

Altenpflege: Qualifizierung in der Ausbildung

von Christina Ding-Greiner und Andreas Kruse*

ABSTRACT

Die Versorgung älterer Menschen im ambulanten und stationären Bereich ist eine medizinische und pflegerische Aufgabe, die einer besonderen Qualifikation bedarf. Die physiologischen Veränderungen, die sich im Alter bemerkbar machen, bilden die Grundlage für die Entstehung von chronischen Erkrankungen, die typisch für den geriatrischen Patienten sind. Zentrale Komponenten eines umfassenden Verständnisses von Pflege bilden auch Prävention und Rehabilitation, sodass der Begriff der aktivierenden Pflege ausdrücklich im Sinne der präventiven und rehabilitativen Pflege zu verwenden und als Ergänzung zur medizinischen Rehabilitation chronisch Kranker zu sehen ist. Obwohl der Gesetzgeber eine ganzheitliche Betreuung für den älteren pflegebedürftigen Menschen auch in der Ausbildung von AltenpflegerInnen vorgesehen hat, erlauben die gegenwärtigen Rahmenbedingungen eine psychosoziale Betreuung nur in einem sehr begrenzten Rahmen. Es werden drei essenzielle Bereiche der Pflege älterer Menschen unterschieden und in ihren besonderen Anforderungen differenziert: die Altenpflege, die Pflege chronisch psychisch kranker Menschen und die Pflege Sterbender. Vorschläge für eine zusätzliche Qualifizierung in der Altenpflege mit differenzierter Schwerpunktbildung werden vorgestellt; sie sollen eine professionelle und ganzheitliche Versorgung dieser Personengruppen gewährleisten.

Schlüsselworte: Pflege, Qualifikation, chronisch Kranke, Prävention, Rehabilitation

Inhome and outpatient care of elderly people represent an important medical and nursing task requiring special professional qualification. Physiological changes progressing during lifetime may induce in older age chronic diseases, characteristic for geriatric patients. Prevention and rehabilitation are essential elements for a comprehensive understanding of care to complete the medical rehabilitation of chronic ill patients. The professional formation of nurses integrates both, physical and psychosocial aspects of care; the actual circumstances, however, don't allow a comprehensive care of elderly people. Concerning the care of the elderly and the differentiation of their individual needs, there are to be distinguished four essential focuses: geriatric care, care of elder intellectually disabled people, care of mentally ill elderly patients and end-of-life care. An additional qualification in geriatric care focussing on the different patients' needs may guarantee an appropriated care of elderly people.

Keywords: Nursing, qualification, chronic ill patients, prevention, rehabilitation

1. Einführung

Die Versorgung älterer Menschen im ambulanten und stationären Bereich ist eine medizinische und pflegerische Aufgabe; die Integration dieser beiden Disziplinen bildet eine Voraussetzung für die Optimierung der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Dabei ist zu betonen, dass aktivierende Pflege und Rehabilitation ei-

nen bedeutsamen Beitrag zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei bestehender chronischer Erkrankung leisten können. Aus diesem Grunde ist es gerechtfertigt, sowohl der aktivierenden Pflege als auch der Rehabilitation eine präventive Funktion zuzuordnen (und zwar im Sinne der tertiären Prävention). In Bezug auf die Rehabilitation ist diese Funktion in der Fachöffentlichkeit mittlerweile weitgehend unbestritten. Die aktivierende Pflege wird unseres Er-

*Dr. med. Christina Ding-Greiner und Prof. Dr. Andreas Kruse
Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg, Bergheimer Str. 20

69115 Heidelberg · Tel: (06221) 54 81 80 · Fax: (06221) 54 59 61 ·
E-Mail: Christina.Ding-Greiner@urz.uni-heidelberg.de

achtens hingegen noch zu selten in ihrer präventiven Funktion, das heißt in ihrem Potenzial zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit wahrgenommen. Wir sehen eine bedeutende Aufgabe der Konzeptentwicklung und Konzeptumsetzung für die Versorgung chronisch erkrankter älterer Menschen darin, (a) die Integration von Medizin und Pflege zu fördern und (b) dabei die aktivierende Pflege so auszubauen und zu stärken, dass diese auch ihre potenzielle präventive Funktion wahrnehmen kann. In einer Expertise, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung erstellt wurde, haben wir den Vorschlag unterbreitet, jene Pflegekonzepte, die ausdrücklich auf die Vermeidung oder Linderung von Pflegebedürftigkeit zielen, unter dem Begriff der rehabilitativen Pflege zu subsumieren (Kruse 2002).

Die Pflege chronisch kranker älterer Menschen erfordert besondere Kenntnisse und Techniken. Nach Schaeffer (2001) sind zu diesen folgende zu rechnen:

- Patientenedukation mit den Komponenten: Information, Beratung, Anleitung und Schulung auch unter Einbeziehung der Angehörigen
- Förderung von Verhaltensänderungen mit dem Ziel, die bestehenden gesundheitlichen Ressourcen zu erhalten und eine verbesserte Anpassung an die Krankheit zu fördern
- Emotionale Unterstützung von Patienten und Angehörigen
- Körperbezogene und therapeutische Pflege
- Kontrolle und Symptommanagement
- Verbesserung der Prozesssteuerung zur Herstellung von Versorgungskontinuität.

Bei Vorliegen chronischer Erkrankungen ist es auch das Ziel medizinischer und pflegerischer Bemühungen, die Lebensqualität der Patienten zu erhalten oder wiederherzustellen. Im Mittelpunkt ärztlicher und pflegerischer Bemühungen steht die Erhaltung oder Wiederherstellung der körperlichen, der kognitiven und der funktionalen Leistungsfähigkeit, um dadurch auch chronisch erkrankten Menschen ein Leben in Selbstständigkeit und Selbstverantwortung zu ermöglichen. Zudem bildet die Erhaltung oder Wiederherstel-

lung des Wohlbefindens des Patienten ein bedeutendes Aufgabenfeld der Versorgung. Damit ist sowohl die psychische als auch die existenzielle Dimension des Menschen angesprochen. Es geht hier zum einen um die Frage, was getan werden kann, um die Bewältigung der Erkrankung sowie der funktionalen Einbußen zu fördern; zum anderen ist es wichtig, die potenziellen spirituellen und existenziellen Bedürfnisse des Patienten zu erkennen und auf diese angemessen zu antworten. Aus diesem Grunde wird mehr und mehr die Forderung erhoben, in das Assessment nicht nur körperliche, kognitive und funktionale, sondern auch psychische und spirituelle Aspekte einzubeziehen (Kruse/Schmitt 2001).

Mediziner und Pflegefachpersonen können die hier kurz skizzierten Aufgaben nur dann lösen, wenn sie über fundierte Kenntnisse in Bezug auf Fragen des Alters und des älteren Menschen verfügen und es ihnen gelingt, diese Kenntnisse sowohl in eine differenzierte Diagnostik (Assessment) als auch in eine differenzierte Therapie- und Pflegeplanung einzubringen.

