

Kapitel IX

Die Notwendigkeit einer veränderungssensitiven Versorgung: Die Expertenperspektive

Gabriele Ensink, Andreas Kruse, Matthias Mettner,
Hartmut Remmers, Georg Ruppe, Beate Wild

Zusammenfassung In diesem Kapitel wird über die Ergebnisse einer Befragung von N = 200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus medizinisch-pflegerischen Versorgungssystemen sowie aus dem psychosozialen Beratungssystem berichtet; N = 100 der befragten Expertinnen und Experten kamen aus Deutschland, N = 100 aus Österreich und der Schweiz. In den Interviews sollten Aussagen darüber getroffen werden, welche Bereiche des Versorgungs- und Beratungssystems sich durch Stärken und welche sich durch Schwächen auszeichnen. Dabei ließen sich die angesprochenen Themen vier Themenkomplexen zuordnen: „Vertieftes Verständnis des hohen Alters“, „Schichtunterschiede /regionale Unterschiede im Zugang zur Versorgung und Beratung“, „Erweiterung oder Ausbau von Versorgungsangeboten“, „veränderte Orientierungen in der Versorgungspraxis“. Zudem wurden 450 Fragebögen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Versorgungs- und Beratungssystem ausgewertet. Ein Großteil der Befragten äußerte, dass geriatrische Rehabilitation als obligatorische Komponente der Medizin für alte Menschen zu definieren sei, dass Prävention für alte Menschen deutlich gestärkt werden müsse und dass die Pflegeversicherung einen deutlich stärkeren Leistungsanreiz für die Aktivierung und Rehabilitation alter Menschen setzen solle. Differierende Bedeutungszuschreibungen und Bewertungen zeigten sich mit Blick auf Aspekte der sozialen Integration und der Lebensbindung im Alter, die in den Augen von Vertretern und Vertreterinnen des psychosozialen Beratungssystems als bedeutsamer bewertet wurden im Unterschied zu Aspekten der palliativen Versorgung, die vor allem von Angehörigen des medizinisch-pflegerischen Versorgungssystems betont wurden.

Schlagwörter Gesundheitliche Versorgung, palliative Versorgung, regionale Ungleichheit, Rehabilitation, soziale Ungleichheit

Abstract This chapter reports on the results of a survey of members of medical and nursing care systems as well as of psychosocial counselling systems; N = 100 of the experts interviewed came from Germany, another N = 100 from Austria and Switzerland. In the interviews, participants were asked to make statements about which areas of the medical, care and counselling systems are characterised by strengths and which by weaknesses. The topics addressed could be assigned to five thematic complexes: “deepened understanding of old age”, “class differences in access to care and counselling”, “regional differences in the quantity of care”, “extension or expansion of care offers”, “altered focus in care

practice". In addition, N = 450 questionnaires from employees of the care and counselling system were evaluated. A large number of the respondents stated that geriatric rehabilitation should be defined as an obligatory component of medicine for older people, that preventive care for older people must be significantly improved and that long-term care insurance should provide a significantly stronger incentive for the activation and rehabilitation of older people. Different attributions of importance and evaluations were found with regard to aspects of social integration and life commitment in old age, which were assessed as more important in the eyes of the representatives of psychology and social work, in contrast to aspects of palliative care, which were mainly emphasised by members of the medical and nursing care system.

Keywords Health care, palliative care, regional inequality, rehabilitation, social inequality

IX.1 Einführung und Zielsetzung

In der empirischen Sozialforschung hat sich immer wieder bestätigt, dass bei Befragungen, wie bestimmte Ereignisse oder Situationen erlebt und beurteilt werden, Differenzen oder Diskrepanzen zwischen Selbsteinschätzungen und Fremdeinschätzungen bestehen. Dazu gibt es viele Beispiele, etwa aus der Stress- und Copingforschung.¹ Ein Teil der in diesem Band vorgestellten Studienergebnisse (Kapitel II, IV) zeigt, wie alte Menschen mit Phänomenen und Herausforderungen des Alterns umgehen, was ihnen im Leben wichtig war und zukünftig wichtig sein wird (Kapitel III, V) und welche Wünsche sie im Hinblick auf eine gute gesundheitliche Versorgung (Kapitel VI, VII) haben.

Gegenüber diesen Selbstauskünften alter Menschen wird in diesem Kapitel die Perspektive gewechselt. Befragt werden Personen, die beruflich im Bereich der medizinisch-pflegerischen Betreuung und der psychosozialen Versorgung tätig sind und aufgrund ihrer langen und intensiven Erfahrung als Experten und Expertinnen angesprochen werden.

Wir sprechen bewusst von Experten bzw. Expertinnen und meinen damit jene Personen, die sich durch ein beruflich hohes Qualifikationsniveau gemäß staatlich regulierten Ausbildungssystemen und eine intensive und breite berufspraktische Erfahrung unter Einschluss kontinuierlicher Fort- und Weiterbildung auszeichnen. Wir sind uns darüber im Klaren, dass gemäß dem Stand gegenwärtiger Professions- theorie und Professionsforschung Experten bzw. Expertinnen i. d. R. akademische Qualifikationsstandards zu erfüllen haben. Das trifft auf unsere Gruppen der Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten zweifellos zu. Für Pflegefachpersonen und Sozialarbeiter gilt das nicht ohne Weiteres. Gleichwohl verfügen sie v. a. in leitenden Funktionen nicht nur über Zusatzqualifikationen, sondern auch über einen Reichtum an berufspraktischen Erfahrungen in ihren spezifischen Tätigkeitsfeldern und in der

1 Heim & Valach (1996); Weis (2002)

konstruktiven Zusammenarbeit mit benachbarten Professionen, die es erlauben, sie analog als Experten und Expertinnen zu bezeichnen.²

In gewisser Weise kann hier also von einer *Fremdeinschätzung* vieler mit dem Alter verbundener situativer Herausforderungen und Belastungen sowie der auf konkrete Bedarfe und Bedürfnisse ihrer Klientel zugeschnittenen Versorgungs-, Unterstützungs- und Beratungssysteme gesprochen werden. Dabei geht es weniger um spezifische Belastungen, die mit der beruflichen Arbeit in diesem Setting verbunden sind.³ Im Zentrum stehen vielmehr fachliche Erfahrungen, die die hier adressierten Gesundheitsberufe in ihrer therapeutischen, pflegerischen, psychologischen bzw. psychotherapeutischen und sozialen Arbeit mit alten Menschen machen, sowie Beurteilungen, welche Handlungs- und Organisationskonzepte professioneller Versorgung im Zusammenwirken auch mit Personen der informellen Pflege als zielführend gelten können. In dieser Teilstudie wird überdies von einer wesentlichen Prämisse ausgegangen, die besagt, dass die fachliche Beurteilung der jeweiligen Versorgungsqualität abhängig ist vom professionellen Vorverständnis sowohl der Entwicklungspotenziale alter Menschen als auch der zumeist mit dem hohen Alter assoziierten Vulnerabilitäten und den sich daraus ergebenden Beratungs-, Unterstützungs- und Versorgungsbedarfen.⁴ Angesichts sich ausweitender Einkommensungleichheiten mit gesellschaftlichen Schereneffekten sowie wachsender regionaler Disparitäten stellt sich zudem die Frage, welche Auswirkungen sozialer Schichtunterschiede alter Menschen ebenso wie regional versorgungsstruktureller Ungleichheiten sich beobachten lassen.⁵ Auch hat sich gezeigt, dass optimales Zusammenwirken verschiedener Gesundheitsprofessionen durch wenig aufeinander abgestimmte Interventionsansätze etwa der altersmedizinischen, pflegerischen, psychotherapeutischen bzw. gerontopsychiatrischen Versorgung erschwert wird. Damit stellt sich die Frage nach konkreten Verbesserungs- und Veränderungsbedarfen sowie konzeptionellen Neuausrichtungen einer integrierten gesundheitlichen Versorgung im Alter.⁶ Schließlich zeigt sich, dass Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Ziel einer Hinauszögerung oder Linderung von Pflegebedürftigkeit im Alter einen immer größeren Stellenwert erlangen.⁷ Aus diesem Grunde gilt es, die diesbezüglichen fachlichen Vorstellungen und Perspektiven gesundheitsberuflicher Akteure präzise zu eruieren. Dies

2 Miegl (2016)

3 Obwohl Belastungen hier nicht ausdrücklich thematisiert werden, sollten neuere arbeitssoziologische Befunde wie Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (2018) durchaus zur Kenntnis genommen werden.

4 Das berufliche Vorverständnis ergibt sich häufig aus spezifischen Altersbildern professioneller Akteure. Vgl. dazu etwa Remmers & Walter (2013); Remmers & Renneke (2012). Ferner sedimentiert sich jenes Vorverständnis in Verhaltenseigenschaften, insbesondere im Habitus jener Akteure. Vgl. dazu insbesondere Eylmann (2015).

