf. Solche Einschränkungen können jedoch schlicht Folge des Alterungsprozesses sein. Insbesondere bei den Bremer Daten des Pflegereferats, wurde die Bedeutung von Inkontinenz im Rahmen des Pflegegeschehens hervorgehoben.

Sichtbar wurde außerdem, dass sowohl bei der Entwicklung von Krankheiten wie beim Erhalt der Mobilität und Selbstständigkeit im Alter soziale Faktoren wie Bildung und Einkommen eine



wichtige Rolle spielen. Die dadurch mitbestimmten Ressourcen (geistige, soziale und finanzielle) wirken sich je nach Verfügbarkeit oder Fehlen positiv oder negativ aus. Soziale Ungleichheit wirkt sich auf Menschen mit geringer Bildung und geringem Einkommen bei der Entwicklung von Pflegebedürftigkeit stärker negativ aus als auf Menschen mit höherer Bildung und höherem Einkommen.

Bei den Erkrankungen im Zusammenhang mit Pflege hat vor allem die Demenz als neurologisch-psychiatrische Erkrankung eine große Bedeutung. Dies zeigte sich auch in den Daten des Pflegeferats, allerdings nicht in der Schärfe wie in den epidemiologischen Daten. Demenz ist einheitlich eine der häufigsten Alterskrankheiten, die aufgrund der damit einhergehenden kognitiven Einschränkungen einen hohen Betreuungs- und Pflegeaufwand über einen relativ langen Zeitraum erfordert. Es wird geschätzt, dass etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen in Privathaushalten an Demenz leiden und etwa zwei Drittel der Heimbewohnerinnen und -bewohner. Den damit verbundenen Pflegebedarf hat die Pflegeversicherung im Gegensatz zur Hilfe zur Pflege (SGB XII) erst schrittweise anerkannt. Eine bessere Anerkennung der dadurch verursachten Pflegeabhängigkeit ist im Pflegestärkungsgesetz 2 (PSG 2) erfolgt, wird aber erst 2017 wirksam.

Während sich die Datenlage zu Demenz relativ zuverlässig darstellt, ist sie für weitere psychische Erkrankungen bei älteren Menschen eher ungenügend. Dies gilt insbesondere für Depressionen. Hier ist gerade auch im pflegerischen Setting von einer Untererfassung auszugehen. Entsprechende Äußerungen oder Symptome werden häufiger dem Alterungsprozess zugeordnet und daher nicht oder nicht ausreichend wahrgenommen und behandelt. Depressive Symptome können den Krankheitsprozess negativ beeinflussen, und sie führen zu Suiziden. Die Suizidrate steigt bei älteren Menschen merklich an – bei Männern noch stärker als bei Frauen. Eine deutliche Verbesserung bei Diagnostik und Therapie wäre hier notwendig. Die Aufmerksamkeit für entsprechende Symptome sollte bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen einen hohen Stellenwert haben. Handlungsmöglichkeiten dafür sind vorhanden, allerdings sind sie für diese Zielgruppe sicher ausbaufähig. Dies gilt vor allem für entsprechende psychotherapeutische und soziale Handlungsfelder, aber auch medikamentöse Optionen könnten besser als bislang genutzt werden.

- Welchen Anteil an der Versorgung von Pflegebedürftigen übernimmt das Referat "Pflege/Gesundheit älterer Menschen" im Gesundheitsamt?
- Wen erreicht das Referat "Pflege/Gesundheit älterer Menschen"?

Über den Aufgabenbereich des Referats "Pflege/Gesundheit älterer Menschen" im Rahmen des SGB XII, der überwiegend auf der Begutachtungen innerhalb der ambulanten Versorgung von Pflegebedürftigen im Bereich der Hilfe zur Pflege liegt, wird nur ein kleiner Teil aller Pflegebedürftigen erreicht. Es handelt sich dabei überwiegend um Menschen, die aufgrund eines geringen Einkommens im Lebenslauf und aufgrund fehlenden Vermögens in besonderem Maß auf staatliche Hilfen angewiesen sind. Daher ist davon auszugehen, dass hier besonders sozial benachteiligte Gruppen erreicht werden, die wegen der ungleichen sozialen Verteilung von Krankheit und Funktionseinschränkungen in stärkerem Maß von diesen betroffen sind als andere gesellschaftliche Schichten. Das dem Erhalt von SGB-XII-Leistungen zugrunde liegende geringere Einkommen erklärt weitgehend die unterschiedliche Verteilung auf verschiedene Stadtteile in Bremen. Leistungsempfängerinnen und -empfänger leben selten in gut situierten Stadtvierteln. Überraschend war allerdings der Befund, dass in Gröpelingen, einem Stadtteil mit einem hohen



Anteil türkischer Bewohnerinnen und Bewohner, nur sehr selten Dolmetschereinsätze nötig waren, dagegen relativ häufig in anderen Stadtteilen, vorrangig in der Vahr, bei russischsprachigen Personen.

