

Fachtagung, 18. Mai 2010, Bonn

Demenz - Ein unausweichliches Altersschicksal?

Einführungsvortrag

Prof. Dr. DDr. h. c. Ursula Lehr

Wir leben in einer Zeit des demografischen Wandels, in einer alternden Welt; die Bevölkerungspyramide steht Kopf. Immer mehr ältere Menschen stehen immer weniger Jungen gegenüber. Wir haben eine zunehmende Langlebigkeit – freuen wir uns darüber, - aber sehen wir gleichzeitig darin eine Herausforderung für jeden einzelnen und die Gesellschaft! Und verschließen wir unsere Augen nicht vor der Tatsache, dass mit zunehmendem Lebensalter die Möglichkeit, krank zu werden, steigt - auch speziell die Möglichkeit demenzieller Erkrankungen.

Zunächst zur Ausgangssituation: Wir leben in einer alternden Gesellschaft. Der prozentuale Anteil der über 75-Jährigen, 80-,90- und Hundertjährigen wächst ständig.

In den nächsten 40 Jahren wird sich der prozentuale Anteil der über 80-Jährigen verdreifachen, der der über 90-Jährigen aber mehr als vervierfachen. Schon heute ist (bei insgesamt etwa 82 Mio. Einwohnern) mehr als eine halbe Million (501.300) unserer Bewohner über 90 Jahre – eine Zahl, die sich bis 2020 verdoppeln (1.047.000) wird und 2050 auf über 2,1 Mio. ansteigen wird (bei dann etwa 70 Mio. Einwohnern). Während heute etwa 10.000 über Hundertjährige in unserer Gesellschaft leben, werden es in 20 Jahren über 44.000 sein und 2050 dann sogar über 114.000 – bei einer dann reduzierten Gesamtbevölkerung von etwa 70 Millionen. Im letzten Jahr – 2009 – gratulierte unser Bundespräsident insgesamt 5.660 Bürgerinnen und Bürgern zum runden 100. Geburtstag und 447 Bürgerinnen und Bürgern zum 105. und höheren Geburtstag.

Mit zunehmendem Lebensalter steigt nun einmal der Anteil der Pflegebedürftigen. Während in der Gruppe der 80-bis 85-Jährigen noch 81 % kompetent sind und allein den Alltag meistern können, sind es bei den 85- bis 90-Jährigen nur noch 63 % und bei den über 90jährigen 40 %. Entsprechend steigt auch die Nachfrage nach Heimplätzen: So leben 6,5 % der 80- bis 85-Jährigen im Heim, 15 % der 85- bis 90-Jährigen und 28,6 % der über 90-Jährigen – und diese Nachfrage wird steigen. Die heute noch weit verbreitete Angehörigen-Familienpflege hat ihre Grenzen. Werden heute noch rund 70 % der Pflegebedürftigen ambulant versorgt, so wird sich das in Zukunft sehr ändern.

Die Anteile demenziell Erkrankter betragen (geschätzt) rund 13 % bei den 80- bis 85-Jährigen, 24 % bei den 85- bis 90-Jährigen und 34 % bis 35 % bei über 90-Jährigen.

Verständlicherweise liegt bei den Heimbewohnern der Anteil der demenziell Erkrankten weit höher als bei der hochaltrigen Gesamtbevölkerung, sind doch Hilfs- und Pflegebedürftigkeit – vor allem Inkontinenz und demenzielle Erkrankungen – häufig der Grund für einen Einzug in ein Alten- und Pflegeheim.

Zurzeit leben in Deutschland etwa 1,5 Millionen Demenzkranke, davon werden etwa eine knappe Million zuhause versorgt. Eine Studie (GRASS-KAPANKE, et al., 2008) zur Frage der Demenzversorgung im ambulanten Sektor stellt fest: „Die Mehrheit der ärzt-

lich diagnostizierten Demenzpatienten (55 %) erhielt trotz gesicherter Demenzdiagnose keinerlei antidementive Therapie.