5 Gebauer & Büscher (Hrsg.) (2008)

6 Remmers et al. (2014); Remmers et al. (2010)

7 Remmers & Renneke (2012)

gilt ebenso für den zukünftig nicht weniger bedeutsamen Bereich der medizinisch-pflegerischen Rehabilitation am Lebensende⁸ und für die hospizliche und palliative Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen.⁹

Es geht in erster Linie nicht darum, unterschiedliche Sichtweisen zwischen Professionsangehörigen auf alte Menschen, ihre gegenwärtige Versorgung und deren zukünftige Herausforderungen zu akzentuieren.¹⁰ Dies kann und wird von Fall zu Fall bedeutsam sein. Im Sinne der Fremdeinschätzung der Gesamtsituation alter Menschen geht es vielmehr darum, ein relativ übereinstimmendes Verständnis ihrer gegenwärtigen Lage sowie eine Einschätzung dringender Veränderungs- und Entwicklungsnotwendigkeiten professioneller Versorgungs- und Unterstützungssysteme aus Sicht der befragten Gesundheitsprofessionen zu erhalten.

Mit der Befragung von Experten und Expertinnen ist somit folgende Zielsetzung verbunden, die uns auch in der Studie „Altern in Balance“ leitete: Es sollen Charakteristika des Versorgungs-, Beratungs- und Unterstützungssystems alter Menschen aus persönlich-fachlicher Sicht eruiert werden. Es sollen darüber hinaus Erkenntnisse gewonnen werden, welche Bereiche sich durch Stärken und welche Bereiche sich durch Schwächen der Versorgung, Beratung und Unterstützung auszeichnen. Entsprechende Einsichten sollen beispielhaft präzisiert werden. Im Sinne einer strukturellen und arbeitsinhaltlichen Differenzierung gilt es, mögliche Unterschiede zwischen der Versorgung, Beratung und Unterstützung älterer (siebtes, achtens Lebensjahrzehnt) und alter Menschen (neuntes, zehntes Lebensjahrzehnt) herauszustellen. Bei dieser Differenzierung sollen vor allem folgende Fragen beantwortet werden: Lassen sich die beobachteten Unterschiede auf divergierende Bewertungsmaßstäbe der jeweiligen Profession zurückführen? Für den Fall, dass divergierende Bewertungsmaßstäbe fachlich begründet werden können, stellt sich die Frage, inwieweit sich daraus unterschiedliche Anforderungen an die Betreuung je nach Altersgruppe ableiten lassen. Schließlich stellt sich die Frage, welche fachlichen Gründe dafür geltend gemacht werden können, dass die als notwendig erachteten Veränderungen in Inhalt und Ausmaß unterschiedlich sind.

IX.2 Interviews

Insgesamt wurden N = 200 Mitglieder des Versorgungs-, Beratungs- und Unterstützungssystems interviewt, N = 100 aus Deutschland sowie N = 100 aus Österreich und der Schweiz. Die Stichprobe untergliedert sich in vier Teilstichproben:

8 Kruse (2021)

9 Garthaus et al. (2019); Marquard et al. (2018); Pinkert et al. (2011); Remmers & Kruse (2014)

10 Bridges et al. (2011); Kaba-Schönstein & Kälbl (Hrsg.) (2003); Walkenhorst (2016)

Gruppe der Ärztinnen und Ärzte (N = 60): Wir haben uns an Kooperationspartner*innen des Instituts für Gerontologie gewandt, die schwerpunktmäßig ältere und alte Patientinnen und Patienten behandeln. Zudem haben wir die Kooperationspartner*innen gebeten, ihrerseits Kontakt zu niedergelassenen oder in Kliniken tätigen Ärztinnen und Ärzten herzustellen. In Österreich und in der Schweiz wurde der Kontakt primär über Krankenhäuser hergestellt, die ihrerseits in enger Verbindung mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten stehen. Schließlich konnten wir Ärztinnen und Ärzte aus den drei Ländern anlässlich von internationalen Tagungen befragen. Aus Deutschland haben N = 12 niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie N = 18 Klinikärztinnen und -ärzte an der Befragung teilgenommen. Ebenso haben aus Österreich und der Schweiz N = 12 niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie N = 18 Klinikärztinnen und -ärzte teilgenommen.

Gruppe der Pflegefachpersonen (Altenpflege, Krankenpflege, Alten- und Krankenpflege) (N = 80): Den Kontakt zu dieser Gruppe haben wir im In- und Ausland über Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen wie auch über Kliniken hergestellt. Zudem war es möglich, Pflegefachpersonen anlässlich von Tagungen zu befragen. Aus Deutschland haben N = 10 ambulant und N = 30 stationär tätige Pflegefachpersonen teilgenommen; aus den Nachbarländern haben wir ebenfalls N = 10 ambulant und N = 30 stationär tätige Pflegefachpersonen gewinnen können.

Gruppe der Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter (N = 50): Der Kontakt zu diesen Berufsgruppen wurde über Beratungsstellen (in kommunaler und freigemeinnütziger Trägerschaft) sowie durch Kliniken hergestellt. Weiterhin konnten wir Psychologen und Psychotherapeuten anlässlich von internationalen Tagungen befragen. Aus Deutschland haben N = 25 Angehörige psychosozialer Dienste teilgenommen, aus den Nachbarländern ebenfalls N = 25.

Gruppe der Physiotherapeuten (N = 10): Der Kontakt zu dieser Gruppe wurde über Krankenkassen und Rehabilitationskliniken hergestellt. Sowohl in Deutschland als auch in Österreich / Schweiz wurden jeweils N = 5 Physiotherapeuten befragt.

Die Tatsache, dass die genannten Berufsgruppen in der Stichprobe unterschiedlich stark vertreten sind, erklärt sich daraus, dass wir uns bei der Bestimmung der Anzahl der Vertreterinnen und Vertreter einzelner Berufsgruppen an deren „thematischer Nähe“ zu den Fragestellungen der Erhebung orientiert haben: Die meisten Fragen betreffen die Berufsfelder der Medizin, der Pflege und der Sozialarbeit; aus diesem Grunde wurden diese Disziplinen bei der Aussendung der Fragebögen am stärksten berücksichtigt. Aufgrund der Tatsache, dass auch Fragen zur Rehabilitation und Psychotherapie gestellt wurden, sollten auch die entsprechenden Disziplinen (Psychologie, Psychotherapie, Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie) ausreichend, aber in geringerer Zahl, in der Stichprobe vertreten sein.

Untersuchungsdurchführung

Zunächst wurden die Zielpersonen von uns angeschrieben und über die Zielsetzung dieses Studienteiles informiert (siehe oben). Die sodann durchgeführten Interviews dauerten zwischen ca. 45 bis 60 Minuten (Mittelwert ca. 50 Minuten). Die Interviews wurden in semistrukturierter Form durchgeführt. Sie zentrierten sich dabei um zehn Leitfragen, die im Verlaufe des Interviews als „Erzählimpuls“ gestellt wurden (der genaue Wortlaut und die Reihenfolge bei der Adressierung der einzelnen Fragen orientierten sich an dem Interviewverlauf).

Die Interviews wurden grundsätzlich als *face-to-face-Interviews* geführt; in Deutschland führten jeweils zwei Personen die Interviews, wobei eine der beiden Personen die Aufgabe hatte, die in den Interviews getroffenen Aussagen möglichst wortgenau zu protokollieren; in Österreich und in der Schweiz wurden 75 der Interviews von zwei Personen, 25 Interviews von einer Person geführt. Jene 25 Interviews, die nur von einer Person geführt wurden, wurden mit einem weiteren Auswerter jeweils einen bis drei Tage nach Stattfinden des Interviews ausführlich erörtert; auf der Grundlage dieser Erörterung wurde eine Zuordnung der Aussagen zu den einzelnen Kategorien des vorher entwickelten Kategoriensystems vorgenommen; die anderen Interviews (100 in Deutschland, 75 in Österreich und in der Schweiz), die von zwei Personen geführt worden waren, wurden gemeinsam von den beiden Personen ausgewertet; auch hier erfolgte eine Zuordnung der Antworten zu dem im Vorhinein entwickelten Kategoriensystem.