- Welche Leistungen erhalten Leistungsempfängerinnen und -empfänger nach SGB XII oder werden seitens des Pflegereferats empfohlen?

Aufgrund der umfänglichen Leistungen im Rahmen des SGB XII, das Bedarfe unterhalb der Pflegestufe I sowie Hilfen anerkennt, die über die jeweiligen Pflegestufen hinausgehen, ist das gewährte wie das empfohlene Leistungsspektrum breiter gefächert als Leistungen im Rahmen des SGB XI. Auch geringe, kurzfristige und im SGB XI ausgeschlossene Pflegebedarfe werden berücksichtigt.

Fast zwei Drittel der begutachteten Personen wurden in die relativ niedrigen Pflegestufen I oder unterhalb der Pflegestufe I eingestuft. Ein Vergleich zu den Einstufung der Pflegeversicherung ist nicht möglich, da dort bislang nur die Pflegestufen 1 bis 3 vollständig ausgewiesen werden.

Bei knapp der Hälfte der Gutachten wurden Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation oder des Gesundheitszustandes gegeben. Diese Empfehlungen umfassen Hilfsmittel zur Erleichterung der Pflege, die Beantragung von rechtlichen Betreuungen, Besuche einer Tagespflegeeinrichtung oder sie beziehen sich pflegfachliche Aspekte wie Kontrolle der Trinkmenge oder Schmerzbeobachtung. Außerdem werden Heilmittel wie Physiotherapie, Logopädie oder Ergotherapie empfohlen.

Auffällig ist der hohe Anteil allein lebender Personen mit einer deutlich umfangreicheren Versorgung als diejenigen, die nicht alleine leben. Zwei Drittel der Alleinlebenden werden durch Pflegedienste versorgt, während dies nur bei knapp einem Drittel derjenigen der Fall ist, die nicht alleine leben. Auch bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen benötigen Alleinlebende mehr Unterstützung von außen.

Personen mit Sprachmittlung werden doppelt so häufig wie Personen ohne Sprachmittlung in einer eher niedrigen Pflegestufe unterhalb I eingestuft, obwohl sie deutlich älter waren als diejenigen ohne Sprachmittlung. Anhand der Gutachterdaten des Gesundheitsamtes lässt sich nicht klären, was ausschlaggebend ist für diese Unterschiede. Die Vermutung liegt allerdings nahe, dass Informationsdefizite bei den Leistungsempfängerinnen und -empfängern sowie kulturell unterschiedliche Erwartungen zwischen Begutachtenden und Begutachteten diese unterschiedlichen Ergebnisse verursachen. Informationsdefizite wären über gezielte Beratung der entsprechenden Personenkreise durch die Bremer Pflegestützpunkte zu beheben. Die Gutachtersituation ist darauf nicht ausgerichtet.

Aufgrund der verhältnismäßig geringen Anträge türkischstämmiger Personen ist davon auszugehen, dass bei diesen sowohl Informationslücken wie auch kulturspezifische Vorbehalte gegenüber den Hilfsangeboten bestehen. Um diese Gruppen zu erreichen, wären aufsuchende, kultursensitive Beratungen notwendig, die folgende Bereiche enthalten sollten:

- pflegfachliche Beratung
- Erläuterung der gesetzlichen Voraussetzungen zum Leistungsbezug und



- Aufklärung über Gesundheits- und Sozialleistungen, die über das Pflegerische hinausgehen (wie Angebote sozialer Einrichtungen im Stadtteil, Hilfen im Haushalt, Physiotherapie und Rehabilitationsmöglichkeiten).

Darüber hinaus müssen sehr wahrscheinlich weitere kulturspezifische Versorgungssettings entwickelt werden, die den Bedürfnissen der zu pflegenden Personen entgegenkommen. Dazu gehören Menüdienste, die islamische Ernährungsvorschriften berücksichtigen oder Pflegedienste sowie Angebote von Dienstleistungszentren, die deren kulturellen und religiösen Bedürfnissen gerecht werden.

- Und wie kann es weitergehen?

Der Einsatz professioneller Pflegegutachter im Gesundheitsamt Bremen in Kooperation mit dem System der Sozialhilfe hat sich bewährt. Die aus den Gutachten des Pflegereferats resultierende Versorgung mit breitgefächerten Angeboten und Hilfsmitteln erweitert Handlungsspielräume der Betroffenen und mildert soziale Ungleichheiten. Für pflegebedürftige Menschen eröffnen sich damit auch neue Bewegungs- und Präventionspotentiale. Die Hilfen folgen insgesamt einheitlichen Standards und werden in der fachlich fundierten Kooperation bedarfsgerecht gewährt. Die Kooperation und Kommunikation über Ämter- und Berufsgrenzen ist zukunftsweisend und sollte weiter ausgebaut werden. Gerade auch vor dem Hintergrund, dass Bedarfslagen älterer und hochaltriger Menschen komplexer und vielfältiger werden durch technische und medizinische Entwicklungen einerseits und aufgrund sich differenzierender subjektiver und kulturspezifischer Bedürfnisse andererseits.