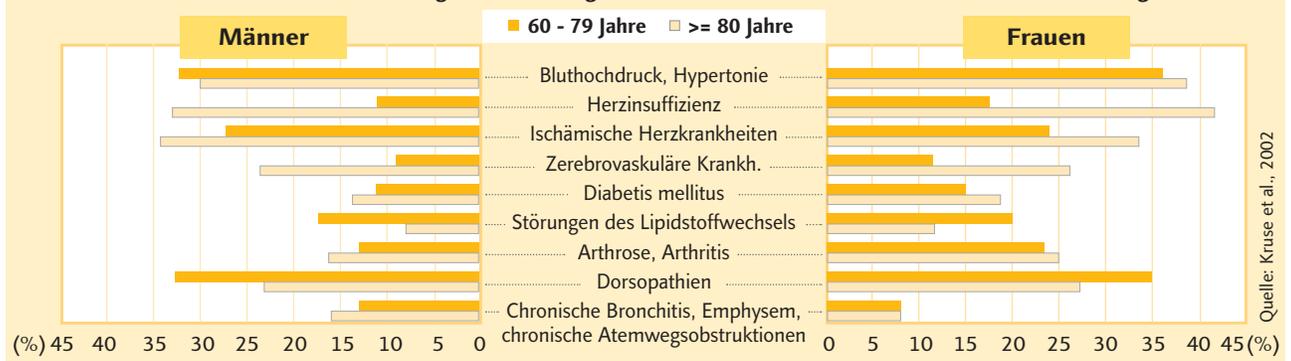
■ 2. Der ältere Patient: Krankheit, Pflegebedarf und Bedürfnisstruktur

Ungefähr mit dem vierten Lebensjahrzehnt setzt eine Wende im Organismus ein, Wachstum und Reifung haben ihren Höhepunkt erreicht, es beginnt ein langsam fortschreitender Abbau physiologischer Funktionen. Es handelt sich hier um normale Alternsprozesse, durch zunehmende Einschränkung der Organreserven ist eine zunehmende Verletzlichkeit des Organismus bedingt, deren Folge bildet eine Zunahme der inneren Krankheitsdisposition (Erwartungswahrscheinlichkeit von Erkrankung – nicht die Erkrankung selbst) und der Mortalität (Kirkwood 2000). Der Ablauf dieser Veränderungen ist interindividuell sehr unterschiedlich, er wird beeinflusst von der genetischen Disposition und von Faktoren der Umwelt, insbesondere auch von deren Interaktion, die eine Ursache für das Entstehen von Erkrankungen darstellen kann (Harman 2001).

Krankheiten, die im höheren Alter auftreten sind in *Abbildung 1* aufgeführt. Sie können in drei systematische Gruppen eingeteilt

ABBILDUNG 1

Anteil der Patienten mit ausgewählten Diagnosen in der ambulanten ärztlichen Primärbetreuung



Quelle: Kruse et al., 2002

KASTEN 1

Untersuchungen, Befunde und Ziele des präventiven Hausbesuchs

Untersuchungen	Befunde	Ziele
Medikamentenkontrolle	Polypharmazie, Fehlende Compliance, Ungenügende Behandlung, Ungeeignete Medikamente	Adaptation der Therapie, Steigerung der Compliance, Anpassung von Dosis und Dosierung, Absetzen von ungeeigneten Medikamenten
Blutdruckkontrolle	Arterielle Hypertonie, Orthostase	Effektive Therapie, die an andere Erkrankungen angepasst ist, keine rasch wirksamen Ca-Antagonisten
Ernährungsprotokolle, Gewichtskontrolle, Kontrolle des Kauapparats	Proteinmangelernährung, Kalziummangelernährung, Fehlernährung, Flüssigkeitsmangel, Adipositas	Anpassung der Ernährung an individuelle Bedürfnisse
Sehvermögen	Reduziertes Sehvermögen, Risiko der Sturzgefahr, Risiko der Isolation	Hilfsmittelverordnung, Hilfsmittelüberprüfung, Augendruckkontrolle, Therapie von Katarakten, Beseitigung von Barrieren, Anpassen der Lichtquellen
Hörvermögen	Reduziertes Hörvermögen, Risiko der Isolation	Hilfsmittelverordnung, Hilfsmittelüberprüfung, Entfernung von Pfropfen
Ausscheidung	Urininkontinenz, Stuhlinkontinenz, Risiko der Isolation	Abklärung von möglichen Ursachen, medikamentöse Therapie, Trainingsmaßnahmen
Wohnung, Wohnumfeld	Barrieren, Sturzquellen, Ausstattungsmängel, bauliche Mängel, Risiko der Isolation	Beseitigung von Barrieren, Integration von Hilfsmitteln, Integration von Technik, Unterstützung bei der sozialen Integration

Quelle: Kruse (2002)

werden (Ding-Greiner/Lang 2004). Sie erfordern entsprechend ihrer unterschiedlichen Ursache und Symptomatik eine der Erscheinung des Krankheitsbilds angepasste medizinische und auch pflegerische Versorgung. Es wird für jede der drei Krankheitsgruppen ein Beispiel problemzentrierter Pflege aufgeführt.

Altersabhängige und altersbegleitende Erkrankungen

Diese entstehen auf der Grundlage von physiologischen Alternsvorgängen, die ein bestimmtes Ausmaß überschritten haben und als Krankheit in Erscheinung treten. Dazu gehören die Erkrankungen, die am häufigsten in der älteren Bevölkerung auftreten (Kruse et al. 2002): Arteriosklerose und Folgeerkrankungen, Arthrosen der großen Gelenke, Osteoporose und Lungenemphysem.

Es handelt sich bei diesen Störungen um chronische Erkrankungen, die zwar nicht in ihrer genetischen Komponente, doch durch Umwelt- und Lebensstilfaktoren (Risikofaktoren) beeinflusst werden können. Präventive Maßnahmen können einen Beitrag dazu leisten, die Manifestation der Beschwerden bzw. Störungen hinauszuzögern oder aber deren Auftreten zu verhindern. Nach Ausbruch der Erkrankung können rehabilitative wie auch aktivierend pflegerische Maßnahmen die Symptomatik positiv beeinflussen und damit Pflegebedürftigkeit vermeiden helfen.

Als ein Beispiel für den Aspekt der präventiven Pflege sei der präventive Hausbesuch genannt, der eine gute Möglichkeit zur Kooperation zwischen Pflege und Medizin bildet und dessen Effekte in der Santa Monica-Studie überprüft worden sind (Stuck/Rubenstein 1993; Stuck/Aronow 1995). Der präventive Hausbesuch

dient der Früherkennung von Risikofaktoren und Erkrankungen sowie der gezielten Beeinflussung von Merkmalen des Lebensstils, der Lebenslage und der Umwelt mit dem Ziel der Vermeidung von Risikofaktoren und Erkrankungen. In Kasten 1 sind die Untersuchungen, Befunde und Ziele des präventiven Hausbesuchs zusammengefasst. Von den präventiven Hausbesuchen profitieren nicht nur spezifische Risikogruppen, sondern alle Beteiligten. Es wurde darüber hinaus deutlich, dass die präventiven Hausbesuche mit einer verringerten Krankenhauseinweisung einhergehen und zu einer verlängerten Überlebenszeit zu Hause führen. Die präventiven Hausbesuche bilden unserem Verständnis nach ein gutes Beispiel für die stärkere Integration (im Sinne der Kooperation in Diagnostik und Intervention) von Medizin und Pflege (Kruse 2002) – ein Aspekt, der auch in der Ausbildung zu medizinischen und pflegerischen Berufen eine deutlich größere Rolle spielen sollte.

