

Gesundheit im Alter

**Ergebnisse der Befragung
alter Menschen in
Altenheimen,
Altenwohnheimen und
Altenpflegeheimen**

Berichtsband

Schwerpunktbericht im Rahmen der
Gesundheitsberichterstattung des
Referates für Gesundheit und Umwelt
der Landeshauptstadt München

Impressum

Herausgeber: Referat für Gesundheit und Umwelt
der Landeshauptstadt München, November 1998

Bearbeitung: Dr. Gabriele Wiedenmayer, Andrea Mager

RGU 111

Bayerstr. 28a

80335 München

Tel.: 089/233-27302

Druck: Stadtkanzlei

Vorwort

Der vorliegende Bericht ist eine Darstellung der Ergebnisse einer Befragung in Münchner Altenheimen, Altenwohnheimen und Altenpflegeheimen. Er wurde im Rahmen des Schwerpunkts „Gesundheit im Alter“ erstellt.

Neben der Basisberichterstattung werden in der Münchner Gesundheitsberichterstattung inhaltliche Schwerpunktthemen bearbeitet. Zielsetzung und Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung ist dabei, eine *Planungsgrundlage* für gesundheitspolitische Entscheidungen zu liefern. Der Schwerpunkt „Gesundheit im Alter“ wurde 1992 im damaligen Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München mit der Maßgabe festgelegt, die gesundheitliche Versorgung alter Menschen zu verbessern.

Zur Abschätzung besonderer gesundheitlicher Problemlagen und der Versorgungssituation alter Menschen wurden zwei Befragungen durchgeführt: 1992 fand eine Befragung der älteren Münchner Bevölkerung in Privathaushalten statt, 1993 eine Befragung in Münchner Altenheimen, Altenwohnheimen und Altenpflegeheimen.

Ein solches Vorhaben wäre ohne die Kooperation mit anderen städtischen Referaten und Dienststellen nicht möglich gewesen. So war auf allen Ebenen - von der Konzeption der Studien bis hin zur Entwicklung von konkreten Maßnahmen - das Sozialreferat der Landeshauptstadt München miteingebunden. Ohne die tatkräftige Unterstützung des Statistischen Amtes der Landeshauptstadt München wäre die Durchführung der ersten Befragung in Münchner Privathaushalten nicht in gegebenem Umfang möglich gewesen. Auch in diesen Bericht gingen Sonderauswertungen des Statistischen Amtes mit ein. An dieser Stelle möchte ich allen Beteiligten meinen Dank für ihr Engagement aussprechen.

Die Befunde der vorliegenden Untersuchung wurden in den vergangenen Jahren bereits in Fachgremien präsentiert. Der Arbeitskreis Versorgungskette des Gesundheitsbeirats befaßte sich vor zwei Jahren ausführlich mit den Problemen der medizinischen Versorgung in Heimen. Im vergangenen Jahr rückten die Probleme der Pflegequalität in den Heimen in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. In diese Diskussionen brachte das damalige Gesundheitsreferat Ergebnisse und Schlußfolgerungen aus der vorliegenden Untersuchung ein.

Im vorliegenden Bericht sind diese Ergebnisse nun abschließend dokumentiert und um bisher noch unveröffentlichte Ergebnisse zur psychischen Situation der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner ergänzt.

Joachim Lorenz
Referent für Gesundheit und Umwelt

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	1
	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Schlußfolgerungen	3
	Berichtsteil	
1	Stationäre Altenhilfe in München	1
1.1	„Gesamtschau“ des Angebots an Heimen der Altenhilfe	1
1.2	Heime der Altenhilfe in der Stichprobe	4
1.3	Ausstattung und Versorgungsangebot	5
1.3.1	Ausstattung der Appartements und Zimmer	5
1.3.2	Personalausstattung	7
1.3.3	Verpflegung	10
1.3.4	Soziale und kulturelle Angebote	11
1.3.5	Ärztliche Versorgung	13
1.3.6	Gesundheitsbezogene Einrichtungen und Angebote	14
1.4	Belegungsstruktur	16
2	Die Bewohnerinnen und Bewohner der Altenheime	19
2.1	Angaben über die Münchner Wohnbevölkerung in Heimen	19
2.1.1	Anzahl der Heimbewohnerinnen und -bewohner nach Altersgruppen und Geschlecht	19
2.1.2	Heimquoten	21
2.2	Die Stichprobe der Befragten	22
2.2.1	Alter und Geschlecht der Befragten	23
2.2.2	Wohndauer, Wohnsituation und Finanzierung des Heimaufenthalts	24
2.2.2.1	Wohndauer	24
2.2.2.2	Wohnsituation	25
2.2.2.3	Finanzierung des Heimaufenthalts	25
2.2.3	Die soziale Situation der Befragten	26
2.2.3.1	Familienstand	28
2.2.3.2	Kinder und Enkelkinder	28
2.2.3.3	Schulabschluß	29
2.2.3.4	Frühere Erwerbstätigkeit und Stellung im Beruf	29
2.2.3.5	Monatlich verfügbarer Geldbetrag	30
2.2.4	Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	31
2.2.4.1	Aktivitäten des täglichen Lebens	31
2.2.4.2	Stufen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	34

3	Daheim oder ins Heim ? - Gründe für den Heimeintritt	43
3.1	Alte Menschen zu Hause: Gedanken an einen Umzug ins Heim	43
3.2	Alte Menschen in Heimen: Die Situation beim Eintritt ins Heim.....	45
3.2.1	Alter beim Heimeintritt.....	45
3.2.2	Lebenssituation vor dem Heimeintritt.....	46
3.2.3	Gründe für den Heimeintritt.....	46
3.2.4	Krankenhausaufenthalte vor dem Eintritt ins Heim.....	50
4	Merkmale der Lebenssituation und der Lebensqualität im Heim.....	51
4.1	Ernährungssituation	51
4.1.1	Nahrungsmittel und Getränke.....	51
4.1.2	Flüssigkeitsaufnahme	53
4.2	Aktivitäten	54
4.2.1	Beschäftigungen im Heim	54
4.2.2	Wahrnehmung von Beschäftigungsangeboten der Heime	55
4.2.3	Verlassen des Heims	56
4.2.4	Tätigkeiten außerhalb des Heims	57
4.3	Soziale Kontakte und Einsamkeit.....	59
4.3.1	Besuche im Heim und Kontakte zu Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern.....	59
4.3.2	Vertrauenspersonen	61
4.3.3	Einsamkeit	64
4.4	Hilfe- und Unterstützungsleistungen	65
4.5	Zufriedenheit mit der Lebenssituation	68
5	Gesundheitliche Lage und gesundheitliche Versorgung alter Menschen.....	71
5.1	Gesundheitliche Lage	71
5.1.1	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands.....	71
5.1.2	Behinderungen und Krankheiten	73
5.1.3	Gesundheitliche Beschwerden.....	77
5.1.4	Zahngesundheit	79
5.2	Versorgung mit ambulant-ärztlichen Leistungen	80
5.2.1	Arztkontakte	80
5.2.2	Fachrichtungen	81
5.2.3	Zahnärztinanspruchnahme	83

5.3	Therapien, Medikamente und medizinische und sonstige Hilfsmittel.....	84
5.3.1	Funktionelle und Psycho-Therapien	84
5.3.2	Medikamente	87
5.3.3	Medizinische und sonstige Hilfsmittel	91
5.4	Krankenhausaufenthalte	92
6	Psychische und dementielle Veränderungen bei alten Menschen in Alten- und Pflegeheimen	95
6.1	Psychiatrische Krankheitsbilder	96
6.1.1	Das dementielle Syndrom	96
6.1.2	Das depressive Syndrom	97
6.1.3	Ausmaß und Bedeutung der psychiatrischen Krankheitsbilder	97
6.2	Lebenssituation, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und Gesundheitszustand	99
6.2.1	Lebenssituation	99
6.2.2	Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	101
6.2.3	Gesundheitszustand.....	102
6.3	Gesundheitliche Versorgung	104
6.3.1	Ambulant-ärztliche Versorgung und stationäre Inanspruchnahme	104
6.3.2	Therapeutische Versorgung	105
6.3.3	Medikamentöse Versorgung: Medikamente mit psychoaktiven Substanzen	105
7	Daten und Methoden.....	109
7.1	Anlage und Durchführung der Befragung	109
7.1.1	Die Heime in der Stichprobe.....	109
7.1.2	Die Bewohnerinnen und Bewohner der Heime in der Stichprobe	111
7.2	Bildung zentraler Variablen	112
7.2.1	Stufen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit.....	112
7.2.2	Bildung der psychiatrischen Krankheitsgruppen	115

Anlagen: Fragebögen

Einleitung

Im Rahmen der Münchner Gesundheitsberichterstattung zum Schwerpunkt "Gesundheit im Alter" wurden zwei repräsentative Studien durchgeführt: 1992 eine Befragung alter Menschen in Münchner Privathaushalten und 1993 eine Befragung in Münchner Altenheimen (Wohn- und Pflegeheimen).

Die Ergebnisse des ersten Studienabschnitts wurden 1995 in einem Berichtsband veröffentlicht.¹ Die Ergebnisse der Befragung in Heimen wurden in einem Tabellenband aufbereitet und konnten Heimträgern und Fachstellen Anfang 1996 zur Verfügung gestellt werden. Aus arbeitstechnischen Gründen wurde zunächst auf einen Gesamtbericht verzichtet. Vielmehr wurden die Daten themenspezifisch ausgewertet. Auswertungen zu Fragen der medizinischen Versorgung wurden speziell für die Diskussion in den geeigneten Fachgremien aufbereitet (Fachtag Stationäre Altenhilfe des Sozialreferates im Juli 1996; Arbeitskreis Versorgungskette des Gesundheitsbeirates im Juli und im Dezember 1996). Die Diskussionsergebnisse sind in die "Münchner Erklärung" der Pflegekonferenz (Mai 1997) zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in Heimen eingegangen; erste Handlungskonzepte für Verbesserungen wurden vom Gesundheitsreferat in die Beschlußvorlage des Sozialreferates zur "Abhilfe von Problemen in der stationären und ambulanten Altenhilfe" (Juli 1997) eingebracht.

Im vergangenen Jahr rückten die Probleme der Versorgung in Heimen in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. Die verantwortlichen Kosten- und Leistungsträger haben sich daraufhin auf einen gemeinsamen Maßnahmenkatalog zur Abhilfe geeinigt, der nun umgesetzt werden muß.² In erster Linie sollen Verbesserungen der Personalsituation in den Heimen erreicht werden. Weitere wichtige Handlungsfelder sind:

- die psychosoziale Betreuung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner,
- die Versorgung alter Menschen mit einem Pflege- oder Hilfebedarf unterhalb der 1. Pflegegestufe und ohne Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung,
- die medizinische Versorgung in Heimen,
- die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Altenheimen,
- die Versorgung der gerontopsychiatrisch erkrankten Heimbewohnerinnen und Heimbewohner.

Zu diesen Handlungsfeldern zeigt der vorliegende Bericht vorhandene Defizite auf und liefert Anhaltswerte für den Bedarf an Verbesserungen.

Aussagen über die Pflegequalität in Heimen sind in diesem Bericht nicht enthalten. Das hätte eine andere Art der Untersuchung vorausgesetzt. Auch evtl. verborgene Mißstände in einzelnen Heimen können aus methodischen Gründen nicht aufgedeckt werden. Generell können in Repräsentativerhebungen wie dieser nur zahlenmäßig relativ häufig auftretende Probleme erkannt werden; extreme Fälle würden nur bei einem sehr großen Stichprobenumfang in Erscheinung treten.

¹ Landeshauptstadt München, Gesundheitsreferat (1995), Gesundheit im Alter. Ergebnisse der Befragung alter Menschen in Privathaushalten. Schwerpunktbericht der Münchner Gesundheitsberichterstattung, München 1995.

² Münchner Erklärung der Pflegekonferenz vom 15. Mai 1997 und Beschluß des Gesundheitsbeirates vom 21. April 1998 zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in Heimen.

Der Gebrauchswert dieses Berichts für die Qualitätssicherung in Heimen besteht vielmehr darin, daß repräsentativen Querschnittsdaten von den Heimen als "Referenzdaten" genutzt werden können. Im Spiegel der Querschnittsdaten kann die Situation eines Heimes beleuchtet und bewertet werden. Der Fragebogen ist in Teilen auch für Bewohnerbefragungen im Rahmen von Qualitätssicherungsprojekten geeignet und es bleibt zu hoffen, daß er für diese Zwecke auch genutzt und weiterentwickelt wird. Er ist dem Bericht deshalb beigelegt.

Die Befragung wurde in 29 zufällig ausgewählten Münchner Alten-, Altenwohn- und Altenpflegeheimen durchgeführt. 502 Bewohnerinnen und Bewohner oder deren Bezugspersonen nahmen an der Befragung teil.¹ Damit wurde eine repräsentative Datenbasis über die gesundheitliche Lage und Versorgungssituation der alten Menschen in Heimen geschaffen. Obwohl die Querschnittsdaten bereits vor fünf Jahren erhoben wurden, gibt es keine aktuellere Datenbasis.

Um die Veränderungen der letzten Jahre in die Ergebnisdarstellung aufzunehmen, sind in dem Bericht auch neuere Strukturdaten enthalten, sofern vorhanden. Allerdings ist die Datenlage leider sehr schlecht. Zu den hier vorgelegten Auswertungen gibt es in weiten Bereichen keine anderen repräsentativen Untersuchungen.

Die Befragung wurde im Auftrag des Gesundheitsreferates von der Forschungsgruppe Kammerer durchgeführt. Wir wollen bei dieser Gelegenheit auch allen anderen danken, die zum Gelingen beigetragen haben: den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern, die bereit waren, in den ausführlichen Interviews Auskunft zu geben; den Angehörigen und den Pflegekräften, die dabei geholfen haben, und nicht zuletzt den Heimleitungen und Heimträgern, die dies ermöglicht haben.

¹ Das Auswahlverfahren ist in Kap. 7 ausführlich dargestellt.

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Schlußfolgerungen

Der vorliegende Bericht beschreibt die gesundheitliche Lage und Versorgungssituation der Münchner Altenheimbewohnerinnen und -bewohner vor Einführung der Pflegeversicherung und noch vor der zweiten und dritten Stufe der Gesundheitsreform, also noch zu Beginn des Strukturwandels, in dem sich die Altenhilfe und das Gesundheitswesen heute befinden.

Die Pflegeversicherung hat seither zu einem Ausbau der ambulanten Pflege geführt und die Angehörigenpflege gestärkt. Neue Wohnformen für alte Menschen, z.B. des Betreute Wohnen oder das Service-Wohnen, gewinnen an Bedeutung und bilden, zumindest für die, die es sich leisten können, eine Alternative zum Wohnheim. In den Heimen wird gleichzeitig eine immer stärkere Konzentration schwer- und schwerstpflegebedürftiger Menschen festgestellt.¹ Alte Menschen kommen erst in ein Heim, wenn alle Möglichkeiten der ambulanten Versorgung ausgeschöpft sind. Sie kommen heute in einem höheren Alter und mit einem höherem Versorgungsbedarf in das Heim als noch vor einigen Jahren und die Zeit, die sie bis zu ihrem Lebensende im Heim verbringen, ist kürzer geworden. Diese Entwicklung hat schon lange vor der Pflegeversicherung eingesetzt und setzt sich jetzt unter neuen Vorzeichen fort.

Der gesundheitliche Versorgungsbedarf von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern ist heute noch höher einzuschätzen als im Jahr der Befragung (1993) und wird in den kommenden Jahren aller Voraussicht nach weiter steigen.

Im folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse aus den verschiedenen Kapiteln des Berichts zusammengefaßt.

Kapitel 1: Zur Angebotsstruktur der Heime

In München gibt es fast 70 Altenheime² mit insgesamt mehr als 12.000 Plätzen, davon inzwischen 38% Pflegeplätze.

Bereits im Vorfeld der Pflegeversicherung wurden die Städtischen Heime in die Trägerschaft der Münchenstift gGmbH überführt: in Wohnheimen wurden z.T. durch Umbaumaßnahmen häusliche Bereiche geschaffen, in denen die Pflege ambulant von einem Pflegedienst erbracht wird; in den Pflegebereichen müssen Belegung und Leistungsgeschehen an die neuen Kostenregelungen angepaßt werden.

Insgesamt zeichnen im Wohnbereich der Heime sich Nachfragerückgänge und Standardverbesserungen ab: Die Zahl der **Plätze im Wohnbereich** ist in den letzten Jahren zurückgegangen und die einfachen Wohnschlafräume (Ein- und Mehrbettzimmer) wurden abgebaut. Die Wohnplätze (mit eigenem Sanitärraum) und Appartements (mit Küche und Bad) wurden noch ausgebaut; sie machen inzwischen 86% des Angebots im Wohnbereich aus.

Die Zahl der **Pflegeplätze** dagegen hat sich in den letzten Jahren erhöht. Über die Ausstattungsstandards im Pflegebereich werden in den Verzeichnissen der Altenhilfe keine Angaben gemacht. Anhaltspunkte ergeben sich aus der Befragung (Stand 1993): Von den befragten

¹ Siehe Johann Frankl für die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Bayern, Erfahrungen mit der Pflegeversicherung - eine Bilanz. Zur Sitzung des Landesgesundheitsrates München im Dezember 1997.

² Quelle: Verzeichnis Heime der Altenhilfe in Bayern. Herausgegeben vom Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. Stand: 1. Juli 1997. Als Altenheim bezeichnen wir hier und im folgenden zusammenfassend: Wohnheime, Pflegeheime und mehrgliedrige Heime mit Wohn- und Pflegebereich.

Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern im Pflegebereich lebten fast zwei Drittel (64%) in Mehrbettzimmern, nahezu ein Drittel (29%) in Einbettzimmern und nur wenige in einer selbständigen Wohneinheit, wie einem Appartement (7%).

Bis zum Inkrafttreten der Pflegeversicherung erfolgte die Förderung von Projekten der Altenhilfe noch nach den bisherigen staatlichen Verfahren des Bayerischen Landesaltenplanes ohne Beteiligung der Kommune. Das Pflegeversicherungsgesetz hat die Kommunen verpflichtet, am Aus- und Aufbau der pflegerischen Versorgungsstrukturen mitzuwirken.¹ Damit, z.B. im Rahmen der Investitionsförderung, hat die Kommune Instrumente an die Hand bekommen, um verstärkt auf Standardverbesserungen im Pflegebereich hinzuwirken.

In den 29 Heimen der Befragungsstichprobe (1993) waren rd. 1900 **Personalstellen** besetzt; 63% der Stellen entfielen auf das Pflegepersonal, nur weitere 2% auf sozialpädagogisches oder therapeutisches Personal.

Für die Personalbemessung im Pflegebereich galt und gilt nach wie vor ein Personalschlüssel von 1:2,8 im allgemeinen Pflegebereich bzw. 1:2,5 in gerontopsychiatrischen Stationen. Bei diesem Personalschlüssel stehen den Heimbewohnern/innen im Pflegebereich nach Berechnungen des Sozialreferates² täglich 1 Stunde und 31 Minuten Pflegekräfte zur Pflege und alle damit zusammenhängenden Tätigkeiten wie Dokumentation, Organisation, Verwaltung zur Verfügung. *Das wird inzwischen von allen Fachstellen übereinstimmend als unzureichend bewertet und es wird eine Erhöhung des Personalschlüssels gefordert.³*

Der **Fachkräfteanteil** beim Pflegepersonal lag lt. Angaben der befragten Heime bei durchschnittlich 52%, war allerdings in den städtischen Heimen deutlich höher (58%) als in den anderen Heimen (durchschnittlich 45%).⁴ Die Heimpersonalverordnung schreibt für betreuende Tätigkeiten in Heimen einen Fachkräfteanteil von mindestens 50% vor. Für die Umsetzung dieser Verordnung aus dem Jahr 1993 konnten aber Übergangsfristen bis zu fünf Jahren gewährt werden, die jetzt noch um weitere zwei Jahre verlängert wurde. *In München wird von allen Fachstellen übereinstimmend ein Fachkräfteanteil von mindestens 50% gefordert. Wo überwiegend Schwer- und Schwerstpflegebedürftige versorgt werden, sollte der Fachkräfteanteil noch deutlich darüber liegen.*

1 Siehe § 8 PflegeVG und Art. 7 BayAG PflegeVG.

2 Sozialreferat der Landeshauptstadt München, Abhilfe bei Problemen in der stationären Altenhilfe, Einrichtung einer Beschwerdestelle, Beschlußvorlage zur Sitzung des Sozialausschusses gemeinsam mit dem Sozialhilfeausschuß, Gesundheits- und Krankenhausausschuß und Kreisverwaltungsausschuß am 3. Juli 1997.

3 Der Oberbürgermeister der Stadt München hat dies in seiner Pressekonferenz am 30. Dezember 1997 aufgegriffen und fordert ebenfalls eine Verbesserung der Personalschlüssel.

4 Eine Umfrage des Sozialreferates hat 1995 sogar einen Fachkräfteanteil von 66% in den Städtischen Heimen ergeben und eine neuere Umfrage in Heimen der Wohlfahrtspflege hat einen Fachkräfteanteil von ca. 50% ergeben. Der Fachkräfteanteil in den Münchner Heimen ist im Bundesvergleich relativ hoch. Ein Schlußlicht bildet Berlin mit einem Fachkräfteanteil von nur 22% in den Berliner Heimen. (Mündliche Mitteilungen lt. Protokoll der 28. Sitzung des AK Versorgungskette des Gesundheitsbeirates der Landeshauptstadt München am 19. März 1998)

Kapitel 2: Zu den Bewohnerinnen und Bewohner der Heime

In München leben rd. 275 Tsd. Menschen im Alter ab 60 Jahren, davon leben rd. 9.300 in Heimen.¹ Der **Anteil der Heimbewohner/innen** an der Münchner Wohnbevölkerung im Alter ab 60 Jahren beträgt damit 3%; ist aber bei den Frauen höher (5%) als bei den Männern (1%).

⇒ Im Alter von 80 bis 84 Jahren leben 9% der Frauen und 3% der Männer im Heim; im Alter ab 85 Jahren sind es 19% der Frauen und 8% der Männer.

Entsprechend hoch ist der **Frauenanteil in den Heimen** (82% der Befragten im Wohnbereich, 87% im Pflegebereich)². Es ist also überwiegend Frauensache, das Lebensende in einem Heim zu verbringen und es verwundert, daß sich Frauenforschung und Frauenprojekte des Themas bisher noch kaum angenommen haben. *Initiativen hierzu gehen inzwischen von der Arbeitsgruppe "Frau und Gesundheit" aus, die 1997 vom Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München eingerichtet wurde.*

In den Heimen leben fast ausschließlich **alleinstehende**, zumeist verwitwete, alte Menschen. Bei etwa der Hälfte der Befragten leben auch **keine Kinder** in München und Umgebung.

Das **Durchschnittsalter** der Befragten lag bei 82 Jahren im Wohnbereich und bei 83 Jahren im Pflegebereich. In den vergangenen Jahren hat sich das Durchschnittsalter der Heimbewohnerinnen und -bewohner vermutlich noch deutlich erhöht.³

Vor allem im Wohnbereich der Heime lebten viele mit **Hilfebedarf** bei der Mobilität, im hauswirtschaftlichen Bereich und/oder bei einzelnen Verrichtungen zur Körperpflege. Der Hilfebedarf ist aber (noch) nicht so erheblich, daß Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden könnten:

⇒ Bei 48% der Befragten im Wohnbereich und 11% der Befragten im Pflegebereich bestand Hilfebedarf, aber kein erheblicher Pflegebedarf.

Pflegebedarf besteht nach der Definition der Pflegeversicherung, wenn Menschen regelmäßig auf tägliche Hilfe bei Körperpflege, Ernährung oder Mobilität sowie im hauswirtschaftlichen Bereich angewiesen sind. Das waren fast alle Befragten (89%) im Pflegebereich und immerhin fast jede/r Zehnte (9%) im Wohnbereich.

1 Sonderauswertung des Statistischen Amtes der Landeshauptstadt München auf der Grundlage der Einwohnermeldestatistik.

2 Aufgrund der geringen Anzahl von Männern in der Befragungsstichprobe wird auf geschlechterdifferenzierende Auswertungen und Analysen weitgehend verzichtet.

3 Die Spitzenverbände der Wohlfahrtspflege in Bayern gehen davon aus, daß das durchschnittliche Eintrittsalter in Pflegeheime inzwischen bei 86 Jahren liegt (Frankl 1997). In München kann das durchschnittliche Eintrittsalter zur Zeit noch etwas niedriger liegen. Dafür sprechen Ergebnisse der Befragung in Privathaushalten. Danach ist der Anteil der hochaltrigen Pflegebedürftigen in Münchner Privathaushalten niedriger als im Bundesdurchschnitt. Ein Grund dafür könnten die Lebensverhältnisse und Lebensformen der Großstadt sein, die bei Pflegebedürftigkeit evtl. eher eine Versorgung im Heim notwendig machen.

Im Pflegebereich waren

29%	erheblich pflegebedürftig	(Pflegebedarf regelmäßig ein- bis zweimal täglich)
33%	schwerpflegebedürftig	(Pflegebedarf regelmäßig mindestens dreimal täglich)
27%	schwerstpflegebedürftig	(ständiger Pflegebedarf)

Die Zahl der Schwerstpflegebedürftigen wird in der Befragung aus methodischen Gründen vermutlich eher unterschätzt und hat sich außerdem in den letzten Jahren vermutlich noch erhöht. Da die Ergebnisse der Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) noch nicht veröffentlicht sind, war ein Abgleichen der Befragungsergebnisse mit den Begutachtungsergebnissen des MDK leider nicht möglich.

Kapitel 3: Zu den Gründen für den Umzug in ein Heim

Die große Mehrzahl aller alten Menschen möchte lieber zu Hause leben und nicht im Heim. Auf die Frage, ob sie später einmal in eine Wohneinrichtung für Ältere ziehen wollten, antwortete 1992 etwa ein Drittel der Befragten in Privathaushalten, sie hätten sich mit dieser Frage überhaupt noch nicht befaßt, ein weiteres Drittel sagte, das käme für sie nicht in Frage und nur ein knappes Drittel hatte den Eintritt in ein Heim überhaupt schon in Erwägung gezogen oder geplant. Selbst von den alten Menschen, die hilfe- oder pflegebedürftig zu Hause leben und nach eigenen Angaben zu selten oder gar keine Hilfe erhalten, denkt fast die Hälfte nicht daran, in ein Heim zu ziehen. Dabei spielt es eine Rolle, ob es **Angehörige** in München und Umgebung gibt: Von den Befragten, für die der Eintritt in ein Heim möglicherweise in Betracht käme, hat fast die Hälfte keine Kinder.

Mit der Stärkung der Angehörigenhilfe in der Pflegeversicherung wird erreicht, daß alte Menschen mit Hilfe von Angehörigen länger zu Hause bleiben können. Der Umzug in ein Heim kommt dann zuerst für die alten Menschen in Betracht, die keine nahen Angehörigen haben. In den Heimen würde das zu einem Anstieg der Zahl von Menschen ohne nahe Angehörigen führen und zu einem entsprechend erhöhten psychosozialen Unterstützungsbedarf.

Die häufigsten Gründe für den Heimeintritt sind **gesundheitliche Probleme und Versorgungsprobleme** zu Hause. Das gilt vor allem für den Eintritt in den Pflegebereich. Für den Eintritt in den Wohnbereich spielen auch andere Gründe eine Rolle, z.B. Veränderungen der Lebenssituation durch Krankheit oder Tod des Partners bzw. der Partnerin, Konflikte mit Angehörigen, Einsamkeit und/oder Vorsorgegedanken.

Ausschlaggebend für den Umzug in ein Heim ist häufig ein akutes Krankheitsereignis und die Behandlung im **Krankenhaus**:

⇒ Umzügen in den Pflegebereich eines Heimes ging zu zwei Drittel (67%) ein Klinikaufenthalt voraus, Umzügen in den Wohnbereich zu einem Drittel (35%).

Der Umzug in den Pflegebereich eines Heimes ist fast immer in Zusammenhang mit einem erhöhten akut-medizinischen Versorgungsbedarf zu sehen. Das wird noch deutlicher, wenn in nicht nur die Krankenhausaufenthalte vor dem Heimeintritt betrachtet werden, sondern auch alle anderen Krankenhausaufenthalte im Laufe eines Jahres (siehe Kap. 5).

Angesichts der sehr häufigen Abfolge von Krankenhausbehandlung mit nachfolgendem Heimeintritt ist die Seltenheit einer Rehabilitationsbehandlung (nur 9%) im Vorfeld eines Heimeintritts bedenklich. Zwar sind inzwischen im Umland Münchens Kapazitäten zur geriatrischen Rehabili-

tation geschaffen worden, das Zuweisungsverfahren zur geriatrischen Rehabilitationsbehandlung wird in jüngster Zeit von den Kostenträgern aber zunehmend restriktiv gehandhabt.¹

In den Daten über die Begutachtungsergebnisse des MDK sollte der Frage nachgegangen werden, ob und für welchen Personenkreis Reha-Empfehlungen gemacht werden und wie diese Empfehlungen umgesetzt werden.

Kapitel 4: Zur Lebenssituation im Heim

Die Ergebnisse zur **Ernährungssituation** ergeben ein insgesamt ausgewogenes Bild; im Pflegebereich stellt sich die Situation allerdings etwas ungünstiger dar als im Wohnbereich. Ein kritischer Bereich dagegen ist die **Flüssigkeitsversorgung**. Die Befragung in Privathaushalten hatte vor allem Versorgungsdefizite bei den Frauen im Alter ab 85 Jahren ergeben; in dieser Gruppe tranken 21% zu wenig. Die Werte in den Heimen liegen sogar noch höher:

⇒ Bei 26% der Befragten im Wohnbereich und 36% der Befragten im Pflegebereich lassen die Angaben über die eingenommenen Flüssigkeitsmengen auf Defizite schließen.

Im Wohnbereich waren das vor allem hilfe- und pflegebedürftige Personen (32%) und solche mit einer depressiven oder dementiellen Symptomatik (39%). Im Pflegebereich zeigen sich solche Zusammenhänge nicht.

Die Bedeutung der Flüssigkeitsversorgung ist in der Altenpflege bekannt. Die Frage, warum solche Defizite trotzdem bestehen und wie die Versorgungsabläufe in den Heimen evtl. geändert werden müssen, um diese Defizite abzubauen, sollte Thema von Qualitätssicherungsprojekten in den Heimen sein.

Die meisten Befragten fanden, daß sie ausreichend **Hilfe und Pflege** erhielten.

⇒ Defizite zeigen sich im Pflegebereich bei 17% der Befragten, die Hilfe nicht so oft wie gewünscht erhielten (16%) oder nicht nach Hilfe fragten, um das Pflegepersonal nicht zu belasten (9%), wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

⇒ Im Wohnbereich waren das insgesamt 20% der Befragten. Besonders häufig wurden Defizite an Hilfe und Pflege von den pflegebedürftigen Befragten im Wohnbereich genannt (40%).

Mehr Unterstützung wird in erster Linie für Aktivitäten außerhalb des Heimes gebraucht (z. B. um öffentlicher Verkehrsmittel benutzen zu können, um sich zurecht zu finden oder um spazieren gehen zu können), aber auch im hauswirtschaftlichen Bereich (z.B. beim Einkaufen, Aufräumen, Abstauben) und bei einzelnen Verrichtungen zur Körperpflege (z.B. beim Baden, Zehennägel schneiden). *Da dieser Hilfebedarf auch durch das Pflegeversicherungsgesetz nicht berücksichtigt wird, bleiben diese Defizite weiter bestehen oder haben sich durch die Anpassung des Versorgungsgeschehens an das neue Leistungsrecht noch verschärft.*

Die Befragten im Wohnbereich haben zumeist noch die Möglichkeit allein oder mit Hilfe anderer **Aktivitäten außer Haus** nachzugehen. Die meisten (78%) hatten das Heim regelmäßig (täglich oder mehrmals wöchentlich) verlassen. Im Pflegebereich sind die meisten auf Hilfe beim Verlassen des Heimes angewiesen oder bettlägerig. Fast jede/r Zweite (47%) war schon länger als einen Monat nicht mehr draußen gewesen.

¹ Siehe Bayerische Krankenhausgesellschaft, BKG - Mitteilungen, Nr. 3/98.

Um so wichtiger ist es für diese Gruppe, daß sie **Besuche im Heim** erhalten. Mindestens einmal wöchentlichen Besuch, zumeist von Angehörigen, erhielten regelmäßig etwa die Hälfte der Befragten im Wohnbereich und etwa zwei Drittel der Befragten im Pflegebereich. Die Besuchsfrequenz hängt wesentlich davon ab, ob die Befragten eigene Kinder in München und Umgebung haben. Im Pflegebereich erhalten fast alle Befragte, die Kinder in der näheren Umgebung haben, mindestens einmal wöchentlich Angehörigenbesuch (82%); Befragte ohne eigene Kinder werden nur zu 27% regelmäßig von anderen Angehörigen besucht.

Die meisten Befragten im Wohnbereich (73%), aber nur die Hälfte der Befragten (49%) im Pflegebereich hatten soziale **Beziehungen im Heim**, das heißt Freundinnen, Freunde oder gute Bekannte. Auch die regelmäßigen kulturellen und sozialen **Angebote** der meisten Heime (Vorträge, Konzerte, Feste, Bastelnachmittage u.ä.) erreichen gerade die Bewohnerinnen und Bewohner im Pflegebereich nur selten.

Wenn die alten Menschen das Heim nur noch selten verlassen können, nur noch selten oder nie Besuche bekommen und/oder keine sozialen Beziehungen im Heim haben, muß von **Vereinsamung** gesprochen werden. Anhaltspunkte für den Grad der Vereinsamung gibt die Zahl derer, die keine Vertrauensperson haben, mit der sie über persönliche Dinge sprechen können oder wollen:

⇒ Jede/r Vierte im Wohnbereich und jede/r Dritte im Pflegebereich eines Heimes hatte keine Vertrauensperson. Von den Befragten im Pflegebereich, die nur selten oder nie Besuch bekamen, hatten sogar zwei Drittel keine Vertrauensperson.¹

Auch in der Gruppe, die es ablehnt mit anderen über persönliche Angelegenheiten zu sprechen, wurde häufig der Wunsch nach mehr Kontakt und Zuspruch geäußert.

⇒ Von allen Befragten im Wohnbereich äußerte jede/r Fünfte (19%) Gefühle der Einsamkeit und den Wunsch nach mehr Kontakt und Zuspruch; im Pflegebereich fast jede/r Dritte (31%).

Ein weiterer Indikator für die im Heim erlebte Lebensqualität ist die **Zufriedenheit** der Heimbewohnerinnen und -bewohner mit ihrer Lebenssituation.²

⇒ Im Wohnbereich äußerten sich rd. 80% (sehr) zufrieden über ihre Lebenssituation; im Pflegebereich aber nur rd. 55%.

Für die Zufriedenheit der Heimbewohnerinnen und -bewohner sind die pflegerische Versorgung und die psychosoziale Situation gleichermaßen von Bedeutung. Unzufriedenheit wird von den Befragten geäußert, wenn sie nicht so oft wie benötigt Hilfe und Pflege erhalten. Wenn das der Fall war, äußerten sich etwa zwei Drittel der Befragten (eher) unzufrieden. Ebenso eindeutig ist der Zusammenhang mit der psychosozialen Situation: Von den Befragten, die sich oft einsam

1 Im Vergleich zu den alten Menschen, die noch zu Hause leben, scheinen viel mehr die Heimbewohnerinnen und -bewohner einsam zu sein. In den Privathaushalten waren die Frauen im Alter zwischen 80 und 84 Jahren am meisten von sozialer Isolation betroffen (18%); sie waren fast immer allein und hatten keine Vertrauensperson. Bei den regelmäßig Pflegebedürftigen in Privathaushalten waren es insgesamt relativ wenige (5%), weil diese Gruppe relativ häufig mit Angehörigen zusammen lebte. Höher war der Anteil von Menschen in sozialer Isolation in der Gruppe mit unregelmäßigem Hilfe- und Pflegebedarf (9%).

2 Für die Personen, die direkt befragt werden konnten, endete das Interview mit der Frage nach ihrer Zufriedenheit mit ihrer Lebenssituation. Eine Reihe von Interviews (20%) wurden mit Bezugspersonen der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner geführt, weil die alten Menschen selbst aus gesundheitlichen Gründen nicht teilnehmen konnten. Über diese Gruppe mit schweren, insbesondere dementiellen, gesundheitlichen Beeinträchtigungen, sind in dieser Frage daher keine Aussagen möglich.

fühlten und mehr Kontakt und Zuspruch wünschten, waren im Wohnbereich mehr als die Hälfte und im Pflegebereich mehr als zwei Drittel nicht zufrieden mit ihrer Lebenssituation.

Neben der erforderlichen Hilfe und Pflege ist die psychosoziale Versorgung für die Lebensqualität der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner von großer Bedeutung. Dazu gehört, in Hinblick auf bestehende Zusammenhänge mit psychiatrischen Krankheitsbildern, auch ein entsprechendes therapeutisches Angebot und geschultes Personal, evtl. mit Unterstützung von Ehrenamtlichen (z.B. für Besuchsdienste und für die Begleitung nach draußen).

Die Tatsache, daß ein Wunsch nach Kontakt und Zuspruch häufig im Zusammenhang mit dem Wunsch zu sterben geäußert wurde, macht klar, daß die notwendige psychosoziale Unterstützung auch eine Auseinandersetzung mit dem Sterben einschließen muß.

Kapitel 5: Zur gesundheitlichen Lage und Versorgungssituation

Wie oben bereits dargestellt (zu Kapitel 3), ziehen alte Menschen vor allem aus gesundheitlichen Gründen in ein Heim. In den Heimen leben alte Menschen mit einem wesentlich schlechteren Gesundheitszustand als die alten Menschen, die (noch) zu Hause leben. Das wird auch besonders bei den jüngeren Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern (unter 80 Jahren) deutlich, deren Gesundheitszustand im Vergleich zu den Gleichaltrigen in Privathaushalten besonders schlecht ist. Entsprechend hoch sind die Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung in den Heimen.

Die Unterschiede in den Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung von alten Menschen in Privathaushalten und in Heimen macht die folgende Tabelle deutlich. Die Tabelle enthält Angaben über **Behinderungen und Erkrankungen** von alten Menschen in Privathaushalten und in Heimen für eine Auswahl von Krankheitsgruppen, in denen sich die Morbiditätsprofile der alten Menschen in Privathaushalten, im Wohnbereich und im Pflegebereich der Heime besonders deutlich unterscheiden.

Ausgewählte Behinderungen und Erkrankungen alter Menschen in Privathaushalten und in Heimen, in denen sich deutliche Unterschiede in der Häufigkeit der Angaben zeigen

	Privat haushalte	Heime	
		Wohnbereich	Pflegebereich
Körperbehinderungen und Bewegungseinschränkungen	35%	44%	64%
Sprach- und Hörbehinderungen	18%	37%	57%
Hirnleistungsstörungen	8%	20%	42%
Sehbehinderung / Blindheit	19%	36%	40%
Erkrankungen der Nerven und der Sinnesorgane	22%	44%	36%
- darunter Parkinson	1%	3%	12%
Diabetes	12%	14%	29%
Erkrankungen des Harntrakts und der Geschlechtsorgane	8%	16%	24%
Frakturen in den letzten 12 Monaten	3%	8%	14%
Anzahl der Befragten (100%)	1742	321	181

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Obwohl die Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflegebereichen der Heime insgesamt kränker sind, werden **körperliche Beschwerden** nicht häufiger geäußert als von den Befragten im Wohnbereich. Eine Ausnahme bilden die vergleichsweise häufigen Angaben über Hautreizungen (15%) und offene Stellen der Haut/ Wundliegen (3%) im Pflegebereich.

Das **psychische Befinden** im Pflegebereich ist dagegen deutlich schlechter als im Wohnbereich. Häufige Befindlichkeitsstörungen im Pflegebereich sind Konzentrationsstörungen (38%), Schlafstörungen (33%), Niedergeschlagenheit/Mutlosigkeit (24%) und Stimmungsschwankungen (20%).

Fast jede/r Dritte im Pflegebereich und fast jede/r Vierte im Wohnbereich leidet außerdem (sehr) häufig an **starken Schmerzen**.

Die Bereitschaft, sich mit vorhandenen gesundheitlichen Problemen abzufinden, ist hoch. Trotz ihrer erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen beurteilen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner ihren Gesundheitszustand insgesamt kaum schlechter als alte Menschen, die zu Hause leben. Von denen, die im Pflegebereich persönlich hierzu befragt werden konnten, bezeichneten nur 36% ihren Gesundheitszustand als schlecht. Die meisten fanden ihren Gesundheitszustand zufriedenstellend.