Abschließend soll hier nochmals darauf hingewiesen werden (auch wenn dies nicht explizit Auftrag des vorliegenden Berichts war), dass gerade auch im Bereich älterer und pflegebedürftiger Menschen Präventions- und gesundheitsfördernde Potentiale vorhanden sind. Diese könnten – wie auch im neuen Präventionsgesetz gefordert – stärker als bislang genutzt werden. Neben bedarfsgerechten Versorgungssettings gehört hierzu auch eine altengerechte Infrastruktur. Beides zusammen reduziert Hilfs- und Unterstützungsbedarfe von außen und schafft die Basis für ein möglichst langes, selbständiges Leben. Außerdem erhält die Stärkung oder Aufrechterhaltung sozialer Einbindung im Alter einen besonderen Stellenwert, da sich gewachsene soziale Kontakte durch Verluste von Altersgenossen reduzieren, und Beeinträchtigungen zum Rückzug aus sozialen Bezügen führen können.

Insbesondere Menschen mit geringem Einkommen und geringer Bildung sollten bei der Entwicklung und Erweiterung von Angeboten im Fokus von stehen. Sie sind häufiger von Krankheit und Funktionsbeeinträchtigungen betroffen als gut Gebildete und Menschen mit höherem Einkommen, die zudem solche Beeinträchtigungen besser kompensieren können. Insbesondere die Gruppe der Migrantinnen und Migranten muss noch stärker berücksichtigt werden. Für einen Teil der migrantischen Bevölkerung werden zusätzliche kulturspezifische Versorgungssettings im Alter benötigt.



7. LITERATUR

- Behrens J, Rothgang H (2000). Hallesches Memorandum zur weitgehend ausgabenneutralen Reform der Pflegeversicherung. Zeitschrift für Sozialreform. 46; 12: 1089-1097.
- Barmer GEK (2012). Pfleregereport. Siegburg.
- Bremische Bürgerschaft 2015. Gute Pflege als Grundlage für ein selbstbestimmtes Leben. Pflegeinfrastrukturbericht für das Land Bremen. [Drucksache 19/5 vom 16.06.2015](#). [24.07.2015].
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2005). Der Alterssurvey auf einen Blick. Ausgewählte Ergebnisse. [Gesundheit und Gesundheitsversorgung](#). [29.10.2014].
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2013). Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) – eine Langzeitstudie über die zweite Lebenshälfte in Deutschland. Berlin.
- Busch MA, Maske UE, Ryl L, Schlack R, Hapke U (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 56: 733-739.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2014). [Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen](#). [12.12.2014].
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen Internationale (Hrsg.) 2005. Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. www.dimdi.de [03.03.2015].
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2015). Statistik der Deutschen Rentenversicherung. [Rentenversicherung in Zahlen 2015](#). [20.10.2015].
- GBE-Bund (2015a). Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungs-/Wohnort, ICD10. www.gbe-bund.de [20.10.2015]
- Hoffmann E (2013). Lebenssituationen älterer Menschen. In: Statistisches Bundesamt & Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.) Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Bundeszentrale für politische Bildung. [Lebenssituationen älterer Menschen](#). [06.03.2015].
- Krahmer U (Hrsg.) (2010). Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. Hannover.
- Lampert H, Althammer J (Hrsg.) (2007). Lehrbuch der Sozialpolitik. Berlin, Heidelberg, New York.
- Lampert T, von der Lippe E, Müters S, Stolzenberg H (2013). Sozioökonomischer Status und Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 56:814-821.
- Lotze E, Mohammadzadeh Z, Hilbert T (2007). Ein Bericht zu Daten des Gesundheitsamtes Bremen. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.).
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS) (2011/2012). Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung. Pflegebericht 2011/2012.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS) (2015). Leistungen der MDK für die Soziale Pflegeversicherung.
- Menning S, Hoffmann E (2009). Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen, Statistisches Bundesamt, Robert Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: 62-78.
- Menning S (2006). Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer. Report Altersdaten. GeroStat 2/2006. [Report Altersdaten](#). [03.03.2015].
- Mikrozensus 2013. [Kranke und Unfallverletzte nach Altersgruppen und Geschlecht](#). [05.11.2014].



- Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration (Hrsg.) (2011). Alt werden – Aktiv – bleiben – Selbstbestimmt Leben. Hannover.
- Nowossadeck S und Nowossadeck E (2011). Krankheitsspektrum und Sterblichkeit im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.). Report Altersdaten. Heft 1-2/2011.
- Popp M (2011). Die Pflegeversicherung – Stand, Probleme und Prognose. Hamburg.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2002). Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 10. Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005). Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 28. Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". [Faktenblatt zu GEDA 2012: Krankenhausaufenthalt](#). [02.02.2015].
- Robert Koch-Institut (2012b). www.gbe-bund.de Gesundheit in Deutschland aktuell - Telefonischer Gesundheitssurvey (GEDA). [20.10.2015].
- Rothgang H, Iwansky S, Müller R, Sauer S, Unger R (2010). BARMER GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. [Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 5](#). [14.04.2015].
- Rothgang H, Müller R, Mundhenk R, Unger R (2014). Barmer GEK Pflegereport 2014. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 29.
- Saß A, Wurm S, Ziese T (2009). Somatische und psychische Gesundheit. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen, Statistisches Bundesamt, Robert Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: 31-61.
- Schneekloth U (2006). Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt »Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Einrichtungen« (MuG IV), im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München.
- Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen (Hrsg.) (2014). Sozialindikatoren 2013 für die Nutzung in der Planung für das Konzept stadtteilbezogener Kinder- und Jugendförderung.
- Statisches Landesamt Bremen (Hrsg.) (2013). [Statistisches Jahrbuch 2013](#). [16.02.2015].
- Statisches Landesamt Bremen (Hrsg.) (2014). Gut 70 Prozent der Pflegebedürftigen wurden 2013 zu Hause betreut. [Pressemitteilung vom 15. Dezember 2014](#). [20.10.2015].
- Statisches Landesamt Bremen (Hrsg.) (2016). [Bremer Ortsteilatlas](#). [29.6.2016].
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009): Statistik der Sozialhilfe - Hilfe zur Pflege 2007.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013). Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Pflegebedürftige. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Vorläufige Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011 (Zensusdaten mit dem Stand vom 10.04.2014). Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014b). Statistik der Sozialhilfe, Hilfe zur Pflege, 2011. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015). Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015b). Statistik der Sozialhilfe, Hilfe zur Pflege, 2012. Wiesbaden.
- Steinhagen-Thiessen E und Borchelt M (2010). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Lindenberger U, Smith J, Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.). Die Berliner Altersstudie. Berlin.
- Tempel G, Mohammadzadeh Z (2004). Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.).



8. ANHANG

Begutachtungsbogen

**Beispiel Kombinationsgutachten (gleichzeitige Einstufung und Bedarfsfeststellung)
Gesundheitsamt Bremen:**

**Pflegefachliches Gutachten des Gesundheitsamts Bremen zur Feststellung der
Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) sowie zu Art und Umfang des Bedarfs an ambulanter
Hilfe zur Pflege (Kombigutachten) gemäß §§ 61 ff SGB XII**

Aktenzeichen/Gesundheitsamt

Auftragseingang

Gesundheitsamt Bremen · Postfach 10 50 09 · 28050 Bremen

Hausbesuch	Datum	Uhrzeit	Gutachter/-in <input type="checkbox"/> gemeinsamer HB mit FM
Anwesende			
Sprache <input type="checkbox"/> Dolmetscherdienst Bremen <input type="checkbox"/> Sprachmittlung durch			

Antragsteller

Name, Vorname <input type="checkbox"/> Identität nachgewiesen	Geburtsdatum	Geschlecht m
Untersuchungsort Privatwohnung Name (falls Institution) Straße PLZ, Ort	Telefon	Aktenzeichen des Auftraggebers
Bisherige Pflegestufe: 0	PEA: nein	

Gutachtenart Erstgutachten Widerspruch Wiederholungsbegutachtung
 Änderungsbegutachtung

Antrag auf Sachleistung Geldleistung Kombinationsleistung nicht
bekannt

1 Derzeitige Versorgungs- und Betreuungssituation

1.1 Behandelnde(r) Arzt/Ärztin

nein

Nach Angabe von Antragsteller(in)

Name: Fachrichtung: Kontakt (Straße, PLZ, Ort, Tel.):
Kontaktart: - Häufigkeit im Monat: - oder unregelmäßig

Bemerkungen:

Medikamente

Nein

1.2 Verordnete Heilmittel

keine Häufigkeit pro Woche:

keine Häufigkeit pro Woche:

Bemerkungen:

1.3 Hilfsmittel

	Hilfsmittel	ungenutzt		Hilfsmittel	ungenutzt
<input type="checkbox"/>	Brille	<input type="checkbox"/>		Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Zahnprothese	<input type="checkbox"/>		Toilettensitzerhöhung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hörgeräte	<input type="checkbox"/>		Wannenlifter	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gehstock	<input type="checkbox"/>		Duschstuhl	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Rollator	<input type="checkbox"/>		Pflegebett	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Rollstuhl	<input type="checkbox"/>		Bettaufrichter	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Unterarmgehstütze(n)	<input type="checkbox"/>		Weichlagerungsmatratze	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vorlagen	<input type="checkbox"/>		Wechseldruckmatratze	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Inkontinenzhosen	<input type="checkbox"/>		Hausnotruf	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Urinflasche	<input type="checkbox"/>		Kompr.strümpfe Kl. 2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Urinbeutel	<input type="checkbox"/>		Blutzuckermessgerät	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Blasendauerkatheter/SPF	<input type="checkbox"/>		Insulinpen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Badewannensitzbrett	<input type="checkbox"/>		Haltegriff Badewanne	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Haltegriff Dusche	<input type="checkbox"/>		Haltegriff Toilette	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

1.4 Umfang der pflegerischen Versorgung und Betreuung

Häusliche Krankenpflege (§37 SGB V) Ja Nein nicht bekannt

Grundpflege (§ 37 SGB V)

Behandlungspflege

		täglich	wöchentlich
<input type="checkbox"/>	Medikamentengabe		
<input type="checkbox"/>	Verbandswechsel		
<input type="checkbox"/>	Stomabehandlung		
<input type="checkbox"/>	Blutzuckermessung		
<input type="checkbox"/>	RR-Kontrolle		
<input type="checkbox"/>	Injektionen		
<input type="checkbox"/>	Infusionen		
<input type="checkbox"/>	Absaugen		
<input type="checkbox"/>	Portversorgung		
<input type="checkbox"/>	Kompressionsstrümpfe		
<input type="checkbox"/>	Flüssigkeitsbilanzierung		
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:		

Bemerkungen:

Pflege durch Pflegeeinrichtung im Sinne des SGB XI Ja Nein nicht bekannt

Ambulanter Pflegedienst Name: Tel: Bemerkungen/Häufigkeit:

Tages-/Nachtpflege Name: Tel: Bemerkungen/Häufigkeit:

Kurzzeitpflege Name: Tel: Bemerkungen/Häufigkeit:

Bemerkungen:

Pflege durch Angehörige/Bekannte Ja Nein nicht bekannt

Pflegeperson(en): Hauswirtschaft durch:

Bemerkungen:

Betreuung durch sonstige Einrichtungen Ja Nein nicht bekannt

Bemerkungen:

2 Pflegerelevante Vorgeschichte

2.1 Pflegerelevante Aspekte der Wohnsituation

Wohnumfeld ambulant

Antragsteller(in) alleinlebend Ja Nein, lebt mit - zusammen

Bewohnt wird ein -

Anzahl der Zimmer -

Anzahl der Wohnebenen -

Im Stockwerk -

Stufen zur Haustür -

Stufen innerhalb der Wohnung -

Türbreite -

Fahrstuhl -

Türschwellen

Bemerkungen:

Wohnumfeld stationär

Antragsteller lebt in einem - in einer Einrichtung -.

Bemerkungen:

2.2 Fremdbefunde

Unterlagenart	Erläuterung
-	Datum von
-	Datum von
-	Datum von

Zusammenfassung der Fremdbefunde:

Schwerbehindertenausweis keiner

Grad der Schwerbehinderung:

Merkzeichen:

Bemerkungen:

2.3 Verlauf (Kurzanamnese, inkl. Selbsteinschätzung Antragsteller(in)/Pflegerperson zur aktuellen Hilfe-/Pflegebedürftigkeit)

Aussagen zum Pflegebedarf durch: Antragsteller/in

Bemerkungen:

2.4 Rehabilitationsmaßnahmen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation -

Form -

Art - falls Indikation, welche?

Subjektiver Erfolg Allgemeinzustand -
angestrebte Ziele wurden -
Beschwerden wurden -

Bemerkungen:

3 Gutachterlicher Befund

3.1 Allgemeinzustand

Größe cm, Gewicht kg mitgeteilt

Ersteindruck:

Ernährungszustand gut

Pflegezustand sehr gut

Kräftezustand:

Freiheitsentziehende Maßnahmen Nein Ja bewilligt

Bemerkungen:

3.2 Schädigungen/Beeinträchtigungen/Ressourcen der Aktivitäten des täglichen Lebens in Bezug auf den Stütz- und Bewegungsapparat, die Inneren Organe, die Sinnesorgane und das Nervensystem/Psyche

Stütz- und Bewegungsapparat

Positionswechsel:

Stehen:

Hand-/Fußkontakt:

Nacken-/Schürzen-Griff:

Faustschluss:

Händedruck:

Gebrauchshand:

Greiffunktion:

Koordination:

Gangbild:

Ressourcen:

Bemerkungen:

Innere Organe

Periphere Ödeme:

Atmung:

Hautzustand:

Ausscheidung:

Inkontinenz:

Nächtliches Wasserlassen:

Hinweise auf Schwindel:

Appetit:

Auffälligkeiten bzgl. Ernährung:

Trinkmenge ca. 0,5 l tgl.