Entschieden zu häufig werden dagegen Psychopharmaka verordnet, hier insbesondere Substanzen aus der Gruppe der Neuroleptika, was aufgrund der potenziellen Nebenwirkungen kritisch zu sehen ist.“ (S. 39)

Eine der Herausforderungen einer alternden Welt ist, eine Lebensqualität auch in der letzten Lebensphase zu sichern, das Altern in Würde zu gestalten. Und wir müssen uns fragen: Was kann getan werden, um demenzielle Erkrankungen möglichst zu verhindern oder zumindest hinauszuschieben, mehr Lebensqualität auch für demenziell erkrankte Menschen und ihre Pflegenden zu erreichen? Es gilt, nicht nur dem Leben Jahre zu geben, sondern den Jahren Leben zu geben – ein Leitspruch, der für alle Menschen gelten sollte, selbstverständlich auch für alle Verwirrten, Dementen und Menschen mit Behinderungen.

Angesichts der zunehmenden Langlebigkeit sind wir mit einer Entwicklung konfrontiert, die uns mehr denn je zuvor zur Auseinandersetzung mit der Problematik der Altersverwirrtheit zwingt.

Kann etwas getan werden, um den Ausbruch demenzieller Erkrankungen zu verhindern? Gibt es hier Präventionsmöglichkeiten? Gibt es Rehabilitationsmaßnahmen, die zwar einen demenziellen Abbau nicht rückgängig machen können, aber vielleicht dessen Verlauf verzögern können und damit die Lebensqualität erhalten, vielleicht sogar noch ein bisschen steigern können? Denn jeder kleinste Schritt, der etwas mehr Selbständigkeit und Unabhängigkeit bringt, der zur Lebensqualität beiträgt, erleichtert das Leben des Betroffenen, aber auch das seiner Familie und seiner Umgebung.

Die Verbesserung der Lebensqualität Dementer ist eine ganz große Herausforderung in unserer Zeit! Dies sind Fragen, mit denen sich unsere Fachtagung befasst.

Es war der Psychiater Hans Gruhle an der Universität Heidelberg, später Bonn (1880-1958), der in Band 1 der von Max Bürger gegründeten Zeitschrift für Altersforschung (ein Jahr später in Zeitschrift für Alternforschung umbenannt) eine Abhandlung über „Das seelische Altern“ veröffentlichte. Seine Beobachtungen als Psychiater über die „Schwerfälligkeit der Umstellung“, „der Aneignung neuer Gedächtnisinhalte“, über „Vergesslichkeit“ und „Eigensinn“ und „zunehmende Gereiztheit“, „Mangel an Affektivität, beginnende emotionale Stumpfheit“ wurde als der normale seelische Alternsprozess aufgezeigt. Er beschreibt hier Symptome depressiver und demenzieller Erkrankungen, die er für das „normale“ Altern hält. Nun, durch viele Studien (zusammenfassend siehe THOMAE 1968, LEHR 1972, 2007 und BALTES et al. 1996) ist er widerlegt worden. Altern an sich muss nicht Abbau, Verlust von Fähigkeiten und Fertigkeiten und emotionale Stumpfheit bedeuten, kann sogar Kompetenzgewinn bedeuten. Auf jeden Fall: Demenz ist keine Abwandlung einer normalen psychischen Altersveränderung. Ursachen einer Demenz sind Erkrankungen, die sich vom „normalen“ Alternsprozess geistiger Fähigkeiten unterscheiden. Demenzielle Prozesse begleiten nicht das „normale Altern“, sondern sind Erkrankungen und gehören als solche behandelt bzw. Risikofaktoren sollten präventiv angegangen werden.

Ca. 90 % sind primäre Demenzerkrankungen - davon rund 60 % Degenerative Demenz (vom Alzheimer Typ), 30 % vaskuläre Demenzen (Multiinfarkt-Demenz und subkortikale Demenz: Morbus Binswanger), 10 % Mischformen.

Ca. 10 % sind sekundäre Demenzerkrankungen – internistische Erkrankungen: (Vitamin B-Mangel, Schilddrüsenerkrankungen, Leber-Nierenversagen) und neurologische Erkrankungen: (Hirntumore, Parkinson, Multiple Sklerose etc.)