Kategoriensystem

Das Kategoriensystem war in 23 Pilotinterviews (in der Region Heidelberg-Mannheim-Darmstadt) entwickelt worden, an denen jeweils fünf Mediziner*innen, Pflegefachpersonen und Sozialarbeiter*innen und Psychologen*innen (Psychotherapeuten*innen) sowie drei Physiotherapeuten*innen teilgenommen hatten. Das in den Pilotinterviews entwickelte Kategoriensystem wurde der Auswertung von 45 in der Hauptuntersuchung geführten Interviews (Deutschland, Österreich, Schweiz) zugrunde gelegt; nach Abschluss dieser 45 Interviews (grundsätzlich Interviews, die jeweils von zwei Personen geführt worden waren) wurde von allen an diesen Interviews beteiligten Interviewern zudem in vier Fallkonferenzen geprüft, inwieweit das in den Pilotinterviews entwickelte Kategoriensystem modifiziert werden sollte (eine Modifikation wurde im Hinblick auf sechs von insgesamt 33 Kategorien vorgenommen; zudem wurden zwei Kategorien neu eingeführt). Diese 45 Interviews wurden schließlich mithilfe des endgültigen Kategoriensystems codiert, das auch die Grundlage der Auswertung von weiteren 155 Interviews bildete. Für jede der Kategorien sollte von den beiden Auswertern gemeinsam auf einer dreistufigen Skala deren *Ausprägungsgrad* im Interview eingeschätzt werden: 1: nicht gegeben bzw. (eher) geringe Ausprägung; 2: mittlere Ausprägung; 3: (eher) starke Ausprägung

Das finale Kategoriensystem umfasst 35 Kategorien. Diese Kategorien werden im Folgenden genannt und dabei vier größeren Themenbereichen zugeordnet.

1. Vertieftes Verständnis des hohen Alters
2. Schichtunterschiede, regionale Unterschiede in der Versorgung
3. Erweiterung oder Ausbau von Versorgungsangeboten
4. Veränderte Orientierungen in der Versorgungspraxis

Für jede Kategorie sind die mittleren Ausprägungsgrade (M) sowie die Standardabweichungen (SD) getrennt für drei Untergruppen angegeben: (a) Ärzte*innen, Pflegefachpersonen und Physiotherapeuten*innen, (b) Psychologen*innen und (c) Sozialarbeiter*innen. Die Mittelwerte der drei Gruppen wurden über Varianzanalysen miteinander verglichen.

IX.2.1 Vertieftes Verständnis des hohen Alters

1. Das *hohe* Lebensalter (ca. 80 Jahre und älter) ist ein für die Versorgung relativ neues Arbeitsgebiet (in Diagnostik, Therapie und Rehabilitation)

Medizin:	M: 2,5	SD: .60
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,0	SD: .65
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 2,6	SD: .61
Gesamt:	M: 2,3	SD: .68

$F = 17,66, p = .000, 1, 3 > 2^{11}$

2. Das *höhere* Lebensalter (ca. 60 bis 80 Jahre) ist ein für die Versorgung relativ vertrautes Arbeitsgebiet

Medizin:	M: 2,8	SD: .44
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,9	SD: .34
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 2,6	SD: .64
Gesamt:	M: 2,8	SD: .48

$F = 8,76, p = .000, 1, 2 > 3$

3. Vermehrte Interaktion von körperlichen, kognitiven und seelischen Symptomen im höheren und hohen Lebensalter: Notwendigkeit einer vermehrt psychosomatischen und somatopsychischen Konzeption in Medizin und Pflege

Medizin:	M: 2,7	SD: .50
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,4	SD: .61
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 2,9	SD: .33

11 Hier und im Folgenden: ANOVA, df (zwischen den Gruppen) = 2, df (innerhalb der Gruppen) = 197, post hoc: Bonferroni, die signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen sind mit < bzw. > gekennzeichnet.

Gesamt: M: 2,6 SD: .59
 F = 15,33, p = .000, 2 < 1, 3

4. Große Bedeutung sozialer Integration und Teilhabe für die körperliche und seelische Gesundheit im Alter. Notwendigkeit weiterer Forschung und ihrer Umsetzung in die Praxis

Medizin: M: 2,0 SD: .57
 Pflege und Physiotherapie: M: 2,3 SD: .69
 Psychologie und Sozialarbeit: M: 2,9 SD: .36
 Gesamt: M: 2,4 SD: .68
 F = 34,50, p = .000, 1 < 2 < 3

5. Deutlich stärkere Berücksichtigung jener Merkmale, die ältere und alte Menschen an das Leben binden; Umsetzung dieser Erkenntnisse in die Praxis

Medizin: M: 1,9 SD: .79
 Pflege und Physiotherapie: M: 2,4 SD: .65
 Psychologie und Sozialarbeit: M: 2,8 SD: .45
 Gesamt: M: 2,4 SD: .73
 F = 25,24, p = .000, 1 < 2 < 3

6. Verbesserte Präventionsangebote für pflegende Angehörige

Medizin: M: 1,8 SD: .75
 Pflege und Physiotherapie: M: 2,4 SD: .65
 Psychologie und Sozialarbeit: M: 2,3 SD: .65
 Gesamt: M: 2,2 SD: .72
 F = 14,14, p = .000, 1 < 2, 3

7. Ausweitung von Rehabilitationsangeboten auf die Gruppe pflegender Angehöriger (Vermeidung der alleinigen Konzentration auf Patientinnen und Patienten)

Medizin: M: 1,7 SD: .66
 Pflege und Physiotherapie: M: 2,2 SD: .74
 Psychologie und Sozialarbeit: M: 1,9 SD: .63
 Gesamt: M: 2,0 SD: .72
 F = 11,89, p = .000, 1, 3 < 2

8. Stärkung psychotherapeutischer Betreuung pflegender Angehöriger

Medizin: M: 1,4 SD: .56
 Pflege und Physiotherapie: M: 1,6 SD: .54
 Psychologie und Sozialarbeit: M: 2,3 SD: .75
 Gesamt: M: 1,7 SD: .69
 F = 29,81; p = .000, 1, 2 < 3

9. Unterstützung älterer und alter Menschen bei einem zielgerichteten Lebensrückblick (verbunden mit dem Motiv, die eigene Biografie zu ordnen)

Medizin:	M: 2,1	SD: .56
Pflege und Physiotherapie:	M: 1,8	SD: .47
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 2,5	SD: .68
Gesamt:	M: 2,1	SD: .62

F = 27,87, p = .000, 2 < 1 < 3

10. Stärkere Berücksichtigung der individuellen, von älteren und alten Menschen selbst definierten Kriterien von Lebensqualität und Gesundheit

Medizin:	M: 2,2	SD: .36
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,1	SD: .56
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 2,6	SD: .53
Gesamt:	M: 2,3	SD: .54

F = 17,88, p = .000, 1, 2 < 3

11. Ausbau der Erkenntnisse über den Sterbeprozess von Menschen mit Demenz

Medizin:	M: 1,9	SD: .32
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,4	SD: .57
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 2,3	SD: .61
Gesamt:	M: 2,2	SD: .56

F = 17,09, p = .000, 1 < 2, 3

12. Verbessertes Verständnis der möglichen Wirkungen von Traumata in der Biografie für die körperliche und seelische Gesundheit im höheren und hohen Alter

Medizin:	M: 1,6	SD: .59
Pflege und Physiotherapie:	M: 1,9	SD: .48
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 2,2	SD: .61
Gesamt:	M: 1,9	SD: .59

F = 16,64, p = .000, 1 < 2 < 3

13. Ausbau der Erkenntnisse über Schmerzentstehung, Schmerzverlauf und Wirkungen der schmerztherapeutischen Begleitung älterer und alter Menschen

Medizin:	M: 2,4	SD: .50
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,2	SD: .65
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 2,0	SD: .71
Gesamt:	M: 2,2	SD: .65

F = 7,22, p = .001, 1 > 3

14. In der palliativen Versorgung: Stärkere Berücksichtigung jener Erlebens- und Verhaltensmerkmale, die auf den Wunsch des Individuums hindeuten, sterben zu können.

Medizin:	M: 2,3	SD: .62
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,7	SD: .44
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 1,9	SD: .60
Gesamt:	M: 2,4	SD: .64

F = 42,84, p = .000, 3 < 1 < 2

IX.2.2 Schichtunterschiede, regionale Unterschiede in der Versorgung

15. Soziale Schichtunterschiede in der Zugänglichkeit und in der Nutzung medizinischer Versorgungsangebote.

Medizin:	M: 1,6	SD: .58
Pflege und Physiotherapie:	M: 1,4	SD: .49
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 1,8	SD: .61
Gesamt:	M: 1,6	SD: .57

F = 8,85, p = .000, 2 < 3

16. Soziale Schichtunterschiede in der Zugänglichkeit und in der Nutzung pflegerischer Versorgungsangebote.

Medizin:	M: 1,8	SD: .58
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,3	SD: .59
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 2,5	SD: .61
Gesamt:	M: 2,2	SD: .65

F = 22,30, p = .000, 1 < 2, 3

17. Soziale Schichtunterschiede in der Zugänglichkeit und in der Nutzung (stationärer und ambulanter) rehabilitativer Versorgungsangebote.

Medizin:	M: 1,6	SD: .67
Pflege und Physiotherapie:	M: 1,4	SD: .53
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 1,3	SD: .50
Gesamt:	M: 1,4	SD: .58

F = 4,77, p = .009, 1 > 3

18. Notwendigkeit, dass Medizin und Pflege vermehrt „Bring-Strukturen“ für Personen aus unteren sozialen Schichten entwickeln, um Folgen der sozialen Ungleichheit zu mildern.