Ressourcen:

Bemerkungen:

Sinnesorgane (Sehen,Hören)

Sehen:

Hören:

Sonstiges:

Ressourcen:

Bemerkungen:

Nervensystem/Psyche

Ressourcen:

Bemerkungen:

3.3 Pflegebegründende Diagnose(n)

Hauptdiagnose
Weitere Diagnose(n) , , , ,

Bemerkungen:

3.4 Screening und Assessment zur Feststellung von Personen

mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Screening	x = auffällig
Orientierung	<input type="checkbox"/>
Antrieb/Beschäftigung	<input type="checkbox"/>
Stimmung	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis	<input type="checkbox"/>
Tag-/Nachtrhythmus	<input type="checkbox"/>
Wahrnehmung und Denken	<input type="checkbox"/>
Kommunikation/Sprache	<input type="checkbox"/>
Situatives Anpassen	<input type="checkbox"/>
Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen	<input type="checkbox"/>

Besteht die Empfehlung der Zuordnung zur erheblichen oder in erhöhtem Maße eingeschränkten Alltagskompetenz unverändert weiter? Ja Nein

Liegt eine demenzbedingte Fähigkeitsstörung, geistige Behinderung oder psychische Erkrankung vor? Ja Nein

Resultiert aus mindestens einer der in der Tabelle festgestellten Auffälligkeiten regelmäßig und auf Dauer ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf? Ja Nein
(Wenn „Nein“, Begründung:)

	Assessment	x = Ja
1	Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereichs (Weglauftendenz)	<input type="checkbox"/>
2	Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen	<input type="checkbox"/>
3	Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen	<input type="checkbox"/>
4	Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation	<input type="checkbox"/>
5	Im situativen Kontext inadäquates Verhalten	<input type="checkbox"/>
6	Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen	<input type="checkbox"/>
7	Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung	<input type="checkbox"/>
8	Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben	<input type="checkbox"/>
9	Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus	<input type="checkbox"/>
10	Unfähigkeit, eigenständig des Tagesablauf zu planen und zu strukturieren	<input type="checkbox"/>

11	Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen	<input type="checkbox"/>
12	Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten	<input type="checkbox"/>
13	Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression	<input type="checkbox"/>

„Ja“ in den Bereichen 1 bis 9: 0 Anzahl

„Ja“ in den Bereichen 10 bis 13: 0 Anzahl

Die Alltagskompetenz ist nicht eingeschränkt. Wenn ja, seit wann?

Bemerkungen:

4 Pflegebedürftigkeit

4.1 Körperpflege

Hilfebedarf bei(m)	Häufigkeit		Form der Hilfe				
	täglich	wöch.	U	TÜ	VÜ	B	A
Ganzkörperwäsche	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen Oberkörper	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen Unterkörper	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen Hände/Gesicht	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasserlassen	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlgang	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Richten der Bekleidung	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windelwechsel n. Wasserlassen	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windelwechsel n. Stuhlgang	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechseln kleiner Vorlagen	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechsel/Entleeren Urinbeutel/Toilettenstuhl	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechsel/Entleeren Stomabeutel	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen zum Hilfebedarf bei(m) :

Wurden krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen (oro/tracheale Sekretabsaugung, Einreiben mit Dermatika, Klistier/Einlauf, Einmalkatheterisieren) in Verbindung mit den Körperpflege-Aktivitäten berücksichtigt?

Ja Nein nicht relevant Häufigkeit: 0 mal täglich

4.2 Ernährung

Hilfebedarf bei(m)	Häufigkeit		Form der Hilfe				
	täglich	wöch.	U	TÜ	VÜ	B	A
Mundgerechte Zubereitung der Nahrung	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Aufnahme	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahme über Ernährungssonde	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen zum Hilfebedarf bei _____ :

Wurden krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen (oro/tracheale Sekretabsaugung, Wechsel einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma) in Verbindung mit den Ernährungs-Aktivitäten berücksichtigt? Ja Nein nicht relevant Häufigkeit: 0 mal täglich

4.3 Mobilität

Hilfebedarf bei(m)	Häufigkeit		Form der Hilfe				
	täglich	wöch.	U	T Ü	V Ü	B	A
Aufstehen/ Zu-Bett-Gehen	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umlagern	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden Gesamt	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden Ober-/Unterkörper	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entkleiden Gesamt	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entkleiden Ober-/Unterkörper	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen (Transfer)	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung/Pflegeeinrichtung	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen zum Hilfebedarf bei(m) _____ :