Die derzeitigen medizinischen Behandlungsmöglichkeiten können den Verlauf einer Demenz nur in einem begrenzten Ausmaß positiv beeinflussen – aber immerhin! Das sollte man nutzen und nicht durch falsche Altersbilder bei Ärzten „das gehört eben zum Alter dazu“ unbehandelt lassen! Deshalb kommt der Prävention der Demenz besondere Bedeutung zu. Hierbei gelten heute als aussichtsreichste Strategien in erster Linie die Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren, (wie Hypertonie, hoher Homocysteinspiegel, Adipositas und Diabetes mellitus), gegen die man z. T. angehen kann: physische Aktivität (Sport), geistige Aktivität, soziales Engagement, Kontrolle des Körpergewichts (Diät) und die frühzeitige Behandlung einer Depression. Da auch das Rauchen und übermäßiger Alkoholgenuss mögliche Risikofaktoren für Demenzerkrankungen darstellen, trägt das Einstellen des Zigarettenkonsums und Reduzierung des Alkoholgenusses ebenfalls zur Demenzprävention bei.

Die drei Vorträge heute Vormittag werden Fragen der möglichen Verhinderung bzw. Beeinflussbarkeit demenzieller Erkrankungen behandeln.

Zu unterscheiden sind Formen der „Pseudodemenz“, d.h. ein behandelbares Krankheitsbild, das als Demenz erscheint, aber in der Regel durch einen Zustand von Depression ausgelöst ist und damit im Gegensatz zu den meisten Demenzformen sogar heilbar ist. Allerdings muss abgeklärt werden, ob der Depressionszustand Ursache oder Folge einer Demenz ist.

Bei Pseudodemenz stehen Klagen über stark zurückgegangene Gedächtnisleistungen (Gedächtnis) im Vordergrund. Daneben wird der Ausdruck in seltenen Fällen benutzt, um das Vortäuschen eines Demenzzustandes zu beschreiben („Rentenwunschreaktion“).

Depressionen werden als Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz angesehen. Sie treten vor allem in frühen Demenzstadien gehäuft auf und können einer Demenz auch vorausgehen. Umgekehrt wird bei mangelhafter Abklärung oft alten Menschen mit psychischer Erkrankung fälschlicherweise die Diagnose Demenz zugewiesen; bei Behandlung der Depression kann sich der MMS wieder stark verbessern (nicht aber bei vorhandener demenzieller Erkrankung).

Die Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit im Rahmen einer meist schweren Depression mit Nachlassen von Konzentration, Gedächtnis, Interesse und mit sozialem Rückzug kann Anlass zur Verwechslung mit einem organischen Psychosyndrom oder einer Demenz geben. Besonders bei älteren depressiven Patienten können die subjektiven kognitiven Defizite vorschnell zur Diagnose einer Demenz führen. Unter dem Begriff depressive Pseudodemenz wird eine Reihe von klinischen Bildern zusammenge-

fasst, bei denen kognitive Störungen unterschiedlichen Schweregrades bei gleichzeitig diagnostiziertem depressivem Syndrom bestehen.

Depressive Patienten klagen häufig über Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen, Nachlassen der Aufmerksamkeit etc., dies unterscheidet sie eher von Demenzkranken, die oft dazu neigen, ihre Defizite zu verstecken. Dieses in der Regel reversible Defizit lässt sich bei schwerer Ausprägung auch testpsychologisch feststellen. Nach vielen depressiven Episoden können auch leichte kognitive Störungen dauerhaft vorhanden sein. Man kann sich das durch die bekannte Schädigung des Hippocampus im Rahmen einer Depression erklären. Hinzu kommt, dass bei starker Grübelneigung die kreisenden Gedanken oft die wesentliche Aufmerksamkeit des Kranken in Anspruch nehmen. Die Defizite im Rahmen einer depressiven Pseudodemenz sind nie so ausgeprägt, wie bei einer tatsächlichen Demenz. Je eher die kognitiven Minderleistungen durch die depressive Störung allein bedingt sind, desto vollständiger werden sie sich nach Ansprechen auf eine antidepressive Therapie zurückbilden. Differentialdiagnostische Unsicherheiten ergeben sich aus der Tatsache, dass depressive Symptome auch in frühen Stadien der Alzheimer-Demenz oder anderer Demenzformen auftreten können.