Medizin:	M: 1,5	SD: .60
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,3	SD: .55
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 1,9	SD: .65

Gesamt: M: 2,0 SD: .68
 F = 34,32, p = .000, 1 < 3 < 2

IX.2.3 Erweiterung oder Ausbau von Versorgungsangeboten

19. Verringerung der regionalen Unterschiede im Umfang und in der Qualität medizinisch-pflegerischer Versorgung; Stärkung der Versorgungsleistungen in ländlichen Regionen wie auch in Regionen / Stadtteilen mit einer Bevölkerung, die eher unteren sozialen Schichten zuzurechnen ist.

Medizin: M: 2,7 SD: .57
 Pflege und Physiotherapie: M: 2,6 SD: .59
 Psychologie und Sozialarbeit: M: 2,4 SD: .60
 Gesamt: M: 2,6 SD: .60
 F = 3,94, p = .021, 1 > 3

20. Analyse digital gestützter medizinischer Versorgungsangebote und Umsetzung in die Praxis.

Medizin: M: 1,9 SD: .57
 Pflege und Physiotherapie: M: 1,7 SD: .65
 Psychologie und Sozialarbeit: M: 1,9 SD: .65
 Gesamt: M: 1,8 SD: .64
 F = 4,00, p = .020, 2 < 3

21. Aufbau einer flächendeckend bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung für Menschen im höheren und hohen Lebensalter.

Medizin: M: 2,6 SD: .64
 Pflege und Physiotherapie: M: 2,2 SD: .61
 Psychologie und Sozialarbeit: M: 2,8 SD: .46
 Gesamt: M: 2,5 SD: .63
 F = 15,46, p = .000, 2 < 1, 3

22. Ausbau der präventiven und rehabilitativen Angebote zur Sturzprophylaxe (einschließlich digital gestützter Risikoidentifikation).

Medizin: M: 2,8 SD: .52
 Pflege und Physiotherapie: M: 2,7 SD: .55
 Psychologie und Sozialarbeit: M: 2,4 SD: .57
 Gesamt: M: 2,7 SD: .57
 F = 7,16, p = .001, 3 < 1, 2

23. Ausbau schmerztherapeutischer Versorgungsangebote.

Medizin:	M: 2,7	SD: .57
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,1	SD: .58
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 2,4	SD: .73
Gesamt:	M: 2,4	SD: .66

F = 15,06, p = .000, 1 > 2, 3

24. Ausbau der Sport- und Bewegungsangebote speziell für ältere und alte Menschen.

Medizin:	M: 2,2	SD: .67
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,2	SD: .59
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 2,0	SD: .65
Gesamt:	M: 2,2	SD: .63

F = 2,58, p = .079, n. s.,

25. Ausbau der Ernährungsberatung für ältere und alte Menschen.

Medizin:	M: 2,1	SD: .57
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,2	SD: .56
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 1,9	SD: .51
Gesamt:	M: 2,1	SD: .56

F = 5,53, p = .005, 2 > 3

26. Notwendigkeit der verbesserten Diagnostik von depressiven Störungen und Angststörungen sowie einer verbesserten psychotherapeutischen / psychiatrischen Intervention.

Medizin:	M: 2,7	SD: .57
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,3	SD: .59
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 2,9	SD: .30
Gesamt:	M: 2,6	SD: .58

F = 21,50, p = .000, 2 < 1, 3

27. Notwendigkeit der verbesserten Diagnostik von demenziellen Erkrankungen sowie einer verbesserten psychiatrischen und pflegerischen Intervention.

Medizin:	M: 2,8	SD: .51
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,7	SD: .53
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 2,9	SD: .33
Gesamt:	M: 2,8	SD: .48

F = 2,28, p = .105, n. s.

IX.2.4 Veränderte Orientierungen in der Versorgungspraxis

28. Vermehrte Präventionsorientierung als Leitbild der Versorgung, Begleitung und Beratung – gerade auch im Hinblick auf das hohe Alter.

Medizin:	M: 2,2	SD: .65
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,0	SD: .63
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 2,7	SD: .56
Gesamt:	M: 2,2	SD: .67

$F = 17,79, p = .000, 3 > 1, 2$

29. Vermehrte Rehabilitationsorientierung als Leitbild für Medizin und Pflege – gerade auch im Hinblick auf das hohe Alter.

Medizin:	M: 2,8	SD: .57
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,3	SD: .52
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 2,6	SD: .60
Gesamt:	M: 2,5	SD: .59

$F = 14,37, p = .000, 2 < 1, 3$

30. Vermeidung „falscher Leistungsanreize“ in der Pflegeversicherung.

Medizin:	M: 1,8	SD: .77
Pflege und Physiotherapie:	M: 1,4	SD: .56
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 1,9	SD: .68
Gesamt:	M: 1,7	SD: .70

$F = 13,24, p = .000, 2 < 1, 3$

31. Notwendigkeit einer vermehrten Rehabilitationsorientierung in der Diagnostik und Versorgung von Menschen mit Demenz (Veränderungspotenziale).

Medizin:	M: 2,2	SD: .72
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,4	SD: .67
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 2,3	SD: .64
Gesamt:	M: 2,3	SD: .68

$F = 2,02, p = .135, n. s.$

32. Entwicklung fachlich und ethisch fundierter Leitbilder in der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen.

Medizin:	M: 2,7	SD: .55
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,8	SD: .48
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 2,6	SD: .63
Gesamt:	M: 2,7	SD: .54

$F = 1,26, p = .287, n. s.$

33. Stärkung der biografischen Orientierung in Diagnostik und Therapie (Medizin).

Medizin:	M: 2,7	SD: .57
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,5	SD: .62
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 2,9	SD: .33
Gesamt:	M: 2,7	SD: .56

F = 6,11, p = .003, 2 < 3

34. Stärkung der biografischen Orientierung in Assessment und Intervention (Pflege).

Medizin:	M: 2,3	SD: .73
Pflege und Physiotherapie:	M: 2,8	SD: .47
Psychologie und Sozialarbeit:	M: 2,8	SD: .53
Gesamt:	M: 2,6	SD: .62

F = 17,10, p = .000, 1 < 2, 3

IX.2.5 Einordnung der wichtigsten Interviewaussagen

Für die Medizin ist das hohe Alter noch ein vergleichsweise junges Praxisgebiet: Die Medizin hat erst begrenzt Erfahrungen mit Blick auf dieses Lebensalter gewinnen können. Nicht selten wird der Fehler begangen, gerade im hohen Lebensalter pathologische Prozesse und Krankheitssymptome ausschließlich oder primär als Ausdruck des Alters zu betrachten – mit dem erhöhten Risiko ausbleibender medizinischer Intervention. Die Tendenz, pathologische Prozesse und Krankheitssymptome als altersbedingt zu betrachten, ist im Fall von psychischen und hirnorganischen Erkrankungen noch deutlicher erkennbar.

Multimorbidität ebenso wie hirnorganische Erkrankungen gewinnen im hohen Alter an Bedeutung; zudem sind gerade im hohen Alter besondere Risiken im Hinblick auf die Erhaltung von Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe gegeben. Auf diese müssen Medizin, Rehabilitation, Pflege und Sozialarbeit reagieren. Doch gilt auch im hohen Alter der Grundsatz der Individualität von Symptomen, Symptomverläufen und Ressourcen der Krankheitsverarbeitung. Gerade mit Blick auf die Multimorbidität ergibt sich die Notwendigkeit eines Gesamtkonzeptes, in dem zum einen die unterschiedlichen Krankheiten und Krankheitssymptome, zum anderen die Beiträge verschiedener Disziplinen zur Intervention berücksichtigt werden. Es darf nicht „zu viel“ und fragmentiert interveniert werden – eine Gefahr, die bei Multimorbidität durchaus besteht –, sondern es muss integrativ (aufeinander abgestimmt) interveniert werden.

Der wissenschaftliche Erkenntnisstand im Hinblick auf Krankheiten, Krankheitsverläufe und Interventionspotenziale ist beachtlich – und doch kommt zu wenig in der Praxis an; dies gilt vor allem für das hohe Lebensalter. Der fehlende Theorie-Praxis-Transfer gilt vor allem mit Blick auf Rehabilitationspotenziale im höheren

und – noch stärker – im hohen Alter. Der beachtliche wissenschaftliche Erkenntnisstand stellt die Interventionspraxis vor die Aufgabe, viele fragmentierte Informationen aufzunehmen und zu integrieren, die zum Teil nur schwer zu integrieren sind. Ein Beispiel sind die unterschiedlichen Leitlinien bei verschiedenen chronischen Erkrankungen: Diese Leitlinien bei alten, multimorbiden Patienten*innen aufeinander abzustimmen, wird als eine der großen Herausforderungen der Medizin angesehen. Hier ist es notwendig, die Patientenperspektive zu stärken: Was ist den Patienten*innen wichtig mit Blick auf Therapie, Rehabilitation und Pflege? Welche Kriterien von Gesundheit, guter Intervention und Lebensqualität vertreten sie selbst? Was, von dem, was man beeinflussen kann, soll und muss gestärkt werden?