Typische Alterskrankheiten

Diese Erkrankungen treten bevorzugt im Alter auf, sind aber nicht allein auf Alternsprozesse zurückzuführen. Zu diesen Erkrankungen gehören die Demenz vom Alzheimer-Typ, die Erhöhung des systolischen Blutdrucks auf pathologische Werte, Krebserkrankungen und Veränderungen des Immunsystems. Bei diesen Erkrankungen spielen sowohl genetische als auch Umweltfaktoren eine zum Teil noch nicht geklärte Rolle. Eine Erhöhung des Blutdrucks innerhalb des Normbereichs ist im Alter eine Folge des Elastizitätsverlustes der Gefäßwand. Die Ursachen jedoch für eine pathologische Erhöhung der Blutdruckwerte sind noch weitgehend ungeklärt.

Veränderungen im Gehirn auf zellulärer Ebene, die bei demenziell erkrankten Patienten auftreten, finden sich häufig – wenngleich in quantitativ geringerem Ausmaß – auch bei älteren Menschen, die keine Zeichen einer demenziellen Erkrankung zeigten.

Bei dieser Patientengruppe benötigen die Pflegefachpersonen profunde und spezifische Kenntnisse des Verlaufs, auftretender Störungen und möglicher Komplikationen dieser Erkrankung, denn nur vor diesem Hintergrund ist es möglich, zu einem differenzierten, der Persönlichkeit des Patienten, seiner Lebenssituation und seiner Umwelt angemessenen Verständnis seines Erlebens und Verhaltens zu gelangen und ein auf das Individuum zentriertes Pflegekonzept zu entwickeln (Bär/Kruse 2003). Die intensive Beschäftigung mit der Biografie demenzkranker Menschen ermöglicht es Pflegefachpersonen, individuelle Vorlieben und Neigungen auch dann noch ausreichend zu berücksichtigen, wenn die verbale Kommunikationsfähigkeit des demenzkranken Menschen bereits deutlich eingeschränkt ist (Grond 2003). „Der Abbauprozess und die Tagesschwankungen sind als demenzspezifische Gegebenheiten hinzunehmen, auf die auch die Pflegekräfte keinen Einfluss haben. Diesen Sachverhalt zu akzeptieren, ist eine Grundvoraussetzung für einen ruhigen und gelassenen Umgang mit den Demenzkranken“ (Lind 2003, 95).

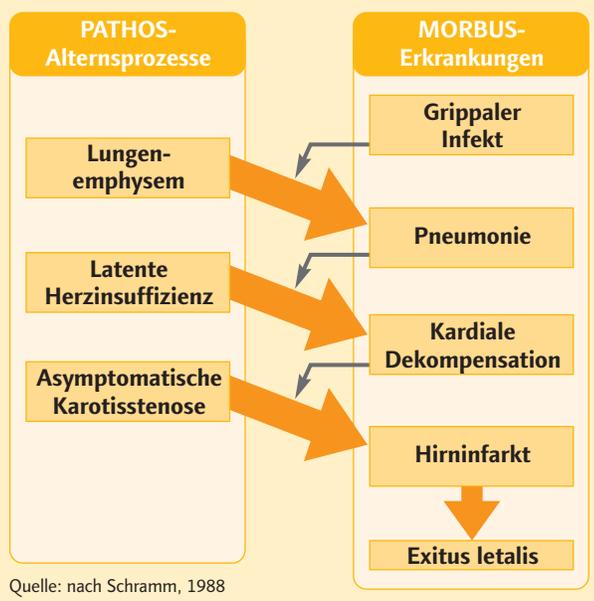
Krankheiten im Alter

Es handelt sich hier um Erkrankungen, die für einen jüngeren Organismus keinerlei ernsthafte Konsequenzen gehabt hätten, beim älteren Individuum jedoch auf Grund der eingeschränkten Organreserven zum Tode führen können. In *Abbildung 2* ist eine solche Krankheitskette beispielhaft dargestellt. Zu den Krankheiten im Alter gehören in erster Linie Infektionen der Atmungsorgane wie Bronchopneumonien, Influenza oder Unfälle und ihre Folgen.

Die pflegerische Versorgung bei akuter Erkrankung im Alter erfordert von der Pflegefachperson einerseits ein breites klinisches Hintergrundwissen, um die Symptomatik einer möglichen Organdekompensation rechtzeitig deuten zu können, andererseits müssen Pflegetechniken für die Versorgung beispielsweise eines Patienten mit einer Atemwegserkrankung angewendet werden können. Die Versorgung akut erkrankter älterer Menschen wird sich dann als problematisch erweisen, wenn die Pflegefachperson allein die Verantwortung für den Patienten übernehmen muss, wie dies in Einrichtungen der Altenpflege üblich ist. In Alten- und Pflegeheimen ist keine kontinuierliche medizinische Betreuung vorgesehen, pflegerische und ärztliche Versorgung sind räumlich getrennt. Die verantwortliche Pflegefachperson muss aus diesem Grunde vielfach die erste Entscheidung darüber treffen, ob es sich um einen Notfall handelt, ob der Arzt gerufen werden muss und mit welcher Dringlichkeit, ob eine Einweisung in die Klinik notwendig ist. Um eine solche Entscheidung treffen zu können, bedarf es nicht nur der Erfahrung im Umgang mit älteren Menschen, sondern auch eines guten theoretisch-konzeptionellen Hintergrundwissens.

ABBILDUNG 2

Typische Krankheitskette beim geriatrischen Patienten



Quelle: nach Schramm, 1988

Die Anzahl der diagnostizierten Erkrankungen nimmt im hohen Alter weiter zu. Zudem beeinflussen sich gleichzeitig bestehende Erkrankungen gegenseitig, die Symptome überlagern sich, die Symptomatik ist im Alter häufig verändert, ebenso die Empfindlichkeit gegenüber Medikamenten. Daher sind Diagnostik und Therapie beim älteren Patienten erschwert (Nikolaus 2000). Speziell bei den chronischen Erkrankungen steht bei der Versorgung nicht mehr die „restitutio ad integrum“ im Mittelpunkt, sondern die Optimierung der Lebensqualität. Es rücken die individuellen Bedürfnisse und die Lebenssituation des älteren Patienten immer mehr in den Vordergrund.

■ 3. Die Umsetzung der Pflege im stationären und ambulanten Bereich

In den vorangegangenen Abschnitten sind die spezifischen Anforderungen erläutert worden, die im Prozess der Pflege und Betreuung älterer Menschen an Pflegefachpersonen gestellt werden.

Die Berichte der Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (MDK Hessen 2000; MDS e.V. 2004; MDK Rheinland-Pfalz 2003) zeigen übereinstimmend eine Liste von Mängeln in der Pflege, in der Organisation, in der Stellenbesetzung, sowohl qualitativ als auch quantitativ. Eine Liste der festgestellten Qualitätsmängel zeigt *Tabelle 1*. Es fällt auf, dass in der Auflistung von Defiziten und Mängeln nur eine Kategorie auf den psychosozialen Bereich hindeutet. Bei den Qualitätsprüfungen durch den MDK wird der psychosoziale Bereich vermutlich zu wenig berücksichtigt.