Am Beginn des differentialdiagnostischen Prozesses zur Abklärung einer Demenz sollte die Abklärung einer Depression stehen. Das Ansprechen auf die antidepressive Behandlung klärt oft die Diagnose. Auch bei dementen Patienten wird allerdings eine Depression durch Behandlung gebessert, hierdurch können sich auch die kognitiven Störungen etwas bessern. Alle Testungen auf das Vorliegen einer kognitiven Störung setzen eine motivierte Mitarbeit des Patienten für ein zutreffendes Testergebnis voraus. Die Motivation und Mitarbeit bei der Testung kognitiver Fähigkeiten ist ebenfalls testpsychologisch überprüfbar.

Haupttrisikofaktor für eine Demenz, gegen den man allerdings nicht präventiv angehen kann, ist das hohe Lebensalter. Das Überwiegen des weiblichen Geschlechts ist wahrscheinlich vor allem in der um einige Jahre höheren Lebenserwartung von Frauen begründet.

Abschließend möchte ich Ihnen über eine Studie berichten, die vor fünf Jahren durchgeführt wurde.

Hier haben Vertreter von Pflegewissenschaft, Gesundheitsökonomie, Versorgungsforschung, Gerontologie und die Stiftung „Daheim im Heim“ gemeinsam die „Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen“ – SÄVIP – durchgeführt, um Informationen über die tatsächliche medizinische Versorgungsstruktur in Pflegeheimen zu gewinnen. Die Studie basiert auf Stellungnahmen von 782 Heimen (von rund 8.700 Heimen in Deutschland) mit insgesamt knapp 65.000 Plätzen (von rund 600.000 bis 650.000 Heimplätzen in Deutschland). Diese 782 antwortenden Heime sind verteilt auf alle 16 Bundesländer (NRW ist mit 11,2 % vertreten).

In diesen Heimen – in frei-gemeinnütziger Trägerschaft (49,2 %), in privater Trägerschaft (37,4 %) und in öffentlicher Trägerschaft (12,3 %) – (hier entspricht unsere Stichprobe fast dem Bundesdurchschnitt; öffentliche Träger sind leicht überrepräsentiert, freigemeinnützige Träger leicht unterrepräsentiert) leben Menschen im 9. und 10. Lebensjahrzehnt. Der Bevölkerungsstatistik entsprechend sind Frauen mit 78 % vertreten.

Auch nach anderen Merkmalen kann die Studie, die rund 9 % aller Heime und über 10 % aller Heimbewohner in Deutschland erfasst, als repräsentativ gelten.

Gesundheitliche Probleme bei Heimbewohnern sind neben demenziellen Erkrankungen und Inkontinenzproblemen vor allem Mobilitätseinschränkungen, Depressionen, Einschränkung der Sensorik (Sehen, Hören), Zahnprobleme, um nur einige zu nennen.

Die Studie zeigt einen erheblichen Handlungsbedarf zur Verbesserung der ärztlichen, vor allem fachärztlichen Versorgung in Heimen. Im Einzelnen können folgende Ergebnisse zusammengefasst werden:

Bei Heimbewohnern werden hohe Prävalenzen von Mobilitätseinschränkungen (75 %), Harninkontinenz (72 %), Demenz (53 %) und Stuhlinkontinenz (45 %) angegeben. Die Einschätzung der Demenz mit nur 53 % liegt unter der in empirischen Untersuchungen festgestellten tatsächlichen Häufigkeit (60 bis 65 % in Heimen, wenn auch generell bei 35 % der über 90-Jährigen). Das heißt: Die Aufmerksamkeit zur Diagnose und Behandlung der Demenz muss erhöht werden.