Die **ambulant-ärztliche Versorgung** der alten Menschen im Wohnbereich der Heime wird überwiegend durch deren Hausärztinnen bzw. -ärzte sichergestellt (54%); die Versorgung im Pflegebereich vor allem durch niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die mit den Heimen entsprechende Vereinbarungen getroffen haben (62%). Die hausärztliche Präsenz ist in den Heimen erwartungsgemäß niedriger: Bewohnerinnen und Bewohner des Pflegebereichs hatten zu 66% wöchentlichen Arztkontakt, wenn sie von ihren „mitgebrachten“ Hausärzten/innen behandelt wurden und zu 73% wöchentlichen Arztkontakt, wenn sie von Ärzten/innen behandelt wurden, die z.B. aufgrund einer Vereinbarung mit dem Heim zusammenarbeiten.

Zu insgesamt 12% der Befragten mußte innerhalb eines halben Jahres einmal oder öfter ein **Notarzt oder ein ärztlicher Bereitschaftsdienst** kommen.

Praktische Ärzte/innen und Allgemeinärzte/innen kommen häufiger ins Heim. Die **fachärztliche Versorgung** aber hängt ganz offensichtlich in aller Regel davon ab, daß die Patientinnen und Patienten noch in der Lage sind eine Praxis aufzusuchen. Wo der Versorgungsbedarf am höchsten ist, nämlich im Pflegebereich, werden Fachärzte/innen am seltensten in Anspruch genommen.

So waren von den Befragten im Pflegebereich mit einer ...

Augenerkrankung oder Sehbehinderung	12% in augenärztlicher Behandlung,
Hauterkrankung	8% in hautärztlicher Behandlung,
Erkrankung des Harntrakts	7% in urologischer Behandlung,
Körperbehinderung, Bewegungseinschränkung, Erkrankung des Bewegungsapparates	2% in orthopädischer Behandlung,
Hörbehinderung oder Ohrenerkrankung	1% in HNO-ärztlicher Behandlung.

Auch im Wohnbereich ist die fachärztliche Versorgung sehr niedrig.¹

Ebenso ungünstig stellt sich die **zahnärztliche Versorgung** dar: Die Hälfte der Befragten im Pflegebereich war seit zwei Jahren oder länger nicht mehr in zahnärztlicher Behandlung, gerade mal 30% waren es im letzten Jahr. Beschwerden mit dem Zahnersatz führen dazu, daß die Prothesen nicht mehr benutzt werden, aber nicht zu einer höheren zahnärztlichen Inanspruchnahme.

Bezüglich der fach- und zahnärztlichen Versorgung besteht dringender Handlungsbedarf. Die verminderte Übernahme von Fahrtkosten durch die Krankenkassen führt evtl. dazu, daß die Inanspruchnahme noch weiter sinkt. In der Verantwortung stehen nicht nur die entsprechenden Facharztgruppen und Zahnärzte, die offenbar nur selten bereit sind, in die Heime zu kommen. In der Verantwortung Fachärzte/innen anzufordern, stehen die Allgemeinmediziner/innen und die praktischen Ärzte/innen. Schließlich muß auch die Verantwortung der Heimleitungen und -träger gesehen werden, auf geeignete Regelungen zur medizinischen Versorgung hinzuwirken.

Eine therapeutische Versorgung durch **Heilmittel** (an erster Stelle Krankengymnastik, an zweiter Stelle Massagen, Bäder u.ä. und an dritter Stelle Ergotherapie) erhalten die Heimbewohner/innen insgesamt häufiger als alte Menschen in Privathaushalten. Die Inanspruchnahme ist aber in erster Linie altersabhängig und in den Altersgruppen ab 85 Jahren deutlich niedriger (35%) als in den jüngeren Altersgruppen unter 80 Jahren (53%). Die Daten legen die Schlußfolgerung nahe, daß der Einsatz solcher therapeutischen Maßnahmen nur bedingt mit dem Bedarf im Einzelfall korrespondiert. *In den vergangenen Jahren sind infolge der Budgetierung die Heilmittelverordnungen zurückgegangen. Die therapeutische Versorgung in den Heimen hat sich damit vermutlich verschlechtert. Angesichts dieser Entwicklung besteht dringender Handlungsbedarf.*

Bei der Einnahme von **Medikamenten** zeigen die Analysen in einigen Bereichen auffällige Zusammenhänge zwischen Medikamentengebrauch und Pflegebedürftigkeit. Diese Zusammenhänge sind z.T. eindeutiger als die Zusammenhänge mit der Art der Erkrankung. So werden z.B. von den Befragten im Pflegebereich weniger Medikamente gegen organische Erkrankungen eingenommen als von den Befragten im Wohnbereich, obwohl die Erkrankungsraten im Pflegebereich insgesamt höher sind. Bei den Medikamenten mit **psychoaktiven Substanzen** gilt der Zusammenhang in entgegengesetzte Richtung: Je höher der Pflegebedarf der Befragten, um so häufiger wurde die Einnahme von Medikamenten mit psychoaktiven Substanzen angegeben.

Was die **Schmerztherapie** betrifft, geben die Ergebnisse der Befragung deutliche Hinweise auf eine Unterversorgung:

⇒ Von den Befragten, die über häufige (sehr) starke Schmerzen klagten, erhielten nur knapp jede/r Dritte (30%) regelmäßig Schmerzmittel.

Die Ergebnisse über die medizinische Versorgung in den Heimen zeigen auffällige und beunruhigende Diskrepanzen zwischen Bedarf und Inanspruchnahme. Den Versorgungsproblemen, die hier aufscheinen, muß dringend und mit Nachdruck nachgegangen werden. Die Probleme der Versorgungsqualität in Heimen sind auch ein Problem der medizinischen Versorgungsqualität. Die Qualitätsstandards der medizinischen Versorgung hochbetagter Pflegebedürftiger in Heimen müssen hinterfragt werden. Auch wenn für hochbetagte Pflegebedürftige keine Heilungschancen mehr gesehen werden, bleibt doch der Bedarf an differenzierten therapeutischen Maßnahmen

¹ In der Befragung alter Menschen in Privathaushalten wurden bereits Defizite der fachärztlichen Versorgung nachgewiesen. Allerdings war die relative Häufigkeit der Facharztkontakte ca. doppelt bis dreimal so hoch. Eine Ausnahme sind Nervenärzte/innen und Psychiater/innen, die in den Heimen etwas häufiger genannt wurden

zum Erhalt der verbleibenden Funktionen und zur Linderung von Schmerzen und Leiden im Sinne einer bedarfsgerechten geriatrischen und ggf. auch palliativ-medizinischen Versorgung.

Die **Krankenhausinanspruchnahme** der Heimbewohner/innen ist höher als bei den alten Menschen, die noch zu Hause leben. Von den Befragten in Privathaushalten waren insgesamt 16% innerhalb eines Jahres einmal oder öfter im Krankenhaus, in der Gruppe der ambulant versorgten Pflegebedürftigen stieg der Anteil auf 37%, wobei hier nicht nur die Gruppe mit einem erheblichen (täglichem) Pflegebedarf gemeint ist, sondern auch die Personen mit einem geringeren Hilfe- und Pflegebedarf.

⇒ Von den Befragten in Heimen waren insgesamt 35% (Wohnbereich 30%, Pflegebereich 41%) innerhalb eines Jahres einmal oder öfter im Krankenhaus.

Werden nicht nur die Krankenhausaufenthalte vor dem Heimeintritt betrachtet, sondern alle Krankenhausaufenthalte im Jahr des Heimeintritts, zeigt sich folgendes: Der Eintritt in den Pflegebereich eines Heimes steht fast immer in Zusammenhang mit einem akutstationär behandlungsbedürftigen Krankheitsgeschehen.

⇒ Von den Befragten, die im gleichen Jahr in den Pflegebereich gekommen sind, waren 81% einmal oder öfter im Krankenhaus; von den Befragten, die in den Wohnbereich gezogen sind, waren es 44%.

Vor diesem Hintergrund sind Verbesserungen in der Zusammenarbeit der Krankenhäuser und Altenheime ist von größter Bedeutung. Die niedergelassenen Ärzteschaft, die die medizinische Versorgung im Heim sicherzustellen hat, muß von Krankenhäusern und Heimen verstärkt einbezogen werden.

Kapitel 6: Gerontopsychiatrischer Versorgungsbedarf

Mehr als die Hälfte der Heimbewohner/innen leiden an psychischen und/oder dementiellen Störungen oder Erkrankungen. Hochgerechnet auf die Münchner Altenheimbevölkerung sind das fast 5000 Menschen mit einem mehr oder weniger ausgeprägten Hilfebedarf.

- 20% der Befragten hatten ein depressives Syndrom,
- 15% der Befragten hatten ein dementielles Syndrom,
- 18% der Befragten zeigten psychiatrische Veränderungen, d.h. sie zeigten psychische und/oder dementielle Veränderungen, waren aber noch nicht eindeutig einer der oben genannten Gruppen zuzuordnen.

Im engeren Sinne psychiatrisch erkrankt, d.h. dement oder depressiv, waren damit insgesamt 35% aller Befragten (Wohnbereich: 22%; Pflegebereich 60%).

Bei den Befragten mit einer depressiven Symptomatik besteht gleichzeitig eine auffallend hohe **Morbidität** mit somatischen Erkrankungen und Behinderungen. Psychische und somatische Behinderungen verstärken sich dann wechselseitig, besonders wenn die psychische Symptomatik unbehandelt bleibt.

Pflegebedürftig sind

- fast alle Befragten mit einem dementiellen Syndrom,
- etwa die Hälfte der Befragten mit einem depressiven Syndrom,

- knapp ein Drittel der Befragten mit anderen Auffälligkeiten,
- aber nur 17% der Befragten ohne dementielle oder psychische Veränderungen.

Das Leistungsrecht der Pflegeversicherung wird den Anforderungen an die Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter bekanntermaßen nicht gerecht. Von den Heimbewohnerinnen mit einem depressiven Syndrom oder anderen psychischen Auffälligkeiten haben außerdem viele keinerlei Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Ihr spezieller Hilfe- und Versorgungsbedarf ist nicht berücksichtigt.

In der Inanspruchnahme der **medizinischen Versorgung** zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen den gerontopsychiatrischen Risikogruppen; ebenso zu den psychiatrisch nicht erkrankten Heimbewohner/innen. Die fachärztliche Inanspruchnahme ist am niedrigsten bei den dementiell erkrankten Heimbewohner/innen, die in aller Regel auf Hausbesuche im Heim angewiesen sind. Eine Ausnahme bilden die Nervenärzte/innen, die von den Befragten mit dementieller Symptomatik noch vergleichsweise häufig in Anspruch genommen wurden (11%). Zu den dementiell Erkrankten mußten außerdem auch vergleichsweise häufig (5%) Hautärzte/innen kommen.

Auch in der **Inanspruchnahme von Heilmitteln bzw. Therapien** zeigen sich insgesamt nur wenig Unterschiede zwischen den gerontopsychiatrischen Risikogruppen. Die Anteile derjenigen, die mindestens eine Therapieform nannten, liegen bei ca. 40%, zumeist handelte es sich dabei um Krankengymnastik oder Bewegungstherapie. Die Gruppe der dementiell Erkrankten erhielt relativ häufig (14%) eine Ergotherapie. In den anderen Gruppen spielte die Ergotherapie nur eine geringe Rolle.

Eine Psychotherapie oder eine Gruppentherapie erhielten nur

- 12% der Befragten mit einem dementiellen Syndrom,
- 4% der Befragten mit einem depressiven Syndrom,
- 2% der Befragten mit psychiatrischen Veränderungen.

Der Gebrauch von **Medikamenten mit psychoaktiven Substanzen**, wobei es sich überwiegend um Schlafmittel handelt, ist in den gerontopsychiatrischen Risikogruppen erwartungsgemäß höher als bei den psychiatrisch nicht erkrankten Heimbewohnerinnen und -bewohnern. Für eine relativ große Zahl der Befragten mit einer depressiven (46%) oder dementiellen (56%) Symptomatik wurden allerdings keine Psychopharmaka angegeben, die regelmäßig eingenommen würden.¹ Im übrigen zeigen sich auch hier wieder die bekannten Zusammenhänge mit dem Pflegebedarf. Alle gerontopsychiatrischen Risikogruppen und sogar die psychiatrisch Nicht-Erkrankten (29%) erhalten solche Medikamente vor allem dann, wenn sie pflegebedürftig sind. In Verbindung mit der geringen und in erster Linie altersabhängigen Inanspruchnahme von Therapien führt das zu der Vermutung, daß in den Heimen eine große Zahl der hochbetagten psychiatrisch erkrankten Menschen unbehandelt bleibt und bei erhöhtem Pflegebedarf Psychopharmaka erhält.

*Die Ergebnisse belegen den außerordentlich hohen gerontopsychiatrischen Versorgungsbedarf vor allem im Pflegebereich, aber auch im Wohnbereich. Dem steigenden Bedarf sollte in den Heimen mit einem Angebot entsprochen werden, das auf Art und Schweregrad gerontopsychiatrischer Störungen differenziert reagieren kann. In der medizinischen Versorgung sind geriatrische **und** gerontopsychiatrische Kompetenz gefordert, um adäquat auf die hohe Multimorbidität*

¹ Der Gebrauch von Psychopharmaka wird in der Befragung evtl. auch unterschätzt. Die Angaben über eine regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka liegen insgesamt niedriger als in anderen vergleichbaren Untersuchungen. Davon unabhängig gelten die untersuchten statistischen Zusammenhänge.

mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen und depressiven Störungen einzugehen. Auch unter dem Gesichtspunkt der Prävention sollte außerdem verstärkt Augenmerk auf die Gruppe der alten Menschen gelegt werden, die mit depressiven Störungen oder anderen Auffälligkeiten im Wohnbereich der Heime leben.

Die Ergebnisse zur medizinischen Versorgung in Heimen wurden vom Gesundheitsreferat vor allem in den Arbeitskreis Versorgungskette des Gesundheitsbeirates eingebracht und hier in mehreren Sitzungen intensiv diskutiert. Es ergibt sich im wesentlichen folgender **Handlungsbedarf** zur Verbesserung der medizinischen Versorgung:

- Ärztliche Präsenz in den Heimen durch geeignete Kostenregelungen, z.B. durch institutionelle Ermächtigung der Heime.
- Geriatrische und gerontopsychiatrische Kompetenz der in den Heimen behandelnden Ärztinnen und Ärzte.
- Bedarfsgerechte Verordnung von Heilmitteln und Medikamenten.
- Abbau von Defiziten in der fach- und zahnärztlichen Versorgung.
- Auf- und Ausbau der gerontopsychiatrischen Versorgung in Heimen.
- Verbesserte Zusammenarbeit zwischen Heimen und Krankenhäusern.
- Qualitätsstandards der medizinischen Versorgung von Hochbetagten in Heimen wie in Krankenhäusern.

Der steigende gesundheitliche Versorgungsbedarf in den Heimen erzwingt Anpassungen in den Heimen *und* im medizinischen Versorgungssystem. In den Heimen muß auch qualifizierte Behandlungspflege und Therapie sichergestellt sein. Die niedergelassene Ärzteschaft und die Krankenkassen sind in der Pflicht. Für die gerontopsychiatrische Versorgung auch der Bezirk.

- Hinzu kommt der große Bedarf an Zuwendung, Hilfe, Anleitung, Unterstützung, der durch Angehörigenbesuche und ehrenamtliche Hilfe allein nicht aufgefangen werden kann, sondern ein qualifiziertes soziales und therapeutisches Angebot, ggf. auch psychotherapeutische Begleitung, erfordert.

Das alles kostet, ebenso wie die geforderten Qualitätsverbesserungen in der Pflege.

Entscheidungssträger, die heute solche Kosten einsparen wollen, stellen damit auch die Weichen für ihre eigene Zukunft im Alter. Die demographischen Bedingungen werden dann allerdings ungünstiger sein als heute.

1 Stationäre Altenhilfe in München

1.1 „Gesamtschau“ des Angebots an Heimen der Altenhilfe

In München gab es zum 1. Juli 1997 insgesamt 68 Heime der Altenhilfe¹. Die Zahl der Plätze betrug insgesamt 12.358, davon waren 4.717 Pflegeplätze (38,2%). Die Heime lassen sich in fünf Gruppen untergliedern:

- 9 Altenwohnheime mit Unterbringung in abgeschlossenen Appartements mit insgesamt 1.302 Plätzen. Gegebenenfalls besteht eine Pflegemöglichkeit in Pflegeabteilungen. Pflegeplätze sind nicht extra ausgewiesen.
- 47 Altenheime mit Unterbringungsmöglichkeiten in Appartements, Wohn- und Pflegeplätzen mit insgesamt 9.664 Plätzen, davon 3.627 Pflegeplätze (37,5%).
- 4 reine Pflegeheime mit Unterbringung in Ein- und Mehrbettzimmern und insgesamt 676 Plätzen.
- 3 mehrgliedrige Heime, d.h. kombinierte Altenwohn- und Altenheime und Unterbringungsmöglichkeiten in Pflegeabteilungen mit 497 Plätzen, davon 333 Pflegeplätze (67%).
- 5 Schwesternaltenheime mit 219 Plätzen, davon 81 Pflegeplätze (37%).²

Grundlage der Stichprobenziehung für die Befragung waren die Angaben über das Münchener Heimangebot im Jahr 1992.³ Ohne die Plätze in den Schwesternaltenheimen gab es damals insgesamt 12.221 Plätze, darunter 4.162 Pflegeplätze (34%). Die Zahl der Heimplätze ist seither auf die Gesamtzahl von 12.139 zurückgegangen. Der Rückgang ist ausschließlich auf eine Verringerung der Plätze im Wohnbereich zurückzuführen. Die Anzahl der Pflegeplätze nahm in dem Zeitraum um 166 zu.

Tabelle 1.1 zeigt die Zahl der Wohn- und Pflegeplätze für die Jahre 1992 und 1997 nach der Art der Trägerschaft. Bei allen Trägern zeigt sich der Rückgang der Wohnplätze. Dadurch erhöht sich der Anteil der Pflegeplätze. Den stärksten prozentualen Zuwachs an Pflegeplätzen weisen gewerbliche Heime auf. Den durchgängig höchsten Anteil an Pflegeplätzen haben Heime, die damals in städtischer Trägerschaft waren und jetzt zur Münchenstift gGmbH gehören.⁴

¹ Quelle: Verzeichnis der Heime der Altenhilfe. Stand: 1. Juli 1997. Herausgegeben vom Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. München.

² Da Schwesternaltenheime nicht allgemein zugänglich sind, sondern ausschließlich für Angehörige von Ordensgemeinschaften, sind diese in der weiteren Darstellung ausgeschlossen.

³ Quelle: Verzeichnis der Heime der Altenhilfe und für erwachsene Behinderte in Bayern. Stand: 1. Juli 1992. Herausgegeben vom Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. München.

⁴ Aufgrund der Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes wurde die Betriebsform der städtischen Heime zum 01.01.1996 geändert. Diese sind seitdem in Trägerschaft der Münchenstift gGmbH, einer gemeinnützigen Gesellschaft der Stadt München. Der Begriff „städtisch“ wird hier dann verwendet, wenn sich die Angaben auf die Zeit vor dem 01.01.1996 beziehen.

Tab. 1.1: Verteilung der Plätze in Münchener Altenheimen in den Jahren 1992 und 1997 nach Art der Trägerschaft (Angaben in Prozent; Fallzahlen in Klammern)¹⁾

Art der Plätze	Trägerschaft							
	Städtisch bzw. Münchenstift ²⁾		Wohlfahrtsverbände und sonstige nicht-gewerbliche Träger		Gewerblich		Gesamt	
	1992	1997	1992	1997	1992	1997	1992	1997
Wohnen	61,9 (2.219)	59,7 (1.917)	67,2 (5.334)	62,5 (5.222)	71,7 (506)	64,1 (364)	65,9 (8.059)	61,8 (7.503)
Pflege	38,1 (1.366)	40,3 (1.296)	32,8 (2.596)	37,5 (3.136)	28,3 (200)	35,9 (204)	34,1 (4.162)	38,2 (4.636)
Gesamtzahl	3.585	3.213	7.930	8.358	706	568	12.221	12.139
Anteil der Plätze nach Art der Träger	29,3	26,5	64,9	68,8	5,8	4,7	100,0	100,0
Zahl der Heime	15	13	41	44	6	6	62	63

1) Ohne Schwesternaltenheime. 2) Seit 01.01.1996 in Trägerschaft der Münchenstift gGmbH.

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. Stand: jeweils 01.07. Eigene Berechnungen.

Nach einer Bestandserhebung im Auftrag des Sozialreferates bestand 1997¹ in 19 Heimen mit insgesamt 65 Plätzen auch die Möglichkeit zur Kurzzeitpflege, d.h. zu einer nur vorübergehenden Aufnahme von alten betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen. In der Mehrzahl der Heime sind die Kurzzeitpflegeplätze aber nur „eingestreut“, d.h. aus dem Gesamtbettenbestand werden einige Plätze für die Kurzzeitpflege vorgesehen; in manchen Fällen ist das Angebot auch nur sporadisch und dient vorrangig zur Kompensation einer Unterbelegung in der Dauerpflege.

Über die **Ausstattung** der Münchener Altenheime können aus den vorhandenen Übersichten kaum Aussagen abgeleitet werden. Das Verzeichnis der Altenhilfe unterscheidet im Wohnbereich zwischen Appartements, Wohnplätzen sowie bei den Wohnschlafräumen zwischen Ein- und Mehrbettzimmern.² Die verschiedenen Wohnformen im Wohnbereich werden hinsichtlich der Ausstattungsmerkmale wie folgt charakterisiert:³

- Appartements: Ein Raum oder mehrere Räume zum Wohnen und Schlafen, Sanitärraum mit Bade- oder Duschwanne, Toilette und Waschbecken sowie Küche oder Kochnische.

¹ Quelle: Stationäre Kurzzeitpflege in Stadt und Landkreis München, Bestandsaufnahme 1997. Sozialforschung Häberle im Auftrag der Landeshauptstadt München, Sozialreferat. Diskussionsgrundlage für das Fachgespräch „Kurzzeitpflege“ des Sozialreferates im Juli 1997.

² Quelle: Verzeichnis der Heime der Altenhilfe und für erwachsene Behinderte in Bayern. Stand: 1. Juli 1992. Herausgegeben vom Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. München.

³ Die folgenden Ausführungen sind aus der Vorbemerkung der Verzeichnisse der Heime der Altenhilfe entnommen.

- Wohnplätze: Ein Raum oder mehrere Räume zum Wohnen und Schlafen, mit Sanitärraum, der mindestens mit Waschbecken und Toilette ausgestattet sein muß.
- Wohnschlafräume: Räume ohne eigenen Sanitärraum, die jedoch mit einem Waschbecken ausgestattet sein können.

Für den Pflegebereich gibt es in dem Verzeichnis solche Unterscheidungen nicht. Laut Definition im Verzeichnis ist eine Pflegeabteilung eine spezielle Einrichtung innerhalb des Heims, die aufgrund ihrer Ausstattung und Personalbesetzung zumindest eine altengerechte Grundpflege sicherstellt. Darüber hinaus werden keine Standards für den Pflegebereich ausgewiesen.

Tab. 1.2: Verteilung der Plätze nach Wohnformen im Wohnbereich in Münchener Altenheimen in den Jahren 1992 und 1997 (Angaben in Prozent; Fallzahlen in Klammern)¹

Wohnform	1992	1997
Appartements bzw. Wohnplätze	79,4% (6.400)	86,1% (6.459)
Wohnschlafräume als Einbettzimmer	18,5% (1.493)	13,6% (1.020)
Wohnschlafräume als Mehrbettzimmer	2,1% (166)	0,3% (24)
<i>Gesamt</i>	<i>8.059</i>	<i>7.503</i>

1) Ohne Schwesternaltenheime.

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. Stand: jeweils 01.07. Eigene Berechnungen.

Die voranstehende Tabelle zeigt die Verteilung der Plätze im Wohnbereich nach Wohnformen. Eine Unterscheidung zwischen Appartements und Wohnplätzen ist nicht möglich, da diese in den Verzeichnissen nicht getrennt ausgewiesen sind.

Überwiegend werden Appartements oder Wohnplätze vorgehalten. Eine Unterbringung in Mehrbettzimmern gibt es inzwischen nur noch vereinzelt. Im Vergleich zu 1992 wurden sowohl Einzel- als auch Mehrbettzimmer zu Gunsten von Appartements und Wohnplätzen abgebaut.

1.2 Heime der Altenhilfe in der Stichprobe

Für die Befragung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern im Herbst 1993 wurden nach dem Zufallsprinzip 30 Münchener Heime der Altenhilfe ausgewählt; 29 Heime beteiligten sich. Damit war eine repräsentative Auswahl gewährleistet.¹

In der Stichprobe sind laut Selbstauskunft der Heime fünf reine Altenwohnheime (ohne Pflegeplätze), drei reine Pflegeheime (ohne Wohnplätze) und 21 Altenheime (mit Wohn- und Pflegeplätzen).

Tab. 1.3: Anzahl der belegten Plätze im Wohn- und Pflegebereich der Heime in der Stichprobe aufgliedert nach Trägerschaft und Heimgröße (Anzahl in Klammern)

	Anzahl der Plätze im Wohnbereich	Anzahl der Plätze im Pflegebereich	Gesamt
nach Trägerschaft			
städtisch	53% (948)	47% (847)	1.795
freigemeinnützig/ gewerblich	66% (2.396)	34% (1.216)	3.612
nach Größe			
unter 100 Bewoh- ner/innen	88% (390)	12% (55)	445
100-199	53% (952)	47% (832)	1.784
200 und mehr	62% (2.002)	37% (1.176)	3.178
Gesamt	62% (3.344)	37% (2.044)	5.407

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung.

Die voranstehende Tabelle zeigt die Aufteilung der belegten Plätze² im Wohn- und Pflegebereich nach Trägerschaft und Größe der Heime. Es ist ersichtlich, daß freigemeinnützige bzw. gewerbliche Heime in der Stichprobe, wie auch insgesamt, den Schwerpunkt im Wohnbereich haben, während in den städtischen Heimen die Pflegeplätze überrepräsentiert sind. Kleine Heime (unter 100 Bewohner/-innen) haben vermehrt Plätze im Wohnbereich.

¹ Die Stichprobe der in die Befragung einbezogenen Heime entspricht weitgehend der Grundgesamtheit aller Münchner Heime. Es zeigen sich insgesamt keine Unterschiede in der Verteilung nach Art der Trägerschaft oder Art der Heimplätze. Hinsichtlich der vorgehaltenen Pflegeplätze sind allerdings die freigemeinnützigen Träger in der Stichprobe etwas unterrepräsentiert. Zur Anlage und Durchführung der Befragung der Heime siehe ausführlich Kap. 7.1.

² Mit dem Begriff „Plätze“ sind, soweit nicht anders erwähnt, sämtliche Wohnformen gemeint, d.h. einschließlich der Appartements und der Wohnschlafräume.

1.3 Ausstattung und Versorgungsangebot

Um ein besseres Bild von dem Versorgungsangebot in den Heimen zu erhalten wurden in der Befragung folgende Strukturdaten erhoben:

- Ausstattung der Appartements und Zimmer
- Personalausstattung
- Verpflegung
- Soziale und kulturelle Angebote
- Ärztliche Versorgung, gesundheitsbezogene Einrichtungen und Angebote

Einige Strukturdaten wurden getrennt für den Wohnbereich und für den Pflegebereich in den Heimen erhoben. Wenn in den folgenden Ausführungen von Wohn- oder Pflegebereich die Rede ist, dann sind die Wohnplätze in insgesamt 26 Heimen (Wohnheime und Heime) bzw. die Pflegeplätze in insgesamt 24 Heimen (Pflegeheime und Heime) gemeint.

1.3.1 Ausstattung der Appartements und Zimmer

In Tabelle 1.4 sind die Ausstattungen für Appartements und Zimmer getrennt nach Wohn- und Pflegebereich aufgeführt. Standardmäßig waren die Zimmer bzw. Appartements fast aller Heime mit Zentralheizung und Notrufvorrichtung ausgestattet.

In allen Heimen gab es mindestens Waschbecken in den Zimmern bzw. in den Appartements. Naßzellen, die mit Waschbecken, Toilette und Dusche bzw. Badewanne ausgestattet sind, waren nicht nur in der Mehrzahl der Heime mit Wohnbereich üblich, sondern auch in Heimen mit Pflegebereich. Nur ein Waschbecken im Zimmer, d.h. keine Dusche oder Badewanne und auch keine Toilette, gab es im Wohnbereich von 7 Heimen und im Pflegebereich von 8 Heimen. Alternativ bzw. parallel zu den Wasch- und Hygienemöglichkeiten im eigenen Zimmer oder Appartement hatten die meisten Heime auch Etagenbäder.

Von der Art der Ausstattungsmerkmale her sind im Wohnbereich noch mehr Möglichkeiten für eine selbständige Lebensführung gegeben, z.B. eine Küche oder Kochnische im eigenen Zimmer oder Appartement oder die Nutzung einer Waschmaschine.

Möbel oder andere Gegenstände aus der ehemaligen Wohnung konnten im Wohnbereich immer mitgebracht werden, im Pflegebereich aber nur bei der Hälfte der Heime. Bei einem Heim konnten bei einem Einzug in den Pflegebereich auch keine anderen Gegenstände mitgebracht werden.

Tab. 1.4: Ausstattungen der Apartments und Zimmer im Wohn- und im Pflegebereich (Anzahl der Nennungen; Mehrfachnennungen)

Wohnbereich (26 Heime)

Pflegebereich (24 Heime)

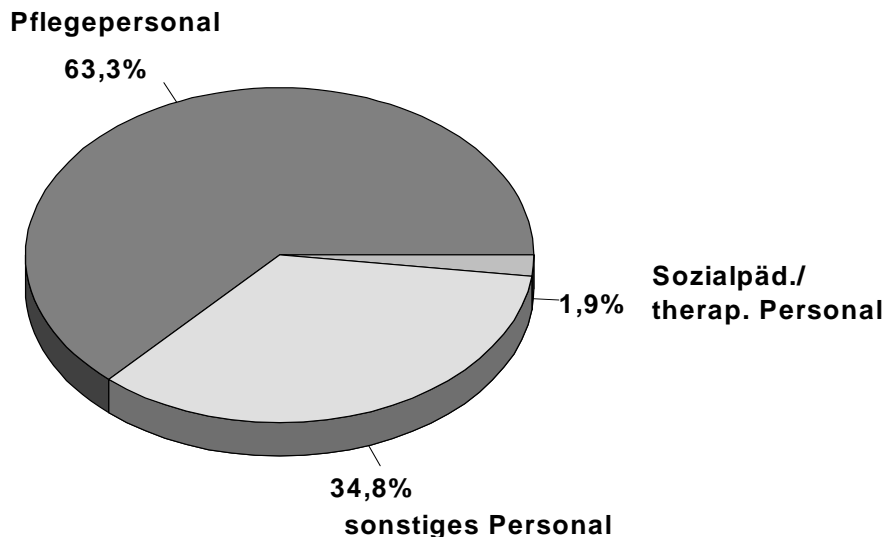
Kochen, Haushalt	Kochen, Haushalt
Waschmaschine (auch als Gemeinschaftsanlage) (16) Kochnische (13) Nutzung Teeküche auf Etage (10) Gemeinschaftskühlschrank auf der Etage (8) Abgeschlossene Küche (4) Sonstige Kochmöglichkeit im Zimmer (2)	Nutzung Teeküche auf Etage (16) Gemeinschaftskühlschrank auf der Etage (14) Waschmaschine (auch als Gemeinschaftsanlage) (7) Kochnische (6) Abgeschlossene Küche (2) Sonstige Kochmöglichkeit im Zimmer (1)
Hygiene, Körperpflege	Hygiene, Körperpflege
Abgetrennte Naßzelle mit Waschbecken und Toilette und Dusche oder Badewanne (18) Etagenbad (15) Nur Waschbecken im Zimmer (7) Abgetrennte Naßzelle mit Waschbecken und Toilette (1)	Etagenbad (21) Abgetrennte Naßzelle mit Waschbecken und Toilette und Dusche oder Badewanne (15) Nur Waschbecken im Zimmer (8) Abgetrennte Naßzelle mit Waschbecken und Toilette (1)
Sonstiges	Sonstiges
Zentralheizung (25) Notrufvorrichtung (24) Balkon/ Veranda (15) Telefon (9)	Zentralheizung (23) Notrufvorrichtung (23) Balkon/ Veranda (12) Telefon (8)

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

1.3.2 Personalausstattung

In den 29 Heimen der Befragungsstichprobe waren zum Zeitpunkt der Befragung 1.910 Personalstellen besetzt, davon 1.196 in der Pflege und 714 in anderen Tätigkeitsbereichen. In folgender Abbildung ist die prozentuale Verteilung des Personals auf die Tätigkeitsbereiche dargestellt.

Abb. 1.1: Personalstruktur in den befragten Heimen (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

Von den Personalstellen entfallen damit insgesamt 63% auf den Pflegebereich. Der Anteil ist in den reinen Wohnheimen erwartungsgemäß niedriger (42%) als in den anderen Heimen (65%).

Nur 2% aller Personalstellen in den Heimen entfallen auf Sozialpädagogen/innen oder therapeutisches Personal. Diese Berufsgruppen werden in insgesamt 16 Heimen der Stichprobe, das sind zwei Drittel der Heime mit Pflegebereich, beschäftigt.¹

Mehr als ein Drittel (35%) des in Altenheimen tätigen Personals arbeiten in den „sonstigen Bereichen“, darunter sind hier zum Beispiel Verwaltungs-, Küchen- und Reinigungspersonal zusammengefaßt.

Für den Grad der pflegerischen Versorgung in den Heimen ist der **Personalschlüssel** ausschlaggebend:

Für den **Wohnbereich** liegen aus der Befragung insgesamt 18 Angaben über den Pflegeschlüssel vor². Die Pflegeschlüssel im Wohnbereich streuen breit und reichen von 1:7 bis 1:20. Der häufigste Wert liegt bei 1:14,6. Das heißt, daß zum Zeitpunkt der Befragung in den meisten Heimen eine Pflegekraft etwa 15 Bewohnerinnen und Bewohner zu versorgen hatte. Der pflegerische Versorgungsgrad im Wohnbereich ist also von Heim zu Heim sehr unter-

¹ Siehe auch Abb. 1.5 Therapie- und Betreuungsmöglichkeiten im Heim.

² Von den fünf Wohnheimen machte nur eines eine Angabe über einen Pflegeschlüssel, von den 21 mehrgliedrigen Heimen mit einem Wohnbereich machten vier keine Angabe.

schiedlich und erscheint als eher niedrig, da auch dort pflegebedürftige Personen versorgt werden.¹

Für den **Pflegebereich** liegen ebenfalls 18 Angaben über den Pflegeschlüssel vor,² davon haben 15 Heime einen Pflegeschlüssel von 1:2,8; d.h. auf eine Pflegekraft kommen fast 3 Bewohnerinnen bzw. Bewohner. Jeweils einmal wurden die Pflegeschlüssel 1:2,0, 1:2,5 und 1:2,9 genannt.

Für die Personalbemessung im Pflegebereich gilt seit 1990 bayernweit einen Schlüssel von 1:2,8 (bzw. 1:2,5 im gerontopsychiatrischen Bereich). In einer Beispielrechnung des Sozialreferates für eine Station mit 30 Bewohnerinnen und Bewohnern wurde gezeigt, daß bei einer Personalbemessung von 1:2,8 eine Besetzung von zwei Pflegenden pro Arbeitsschicht üblich ist, bei ungünstigem Zusammentreffen von Ausfallzeiten ist wahrscheinlich auch diese Besetzung nicht zu gewährleisten. Rein rechnerisch stehen einer pflegebedürftigen Heimbewohnerin oder einem Heimbewohner bei diesem Pflegeschlüssel täglich 1 Stunde und 31 Minuten für die Pflege und alle damit zusammenhängenden Betreuungs- und Organisationsaufgaben zur Verfügung. Auch auf den gerontopsychiatrischen Stationen muß bei einem Personalschlüssel von 1:2,5 mit sehr engem Personaleinsatz gearbeitet werden, obwohl der Betreuungsbedarf sehr hoch anzusetzen ist. Das Sozialreferat kommt vor diesem Hintergrund zu dem Schluß, daß durch die genannten Pflegeschlüssel „eine umfassende und bewohnerorientierte Pflege und eine Kontinuität in der Beziehung zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen sehr erschwert wird.“³

Für die Qualität der Versorgung in den Heimen ist nicht nur der Pflegeschlüssel wichtig, sondern auch die Qualifikation des Pflegepersonals. Laut Heimpersonal-Verordnung muß der **Fachkräfteanteil** in Pflegeheimen mindestens 50% betragen.⁴ Nachstehende Abbildung zeigt die Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals laut Auskunft der Heime.

Der Anteil der examinierten Pflegekräfte lag laut Selbstausskunft der Heime bei durchschnittlich 52%. Der Grad der Qualifikation wurde allerdings nicht abgefragt. Es zeigen sich erhebliche Unterschiede nicht nur zwischen den Wohnheimen und den anderen Altenheimen, sondern auch hinsichtlich Größe und Trägerschaft.

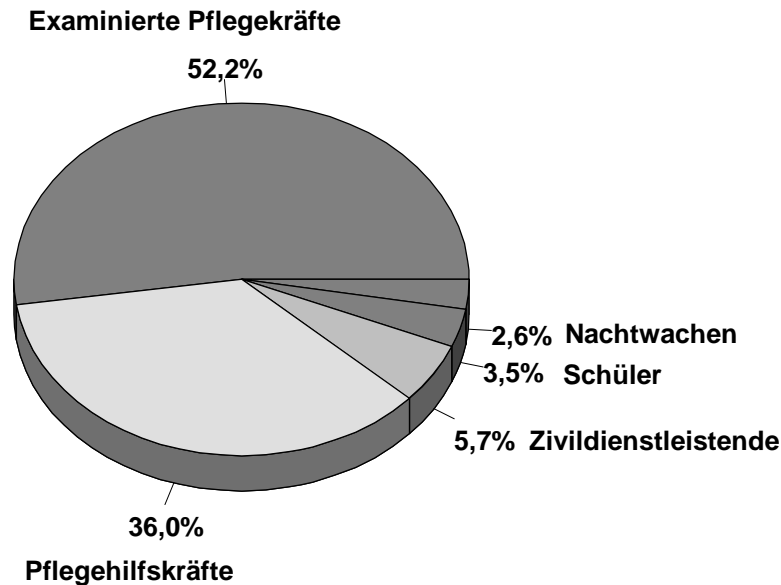
¹ 9% der Befragten aus dem Wohnbereich wurden als pflegebedürftig eingestuft. Zum Hilfe- und Pflegebedarf siehe ausführlich Kap. 2.2.4.

² Vier Heime (darunter drei der sechs städtischen Heime) machten keine Aussage, weil in den Heimen unterschiedliche Pflegeschlüssel gelten; zwei Heime verweigerten die Angabe.

³ Abhilfe bei Problemen in der stationären und ambulanten Altenpflege/ Einrichtung einer Beschwerdestelle. Beschlußvorlage für die gemeinsame Sitzung des Sozialausschusses, des Sozialhilfeausschusses, des Gesundheits- und Krankenhausausschusses und des Kreisverwaltungs Ausschusses vom 3. Juli 1997, Landeshauptstadt München, Sozialreferat.

⁴ Die Verordnung trat im Juli 1993 bundesweit in Kraft. Seitdem gilt eine fünfjährige Übergangsregelung, die im Sommer 1998 ausläuft. Neueren Meldungen zufolge besteht nun die Gefahr, daß der vorgeschriebene Fachkräfteanteil für den Sektor der Pflegeversicherung künftig nicht mehr gelten soll (s. z.B. Süddeutsche Zeitung vom 16. März 1998: „Qualität der Pflege in Heimen gefährdet“).

Abb. 1.2: Struktur des Pflegepersonals in den befragten Heimen (Angaben der Heime in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

In den fünf Wohnheimen der Befragungsstichprobe sind zwar insgesamt nur wenige Pflegekräfte (25 Personalstellen) beschäftigt, hier handelt es sich aber überwiegend (80%) um examinierte Fachkräfte.

In den Altenheimen mit Wohn- und Pflegebereich liegt der Anteil der examinierten Pflegekräfte bei insgesamt 57%; rund 40% sind Pflegehilfskräfte. In den drei reinen Pflegeheimen in der Befragungsstichprobe liegt der Anteil an Examinieren darunter (44%), weil hier zu höheren Anteilen auch Nachtwachen¹ (9%) und Pflegeschüler/-innen (11%) beschäftigt werden. Der Anteil an Pflegehilfskräften ist mit 31% geringer als in den Heimen mit Wohn- und Pflegebereich.