TABELLE 1

Festgestellte Qualitätsmängel in der stationären Pflege, 2002 (Rangfolge)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1 Mängel bei Umsetzung des Pflegeprozesses/Pflegedokumentation 2 Defizit im Bereich Dekubitusprophylaxe/-therapie 3 Defizite bei Ernährung/Flüssigkeitsversorgung 4 Defizite in der Führung des Dienstplanes 5 Pflegekonzept nicht umgesetzt 6 Defizite bei Versorgung gerontopsych. beeinträchtigter Versicherter 7 Defizite in Personaleinsatzplanung 8 Defizite bei Inkontinenzversorgung 9 Defizitäres Angebot an sozialer Betreuung 10 Defizite im Umgang mit Medikamenten 11 Defizit bei Fortbildung 12 Passivierende Pflege 13 Defizite bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> 14 Personalanzahl zu gering 15 Bauliche Mängel 16 Anteil der Pflegefachkräfte zu gering 17 Pflegekonzept liegt nicht vor 18 Defizit Fachliteratur 19 Verantwortliche Pflegefachkraft nicht ausreichend qualifiziert 20 Pflegeleitbild liegt nicht vor 21 Zu hoher Anteil geringfügig Beschäftigter 22 Stellvertretende Pflegefachkraft nicht ausreichend qualifiziert 23 Stellvertretende Pflegefachkraft nicht vorhanden 24 Pflegedokumentation unvollständig/ungeeignet 25 Verantwortliche Pflegefachkraft nicht vorhanden |
|---|---|

Quelle: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. Essen, 2003

Die vom Gesetzgeber vorgesehene ganzheitliche Betreuung und Pflege älterer Menschen in der Altenpflege kann auf Grund mangelhafter Rahmenbedingungen in der alltäglichen Praxis nicht umgesetzt werden. *Tabelle 2* zeigt den durchschnittlichen täglichen Pflege- und Betreuungsaufwand in stationären Einrichtungen.

Aufgrund eines engen Verständnisses von Pflege wird diese vielfach mit einer primär körperlichen Versorgung gleichgesetzt, hingegen wird die Einbeziehung der psychosozialen Bedürfnisse des erkrankten Menschen nicht als ein zentraler Bestandteil der Pflege interpretiert. In den Pflegewissenschaften wird jedoch die psychosoziale Betreuung von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf als eine bedeutsame Aufgabe gewertet (*Krohwinkel 1993; Schwerdt 1998*). Eine Kritik an der Pflegepraxis bezieht sich auf die fehlenden Möglichkeiten zur Ausübung dieser psychosozialen Aufgabe (*Kruse 2002*). Das Ergebnis einer umfangreichen Untersuchung von *Kruse & Schmitt (Kruse/Schmitt 1995; Kruse/Schmitt 1998)* zur psychischen Situation chronisch erkrankter Menschen mit Hilfebedarf und Pflegebedarf macht deutlich, dass

die psychischen Anforderungen bei Pflegebedürftigkeit sehr hoch sind; es ist vor dem Hintergrund der Befunde nicht übertrieben, pflegebedürftige Menschen auch aus psychologischer Sicht als eine Risikogruppe zu charakterisieren, die in besonderem Maße auf psychosoziale Betreuung angewiesen ist, die im Kontext einer umfassend verstandenen Pflege auch geleistet werden muss (*Kruse 2002*). Die Voraussetzungen für eine angemessene psychosoziale Betreuung von pflegebedürftigen Personen bildet eine entsprechende Ausbildung bzw. Weiterbildung, die Altenpfleger und Altenpflegerinnen in die Lage versetzt nicht nach eigenem Ermessen und Gefühl, sondern auf professioneller Basis hilfe- und pflegebedürftige Menschen zu begleiten.

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen äußert sich in seiner Stellungnahme zur gemeinsamen Anhörung des Gesundheitsausschusses am 04. April 2001 kritisch zur pflegerischen und strukturellen Situation in ambulanten und stationären Einrichtungen. Bezüglich der beruflichen Qualifizierung der Pflegepersonen wird außerdem hervorgehoben: „Darüber hin-

TABELLE 2

Durchschnittlicher täglicher Pflege- u. Betreuungsaufwand in stationären Einrichtungen (pro Bewohner/in u. Betreuungstag in Minuten)

Aufwand für:	Stufe III	Stufe II	Stufe I	Stufe 0
Grundpflege	160	119	62	12
Behandlungspflege	21	15	11	5
Psychosoziale Hilfen	9	8	5	1
Aufwand insgesamt:	190	142	78	18

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2000. In: *Kruse, 2002*

aus zeigen sich nicht selten Defizite in der Qualifikation der verantwortlichen Pflegekraft, insbesondere im ambulanten Bereich. Zudem lässt die Fortbildung der pflegerischen Mitarbeiter zu wünschen übrig, wodurch es an der notwendigen Aktualisierung des pflegerischen Wissens mangelt. In manchen Fällen reicht das vorhandene Personal nicht, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen. So trifft der MDK auf nicht besetzte Stellen, insbesondere bei Fachkräften“ (MDK 2001, 4). Auf eine in Teilen mangelhafte fachliche Qualifikation des Personals weisen auch der MDK Rheinland-Pfalz und der MDK Hessen hin. Dabei werden auch hier fast ausschließlich nur die körperlichen Belange der Bewohner geprüft.

■ 4. Die Ausbildung in der Altenpflege und die Anforderungen in der Praxis

In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers vom 26. November 2002 entfallen auf den theoretischen und praktischen Unterricht 2.100 Stunden, auf die praktische Ausbildung 2.500 Stunden (Std.).

Es sind folgende vier Lernbereiche für den Unterricht vorgesehen:

1. Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege (1.200 Std.)
2. Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung (300 Std.)
3. Rechtliche, institutionelle Rahmenbedingungen (160 Std.)
4. Altenpflege als Beruf (240 Std.)

Die Inhalte des ersten Lernbereichs gliedern sich auf in folgende Gebiete (KDA 2002): theoretische Grundlagen (80 Std.), Pflegeplanung, Dokumentation (120 Std.), Personen- und Situationsbezogene Pflege alter Menschen (720 Std.), Anleitung, Beratung, Gesprächsführung (80 Std.) und Behandlungspflege (200 Std.). Die Personenbezogene Pflege alter Menschen beinhaltet Kommunikation, Mobilität, Selbstpflege, Ankleiden, Vitale Funktionen, Ernährung, Verdauung, Ruhe und Schlaf, sichere Umgebung, Umgang mit existenziellen Erfahrungen, Sterben und Tod. Unter der Rubrik „mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können“ Erfahrungen sind eine ganze Reihe von teilweise sehr unterschiedlichen Themen subsumiert, u.a. auch die Pflege relevanten Grundlagen der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie; zu letzterer gehören die chronische Verwirrtheit bei Demenz, Suizid, Depressionen, Schizophrenien und Suchterkrankungen.