Die Mobilität ist bei 18,5 % der Heimbewohner voll erhalten, bei knapp 11 % leicht eingeschränkt (Gehstock), fast 26 % brauchen einen Rollator, 31,38 % sind auf den Rollstuhl angewiesen und 13,47 % sind komplett immobil (ein sehr hoher Prozentsatz!). Besuche von Arztpraxen außerhalb des Heimes werden nur von knapp 20 % der Bewohner durchgeführt (3,35 % ohne Hilfe, 15,8 % benötigen Begleitung). Für über 80 % ist ein Arztbesuch außerhalb des Hauses nicht möglich, bzw. steht keine Begleitung zur Verfügung. (Die Begleitung von Bewohnern zum Arzt könnte den Zugang zur Versorgung für mobile Bewohner sichern. Dies muss in der Personalbemessung für Heime berücksichtigt werden.)

Die Häufigkeit der Arztbesuche im Heim wurde auf einer Ratingskala erfasst. („4“ bedeutet wöchentliche Besuchsfrequenz, 50 und mehr Besuche des Arztes im Heim; „1“ bedeutet 1 bis 3 Besuche im Jahr). Die ärztliche Versorgung der Heime wird fast ausschließlich durch niedergelassene Ärzte (Allgemeinmediziner) wahrgenommen. Andere Fachärzte (Orthopäde, Gynäkologe, Hals-Nasen-Ohrenarzt) erscheinen so gut wie gar nicht. Auch Zahnärzte, Psychiater, Urologen werden äußerst selten im Heim gesehen. 72 % der Heime geben wöchentliche Besuche von Allgemeinmedizinern an, 26 % geben jährlich 10 bis 49 Besuche an

Von Internisten werden 26 % der Heime überhaupt nicht besucht, (20 % machen hierzu keine Angaben), doch in ca. 40 % der Heime (die beiden letzten Säulen) sind Internisten wöchentlich bis monatlich da.

Gynäkologen werden äußerst selten im Heim gesehen; in über 38 % der Heime erfolgte kein Besuch eines Gynäkologen; weitere 18,2 % machten hierzu keine Angaben. 27 % erhielten 1 bis 3 Besuche jährlich, 17,5 % 4 bis 9 Besuche. – Wenn man bedenkt, dass fast 80 % der Heimbewohner Frauen sind, die Anspruch auf gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen haben, wundert das schon sehr.

Ähnlich unzureichend stellt sich die Situation bezüglich der Urologen dar. 18 % erhielten keinen Besuch (12 % fehlende Angaben); 1 bis 3 Besuche im Jahr werden von 12 % der Heime gemeldet. Immerhin, in fast 25 % der Heime erscheint der Urologe 4 bis 9 mal, und bei 30 % 10 bis 49 mal.

Wenn man andererseits überlegt, dass bei über 72 % der Heimbewohner eine Harninkontinenz gegeben ist, erstaunt das schon sehr. Glaubt man, dass Harninkontinenz einfach zum „normalen“ Alter dazugehört? Was existiert hier für ein Altersbild?

Die augenärztliche Versorgung ist mehr als mangelhaft. In 32 % der Heime erfolgte im ganzen Jahr kein Besuch eines Augenarztes, in 23 % waren es jährlich 1 bis 3 Besuche, in 27 % häufiger als vierteljährlich. Das heißt: unangepasste Brillengläser (Sturzursache!), erschwerte Orientierung im Raum, verhinderte Diagnose von Augenerkrankungen und damit Gefahr der Erblindung. Können wir das verantworten?

Vergleichbar schlimm ist die fehlende Versorgung durch HNO-Ärzte – und dies bei eingeschränkter Hörfähigkeit, die nun einmal im Alter sehr häufig gegeben ist (bei 45 bis 75 % der Heimbewohner liegt ein mittlerer bis schwerer Hörverlust vor, bei 90 % der über 90jährigen!). In 36 % der Heime werden HNO-Ärzte überhaupt nicht gesehen, (20 % der Heime machte keine Angabe). 24 % der Heime hat 1 bis 3 mal im Jahr einen HNO-Arzt-Besuch, rund 6 % berichten über 10 Besuche im Jahr. Hörprobleme wirken sich auf die Kommunikationsfähigkeit aus, tragen zur Vereinsamung im Alter bei; die Hörgeräte sind oft nicht angepasst, nicht gebrauchstüchtig (fehlende Batterien etc). – Auch bei häufig zu findendem eingeschränkten Schluckvermögen sollte ein HNOArzt herangezogen werden.