Die folgende Tabelle (siehe Tab. 1.5) zeigt die Unterschiede in der Personalstruktur der verschiedenen Träger und nach Heimgröße. Der Anteil an examinierten Pflegekräften ist in kleineren Heimen (bis 99 Plätze) am höchsten, in Heimen mittlerer Größe (100 - 199 Plätze) am geringsten. In städtischen Heimen wurde zum Zeitpunkt der Befragung (1993) ein erheblich größerer Anteil an examinierten Pflegekräften beschäftigt als in Heimen anderer Trägerschaft. In Heimen anderer Trägerschaft übersteigt der Anteil an Pflegehilfskräften sogar den Anteil an examinierten Pflegekräften. Der Anteil an Zivildienstleistenden ist ebenfalls relativ hoch. Nur in den großen städtischen Heimen der Befragungsstichprobe werden außerdem Pflegeschülerinnen und -schüler und Nachtwachen beschäftigt.

¹ Die Qualifikation der Nachtwachen wurde nicht erfragt.

Tab. 1.5: Struktur des Pflegepersonals nach Heimgröße und Heimträger (Angaben in Prozent)

	Größe des Heims			Trägerschaft	
	bis 99 Plätze	100 bis 199 Plätze	ab 200 Plätze	städtisches Heim	anderes Heim
Examierte Pflegekräfte	69,4%	47,4%	54,0%	58,7%	45,2%
Pflegehilfskräfte	28,6%	44,2%	31,3%	26,2%	46,6%
Zivildienstleistende	2,0%	8,4%	4,3%	3,4%	8,2%
Schülerinnen und Schüler	0,0%	0,0%	6,0%	6,7%	0,0%
Nachtwachen	0,0%	0,0%	4,4%	5,0%	0,0%

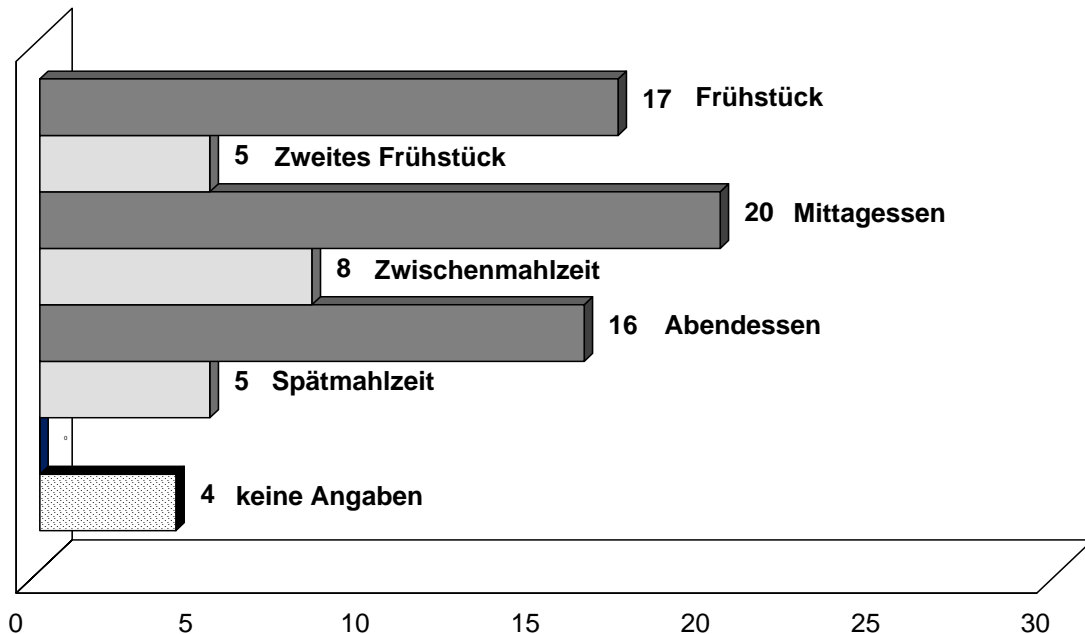
Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen

1.3.3 Verpflegung

Die Essensversorgung im Heim erfolgt überwiegend durch eine eigene Küche (83%), ein Catering der Mahlzeiten ist eher nachrangig (17%). Die meisten Heime verfügen über einen Speisesaal (69%), eine Cafeteria (55%) oder Eßecken auf den Etagen (41%) (Mehrfachnennungen). In jedem dritten Heim gibt es einen Kiosk.

In fast allen Heimen (bis auf eines der Wohnheime) wird das Essen auch aufs Zimmer serviert. In einigen Heimen (4 Heime) ist das sogar die Regel.

In vier der fünf reinen Wohnheime und in neun der 21 Heime mit Wohn- und Pflegebereich ist auch Selbstversorgung möglich.

Abb. 1.3: Mahlzeiten im Rahmen des Pflegesatzes (Anzahl der Nennungen)

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

Bei der Frage, welche Mahlzeiten die Bewohnerinnen und Bewohner vom Heim im Rahmen des Pflegesatzes erhalten, wurde von 20 Heimen das Mittagessen genannt; von etwas weniger Heimen auch das Frühstück und Abendessen (s. Abb. 1.3). Ein zweites Frühstück am Vormittag, eine Zwischenmahlzeit am Nachmittag oder eine Spätmahlzeit am Abend wurde nur in wenigen Heimen im Rahmen des Pflegesatzes angeboten.¹ Die Verpflegung mit den drei Hauptmahlzeiten ist somit in den meisten Heimen gewährleistet. Für eine gesunde Ernährung, insbesondere im Alter und bei bestimmten Krankheiten (z.B. Diabetes), sind jedoch auch Zwischenmahlzeiten notwendig, die nur in wenigen Heimen im Rahmen des Pflegesatzes angeboten werden.

In zwei Drittel aller Heime können die Bewohnerinnen und Bewohner ihr Mittagessen wählen, in der Hälfte der Heime auch Frühstück und Abendessen. In allen Pflegeheimen und auch in den meisten Wohnheimen können die Heimbewohnerinnen und -bewohner außerdem ein Diätessen erhalten, allerdings ist der Preis für das Diätessen nicht immer im Pflegesatz enthalten und muß dann zusätzlich bezahlt werden.

1.3.4 Soziale und kulturelle Angebote

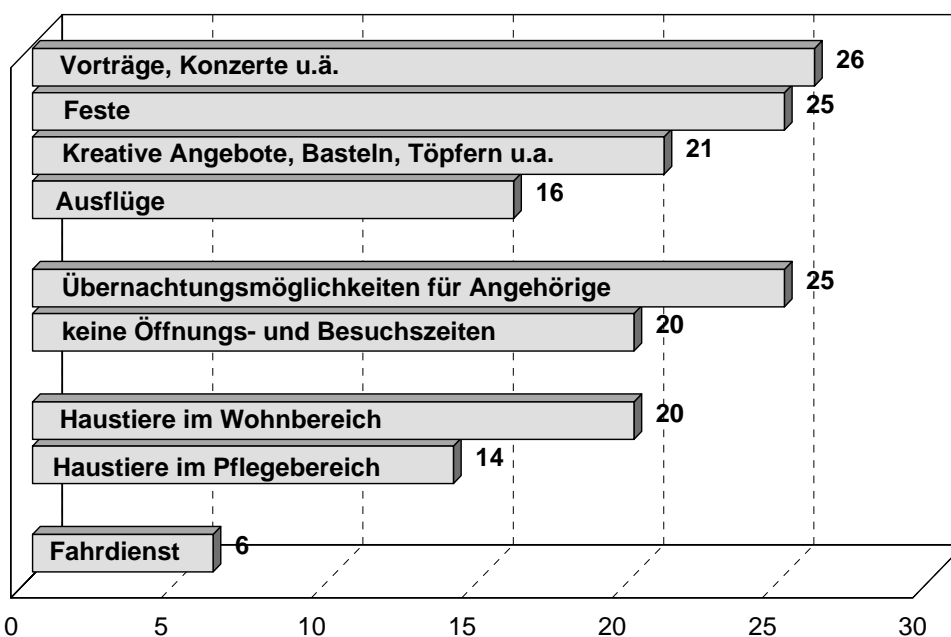
Im folgenden werden die sozialen und kulturellen Angebote in den Heimen untersucht. Sie prägen das soziale Leben in den Heimen und sind insbesondere dann von Bedeutung, wenn Heimbewohnerinnen und -bewohner das Heim nicht mehr verlassen können oder dabei auf Hilfe angewiesen sind. Darüber hinaus geben soziale und kulturelle Angebote den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern Anlaß für soziale Begegnungen untereinander und evtl. auch mit den Besucherinnen und Besuchern von draußen.

¹ Für den Wohnbereich liegen aus 3 Heimen durchgängig keine Angaben zu dieser Frage vor, für den Pflegebereich aus 4 Heimen.

In Abbildung 1.4 sind die Bildungs- und Beschäftigungsangebote aufgeführt, wobei die Palette aber weiter gestreut ist, weil häufig die Kategorie „Anderes“ genannt wurde, wie auch die sozialen Angebote der Heime.

Bei den häufig genannten Angeboten (21 und mehr Nennungen) gibt es außer für die kreativen Angebote keine großen Unterschiede zwischen den Heimarten, -größen und -trägern. Kreative Angebote wurden von fast allen mittleren (11 Heime) und den meisten größeren Heimen (7 Heime) gemacht, von kleineren Heimen dagegen viel seltener (3 Heime). Bei den Ausflügen gibt es Unterschiede zwischen den unterschiedlich großen Heimen und städtischen bzw. nicht-städtischen Heimen. Ausflüge werden von drei Vierteln der mittleren Heime angeboten und von knapp der Hälfte der kleinen und großen Heime. Von den 7 städtischen Heimen in der Stichprobe bieten 2 Ausflüge an, von den 22 anderen Heimen dagegen 14.

Abb. 1.4.: Soziale und kulturelle Angebote der Heime (Zahl der Nennungen)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

In allen reinen Wohnheimen und in über der Hälfte der Wohn- und Pflegeheime gibt es keine **Öffnungs- und Besuchszeiten**. Selbst bei den Pflegeheimen hat nur ein Heim feste Öffnungszeiten. In fast allen städtischen Heimen (6 von 7) gibt es keine starre Regelung der Öffnungszeiten- und Besuchszeiten. Hingegen gaben 6 der Heime anderer Träger feste Öffnungszeiten an und 3 Heime hatten feste Besuchszeiten.

Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige sind ein wichtiger Bestandteil für die sozialen Kontaktmöglichkeiten, da Angehörige bei weiten Anreisen oder bei gesundheitlichen oder sonstigen Problemen der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner die Möglichkeit eines längeren Aufenthaltes haben. Nur 4 der insgesamt 29 Heime haben keine Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige. Dies sind 2 Pflegeheime und 2 Altenheime. Alle Heime befanden sich in nicht-städtischer Trägerschaft.

Nicht nur für alte Menschen können **Haustiere** eine wichtige Bereicherung darstellen. Wenn Haustiere beim Umzug in ein Heim nicht mitgebracht werden können, bedeutet das zumeist einen zusätzlichen schmerzlichen Verlust. Die Möglichkeit zu einer Haustierhaltung kann deshalb für die psychosoziale Situation von Heimbewohnerinnen und -bewohnern von großer Be-

deutung sein. In der Befragung wird diese Möglichkeit von fast allen reinen Wohnheimen (4) und von den meisten anderen Heimen (18) bejaht; wobei letztere diese Möglichkeit z.T. nur im Wohnbereich einräumen.

Für Heimbewohnerinnen und -bewohner, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, wäre ein **Fahrdienst** wichtig. Nur wenige Heime (6 Heime) boten einen Fahrdienst an.

1.3.5 Ärztliche Versorgung

Für die ärztliche Versorgung in Heimen gilt das Prinzip der freien Arztwahl. In allen Heimen können die Bewohnerinnen und Bewohner daher im Prinzip von ihrem Hausarzt behandelt werden. Die Pflegeheime und mehr als die Hälfte der mehrgliedrigen Heime in der Stichprobe haben außerdem vertragliche Regelungen oder Vereinbarungen mit Ärzten/innen abgeschlossen, um die ärztliche Versorgung sicherzustellen.

In 17 von 29 Heimen sind Ordinationsräume bzw. Sprechzimmer vorhanden. Damit ist eine wichtige Voraussetzung für die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gegeben. Allerdings spielen die Größe des Heimes und die Trägerschaft eine Rolle: In fast allen großen Heimen (ab 200 Plätze) und durchgängig in allen städtischen Heimen finden sich Ordinationsräume oder Sprechzimmer, bei den Heimen in anderer Trägerschaft, sind es weniger als die Hälfte.

In einer qualitativen Befragung (1996)¹ wurde danach gefragt, wie die ärztliche Versorgung in den Heimen geregelt wird bzw. wie genau solche Regelungen aussehen. Die folgenden Beschreibungen aus diesen Interviews machen deutlich, daß die ärztliche Versorgung in den Heimen sehr unterschiedlich geregelt ist:

In einem städtischen Heim wechseln sich drei Ärzte ab und halten zweimal die Woche ein Sprechstunde im Heim ab. In einem anderen städtischen Heim haben sich ebenfalls drei Ärzte zusammengetan und bieten in den angemieteten Räumen zweimal pro Woche Sprechstunden an. Ein Privatheim empfiehlt Ärzte aus der Umgebung, die bereit sind, auch Hausbesuche zu machen und hat außerdem drei bis vier Ärzte gewonnen, die abwechselnd eine wöchentliche Visite im Heim übernehmen. In einem anderen Heim hat eine Internistin direkt im Haus eine Praxis eröffnet. Ein großes Pflegeheim ermöglicht an verschiedenen Wochentagen auch Sprechstunden und Visiten von Fachärztinnen und -ärzten (z.B. für Innere Medizin, Psychiatrie, Nervenheilkunde, Augenheilkunde). Bei Bedarf kommen auch andere Fachärzte ins Heim.

Schwieriger gestaltet sich aus Sicht der Heime die Zusammenarbeit mit "mitgebrachten" Hausärztinnen und -ärzten, die sich z.B. nicht an der Pflegedokumentation beteiligen und nicht so zuverlässig und schnell zur Verfügung stehen. Von einem der befragten Pflegeheime wurden außerdem Probleme in der Zusammenarbeit mit Fachärzte/innen genannt, die im Bedarfsfall von Angehörigen eingeschaltet werden.

¹ Büro für empirische Sozialforschung, Übernahme von pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten aus den Krankenhäusern in die Weiterversorgung. Befragung von Diensten und Einrichtungen zur Weiterversorgung im Auftrag der Landeshauptstadt München, Gesundheitsreferat. München 1996, S.53

1.3.6 Gesundheitsbezogene Einrichtungen und Angebote

Folgende Einrichtungen und Dienstleistungen stehen in den befragten Heimen zur therapeutischen Versorgung und zur Körperpflege zur Verfügung:

Fußpflege	25
Gymnastikräume	24
Friseur	23
Pflegebäder	22
Räume für physikalische Therapiemöglichkeiten	15
Apothekendienst	2
Optiker im Haus	1

Alle städtischen Heime und auch die meisten Heime anderer Trägerschaft in der Befragungsstichprobe haben Einrichtungen für die Fußpflege, ein Friseurgeschäft und Gymnastikräume. Das Angebot gehört in den größeren Heimen, vor allem in den Pflegeheimen, aber auch in den mehrgliedrigen Heimen offenbar zum Standard. Ähnliches gilt für Pflegebäder.

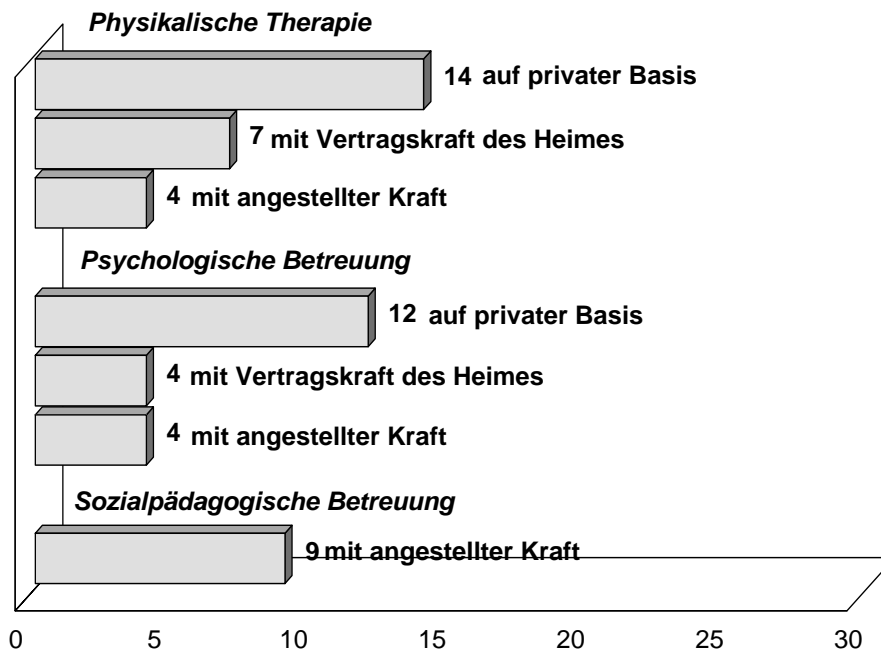
Gymnastik- und Bewegungsangebote wurden in den meisten Heimen angeboten (24 Nennungen). Eine Ergotherapie bzw. Beschäftigungstherapie gehörte dagegen eher zu den Ausnahmen, obwohl sie in der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger, alter Menschen eine wichtige, wenn nicht gar herausragende Bedeutung hat.¹ 2 von 7 städtischen Heimen boten diese Therapiemöglichkeit an und nur 2 von den 22 Heimen anderer Träger.

Was die gesundheitsbezogene Infrastruktur in den Heimen betrifft, so lassen sich die Strukturdaten für die Befragungsstichprobe wie folgt zusammenfassen: Sie sind in den Wohnheimen eher selten; sie sind am umfassendsten bei den städtischen Heimen zu finden und eher in großen Heimen als in kleinen.²

Räume für physikalische Therapie sind in ca. der Hälfte der Heime vorhanden. Über diese räumlichen Voraussetzungen hinaus wurde im Strukturfragebogen ebenfalls gefragt, wie in den Heimen auch eine physikalische Therapie und/oder psychosoziale Betreuung gewährleistet wird (Abb. 1.5).

¹ Die Ergotherapie dient der Behandlung motorischer, sensorischer und psychischer Funktionseinschränkungen und Behinderungen. Anders als z.B. die Krankengymnastik, die schwerpunktmäßig an Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates ansetzt, bezieht die Ergotherapie auch neurologische und psychiatrische Krankheitsbilder mit ein und gibt Hilfen zur Alltagsbewältigung.

² Zur Inanspruchnahme der therapeutischen Versorgung siehe Kap. 5.3.

Abb.1.5: Therapie- und Betreuungsmöglichkeiten (Zahl der Nennungen)

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

Zur Versorgung mit physikalischen Therapien machen insgesamt 25 der 29 Heime eine Aussage. Überwiegend muß die Inanspruchnahme niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten „auf privater Basis“ geregelt werden. Ansonsten bestehen entweder vertragliche Vereinbarungen des Heims mit den Therapeutinnen und Therapeuten, oder diese sind beim Heim angestellt. Letzteres war zum Zeitpunkt der Befragung in vier größeren Heimen, darunter drei städtischen Heimen der Fall.

Über die Möglichkeit einer psychologischen Betreuung machen 20 Heime eine Aussage. Auch sie muß zumeist „auf privater Basis“ geregelt werden. Für eine sozialpädagogische Betreuung stehen in 9 Heimen angestellte Kräfte zur Verfügung, drei Heime geben andere Regelungen an.

Beim Vergleich der städtischen Heimen mit den anderen Trägern fällt auf, daß in städtischen Heimen die Bewohnerinnen und Bewohner eher durch angestellte Kräfte versorgt werden, bei den anderen Trägern eher durch Vertragskräfte, hauptsächlich aber „auf privater Basis“. Ausschlaggebend ist aber die Größe der Heime, fest angestellte Therapeutinnen und Therapeuten und/oder Sozialpädagoginnen und -pädagogen finden sich fast ausschließlich in den großen Heimen mit über 200 Plätzen. Dahinter dürften vor allem betriebswirtschaftliche Überlegungen stehen.

In der weiter oben bereits zitierten qualitativen Befragung¹ gaben die Heime auch Auskunft über ihre Kooperationen mit Therapeuten/innen für Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie. In erster Linie werden in den Heimen offenbar Krankengymnasten/innen angestellt. Ergotherapeuten und Logopäden können dann z.B. im Verbund beschäftigt werden und roulieren zwischen den Heimen eines Trägers wie der Münchenstift; eine weitere Lösung sind Kooperationsvereinbarungen zwischen verschiedenen Heimen, die dann jeweils unterschiedliche Fachkräfte anstellen und „austauschen“. Durch niedergelassene Therapeuten/innen allein kann die Versorgung in Heimen offenbar nur schlecht gewährleistet werden. Auch ein Heim,

¹ Büro für empirische Sozialforschung, 1996, S.54

dem es gelungen ist, feste Kontakte zu niedergelassenen Therapeuten/innen aufzubauen, sagt dazu, daß insgesamt zu wenig Hausbesuche angeboten werden.

1.4 Belegungsstruktur

Angaben über die Belegungsstruktur aller Münchener Altenheime liegen nicht vor. Belegungsdaten der Heime werden von den freien Trägern nicht veröffentlicht. Seit ihrer Überführung in die Trägerschaft der Münchenstift GmbH zum 1.1.1996 gilt das auch für die städtischen Heime. Es gibt daher keine geeignete und zugleich aktuelle Datengrundlage über die Struktur und Entwicklung der Inanspruchnahme von Heimplätzen. In der Befragung der Heime wurden einige Informationen zur Belegungsstruktur erhoben. Auch liegen für die ehemals städtischen Heime für 1995 dazu einige Angaben vor.

Die Auslastung der **Heime in der Stichprobe** läßt sich nicht genau berechnen, da im Befragungsjahr kein Verzeichnis der Heime der Altenhilfe herausgegeben wurde.¹ Bezogen auf die Zahl der vorgehaltenen Plätze im Jahre 1992 erreichten die Heime zum Befragungszeitpunkt (1993) eine Auslastung von 90% im Wohnbereich und fast 98% im Pflegebereich (einschließlich beschützter Plätze).²

Die Heime wurden nach der Zahl der Selbstzahler/-innen und der Sozialhilfeempfänger/-innen gefragt. Der **Anteil der Sozialhilfeempfängerinnen** und -empfänger betrug in den befragten Heimen insgesamt 31%, wobei eine Unterscheidung nach Wohn- und Pflegebereich nicht möglich ist. Deutliche Unterschiede zeigen sich nach Art und Größe des Heims sowie nach Trägerschaft.

Reine Pflegeheime haben mit 57% den höchsten Anteil an Sozialhilfeempfängerinnen/-empfängern; in Wohn- und Pflegeheimen liegt er bei 32%. In reinen Wohnheimen wird kaum Sozialhilfe bezogen (3%).

- In mittleren (100-199 Plätze) und größeren (200 und mehr Plätze) Heimen ist der Anteil mit 38% bzw. 29% erheblich größer als in kleinen Heimen (16%), die überwiegend auch reine Wohnheime sind.
- Mit 46% liegt der Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen in städtischen Heimen doppelt so hoch wie in Heimen in anderer Trägerschaft (23%).

Grund für den höheren Anteil von Sozialhilfeempfängern/innen in städtischen Heimen ist, daß Heimplätze, die mit Mitteln des Altenplans gefördert wurden, einer sozialen Bindung unterliegen.³ Das bedeutet, daß - ähnlich wie bei Sozialwohnungen - Personen nur bis zu einer bestimmten Einkommens- und Ersparnisgrenze dazu berechtigt sind, die geförderten Plätze zu bewohnen.

¹ Die Zahl der Plätze in den einzelnen Heimen ist somit nicht bekannt.

² Für 1993 liegen Angaben zur Auslastung vor. Demnach betrug die Auslastung insgesamt 92%. Differenziertere Angaben, z.B. nach Wohn- und Pflegebereich oder nach Trägerschaft, sind nicht verfügbar, ebenso wenig aktuellere Zahlen. Quelle: Die Heime der Altenhilfe und für erwachsene Behinderte in Bayern. Stand: 01. Juli 1993. Statistische Berichte des Bayerischen Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung.

³ Mündliche Auskunft durch das Sozialreferat, Abt. Altenhilfe.

Bis 1995 liegen Angaben über den Grad der Belegung und die Belegungsstruktur der **städtischen Heime** vor. Sie werden im folgenden zusammengefaßt vorgestellt:¹

- Der Auslastungsgrad in den städtischen Heimen ist von 1980 bis 1995 von 93% auf 90% zurückgegangen. Als Hauptursache wird die nicht mehr zeitgemäße Ausstattung der Zimmer (teilweise ohne Naßzelle) gesehen.
- Es zeigen sich Verschiebungen vom Wohnbereich hin zum Pflegebereich: 1986 waren 52%, 1995 43% aller Bewohnerinnen und Bewohner im Wohnbereich untergebracht. Ebenso verringerte sich der Anteil der Leichtpflegebedürftigen von 14% auf 7%. In der Pflege und Schwerstpflege erhöhte sich dagegen der Anteil von 33% auf 46%.
- Der Frauenanteil ist mit 86% seit Jahren nahezu konstant.
- Das durchschnittliche Eintrittsalter hat sich von 1986 bis 1995 von 82,4 Jahren auf 83,3 Jahren erhöht. Geschlechtsunterschiede zeigen sich im Pflegebereich kaum (1995: Männer: 83,5 Jahre; Frauen: 84 Jahre), im Wohnbereich (einschließlich Leicht- und Wohnpflege) sind die Frauen im Durchschnitt fast vier Jahre älter (1995: Männer: 81 Jahre; Frauen: 84,6 Jahre).
- Das Durchschnittsalter der Bewohnerinnen und Bewohner liegt nur geringfügig über dem durchschnittlichen Eintrittsalter (1995: 83,8).
- Der Anteil an Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger in städtischen Heimen ist von 1986 bis 1995 von 42% auf 50% gestiegen. Für den Zuwachs ist ein Anstieg im Wohnbereich (einschließlich Leicht- und Wohnpflege) von 34% auf 43% verantwortlich. Der Anteil auf den Pflegestationen hat sich nicht verändert (58%).

Insgesamt setzt sich der Trend fort und wird auch durch das Pflegeversicherungsgesetz verstärkt, möglichst lange zu Hause zu leben und erst im Falle einer erheblichen Pflegebedürftigkeit ins Heim umzuziehen. Das zeigt sich auch in der Verlagerung hin zu mehr Pflegeplätzen in den Heimen.

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist davon auszugehen, daß die Nachfrage nach Heimplätzen mittelfristig bis zum Jahr 2005 stagnieren wird. Obwohl dann geburtenstärkere Jahrgänge in die höheren Altersgruppen eintreten, ist noch nicht abzuschätzen, ob daraus eine stärkere Nachfrage nach stationären Einrichtungen resultieren wird. Dies wird wesentlich davon abhängen, ob andere bedarfsgerechte und finanzierbare Wohnformen für alte Menschen entwickelt werden. Derzeit sind vor allem die Wohnheime von strukturellen Veränderungen betroffen; weil die Versorgung hilfebedürftiger Personen im Wohnheim, solange sie nicht als pflegebedürftig eingestuft sind, nicht von den Pflegekassen finanziert wird. Experten gehen davon aus, daß sich das Heimangebot zunehmend auf die Versorgung Schwer- und Schwerstpflegebedürftiger ausrichten wird.²

¹ Quelle: Soziale Leistungen in Zahlen 1995. Herausgegeben von der Landeshauptstadt München, Sozialreferat. Die städtischen Heime wurden zum 01.01.1996 von der Münchenstift GmbH übernommen. Belegungszahlen für 1996 liegen dem Sozialreferat nicht mehr vor (siehe dazu: Soziale Leistungen in Zahlen 1996. Herausgegeben von der Landeshauptstadt München, Sozialreferat. S. 48).

² Siehe: Arbeitsgruppe für Altersforschung und Sozialplanung, "Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe in München. Dokumentation zum Fachtag am 16. Juli 1996. Im Auftrag der Landeshauptstadt München, Sozialreferat.

2 Die Bewohnerinnen und Bewohner der Altenheime

2.1 Angaben über die Münchner Wohnbevölkerung in Heimen

2.1.1 Anzahl der Heimbewohnerinnen und -bewohner nach Altersgruppen und Geschlecht

Im folgenden Abschnitt geht es zunächst darum, die Grundgesamtheit der Münchner Wohnbevölkerung in den Altenheimen zu beschreiben.

Bislang gibt es keine zuverlässigen Informationen darüber, wieviel alte Menschen überhaupt in den Heimen leben und wie sie sich auf die unterschiedlichen Heimarten und -träger verteilen. Der einfachste Zugang zu solchen Informationen wären Belegungsstatistiken der Heime. Da die Heime bzw. deren Träger ihre Statistiken nicht veröffentlichen, bleibt diese Datenquelle verschlossen.¹

Für diesen Bericht wurden vom Statistischen Amt der Landeshauptstadt München in einer Sonderauswertung auf der Grundlage der Daten des Einwohnermelderegisters die Einwohnerzahlen unter den Adressen von Heimen der stationären Altenhilfe in den Jahren 1992 und 1997 berechnet.

Die Zahl der alten Menschen über 60 Jahre hat in München in den vergangenen fünf Jahren insgesamt von 262.854 (1992) auf 274.850 (1997) zugenommen, während die Zahl der alten Menschen in Heimen sich nur wenig verändert hat (1992: 9.562; 1997: 9.339). Ob hier bereits die Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes zum Tragen kommen, ist auf der vorliegenden Datenbasis unklar. Differenziertere Angaben über die Heimbevölkerung liegen in der Einwohnermeldestatistik nicht vor, z.B. über die Heimbevölkerung im Wohn- und Pflegebereich oder nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit.

In beiden Vergleichsjahren ist der Frauenanteil in der Heimbevölkerung höher als in der älteren Wohnbevölkerung insgesamt. So waren 1997 in den Heimen fast 86% Frauen, in der Wohnbevölkerung lag der Frauenanteil bei 60%. Der Frauenanteil in Münchner Heimen übersteigt auch den Frauenanteil in den Heimen der bundesweiten Untersuchung (80%).²

Die beiden folgenden Tabellen zeigen die Altersverteilung der älteren Münchner Wohnbevölkerung insgesamt und die Altersverteilung der älteren Menschen in Münchner Heimen im Vergleich zwischen 1992 und 1997.

¹ Im Rahmen dieser Studie wurde versucht, die Belegungszahlen in der Grundgesamtheit aller Münchner Heime zu erfassen. Aufgrund fehlender Angaben gelang es nicht, einen vollständigen Überblick zu erhalten. Siehe auch Kap 1.4 dieses Berichts.

² Klein, T. et al. 1996. Altenheimbewohner in Deutschland: Sozialstrukturelle Charakteristiken und die Wahl des Heim. Universität Heidelberg. Unveröffentlichtes Manuskript. Vergleichswerte aus dieser Untersuchung werden auch in der weiteren Darstellung herangezogen.

Tab. 2.1: Altersverteilung der älteren Münchner Wohnbevölkerung nach Geschlecht im Vergleich zwischen 1992 und 1997 (Angaben in Prozent, Fallzahlen in Klammern)

Alters- gruppen	Frauen		Männer		Gesamt	
	1992	1997	1992	1997	1992	1997
61 - 74 Jahre	58,3 (95.688)	56,8 (93.787)	69,4 (68.480)	71,6 (78.601)	62,5 (164.168)	62,7 (172.388)
75 - 79 Jahre	15,5 (25.444)	17,8 (29.365)	13,1 (12.925)	13,1 (14.407)	14,6 (38.369)	15,9 (43.772)
80 - 84 Jahre	14,9 (24.494)	11,8 (19.452)	10,9 (10.762)	7,9 (8.634)	13,4 (35.256)	10,2 (28.086)
85 Jahre u. älter	11,3 (18.571)	13,6 (22.494)	6,6 (6.490)	7,4 (8.110)	9,5 (25.061)	11,1 (30.604)
Gesamt	164.197	165.098	98.657	109.752	262.854	274.850

Quelle: Statistische Amt der Landeshauptstadt München. Eigene Berechnung

Tab. 2.2: Altersverteilung der alten Menschen in Heimen nach Geschlecht im Vergleich zwischen 1992 und 1997 (Angaben in Prozent, Fallzahlen in Klammern)

Alters- gruppen	Frauen		Männer		Gesamt	
	1992	1997	1992	1997	1992	1997
61 - 74 Jahre	12,7 (1.035)	10,7 (853)	17,2 (241)	19,0 (255)	13,3 (1.276)	11,9 (1.108)
75 - 79 Jahre	12,9 (1.054)	13,2 (1.060)	15,3 (215)	14,2 (190)	13,3 (1.269)	13,4 (1.250)
80 - 84 Jahre	26,7 (2.177)	21,8 (1.747)	25,7 (361)	19,5 (261)	26,5 (2.538)	21,5 (2.008)
85 Jahre u. älter	47,7 (3.892)	54,3 (4.342)	41,8 (587)	47,2 (631)	46,8 (4.479)	53,2 (4.973)
Gesamt	8.158	8.002	1.404	1.337	9.562	9.339

Quelle: Statistische Amt der Landeshauptstadt München. Eigene Berechnung

Die Altersstruktur der Heimbevölkerung verhält sich ziemlich genau umgekehrt zur Altersstruktur der älteren Wohnbevölkerung insgesamt.¹ 1997 war über die Hälfte der Heimbevölkerung mindestens 85 Jahre alt, gerade ein Viertel war unter 80 Jahren. Männer sind in den Heimen nicht nur in der Minderzahl, sie sind auch jünger als die Frauen. 19% der Männer gegenüber 11% der Frauen waren unter 75. Umgekehrt waren zwei Drittel der Männer, aber drei Viertel der Frauen mindestens 80 Jahre alt.

Im Vergleich zu 1992 zeigen sich Verschiebungen der Altersstruktur: Sowohl bei den Männern wie auch bei den Frauen erhöhte sich der Anteil der mindestens 85jährigen, zugleich verringerte sich der Anteil der 80-84jährigen. In den unteren Altersgruppen sind die Veränderungen weniger stark ausgeprägt. Die Heimbevölkerung wird also zunehmend älter.²

2.1.2 Heimquoten

Abbildung 2.1 zeigt die Heimquote der älteren Münchner Bevölkerung. Demnach lebten 1992 3,6% der mindestens 61 Jahre alten Münchner Bevölkerung in Heimen; 1997 waren es mit 3,4% etwas weniger.³ Diese Werte liegen etwas unter der „Institutionalisierungsquote“ dieser Altersgruppe von knapp 4% in den alten Bundesländern für 1995/1996.⁴

Die Heimquote der Frauen beträgt insgesamt rund das Vierfache der Männer. 1997 waren etwas mehr als 1% der Männer, aber fast 5% der Frauen in einem Heim. Im Vergleich dazu war die bundesweite Institutionalisierungsquote der Männer mit knapp 2% etwas höher, bei den Frauen mit 5% gleich.

In den höheren Altersgruppen steigt die Heimquote stark an. Die Heimquote der mindestens 85jährigen Bevölkerung betrug 1997 rund 8% bei den Männern und 19% bei den Frauen.⁵ Die starken geschlechtsspezifischen Unterschiede erklären sich u.a. mit der höheren Lebenserwartung der Frauen. Während die Männer im Alter überwiegend noch verheiratet sind und von der Ehefrau zu Hause gepflegt und betreut werden können, bleiben Frauen nach dem Tod des Ehemannes alleine zurück und sind auf Angehörige oder fremde Hilfe angewiesen.

¹ 1997 waren in der älteren Wohnbevölkerung insgesamt 63% zwischen 61 und 74 Jahren (Männer: 72%; Frauen: 57%), insgesamt 21% waren mindestens 85 Jahre alt (Männer: 15%; Frauen: 25%)

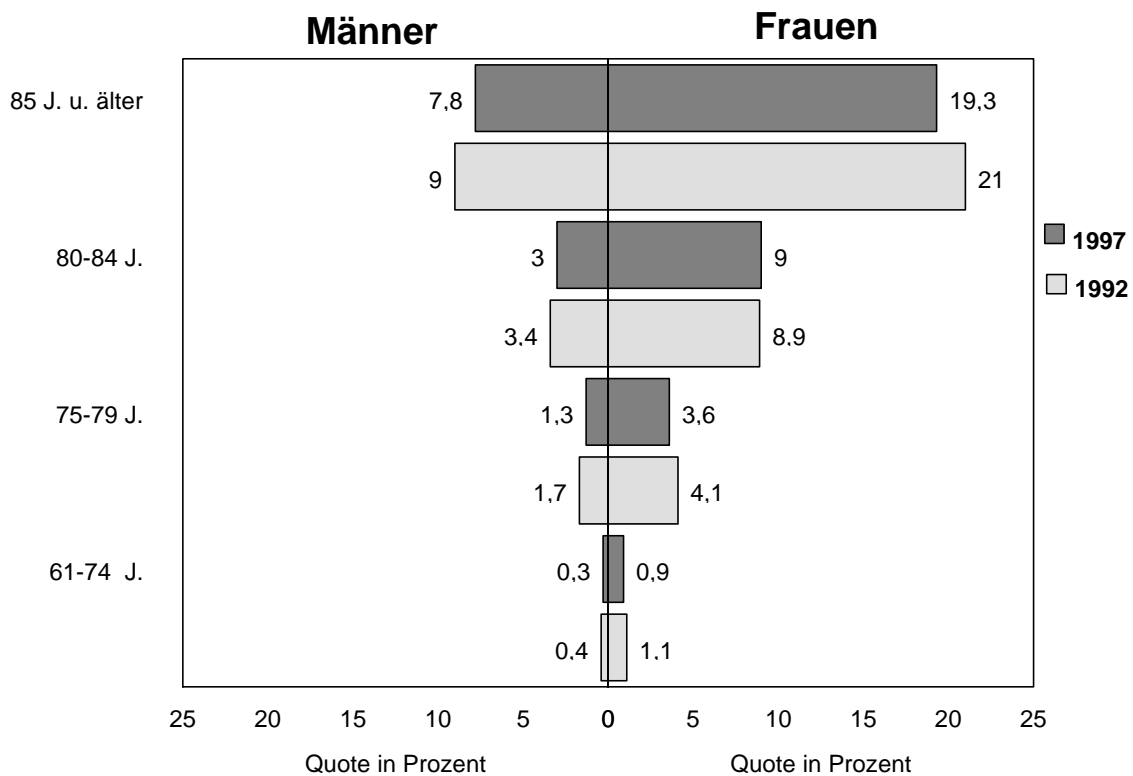
² Da die Angaben nur nach Altersgruppen vorliegen, ist eine Berechnung des Durchschnittsalters nicht möglich.

³ Bislang wurde von einem Anteil von ca. 5% ausgegangen. Die Zahl bezog sich auf die alten Menschen, die unter sogenannten „Anstaltsadressen“ leben. Neben den Bewohner/-innen der Altenheime gehören dazu auch z.B. auch Insassen/Bewohner der Justizvollzugsanstalten, städtischen Unterkünfte, Obdachlosenunterkünfte u.ä.. Siehe: Gesundheit im Alter, Ergebnisse der Befragung in Privathaushalten. Schwerpunktbericht der Münchner Gesundheitsberichterstattung. Landeshauptstadt München Gesundheitsreferat, 1995. Abschnitt 1.2 Strukturdaten, S.17

⁴ Klein, T. et al. 1996.

⁵ In der bundesweiten Untersuchung (Klein et al. 1996) wurden andere Altersgruppen gewählt. Deshalb ist ein Vergleich nach Altersgruppen nicht möglich. Auch in der bundesweiten Untersuchung steigt die Institutionalisierungsquote mit dem Alter stark an. Bei den mindestens 90jährigen beträgt sie 36%.