Es werden soziale Schichtunterschiede (wie auch regionale Unterschiede) in der Zugänglichkeit und in der Nutzung *medizinischer* Versorgungsangebote genannt; auch wenn diese Unterschiede nicht besonders hervorgehoben werden, so bilden sie doch ein Thema in den Interviews. Dies gilt in stärkerem Maße für den Umfang und die Qualität pflegerischer Versorgung, deren gesellschaftliche Wertschätzung noch zu gering ist. Medizin und Pflege müssen ihre Angebote und Möglichkeiten besser zugänglich machen für Menschen aus unteren sozialen Schichten. Dabei ist darauf hinzuwirken, in Expertenkulturen gepflegte Sprachcodes als typische Barriere zu beseitigen. Noch immer sind untere soziale Schichten unter anderem durch restriktierte Codes alltagssprachlicher Verständigung charakterisiert. Die geringere Nutzung medizinisch-pflegerischer Versorgungsangebote hat auch damit zu tun, dass zwischen ihrer öffentlichen Vermittlung und den mit lebensweltlich unterschiedlicher Sinnhaftigkeit geladenen Gesundheitsinteressen ein schwer vermittelbarer Graben besteht.

Mit Blick auf Menschen im hohen Alter ist die flächendeckende, fachlich fundierte psychotherapeutische Versorgung als unzureichend zu betrachten, obwohl viele alte Menschen von dieser Versorgung erheblich profitieren würden.

Eine bedeutende Komponente der psychotherapeutischen, aber auch der allgemeinen medizinischen Versorgung sollte der Lebensrückblick bilden; eine weitere Komponente die innere Verarbeitung von chronischen Erkrankungen und Schmerzen sowie von sozialen Verlusten. Die Verarbeitung der eigenen Endlichkeit als eine bedeutende Entwicklungsaufgabe des hohen Alters darf nicht ausgeblendet werden.

Die psychiatrische Versorgung sollte sich nach Aussagen der Expertinnen und Experten noch intensiver den Themen „Demenz“, „Depressionen“, „Angstzuständen“, „Wahnbildungen“ und „Spätfolgen der Traumatisierung“ zuwenden. Wichtig ist hier die Vermeidung von jeglichem Fatalismus: Die genannten Erkrankungen und Störungen können und müssen auch und gerade bei Menschen im höheren und hohen Alter aus einer Ressourcenperspektive betrachtet werden.

Die Rehabilitation nimmt vor allem im Hinblick auf Menschen im hohen Alter eine zu geringe Stellung im Versorgungssystem ein; sie muss dringend gesetzlich verankert und auch damit gestärkt werden. Ein zu geringes Gewicht der Rehabilitation ist auch im Hinblick auf Menschen mit kognitiven Verlusten (MCI, Demenz) gegeben.

Gesundheitsförderung im höheren, vor allem im hohen Alter bedeutet, Menschen noch sehr viel stärker davon zu überzeugen, dass auch im Alter die körperliche und die seelische Gesundheit in hohem Maß vom eigenen Verhalten beeinflusst sind. Menschen sollten auch im höheren und hohen Alter eine präzise Vorstellung davon haben (oder darin unterstützt werden), was ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit guttut, welche Faktoren sich positiv auf ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität auswirken. Im höheren, aber auch im hohen Alter sollten Yoga, Tai-Chi, Bewegung und Sport ein sehr viel größeres Gewicht einnehmen. Krankenkassen sollten hier großzügig Kosten übernehmen – vor allem für Personen, die nicht die finanziellen Ressourcen für die Nutzung dieser Angebote besitzen. Kognitives Training kann in seiner Bedeutung für Kompetenz im höheren und hohen Alter nicht hoch genug bewertet werden. Mit Blick auf das hohe Alter wird in der Prävention noch zu wenig getan – die Ergebnisse der Präventionsforschung sind in der Praxis noch nicht ausreichend bekannt. Prävention mit Blick auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ist von großer Bedeutung, wird aber nicht wirklich umgesetzt: Ein Beispiel sind die zu selten genehmigten oder in Anspruch genommenen Methoden der Rehabilitation (als Komponente der Prävention). Sport- und Bewegungsangebote sind mit Blick auf die Erhaltung von Mobilität und Selbstständigkeit besonders wichtig; auch im Hinblick auf die Sturzprophylaxe und die kognitive Leistungsfähigkeit. Jedoch werden solche Angebote viel zu selten vorgehalten. Kranken- und Pflegekassen sollten und könnten hier noch deutlich aktiver werden. Kognitives Training ist für die Erhaltung und Förderung der kognitiven Kompetenz unerlässlich. Es ist zu beklagen, dass Bildungseinrichtungen dieses Training nicht ausreichend hoch veranschlagen. Kognitive Trainingsangebote gehören nicht zum Regelangebot von Bildungs- und klinischen Einrichtungen. Dies muss sich ändern. Wenn ältere und alte Menschen offen für neue Lebenswelten und Erfahrungen sind, wenn sie ein ausreichend hohes Maß an Toleranz zeigen: Dann sind solche Angebote nur positiv zu bewerten.

Angehörige unterer Sozial- und Bildungsschichten sind mit Blick auf die Zugänglichkeit und die Nutzung derartiger Angebote auf jeden Fall benachteiligt; dies gilt schon für die Fahr- und Transportdienste zur Praxis. Im Fall regionaler Benachteiligungen verschärfen sich diese Bildungs- und Schichtunterschiede erheblich.

Öffentliche und fachpolitische Diskussionen zur Pflegebedürftigkeit berücksichtigen viel zu wenig mögliche Erfolge der Rehabilitation; hier werden wichtige personale Ressourcen nicht genutzt.

Wir verfügen mittlerweile über sehr gute Erkenntnisse im Hinblick auf die Potenziale einer umfassend konzipierten, multidisziplinär angelegten Schmerztherapie. Doch werden diese Erkenntnisse bei Weitem nicht ausreichend in die Praxis umgesetzt. Palliativmedizin und Palliative Care weisen – genauso wie die Hospizhilfe – umfassende und differenzierte Wissenskorpora auf. Aber wir sind noch sehr weit entfernt von einer flächendeckend angebotenen palliativmedizinischen Versorgung, einer Palliative Care und Hospizarbeit. Die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen für den Ausbau der Versorgung sind positiv zu bewerten; es geht nun um deren Umsetzung.

Hier ist auch die Angehörigenarbeit wichtig. Die Hospizhilfe kann Familienangehörige in überzeugender Weise entlasten. Die Hospizhilfe zeigt, was die Verbindung aus hauptamtlicher und ehrenamtlicher Arbeit für Patientinnen und Patienten sowie für Angehörige zu leisten vermag. Regionale Unterschiede in der Dichte der Hospizhilfen müssen abgebaut werden. Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe sollten eine fachlich überzeugende Hospizhilfe vorhalten – die gesetzlichen Grundlagen sind hier richtungsweisend und eindeutig.

Die Kooperation zwischen Medizin und Altenpflege sollte – was die Konzepte dieser Disziplinen anbelangt – eng und gegenseitig befruchtend sein. Ob dieses Ideal verwirklicht werden kann, ist von den Beziehungen zwischen den Repräsentanten vor Ort abhängig. Nicht selten besteht die Tendenz, die Aufgaben- und Kompetenzbereiche der beiden Disziplinen klar voneinander abzugrenzen – womit die Kooperation erheblich erschwert wird. Beide Disziplinen müssen noch sehr viel stärker aufeinander zugehen und kooperieren: Damit wäre ein bedeutendes Versorgungspotenzial gegeben.

Gerade im Hinblick auf die Begleitung von Menschen mit Demenz ist die „sprechende Medizin“ sehr wichtig: Information, Aufklärung, Erörterung der persönlichen Werte und Bedürfnisse des Patienten, gemeinsame Antizipation künftiger Versorgungsnotwendigkeiten sind wichtige Komponenten, die erheblich gestärkt werden müssen. Menschen mit Demenz dürfen auch medizinisch niemals im Stich gelassen werden.

Angehörige benötigen eine deutlich stärkere Gesundheitsförderung und Prävention, um ihre körperliche und seelische Widerstandsfähigkeit zu verstärken. Angehörige sind aufgrund von Stress und Burn-out von physischen und seelischen Krankheiten bedroht; sie benötigen Aufklärung, Beratung, präventive Diagnostik, Beistand (auch durch andere Angehörige, durch Nachbarn, durch bürgerschaftlich engagierte Personen) und praktische Unterstützung. Für pflegende Angehörige muss noch mehr getan werden, weil die Pflegeverläufe immer komplexer werden – mit Blick auf die Symptome, auf die Einbußen und auf die Dauer der Pflegebedürftigkeit.