Mangelversorgung besteht auch im Hinblick auf den Zahnarztbesuch, der bei knapp 10 % der Heime gar nicht vorkommt. Bei immerhin etwa jedem 3. Heim (36 %) erscheint ein Zahnarzt 1 bis 3 mal im Jahr, bei einem knappen Drittel (30,6 %) etwa einmal pro Quartal, was gewiss nicht ausreicht, um alle Bewohner wenigstens einmal im Jahr zu untersuchen. Bei rund 25 % der Heime ist ein monatlicher oder häufigerer Zahnarztbesuch gegeben. Funktionsfähige Gebisse sind notwendig für die Ernährung, aber auch Sprache – und damit Sozialkontakte – hängen davon ab.

Orthopäden sind in 56 % der Heime überhaupt nicht gesehen worden (25 % machten hierzu keine Angaben), 15 % der Heime beobachteten 1 bis 9 Besuche pro Jahr. Die erheblichen Mobilitätseinschränkungen werden offenbar einfach hingenommen. Oder macht eine gewisse Immobilität pflegeleichter? Wird manchmal lieber der Bewohner in den Rollstuhl gesetzt (da ist er sicherer!) als dass man ihn mit dem Rollator gehen lässt? Funktionen, die nicht geübt werden, verkümmern!

Über die Besuchshäufigkeit von Neurologen machen 12 % der Heime keine Angaben. In nur 5 % der Heime erscheint ein Neurologe wöchentlich, in 15 % der Heime überhaupt nicht. 1 bis 3 Besuche pro Jahr geben 10 % der Heime an. Immerhin, in gut der Hälfte der Heime erscheint ein Neurologe mindestens quartalsweise, aber seltener als wöchentlich.

Der Bedarf an neurologischer bzw. psychiatrischer Betreuung kann an den Häufigkeiten der Demenz und Depressionen oder auch der Parkinsonschen Krankheit ermessen werden. (Die betroffenen Bewohner können ihren „Wunsch“ nach fachärztlicher Behandlung häufig nicht mehr selbst artikulieren. Hier sind der Hausarzt gefordert, die Angehörigen, die Betreuer oder auch die Pflegenden.

Die Zahl der Bewohner, die wenigstens einmal pro Quartal durch Fachärzte für Innere Medizin betreut werden: 33,15 %.

Von Neurologen und/oder Psychiatern erhalten nur 35, 25 % der Heimbewohner (obwohl der Pflegedienst 53 % als dement bezeichnet, in Realität aber mit 60 bis 65 % zu rechnen ist) einmal im Quartal Besuch. Auch wenn bei 72,3 % der Männer Inkontinenz festgestellt wurde, werden nur 13,8 % durch den Facharzt aufgesucht. Inkontinenz bei Frauen wird mit 77,9 % angegeben – doch nur 7,55 % sind in gynäkologischer Behandlung.

Die Versorgung der Heimbewohner mit Medikamenten lässt Zusammenhänge mit der (fach)ärztlichen Betreuung erkennen. Die Heime gaben an, wie viel Bewohner vom Arzt verordnete Medikamente erhalten. Mit Herz-Kreislaufmitteln werden 68 % der Bewohner versorgt, mit Diabetes-Medikamenten 25,4 % - was der Prävalenz der Erkrankung entspricht.

Anders bei der Versorgung mit Antidementiva: Selbst wenn nur – wie angegeben – 53,4 % der Heimbewohner den demenziell Erkrankten zugeordnet werden (eine Unterschätzung), müsste eine Medikation in dieser Größe angenommen werden – jedoch nur 19,5 % werden mit Medikamenten behandelt. In 36 % der Heime erhalten weniger als 10 % der Bewohner Antidementiva, in der Hälfte der Heime werden weniger als 15 % spezifisch medikamentös versorgt. Eine gravierende Unterversorgung auch in Bezug auf die Harninkontinenz-Medikation: 72,2 % erkrankt, nur 19,4 % versorgt.