Abb. 2.1: Anteil der alten Menschen in Heimen der stationären Altenhilfe an der über 60 Jahre alten Wohnbevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht im Vergleich zwischen 1992 und 1997



Quelle: Statistische Amt der Landeshauptstadt München. Eigene Berechnung

2.2 Die Stichprobe der Befragten

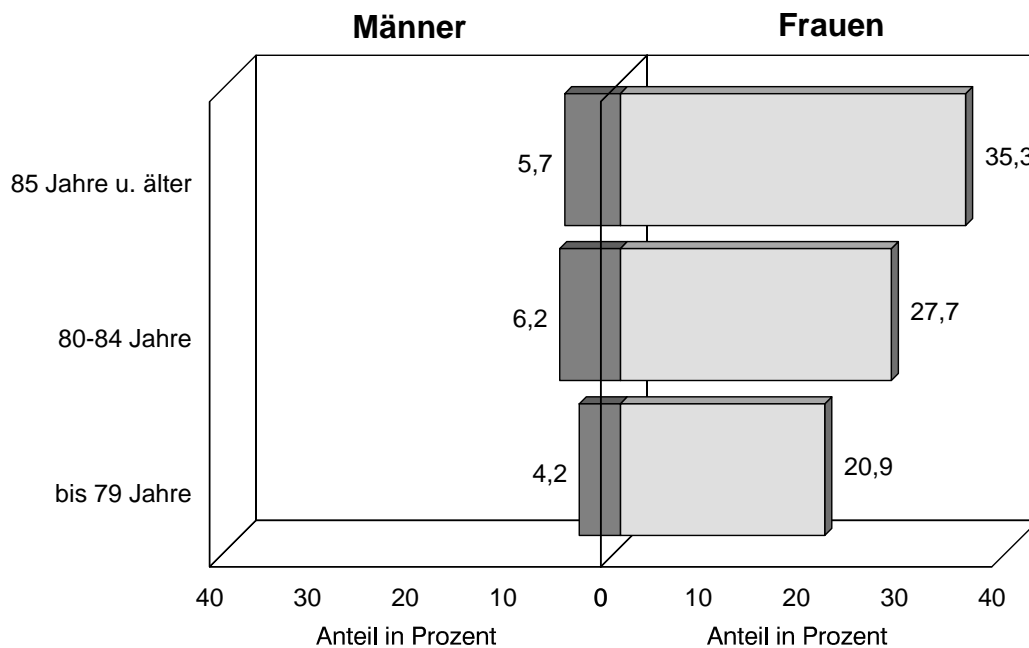
In den für die Befragung zufällig ausgewählten Heimen der stationären Altenhilfe nahmen insgesamt 502 Bewohnerinnen und Bewohner an der Befragung teil. Wenn die nach einem Zufallsverfahren ausgewählten alten Menschen aus gesundheitlichen Gründen selbst nicht dazu Auskunft geben konnten, wurde mit deren Einverständnis eine Bezugsperson befragt.¹ Bei knapp 20% der Befragten wurde das Interview vollständig mit einer Bezugsperson geführt, bei weiteren knapp 9% wurde teilweise eine Bezugsperson einbezogen.

¹ Zur Anlage und Durchführung der Befragung siehe Kap. 7.1.

2.2.1 Alter und Geschlecht der Befragten

Der Frauenanteil beträgt bei den Befragten 84% und entspricht damit in etwa dem Frauenanteil in allen Münchner Heimen (1992: 85%), liegt aber über dem Frauenanteil in der bundesweiten Untersuchung (80%).¹

Abb. 2.2: Verteilung der Befragungspersonen nach Altersgruppen und Geschlecht (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung.

Auch der Hochbetagtenanteil (80 Jahre und älter) von 75% in der Stichprobe entspricht in etwa dem Anteil in der gesamten Münchner Heimbevölkerung von 1992 (73%); auch in der bundesweiten Untersuchung lag dieser Anteil nur wenig niedriger (72%).²

Das Durchschnittsalter der Frauen betrug 82,7 Jahre, das der Männer 82 Jahre. Wie aus Abbildung 2.2 hervorgeht, war gerade ein Viertel der Befragten höchstens 79 Jahre. 41% waren mindestens 85 Jahre alt. Im Vergleich zur gesamten Münchner Heimbevölkerung sind die 80-84jährigen in der Stichprobe überrepräsentiert, die mindestens 85jährigen unterrepräsentiert.

Im Pflegebereich war der Frauenanteil mit 87% höher als im Wohnbereich (82%). Auch das Durchschnittsalter war im Pflegebereich (83,1 Jahre) höher als im Wohnbereich (82,3 Jahre). Von den Befragten im Pflegebereich war fast die Hälfte der Befragten 85 Jahre alt und älter (Wohnbereich: 37%).

¹ Klein, T. et al. 1996.

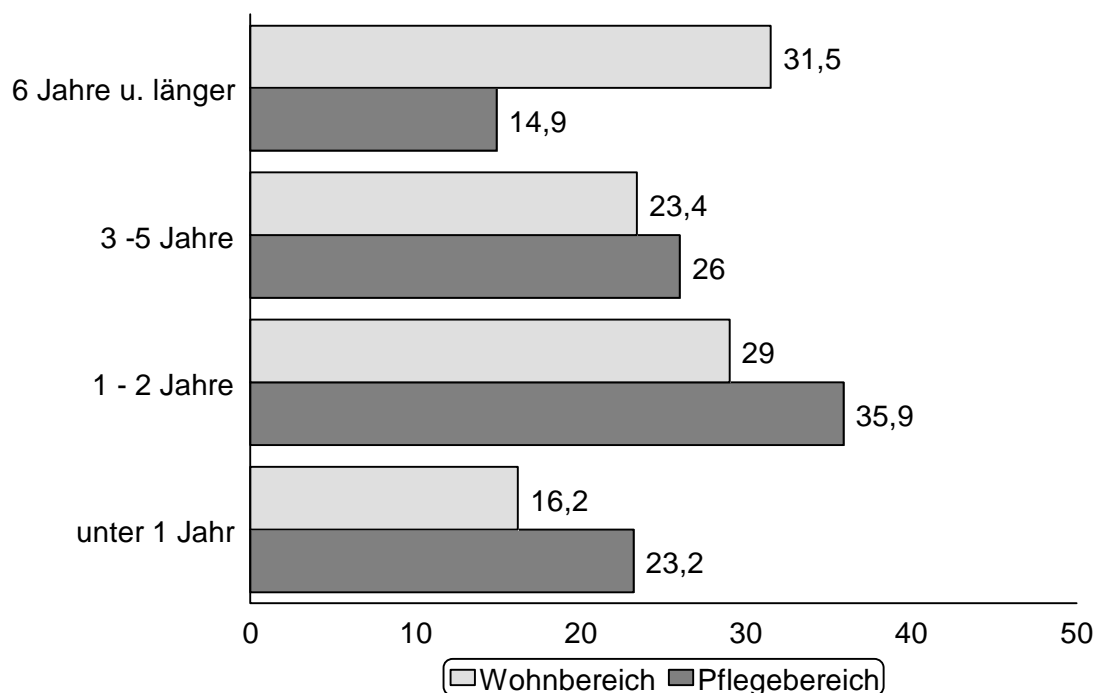
² Klein, T. et al. 1996.

2.2.2 Wohndauer, Wohnsituation und Finanzierung des Heimaufenthalts

2.2.2.1 Wohndauer

- Die Hälfte aller Befragten lebte zum Befragungszeitpunkt maximal zwei Jahre im Heim.
- Etwa jede/r Fünfte (19%) kam 1993 ins Heim, also im Laufe des Jahres, in dem die Befragung stattfand.
- Vergleichsweise viele (14%) lebten schon seit zehn Jahren oder noch länger im Heim.
- Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag bei ca. 4 Jahren.

Abb. 2.3: Jahre seit Heimeintritt nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

Befragte aus dem Wohnbereich waren mit durchschnittlich knapp 5 Jahren länger im Heim als Befragte aus dem Pflegebereich (3 Jahre). Die kürzere Aufenthaltsdauer der Befragten im Pflegebereich zeigt sich auch in Abbildung 2.3. Im Pflegebereich war fast ein Viertel weniger als ein Jahr im Heim, im Wohnbereich waren es gerade 16%. Umgekehrt wohnte fast ein Drittel aus dem Wohnbereich bereits seit mindestens sechs Jahren im Heim, im Pflegebereich waren es 15%. Ob die Bewohnerinnen und Bewohner des Pflegebereichs dort die gesamte Zeit seit ihrem Heimeintritt verbrachten, oder ob sie zuvor auch im Wohnbereich lebten, lässt sich mit den Daten nicht nachprüfen.

2.2.2.2 Wohnsituation

64% aller Befragten waren im Wohnbereich und 36% im Pflegebereich eines Heims untergebracht. Das entspricht auch der Verteilung der Wohn- und Pflegeplätze der befragten Heime.

Zum Zeitpunkt der Befragung waren von allen Befragten

12% der Pflegekategorie Leichtpflege,

14,5% der Pflegekategorie Normalpflege und

10% der Pflegekategorie Schwerstpflege

zugeordnet. Männer (72%) lebten häufiger im Wohnbereich als Frauen (62,5%).

Befragte im Wohnbereich lebten überwiegend in einem Appartement (70%) oder in einem Einzelzimmer (28%). Nur wenige (2%) waren in Mehrbettzimmern untergebracht.¹

Anders sieht es bei den Befragten im Pflegebereich aus. Dort waren die meisten (64%) in einem Mehrbettzimmer untergebracht, 29% in einem Einzelzimmer und 7% in einem Appartement.

Bezogen auf alle Befragten ergibt sich folgendes Bild: Fast die Hälfte aller Heimbewohnerinnen und Heimbewohner lebte in einem Appartement (48%), weniger als ein Drittel lebte in einem Einzelzimmer (28%) und noch jede/r Vierte in einem Mehrbettzimmer (24%).

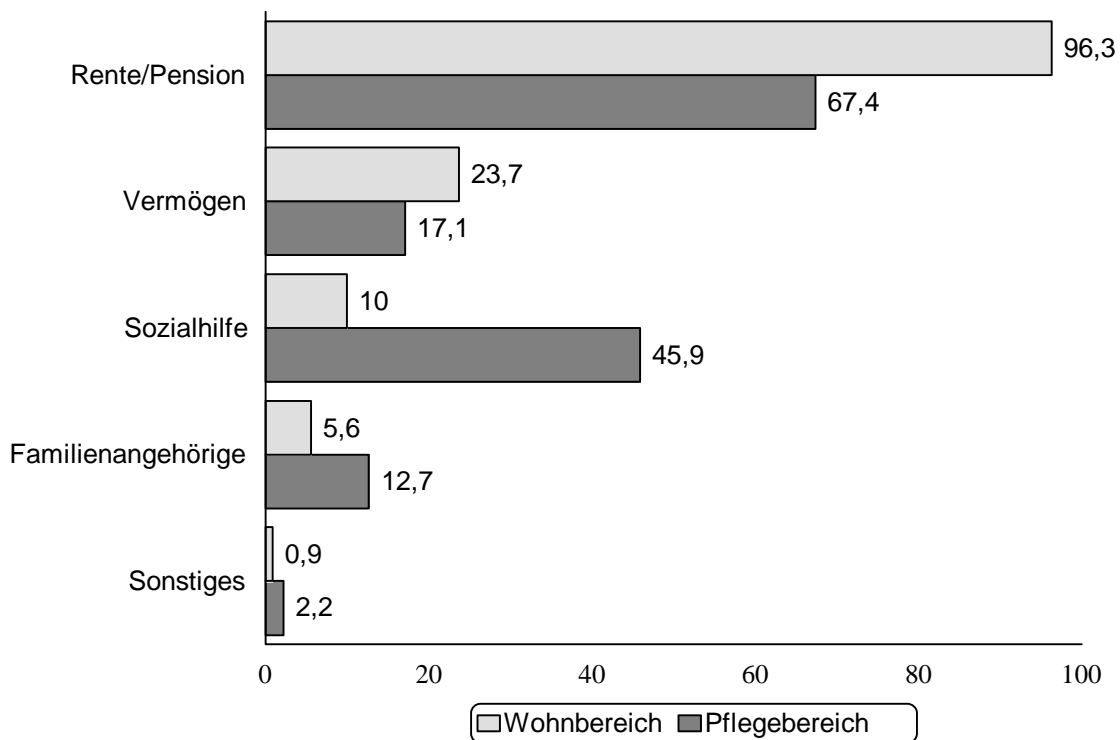
2.2.2.3 Finanzierung des Heimaufenthalts

Bei der Frage, wie die Kosten für das Heim bezahlt werden, wobei Mehrfachnennungen möglich waren, wurde überwiegend die eigene Rente oder Pension (86%) genannt. 23% gaben die Sozialhilfe an, 6,4% aller Befragten nannten die Sozialhilfe als einzige Finanzierungsquelle. Bei 21% wurde das eigene Vermögen herangezogen, 8% wurden von ihren Familienangehörigen unterstützt und etwas über 1% nannten sonstige Beihilfen (z.B. Kriegsopferfürsorge). Bei 11 Personen (2%) war die Art der Finanzierung des Heimaufenthaltes unbekannt.

Deutliche Unterschiede gibt es zwischen Wohn- und Pflegebereich (siehe Abb. 2.4): Die Sozialhilfe zur Finanzierung des Heimaufenthalts wurde viel häufiger von den Befragten angegeben, die in der Pflegeabteilung eines Heimes untergebracht waren (46%), als von Befragten aus dem Wohnbereich (10%). Ebenso wurde die Unterstützung durch Familienangehörige von Befragten im Pflegebereich häufiger genannt (13%). Personen, die bei der Finanzierung des Heimaufenthaltes auf die Unterstützung durch die Sozialhilfe angewiesen sind, ziehen wohl erst dann in ein Heim, wenn bereits eine erhebliche Hilfe- und Pflegebedürftigkeit besteht und somit ein Aufenthalt im Pflegebereich notwendig ist. Ob die Befragungspersonen beim Heimeintritt direkt in den Pflegebereich aufgenommen wurden, oder ob sie zunächst im Wohnbereich untergebracht wurden, wurde nicht erhoben. Weitere Anhaltspunkte können sich aus den Gründen für den Heimeintritt ergeben, die weiter unten untersucht werden.

¹ Dazu gehören auch die Zweibettzimmer.

Abb. 2.4: Art der Finanzierung des Heimaufenthalts nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

2.2.3 Die soziale Situation der Befragten

In Tabelle 2.3 sind die Angaben der Befragten zu ihrer sozialen Situation zusammenfassend dargestellt.

Tab. 2.3: Merkmale der sozialen Situation (Angaben in Prozent)

Merkmale der sozialen Situation	Gesamt	Frauen	Männer	Wohnbereich	Pflegebereich
Anzahl der Befragten (100 %)	502	421	81	321	181
Familienstand					
verwitwet	65,9	69,1	49,9	63,2	70,7
ledig	19,5	21,1	11,1	21,8	15,5
geschieden	6,8	6,2	9,9	6,2	7,7
verheiratet	7,8	3,6	29,6	8,7	6,1

Merkmale der sozialen Situation	Gesamt	Frauen	Männer	Wohnbereich	Pflegebereich
<i>Kinder i. S-Bahnbereich</i>					
keine Kinder	51,9	53,0	46,9	58,3	40,9
ein Kind	32,1	31,6	34,6	29,3	37,0
zwei und mehr Kinder	15,9	15,4	18,5	12,4	22,1
<i>Schulabschluß (nur gültige Angaben)</i>					
Volks-/Hauptschule	55,5	57,2	47,0	50,2	72,4
Mittel-/Realschule	27,5	29,0	19,7	30,4	18,4
(Fach-)Oberschule/ Gymnasium	17,0	13,8	33,4	19,4	9,2
<i>Frühere Stellung im Beruf (nur früher Erwerbstätige)</i>					
Arbeiter/in	21,0	21,9	17,7	15,6	32,3
Angestellte/r	54,4	56,6	45,6	58,2	46,5
Beamter/in	10,3	7,4	21,5	12,2	6,3
Selbständig/Freiberuflich	12,8	12,9	12,7	13,7	11,0
<i>Monatlich verfügbarer Geldbetrag nach Abzug der Heimkosten (nur gültige Angaben)</i>					
unter 100 DM	17,3	17,1	18,5	13,9	23,6
100 bis unter 200 DM	14,7	15,4	11,1	13,5	17,1
200 bis unter 300 DM	29,5	31,8	16,7	21,1	44,7
300 bis unter 500 DM	14,7	15,1	13,0	16,6	11,4
500 bis unter 1000 DM	15,3	14,4	20,4	22,0	3,3
1000 DM und mehr	8,4	6,2	20,4	13,0	0,0

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

2.2.3.1 Familienstand

In Heimen leben fast ausschließlich alleinstehende alte Menschen. In der Befragungsstichprobe sind mehr als zwei Drittel aller Frauen und knapp die Hälfte der Männer verwitwet. Auch der Anteil der Ledigen ist bei den Frauen mit rund 20% fast doppelt so hoch wie bei den Männern. Umgekehrt sind unter den Männern noch sehr viel mehr Verheiratete (30%) als bei den Frauen (4%).

Im Vergleich zu den Ergebnissen der Befragung in Privathaushalten zeigen sich deutliche Abweichungen, die nicht nur auf die unterschiedliche Altersverteilung zurückzuführen sind: Bei den Befragten in Privathaushalten liegt der Anteil der Verheirateten in den Altersgruppen unter 80 Jahren bei insgesamt 59% und geht bei den Hochbetagten (ab 85 Jahren) auf 16% zurück. In den Heimen beträgt der Anteil der Verheirateten bereits in den Altersgruppen unter 80 Jahren insgesamt nur 9% und fällt dann in den höheren Altersgruppen auf 5%.

Verheiratete in Heimen lebten überwiegend mit ihrer Ehepartnerin bzw. ihrem Ehepartner zusammen im selben Appartement (21 Fälle). In 12 Fällen lebt die/der Ehepartner/in noch zu Hause in der Wohnung, in weiteren 5 Fällen im selben Heim im Pflege- oder Wohnbereich.

2.2.3.2 Kinder und Enkelkinder

Knapp 40% aller Befragten hatten keine (noch lebende) Kinder; jeweils ein knappes Drittel aller Befragten hatte ein Kind (31,5%) oder auch mehrere Kinder (29%). Der Anteil der Kinderlosen ist bei den Frauen (42%) höher als bei den Männern (27%), was sich zum Teil aus dem höheren Ledigenanteil bei den Frauen erklärt.

Zusätzlich zu diesen Angaben wurde nach den Kindern und Enkelkindern gefragt, die im S-Bahn-Bereich Münchens leben, also in einer Entfernung, die es ihnen ermöglichen würde, ihre Eltern oder Großeltern noch regelmäßig im Heim zu besuchen.

Bezogen auf alle Befragten in Heimen, hatten 48% ein oder mehrere Kinder in der näheren Umgebung, d.h. im S-Bahn-Bereich, und 12% ein oder mehrere Kinder weiter weg. Von den Befragten mit Kindern hatten 60% auch mindestens ein (Ur-) Enkelkind in der näheren Umgebung.

In der Befragung in Privathaushalten hatten erheblich mehr (62%) alte Menschen ein oder mehrere Kinder in der näheren Umgebung oder lebten mit ihnen zusammen. Der Anteil der Kinderlosen betrug 27%.

In den Heimen zeigen sich außerdem größere Unterschiede zwischen Wohn- und Pflegebereich: Der Anteil der Befragten ohne Kinder in der näheren Umgebung war im Wohnbereich (58%) deutlich höher als im Pflegebereich (41%).¹

¹ Siehe hierzu auch die Ergebnisse zu den Gründen für einen Heimeintritt in Kap. 3.

2.2.3.3 Schulabschluß

Im Vergleich zur Befragung in Privathaushalten ist das Bildungsniveau der Befragten hoch, obwohl das Durchschnittsalter in der Heimstichprobe höher liegt.

Von allen Befragten in Heimen hatten¹

45% einen Volks-/Hauptschulabschluß (Privathaushalte: 62%)

22% die Mittlere Reife (Privathaushalte: 21%)

14% Abitur oder die Fachhochschulreife (Privathaushalte: 7%).

Möglicherweise ist das ein Ergebnis von „Selektionseffekten“. Zum einen steigt die Lebenserwartung mit dem Bildungsniveau an. Zum anderen können für Personen mit einem geringeren Bildungsniveau finanzielle Zugangsbarrieren zum Heim bestehen.

Das Bildungsniveau in der Heimbefragung ist auch im Vergleich zur bundesweiten Untersuchung hoch. Dort hatten mehr als drei Viertel einen Volks- oder Hauptschulabschluß und nur knapp 7% das Abitur oder die Fachhochschulreife.²

Bei relativ vielen Befragten (19%) fehlt die Angabe zum Schulabschluß. In der Regel handelt es sich dabei um Bezugspersoneninterviews mit dem Pflegepersonal, die vor allem im Pflegebereich geführt wurden. Für fast die Hälfte aller Heimbewohnerinnen und Heimbewohner im Pflegebereich (46%) konnte die Frage nach dem Schulabschluß nicht beantwortet werden; im Wohnbereich waren es nur 3%.

Bezogen auf die gültigen Angaben zeigen sich aber in diesem zentralen Indikator der sozialen Lage große Unterschiede zwischen Wohn- und Pflegebereich, die als ein Hinweis auf den niedrigeren sozialen Status von Heimbewohnerinnen und Heimbewohner im Pflegebereich genommen werden müssen.

2.2.3.4 Frühere Erwerbstätigkeit und Stellung im Beruf

Alle befragten Männer und auch die Mehrzahl der Frauen (74%) waren früher erwerbstätig.

Der Anteil der Nie-Erwerbstätigen ist unter den Frauen in Heimen (25%) deutlich höher als in Privathaushalten (14%).³ Dabei zeigt sich ein eindeutiger Alterstrend: Der Anteil der Nie-Erwerbstätigen ist bei den hochbetagten Frauen ab 85 Jahren fast doppelt so hoch (29%) wie bei den unter 80jährigen (15%).

Im Durchschnitt beendeten Frauen im Alter von 55 Jahren, Männer im Alter von 63 Jahren ihre Erwerbstätigkeit.

¹ Die Angaben beziehen sich auf alle Antworten, d.h. einschließlich der „weiß nicht“-Angaben.

² Siehe Klein et al. 1996

³ In der Befragung in Privathaushalten waren ebenfalls alle Männer früher erwerbstätig.

Mehr als die Hälfte der ehemals Erwerbstätigen waren als Angestellte tätig, rund ein Fünftel als Arbeiterin oder Arbeiter. Die Unterschiede zur Befragung in Privat-haushalten sind dabei gering.

Geschlechtsspezifische Unterschiede im beruflichen Status zeigen sich in den höheren Anteilen von Frauen, die als Angestellte oder als Arbeiterin beschäftigt waren, und in dem höheren Anteil an Beamten bei den Männern. Keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich bei den ehemals Selbständigen und freiberuflich Tätigen.

Einige Unterschiede treten dagegen zwischen Wohn- und Pflegebereich auf: Der Anteil der Nie-Erwerbstätigen ist im Pflegebereich (28%) höher als im Wohnbereich (18%). Hinsichtlich der beruflichen Stellung der ehemals Erwerbstätigen ist der Anteil der Arbeiterinnen/Arbeiter im Pflegebereich mit 32% doppelt so hoch wie im Wohnbereich. Umgekehrt ist der Anteil der Angestellten und Beamtinnen/Beamten im Wohnbereich höher. Möglicherweise spielt auch hier die Bezahlbarkeit eines Aufenthaltes eine Rolle.

2.2.3.5 Monatlich verfügbarer Geldbetrag

Bei der Frage, wieviel Geld nach Bezahlung aller Kosten und Auslagen für das Heim monatlich noch zur Verfügung steht, wurden im Durchschnitt DM 375 genannt.¹

Es zeigen sich aber deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen sowie nach Schulbildung und früherer beruflicher Stellung:

- Mit DM 712 verfügten Männer über den 2,3fachen Geldbetrag der Frauen (DM 313).
- Befragte mit (Fach-)Abitur verfügten im Durchschnitt über DM 859, bei Mittlerer Reife waren es DM 405 und bei einem Volks-/Hauptschulabschluß DM 290. Befragte, bei denen die Angabe zum Schulabschluß fehlte, hatten lediglich DM 191 zur Verfügung.
- Ehemalige Beamtinnen und Beamte waren mit DM 634 am besten gestellt. Frühere Angestellte verfügten noch durchschnittlich über DM 461, ehemals Selbständige oder freiberuflich Tätige über DM 297 und frühere Arbeiterinnen/Arbeiter über DM 229. Personen, die nie erwerbstätig waren, waren mit DM 269 sogar noch besser gestellt als frühere Arbeiterinnen oder Arbeiter.

Befragte im Wohnbereich verfügten mit durchschnittlich DM 480 über den 2,6fachen Geldbetrag der Befragten im Pflegebereich (DM 186).

Die Unterschiede in den durchschnittlich verfügbaren Geldbeträgen zeigen sich auch in der Verteilung. 20% der Männer gegenüber nur 6% der Frauen hatten monatlich mindestens DM 1000 zur Verfügung. In den unteren Kategorien (bis unter DM 200) sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen eher gering. Bei den Frauen zeigt sich eine Konzentration auf den Bereich zwischen DM 200 bis unter DM 300; knapp ein Drittel fällt in diese Gruppe.

Fast ein Viertel der Befragten aus dem Pflegebereich hatte nicht einmal DM 100 pro Monat zur Verfügung. Die höheren Einkommenskategorien sind dagegen nur sehr dünn besetzt. Anders ist es im Wohnbereich: hier hatte mehr als ein Drittel der Befragten monatlich mindestens DM 500 zur Verfügung.

¹ Bei 31% fehlte die Angabe. Dabei verteilen sich die Antwortverweigerungen gleichmäßig nach den verschiedenen sozialen Merkmalen, die hier herangezogen wurden.

Die bessere finanzielle Situation der Befragten im Wohnbereich korrespondiert mit den Ergebnissen zur Schulbildung, früheren beruflichen Stellung und zur Art der Finanzierung des Heimaufenthalts. Insgesamt lassen sich die Ergebnisse dahingehend interpretieren, daß im Wohnbereich eines Altenheims im Durchschnitt eher gut situierte, häufig alleinstehende und kinderlose ältere Menschen leben.

2.2.4 Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

2.2.4.1 Aktivitäten des täglichen Lebens

Anhand eine Liste von Aktivitäten bzw. Verrichtungen des täglichen Lebens wurde erfaßt, ob die Befragten diese selbst und ohne Hilfsmittel ohne Schwierigkeiten, nur mit Schwierigkeiten oder überhaupt nicht ausführen können.¹ Die folgende Abbildung zeigt, wie sich die Antworten für Befragte im Wohn- und im Pflegebereich verteilen (s. Abb. 2.5).

Aus nachstehender Abbildung ist die erheblich größere Hilflosigkeit bei der Verrichtung von Alltagsaktivitäten im Pflegebereich ersichtlich. Fast alle Aktivitäten konnten von mindestens der Hälfte der Befragten überhaupt nicht mehr oder bestenfalls mit Schwierigkeiten ausgeführt werden. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten (z.B. Aufräumen, Putzen, Wäsche waschen, Mahlzeiten zubereiten, Einkaufen) oder die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel waren größtenteils überhaupt nicht mehr durchführbar.

Erhebliche Probleme für die Mehrheit der Befragten zeigen sich in den Bereichen, die kognitive Fähigkeiten erfordern: die Regelung finanzieller Angelegenheiten, sich außerhalb des Heims zurechtzufinden und - in geringerem Maße - sich innerhalb des Heims zurechtzufinden.

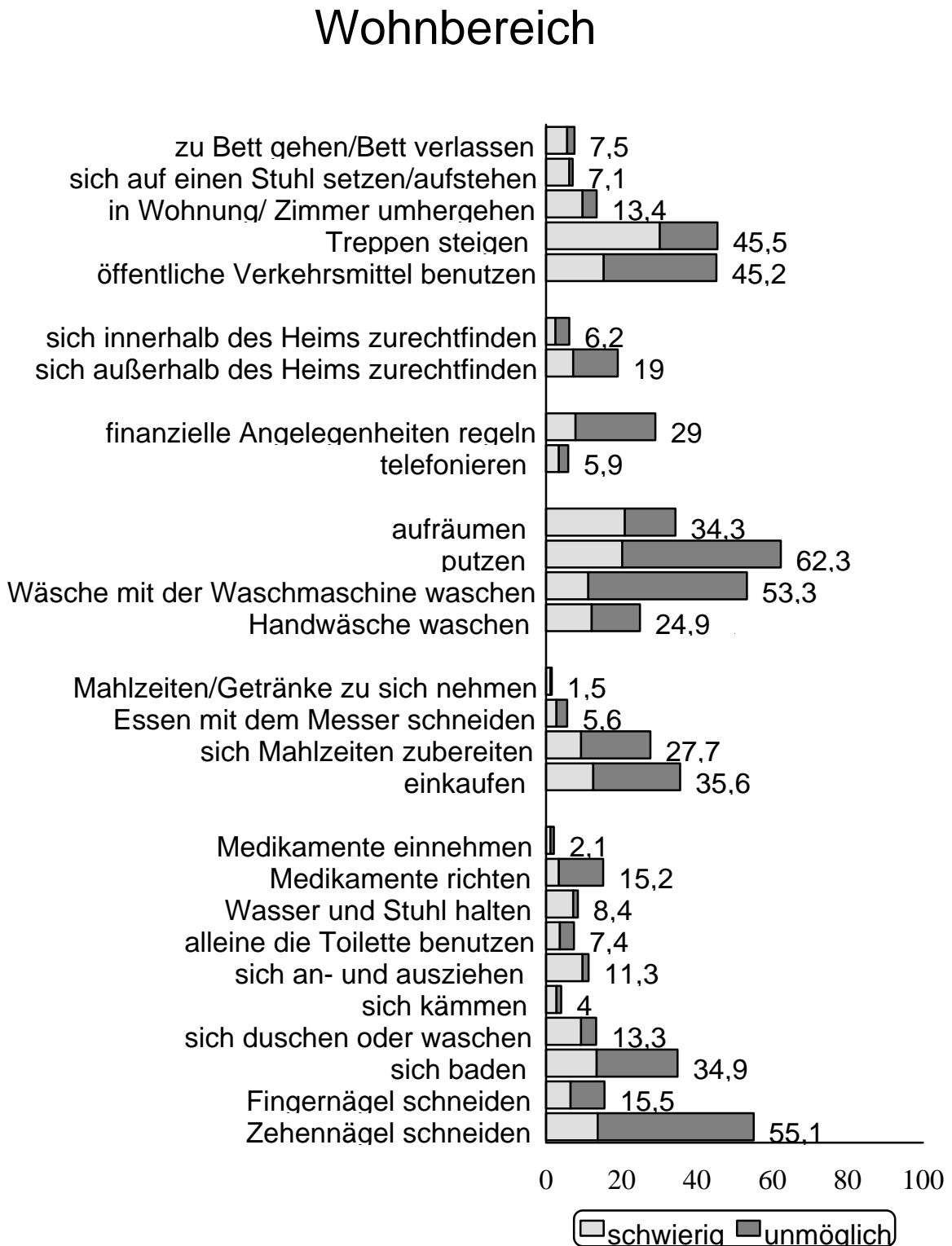
Von starken Einschränkungen der innerhäuslichen Mobilität (zu Bett gehen/das Bett verlassen, sich auf Stuhl setzen/ aufstehen, in der Wohnung/ im Zimmer umhergehen, Treppen steigen) waren jeweils mindestens 60% im Pflegebereich betroffen.

Auch bei Tätigkeiten, die die Körperpflege betreffen, bestand weitgehende Hilflosigkeit. Sich baden, duschen oder waschen war für die meisten alleine nicht mehr möglich, ebenso die Nagelpflege. Die Mehrzahl benötigte Hilfe, um die Toilette zu benutzen. Die Kontrolle über Wasser und Stuhl war für einen erheblichen Anteil ebenfalls nicht mehr gegeben. Ein großer Teil war auch auf Unterstützung beim An- oder Auskleiden angewiesen. Die selbständige Einnahme von Mahlzeiten/ Getränken oder Medikamenten war dagegen für die meisten noch möglich.

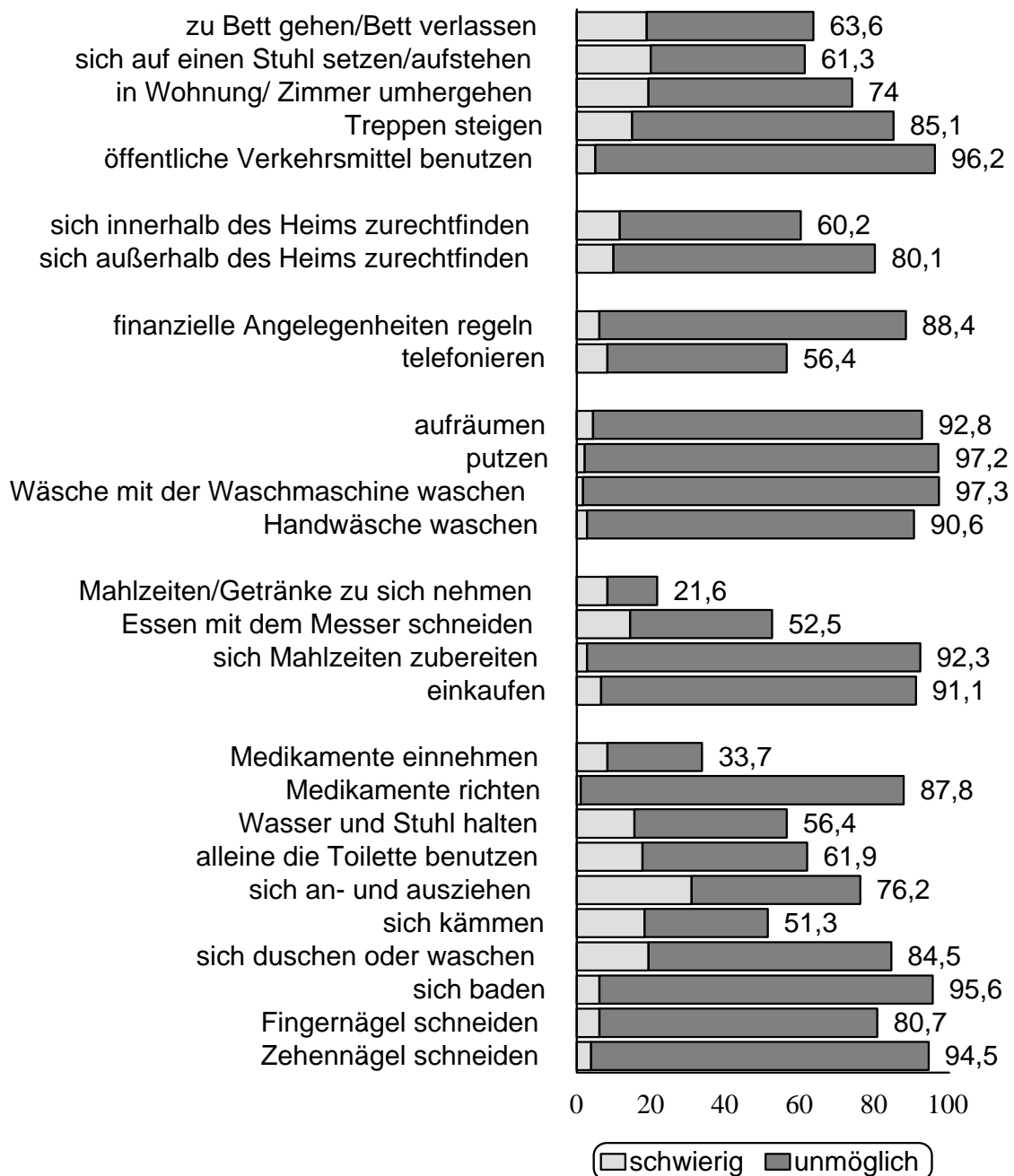
Im Vergleich dazu waren die Befragten aus dem Wohnbereich in vielen Bereichen noch weitgehend selbständig. Größere Beeinträchtigungen zeigen sich im hauswirtschaftlichen Bereich, beim Treppensteigen oder bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Auch bei der Pflege der Zehennägel war ein erheblicher Anteil auf fremde Hilfe angewiesen.

¹ Es wurden 28 Aktivitäten oder Verrichtungen des täglichen Lebens erfaßt („activities of daily living“ = ADL).

Abb. 2.5: Aktivitäten des täglichen Lebens: Anteile der Befragten, die diese ohne fremde Hilfe und ohne Hilfsmittel nur mit Schwierigkeiten bzw. überhaupt nicht ausführen können, nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)



Pflegebereich



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

2.2.4.2 Stufen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

In Anlehnung an das Pflegeversicherungsgesetz wurden Stufen zur Messung des Ausmaßes der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gebildet. Die Zuordnung zu den Stufen erfolgte anhand der Angaben, ob die Befragten einzelne bzw. Kombinationen von Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig ausführen können, oder sie ob dabei auf fremde Hilfe angewiesen sind.¹ Folgende Gruppen werden dabei unterschieden:

- Pflegebedürftige Personen:

Erhebliche Pflegebedürftigkeit

Schwerpflegebedürftigkeit

Schwerstpflegebedürftigkeit

Sowie zusätzlich:

- Hilfebedürftige Personen
- Nicht hilfe- und pflegebedürftige Personen und Personen mit geringfügigen Einschränkungen

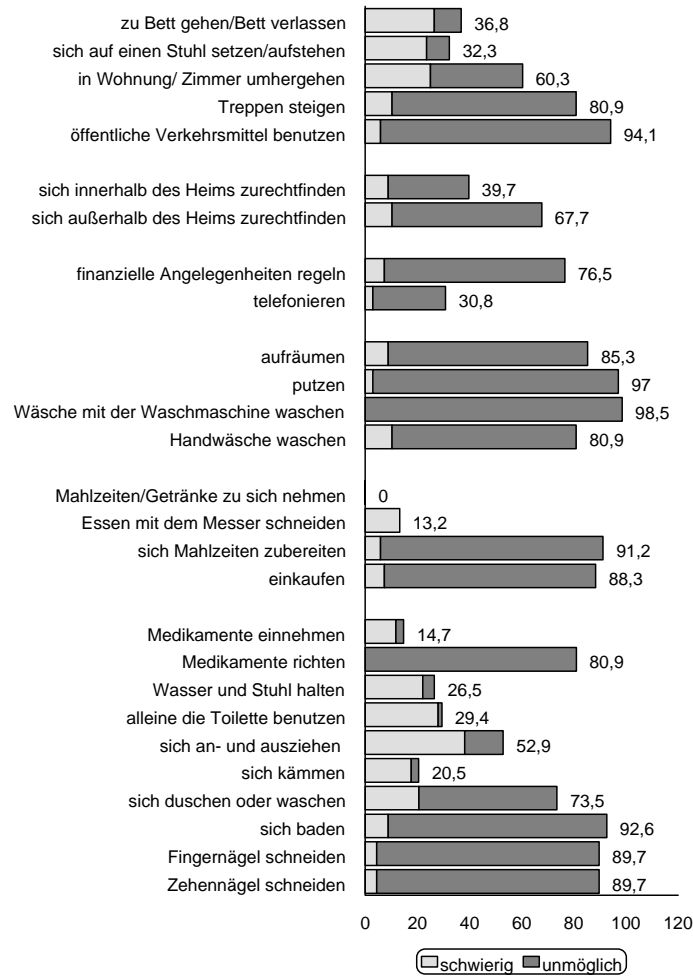
Stufe I: erhebliche Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige der Pflegestufe I sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität *mindestens einmal täglich* der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Bei den erheblich Pflegebedürftigen ist ein vergleichsweise hohes Maß an Selbständigkeit bei der Verrichtung von Basisaktivitäten noch gegeben (s. Abb. 2.6). Auffallend ist der relativ hohe Anteil der Personen, die sich außerhalb des Heims nicht mehr alleine zurechtfinden oder ihre finanziellen Angelegenheiten nicht mehr alleine regeln können, was auf kognitive Beeinträchtigungen hinweist. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten können, wie auch bei den beiden folgenden Stufen, nicht mehr oder nur zu einem geringen Teil selbst verrichtet werden.

¹ Zur Bildung der Gruppen siehe ausführlich Kap. 7.2.1.