Wurden krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen (Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf, An-/Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2) in Verbindung mit den Aktivitäten der Mobilität berücksichtigt? Ja Nein nicht relevant Häufigkeit: 0 mal täglich

4.4 Hauswirtschaft

Hilfebedarf bei(m)	Häufigkeit
	wöch.
Einkaufen	0
Kochen	0
Reinigen der Wohnung	0
Spülen	0
Wechsel/Waschen der Wäsche/Kleidung	0
Beheizen der Wohnung	0

Bemerkungen zum Hilfebedarf bei(m) :

4.5 Zusätzliche Erläuterungen zum Hilfebedarf

Die Pflege erschwerende oder erleichternde Faktoren: Nein

Folgender nächtlicher Grundpflegebedarf ist erforderlich:

Hinweis auf folgende Ursache der Pflegebedürftigkeit: kein

Bemerkungen:

5 Ergebnis

5.1 Stimmt der von Antragsteller/Pflegeperson(en) angegebene Pflegeaufwand mit dem gutachterlich festgestellten Hilfebedarf überein? Ja Nein, Abweichungen:

5.2 Liegt Pflegebedürftigkeit gemäß den Kriterien des SGB XI vor? Nein

Wenn ja, seit wann? - -

Bemerkungen:

5.3 Ist die häusliche Pflege in geeigneter Weise sicher gestellt? Ja

Bemerkungen:

6 Pflegedokumentation

nachvollziehbar, Pflege gut dokumentiert

vorhanden, aber nicht vollständig (z. B. keine Pflegeplanung, keine Diagnosen, kein Hinweis auf Verordnungen, unregelmäßige Tagesdokumentation, fehlende Assessments/Skalen, etc.)

sehr mangelhaft

keine vorhanden

Bemerkungen:

7 Sind Empfehlungen aus dem/den Vorgutachten umgesetzt?

(z.B. rehabilitative Maßnahmen, Hilfsmittelversorgung, häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V, Behandlungspflege, etc.)

Ja

Nein

nicht relevant

Nicht umgesetzt wurde(n):

Ursache: -

Bemerkungen:

8 Ist die pflegerische Versorgung gesichert?

Ja

Nein, folgende Versorgungsprobleme drohen/bestehen (z.B. Gefährdung durch Pflegedefizite bei Ablehnung der Pflege)

Bemerkungen:

9 Pflegebedarf nach Leistungskomplexen

9.1 Grundpflege

Leistungen Leistungskomplexen 1 – 11	nach	Punktwert - Erhöhungs faktor ¹	V ²	M	A	N	Einsätze pro Woche
Leistungskomplex 1 (250 P.) ³ = Kleine Morgen-/Abendtoilette beinhaltet insbesondere: Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes, An-/Auskleiden, Teilwaschen, Mund- und Zahnpflege, Kämmen.		1					
Leistungskomplex 2 (200 P.) = Kleine Morgen-/Abendtoilette beinhaltet insbesondere: An-/Auskleiden, Teilwaschen, Mund- und Zahnpflege, Kämmen		1					
Leistungskomplex 3 (450 P.) = Große Morgen-/Abendtoilette beinhaltet insbesondere: Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes, An-/Auskleiden, Waschen/Duschen/Baden, Rasieren, Mund- und Zahnpflege, Kämmen.		1					
Leistungskomplex 4 (400 P.) = Große Morgen-/Abendtoilette beinhaltet insbesondere: An-/Auskleiden, Waschen/Duschen/ Baden, Rasieren, Mund- und Zahnpflege, Kämmen.		1					
Leistungskomplex 5 (100 P.) = Lagern/Betten beinhaltet insbesondere: Bett machen/richten, Lagern.		1					
Leistungskomplex 5 a (40 P.) = Transfer in Verbindung mit Lagern/Betten beinhaltet den Transfer innerhalb der Wohnung für mobile Pflegebedürftige im Zusammenhang mit dem LK 5.		1					
Leistungskomplex 6 (100 P.) = Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Einfüllen von Getränken.		1					

¹ Normaler Punktwert = 1 (Bsp: 1,5 = anderthalbfacher Punktwert; 2 = zweifacher Punktwert, etc.)

² Angaben in den V,M,A,N-Spalten in Häufigkeit pro Woche

³ Punktwertangaben für Pflegediensteinsatz (dient der Orientierung).