Der Ausbildungsgang für Altenpfleger bietet unter der Voraussetzung, dass der Unterricht von qualifizierten Lehrkräften gehalten wird, eine gute Basisausbildung in der Altenpflege. Der Schwerpunkt liegt nach wie vor auf der körperlichen Versorgung der älteren hilfe- oder pflegebedürftigen Menschen. Anatomisch-physiologisches, geriatrisches und gerontopsychiatrisches Grundwissen wird in diesem Curriculum zwar vermittelt, doch es fehlt die vertiefende und intensive Auseinandersetzung mit Schwerpunktthemen, die die Pflegefachpersonen dazu befähigen sollen, in komplexen

Situationen fachgerecht handeln und auch Weisungen erteilen zu können. Ein vertieftes Wissen erlaubt zudem die Übernahme von mehr Verantwortung gegenüber dem älteren Menschen. Es ist unter ethischen Gesichtspunkten sowohl gegenüber dem Betreuten als auch gegenüber der Pflegefachperson fragwürdig, dass Verantwortung übernommen werden soll für Aufgaben, für die keine fachgerechte Qualifizierung vorliegt.

Ein gerontopsychiatrisches Basiswissen, wie es in dieser Ausbildung vermittelt wird, kann der heutigen Situation in den Alten- und Pflegeheimen nicht mehr gerecht werden. Das durchschnittliche Heimeintrittsalter liegt derzeit bei 81 Jahren. Nach Bickel (1995) gehen 72 Prozent der Heimeintritte ausschließlich oder auch auf Einbußen der Gesundheit und Einschränkungen der Selbstständigkeit zurück. Davon entfallen 43 Prozent auf Demenzerkrankungen, 16 Prozent auf Herz-Kreislaufstörungen, 8 Prozent Folgen von Frakturen und Verletzungen, 5 Prozent depressive Störungen, Angst- und Wahnstörungen. Es wird also deutlich, dass neben den organischen Erkrankungen die psychischen Erkrankungen eine große Bedeutung für den Heimeintritt besitzen und damit auch das Spektrum der gesundheitlichen Störungen in einem Heim wesentlich mitbestimmen. Aus diesem Grunde ist eine ausreichende Qualifizierung der Pflegefachpersonen im psychiatrischen Bereich unerlässlich, denn der Erwerb von vertieften Kenntnissen in der psychiatrischen Krankheitslehre und der Psychopathologie wie auch Erfahrungen im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen sind unverzichtbar.

Nach Klein (1998) erhöht sich die Heimeintrittsrate ab dem 60. Lebensjahr pro Jahr um etwa 41 Prozent. Die Erhöhung der Heimeintrittsrate aus Gründen gesundheitlicher Beeinträchtigung bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben (ADL) wird durch die Anwesenheit weiterer Personen im Haushalt deutlich reduziert. Die Vermeidung des Heimeintritts lässt sich zurückführen auf das Betreuungs- und Pflegepotenzial dieser Personen, nicht in erster Linie auf eine bessere soziale Einbindung.

In einer Umfrage im Rhein-Neckar-Kreis, die in unserem Institut im Rahmen eines Projekts zur Ermittlung von Betreuungs- und Pflegekonzepten in stationären Einrichtungen der Altenhilfe und der Behindertenhilfe ausgeführt worden ist, konnten in 17 Alten- und Pflegeheimen mit insgesamt 1.181 Bewohnern 146 chronisch psychisch kranke und 669 demenziell erkrankte Bewohner ermittelt werden (Daten nicht veröffentlicht). Der Anteil der chronisch psychisch Kranken an der Gesamtzahl der Bewohner der jeweiligen Einrichtung lag bei bis zu 36 Prozent, der Anteil demenziell Erkrankter bei bis zu 87 Prozent. In 15 der 17 Einrichtungen wurden sowohl demenziell erkrankte als auch chronisch psychisch kranke Menschen versorgt – fast ausschließlich ohne räumliche Trennung und ohne gerontopsychiatrisch ausgebildetes Fachpersonal. Geistig behinderte Menschen fanden sich in den befragten Einrichtungen der Altenhilfe nur in geringer Anzahl (0,5 Prozent), sie waren jedoch in Einrichtungen der Altenhilfe, die speziell psychisch kranke Menschen versorgen, mit zehn Prozent vertreten. Eine Befragung

von Altenpflegepersonen, die psychisch kranke Menschen betreuen, ergab, dass sie in hohem Maße Belastungen in ihrem beruflichen Alltag erfahren, die zurückzuführen sind auf die besondere psychische Situation der betreuten Bewohner und auf einen Mangel an Fachwissen und beruflicher Kompetenz im Umgang mit psychisch kranken Menschen. Menschen mit geistiger Behinderung wurden in diesen Einrichtungen als sehr positiv erlebt, da sie freundlich, zugänglich und ausgeglichen seien und einen Ausgleich für die Belastungen durch die Symptomatik der psychisch kranken Menschen bilden. In der Altenpflege werden allerdings, wenn überhaupt, nur sehr oberflächliche Kenntnisse zum Thema „geistige Behinderung“ vermittelt, so dass davon ausgegangen werden muss, dass diese Personengruppe fachlich nicht optimal versorgt wird.

■ 5. Pflege gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen

Die demenziellen Erkrankungen vom Alzheimer-Typ gehören zu den typischen Alterskrankheiten, sie treten ab dem 60. bis 65. Lebensjahr mit zunehmender Inzidenz auf und bilden mit 13,5 Prozent den Hauptanteil der gerontopsychiatrischen Erkrankungen. In der Bevölkerungsgruppe der über 70-jährigen sind 9,1 Prozent an einer Depression erkrankt, 1,9 Prozent leiden an einer Angststörung und 0,7 Prozent an einer Schizophrenie (Kruse, 2002). Diese psychischen Erkrankungen brechen nur in ganz seltenen Fällen im höheren Alter erstmals aus; sie begleiten vielmehr den Patienten über mehr oder weniger lange Strecken seines Lebens bis ins hohe Alter hinein (Fürstl 1997; Helmchen et al. 1996; Oesterreich 1993). Psychische Störungen oder Belastungen schlagen sich im Alter bereits nach kurzer Latenzzeit auf den körperlichen Bereich nieder und manifestieren sich als schwer definierbare körperliche Beschwerden mit unklarer Symptomatologie; bei bestehenden organischen Erkrankungen kann die Symptomatik zunehmen (Heuft/Kruse 2000).