IX.3 Sind die Versorgungsangebote für ältere und alte Menschen ausreichend? Ergebnisse einer Fragebogenerhebung

Durch die Interviewstudie konnten differenzierende Einsichten in die Vielfalt der Versorgungs-, Beratungs- und Unterstützungssysteme für ältere und alte Menschen gewonnen werden. Ebenso erlaubten die Untersuchungsergebnisse, Aussagen zu qualitativen Unterschieden von Versorgungs- und Beratungsangeboten zu machen, teilweise in Abhängigkeit von verschiedenen Einflussfaktoren wie beispielsweise soziale Schicht, individuelle Ressourcen sowie Bedarfs- und Bedürfnislagen der Betroffenen, fachlich teils differierende Beurteilungs- und Bewertungsperspektiven. Stärken, vor allem aber Schwächen verschiedener Versorgungsangebote sowie fachliche Unzulänglichkeiten ließen sich identifizieren. Auf dieser qualitativen Basis sind allerdings

noch keine Aussagen möglich, inwieweit durch Ausgleich qualitativer Schwächen das bestehende Versorgungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebot als fachlich ausreichend betrachtet werden kann, oder ob es wesentlicher Ergänzungen gerade in den Bereichen bedarf, die bisher fachlich zu wenig Berücksichtigung fanden oder in denen von unzulänglichen, wissenschaftlich längst überholten Annahmen ausgegangen wird wie beispielsweise in der immer bedeutsamer werdenden medizinisch-pflegerischen Rehabilitation und Gesundheitsförderung bis ins weit fortgeschrittene Alter. Insofern schien es erforderlich zu sein, auf dem Wege einer ergänzenden Fragebogenerhebung mit einem größeren Sample Aussagen darüber zu gewinnen, inwieweit das gegenwärtige Spektrum an Versorgungsangeboten dringend qualitativ hochwertiger Ergänzungen bedarf.

Vorgehensweise

Die Ergebnisse der Auswertung der 200 Interviews wurden inhaltsanalytisch zu 15 *Statements* mit Blick auf die Versorgungsangebote zusammengefasst. Diese wurden in Form eines *Fragebogens* den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern vorgelegt. Die Items sollten dabei mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. (Die Antwortmöglichkeit: „Ich weiß nicht“ wurde mit Absicht ausgeschlossen, weil wir sicherstellen wollten, dass eindeutig Stellung bezogen würde.) Zudem sollten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre aktuell ausgeübte Berufstätigkeit angeben.

Die Fragebogenerhebung fand nur in Deutschland statt. Von den 585 ausgesandten Fragebögen wurden 450 (76,9 %) vollständig beantwortet und zurückgesandt. Die Response-Rate zeigte keine großen Unterschiede zwischen den Berufsgruppen. Es liegen 450 Fragebögen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den Berufsfeldern der Pflege (102), der Sozialarbeit (75), der Medizin (68), der Psychologie / Psychotherapie (51), der Physiotherapie (51), der Ergotherapie (39), der Logopädie (31) sowie der Sozialwirtschaft / Betriebswirtschaft (33) vor. Mit Blick auf die Auswahl und quantitative Repräsentanz der einzelnen Berufsgruppen gilt hier das oben Gesagte. Da unser Interesse – wenn auch etwas abgemildert – in der Fragebogenerhebung zudem der Betrachtung von Versorgungsfragen aus der Perspektive der Ökonomie galt, haben wir auch Vertreter*innen der Sozial- und Betriebswirtschaft um Beantwortung der Fragen gebeten.

Nachfolgend sind die 15 *Statements* aufgeführt. Es ist für alle *Statements* angegeben, wie viele der N = 450 Personen diese mit „Ja“ bzw. mit „Nein“ angekreuzt haben. Wir haben keine Differenzierung zwischen älteren und alten Menschen (im oben angeführten Sinne) vorgenommen, sondern ausschließlich von „alten Menschen“ gesprochen.

Geriatrische Rehabilitation ist als obligatorische Komponente der Medizin für alte Menschen zu definieren

Ja (N = 363, 80,7 %)

Nein (N = 87, 19,3 %)

Psychotherapie für alte Menschen ist als obligatorischer Bereich der psychotherapeutischen Versorgung zu definieren

Ja (N = 281, 62,4 %) Nein (N = 169, 37,6 %)

Es besteht die Notwendigkeit einer deutlichen Stärkung von Sportangeboten für alte Menschen

Ja (N = 198, 44,0 %) Nein (N = 252, 56,0 %)

Es besteht die Notwendigkeit einer deutlichen Stärkung von Bewegungsangeboten für alte Menschen

Ja (N = 224, 49,8 %) Nein (N = 226, 50,2 %)

Es besteht die Notwendigkeit einer deutlichen Stärkung von Gesundheitsförderung für alte Menschen

Ja (N = 197, 43,8 %) Nein (N = 253, 56,2 %)

Es besteht die Notwendigkeit einer deutlichen Stärkung von Prävention für alte Menschen

Ja (N = 372, 82,7 %) Nein (N = 78, 17,3 %)

Alte Menschen sollten in stärkerem Maße Adressaten von Bildungsangeboten sein

Ja (N = 119, 26,4 %) Nein (N = 331, 73,6 %)

Pflegeangebote für alte Menschen sollten durch Rehabilitationsangebote erweitert werden

Ja (N = 319, 70,9 %) Nein (N = 131, 29,1 %)

Die Pflegeversicherung sollte deutlich stärkere Leistungsanreize für die Aktivierung und Rehabilitation mit dem Ziel setzen, Pflegebedürftigkeit zu überwinden oder zu verringern

Ja (N = 382, 84,9 %) Nein (N = 68, 15,1 %)

Die Rehabilitationspotenziale bei Menschen mit Demenz werden unterschätzt

Ja (N = 299, 66,4 %) Nein (N = 151, 33,6 %)

Pflegerische Angebote für Menschen mit Demenz sollten um Rehabilitationsangebote erweitert werden

Ja (N = 248, 55,1 %) Nein (N = 202, 44,9 %)

Rehabilitationsangebote für alte Menschen sind qualitativ ausreichend

Ja (N = 321, 71,3 %)

Nein (N = 129, 28,7 %)

Rehabilitationsangebote für alte Menschen sind quantitativ ausreichend

Ja (N = 104, 23,1 %)

Nein (N = 346, 76,9 %)

Präventionsangebote für alte Menschen sind qualitativ ausreichend

Ja (N = 267, 59,3 %)

Nein (N = 183, 40,7 %)

Präventionsangebote für alte Menschen sind quantitativ ausreichend

Ja (N = 98, 21,8 %)

Nein (N = 352, 78,2 %)

Mehr als 80 % der Befragten sind der Ansicht, dass geriatrische Rehabilitation als obligatorische Komponente der Medizin für alte Menschen zu definieren ist, dass Prävention für alte Menschen deutlich gestärkt werden muss und dass die Pflegeversicherung einen deutlich stärkeren Leistungsanreiz für die Aktivierung und Rehabilitation alter Menschen setzen sollte. Interessanterweise sind 71,3 % der Befragten der Ansicht, dass die Rehabilitationsangebote qualitativ ausreichend sind – während nur 25,7 % meinen, dass sie quantitativ ausreichen. Eine ähnliche Differenz zeigt sich in den Aussagen zu Präventionsangeboten. Hier wird von 88,2 % der Befragten ein Mangel an Angeboten wahrgenommen. Die Mehrheit der Befragten bestätigt auch, dass die Rehabilitationspotenziale bei Menschen mit Demenz unterschätzt werden und die pflegerischen Angebote für Demenz erweitert werden sollten. Auch sehen 40 bis 50 % der Befragten die Notwendigkeit, Sportangebote, Bewegungsangebote und Gesundheitsförderung bei alten Menschen zu stärken.

Erstaunlicherweise bejahen nur 26,4 % der Befragten, dass alte Menschen in stärkerem Maße Adressatinnen und Adressaten von Bildungsangeboten sein sollten. Dieser Befund deutet möglicherweise darauf hin, dass infrage kommende Angebote vielen alten Menschen nicht bekannt sind und nur in geringem Maß beworben werden. Neben Informationsdefiziten können sich hier auch Gewöhnungseffekte und selbstwertdienliche Deutungen widerspiegeln, durch die potenzielle Ist-Soll-Diskrepanzen aufgelöst werden.¹²

Es könnte aber auch sein, dass die befragten Personen die ihnen bekannten Bildungsangebote für wenig zielführend halten, weil diese den *lebensweltlich* konstituierten Interessen und Bedürfnissen der Adressaten – als motivationaler Basis von Bildungsanstrengungen – nicht wirklich entsprechen; zudem könnte es sein, dass gesundheitsbezogene Bildungsangebote zu stark einer Expertenperspektive verhaftet sind. Das Statement sollte als Ausdruck skeptischer Vorbehalte, vielleicht auch der

12 Brandtstädter (2007)

Vergeblichkeit vorhandener Bildungsangebote, ernst genommen und als Warnung vor einer Überschätzung gesundheitlicher Aufklärungsangebote verstanden werden. Nicht auszuschließen ist, dass die Befragten ihrerseits zu wenig über gute, von alten Menschen angenommene, weil ihren persönlichen Bedürfnissen entsprechende Bildungsangebote informiert sind.