Abb. 2.6: Aktivitäten des täglichen Lebens: Anteil der Befragten mit **erheblicher Pflegebedürftigkeit**, die diese ohne fremde Hilfe und ohne Hilfsmittel nur mit Schwierigkeiten bzw. überhaupt nicht ausführen können (Angaben in Prozent)



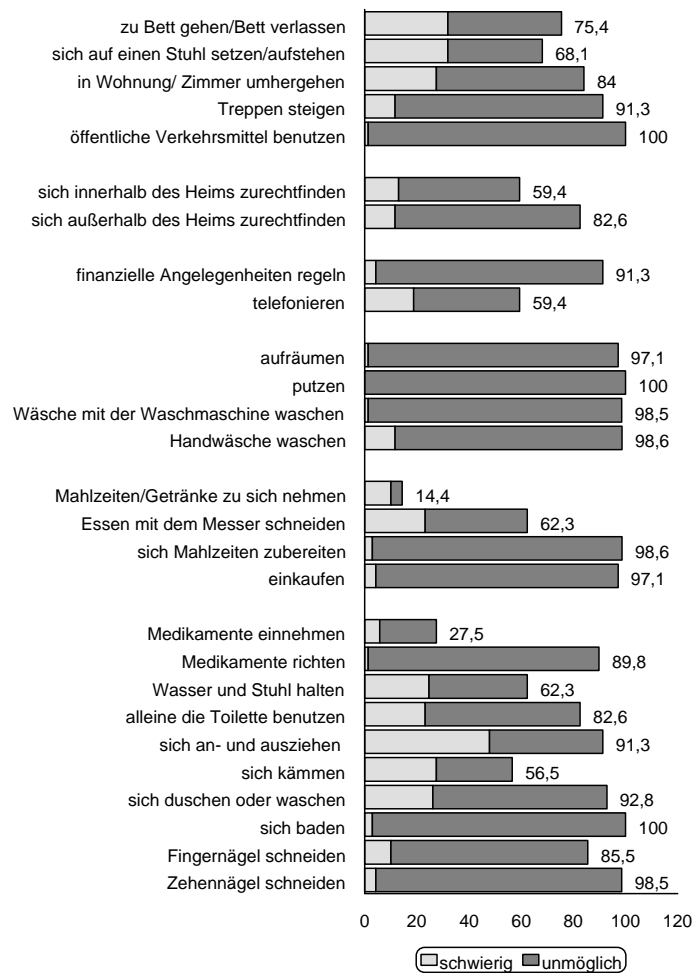
Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Stufe II: Schwerpflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige der Pflegestufe II sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität *mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten* der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Schwerpflegebedürftige können häufig noch einige wenige Basisaktivitäten alleine bewältigen, z.B. Mahlzeiten und Getränke zu sich nehmen (s. Abb. 2.7). Eine Teilgruppe findet sich auch noch im Heim zurecht und kann telefonieren. Einige weitere Tätigkeiten können, wenn auch mit Schwierigkeiten oder mit Unterstützung, ebenfalls noch ausgeführt werden.

Abb. 2.7: Aktivitäten des täglichen Lebens: Anteil der Befragten mit **Schwerpflegebedürftigkeit**, die diese ohne fremde Hilfe und ohne Hilfsmittel nur mit Schwierigkeiten bzw. überhaupt nicht ausführen können (Angaben in Prozent)



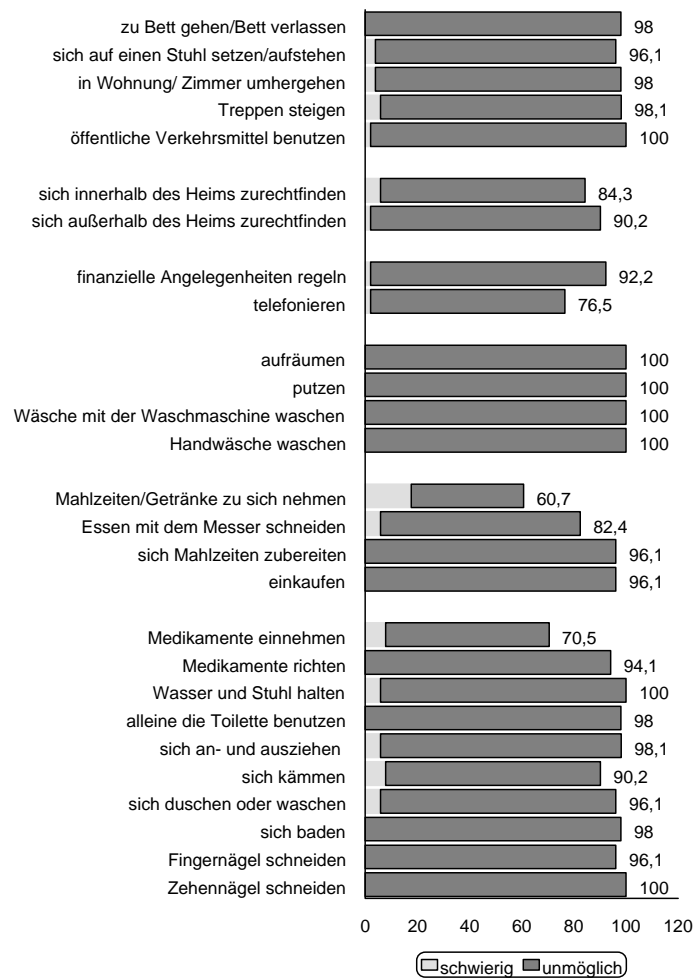
Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Stufe III: Schwerstpflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige der Pflegestufe III sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität *täglich rund um die Uhr*, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Schwerstpflegebedürftige sind bei fast allen Verrichtungen vollständig auf die Hilfe anderer angewiesen (s. Abb. 2.8).

Abb. 2.8: Aktivitäten des täglichen Lebens: Anteil der Befragten mit **Schwerstpflegebedürftigkeit**, die diese ohne fremde Hilfe und ohne Hilfsmittel nur mit Schwierigkeiten bzw. überhaupt nicht ausführen können (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

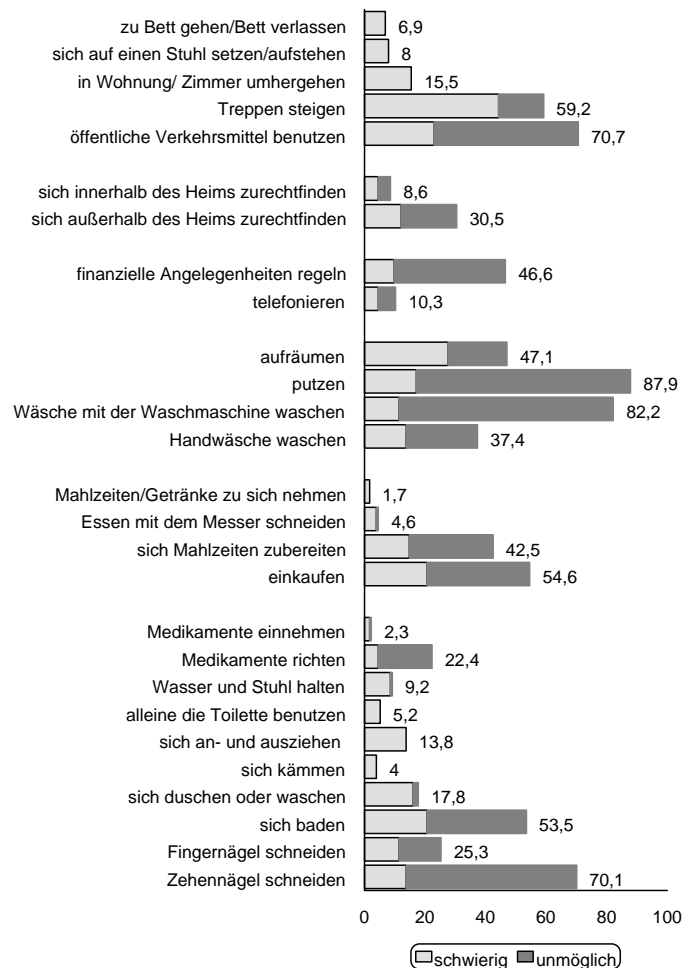
Zusätzlich wurden folgende Stufen gebildet:

Hilfebedürftigkeit:

Als hilfebedürftig gelten hier die Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität im häuslichen Umfeld weitestgehend selbständig sind, jedoch einzelne oder mehrere Tätigkeiten aus den Bereichen Hauswirtschaft oder außerhäusliche Mobilität nur mit Schwierigkeiten oder überhaupt nicht ausführen können oder sich alleine nicht mehr zurechtfinden können. Diese Personengruppe ist im Leistungsrecht (Pflegeversicherungsgesetz) nicht definiert.

Hilfebedürftige sind im wesentlichen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und bei Aktivitäten außer Haus eingeschränkt (s. Abb. 2.9). Ansonsten ist in dieser Gruppe eine weitgehende Selbständigkeit noch vorhanden.

Abb. 2.9: Aktivitäten des täglichen Lebens: Anteil der Befragten mit Hilfebedürftigkeit, die diese ohne fremde Hilfe und ohne Hilfsmittel nur mit Schwierigkeiten bzw. überhaupt nicht ausführen können (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Personen mit geringfügigen Einschränkungen:

Eine selbständige Lebensführung ist in allen Bereichen möglich. Einzelne Aktivitäten können jedoch nur mit Schwierigkeiten ausgeführt werden.

Nicht hilfe- und pflegebedürftige Personen:

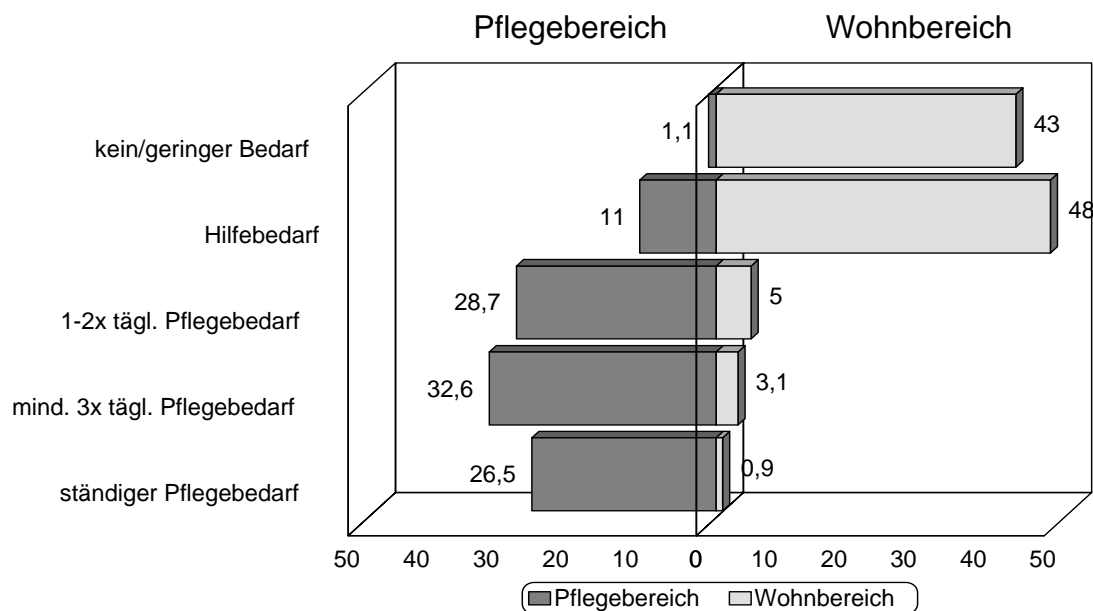
Es bestehen keinerlei Beeinträchtigungen bei der Bewältigung des Alltagslebens. Alle Aktivitäten können ohne Schwierigkeiten ausgeführt werden.

Die beiden letztgenannten Gruppen werden in der weiteren Ergebnisdarstellung zusammengefaßt.

Eine direkte Vergleichbarkeit der hier getroffenen Zuordnung zu den Stufen I bis III mit der Zuordnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) auf der Grundlage des Pflegeversicherungsgesetzes ist nicht gegeben. Die Begutachungskriterien des MDK lassen sich über den eingesetzten Fragebogen nicht nachbilden und waren im übrigen zum Befragungszeitpunkt noch nicht endgültig festgelegt.

Wie sich die Befragten auf die hier gebildeten Stufen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nach **Wohn- und Pflegebereich** verteilen, ist in folgender Abbildung festgehalten (Abb. 2.10).

Abb. 2.10: Verteilung auf die Hilfe- und Pflegebedürftigkeitsstufen nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

Im Wohnbereich war ein erheblicher Anteil der Befragten überhaupt nicht oder nur geringfügig hilfe- und pflegebedürftig (43%). Am häufigsten bestand Hilfebedürftigkeit (48%). Pflegebedürftig war nur ein geringer Teil von insgesamt 9%.¹ Im Pflegebereich zeigt sich erwartungsgemäß ein völlig anderes Bild. Insgesamt 88% der Befragten waren pflegebedürftig, weitere 11% hilfebedürftig. Lediglich 1% (2 Befragte) war nur geringfügig eingeschränkt.

Die Vergleichswerte für die ältere **Bevölkerung in Privathaushalten** zeigen ein völlig anderes Bild, wobei die hier verwendeten Kriterien zugrunde gelegt wurden.²

66,6%	waren bei der Verrichtung von Alltagsaktivitäten überhaupt nicht eingeschränkt.
20,6%	hatten zwar bei einzelnen Aktivitäten des Alltagslebens Schwierigkeiten, diese alleine ausführen, waren aber nicht auf fremde Hilfe angewiesen.
10,2%	waren aufgrund ihrer Einschränkungen hilfebedürftig.
2,6%	waren pflegebedürftig, darunter:
0,7%	erheblich pflegebedürftig,
1,4%	schwerpflegebedürftig und
0,5%	schwerstpflegebedürftig.

Nach wie vor sind wir bei der Bestimmung des Hilfe- und Pflegebedarfs auf Schätzungen aus Bevölkerungsbefragungen angewiesen. Umfassende und verlässliche Ergebnisse der **Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)** sind derzeit weder für den stationären, noch für den ambulanten Bereich in München verfügbar.³

Für die Heime der Münchenstift gGmbH wurden im Herbst 1996 erste Zahlen veröffentlicht.⁴ Von den Antragstellern, die als pflegebedürftig eingestuft wurden, waren 15% (141 Bewohner/innen) der Pflegestufe I zugeordnet, 46% (428 Bewohner/innen) der Pflegestufe II und 38% (355 Bewohner/innen) der Pflegestufe III. Dabei handelt es sich allerdings nur um die positiv begutachteten Fälle. Wieviel Bewohnerinnen und Bewohner überhaupt einen Antrag zur Begutachtung gestellt hatten und wieviel davon nicht anerkannt wurden, ist nicht bekannt.

¹ In einigen Altenheimen und Altenwohnheimen besteht die Möglichkeit zur Pflege im Wohnbereich. Siehe auch Kap. 1.1.

² Diese Angaben weichen von der Darstellung in dem vom Gesundheitsreferat 1995 veröffentlichten Bericht „Gesundheit im Alter - Ergebnisse der Befragung alter Menschen in Privathaushalten“ ab. Dort wurden die Stufen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Anlehnung an ein von Infratest entwickeltes Pflegeintervallmodell gebildet. Das Pflegeintervallmodell weicht jedoch von der Definition der Pflegebedürftigkeit gemäß dem Pflegeversicherungsgesetz in einigen Punkten wesentlich ab. Auch wurde sowohl der allgemeine Hilfebedarf, wie auch der Pflegebedarf alter Menschen nach dem Pflegeintervallmodell niedriger eingeschätzt. Zu Vergleichszwecken wurden die Stufen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nach dem hier angewendeten Verfahren neu berechnet.

³ Das Sozialreferat hat eine Untersuchung mit dem Ziel in Auftrag gegeben, die Daten des MDK für die Postleitzahlenbezirke in München auszuwerten. Zum Zeitpunkt der Drucklegung des vorliegenden Berichts lagen noch keine veröffentlichbaren Ergebnisse vor.

⁴ Siehe Münchner Rathaus Umschau vom 13.09.1996.

Erste Ergebnisse der MDK-Begutachtungen im stationären Bereich liegen auch auf Bundesebene und nach MDK-Regionen vor.¹ Bis zum Stichtag 31.05.1996 lag die Erstbegutachtung von rund 80% der Antragstellerinnen und Antragstellern vor. Für Bayern bzw. das gesamte Bundesgebiet ergaben sich folgende Pflegestufenempfehlungen:

	Bayern	Bundesgebiet
Pflegestufe I	20,7%	19,9%
Pflegestufe II	32,7%	31,4%
Pflegestufe III	30,7%	24,2%
Nicht pflegebedürftig	15,9%	24,5%

Aus den Zahlen werden einige doch recht bedeutsame Unterschiede ersichtlich: In Bayern wurde im Vergleich zum Bundesdurchschnitt häufiger die Pflegestufe III empfohlen; gleichzeitig lag der Anteil derjenigen, die als nicht pflegebedürftig eingestuft wurden erheblich niedriger. Teilweise werden dafür soziodemographische Faktoren verantwortlich gemacht, ebenso könnten aber auch unterschiedliche Ermessensspielräume in den einzelnen MDK-Regionen eine Rolle spielen.²

Festzuhalten bleibt aber, daß die relativ große Gruppe der Hilfebedürftigen nach den gesetzlichen Bestimmungen keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat. Legt man die Münchner Einwohnerzahlen von 1992 und die hier angewendeten Kriterien zur Bildung der Gruppe der Hilfe- und Pflegebedürftigen zugrunde, wären das in Privathaushalten bei einem Anteil von 10% rund 25.300 Betroffene, in Heimen bei einem Anteil von ca. 35% rund 3.300 Betroffene. Das bedeutet zugleich, daß die meisten Hilfebedürftigen (88%) zu Hause lebten.

Rechnet man die Zahlen für die Pflegebedürftigen hoch, so lebten 1992 rund 3.600 Pflegebedürftige in Heimen und rund 6.600 in Privathaushalten. Auch Pflegebedürftige wurden überwiegend, nämlich zu fast zwei Dritteln, zu Hause versorgt. Welche Gründe für einen Übertritt in ein Heim bzw. für ein Verbleiben im Privathaushalt ausschlaggebend sind, wird im folgenden Kapitel eingehend untersucht.

¹ Nakielski, H.: Jeder vierte Heimbewohner ohne Leistungen der Pflegekasse. In: Pro ALTER 1/96. S. 8 - 12.

² Pick, P.: Erfahrungen aus der Begutachtungspraxis des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in der stationären Pflege. In: NVD 9/1996. S. 296 - 298.

3 Daheim oder ins Heim? - Gründe für den Heimeintritt

3.1 Alte Menschen zu Hause: Gedanken an einen Umzug ins Heim¹

Weitaus die Mehrheit der Menschen möchte ihr Alter lieber zu Hause verbringen als in einem Heim. Das bestätigte sich auch in den Ergebnissen der Befragung alter Menschen in Münchner Privathaushalten. Auf die Frage, ob sie für später den Eintritt in eine "Wohneinrichtung für Ältere" planen, antworteten 33% der über 60jährigen Befragten, das käme für sie gar nicht in Frage, und 34%, das hätten sie noch nicht überlegt. Nur 21% hatten dergleichen bereits in Erwägung gezogen, und 4% sagten, sie hätten dies wohl irgendwann vor; 7% waren bereits in einer solchen Einrichtung angemeldet.

Die Bereitschaft, sich mit einem möglichen späteren Übertritt in ein Altenheim auseinanderzusetzen, hängt sowohl von der Lebenssituation als auch von der gesundheitlichen Lage ab (s. Tab. 3.1).² So waren jeweils rund 40% der Hochbetagten (80 Jahre und älter), der Alleinlebenden und der Befragten ohne Kinder im S-Bahn-Bereich, d.h. in der näheren Umgebung, bereit, sich mit einem Heimeintritt zu befassen. Ebenso konnten sich 37% der multimorbiden Befragten, die an mindestens fünf verschiedenen Krankheiten litten, einen Heimaufenthalt vorstellen. Auffallend ist, daß von den zu Hause lebenden Befragten sich vor allem Hilfebedürftige (40%) und weniger regelmäßig Pflegebedürftige (24%) mit der Frage eines Heimeintritts beschäftigten.³ Vermutlich liegt das daran, daß die Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden können, ihre Hilfenetzwerke haben, während Hilfebedürftige noch häufiger auf sich alleine gestellt sind.

Festzuhalten bleibt die überwiegend ablehnende Haltung gegenüber einem Umzug ins Heim. Auch bei bestehenden Versorgungsdefiziten (Erhalt von pflegerischen Hilfen zu selten oder gar nicht) zogen insgesamt über 40% der Hilfe- und Pflegebedürftigen ein Leben zu Hause vor.

Durch den Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen seit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes konnten in der Gruppe der Pflegebedürftigen Versorgungsdefizite abgebaut werden, nicht jedoch in der Gruppe der Hilfebedürftigen. Von dieser Gruppe konnten sich in der Befragung von 1992 noch 40% einen Umzug in ein Heim bzw. in eine Wohneinrichtung für Ältere vorstellen. Die Auswertung der Befragung in Privathaushalten hat zudem gezeigt, daß ambulante Pflegedienste die Hilfe von Angehörigen zumeist nicht ersetzen, sondern nur ergänzen können. Die Angehörigenhilfe wurde durch das Pflegeversicherungsgesetz gestärkt. Pflegebedürftige ohne nahe Angehörige bleiben aber auf stationäre Einrichtungen angewiesen.

¹ Die folgenden Ergebnisse sind im wesentlichen aus der Arbeit: „Zur Gesundheit alter Menschen in Haushalten und Heimen. Bericht über Vergleiche von Ergebnissen zweier Befragungen alter Menschen in München.“ Untersuchung im Auftrag des Gesundheitsreferats der Landeshauptstadt München. GFS-medis, Neuherberg, 1996. Bearbeitung durch W. Satzinger, A. Mielck und K. Hoppe.

² Zu der Gruppe derjenigen, die einen Heimeintritt geplant oder erwogen hatten, zählen die Befragten, die einen Heimeintritt in Erwägung gezogen hatten, dies irgendwann mal vorhätten oder bereits angemeldet waren. Das sind 32% (N = 551) der insgesamt 1742 Befragten in Privathaushalten. Sämtliche der in Tab. 3.1 aufgeführten Merkmale wirken sich hochsignifikant auf die Heimeintrittsbereitschaft aus.

³ Zur Definition des Hilfe- und Pflegebedarfs siehe Kap. 2.2.4.

Tab. 3.1: Heimeintrittsbereitschaft, Lebenslage und gesundheitliche Situation (Angaben in Prozent)¹⁾

Merkmale der Lebenslage und der gesundheitlichen Situation	Heimeintritt geplant oder erwogen? Ja
<i>Alter</i>	
unter 80 Jahre	29,5
80 Jahre und älter	40,7
<i>Alleinlebend</i>	
ja	40,1
nein	26,7
<i>Kinder im S-Bahn-Bereich</i>	
kein Kind	40,3
mindestens ein Kind	27,2
<i>Zahl der Krankheiten</i>	
bis zu vier	28,0
fünf und mehr	37,2
<i>Hilfe- und Pflegebedürftigkeit</i>	
kein bzw. geringer Bedarf	31,3
Hilfebedürftigkeit	40,0
Pflegebedürftigkeit	23,9

¹⁾ Befragung alter Menschen in Privathaushalten.

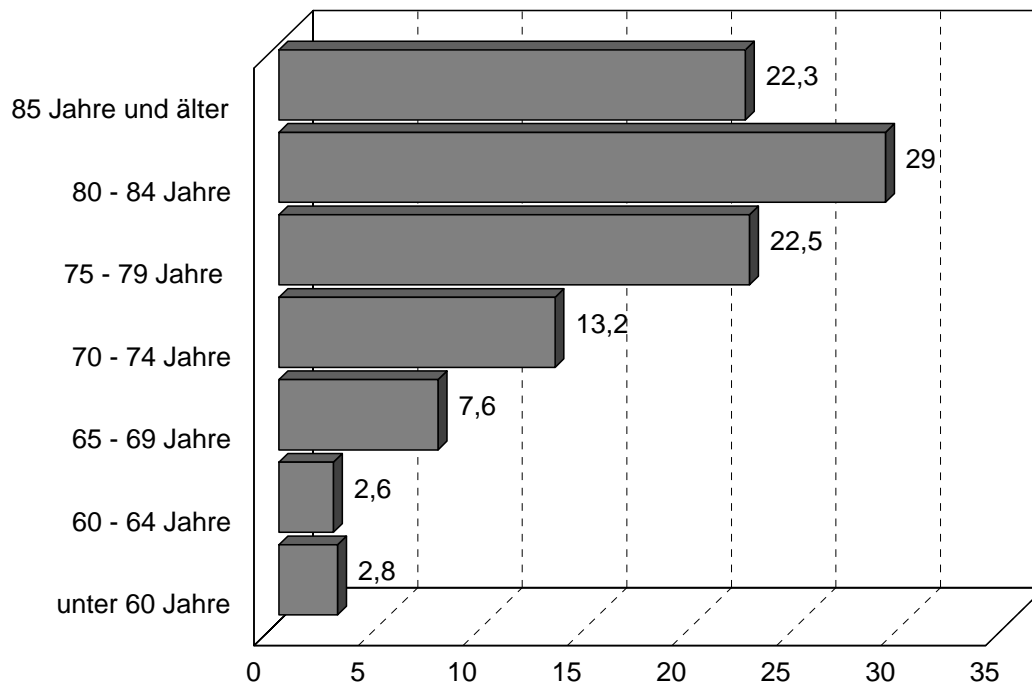
Quelle: Gesundheitsreferat. Berechnungen von GSF-medis.

3.2 Alte Menschen in Heimen: Die Situation beim Eintritt ins Heim

3.2.1 Alter beim Heimeintritt

Das durchschnittliche Alter beim Eintritt ins Heim lag bei 78,4 Jahren. Die Verteilung nach Eintrittsaltersgruppen ist in Abbildung 3.1 festgehalten.

Abb. 3.1: Alter beim Heimeintritt (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

Aus der Abbildung ist erkennbar, daß die Befragten erst ab einem Alter von 75 Jahren in nennenswertem Umfang ins Heim eintraten. Ein Eintritt ins Heim in einem Alter unter 65 Jahren war eher selten.¹

¹ Da nicht bekannt ist, in welchen Bereich die Befragten eingetreten sind, wird nicht nach Wohn- und Pflegebereich getrennt ausgewertet.

3.2.2 Lebenssituation vor dem Heimeintritt

Die meisten Befragten lebten vor dem Heimeintritt zu Hause (93%). 7% waren zuvor in einem anderen Heim.¹

Von den Befragten, die von zu Hause kamen, lebten zwei Drittel zuvor alleine, weitere 17% mit der Ehepartnerin bzw. dem Ehepartner, 14% mit Familienangehörigen und 1% mit sonstigen Personen zusammen. Es zeigen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede:

- Frauen lebten vor dem Heimeintritt überwiegend alleine (72%); relativ wenige lebten mit Familienangehörigen (15%) oder mit dem Ehepartner (11%).
- Die Hälfte (49%) der Männern lebte dagegen vor dem Eintritt mit der Ehepartnerin zusammen, 38% waren zuvor alleine und nur 6% kamen aus einer Lebensgemeinschaft mit Familienangehörigen.

3.2.3 Gründe für den Heimeintritt

Als Gründe² für den Heimeintritt gaben die Befragten am häufigsten Probleme mit dem Gesundheitszustand (53%) oder Versorgungsschwierigkeiten (50%) an, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.³ Veränderungen der Lebenssituation (z.B. Krankheit oder Tod der Ehepartnerin/des Ehepartners) oder familiäre oder persönliche Probleme (z.B. Konflikte mit Familienangehörigen oder Einsamkeit bei Alleinlebenden) wurden von jeweils 19% der Befragten genannt. Seltener waren Vorsorgeaspekte (5%) oder andere Gründe (9%), z.B. die Wohnsituation (Kündigung der Wohnung, ungünstige Wohnverhältnisse u.a.).

Wurde der Gesundheitszustand genannt (265 Fälle), handelte es sich im einzelnen um folgende Probleme (Mehrfachnennungen):

- 78% gaben eine Verschlechterung des Gesundheitszustands an,
- 23% nannten das Auftreten einer neuen Erkrankung,
- 14% hatten einen Unfall oder Sturz,
- 2% litten unter Verwirrtheit/Demenz.

¹ Frauen (8%) kamen etwas häufiger aus einem anderen Heim als Männer (4%). Ebenso waren Befragte, die beim Eintritt bereits mindestens 85 Jahre alt waren, häufiger zuvor in einem anderen Heim (13%) als jüngere Befragte (6%). Von den 37 Personen, die zuvor in einem anderen Heim untergebracht waren, kamen die meisten aus dem Wohnbereich eines Altenheims oder aus dem Altenwohnheim (29 Fälle). Sechs Personen waren zuvor bereits in der Pflegeabteilung eines anderen Heims bzw. in einem Pflegeheim.

² An den Gründen dürfte sich seit der Befragung im Prinzip nichts geändert haben. Durch den Ausbau der ambulanten Versorgungsstruktur ist aber anzunehmen, daß eine Verschärfung der Problemlagen eingetreten ist.

³ Gesundheits- und Versorgungsprobleme wurden auch in der bundesweiten Untersuchung mit 56% als häufigste Gründe für den Heimeintritt genannt (Klein et al. 1996).

Bei Versorgungsschwierigkeiten (249 Fälle) handelte es sich im einzelnen um folgendes (Mehrfachnennungen):

- 79% konnten sich nicht mehr alleine versorgen,
- 27% wurden pflegebedürftig,
- 10% kamen auf Veranlassung anderer Personen (z.B. Arzt, Familienangehörige) oder zur Entlastung von Angehörigen ins Heim.

Wurden zwei oder mehr Gründe genannt (35%), handelte es sich in drei Viertel aller Fälle um Probleme mit dem Gesundheitszustand in Verbindung mit Versorgungsschwierigkeiten.

In Tabelle 3.3 werden die von den Befragten angegebenen Gründe für den Heimeintritt im Zusammenhang mit Merkmalen ihrer Lebens- und Versorgungssituation aufgezeigt.

Bei allen Befragten und insbesondere bei den Befragten, die mit 85 Jahren oder später ins Heim eingezogen sind, standen Probleme mit dem Gesundheitszustand und Versorgungsschwierigkeiten im Vordergrund. Andere Gründe wurden eher bei einem jüngeren Eintrittsalter genannt, wobei deutlich mehr Männer als Frauen Gründe angaben, die mit einer Veränderung ihrer Lebenssituation zusammenhängen.

Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der **Lebensform** vor dem Heimeintritt:

- Zuvor Alleinlebende nannten am häufigsten Versorgungsschwierigkeiten, gefolgt von Problemen mit dem Gesundheitszustand. Andere Gründe waren von geringerer Bedeutung.
- Befragte, die vorher mit ihrer Ehepartnerin oder ihrem Ehepartner zusammengelebt hatten, machten überwiegend Veränderungen ihrer Lebenssituation geltend (v.a. Krankheit oder Tod der Partnerin/des Partners). Probleme mit dem Gesundheitszustand spielten ebenfalls eine große Rolle. In dieser Gruppe wurden aber vergleichsweise selten Versorgungsschwierigkeiten genannt. Häufiger waren dagegen Vorsorgeaspekte für einen Heimeintritt ausschlaggebend.
- Befragte, die vorher mit Familienangehörigen zusammenlebten, nannten zwar am häufigsten Gesundheits- und Versorgungsprobleme. Dazu kommen Schwierigkeiten im Zusammenleben mit anderen, die ebenfalls relativ häufig genannt wurden.

Befragte, die zuvor in einem anderen Heim lebten, nannten vorrangig gesundheitliche Gründe und Versorgungsschwierigkeiten. Da die meisten aus einem Wohnheim bzw. aus dem Wohnbereich eines Altenheims kamen, ist anzunehmen, daß sie dort bei zunehmender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nicht mehr angemessen versorgt werden konnten.

Tab. 3.3: Gründe für den Heimeintritt nach Merkmalen der Lebens- und Versorgungssituation (Angaben in Prozent, Fallzahlen in Klammern; Mehrfachnennungen)

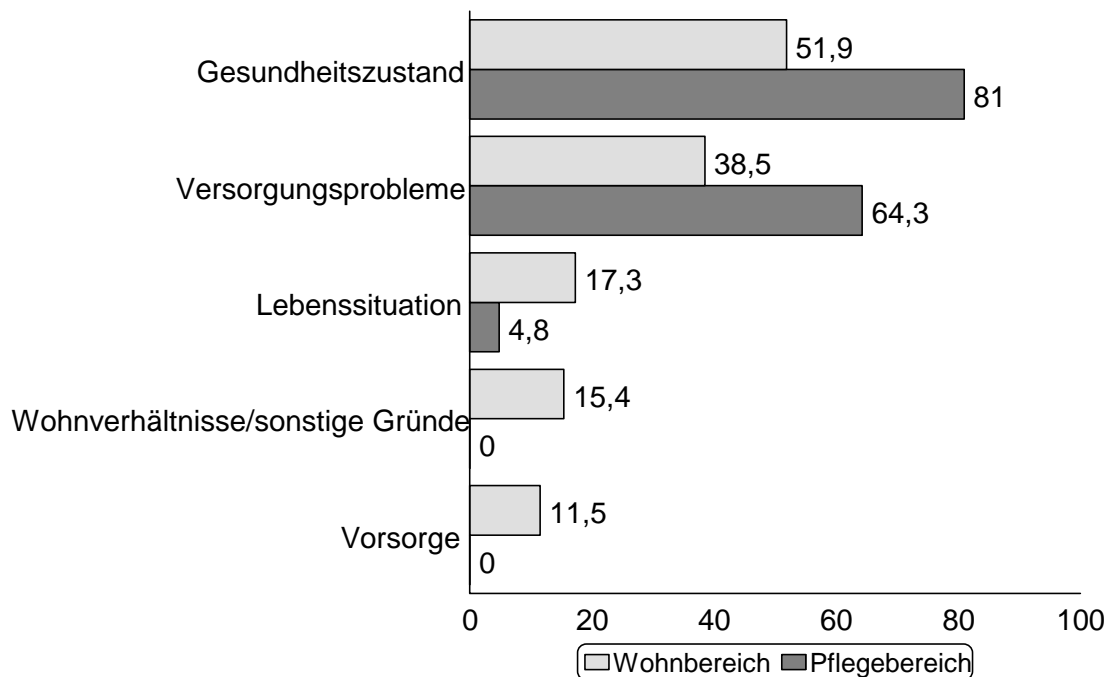
Merkmale	Gesundheitszustand	Versorgungsschwierigkeiten	Veränderung der Lebenssituation	Vorsorge	Sonstige Gründe
Geschlecht:					
Frauen	54,2	49,2	17,1	4,8	8,8
Männer	45,7	51,9	30,9	7,4	8,6
Eintrittsalter:					
bis 69 Jahre	49,2	33,9	24,6	6,2	13,9
70 - 74 Jahre	50,0	40,9	15,2	7,6	13,6
75 - 79 Jahre	51,8	41,2	29,0	7,0	7,0
80 - 84 Jahre	48,3	51,7	15,2	4,8	10,3
85 Jahre u. älter	63,4	69,6	14,3	1,8	2,7
Lebensform¹ :					
Alleine	53,9	56,1	10,7	4,5	9,7
Mit Ehepartner/in	43,0	24,1	50,6	13,9	7,6
Mit Familienangehörigen	47,6	44,4	28,6	0,0	6,4
Wo vorher gelebt?					
Zu Hause	51,4	48,8	19,8	5,4	9,0
Anderes Heim	70,3	59,5	13,5	2,7	5,4
Gesamt	52,8	49,6	19,3	5,2	8,8
<i>Basis: 502 Befragte (100%)</i>	(265)	(249)	(97)	(26)	(44)

¹⁾ 8 Personen lebten mit anderen Personen zusammen, bei 5 Personen war die frühere Lebensform unbekannt. Aufgrund der geringen Fallzahl sind diese in der Tabelle nicht dargestellt.

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Die Gründe für den Eintritt in den **Wohn- oder in den Pflegebereich** eines Heims werden hier nur für die Befragten untersucht, die im Laufe von 1993 in ein Heim eintraten.¹ Dabei wird angenommen, daß die meisten Befragten direkt in den Wohnbereich oder in den Pflegebereich aufgenommen wurden und somit ein unmittelbarer Bezug zwischen den Heimeintrittsgründen und der Unterbringungsform besteht. Bei denen, die schon länger im Heim waren, ist ein eventueller Wechsel vom Wohn- in den Pflegebereich nicht auszuschließen, so daß für eine nicht angebbare Zahl von Befragten die Gründe für den Heimeintritt nicht mit der Wohnform zum Befragungszeitpunkt korrespondieren.

Abb. 3.3: Gründe für den Heimeintritt nach Wohn- und Pflegebereich für die Befragten, die 1993 ins Heim eintraten (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

Befragte aus dem Pflegebereich nannten nahezu ausschließlich gesundheitliche Probleme und/oder Versorgungsschwierigkeiten als Gründe für den Heimeintritt. Nur sehr vereinzelt wurden auch Probleme im Zusammenhang mit der Lebenssituation angegeben. Für Befragte aus dem Wohnbereich gelten diese Gründe in weitaus geringerem Maße. Andere Gründe waren ebenfalls von Relevanz, so daß sich hier ein breiter gestreutes Bild zeigt.

¹ 1993 kamen insgesamt 94 Befragte neu in ein Heim. 52 Befragte lebten zum Befragungszeitpunkt im Wohnbereich und 42 im Pflegebereich.

3.2.4 Krankenhausaufenthalte vor dem Eintritt ins Heim

Insgesamt 28% aller Befragten waren laut Selbstauskunft in einem Krankenhaus und/oder in einer Rehabilitationsklinik, bevor sie in das Heim kamen.

In den Auswertungen fiel auf, daß diese Nennungen mit zunehmender Dauer des Heimaufenthaltes abnehmen. Fast die Hälfte der Personen (49%), die im Laufe von 1993 im Heim aufgenommen wurden, gab einen stationären Aufenthalt vor dem Heimeintritt an. Bei einer Aufenthaltsdauer von ein bis zwei Jahren waren es noch 30%, bei drei bis fünf Jahren 25%. Nur noch 14% der Befragten, die seit mindestens sechs Jahren im Heim lebten, nannten einen vorherigen stationären Aufenthalt. Möglicherweise spielen hier Erinnerungslücken der Befragten bzw. deren befragte Bezugspersonen eine Rolle oder ein vorhergehender stationärer Aufenthalt wird nicht oder nicht mehr in einem zeitlichen Zusammenhang mit dem Heimeintritt gesehen.

Als relativ valide können dagegen die Angaben der 1993 ins Heim eingetretenen Befragten gelten: Demnach hatte **rund die Hälfte vor dem Übertritt in ein Heim einen stationären Aufenthalt** in einem Krankenhaus und/ oder Rehabilitationsklinik:¹

39% waren nur im Krankenhaus,

6% waren im Krankenhaus und in einer Rehabilitationsklinik und

3% waren nur in einer Rehabilitationsklinik.

Deutliche Unterschiede zeigen sich zwischen Befragten aus dem Wohn- und Pflegebereich. Von den Befragten, die 1993 ins Heim eintraten, waren

- 67% aus dem Pflegebereich und
- 35% aus dem Wohnbereich

zuvor in einem Krankenhaus und/oder in einer Rehabilitationsklinik. Hieraus erwachsen hohe Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung im Heim.

Dieses Ergebnis macht deutlich, daß die Zusammenarbeit der Krankenhäuser und Heime für die Versorgung pflegebedürftiger, alter Menschen von großer Bedeutung ist.

¹ Ob die Befragten direkt aus dem Krankenhaus oder der Rehabilitationsklinik ins Heim kamen, ist nicht bekannt. Auf jeden Fall wird der stationäre Aufenthalt im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Eintritt ins Heim gesehen.

4 Merkmale der Lebenssituation im Heim

Hier werden verschiedene Bereiche untersucht, die die Lebenssituation und die Lebensqualität der befragten Bewohnerinnen und Bewohnern in Münchener Alten- und Pflegeheimen beschreiben. Im einzelnen handelt es sich um folgende Themen:¹

1. Ernährungssituation
2. Aktivitäten
3. Soziale Kontakte
4. Hilfe- und Unterstützungsleistungen
5. Zufriedenheit mit der Lebenssituation.