Die Lebenserwartung von Menschen mit psychischer Erkrankung entspricht bei angemessener Betreuung und Pflege der Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung. Ältere Menschen mit psychischer Erkrankung werden nur zum Teil in Einrichtungen der Behindertenhilfe versorgt. Sie finden sich in Einrichtungen der Altenhilfe, wo sie unter denselben Bedingungen versorgt werden wie ältere Menschen ohne psychische Erkrankung. Das bedeutet, dass sie nach SGB XI von Altenpflegern und Altenpflegerinnen ohne eine spezielle gerontopsychiatrische Qualifikation gepflegt werden. Die Problematik des chronisch psychisch kranken älteren Patienten – in stationären Einrichtungen finden sich überwiegend Patienten mit einer Schizophrenie, mit Psychosen oder Suchtpatienten, in geringerem Ausmaß Patienten mit einer depressiven Störung – ist eine andere als die demenziell erkrankter oder geistig behinderter Menschen. Geistige Behinderung entsteht vor Abschluss der Hirnreifung (etwa um das 18. Lebensjahr) und geht entweder auf genetische Faktoren zurück (Down-Syndrom), oder

aber auf eine schwere Infektion (beispielsweise Röteln in den ersten Wochen der Schwangerschaft) oder auf Unfälle (Sturzgeburt oder Unfälle mit Schädigung des Gehirns). Die entstandene Schädigung bleibt ein Leben lang bestehen und verändert sich nicht. Die Entwicklung dieser Personengruppe entspricht im Rahmen der vorhandenen gesunden Anteile des Gehirns derjenigen der Gesamtbevölkerung, psychische Erkrankungen treten allerdings häufiger auf. Demenzielle Erkrankungen vom Alzheimer-Typ treten erst nach Abschluss der Hirnreifung im hohen Alter auf und sind in ihrer Symptomatik progredient und führen nach durchschnittlich acht bis zehn Jahren zum Tode des Patienten. Psychische Erkrankungen treten häufig im jüngeren oder mittleren Erwachsenenalter auf und sind (noch) nicht kausal therapierbar. Ihr Verlauf ist häufig phasenhaft, d.h. es wechseln Phasen einer relativen Gesundheit mit Erkrankungsphasen ab.

Die Anforderungen, die die Betreuung chronisch psychisch kranker Menschen an die Pflege richtet, unterscheiden sich in wesentlichen Punkten von jenen bei der Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenz, einer geistigen Behinderung oder körperlichen Erkrankung. Die Anforderungen entstehen durch die Art und das Ausmaß der bestehenden Störung. Demenziell erkrankte Menschen sollen in ihrem Verlust der kognitiven und funktionalen, später auch der körperlichen Kompetenzen in einem zeitlich begrenzten Zeitraum, der ihnen durch die progressive Entwicklung der Erkrankung gesetzt ist, begleitet werden. Diese Begleitung erfordert nicht nur die kompetente Ausübung pflegerischer Tätigkeiten, sondern auch eine genaue Kenntnis der Biografie und der neuropsychologischen Veränderungen, die diese Erkrankung verursacht. Diese Kenntnisse sind notwendig, um die oft schwer verstehbare Handlungsweise der Patienten einordnen, verstehen und auch akzeptieren zu können. Auf dieser Basis können demenziell Erkrankte fachgerecht versorgt werden. Die erforderlichen vertieften Kenntnisse dazu werden allerdings nicht in der Regelausbildung der Altenpflege vermittelt. Vertiefende themenbezogene regelmäßige Weiterbildungen sind unabdingbare Voraussetzung einer professionell ausgerichteten Pflege in diesem Bereich.

Chronisch psychisch erkrankte ältere Menschen zeigen im Alter häufig eine veränderte Symptomatik, die durch den Alternsprozess zusätzlich überlagert wird. Nach Aussagen befragter Pflegefachpersonen zeigen sich im Alter bei diesen Patienten zunehmend Rückzugstendenzen, häufigere und gravierende Stimmungswechsel, auch (zeitlich begrenzte) Verluste der Selbstständigkeit in der Selbstversorgung und im Alltag, die auf den wechselnden Verlauf der Erkrankung zurückzuführen sind. Die Anforderungen, die sich bei der Versorgung dieser Patientengruppe stellen, beziehen sich nicht in erster Linie auf die körperliche Pflege, sondern auf Gesprächsführung und therapeutische Begleitung. Eine spezifische berufliche Qualifikation ermöglicht es den Pflegefachpersonen, als Außenstehende mit der ihnen unzugänglichen Realität von psychotischen Patienten umzugehen, und vor allen Dingen nicht nachvoll-

ziehbare Handlungsweisen und aggressives Verhalten als krankheitsbedingt einzuschätzen und für sich die notwendige innere Distanz zu wahren.

In der bereits erwähnten Befragung von Einrichtungen der Altenhilfe im Rhein-Neckar-Kreis konnte festgestellt werden, dass Altenpfleger und Altenpflegerinnen ohne eine spezifische Zusatzqualifikation den Anforderungen im Berufsalltag nur bedingt gewachsen sind. Eine gezielte Vorbereitung auf die Pflege von psychisch kranken Menschen wird durch eine Ausbildung zur Fachpflegekraft für Psychiatrie ermöglicht, oder aber für bereits ausgebildete Altenpfleger und Altenpflegerinnen in einer berufsbegleitenden Weiterbildung, wie sie beispielsweise die Psychiatrische Klinik der Universität Heidelberg (Rogers 2000) oder das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit im Mannheim in einem zweijährigen rein psychiatrisch orientierten Curriculum anbieten.

Das Curriculum sieht praxisorientierten Unterricht vor an 90 Unterrichtstagen zu jeweils 8 Unterrichtsstunden. Es werden mindestens 720 Stunden theoretischer und 2350 Stunden praktischer Unterricht angeboten. Als Schwerpunkte werden genannt:

- Psychiatrische Krankheitslehre
- Psychiatrische Krankenpflege
- Psychologie
- Praktische Übungen

Die psychiatrische Krankenpflege beinhaltet Milieugestaltung und Soziotherapie, Krankenpflege, d.h. Beziehungsgestaltung und Umgang mit Selbstpflegethemen und Verhalten von ausgesuchten psychiatrischen Krankheitsbildern. Im Vordergrund der Ausbildung im psychologischen Bereich stehen die Gesprächsführung, in Heidelberg werden dafür etwa 100 Stunden veranschlagt, und Formen der Kommunikation. Fertig ausgebildete Altenpfleger und Altenpflegerinnen können sich durch diese Weiterbildung zur Fachkraft für Psychiatrie qualifizieren. Diese Kombination beider Ausbildungsgänge erscheint uns als besonders günstig für die Pflege und Betreuung psychiatrisch erkrankter älterer Patienten, da die Pflegefachkräfte das Wissen um die Pflege des alten Menschen mit dem Wissen um die Pflege psychisch erkrankter Menschen vereinen.

■ 6. Palliativpflege

Der Ansatz der Palliativmedizin und der Palliativpflege ist in der Hinsicht ganzheitlich orientiert, als alle Dimensionen des Menschen – die körperliche, die kognitive, die seelische, die existenzielle und die soziale – in gleicher Weise angesprochen sind. Palliativmedizin und Palliativpflege konzentrieren sich nicht nur auf die Versorgung des Patienten, sondern auch auf die Begleitung der Angehörigen (Kruse 1995; Kruse/Schmitt 2001). Palliativversorgung setzt dann ein, wenn eine Erkrankung nicht mehr kausal zu behandeln ist und eine nur kurze Lebenserwartung besteht. Ihr Ziel ist es dem terminal kranken Patienten ein weitgehend be-

schwerdefreies und erfülltes Leben zu ermöglichen. Dazu gehören (a) die „Symptomkontrolle“, die eine Linderung und Verhinderung von behandelbaren krankheits- und therapiebedingten Beschwerden anstrebt und (b) Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung und Bewältigung der Trauerarbeit (Aulbert/Zech 2000).