Leistungskomplex 7 (250 P.) = Hilfe bei der Nahrungsaufnahme beinhaltet insbesondere: Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Hilfen beim Essen und Trinken, Hygiene im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme.	1						
--	---	--	--	--	--	--	--

Leistungskomplex 8 (100 P.) = Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG).	1						
--	---	--	--	--	--	--	--

Leistungskomplex 9 (100 P.) = Darm- und Blasenentleerung beinhaltet insbesondere: An-/Auskleiden, Hilfen/Unterstützung bei der Blasen- und/oder Darmentleerung, Teilwaschen.	1						
--	---	--	--	--	--	--	--

Leistungskomplex 10 (70 P.) = Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung beinhaltet insbesondere: An-/Auskleiden im Zusammenhang mit dem Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung, Treppensteigen.	1						
--	---	--	--	--	--	--	--

Leistungskomplex 11 (600 P.) = Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung beinhaltet Begleitung der Aktivitäten, bei denen das persönliche Erscheinen erforderlich und ein Hausbesuch nicht möglich ist (keine Spaziergänge, kulturellen Veranstaltungen).	1						
--	---	--	--	--	--	--	--

9.2 Hauswirtschaftliche Verrichtungen

Leistungen nach Leistungskomplexen 12 – 17	Punktwert - Erhöhungsfaktor	V	M	A	N	Einsätze pro Woche
--	-----------------------------	---	---	---	---	--------------------

Leistungskomplex 12 (90 P.) = Beheizen der Wohnung: Beschaffung und Entsorgung des Heizmaterials, Heizen.	1					
---	---	--	--	--	--	--

Leistungskomplex 13 (90 P.) = Reinigung der Wohnung: Reinigen des allgemein üblichen Lebensbereiches, Trennung und Entsorgung des Abfalls	1					
---	---	--	--	--	--	--

Leistungskomplex 14 (50 P.) = Wechseln u. Waschen der Wäsche und Kleidung: Wechseln und Pflege der Wäsche und Kleidung (z. B. auch Bügeln, Ausbessern), Einräumen der Wäsche.	1					
---	---	--	--	--	--	--

Leistungskomplex 15 (50 P.) = Einkaufen: Erstellen e. Einkaufs- u. Speiseplanes, Einkaufen von Lebensmitteln u. notwendigen Bedarfsgegenständen, Unterbringung der Gegenstände in der Wohnung/Vorratsschrank.	1						
---	---	--	--	--	--	--	--

Leistungskomplex 16 (270 P.) = Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei Essen auf Rädern): Kochen, Spülen, Reinigen des Arbeitsbereiches.	1						
---	---	--	--	--	--	--	--

Leistungskomplex 17 (60 P.) = Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Zubereitung, Spülen, Reinigen des Arbeitsbereiches 2 x tägl., 3 x tägl. bei Essen auf Rädern.	1						
---	---	--	--	--	--	--	--

10 Erläuterungen zu den LKs

10.1 Begründung bei Besonderheiten (Erhöhung von Punktwerten, enorme Häufigkeit)

-: -
 -: -
 -: -
 -: -
 -: -
 -: -
 -: -

10.2 Hinweis zur Leistungserbringung

Professioneller Pflegedienst ist notwendig bei(m) -, -, -, -, - ist nicht notwendig.

Begründung:

Bemerkung:

10.3 weitere Hinweise

11 Empfehlungen an den Kostenträger/Individueller Pflegeplan

11.1 Alltagsrelevante Ziele

11.2 Präventive Maßnahmen

11.3 Rehabilitative Einzelleistungen (Heilmittel)

(Hinweise sollten dem behandelnden Arzt zur Kenntnis gegeben werden, damit dieser die Verordnung folgender Heilmittel nach HMR zur Erreichung der genannten Ziele in Erwägung ziehen kann.)

keine

keine

Bemerkungen:

11.4 Empfehlungen zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Nein, aufgrund der im Rahmen der Begutachtung gewonnenen Erkenntnisse ergeben sich derzeit keine Hinweise für die Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V.

Der Erfolg der kürzlich durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme sollte vorerst abgewartet werden.

Ja, es besteht Rehabilitationsbedürftigkeit
Rehabilitationsfähigkeit

Es bestehen realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele und damit Hinweise für eine positive Rehabilitationsprognose.

Bemerkungen:

11.5 Sonstige Therapien

11.6 Hilfsmittel-/Pflegehilfsmittelversorgung

Folgende Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel werden benötigt:

Bemerkungen:

11.7 Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen (Wohnumfeld)

11.8 Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation (z.B. bezüglich Entlastung/Beratung des Antragstellers/der Pflegeperson(en), Tages-/Nachtpflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege, Pflegekurse, Schwerbehindertenausweis beantragen, Sonstiges)

12 Zusätzliche Empfehlungen/Erläuterungen für den Kostenträger

13 Prognose/Wiederholungsbegutachtung

ggf. Termin Wiederholungsbegutachtung:

Beteiligung Pflegegutachter/Pflegegutachterin bei der Folgebegutachtung notwendig.

Bemerkungen:

14 Weitere beteiligte Gutachter(in)



Sozialmedizinischer
Dienst für Erwachsene

Pflege / _____
Gesundheit älterer Menschen

Datum