Erstaunlich ist auch, dass einer Stärkung von Bewegungsangeboten, Gesundheitsförderung und Sport seitens der befragten Gesundheitsexpertinnen und -experten eher skeptisch begegnet wird, während sie die Qualität von Rehabilitations- und Präventionsangeboten mehrheitlich für ausreichend erachten. Dieses Antwortverhalten könnte (auch) eine „Selbstwertdienlichkeit“ widerspiegeln.

IX.4 Zehn Botschaften

Aus der Interview- und Fragebogenerhebung dieser Studie kann man Botschaften für das Gesundheitssystem ableiten. Dabei sind nicht nur Aussagen, die von über 80 % der Befragten bestätigt wurden, von Bedeutung, sondern auch solche, die von 40 bis 50 % der Befragten getroffen und auch in den Interviews klar bestätigt wurden:

1. Die Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse aus den unterschiedlichen Bereichen der Gerontologie in die medizinisch-pflegerische sowie in die psychologische und psychotherapeutische Praxis, schließlich auch in die Praxis der Sozialarbeit bildet eine bedeutende Aufgabe der Gegenwart und Zukunft: Dies gilt vor allem mit Blick auf das hohe Alter.
2. Die rehabilitative und psychotherapeutische Begleitung von Menschen im hohen Lebensalter muss kontinuierlich ausgebaut werden. Erkenntnisse zur Plastizität, die für eine deutliche Stärkung der Rehabilitation und Psychotherapie sprechen, liegen vor: Diese müssen nun umgesetzt werden. Dabei ist auch eine psychosomatische und somatopsychosomatische Diagnostik von großer Bedeutung: Denn die Wechselwirkung zwischen körperlichen, seelischen, kognitiven, spirituellen und sozialen Faktoren nimmt im hohen Alter nicht ab, sondern – im Gegenteil – zu.
3. Die psychiatrisch-psychologische Diagnostik muss auch im hohen Lebensalter eine hervorgehobene Stellung annehmen, um eine fachlich fundierte Grundlage für die Versorgung alter Menschen mit psychischen und neurokognitiven Erkrankungen zu schaffen.
4. Gesundheitsförderung und Prävention im hohen Alter können auf einem differenzierten und umfassenden Erkenntnisstand aufbauen, jedoch sind die praktischen Angebote noch nicht ausreichend ausgebaut: Hier besteht eine bedeutende Anforderung an das Versorgungssystem.
5. Die Kriterien der Patienten*innen für Gesundheit und Lebensqualität müssen deutlich stärker beachtet werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, was

Patienten*innen besonders an das Leben bindet und in welche lebensweltlich konstituierten Sinnhorizonte persönliches und gemeinschaftliches Leben eingebunden sind. Genauso ist darauf zu achten, wann aus der Perspektive der Patienten*innen ein natürliches Lebensende erreicht ist und wann die Bemühungen um Erhaltung des Lebens zurückgenommen werden sollten.

6. In Diagnostik und Therapie ist die biografische Komponente, in der Beratung die Lebensrückblick-Komponente zu stärken. Diese Komponenten sind in besonderer Weise geeignet, die persönlichen Kriterien für Gesundheit und Lebensqualität besser zu verstehen.
7. Soziale Schichtunterschiede mit Blick auf die pflegerische Versorgung sowie regionale Unterschiede mit Blick auf die medizinisch-pflegerische Versorgung müssen (weiter) abgebaut werden. Unter den gegebenen Bedingungen ist objektiv inakzeptablen sozialen Schichtunterschieden in der Weise (provisorisch) Rechnung zu tragen, dass sich Menschen in ihren jeweiligen Bedürfnis- und Interessenshorizonten, in ihrer Sprache und in ihren sinnstiftenden Orientierungen stärker angesprochen fühlen.
8. Es ist deshalb geboten, die Perspektive der Patienten und Patientinnen zu übernehmen, weil auf diesem Wege Vertrauen, soziale Bindung und konsensfähige Auffassungen persönlich angemessener therapeutischer, rehabilitativer und pflegerischer Interventionen gebildet werden können.¹³
9. Komplementär zu diesem auf das Subjekt bezogenen Ansatz der Gesundheitsförderung und Prävention sind strukturbildende Maßnahmen seitens des Staates angezeigt. Dabei handelt es sich um auf verschiedenen Ebenen organisierten Handelns angesiedelte Initiativen zur „Förderung von Sozialkapital als Präventionsmaßnahme.“ Sozialkapital lässt sich als Verfügbarkeit über ein Netzwerk an Mitgliedschaften und Partizipationen etwa in Vereinen, Organisationen oder öffentlichen Einrichtungen charakterisieren, die ein bemerkenswertes Potenzial alltagspraktischer Solidarität, Verbindlichkeiten und gegenseitigen Vertrauens enthalten. Nicht weniger wichtig sind die damit zugleich entstehenden informellen sozialen Kontakte. Denn es ist zu erwarten, dass sie sich noch stärker als formale soziale Beziehungen förderlich auf die Gesundheit auswirken, weil sie selbst als eine Quelle persönlicher Autonomie ebenso wie wechselseitiger Anerkennung, gegenseitigen Respekts, der Würdigung, Selbstachtung und auch der Bildung erfahren werden.¹⁴
10. Eine Stärkung der Gesamtsituation (körperliche, psychische und soziale Faktoren) pflegender Angehöriger ist als eine wichtige Aufgabe medizinisch-pflegerischer, rehabilitativer und sozialer Versorgung zu deuten.

13 Kawachi & Berkman (2000)

14 Hartung (2009); Hradil (2005)

IX.5 Zusammenfassung und Ausblick

Die Übereinstimmung zwischen unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen im Urteil und in der Bewertung von Versorgungsangeboten, ihrer qualitativen Weiterentwicklung und ihrer Ergänzung durch neue, passgenaue, den individuellen Ressourcen auch im hohen Alter entsprechende Angebote ist generell groß. Lediglich an zwei Beispielen lassen sich professionell differierende Bedeutungszuschreibungen und Bewertungen aufzeigen. Dies betrifft Aspekte der sozialen Integration und der Lebensbindung im Alter, die in den Augen der Vertreter und Vertreterinnen der Psychologie und der sozialen Arbeit als bedeutsamer bewertet werden im Unterschied zur palliativen Versorgung, die in ihren Augen weniger bedeutsam zu sein scheint. Mit der jeweiligen beruflichen Nähe zur Thematik und zu den Praxisfeldern wird sich das nicht alleine erklären lassen. Es wird deswegen in Zukunft noch stärkeren Verschränkungsmöglichkeiten naturgemäß unterschiedlicher professioneller Perspektiven weiterhin große ausbildungspraktische Aufmerksamkeit zu schenken sein.

Kritisch ist festzuhalten, dass in vielen Fällen, in denen pathogene Prozesse bei Menschen hohen Alters diagnostiziert werden, eine kausale Zuschreibung zum Phänomen Alter erfolgt. Diese einseitige Zuschreibung hat häufig zur Folge, dass das Spektrum der Therapiefähigkeit von Erkrankungen im Alter zu stark eingeschränkt wird. Die Alters- bzw. Alternsmedizin wird deswegen – paradoxerweise – einem häufig naheliegenden „Altersbias“ kritisch gegenüberstehen müssen. Auch gibt es unterschwellige Tendenzen, präventive und rehabilitative Potenziale in ihrer Bedeutung für den Erhalt von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit auch im fortgeschrittenen Alter nicht ausreichend zu würdigen. Eine stärkere Betonung und diagnostische Spezifizierung des Einzelfalls scheint deswegen dringend geboten zu sein.¹⁵ Daraus ergeben sich Konsequenzen auch für die berufliche bzw. berufswissenschaftliche Bildung im Sinne eines integrativen Ansatzes, der stärker als bisher auf eine Zusammenführung verschiedener professioneller Perspektiven auszurichten ist.¹⁶

Die Untersuchungsergebnisse legen ferner nahe, sozialstrukturell sowie bildungsbiografisch zunehmend divergierenden Voraussetzungen des Lebens im Alter zukünftig stärkere Aufmerksamkeit zu schenken; und zwar auch deswegen, weil sie einen – bislang immer noch unterschätzten – Einfluss auf die Artikulation von Gesundheits- und Unterstützungsbedürfnissen haben. Damit deuten sich zugleich Grenzen möglicherweise „kognitivistisch“ überstrapazierter gesundheitlicher Aufklärungsstrategien an, die nur dann überwunden werden können, wenn latenten, lebensweltlich verankerten und genau in dieser Sphäre zu eruiierenden persönlichen Sinnstrukturen des Lebens im Alter größere diagnostische Bedeutung zuwächst. Das heißt: Beratungs-, Schulungs-, Aktivierungs- und Mobilisierungsprogramme werden nur dann Zustimmung finden und motivational wirksam werden, wenn mit ihnen

15 Hülsken-Giesler et al. (Hrsg.) (2016)

16 Ewers et al. (Hrsg.) (2019)

jene im lebensgeschichtlichen Bildungsprozess einer Person kristallisierten, ihre bisherige Lebensführung bestimmenden „Daseinsthemen“ als einzigartige „Anliegen, Bedürfnisse, Werte und Ziele“ gewissermaßen assoziativ angesprochen und aktualisiert werden. Erst dann werden Maßnahmen beispielsweise der Gesundheitsförderung und Prävention buchstäblich Anklang finden, wenn sie zugleich im gesamtbiografischen Bezug als sinnhaft erlebt werden.