Es ist das Bestreben des multiprofessionellen Teams die letzten Tage oder Wochen der Sterbenden so zu gestalten, dass ein würdevolles Sterben ermöglicht wird. Grundbedürfnisse und Vorstellungen von einem guten Tod sind individuell sehr unterschiedlich und spielen eine entscheidende Rolle für die Lebensqualität des Patienten. Grond (2004) hat sechs grundlegende Bedürfnisse beschrieben, die in der Palliativmedizin und Palliativpflege zu berücksichtigen sind:

1. Körperliche Bedürfnisse: Schmerzfreiheit und ein möglichst hohes Maß an Autonomie in den Aktivitäten des Alltags
 2. Sicherheits- und Geborgenheitsbedürfnisse: Sichere und wohnliche Umgebung
 3. Bedürfnis nach Liebe: Sicherung von Kommunikation, Zuwendung und sozialer Teilhabe
 4. Bedürfnis nach Wertschätzung und Achtung: Qualität der Pflege und der menschlichen Beziehungen
 5. Bedürfnis nach Selbstverwirklichung und Autonomie: Teilhabe an Entscheidungen, Verwirklichung in kleinen Beschäftigungen, schöpferisches Wirken und Recht auf Rückzug
 6. Bedürfnis nach Sinnsuche und Sinnfindung: In der Begegnung mit den Angehörigen „unfinished businesses“ erledigen und in der Begegnung mit Gott Trost und Versöhnung finden.
- Kruse (2003) differenziert zwischen sechs Aspekten der Selbstverantwortung im Prozess des Sterbens, deren Umsetzung für die Qualität der medizinisch-pflegerischen Versorgung sterbender Menschen als zentral angesehen werden kann:
1. Selbstverantwortung als Selbstständigkeit bei der Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens
 2. Selbstverantwortung als möglichst umfassende Selbstbestimmung des Menschen bei der Gestaltung des Alltags
 3. Selbstverantwortung als Fähigkeit des Menschen, sich auf das Sterben einzustellen und sich mit der Endlichkeit bewusst auseinander zu setzen
 4. Selbstverantwortung als Selbstbestimmung des Menschen bei der Gestaltung von Beziehungen
 5. Selbstverantwortung als Fähigkeit des Menschen, den Krankheitsprozess zu verstehen sowie einzelne Therapie- und Pflegemaßnahmen im Hinblick auf ihre Wirkungen nachzuvollziehen
 6. Selbstverantwortung als Entscheidung des Patienten für den Ort des Sterbens

Zur Erfüllung der anspruchsvollen Anforderungen in der Versorgung Sterbender bedarf es einerseits großzügiger Rahmenbedingungen, die nicht nur eine Körperpflege nach Modulen erklaut, sondern in der Pflege Raum bietet für das Erkennen und die Befriedigung von Bedürfnissen und Bedürftigkeiten.

Diesem hohen Anspruch kann nur genügt werden, wenn Pflegefachpersonen zusätzlich zu ihrem Fachwissen breit angelegte Kenntnisse über den Sterbeprozess besitzen und auch selber in der Lage sind, die Konfrontation mit Sterben und Tod psychisch zu bewältigen.

■ 7. Ansätze zu einer Neustrukturierung der Pflegeausbildung

Die Robert Bosch Stiftung (2000) hat in ihrer Schrift „Pflege neu denken“ Überlegungen zur Neuorientierung der Ausbildung in Pflegeberufen aufgenommen. In dieser Schrift werden vier Qualifikationsstufen unterschieden:

- Pflegefachpersonen, die vorrangig in Pflegesituationen tätig sind (Pflegefachperson I). Die Ausbildung erfolgt an berufsbildenden Pflegeschulen.
- Pflegefachpersonen, die selbstständig Pflegeprozesse steuern und komplexe Pflegesituationen fachgerecht bewältigen können; hier wird von einer Spezialisierung ausgegangen (Pflegefachperson II). Die Ausbildung erfolgt an berufsbildenden Pflegeschulen.
- Pflegefachpersonen II mit akademischem Abschluss an einer Hochschule oder Berufsakademie. Sie sollen vorbereitet werden für die Übernahme von organisations- oder gesellschaftsbezogenen Aufgaben und sollen auch in der Lage sein, selbstständig kleinere Forschungsprojekte auszuführen. Die Ausbildung erfolgt an einer Hochschule oder Berufsakademie mit dem Abschluss FH-Diplom oder Bachelor.
- Zusätzlich zur Ausbildung zur Pflegefachperson II wird ein Studium absolviert, das einen Universitätsabschluss einschließt und Spezialisierungen aufweist (Pflegefachperson III). Diese Pflegefachpersonen sollen vorbereitet werden auf die Leitung und Führung von Einrichtungen, von Abteilungen und Personal. Außerdem besteht die Möglichkeit der Weiterbildung für Pflegewissenschaft, Pflegeforschung und Pflegebegutachtung. Die Ausbildung erfolgt an der Universität mit dem Abschluss Universitätsdiplom, Magister oder Master.
- Als eine weitere und höchste Stufe der Qualifikation bietet sich die Möglichkeit der Promotion an, die eine Tätigkeit in Wissenschaft, Forschung und Lehre einschließt.

Eine professionelle Pflege in diesem Sinn ist dadurch gekennzeichnet, dass die Pflegefachpersonen zum einen zunehmend auf pflegewissenschaftlich gestützte Begründungen zurückgreifen können. Sie müssen zum anderen so qualifiziert sein und auch die notwendigen Rahmenbedingungen vorfinden, damit sie, gemeinsam mit dem zu Pflegenden und seinen Angehörigen, die Pflegeplanung und Pflegehandlung individuell und möglichst autonom entwickeln können. Funktionsorientierte Pflegeorganisationssysteme, in denen sich eine Pflegefachperson in routinierten Arbeitsabläufen um 20

oder mehr Menschen gleichzeitig kümmern muss, sind als extrem professionalitätsfeindlich einzustufen (Robert Bosch Stiftung 2000).

■ 8. Professionalisierung in der Altenpflege

Zur Professionalisierung eines Berufs oder einer Berufsgruppe gehört eine zielgruppenorientierte und fachliche Qualifikation der Teilnehmer eines Ausbildungsgangs. Dies ist nur möglich, wenn die Ausbildung bestimmte Voraussetzungen erfüllt (Kellnhäuser 1994). Als klassische Professionsmerkmale werden genannt:

- Einheitliche akademische Ausbildung
- Autonomes Handeln unter Anwendung systematisierten Spezial- und Fachwissens
- Eigene Fachsprache
- Spezialisierungsprozess durch Fort- und Weiterbildung während der Berufsausübung
- Organisation in Berufsverbänden
- Autonome Berufsverwaltung
- Eigenständige Berufsethik

Dieser Liste von geforderten Merkmalen ist zu entnehmen, dass der Pflegeberuf noch nicht alle Bedingungen erfüllt um als Profession anerkannt zu werden, doch er befindet sich auf gutem Wege dahin. Als eine bedeutende Forderung ist die Weiterentwicklung der Pflegeforschung auch im klinischen Bereich zu nennen, um die Pflegetheorien bzw. Pflegeprozesse systematisch überprüfen zu können. Dadurch ergibt sich in einem zweiten Schritt die Möglichkeit der Implementierung von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen in den Pflegealltag.