4.1 Ernährungssituation

4.1.1 Nahrungsmittel und Getränke

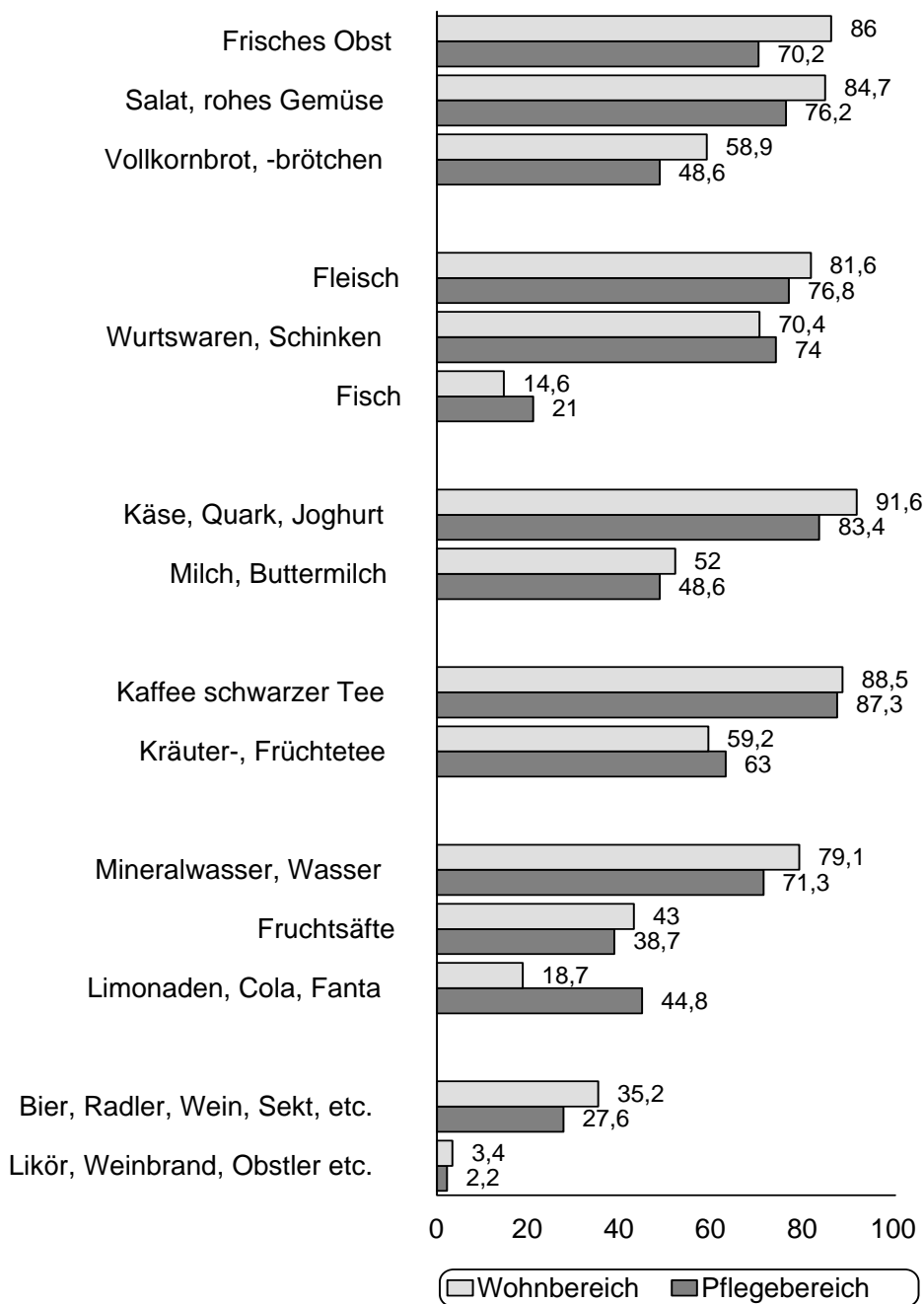
In der Befragung wurden die Nahrungsmittel und Getränke erfaßt, die die Befragten in den letzten zwei Tagen zu sich genommen haben. Damit läßt sich ein Eindruck gewinnen, wie ausgewogen und abwechslungsreich die Ernährung in Alten- und Pflegeheimen ist.

Die Ernährung gestaltete sich im Wohnbereich etwas abwechslungsreicher als im Pflegebereich. Fast alle Nahrungsmittel und Getränke wurden häufiger genannt. Das liegt wahrscheinlich auch daran, daß Befragte aus dem Wohnbereich sich öfter Mahlzeiten manchmal (45%) oder immer (3%) selbst zubereiten. Hier erhielt etwa jede/r zweite alle Mahlzeiten vom Heim. Im Pflegebereich war das so gut wie immer (97%) der Fall.

Sowohl im Wohn- als auch im Pflegebereich ist die Ernährung für die Mehrzahl der Befragten als insgesamt eher gesund und ausgewogen einzustufen (s. Abb. 4.1). Die Anzahl der Nennungen zu „gesunden“ Nahrungsmitteln liegt aber im Pflegebereich zum Teil erheblich unter der Anzahl der Nennungen aus dem Wohnbereich. Umgekehrt heißt das, daß im Pflegebereich 51% der Befragten kein Vollkornbrot bzw. -brötchen, 30% kein frisches Obst, 24% keinen Salat oder kein rohes Gemüse und 17% keinen Käse, Quark oder Joghurt während der letzten zwei Tage zu sich genommen hatten.

¹ Einige Ergebnisse zur Lebenssituation der Befragten in Heimen wurden bereits in Kapitel 2.2 behandelt. Im einzelnen sind das die Art der Unterbringung, die Art der Finanzierung des Heimaufenthalts und der monatlich verfügbarer Geldbetrag.

Abb. 4.1: Nahrungsmittel und Getränke während der letzten zwei Tage nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Überwiegend wurden Kaffee bzw. schwarzer Tee oder Wasser bzw. Mineralwasser getrunken. Beim Konsum von alkoholischen Getränken war der Unterschied zwischen Wohn- und Pflegebereich relativ gering. Gut jede/r Dritte im Wohnbereich und mehr als jede/r Vierte im Pflegebereich hatte während der letzten zwei Tage Bier, Radler, Wein oder Sekt getrunken. Das sind fast so viele Nennungen wie zu Fruchtsäften.

4.1.2 Flüssigkeitsaufnahme

Die Gefahr der Austrocknung ist im hohen Alter besonders hoch, insbesondere bei hilfe- und pflegebedürftigen Personen, die auf Unterstützung bei der Bereitstellung von Getränken wie auch bei der Flüssigkeitsaufnahme angewiesen sind. Auch bei inkontinenten Personen besteht die Gefahr zu wenig zu trinken, um ein „Malheur“ zu vermeiden. Schließlich läßt mit dem Alter das Durstgefühl nach, so daß zwar subjektiv ausreichend, objektiv aber zu wenig getrunken wird. Als Mindestbedarf gelten wenigstens eineinhalb, besser zwei Liter Flüssigkeit am Tag.

In der Befragung wurde nach den aufgenommenen Flüssigkeitsmengen vom Vortag gefragt.¹ Als **ausreichend** gelten Flüssigkeitsmengen von

- ein bis zwei Litern, wenn gleichzeitig Obst und/oder Gemüse gegessen wurde,
- zwei Litern und mehr.

Flüssigkeitsmengen unter einem Liter gelten generell als zu wenig.

Ein erheblicher Anteil der Befragten, nämlich 26% aus dem Wohnbereich und 36% aus dem Pflegebereich, hatte demnach keine ausreichende Flüssigkeitsversorgung. Differenziertere Auswertungen zeigen, daß im **Wohnbereich** die Flüssigkeitsaufnahme sowohl mit der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, als auch mit der psychischen Gesundheit zusammenhängt:

- Von den nicht-hilfe- oder pflegebedürftigen Befragten tranken 19% zu wenig, von den hilfe- oder pflegebedürftigen Befragten waren es 31,5%.
- 23% der Befragten, die als „psychisch gesund“ oder höchstens als „psychisch auffällig“ eingestuft wurden, tranken zu wenig; bei Befragten mit einer depressiven oder dementiellen Symptomatik waren es 39%.²

Bei Befragten aus dem **Pflegebereich** zeigen sich diese Zusammenhänge nicht. Unabhängig von der Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit oder der psychischen Gesundheit war die Flüssigkeitszufuhr bei mehr als einem Drittel unzureichend.

Im Vergleich dazu war die Flüssigkeitsversorgung der Befragten aus **Privathaushalten** besser, obwohl auch hier Probleme festgestellt wurden. Bei insgesamt rund 10% war die Flüssigkeitsaufnahme zu gering, wobei sich ein Anstieg mit dem Alter zeigt: 21% der mindestens 85jährigen Frauen und rd. 12% der mindestens 80jährigen Männer tranken zu wenig. Trotzdem war die Flüssigkeitsversorgung von Hochbetagten in Privathaushalten insgesamt besser als von Bewohnerinnen und Bewohnern in Heimen.

¹ Die Flüssigkeitsmengen wurden von den Befragten mit Hilfe der dafür geschulten Interviewerinnen und Interviewer nach folgenden Vorgaben geschätzt: bis zu 1 Liter, 1 bis unter 2 Liter, 2 Liter und mehr.

² Zu den psychiatrischen Krankheitsbildern siehe Kap. 6.

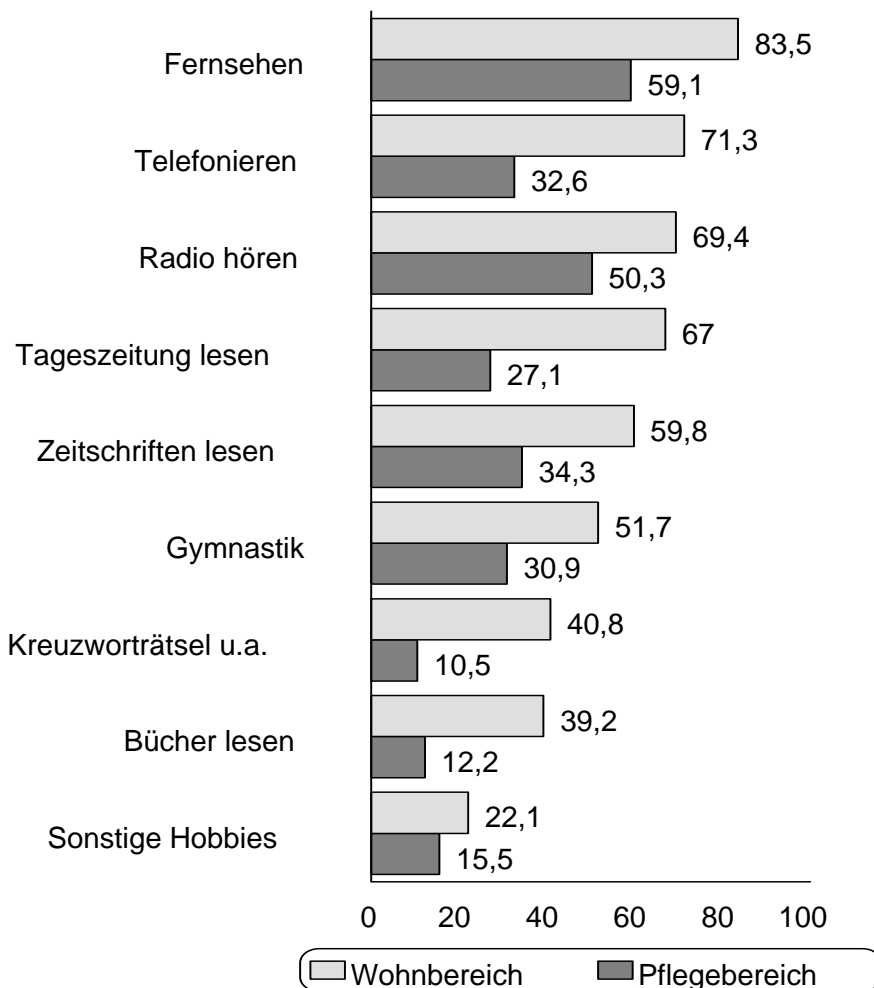
4.2 Aktivitäten

Zur Darstellung des Aktivitätenspektrums wurde in der Befragung erhoben, womit sich die Bewohnerinnen und Bewohner tagsüber im Heim beschäftigen, welche Beschäftigungsangebote seitens des Heims sie wahrnehmen bzw. gerne wahrnehmen würden, aber aus gesundheitlichen Gründen nicht können, und was sie tun, wenn sie das Heim verlassen.

4.2.1 Beschäftigungen im Heim

Die folgende Abbildung zeigt den Anteil der Beschäftigungen, die die Heimbewohner mindestens einmal pro Woche ausüben.

Abb. 4.2: Beschäftigungen im Heim: Angaben der Befragten über Tätigkeiten, die mindestens einmal wöchentlich ausgeübt werden, nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Die Nutzung von Medien stand bei den Beschäftigungen tagsüber im Heim an erster Stelle (siehe Abb. 4.2). Fernsehen, Radio hören, Tageszeitungen und Zeitschriften lesen gehörten zu den Aktivitäten, die von der Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Wohnbereich mindestens einmal wöchentlich ausgeübt wurden. Ebenso häufig telefonierten über 70%

mit ihren Verwandten oder Freundinnen/Freunden. Für gut die Hälfte gehörten Gymnastik und körperliche Übungen zum regelmäßigen Tages- oder Wochenablauf.¹

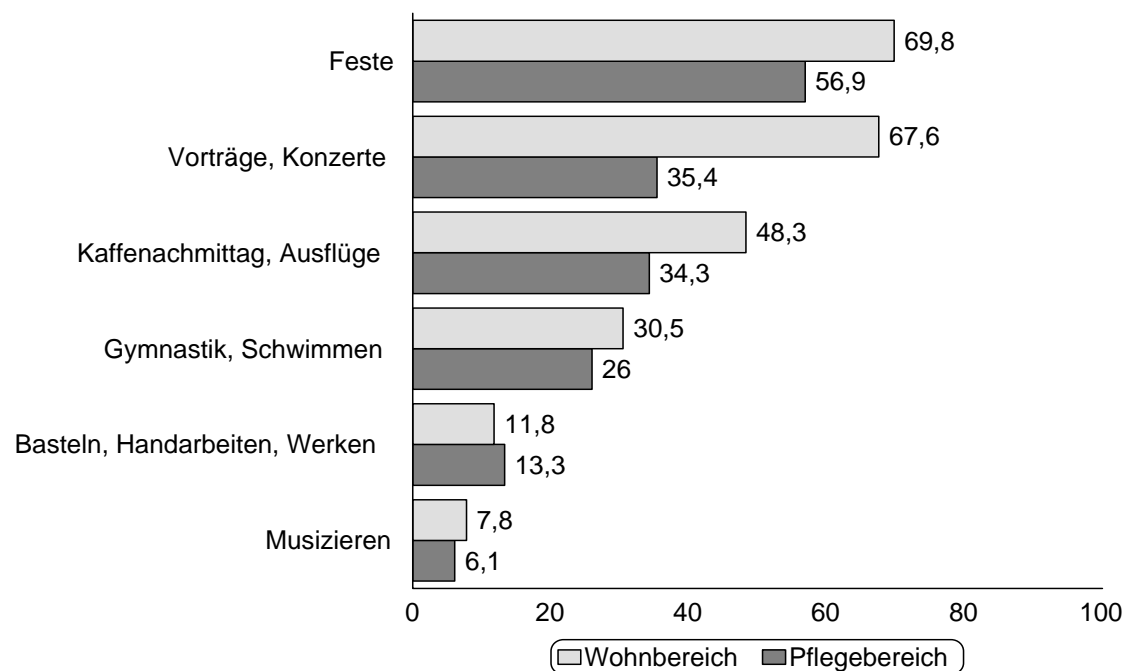
Das Spektrum an Aktivitäten der Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Pflegebereich war viel eingeschränkter. Im Vordergrund standen eher passive Beschäftigungen wie Fernsehen und Radio hören. Andere Tätigkeiten, die mehr geistige und/oder körperliche Voraussetzungen erfordern, wurden nur noch von einem verhältnismäßig geringen Teil ausgeübt.

4.2.2 Wahrnehmung von Beschäftigungsangeboten der Heime

Die meisten der seitens der Heime angebotenen Beschäftigungsmöglichkeiten wurden von den Befragten aus dem Wohnbereich häufiger wahrgenommen.

Sowohl im Wohn- als auch im Pflegebereich waren Feste und Vorträge oder Konzerte am beliebtesten. Auch Kaffeenachmittage außerhalb des Heims oder Ausflüge wurden gerne in Anspruch genommen, Möglichkeiten zur Gymnastik oder zum Schwimmen bereits deutlich seltener. Angebote zum Basteln, Handarbeiten, Werken oder Musizieren wurden eher wenig genutzt.

Abb. 4.3: Angaben der Befragten über die Wahrnehmung von Beschäftigungsangeboten im Heim nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung

Die Wahrnehmung von Beschäftigungsangeboten hängt einerseits von den Angeboten im Heim,¹ andererseits vom Interesse der Bewohnerinnen und Bewohner und auch von ihren

¹ Gefragt wurde: „Womit beschäftigen Sie sich tagsüber?“ Antwortvorgaben für die Häufigkeit der Aktivitäten waren „(fast) jeden Tag“, „mindestens einmal pro Woche“, „seltener“ und „nie“. Bei den vorgegebenen Kategorien bestand die Möglichkeit zu Mehrfachantworten.

körperlichen und geistigen Fähigkeiten ab. Deshalb wurde auch erfaßt, welche der Angebote die Befragten gerne nutzen würden, es aber aus gesundheitlichen Gründen nicht können. Befragte aus dem Pflegebereich waren erwartungsgemäß stärker eingeschränkt als Befragte aus dem Wohnbereich. Aus dem Pflegebereich würde immerhin fast jede/r Fünfte gerne an Angeboten zum Basteln, Handarbeiten oder Werken und fast jede/r Siebte an Kaffeemittagen teilnehmen, sagte aber, daß sie/er das nicht kann. Insgesamt sind die Anteile aber relativ gering. Wenn Angebote nicht wahrgenommen wurden, geschah dies überwiegend aus mangelndem Interesse.

4.2.3 Verlassen des Heims²

Die meisten Befragten aus dem Wohnbereich gingen während der vergangenen vier Wochen täglich (50%) oder mehrmals die Woche (28%) aus dem Heim, 10% hatten das Heim aber seit mindestens einem Monat nicht mehr verlassen.³ Ganz anders sieht es bei den Befragten aus dem Pflegebereich aus: Gerade mal 6 % verließen das Heim täglich und 15% mehrmals wöchentlich, 47% waren seit mindestens einem Monat nicht mehr draußen. Das hängt eng damit zusammen, ob die Heimbewohnerinnen und Bewohner dabei auf Hilfe angewiesen sind. Die meisten Befragten aus dem Wohnbereich (72%) konnten das Heim alleine ohne weiteres verlassen, umgekehrt konnten die meisten Befragten aus dem Pflegebereich (75%) das Heim nur in Begleitung verlassen.

Die Personen, die manchmal oder immer auf eine Begleitung beim Verlassen des Heims angewiesen waren, wurden gefragt, wer das normalerweise ist (s. Abb. 4.4).⁴

Verwandte wurden sowohl im Wohn- wie auch im Pflegebereich am häufigsten als Begleitpersonen genannt. Mitbewohnerinnen bzw. Mitbewohner und Bekannte, Freunde oder Freundinnen nannten Befragte aus dem Wohnbereich ebenfalls relativ häufig, Befragte aus dem Pflegebereich jedoch kaum. Im Pflegebereich sind die Bewohnerinnen und Bewohner beim Verlassen des Heims überwiegend auf die Begleitung durch Angehörige oder durch das Pflegepersonal angewiesen.

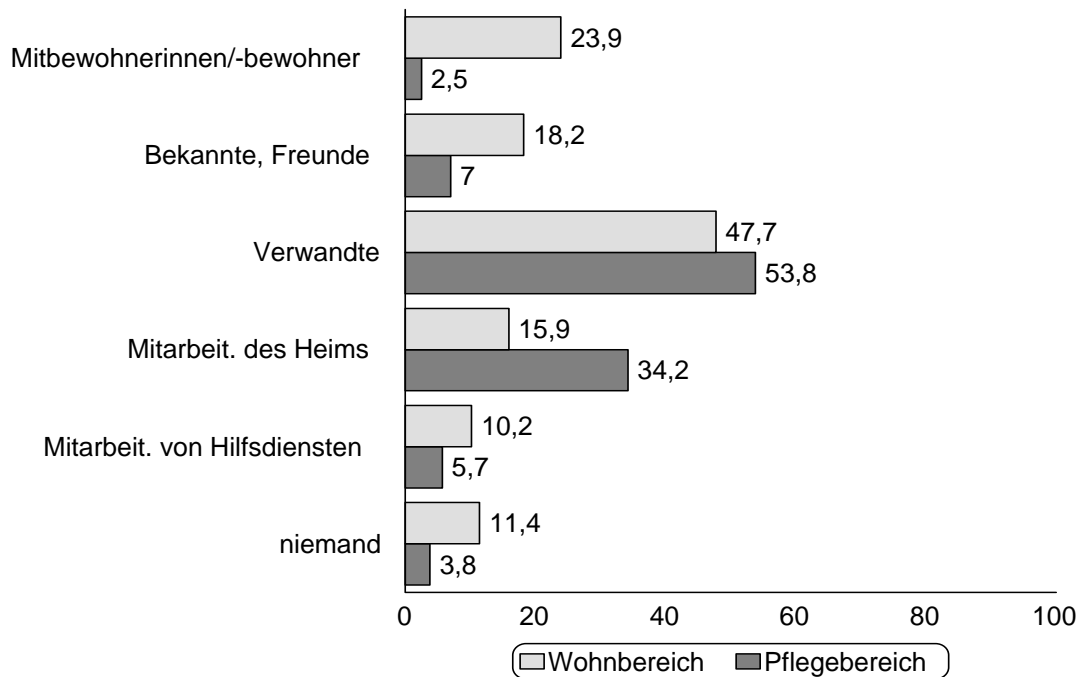
¹ Siehe Kap. 1.3.

² Den zum Befragungszeitpunkt bettlägerigen Personen wurden diese Fragen nicht gestellt (Wohnbereich: 2 Fälle; Pflegebereich: 17 Fälle).

³ Die Fragestellung lautete: „Wie oft gehen Sie aus dem Heim? Wie oft war das in den letzten vier Wochen?“ Die Befragten, die mit seltener oder nie antworteten, wurden dann gefragt, wann sie zuletzt einmal aus dem Heim gegangen sind. Darin sind auch die Personen eingeschlossen, die mit „weiß nicht mehr, wann zuletzt“ oder mit „seit ich im Heim bin, nie“ geantwortet haben.

⁴ Im Wohnbereich waren das 88 Befragte, im Pflegebereich 158 Befragte.

Abb. 4.4: Angaben der Befragten über Begleitpersonen beim Verlassen des Heims nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen)¹⁾



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

¹⁾ Nur Befragte, die manchmal oder immer auf eine Begleitperson angewiesen sind.

4.2.4 Tätigkeiten außerhalb des Heims

Entsprechend der größeren Mobilität der Befragten aus dem Wohnbereich ist deren Spektrum an Aktivitäten außerhalb des Heims wesentlich breiter als von Befragten aus dem Pflegebereich (s. Abb. 4.5).¹

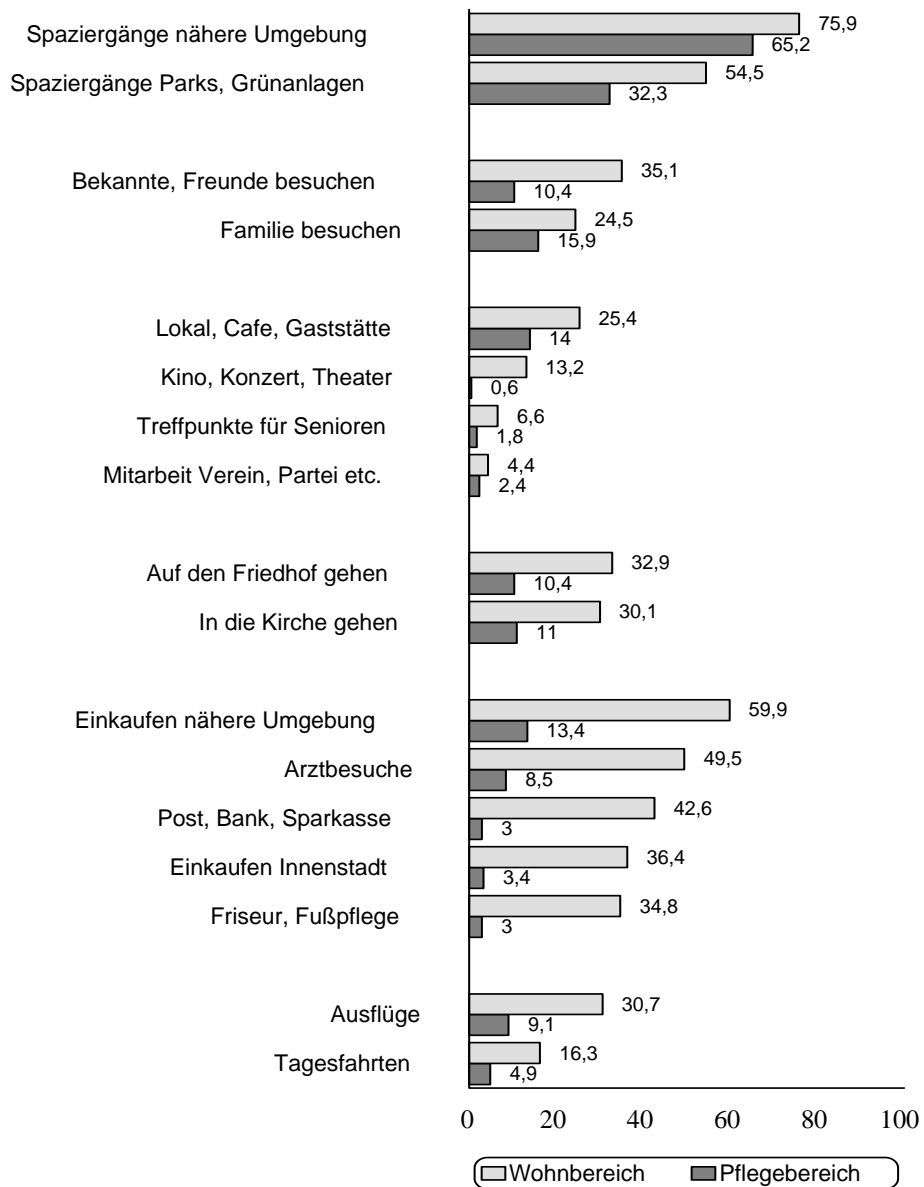
Spaziergänge in der näheren Umgebung gehörten für die meisten Befragten aus dem **Wohnbereich** zur regelmäßigen Freizeitgestaltung außer Haus. Viele suchten dazu extra Parks oder Grünanlagen auf. Etliche der Befragten aus dem Wohnbereich machten darüber hinaus alltägliche Besorgungen und Erledigungen wie z.B. Einkaufen oder Arztbesuche. Ein gutes Drittel besuchte Bekannte oder Freundinnen bzw. Freunde, ein Viertel die Familie. Weitere relativ häufig genannte Aktivitäten waren Besuche auf dem Friedhof oder der Kirche, Ausflüge oder Besuche von Lokalen, Cafés oder Gaststätten.

Spaziergänge in der näheren Umgebung und mit deutlichem Abstand Spaziergänge in Parks oder Grünanlagen waren die einzigen außerhäuslichen Aktivitäten, die von größeren Anteilen der Befragten aus dem **Pflegebereich** ausgeübt wurden. Alle anderen Aktivitäten wurden

¹ Gefragt wurde: „Was tun Sie, wohin gehen Sie, wenn Sie aus dem Heim gehen? Was haben Sie da die letzten Male getan?“. Bei den vorgegebenen Kategorien bestand die Möglichkeit zu Mehrfachantworten. Den zum Befragungszeitpunkt bettlägerigen Personen wurden diese Fragen nicht gestellt (Wohnbereich: 2 Fälle; Pflegebereich: 17 Fälle).

jeweils nur von einer Minderheit angegeben. Auffallend ist der geringe Anteil derer, die eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchten.¹

Abb. 4.5: Tätigkeiten außerhalb des Heims nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

¹ Zur ambulant-ärztlichen Versorgung siehe ausführlich Kap. 5.2.

4.3 Soziale Kontakte und Einsamkeit

4.3.1 Besuche im Heim und Kontakte zu Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern

Mit gesundheitlichen Einschränkungen, eingeschränkter Mobilität, einem kleiner werdenden Aktivitätsspektrum und mit dem Verlust von sozialen Beziehungen durch den Tod von Angehörigen oder Freundinnen und Freunden sind psychosoziale Belastungen und die Gefahr von Vereinsamung verbunden.

In Alten- und Pflegeheimen sind die Bewohnerinnen und Bewohner im Grunde nicht allein. Dennoch können Gefühle der Einsamkeit entstehen, wenn sie dort z.B. keine geeigneten Ansprechpartner/innen oder Vertrauenspersonen finden. Welche persönlichen Kontakte für die Befragten noch vorhanden sind, die über die alltäglichen Kontakte zum Personal oder über Kontakte zu Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern im Rahmen geselliger Aktivitäten im und außerhalb des Heims hinausgehen, wird im folgenden untersucht.

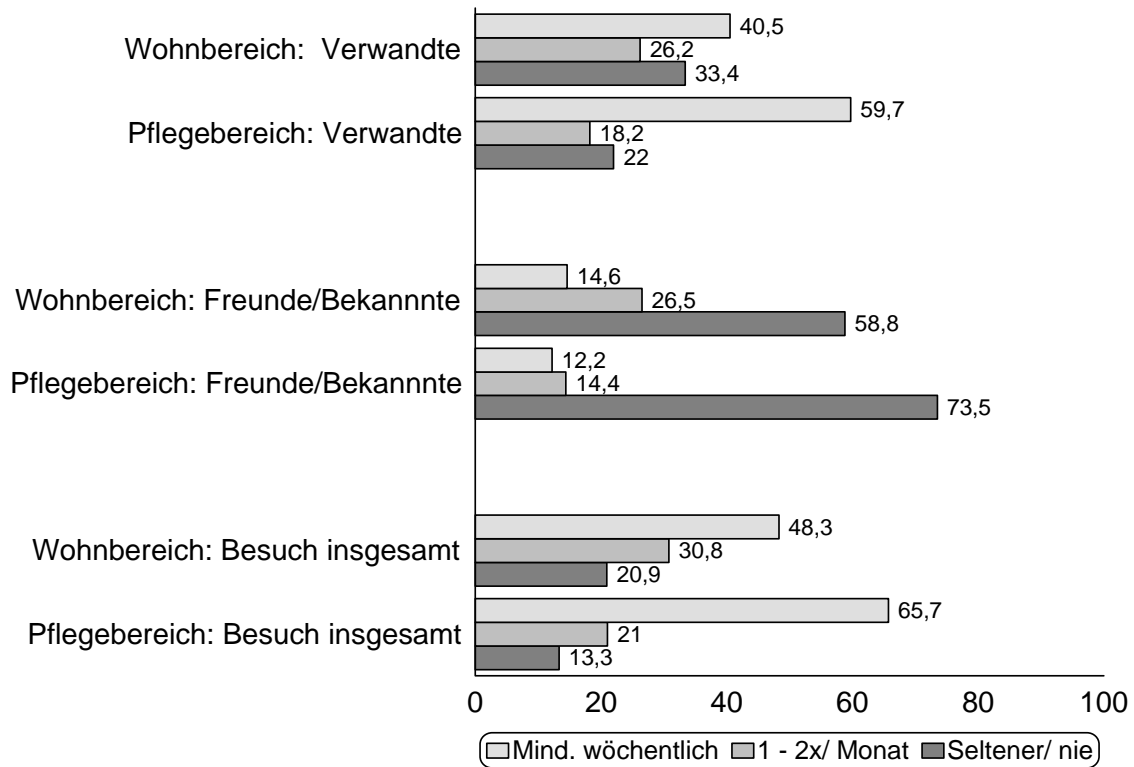
Insgesamt bekamen zwei Drittel der Befragten aus dem Pflegebereich mindestens einmal wöchentlich **Besuch** von Verwandten, Freundinnen, Freunden oder Bekannten oder von sonstigen Personen, im Wohnbereich knapp die Hälfte. Umgekehrt erhielten mehr Befragte aus dem Wohnbereich (21%) als aus dem Pflegebereich (13%) seltenen oder gar keinen Besuch (siehe Abb. 4.6).

Die meisten Bewohnerinnen und Bewohner im Pflegebereich (60%) bekamen mindestens einmal wöchentlich Besuch von Verwandten. Die Besuchshäufigkeit von Verwandten war im Wohnbereich wesentlich geringer. Ein Drittel aus dem Wohnbereich und ca. ein Fünftel aus dem Pflegebereich erhielt eher seltenen, d.h. weniger als einmal pro Monat, oder überhaupt keinen Besuch von Verwandten. Enge Zusammenhänge zeigen sich mit der Frage, ob Kinder in der näheren Umgebung, d.h. im S-Bahnbereich leben:

- Von den Befragten ohne Kinder in der näheren Umgebung erhielten
 - ⇒ im Wohnbereich 23% mindestens einmal wöchentlich Besuch von Verwandten
 - ⇒ im Pflegebereich 27% mindestens einmal wöchentlich Besuch von Verwandten
- Von den Befragten mit mindestens einem Kind in der näheren Umgebung erhielten
 - ⇒ im Wohnbereich 65% mindestens einmal wöchentlich Besuch von Verwandten
 - ⇒ im Pflegebereich 82% mindestens einmal wöchentlich Besuch von Verwandten.

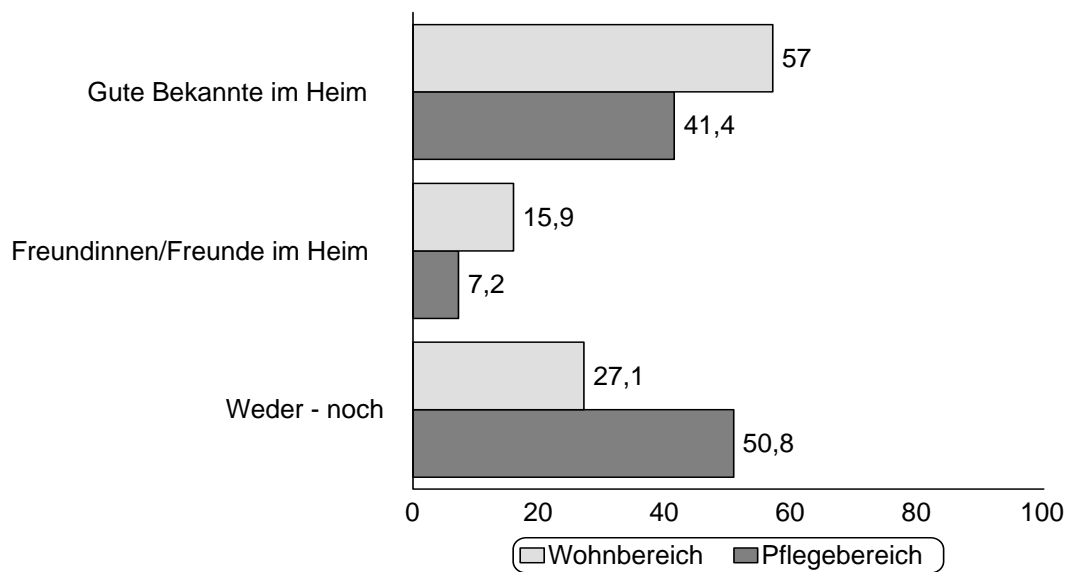
Besuche von Freundinnen, Freunden oder Bekannten erhielten mehr Befragte aus dem Wohnbereich als aus dem Pflegebereich. Die Besuchsfrequenz lag jedoch eher bei ein- bis zweimal pro Monat. Sowohl im Wohn- als auch im Pflegebereich hatten die meisten eher selten oder überhaupt nicht Besuch aus dem Freundes- und Bekanntenkreis.

Abb. 4.6: Häufigkeit von Besuchen im Heim nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung.

Abb. 4.7: Kontakte zu Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern im Heim nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat Eigene Berechnung

Kontakte zu Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern im Heim wurden hauptsächlich von Befragten aus dem Wohnbereich gepflegt (siehe Abb. 4.7). Überwiegend handelte es sich um gute Bekannte. Freundschaftliche Kontakte wurden weniger häufig genannt. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten aus dem Pflegebereich hatte weder gute Bekannte, noch Freundinnen oder Freunde im Heim. Wenn Kontakte bestanden, waren es ebenfalls in erster Linie gute Bekannte und weniger freundschaftliche Kontakte.

Insgesamt hatten 6% der Befragten aus dem Wohnbereich und 8% der Befragten aus dem Pflegebereich keine näheren Kontakte zu Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern und zugleich auch keinen oder nur seltenen Besuch.

4.3.2 Vertrauenspersonen

Engere persönliche Beziehungen zu anderen Personen wurden über folgende Frage erfaßt:

„Haben Sie jemanden, mit dem Sie über persönliche Dinge sprechen können, die Ihnen wichtig sind oder die Ihnen Sorgen bereiten?“

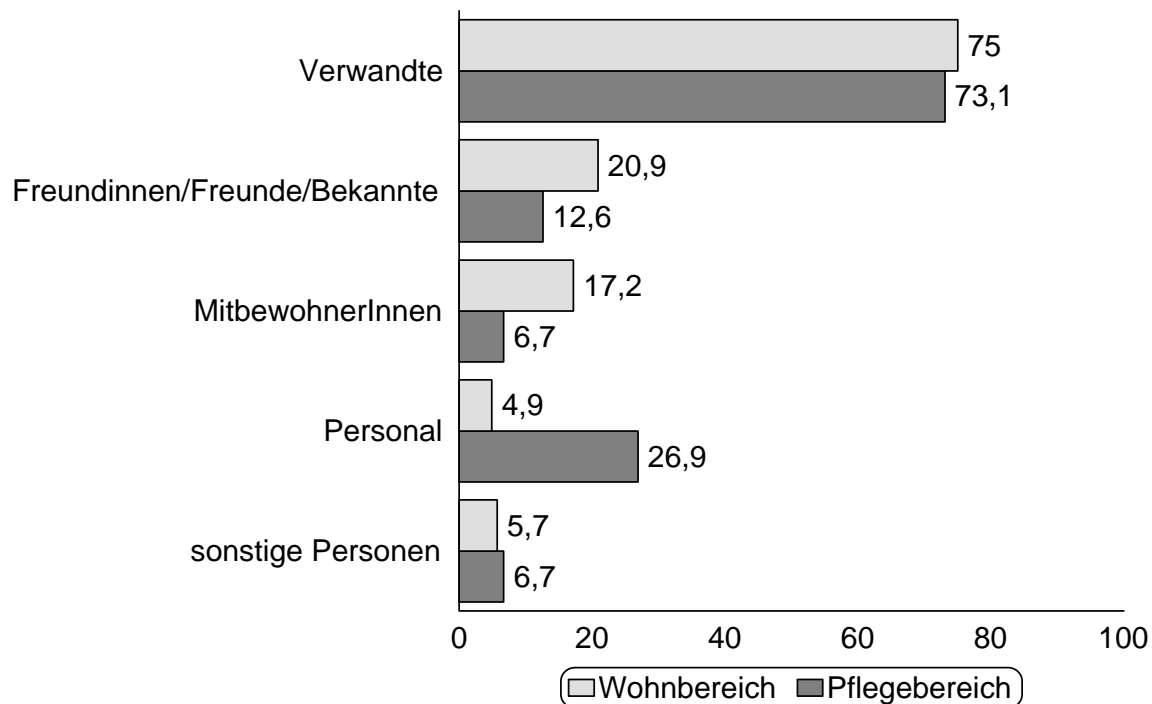
Diese Frage wurde sowohl im Wohn- wie auch im Pflegebereich überwiegend bejaht. Vergleichsweise viele aus dem Pflegebereich wollen über ihre persönlichen Dinge mit niemandem sprechen. Ca. jede/r Siebte im Wohn- oder Pflegebereich hatte keine Vertrauensperson.

	Wohnbereich	Pflegebereich
„Habe eine Vertrauensperson“	76,0%	65,7%
„Habe keine Vertrauensperson“	14,0%	14,9%
„Will mit niemandem über persönliche Dinge sprechen“	10,0%	18,2%

Bei den Vertrauenspersonen handelte es sich in erster Linie um Verwandte, wobei die Anteile im Wohn- und Pflegebereich nur geringfügig voneinander abweichen (siehe Abb. 4.8). Andere wurden weitaus seltener genannt. Dabei werden einige Unterschiede zwischen Befragten aus dem Wohn- und Pflegebereich deutlich. Entsprechend ihrer häufiger (noch) vorhandenen Beziehungen zu Freundinnen, Freunden und Bekannten und zu ihren Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern wurden diese auch häufiger als Vertrauenspersonen angegeben. Im Pflegebereich wurde dagegen das Personal im Heim am zweithäufigsten genannt.

Zur Kategorie der sonstigen Personen zählen z.B. der Seelsorger, Pfarrer, Ärztin bzw. Arzt oder ehemalige Nachbarn. Diese waren insgesamt eher nur selten Vertrauenspersonen.

Abb. 4.8: Vertrauenspersonen nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen)¹⁾



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

1) Nur Befragte, die eine Vertrauensperson haben.