Ein sozialstruktureller Gradient zeigt sich ebenso bei individuellen Einschränkungen, an Angeboten der Prävention und Rehabilitation teilnehmen zu können bzw. diese Angebote passgenauer auszurichten und zu gestalten. Auch in diesem Bereich der gesundheitlichen Versorgung, Unterstützung und Beratung wird beispielsweise das professionelle Assessment zukünftig noch stärker die Motivations- und Interessenslagen alter Menschen zu berücksichtigen haben, die aufgrund ihrer lebensweltlichen Verklammerung sozial stark variieren können. Das Gleiche gilt für die Feststellung von Lebensqualität, die nicht nur individuell stark variieren kann, sondern die immer auch als ein aus der konkreten sozialen Lebenssituation heraus zu entwickelnder Möglichkeitshorizont zu verstehen ist, innerhalb dessen sich beispielsweise Rehabilitationspotenziale unter Einschluss individualisierender Beratung identifizieren lassen.

Darüber hinaus wird die dringende Verbesserung institutioneller, insbesondere organisatorischer Voraussetzungen gesundheitlicher Versorgung im Alter in Zukunft entscheidend abhängig sein davon, inwieweit es gelingt, neue, hierarchisch abgeflachte Kooperationsformen aller Gesundheitsprofessionen zu gestalten. Noch immer weisen die verschiedenen Gesundheitsprofessionen sozialstrukturell stark divergierende Verankerungen in sozialen Milieus auf, die wiederum Einfluss haben auf unterschiedliche bildungs- und berufsbiografische Verläufe der Professionsangehörigen. Dies ist auch zu beklagen, weil unterschiedliche soziale Herkunft bzw. Verankerungen eine gewisse prägende Wirkung auch auf fachliche Perspektiven und Bewertungsweisen haben können. Es wird deswegen eine zukünftig wichtige Aufgabe darin bestehen, gewissermaßen von Haus aus divergierende fachliche Perspektiven stärker zusammenzuführen, um auf diese Weise sowohl Potenziale als auch die Verletzlichkeit alter Menschen besser einschätzen und neben objektiven Versorgungs- und Beratungsbedarfen vor allem auch subjektive Unterstützungsbedürfnisse adäquat identifizieren zu können.

Literatur

- Brandtstädter, J. (2007). *Das flexible Selbst*. Heidelberg: Elsevier / Springer.
- Bridges, R., Davidson, R., Odegard, P., Maki, I., & Tomkowiak (2011). Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education, *Medical Education Online*, 16(1). <https://doi.org/10.3402/meo.v16i0.6035>.
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (2018). *Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege – So beurteilen die Beschäftigten die Lage*. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit. <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++df07ee92-b1ba-11e8-b392-52540088cada>.
- Ewers, M., Paradis, E., & Herinek, D. (Hrsg.) (2019). *Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten – Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Eylmann, C. (2015). *Es reicht ein Lächeln als Dankeschön – Habitus in der Altenpflege* (Pflegerwissenschaft und Pflegebildung, Bd. 12). Göttingen: Universitätsverlag Osnabrück, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Garthaus, M., Marquard, S., Wendelstein, B., Kruse, A., & Remmers, H. (2019). Kommunikation am Lebensende aus Sicht schwerkranker und sterbender Menschen. Erfahrungen eines explorativen Forschungsprojekts. In S. Kreutzer, C. Oetting-Roß, & M. Schwermann (Hrsg.), *Palliative Care aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Perspektive* (S. 116–137). Weinheim: Beltz, Juventa.
- Gebauer, H.-U., & Büscher, A. (Hrsg.). (2008). *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Hartung, S. (2009). Förderung von Sozialkapital als Präventionsmaßnahme? In H. Bittlingmayer, D. Sahrai, & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Normativität und Public Health. Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Reihe ,Gesundheit und Gesellschaft* (S. 211–234). Wiesbaden: Springer VS.
- Heim, E., & Valach, L. (1996). Berner Bewältigungsformen BEFO, ein Instrument zur Selbst- und Fremdbewertung der Krankheitsverarbeitung. *Rehabilitation*, 35, XXI–LII.
- Hradil, S. (2005). *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. Wiesbaden: Springer VS.
- Hülken-Giesler, M., Kreutzer, S., & Dütthorn, N. (Hrsg.). (2016). *Rekonstruktive Fallarbeit in der Pflege. Methodologische und praktische Relevanz für Pflegewissenschaft, Pflegebildung und klinische Pflegepraxis*. (Bd. 13 der Schriftenreihe: Pflegewissenschaft und Pflegebildung). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht unipress.
- Kaba-Schönstein, L., & Kälbl, K. (Hrsg.) (2003). *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit*

- und der Pflege (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2000). Social Cohesion, Social Capital, and Health. In L. F. Berkman, & I. Kawachi (Hrsg.), *Social Epidemiology* (S. 174–190). Oxford: Oxford University Press.
- Kruse, A. (2021). Vom Leben und Sterben im Alter. Wie wir das Lebensende gestalten können. Stuttgart: Kohlhammer.
- Marquard, S., Garthaus, M., Wendelstein, B., Remmers, H., & Kruse, A. (2018). Konflikte am Lebensende. Erfahrungen in Pflegebeziehungen aus Sicht schwer kranker und sterbender Menschen. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 19, 110–115.
- Mieg, H. A. (2016). Profession: Begriff, Merkmale, gesellschaftliche Bedeutung. In M. Dick, W. Marotzki, & H. A. Mieg (Hrsg.), *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 27–39). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Pinkert, Chr., Busch, J., Hardinghaus, W., & Remmers, H. (2011). Empirische Fundierung und Entwicklung eines Konzepts zur Optimierung regionaler Palliativversorgung. In H. Remmers (Hrsg.), *Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog. Eine Forschungsbilanz* (Pflegewissenschaft und Pflegebildung, Bd. 1), (S. 277–313). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht unipress.
- Remmers, H., Dütthorn, N., & Garthaus, M. (2014). Projektbericht: Neue Pflege – Pflegerische Betreuung im Kontext rehabilitativer, präventiver und palliativer Pflegepotenziale. In H.-P. Hoppe (Hrsg.), *Pflege im Umbruch* (S. 45–75). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Remmers, H., Dütthorn, N., Hülsken-Giesler, M., & Renneke, S. (2010). Pflegerische Versorgungsanforderungen im Alter. *Klinikerarzt. Medizin im Krankenhaus. Schwerpunkt Geriatrie*, 39, 246–250.
- Remmers, H., & Kruse, A. (2014). Gestaltung des Lebensendes – End of Life Care. In H.-W. Wahl, & A. Kruse (Hrsg.), *Lebensläufe im Wandel. Entwicklung über die Lebensspanne aus Sicht verschiedener Disziplinen* (S. 215–232). Stuttgart: Kohlhammer.
- Remmers, H., & Renneke, S. (2012). Altersbilder bei Studierenden pflegebezogener Studiengänge. Eine empirische Untersuchung. In F. Berner, J. Rossow, & K. P. Schwitzer (Hrsg.), *Altersbilder in der Wirtschaft, im Gesundheitswesen und in der pflegerischen Versorgung. Expertisen zum Sechsten Altenbericht der Bundesregierung* (S. 251–287). Wiesbaden: Springer VS.
- Remmers, H., & Walter, U. (2013). Altersbilder bei Gesundheitsberufen. Einige neuere Befunde. In *Psychotherapie im Alter*, 10(2), 267–278.
- Walkenhorst, U. (2016). Die Relevanz interprofessioneller Lern- und Arbeitsprozesse im Kontext der Akademisierung der Gesundheitsberufe. *International Journal of Health Professions*, 3, 21–28.
- Weis, J. (2002). *Leben nach Krebs. Belastung und Krankheitsverarbeitung im Verlauf einer Krebserkrankung*. Bern: Huber.