Eine weitere Differenzierung und Schwerpunktbildung in der beruflichen Qualifikation im Altenpflegeberuf ist mit Blick auf die veränderten Anforderungen in der ambulanten und stationären Altenpflege unumgänglich. Eine Staffelung von Ausbildungsgängen mit unterschiedlichem Bildungsanspruch kommt der Realität entgegen, denn der Pflegealltag bedarf neben hoch qualifizierten Pflegekräften mit Leitungsfunktionen auch Pflegefachpersonen, die durch eine gute Grundausbildung eine gute Pflege und psychosoziale Betreuung älterer Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf gewährleisten können. Die Versorgung von demenziell erkrankten Menschen, von älteren Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung, von älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung und von Sterbenden erfordert eine spezifische Qualifizierung durch den Erwerb von zusätzlichen, auf diese Personengruppe ausgerichteten Kenntnissen. ♦

Literatur

Aulbert E / Zech D (2000): Lehrbuch der Palliativmedizin; Stuttgart.
Bär M, Kruse A et al. (2003): Emotional bedeutsame Situationen im Alltag demenzkranker Heimbewohner; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 6/03, 454-462.

Bickel H (1995): Demenzkranke in Alten- und Pflegeheimen. Gegenwärtige Situation und Entwicklungstendenzen; in: Friederich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Medizinische und gesellschaftspolitische Herausforderung: Alzheimer Krankheit; Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 127; Baden-Baden.

Ding-Greiner C/Lang E (2004): Altersprozesse und Krankheitsprozesse – Grundlagen; in: Kruse A/Martin M (Hrsg.): Enzyklopädie der Gerontologie; Bern.

Förstl H (1997): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie; Stuttgart.

Gordon M, Bartholomeyczik S (2001): Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen; München.

Grond E (2003): Pflege Demenzkranker; Hannover.

Grond E (2004): Palliativpflege in der Gerontopsychiatrie. Leitfaden für Pflegenden in der Altenhilfe; Stuttgart.

Harman D (2001): Aging: Overview; in: Annals New York Academy of Sciences, 928/01, 1-21.

Helmchen H/Baltes M et al. (1996): Psychische Erkrankungen im Alter; in: Mayer U, Baltes PB: Die Berliner Altersstudie; Berlin, 185-220.

Heuft G/Kruse A (2000): Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie; München.

Kellnhauser E (1994): Krankenpflegekammern und Professionalisierung der Pflege Melsungen.

Kirkwood TBL et al. (2000): Why do we age? in: Nature, 408/00, 233-238.

Klein T (1998): Der Heimeintritt alter Menschen und Chancen seiner Vermeidung. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31/98, 407-416.

Krohwinkel M (1993): Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexikranken: Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 16; Baden-Baden.

Kruse A (1995): Menschen im Terminal-Stadium und ihre betreuenden Angehörigen als Dyade. Wie erleben sie die Endlichkeit des Lebens, wie setzen sie sich mit dieser auseinander? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 28/95, 264-272.

Kruse A (2002): Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 146. Baden-Baden.

Kruse A, (2003): Wie die Selbstverantwortung im Prozess des Sterbens erhalten werden kann. Anforderungen an die Begleitung sterbender Menschen; in: Mettner M/Schmitt-Mannhart R (Hrsg.): Wie ich sterben will. Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende; Zürich, 101-128.

Kruse A/Gaber E et al. (2002): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 10. Gesundheit im Alter; Berlin, 14.

Kruse A/Schmitt E (1995): Die psychische Situation hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen; in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie, 8/95, 273-288.

Kruse A Schmitt E (1998): Die psychische Situation hilfsbedürftiger älterer Menschen – eine ressourcenorientierte Sicht; in: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 27/98, 118-124.

Kruse A/Schmitt E (2001): Psychology of death and dying; in: Smelser NJ, Baltes PB (Eds.): International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences, Vol III, 383-391.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2002): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Material für die Umsetzung der Stundentafel; Köln. Internet: <http://www.kda.de>

Lind S (2003): Demenzkranke Menschen pflegen; Bern, 95.

MDK Hessen (2002): Externe Qualitätsprüfung nach § 80 SGB XI – ein neues Aufgabengebiet der Medizinischen Dienste. News des Monats 09/2000. www.mdk-hessen.de/2/mdk-ecke/news_0900.html

MDK Rheinland-Pfalz (2003): Qualitätsprüfungen in ambulanten & stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz im Jahr 2003. MDK Rheinland-Pfalz Landespflegeausschuss. www.mdk-rlp.de/aserv.html.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherung e.V. (2004): Pflegeversicherung – Qualität von Pflegeeinrichtungen. Ergebnis Qualitätsprüfung. www.mds-ev.org/pflege-vers/qs_pv/ergeb_qs.html

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherung e.V. (2001): Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenversicherung zur gemeinsamen Anhörung des Gesundheitsausschusses und des Ausschusses für Familien, Senioren, Frauen und Jugend am 4. April 2001 zu den vorliegenden Gesetzentwürfen zur Pflege und zum Heimgesetz. www.msd-ev.de

Nikolaus T (Hrsg.) (2000): Klinische Geriatrie; Berlin.

Oesterreich K (1993): Gerontopsychiatrie; München.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.)(2000): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung; Stuttgart.

Rogers M (2000): Curriculum. Weiterbildung Psychiatrische Pflege. Universitätsklinikum Heidelberg, Psychiatrische Klinik.

Schaeffer D (2001): Patientenorientierte Pflegekonzepte zur Optimierung der Bewältigung chronischer Krankheit; Bielefeld.

Schwerdt R (1998): Eine Ethik für die Altenpflege; Bern.

Stuck AE/Rubenstein LZ et al. (1993): Inhome preventive health care for older persons: results of a 3-year-randomized controlled study; in: The Gerontologist, 33/93, 309-310.

Stuck AE/Aronow HU et al. (1995): A trial of annual inhome comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community; in: New England Journal of Medicine, 333/95, 1184-1189.

DIE AUTOREN



Dr. med. Christina Ding-Greiner, Dipl.-Gerontologin
Studium der Medizin in Heidelberg und Wien. Promotion in Heidelberg. Studium der Gerontologie am Institut für Gerontologie. Heute Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie. Forschungsschwerpunkte: Reha-



Prof. Dr. Andreas Kruse
Studium der Psychologie, Philosophie und Musik 1976-1983. 1991 Habilitation im Fach Psychologie. Gründungsdirektor und Gründungsprofessor am Institut für Psychologie der Universität Greifswald, Lehrstuhl für Entwick-

bilisation, Pflege und Betreuung von älteren Menschen mit geistiger Behinderung/chronisch psychischer Erkrankung in Einrichtungen der Altenhilfe/Behindertenhilfe. Instrumentenentwicklung zur Analyse der Interaktionen zwischen Pflegepersonen bzw. Betreuern und älteren geistig behinderten Menschen oder älteren chronisch psychisch Erkrankten.

lungspsychologie der Lebensspanne, 1993-1997. Direktor des Instituts für Gerontologie, Heidelberg, Lehrstuhl für Gerontologie, seit 1997. Vorsitzender der Sachverständigenkommission der Bundesregierung zum Fünften Altenbericht. Mitglied des Technischen Komitees der Vereinten Nationen zur Erstellung des International Plan of Action on Ageing.