Die Art der persönlichen Beziehungen zu anderen wurde in einem weiteren Schritt im Zusammenhang mit sozialen Kontakten, mit der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und mit der psychischen Gesundheit untersucht.¹ Die Ergebnisse sind in Tabelle 4.1 festgehalten und bestätigen im wesentlichen die Erwartungen.

- Mit Abnahme der Besuchsfrequenz steigen sowohl im Wohnbereich wie auch im Pflegebereich die Anteile der Befragten, die angeben, niemanden zu haben bzw. mit niemandem über persönliche Dinge reden zu wollen. Besonders kraß zeigt sich das für die Befragten aus dem Pflegebereich, die selten oder nie Besuch bekamen: gerade mal ein gutes Drittel hatte eine Vertrauensperson.
- Auch die Art der Beziehungen zu anderen Bewohnerinnen und Bewohnern im Heim beeinflusst die Beantwortung der Frage nach einer Vertrauensperson. Gute Bekannte oder Freundinnen bzw. Freunde im Heim fördern demnach auch den Austausch von persönlichen Dingen.
- Mit Zunahme der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit verringern sich ebenfalls die Nennungen über eine Vertrauensperson.

¹ Zum Hilfe- und Pflegebedarf siehe Kap. 2.2.3; zur psychischen Gesundheit und zur Beschreibung der psychiatrischen Krankheitsbilder siehe Kap. 6.1.

- Schließlich besteht ein Zusammenhang mit geronto-psychiatrischen Krankheitsbildern: Es zeigt sich ein auffallend hoher Anteil an Nennungen bei Befragten aus dem Pflegebereich mit einem dementiellen Syndrom, die es ablehnen, über ihre persönlichen Dinge mit anderen zu sprechen.

Tab. 4.1: Angaben über eine Vertrauensperson nach sozialen Kontakten, Hilfe- und Pflegebedarf und der psychischen Gesundheit, getrennt nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)

Merkmal	Haben Sie jemanden, mit dem Sie persönliche Dinge besprechen können?					
	Wohnbereich			Pflegebereich		
	Ja	Nein	Will mit niemandem sprechen	Ja	Nein	Will mit niemandem sprechen
Besuch bekommen						
Mind. wöchentlich	81,9	10,3	7,7	72,3	10,9	16,0
1 - 2mal pro Monat	73,7	15,2	11,1	63,2	15,8	18,4
Seltener/nie	65,7	20,9	13,4	37,5	33,3	29,2
Beziehungen zu anderen im Heim						
Gut bekannt	83,1	10,4	6,6	81,3	6,7	10,7
Befreundet	84,3	5,9	9,8	84,6	7,7	7,7
Weder - noch	56,3	26,4	17,2	50,0	22,8	26,1
Hilfe- und Pflegebedürftigkeit						
Nicht oder geringfügig hilfebedürftig	82,6	11,6	5,8	*)	*)	*)
Hilfebedürftig	71,4	14,3	14,3	60,0	30,0	10,0
Pflegebedürftig	69,0	24,1	6,9	67,3	11,9	19,5
Psychiatrische Krankheitsbilder						
Depressives Syndrom	68,3	21,7	10,0	74,4	15,4	10,3
Dementielles Syndrom	*)	*)	*)	56,5	11,6	29,0
Psychisch auffällig	67,7	22,6	9,7	67,9	21,4	10,7
Keine Auffälligkeiten	81,2	9,4	9,4	71,1	15,6	13,3

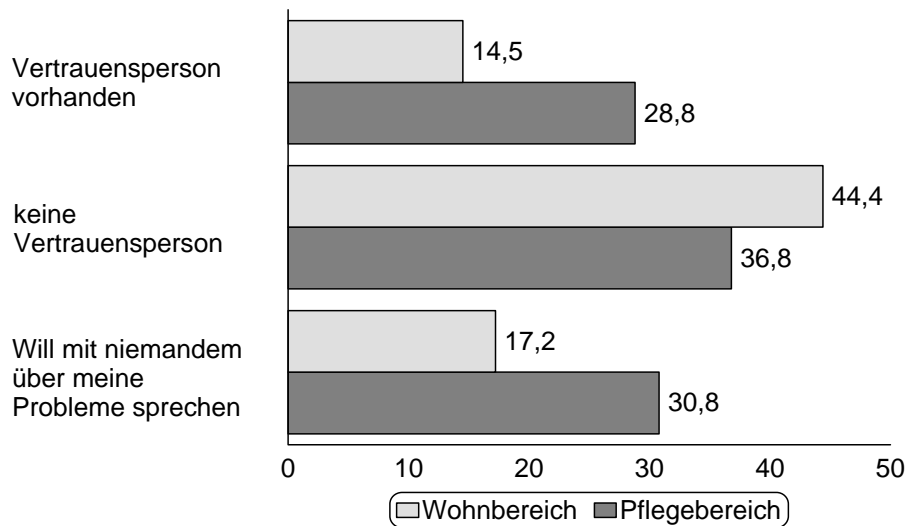
Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen. *) Kategorien gar nicht oder zu gering besetzt.

4.3.3 Einsamkeit

In der Befragung wurde nicht nur erfasst, ob die Bewohnerinnen und Bewohner jemanden zum Besprechen persönlicher Dinge haben, sondern ob auch ein Wunsch nach mehr Kontakt und Zuspruch vorhanden ist.¹ 19% der Befragten aus dem Wohnbereich und 31% der Befragten äußerten einen solchen Wunsch.

Ein deutlicher Zusammenhang besteht mit der Frage nach einer Vertrauensperson. Befragte, die angaben niemanden zu haben, mit dem sie persönliche Dinge besprechen können, fühlten sich gleichzeitig häufig einsam und wünschten sich mehr Kontakt und Zuspruch. Die Befragten, die entweder eine Vertrauensperson hatten oder mit niemandem über persönliche Dinge sprechen wollten, äußerten sich viel weniger häufig in dieser Richtung.

Abb. 4.8: Gefühle der Einsamkeit und Wunsch nach mehr Kontakt und Zuspruch in Abhängigkeit von den Angaben über eine Vertrauensperson nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)¹⁾



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen. 1) Nur Zielpersonen.

Der **Wunsch zu sterben** hängt ebenfalls sehr eng mit dem Gefühl der Einsamkeit und dem Fehlen von Vertrauenspersonen zusammen (siehe Tab. 4.2). Insgesamt bejahten die Frage, ob sie in letzter Zeit schon einmal den Wunsch hatten zu sterben.² 43% der Befragten aus dem Pflegebereich und 27% aus dem Wohnbereich.

¹ Dazu wurde folgende Frage gestellt: „Sagen Sie mit doch bitte, ob folgende Aussage auf Sie zutrifft: Ich fühle mich oft einsam und wünsche mir mehr Kontakt und Zuspruch.“ Diese Frage wurde nur den direkt befragbaren Personen gestellt (Wohnbereich: 309 Befragte; Pflegebereich: 98 Befragte).

² Diese Frage wurde ebenfalls nur den direkt befragbaren Personen gestellt

Tab. 4.2: Zusammenhang zwischen dem Wunsch zu sterben und Gefühlen der Einsamkeit und dem Vorhandensein von Vertrauenspersonen nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)¹⁾

Hatten Sie in letzter Zeit schon einmal den Wunsch zu sterben? Ja-Antworten		
	Wohnen	Pflege
Vertrauensperson		
Vertrauensperson vorhanden	14,5	28,8
Vertrauensperson nicht vorhanden	44,4	36,8
Will mit niemandem über persönliche Dinge sprechen	17,2	30,8
Gefühl der Einsamkeit		
Ja	55,9	56,7
Nein	20,4	35,8
Gesamt	27,2	42,9

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen. 1) Nur Zielpersonen.

4.4 Hilfe- und Unterstützungsleistungen

Zur Lebensqualität im Altenheim gehört wesentlich, ob die Bewohnerinnen und Bewohner in ausreichendem Maße Hilfe und Unterstützung erhalten. Befragten, die bei der Verrichtung von Alltagsaktivitäten in irgendeiner Weise bereits beeinträchtigt waren, wurde die Frage gestellt, ob Hilfen so oft wie gewünscht geleistet werden.¹ Insgesamt überwiegt eine positive Bewertung (siehe Abb. 4.9).

Sowohl im Wohn-, wie auch im Pflegebereich erhalten vier von fünf Befragten Hilfen so oft wie gewünscht. Nicht im gewünschten Umfang ist die Hilfe für ca. 16% der Befragten aus dem Pflegebereich und 12% der Befragten aus dem Wohnbereich. Dazu kommen ca. 7% der Befragten aus dem Wohnbereich und 9% aus dem Pflegebereich, die nicht nach Hilfen fragen, weil sie die Schwester nicht belasten wollten.

Aus weitergehenden Auswertungen ergeben sich Hinweise, daß vor allem bei Pflegebedürftigen aus dem Wohnbereich Defizite auftreten:² In dieser Gruppe gaben fast 40% an, entweder Hilfen nicht so oft wie gewünscht zu erhalten oder nicht nach Hilfen zu fragen, um das Pflegepersonal nicht zu belasten. Etwas mehr als 60% erhielten Hilfen so oft wie gewünscht; das

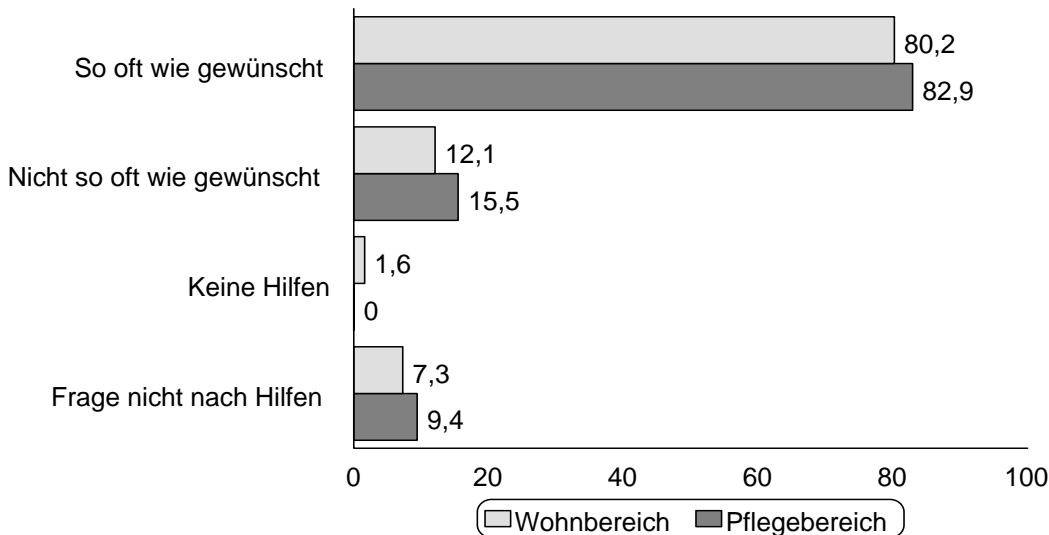
¹ Die Befragten, die sämtliche erfaßten Tätigkeiten des Alltagslebens ohne Schwierigkeiten ausführen konnten (siehe dazu Kap. 2.2.3), wurden dazu nicht befragt. Das waren 74 Personen, die alle im Wohnbereich eines Altenheims lebten.

² Insgesamt 29 Befragte aus dem Wohnbereich waren pflegebedürftig. Wegen dieser geringen Fallzahl wird auf eine ausführlichere Darstellung verzichtet.

liegt erheblich unter dem Durchschnitt. Geringfügig Hilfebedürftige oder Hilfebedürftige mit hauswirtschaftlichem Hilfebedarf aus dem Wohnbereich erhielten dagegen zu über 80% Hilfe so oft wie gewünscht.

Im Pflegebereich weichen die Antworten der Hilfebedürftigen und der Pflegebedürftigen nicht wesentlich voneinander ab und entsprechen in etwa der Verteilung in der folgenden Grafik.¹

Abb. 4.9: Hilfeleistungen bei Tätigkeiten des Alltagslebens getrennt nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen)¹⁾



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

1) Nur Befragte mit mindestens geringfügigen Einschränkungen.

30% der Befragten aus dem Wohnbereich und knapp 17% der Befragten aus dem Pflegebereich nannten mindestens eine Tätigkeit, bei der sie mehr Unterstützung bräuchten. Da die Antworten stark streuen, liegen die Anteilswerte jeweils meist bei maximal ca. 1%. Folgende Tätigkeiten wurden von mindestens jeweils 2% der Befragten genannt:

Im Wohnbereich besteht bei einer wesentlich höheren Anzahl von Tätigkeiten ein zusätzlicher Unterstützungsbedarf. Überwiegend handelt es sich dabei um Aktivitäten außer Haus (z.B. öffentliche Verkehrsmittel benutzen), die nicht zum typischen Aufgabenbereich des Pflegepersonals gehören. Relativ häufig wurden aber auch Tätigkeiten genannt, die die Körperpflege betreffen. Tätigkeiten aus dem hauswirtschaftlichen Bereich und die mit der Mahlzeitenzubereitung und -aufnahme zusammenhängen wurden dagegen kaum in größerem Umfang genannt.

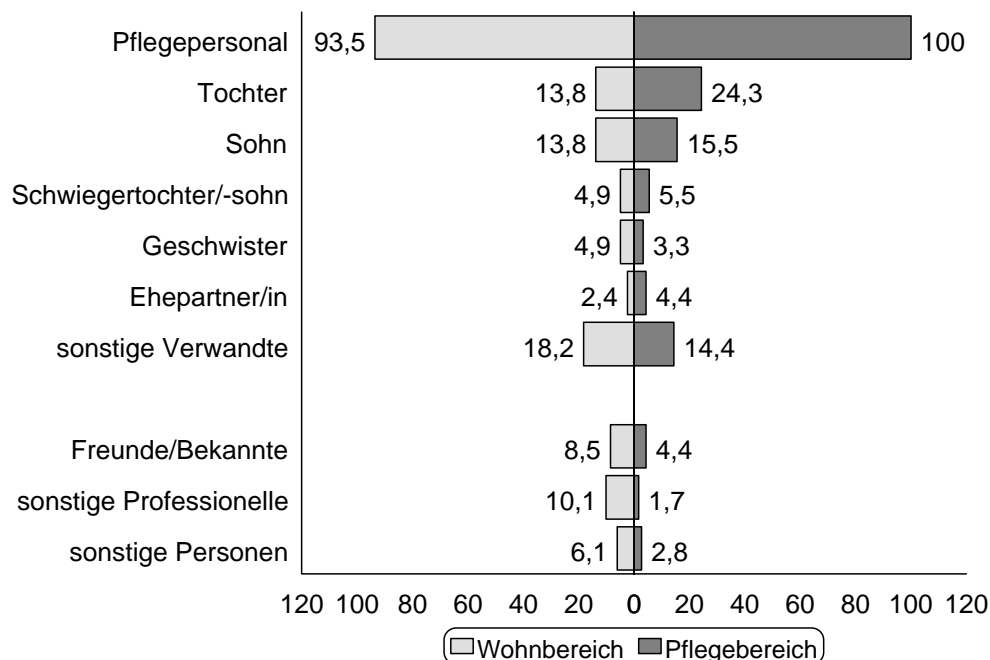
Auffallend sind die vergleichsweise hohen Anteile der Befragten sowohl im Wohn- wie auch im Pflegebereich, die sich eine Unterstützung und Begleitung beim Spaziergehen wünschen, dies um so mehr, da dies nicht über eine vorgegebene Antwortkategorie erhoben wurde, sondern von den Befragten selbst zusätzlich genannt wurde.

¹ Im Pflegebereich waren 2 Befragte geringfügig hilfebedürftig, 20 Befragte hatten einen hauswirtschaftlichen Hilfebedarf. Wegen dieser geringen Fallzahl wird hier ebenfalls auf eine ausführlichere Darstellung verzichtet.

Wohnbereich		Pflegebereich	
Öffentliche Verkehrsmittel benutzen	(10,7%)	Sich an- und ausziehen	(5,5%)
Einkaufen	(6,1%)	Spaziergehen	(5,5%)
Sich außerhalb des Heims zurechtfinden	(5,7%)	Zu Bett gehen, das Bett verlassen	(2,8%)
Sich baden	(4,9%)		
Aufräumen, abstauben	(4,5%)		
Spaziergehen	(4,5%)		
Zehennägel schneiden	(4,5%)		
Treppen steigen	(4,0%)		
Sich an- und ausziehen	(3,2%)		
Sich duschen oder waschen	(2,4%)		
Finanzielle Angelegenheiten	(2,4%)		
Putzen	(2,0%)		

Bei der Frage nach den **helfenden Personen** wurde das Pflegepersonal von fast allen Befragten aus dem Wohnbereich (93,5%) und allen Befragten aus dem Pflegebereich genannt (s. Abb. 4.10).

Abb. 4.10: Helfende Personen bei Tätigkeiten des Alltagslebens getrennt nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen)¹⁾



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

1) Nur Befragte mit mindestens geringfügigen Einschränkungen.

Jeweils knapp die Hälfte der Befragten im Wohnbereich (44%) und Pflegebereich (46%) nannten ausschließlich das Pflegepersonal bei der Frage nach den hilfeleistenden Personen. Um-

gekehrt heißt das, daß jeweils etwas mehr als die Hälfte zusätzlich von anderen Personen Unterstützung erhielten. Am häufigsten waren das die eigenen Kinder und deren Ehepartnerinnen oder -partner oder sonstige Verwandte.¹ Das bedeutet, auch im Heim leisten Angehörige nicht zu unterschätzende Beiträge zur Versorgung alter Menschen.

4.5 Zufriedenheit mit der Lebenssituation

Wie zufrieden jemand mit seiner gegenwärtigen Lebenssituation ist, hängt zum einen von den tatsächlich vorgefundenen Bedingungen ab, zum anderen aber auch von den eigenen Fähigkeiten, damit umzugehen und auch davon, wie sie im Vergleich mit anderen, die sich in einer ähnlichen Lage befinden, wahrgenommen und bewertet werden.

Insgesamt ist eine hohe Bereitschaft zu erkennen, mit der eigenen Lebenssituation zufrieden zu sein. Die Frage nach der Lebenszufriedenheit wurde überwiegend positiv beantwortet.² Rund 80% der Befragten aus dem Wohnbereich gaben an, sehr zufrieden oder zufrieden zu sein. Aus dem Pflegebereich waren es mit 55% der Befragten erheblich weniger. Weniger zufrieden oder unzufrieden waren aus dem Wohnbereich 7% und aus dem Pflegebereich 17% der Befragten. Der Rest äußerte sich mit „teils-teils“ unentschieden. Insgesamt war also ein erheblich größerer Teil der Befragten aus dem Pflegebereich mit der gegenwärtigen Lebenssituation nicht zufrieden.

Tabelle 4.2 zeigt die Anteilswerte der Zufriedenen und der weniger Zufriedenen nach verschiedenen Merkmalen ihrer Lebenssituation, wobei einige, wenngleich keine grundsätzlichen Unterschiede zwischen den Befragten aus dem Wohnbereich und Befragten aus dem Pflegebereich auftreten.³ Bei fast allen Merkmalsausprägungen sind die Anteile der Zufriedenen oder sehr Zufriedenen im Wohnbereich höher als im Pflegebereich.

Im **Wohnbereich** waren überdurchschnittlich viele Befragte *unzufrieden, weniger zufrieden oder bestenfalls unentschieden*, die

- seltener als einmal im Monat Besuch bekamen,
- weder gute Bekannte, noch Freundinnen oder Freunde im Heim hatten,
- sich häufig einsam fühlten und mehr Kontakt und Zuspruch wünschten,
- niemanden hatten, mit dem sie persönliche Dinge besprechen konnten oder darüber nicht mit anderen reden wollten,
- ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht bezeichneten,
- unter einem depressiven Krankheitssyndrom litten,
- pflegebedürftig waren,

¹ 58% der Befragten aus dem Wohnbereich und 41% der Befragten aus dem Pflegebereich hatten entweder überhaupt keine Kinder oder keine Kinder in der näheren Umgebung. S. Kap. 2.2.3.

² Die Frage nach der Lebenszufriedenheit wurde nur den direkt befragbaren Personen gestellt. Die genaue Fragestellung lautete: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Lebenssituation?“. Die Antwortvorgaben waren „sehr zufrieden“, „zufrieden“, „teils, teils“, „weniger zufrieden“ und „unzufrieden“.

³ Größere Abweichungen vom Durchschnitt sind fett gedruckt.

- Hilfeleistungen nicht so oft wie gewünscht bei Verrichtungen des Alltagslebens erhielten oder
- nicht nach Hilfen fragten, um die Schwester nicht zu belasten.

Im **Pflegebereich** zeigten sich überdurchschnittlich hohe Anteilswerte an *Unzufriedenen*, *weniger Zufriedenen* oder *bestenfalls Unentschiedenen* bei den Befragten, die

- jünger als 85 Jahre waren,
- seltener als einmal im Monat Besuch bekamen,
- weder gute Bekannte, noch Freundinnen/Freunde im Heim hatten,
- niemanden hatten, mit dem sie persönliche Dinge besprechen konnten,
- sich häufig einsam fühlten und mehr Kontakt und Zuspruch wünschten,
- ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht bezeichneten,
- unter einem depressiven Krankheitssyndrom litten und
- nicht so oft wie gewünscht Hilfeleistungen bei Verrichtungen des Alltagslebens erhielten oder
- nicht nach Hilfen fragten, um die Schwester nicht zu belasten.

Tab. 4.2: Zufriedenheit mit der Lebenssituation nach Merkmalen der Lebenssituation getrennt nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)

Merkmale	Zufriedenheit mit der Lebenssituation			
	Zufrieden oder sehr zufrieden		Teils-teils, weniger zufrieden, unzufrieden	
	Wohnen	Pflege	Wohnen	Pflege
Alter bei der Befragung				
unter 80 Jahre	79,5	46,4	20,5	53,6
80 - 84 Jahre	80,2	46,2	19,8	53,8
85 Jahre u. älter	78,2	65,9	21,8	34,1
Besuch bekommen				
Mind. wöchentlich	81,3	56,3	18,7	43,8
1 - 2mal pro Monat	79,4	60,9	20,6	39,1
Seltener/nie	74,2	36,4	25,8	63,6
Beziehungen zu anderen im Heim				
Gut bekannt	81,9	62,2	18,1	37,8
Befreundet	91,7	*)	8,3	*)
Weder - noch	66,7	47,8	33,3	52,2

Habe jemanden zum Besprechen persönlicher Dinge				
Ja	83,0	57,6	17,0	42,4
Nein	68,9	47,4	31,1	52,6
Will darüber mit niemandem reden	65,5	53,8	34,5	46,2

Fühle mich oft einsam und wünsche mir mehr Kontakt und Zuspruch				
Trifft zu	48,8	31,0	51,2	69,0
Trifft nicht zu	90,7	73,2	9,3	26,8
Hilfe- und Pflegebedürftigkeit				
Nicht oder geringfügig hilfebedürftig	90,4	*)	9,6	*)
Hilfebedürftig	73,6	56,3	26,4	43,8
Pflegebedürftig	52,0	55,0	48,0	45,0
Psychiatrische Krankheitsbilder¹⁾				
Depressives Syndrom	48,3	40,0	51,7	60,0
Psychisch auffällig	74,2	52,0	25,8	48,0
Keine Auffälligkeiten	90,4	65,0	9,6	35,0
Einschätzung des Gesundheitszustands				
Sehr gut, gut	90,9	80,0	9,1	20,0
Zufriedenstellend	81,0	55,8	19,0	44,2
Weniger gut, schlecht	58,8	40,0	41,2	60,0
Hilfe und Unterstützung²⁾				
So oft wie gewünscht	81,8	61,8	18,2	38,2
Nicht so oft wie gewünscht	34,5	31,6	65,5	68,4
Frage nicht nach Hilfen	58,8	36,4	41,2	63,6

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen. *) Kategorien gar nicht oder zu gering besetzt. 1) Bei Personen mit dementiellem Syndrom wurde fast ausschließlich ein Bezugspersoneninterview geführt. 2) Die Antwortvorgabe „erhalte keine Hilfen“ wurde fast nicht genannt.

Wird die Zufriedenheit der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner als ein Indikator für die von ihnen erlebte Lebensqualität verstanden, so machen die Ergebnisse folgendes deutlich: Die Lebensqualität in den Heimen hängt nicht nur davon ab, daß in ausreichendem Maße Hilfe und Pflege erbracht wird. Von zentraler Bedeutung sind auch die persönlichen Beziehungen zu anderen: zu den Angehörigen, zu Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern und zu den Pflegekräften. Verbesserungen der psychosozialen Betreuung sind ein wesentlicher Beitrag zur Erhöhung der Lebensqualität in Heimen. Neben einem verstärkten Augenmerk auf die persönlichen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner gehört dazu auch, ein Klima zu schaffen, in denen Beziehungen aufgebaut und gepflegt werden können.

5 Gesundheitliche Lage und gesundheitliche Versorgung alter Menschen in Heimen

Dieses Kapitel befaßt sich mit der gesundheitlichen Lage und gesundheitlichen Versorgung. Im einzelnen werden folgende Bereiche untersucht:

1. Gesundheitliche Lage
2. Versorgung mit ambulant-ärztlichen Leistungen
3. Therapien, Medikamente und Hilfsmittel.
4. Krankenhausaufenthalte

5.1 Gesundheitliche Lage

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands der Befragten, deren Behinderungen, Krankheiten und Befindlichkeitsstörungen. Psychische Krankheiten und Störungen werden hier noch ausgeklammert, da diese im folgenden Kapitel eingehend untersucht werden.

Die Angaben aus den Befragungsdaten beruhen auf den Selbstauskünften der Befragten bzw. der befragten Bezugspersonen. In diese Angaben gehen auch subjektive Wahrnehmungen der Befragten ein. Die Angaben sind aber deshalb nicht weniger „wahr“ als Angaben aus sogenannten „objektiven“ Quellen, z.B. Patientenstatistiken.¹

Bei der Interpretation der Befragungsergebnisse ist zu beachten, daß schwere Erkrankungen ein wichtiger Grund sein können, nicht an der Befragung teilzunehmen. Mit Hilfe von Bezugspersoneninterviews wurde versucht, krankheitsbedingte Ausfälle möglichst gering zu halten. Trotzdem besteht die Gefahr, daß das Vorkommen schwererer Erkrankungen unterschätzt wird.²

5.1.1 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands

Die meisten Fragen zum Gesundheitszustand zeigen, daß die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner erheblich kränker sind als ältere Menschen in Privathaushalten.³ Das hängt nicht nur mit dem höheren Durchschnittsalter der Heimbewohnerinnen und -bewohner zusammen, sondern gilt auch dann, wenn die Befunde nach Altersgruppen getrennt verglichen werden.

¹ Solche Daten liegen speziell für die Heimbevölkerung nicht vor.

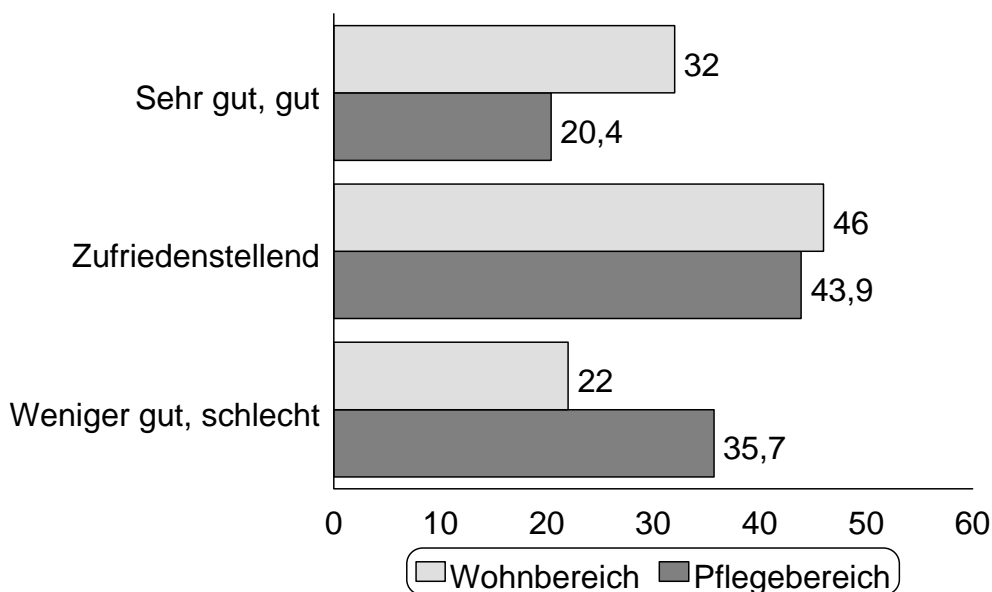
² Von den per Zufallsverfahren ausgewählten Personen in den Heimen nahmen insgesamt 28% nicht an Befragung teil. Zur Anlage und Durchführung der Befragung siehe Kap. 7.1.

³ Für den Abschnitt werden auch Ergebnisse und Interpretationen aus dem Bericht herangezogen, der im Auftrag des Gesundheitsreferats von der GFS-medis, Neuherberg, erstellt wurde: Zur Gesundheit alter Menschen in Haushalten und Heimen. Bericht über Vergleiche von Ergebnissen zweier Befragungen alter Menschen in München. Bearbeitung durch W. Satzinger, A. Mielck und K. Hoppe.

Bei der persönlichen Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes waren die Unterschiede zwischen alten Menschen in **Heimen und Privathaushalten** allerdings nicht sehr ausgeprägt. Insgesamt wie auch in der Altersgruppe unter 80 Jahren bezeichneten Befragte aus Privathaushalten ihren Gesundheitszustand häufiger als gut oder sehr gut (jeweils ca. 35%), Heimbewohnerinnen und -bewohner häufiger als zufriedenstellend (jeweils ca. 45%). In den höheren Altersgruppen schätzten Befragte aus Privathaushalten ihren Gesundheitszustand sogar schlechter ein als Heimbewohnerinnen und Heimbewohner: Von den mindestens 80jährigen in Privathaushalten bezeichnete jede/r Dritte seine/ihre Gesundheit als weniger gut oder schlecht, in den Heimen nur etwa jede/r Vierte.¹

Ein *subjektiv* als gut oder befriedigend empfundener Gesundheitszustand muß allerdings nicht gleichbedeutend sein mit einem *objektiv* guten. Wichtig für die subjektive Einschätzung ist ja nicht nur das relativ objektive Kriterium, ob eine oder mehrere Krankheiten vorliegen oder nicht, sondern gewiß auch, ob man sich im Krankheitsfalle alleingelassen oder umsorgt fühlt und sich als Einzelschicksal empfindet oder gewissermaßen als Normalfall. Beides könnte in Heimen anders erlebt werden als in Privathaushalten: In einem Heim ist wenigstens potentiell Hilfe präsent und zugleich Krankheit so allgegenwärtig, daß dort auch „objektiv“ Kranke dazu tendieren, ihren Gesundheitszustand als „noch immer relativ gut“ einzuschätzen. Die Selbstbeurteilung ist daher eher ein Maß dafür, wie man sich mit seinen gesundheitlichen Einschränkungen arrangiert, als für den „objektiven“ Gesundheitszustand.

Abb. 5.1: Subjektive Einschätzung des gegenwärtigen Gesundheitszustands nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)¹⁾



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen. 1) Nur Personen, die direkt befragt wurden.

In den Heimen zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Befragten aus dem **Wohnbereich und aus dem Pflegebereich** (s. Abb. 5.1): Befragte aus dem Wohnbereich (32%) schätzten ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand häufiger als gut oder sehr gut ein als Befragte aus dem Pflegebereich (20%). Von den Befragten im Pflegebereich bezeichneten 36% ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht. Dabei handelt es sich nur um die

¹ Ergebnisse nach Altersgruppen werden im folgenden dann dargestellt, wenn größere Unterschiede in den Nennungen auftreten.

Angaben der Personen, die direkt befragt werden konnten.¹ Aller Wahrscheinlichkeit nach wären die Unterschiede zwischen den Befragten aus dem Wohnbereich und dem Pflegebereich noch größer, wenn auch Angaben über die Personen vorliegen würden, die aus gesundheitlichen Gründen nicht persönlich befragt werden konnten und überwiegend im Pflegebereich lebten.

5.1.2 Behinderungen und Krankheiten²

Eine weitergehende Beschreibung der Gesundheitslage wird durch die Fragen nach Krankheiten und Behinderungen ermöglicht. Auch wenn darin die Unterschiede nicht in allen Altersgruppen gleich groß sind, ergibt der Vergleich ein doch recht klares Bild: Fast alle Krankheiten und Behinderungen - und das gilt für sämtliche Altersgruppen - treten in der **Heimbevölkerung** deutlich häufiger auf als in der älteren **Bevölkerung in Privathaushalten**. Auffallend sind die wesentlich höheren Anteile der Befragten in Heimen mit Erkrankungen der Nerven und der Sinnesorgane (Heime: 41%; Privathaushalte: 22%), mit Hirnleistungsstörungen (Heime: 28%; Privathaushalte: 8%) und mit Körperbehinderungen oder Bewegungseinschränkungen (Heime: 51%; Privathaushalte: 35%). Ebenso ist der Anteil mit Herz- und Kreislaufkrankheiten in Heimen höher (Heime: 85%; Privathaushalte: 72%).

Das Ausmaß an **Multimorbidität** der Heimbevölkerung ist erheblich. Rund 55% der Befragten aus dem Wohnbereich und 60% der Befragten aus dem Pflegebereich nannten mindestens 5 Krankheiten und Behinderungen.³ Gerade 2,5% aus dem Wohn- und ca. 2% aus dem Pflegebereich gaben keinerlei Erkrankungen oder Behinderungen an.

Bei den **Behinderungen** stehen sowohl im Pflegebereich als auch im Wohnbereich Bewegungseinschränkungen und Körperbehinderungen an erster Stelle (insgesamt 51%). (s. Tab. 5.1). Bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern unter 80 Jahren ist der Anteil mit 57% besonders hoch. An Hör- oder Sprachbehinderungen leiden insgesamt 45%, an Sehbehinderungen oder Blindheit 37%. In diesen beiden Gruppen steigen die Anteilswerte mit zunehmendem Lebensalter an. Befragte aus dem Pflegebereich sind erwartungsgemäß in einem erheblich höheren Maße von Behinderungen betroffen.

¹ Im Pflegebereich wurden 98 Personen, das sind 54%, persönlich befragt.

² Psychische Erkrankungen und Beeinträchtigungen werden im folgenden Kapitel eingehend behandelt.

³ In Privathaushalten beträgt der Anteil an Multimorbiden 43%.

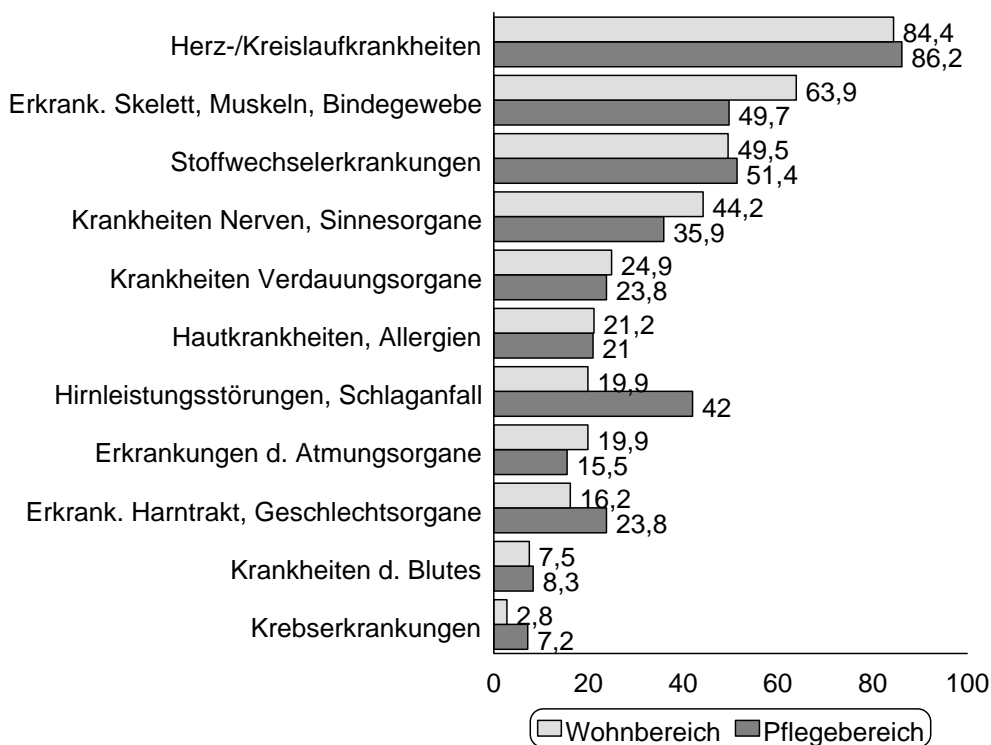
Tab. 5.1: Behinderungen nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen)

Behinderungen	Wohnbereich	Pflegebereich
Körperbehinderungen, Bewegungseinschränkungen	43,9%	63,5
darunter:		
Behinderungen/Bewegungseinschränkungen der Füße/Beine	32,7%	57,5%
Behinderungen/Bewegungseinschränkungen der Hände/Arme	13,4%	29,3%
Behinderungen/Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule	15,6%	24,5%
Sprach-/Hörbehinderungen	37,4%	56,9%
darunter:		
Schwerhörigkeit, Taubheit	32,1%	40,9%
Sprachstörungen	8,1%	24,3%
Sehbehinderung/ Blindheit	35,5%	39,8%
darunter:		
Starke Sehbehinderung	31,5%	34,8%
Blindheit	4,0%	5,0%

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Auffallend ist der hohe Anteil der Befragten aus dem Pflegebereich mit Sprachstörungen. Diese hängen zum Teil mit den häufigen Nennungen von Hirnleistungsstörungen und Schlaganfallfolgen zusammen (siehe Abb. 5.2).

Abb. 5.2: Krankheitsgruppen nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Von den **Krankheiten**¹ wurde am häufigsten die Gruppe der *Herz-/Kreislaufkrankungen* genannt (s. Abb. 5.2). Jeweils weit über 80% der Befragten aus dem Wohn- wie aus dem Pflegebereich nannten mindestens eine Erkrankung aus dieser Gruppe. Folgende Einzelerkrankungen wurden am häufigsten genannt, wobei Mehrfachnennungen möglich waren:

Tab. 5.2: Häufigste Herz-/Kreislaufkrankungen nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen)

Art der Erkrankung	Wohnbereich	Pflegebereich
Periphere Durchblutungsstörungen	36,8%	33,1%
Wasser, geschwollene Füße/Beine	34,0%	42,0%
Herzschwäche, Herzinsuffizienz	33,6%	43,6%
Krampfadern, Thrombosen, Venenentzündung	29,9%	18,2%
Bluthochdruck, Hypertonie	24,6%	21,0%
Herzrhythmusstörungen	23,1%	17,1%

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Auffallend große Unterschiede finden sich zwischen den unter 80jährigen Heimbewohnerinnen und -bewohnern und der gleichaltrigen Bevölkerung in Privathaushalten bei folgenden Herz-Kreislaufkrankungen: Herzschwäche (Heime: 31%; Privathaushalte: 9%), Herzinfarktfolgen (Heime: 14%; Privathaushalte: 5%) und Wasser in den Füßen/Beinen (Heime: 36%; Privathaushalte: 13%).

Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes stehen bei den Befragten aus dem Wohnbereich an zweiter, bei den Befragten aus dem Pflegebereich an dritter Stelle. Häufigste Einzelnennung war der Komplex Arthrose/Arthritis/Rheuma, worunter 51% aus dem Wohnbereich und 33% aus dem Pflegebereich litten. Darüber hinaus hatten relativ viele Osteoporose (Wohnbereich: 26%; Pflegebereich: 18%).

An zweiter Stelle bei den Befragten aus dem Pflegebereich und an dritter Stelle bei den Befragten aus dem Wohnbereich stehen *Stoffwechselerkrankungen*, wobei am häufigsten Diabetes (Wohnbereich: 14%; Pflegebereich: 29%), erhöhte Blutfettwerte/Cholesterin (Wohnbereich: 14%; Pflegebereich: 7%) und Gicht (Wohnbereich: 11%; Pflegebereich: 3%) genannt wurden.

Auffallend sind die höheren Diabetes-Prävalenzen der unter 80jährigen Heimbewohnerinnen und -bewohner (21%) im Vergleich zur gleichaltrigen Bevölkerung in Privathaushalten (11%).