Weiterhin erbrachte die Studie:

Die freie Arztwahl kann von vielen Bewohnern nicht (mehr) wahrgenommen werden. Die Arztbesuche werden in aller Regel durch das Pflegepersonal der Heime veranlasst. Die de facto Übernahme dieser Aufgabe durch das Heim ist rechtlich ungeregelt und unterliegt keiner Qualitätskontrolle. Angehörige und Betreuer sind zu wenig involviert. Wir mussten feststellen, dass die Angehörigen von Heimbewohnern in den seltensten Fällen einen (Fach-) Arztbesuch anregen. Offenbar gehen Angehörige oft von der irri- gen Annahme aus, dass „das Heim für alles sorgt“, dass „das Heim dafür verantwortlich ist, die notwendige medizinische Behandlung einzufordern“. (Andere Studien, die die Angehörigen mit einbezogen haben, bestätigen eine solche Einstellung.)

Doch zunehmend mehr Heimbewohner haben gar keine Angehörigen, zumindest nicht in der näheren Umgebung. Aber wie weit werden dann Betreuer darin geschult, hier Verantwortung zu übernehmen, die notwendigen Facharztbesuche einzufordern? Welches gerontologische Wissen, welches Altersbild herrscht bei Betreuern vor?

Der im Pflegegesetz verankerte Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ - er sollte eigentlich lauten: „Prävention und Therapie vor Pflege“ - ist bisher leider nur in sehr engen Grenzen realisiert, bei Heimbewohnern weit weniger als bei ambulant Versorgten, was wohl mehrere Gründe hat.

Einmal ist es sicher das beim Pflegepersonal und auch bei manchen Medizinern vorherrschende negative Altersbild, das von Skepsis gegenüber Therapie- und Interventionsmöglichkeiten geprägt ist: „Im hohen Alter müssen eben gesundheitliche Einschränkungen in Kauf genommen werden, da ist nichts mehr zu machen!“

Manchmal ist bei Pflegenden (auch bei pflegenden Angehörigen im ambulanten Bereich) eine gewisse Skepsis oder Zurückhaltung gegenüber weiteren medizinischen

Maßnahmen festzustellen (vereinzelt auch, weil ein etwaiger Therapie-Erfolg das Pflegegeld reduzieren würde).

Darüber hinaus findet man bei den betroffenen Pflegebedürftigen selbst manchmal eine gewisse Scheu vor anstrengenden Maßnahmen, die man mit Facharzt-Konsultationen vielleicht auf sich nehmen müsste. Man hat sich mit seinem Schicksal abgefunden und möchte endlich „seine Ruhe“ haben.

Gewiss spielt dabei auch die zunehmende Immobilität (öfters durch den Heimaufenthalt selbst ausgelöst!) eine große Rolle. Wenn ein selbständiger Besuch von (Fach)- Arztpraxen außerhalb des Heimes nicht mehr möglich ist, Begleitpersonal aber nicht vorhanden ist, verzichtet man auf den an sich notwendigen Arztbesuch.

Gerontologisch-geriatrische Studien zeigen: Bei vielen Erkrankungen sind therapeutische Maßnahmen wie auch Rehabilitationsmaßnahmen viel erfolgreicher, als man zunächst erwartet. Oft ist auch die kleinste Verbesserung gesundheitlicher Beeinträchtigungen ein Riesengewinn! Es kann doch nicht sein, dass mit dem Einzug in ein Alten- oder Pflegeheim jede Facharztbetreuung, die gleichaltrige Nicht-Heimbewohner durchaus verstärkt in Anspruch nehmen, eingestellt wird! Es kann doch nicht sein, dass die bei den verschiedenen im Heim sogar verstärkt auftretenden Krankheitsbildern notwendige Facharztbehandlung ausbleibt! Herrscht hier ein so negatives Altersbild vor, so dass von vorneherein eine jede Besserung der Situation ausgeschlossen wird? Doch, wie oft könnte eine Facharztbehandlung nicht nur zur Lebensqualität der Bewohner und zu deren größerer Selbständigkeit, sondern auch zur Reduzierung des notwendigen Pflegeaufwandes beitragen!

Prof. Dr. DDr. hc. Ursula Lehr
Institut für Gerontologie, Heidelberg