Insgesamt 42% der Heimbevölkerung litten an *Krankheiten der Nerven und der Sinnesorgane*; bereits bei den unter 80jährigen ist der Anteil so hoch (unter 80jährige in Privathaushalten: 17%). Dabei handelt es sich in erster Linie um Augenerkrankungen, z.B. grauer Star oder Glaukom (Wohnbereich: 42%; Pflegebereich: 25%). Relativ viele aus dem Pflegebereich (12%) litten darüber hinaus an einer Parkinson-Erkrankung (Wohnbereich: 3%).

¹ Erkrankungen mit hohem Sterberisiko, z.B. Krebs, sind in Bevölkerungsbefragungen generell unterrepräsentiert.

An *Hirnleistungsstörungen* litten insgesamt 28% der Heimbevölkerung (Privathaushalte: 8%). Bereits bei den unter 80jährigen liegt der Anteil bei 21%. Vor allem im Pflegebereich lebten Menschen mit Hirnleistungsstörungen aufgrund von Durchblutungsstörungen des Gehirns oder einer Cerebralsklerose oder als Folge eines Schlaganfalls. Diese stehen bei den Befragten aus dem Pflegebereich mit 42% an vierter Stelle, im Wohnbereich mit rund 20% an siebter Stelle.

Alle anderen Krankheitsgruppen wurden von höchstens einem Viertel der Befragten aus dem Wohn- oder Pflegebereich genannt. Größere Unterschiede zwischen Befragten aus dem Wohn- und Pflegebereich gibt es *bei Erkrankungen des Harntrakts oder der Geschlechtsorgane* (Wohnbereich: 16%; Pflegebereich: 24%) und bei *Krebserkrankungen* (Wohnbereich: 3%; Pflegebereich: 7%). Von Krebserkrankungen (insgesamt 4%) sind häufiger jüngere Heimbewohnerinnen und -bewohner unter 80 Jahren betroffen (7%).

Deutliche Unterschiede zwischen Wohn- und Pflegebereich zeigen sich auch in den Angaben zu **Frakturen**: Gut 14% der Befragten aus dem Pflegebereich gegenüber 8% der Befragten aus dem Wohnbereich hatten einen oder gar mehrere Knochenbrüche im letzten Jahr.¹

Aus den Befunden wird deutlich, daß Befragte aus dem Wohnbereich insgesamt nicht gesünder sind als Befragte aus dem Pflegebereich. Etliche Einzelerkrankungen wurden sogar von den Befragten aus dem Wohnbereich häufiger genannt; der Schweregrad der jeweiligen Erkrankungen ist jedoch nicht bekannt. Das heißt auch, daß Krankheiten nicht generell eine höhere Pflegebedürftigkeit bedingen. Vielmehr ist die Art der Erkrankung für den Grad der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ausschlaggebend. In nachfolgender Tabelle sind die Krankheitsgruppen aufgelistet, bei denen der Anteil der Pflegebedürftigen überdurchschnittlich hoch ist.² An erster Stelle stehen dabei Krebserkrankungen, gefolgt von Hirnleistungsstörungen.

Tab. .5.3: *Anteile Hilfe- und Pflegebedürftiger in Krankheitsgruppen mit erhöhtem Hilfe- und Pflegebedarf (Angaben in Prozent)*

Krankheitsgruppe	Kein Hilfe-/ Pflegebedarf	Hilfebedürftigkeit	Pflegebedürftigkeit	Zahl Erkrankter
Krebserkrankungen	22,7	9,1	68,2	22
Hirnleistungsstörungen	10,7	30,7	58,6	140
Erkrankungen Harntrakt, Geschlechtsorgane	20,0	25,3	54,7	95
Bewegungseinschränkungen, Körperbehinderungen	16,8	33,6	49,6	256
Sprach-/Hörbehinderung	17,9	36,3	45,7	223
Starke Sehbehinderung/ Blindheit	19,4	40,3	40,3	186
Gesamt	27,9	34,7	37,5	502

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

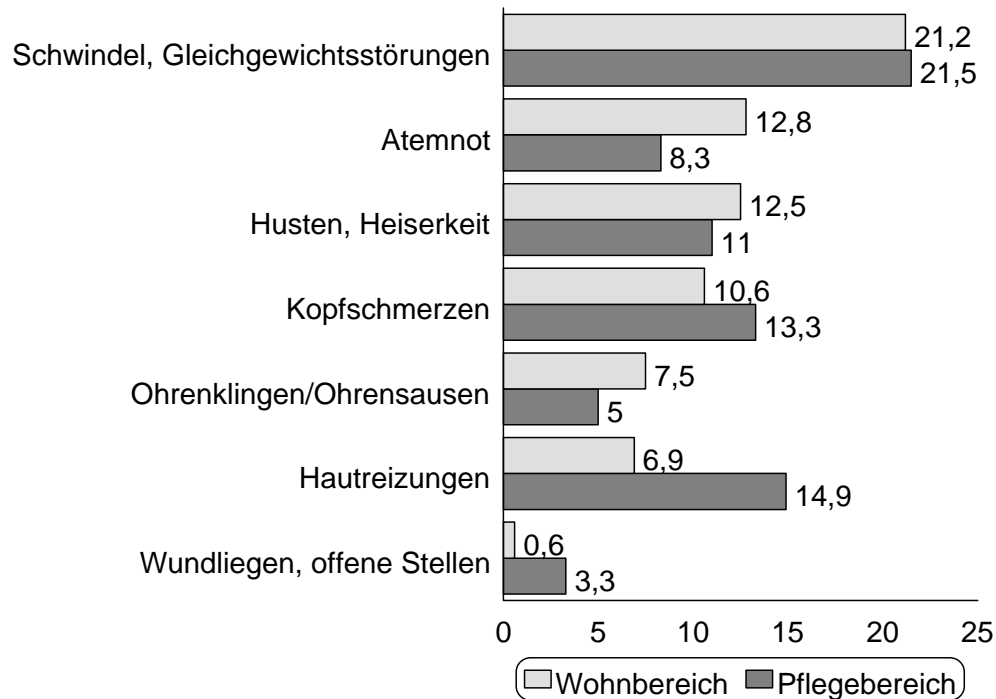
¹ In Privathaushalten betrug der Anteil 3%.

² Krankheitsgruppen mit nur geringen Schwankungen zwischen den Hilfe- und Pflegebedürftigkeitsstufen werden hier nicht aufgeführt. Wegen ansonsten zu geringen Fallzahlen wird auf eine zusätzliche Unterscheidung zwischen Wohnbereich und Pflegebereich verzichtet. Ebenso werden die Pflegebedürftigkeitsstufen zusammengefaßt.

5.1.3 Gesundheitliche Beschwerden

Ein Fragenbereich befaßte sich mit der Häufigkeit von gesundheitlichen Beschwerden, die im Laufe der letzten 12 Monate auftraten.

Abb. 5.3: Häufige körperliche Beschwerden während der letzten 12 Monate (Angaben in Prozent)

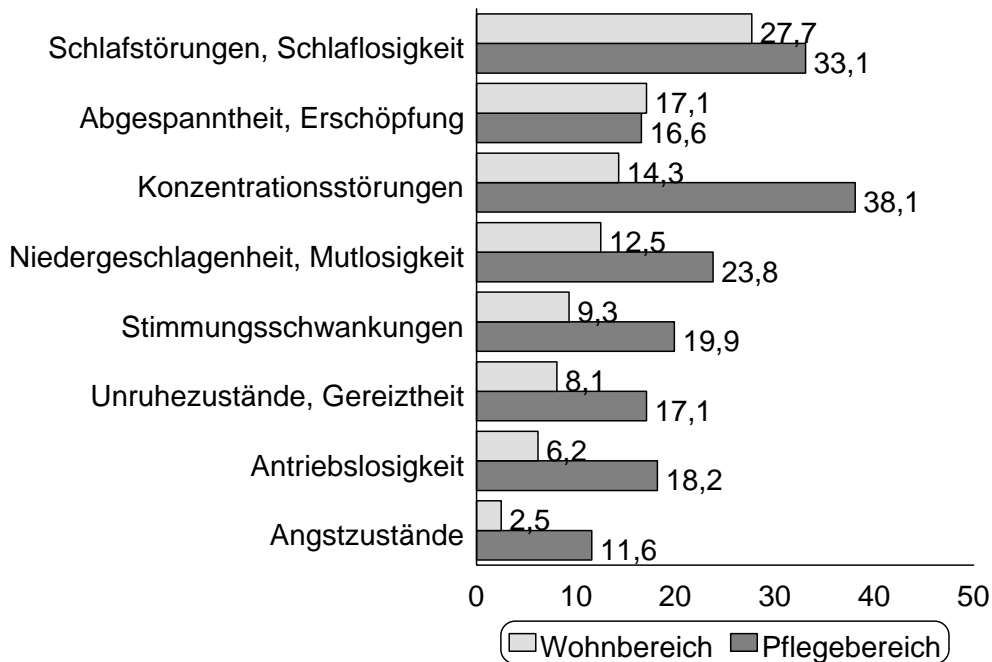


Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Bei den **körperlichen Beschwerden** stehen sowohl bei Befragten aus dem Wohnbereich als auch aus dem Pflegebereich Schwindel und Gleichgewichtsstörungen mit jeweils ca. 21% an erster Stelle (s. Abb. 5.3). Auffallend ist die relativ häufige Nennung von Hautreizungen von Befragten aus dem Pflegebereich (15%; Wohnbereich: 7%); diese litten auch häufiger unter Kopfschmerzen oder unter offene Stellen durch das viele Liegen oder Sitzen. Alle anderen Beschwerden wurden dagegen von Befragten aus dem Wohnbereich häufiger genannt.¹

¹ In Privathaushalten ist der Anteil derjenigen, die an Schwindel und Gleichgewichtsstörungen litten, mit 10% nur etwa halb so hoch. Bei den anderen körperlichen Beschwerden sind die Unterschiede zur Heimbevölkerung gering.

Abb. 5.4: Häufige Befindlichkeitsstörungen während der letzten 12 Monate (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Von den Befragten aus dem Pflegebereich wurden **Befindlichkeitsstörungen** fast durchgängig häufiger genannt als von den Befragten aus dem Wohnbereich (s. Abb. 5.4).¹ Im Pflegebereich stehen an erster Stelle Konzentrationsstörungen (38%), gefolgt von Schlafstörungen (33%) und Gefühlen der Niedergeschlagenheit und Mutlosigkeit (24%). Im Wohnbereich waren Schlafstörungen (28%) die häufigsten Beschwerden und mit deutlichem Abstand Abgespanntheit und Erschöpfung (17%) und Konzentrationsstörungen (14%).

Im Vergleich dazu waren Befragte aus Privathaushalten von psychischen oder psychosomatischen Beschwerden durchgängig weniger häufig betroffen. Relativ oft wurden dort Schlafstörungen (21%) genannt und - mit Abstand - Abgespanntheit und Erschöpfung (14%) und Konzentrationsstörungen (9%). Die Anteile bei allen anderen psychischen und psychosomatischen Beschwerden liegen bei ca. 5%. Die Heimbevölkerung kann somit in einem erheblich größeren Maße als psychisch belastet gelten als die ältere Bevölkerung in Privathaushalten.

Wie bei den Angaben zu Krankheiten und Behinderungen sind auch bei den Beschwerden die Unterschiede in den Altersgruppen unterschiedlich stark ausgeprägt, und wiederum lässt sich kein allgemeiner Trend in dem Sinne feststellen, daß solche Unterschiede zwischen der Heimbevölkerung und der Bevölkerung in Privathaushalten mit zunehmendem Alter immer größer würden; sie sind gerade in der jüngeren Altersgruppe markant.

Das Auftreten von **starken Schmerzen** wurde von Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Pflegebereich ebenfalls häufiger berichtet. 32% der Befragten aus dem Pflegebereich gegenüber knapp 24% der Befragten aus dem Wohnbereich hatten während der letzten 12 Monate häufig oder sogar sehr häufig starke Schmerzen. Die Unterschiede zur älteren Bevölkerung in

¹ Zu psychischen Krankheiten siehe ausführlich Kap. 6.

Privathaushalten sind gering. Mit 29% liegt der Anteil in der Bevölkerung in Privathaushalten sogar etwas über dem Anteil in der Heimbevölkerung insgesamt (27%).¹

5.1.4 Zahngesundheit²

Gerade mal 11% der Befragten aus dem Wohnbereich und 16% der Befragten aus dem Pflegebereich gaben an, *keinen* herausnehmbaren Zahnersatz zu haben.³ Alle anderen Befragten hatten Zahnprothesen. Am häufigsten wurden Vollprothesen oben oder unten genannt. Die restlichen Befragten hatten Teilprothesen oben oder unten (s. Tab. 5.4).

Tab. 5.4: Art des Zahnersatzes im Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen)

	Wohnbereich	Pflegebereich
Vollprothese oben	68,8	74,6
Vollprothese unten	55,8	62,4
Teilprothese oben	19,3	8,8
Teilprothese unten	22,7	11,6
Kein herausnehmbarer Zahnersatz	10,6	16,0
Anzahl der Befragten	321	181

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnung.

Fast alle Befragten aus dem Wohnbereich nutzten ihren Zahnersatz immer oder häufig (99%). Im Pflegebereich waren es nur 87%; 13% benutzten den Zahnersatz selten oder so gut wie nie.

Im Pflegebereich traten auch häufiger Probleme mit den Zähnen oder dem Zahnersatz auf: 31% gegenüber 18% aus dem Wohnbereich hatten Beschwerden, z.B. beim Kauen oder Sprechen.⁴ Enge Zusammenhänge zeigen sich mit der Häufigkeit der Nutzung des Zahnersatzes: Im Pflegebereich nutzten 23% der Befragten mit Beschwerden ihren Zahnersatz so gut wie nie, von den Befragten ohne Beschwerden waren es 3%.⁵

¹ Zur Einnahme von Schmerzmitteln siehe Kap. 5.3.

² Zur Zahnärztinanspruchnahme siehe Kap.5.2.

³ Ob die Befragten noch eigene Zähne haben und in welchem Zustand, wurde nicht erfaßt.

⁴ In Privathaushalten lag der Anteil der Befragten mit Beschwerden bei 12%.

⁵ Da im Wohnbereich fast alle Befragten ihren Zahnersatz benutzten, erübrigt sich die Untersuchung dieses Zusammenhangs.

5.2 Versorgung mit ambulant-ärztlichen Leistungen

5.2.1 Arztkontakte

Fast alle Befragten waren zum Befragungszeitpunkt in ambulant-ärztlicher Behandlung, wobei die Unterschiede zwischen Wohnbereich (94%) und Pflegebereich (97%) gering sind. Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Wohnbereich hatten noch häufiger ihre eigene Hausärztin bzw. ihren eigenen Hausarzt (54%) und nahmen seltener eine Ärztin oder einen Arzt des Heims¹ (39%) in Anspruch. Im Pflegebereich wurde die medizinische Versorgung überwiegend von Heimärztinnen bzw. -ärzten geleistet (62%). Die hausärztliche Versorgung hatte einen deutlich geringeren Stellenwert (31%).² Andere Ärztinnen und Ärzte wurden von knapp 31% der Befragten aus dem Wohnbereich und knapp 27% der Befragten aus dem Pflegebereich genannt.

Die meisten Befragten hatten innerhalb der letzten Woche Kontakt zur/zum Heim- oder Hausärztin/ -arzt, der letzte Kontakt zu anderen Ärztinnen und Ärzten lag dagegen häufig schon länger zurück (s. Tab. 5.5). Entsprechend ihrem schlechteren Gesundheitszustand waren Befragte aus dem Pflegebereich häufiger innerhalb der letzten Woche in ärztlicher Behandlung. Die vorliegenden Befunde verweisen auf den hohen medizinischen Betreuungsbedarf von Bewohnerinnen und Bewohnern in Heimen, insbesondere im Pflegebereich.

Tab. 5.5: Letzter Arztkontakt der Bewohner/innen im Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)

Wann zuletzt?	Hausärztin/-arzt		Heimärztin/-arzt		Andere/r Ärztin/Arzt	
	Wohnen	Pflege	Wohnen	Pflege	Wohnen	Pflege
innerhalb der letzten Woche	53,2	66,1	55,6	72,6	29,6	33,3
vor 1 - 2 Wochen	12,1	16,1	16,1	9,7	19,4	12,5
vor 3 - 4 Wochen	20,2	10,7	13,7	13,3	20,4	31,3
vor mehr als 1 Monat	14,5	7,1	14,5	4,4	30,6	22,9
Gesamt (100%)	173	56	124	113	98	48

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Von insgesamt 12% der Befragten wurde innerhalb des letzten halben Jahres einmal oder öfter ein/e **Notärztin/ -arzt** oder der ärztliche Bereitschaftsdienst in Anspruch genommen. Die

¹ Im folgenden kurz Heimärztin/ -arzt genannt. Damit sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gemeint, die z.B. im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung, oder weil ihre Praxis in der Nähe ist, vom Heim vermittelt und einbezogen werden.

² Es war die Möglichkeit für Mehrfachantworten gegeben. Fast alle Befragte waren aber entweder nur bei der Hausärztin/ beim Hausarzt oder nur bei der Heimärztin/ beim Heimarzt.

Inanspruchnahme unterscheidet sich nur wenig zwischen Befragten aus dem Wohnbereich (11%) und dem Pflegebereich (14%).¹

5.2.2 Fachrichtungen

Die nachstehende Tabelle zeigt eine Aufschlüsselung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nach Fachrichtungen und auch danach, ob die Behandlung im Heim oder außerhalb in der Praxis der Ärztin bzw. des Arztes stattfand. In erster Linie wurden Praktische Ärztinnen und Ärzte oder Ärztinnen/ Ärzte für Allgemeinmedizin sowohl im Wohnbereich (63%) als auch im Pflegebereich (61%) in Anspruch genommen. Überwiegend fand die Behandlung im Heim statt. Mit deutlichem Abstand folgen Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin an zweiter Stelle (Wohnbereich: 33%; Pflegebereich: 35%). Auch diese Facharztgruppe kam überwiegend ins Heim.

Tab. 5.6: Fachrichtung der behandelnden Ärztinnen/Ärzte und Ort der Behandlung nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)

Fachrichtung	Wohnbereich (N = 321)		Pflegebereich (N = 181)	
	Heim	Praxis	Heim	Praxis
Praktische/r Ärztin/ Arzt, Ärztin/ Arzt für Allgemeinmedizin	44,5	18,1	57,0	3,9
Internistin/ Internist	22,1	11,5	32,1	3,3
Augenärztin/ Augenarzt	4,7	16,2	9,4	2,8
Hals-Nasen-Ohren-Ärztin/ Arzt	1,2	4,7	0,6	0,6
Frauen: Frauenärztin/ -arzt	0,4	4,6	1,3	0,0
Urologin/ Urologe	0,6	3,7	1,7	0,0
Nervenärztin/ -arzt, Psychiater/in	2,2	1,9	7,8	1,1
Orthopädin/ Orthopäde	1,6	10,0	0,0	1,7
Hautärztin/ Hautarzt	0,6	4,0	3,9	0,6

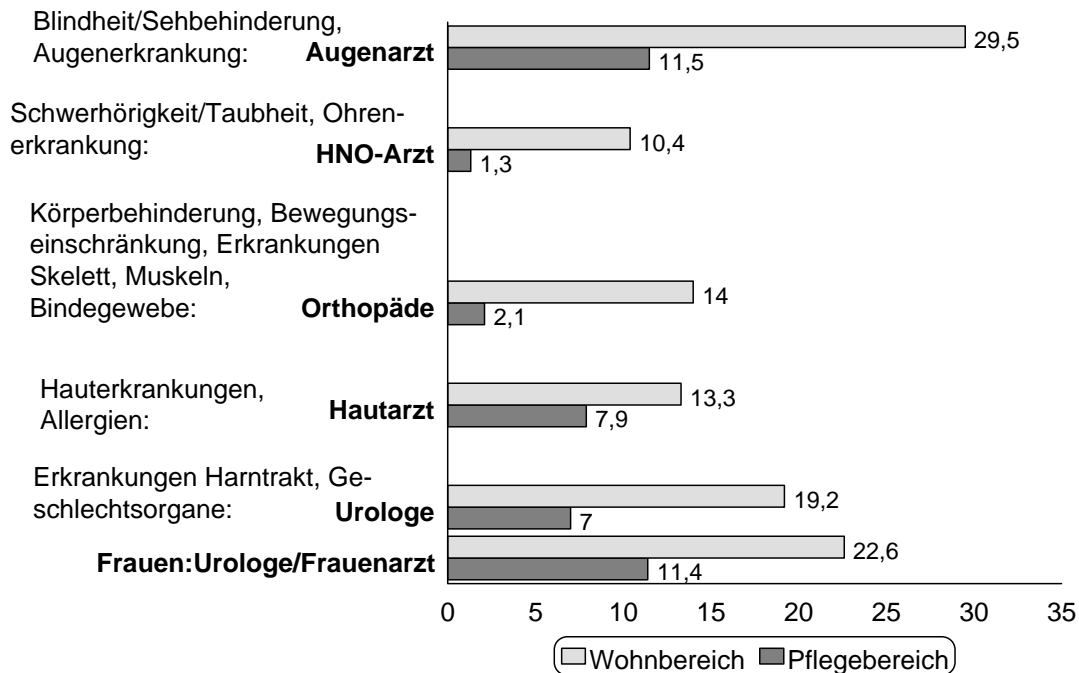
Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Ärztinnen und Ärzte anderer Fachrichtungen wurden dagegen nur selten in Anspruch genommen. Obwohl der gesundheitliche Versorgungsbedarf von Befragten im Pflegebereich generell höher ist, war deren Inanspruchnahme von Fachärztinnen/ -ärzten fast durchgängig geringer. Befragte aus dem Wohnbereich nannten relativ häufig Augenärztinnen/ -ärzte und Orthopädinnen/ Orthopäden, Befragte aus dem Pflegebereich ebenfalls Augenärztinnen/ -

¹ Von den Befragten in Privathaushalten waren es 7%:

ärzte sowie Nervenärztinnen/ -ärzte. Nur die beiden letztgenannten Gruppen sowie Hautärztinnen/ -ärzte kamen häufiger zur Behandlung ins Heim. Bei allen anderen Facharztgruppen ist die Hausbesuchstätigkeit marginal.

Abb. 5.5: Fachärztinanspruchnahme nach Krankheitsbildern von Befragten im Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

In einem weiteren Schritt wurde die Fachärztinanspruchnahme nach einigen ausgewählten Krankheitsbildern untersucht (s. Abb. 5.6).¹ Insgesamt zeigt sich, daß trotz einschlägiger Diagnosen die entsprechenden Fachärztinnen und -ärzte nur relativ selten - im Pflegebereich noch viel seltener als im Wohnbereich - in Anspruch genommen wurden. Auffallend ist die sehr geringe Inanspruchnahme von Fachärztinnen und -ärzten für Orthopädie von Befragten aus dem Pflegebereich (2%), was wohl auch mit deren geringen Bereitschaft zu Hausbesuchen zusammenhängt.

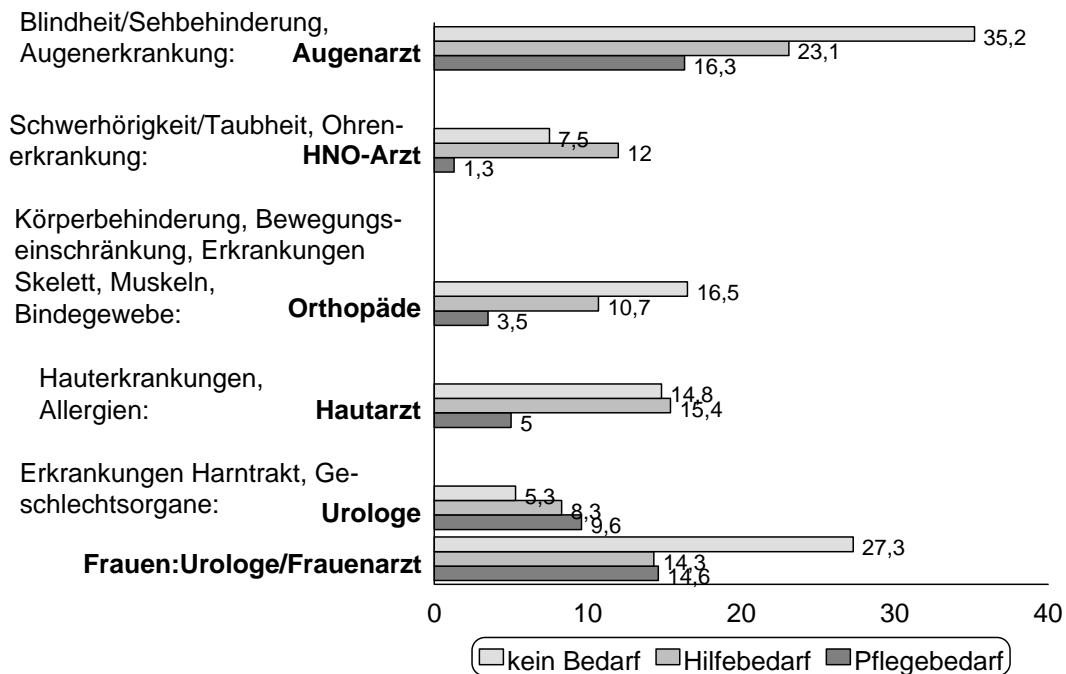
Diese Ergebnisse sind nicht so zu verstehen, daß die vorhandenen Krankheiten, Behinderungen und Beeinträchtigungen nicht ärztlich behandelt würden. Sie müssen aber als ein Indiz dafür gelten, daß eine ausreichende *fachärztliche* Versorgung in den Alten- und Pflegeheimen in vielen Fällen nicht gewährleistet ist. Auch in der Befragung alter Menschen in Privathaushalten wurden Defizite in der fachärztlichen Versorgung nachgewiesen. Allerdings war die relative Häufigkeit der Facharztkontakte ca. doppelt bis dreimal so hoch.² So waren rund 60% der Befragten mit einer Sehbehinderung oder Augenerkrankung beim Augenarzt, 36% der Befragten mit einer Hauterkrankung bei einem Hautarzt und rund 30% der Befragten mit Körperbehinderungen oder Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des

¹ Es wurden solche Krankheitsbilder ausgewählt, die zum einen relativ häufig sind, zum anderen sich auch möglichst eindeutig einer Facharztgruppe zuordnen lassen. Der Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und der Fachärztinanspruchnahme wird im folgenden Kapitel untersucht.

² Eine Ausnahme sind Nervenärztinnen/ ärzte und Psychiaterinnen/ Psychiater, die von Befragten aus Heimen etwas häufiger genannt wurden.

perbehinderungen oder Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes bei einem Orthopäden. Eine Ausnahme sind Nervenärztinnen/ärzte und Psychiaterinnen/Psychiater, die von Befragten aus Heimen etwas häufiger genannt wurden.

Abb. 5.6: Fachärztinanspruchnahme nach Krankheitsbildern und nach Hilfe- und Pflegebedürftigkeitsstufen (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Diese Defizite betreffen, unabhängig von den einzelnen Krankheitsbildern, vor allem pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und -bewohner, die in ihrer Mobilität zum Teil erheblich beeinträchtigt und nicht mehr in der Lage sind, eine Arztpraxis aufzusuchen, sondern auf Hausbesuche seitens der Ärztinnen und Ärzte angewiesen sind (s. Abb. 5.6).

5.2.3 Zahnärztinanspruchnahme

Auch die Zahnärztinanspruchnahme war bei Befragten aus dem Pflegebereich wesentlich seltener als bei Befragten aus dem Wohnbereich. Bei der Frage nach dem letzten Besuch bei einer Zahnärztin bzw. einem Zahnarzt antworteten die Befragten wie in Tabelle 5.7 festgehalten.

Die Hälfte der Befragten aus dem Pflegebereich war demnach seit mindestens zwei Jahren nicht mehr in zahnärztlicher Behandlung; gerade mal 30% waren es im Laufe des vergangenen Jahres. Bei den Befragten aus dem Wohnbereich zeigt sich ein nahezu umgekehrtes Zahlenverhältnis. Von den Befragten aus Privathaushalten waren 41,5% während der letzten sechs Monate beim Zahnarzt.

Tab. 5.7: Letzter Zahnarztkontakt nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)

Wann zuletzt?	Wohnbereich	Pflegebereich
In den letzten 6 Monaten	31,5	16,6
Vor 6 - 12 Monaten	15,6	13,8
In den letzten 1 - 2 Jahren	14,3	12,2
Länger her, noch nie	35,8	49,7
Weiß nicht (mehr)	2,8	7,7
Gesamt (100%)	321	181

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Auch hier ist wieder zu vermuten, daß der geringere zahnärztliche Versorgungsgrad im Pflegebereich nicht dem Bedarf entspricht, sondern auf die eingeschränkte Mobilität der Befragten zurückzuführen ist. So wurden von den Befragten aus dem Pflegebereich, deren letzter Zahnarztbesuch höchstens zwei Jahre zurücklag, 29% im Heim und 71% in einer Zahnarztpraxis behandelt. Von den Befragten aus dem Wohnbereich waren 95% in einer Praxis.

Beschwerden mit den Zähnen oder mit dem Zahnersatz führen nicht zu einer häufigeren Inanspruchnahme. Von den Befragten aus dem Wohnbereich waren nur 35% mit solchen Beschwerden während der letzten sechs Monate bei einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt; ohne solche Beschwerden waren es fast genauso viele (31%). 40% der Befragten mit Beschwerden waren seit mindestens zwei Jahren nicht mehr in zahnärztlicher Behandlung.

Bei den Befragten aus dem Pflegebereich ist die zahnärztliche Versorgung noch schlechter. Nur 16% der Befragten mit Beschwerden waren in den letzten sechs Monaten bei einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt, 52% jedoch seit mindestens zwei Jahren nicht mehr. Das entspricht in etwa dem Inanspruchnahmeverhalten der Befragten ohne Beschwerden.

5.3 Therapien, Medikamente und medizinische Hilfsmittel

5.3.1 Funktionelle und Psycho-Therapien

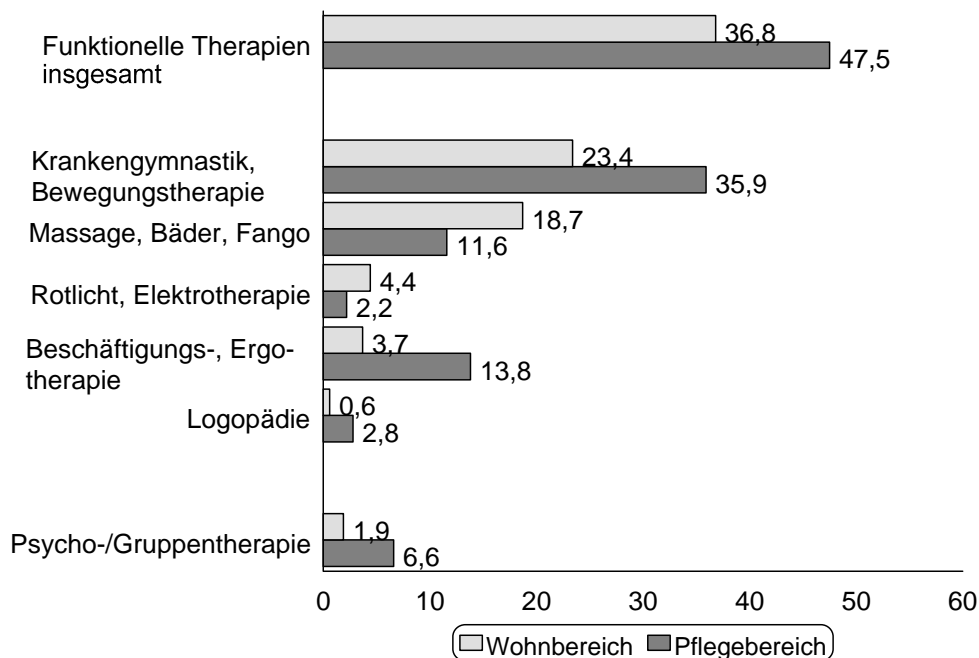
Die therapeutische Versorgung ist bei vielen Krankheiten, gesundheitlichen Beschwerden und Behinderungen eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation. Eine Frage im Fragebogen bezog sich auf die Therapien und Heilanwendungen, die die Befragten während der letzten sechs Monate erhalten hatten.

Sowohl im Wohn- als auch im Pflegebereich wurde die Krankengymnastik oder Bewegungstherapie am häufigsten genannt. An zweiter Stelle stehen im Pflegebereich die Beschäftigungs- oder Ergotherapie, im Wohnbereich Massagen, Bäder und dergleichen.

Therapien zur Wiederherstellung überwiegend körperlicher Fähigkeiten, die im folgenden als **funktionelle Therapien** bezeichnet werden, hatten während der letzten sechs Monate insge-

samt 40% der Befragten.¹ Eine Psychotherapie oder Gruppentherapie machten insgesamt knapp 4% der Befragten.² Bewohnerinnen und Bewohner des Pflegebereichs erhielten häufiger sowohl funktionelle Therapien als auch eine Psycho- oder Gruppentherapie (s. Abb. 5.7).

Abb. 5.7: Therapien während der letzten sechs Monate nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Das **Angebot der Heime** an therapeutischen Möglichkeiten wirkt sich nicht darauf aus, ob jemand Therapien erhält oder nicht. Fast alle Befragten (91%) lebten in Heimen, in denen es spezielle Räume für physikalische Therapie oder Gymnastikräume gab. Von denen erhielten eher weniger (40%) eine funktionelle Therapie als von den wenigen Befragten in Heimen ohne Therapieräume (47%). Ob es seitens des Heims Regelungen mit physikalischen Therapeutinnen/Therapeuten gibt,³ sei es, daß es angestellte Kräfte sind oder Kräfte, mit denen vertragliche Vereinbarungen bestehen, spielt ebenfalls keine Rolle: Jeweils 40% erhielten funktionelle Therapien.

Die Inanspruchnahme von funktionellen Therapien hängt dagegen einerseits mit dem **Alter**, andererseits mit der **Hilfe- und Pflegebedürftigkeit** der Befragten zusammen:

- 53% der unter 80jährigen gegenüber 38% der 80 - 84jährigen und 35% der mindestens 85jährigen erhielten funktionelle Therapien;
- ebenso erhielten 47% der Pflegebedürftigen gegenüber 38% der Hilfebedürftigen und 36% der Nicht-Hilfe-und-Pflegebedürftigen funktionelle Therapien.

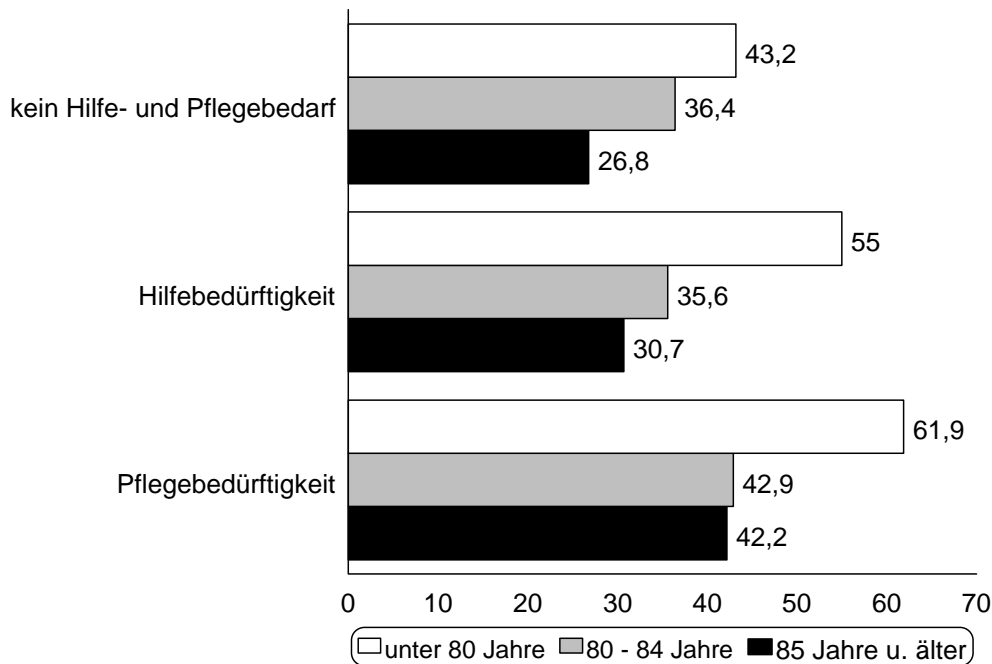
¹ Zu den funktionellen Therapien zählen Krankengymnastik, Massage/Bäder/Fango, Rotlicht/ Elektrotherapie, Beschäftigungstherapie und Logopädie. 27% aller Befragten nannten eine, 13,4% zwei oder mehr dieser Therapien.

² Wegen der geringen Fallzahl (insgesamt 18 Befragte) wird auf witergehende Untersuchungen verzichtet.

³ 42% der Befragten lebten in solchen Heimen.

Nimmt man diese beiden Faktoren zusammen, zeigt sich, daß auf jeder Stufe der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit die Inanspruchnahme mit dem Alter deutlich abnimmt (s. Abb. 5.8). Ob bei diesen Gruppen eine echte Unterversorgung mit therapeutischen Leistungen vorliegt, oder ob andere Gründe für die geringere Inanspruchnahme verantwortlich sind, ist anhand der verfügbaren Daten nicht zu klären.

Abb. 5.8: Inanspruchnahme funktioneller Therapien während der letzten sechs Monate nach Altersgruppen und Hilfe- und Pflegebedürftigkeitsstufen (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Weniger deutlich als der Zusammenhang mit der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und dem Alter ist der Zusammenhang mit den gesundheitlichen Problemen der Befragten. Eine Auswertung nach **Krankheitsgruppen** ist insgesamt wenig ergiebig. Ein eindeutiger Zusammenhang mit funktionellen Therapien zeigt sich nur bei Behinderungen und Bewegungseinschränkungen:¹ Von den Befragten mit solchen Behinderungen und Bewegungseinschränkungen erhielten 50% funktionelle Therapien; aber auch bei den Befragten ohne solche Behinderungen und Bewegungseinschränkungen ist der Anteil mit 31% relativ hoch.

¹ Das ist ein Ergebnis einer multivariaten Analyse (CHAID). Bei zweiseitigen Zusammenhangsanalysen zeigten sich auch Zusammenhänge mit Herz-/Kreislaufkrankungen, Hirnleistungsstörungen und Krebserkrankungen. Bei allen Krankheitsgruppen konnte aber ein eigenständiger Einfluß bei der multivariaten Analyse nicht mehr nachgewiesen werden.

Bei den einzelnen Therapieformen zeigen sich eher Zusammenhänge mit den Krankheitsgruppen.

Krankengymnastik oder Bewegungstherapie (insgesamt: 27,9%) erhielten signifikant häufiger Befragte mit folgenden Krankheitsbildern:¹

- Behinderungen und Bewegungseinschränkungen (37,5%)
- Erkrankungen des Nervensystems und der Sinnesorgane (33,3%).

Massagen, Bäder und dergleichen (insgesamt: 16,1%) erhielten häufiger Befragte mit

- Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (20,3%)
- Erkrankungen des Nervensystems und der Sinnesorgane (20,3%).

Eine **Beschäftigungs- oder Ergotherapie** (insgesamt: 7,4%) erhielten vor allem Befragte mit

- Hirnleistungsstörungen (12,9%).

Im Vergleich zu den Befragten in Heimen war die Inanspruchnahme funktioneller Therapien bei alten Menschen in **Privathaushalten** mit ca. 30% insgesamt geringer. Knapp 15% der Befragten nannten die Krankengymnastik oder Bewegungstherapie, ca. 20% Massagen, Bäder und dergleichen. Andere Therapieformen spielten so gut wie keine Rolle.

Der Rückgang der Inanspruchnahme funktioneller Therapien in den Altersgruppen ab 80 Jahre, also in den Altersgruppen, in denen Funktionsstörungen stark zunehmen, ist auch in den Daten der Befragung in Privathaushalten nachzuweisen. Das, zusammen mit der insgesamt geringen Inanspruchnahme von Ergotherapien, gibt Anlaß zu der Vermutung, daß in einem höheren Lebensalter ab ca. 80 Jahre Rehabilitationspotentiale nicht erkannt und ausgeschöpft werden.

5.3.2 Medikamente

Welche Medikamente und Heilmittel zum Zeitpunkt der Befragung eingenommen wurden, wurde anhand einer Liste erfaßt. Zusätzlich war die Möglichkeit zu weiteren Nennungen gegeben.² Im Durchschnitt wurden drei verschiedene Medikamente eingenommen, wobei es keine Unterschiede zwischen Befragten aus dem Wohn- und Pflegebereich gibt. Nur knapp

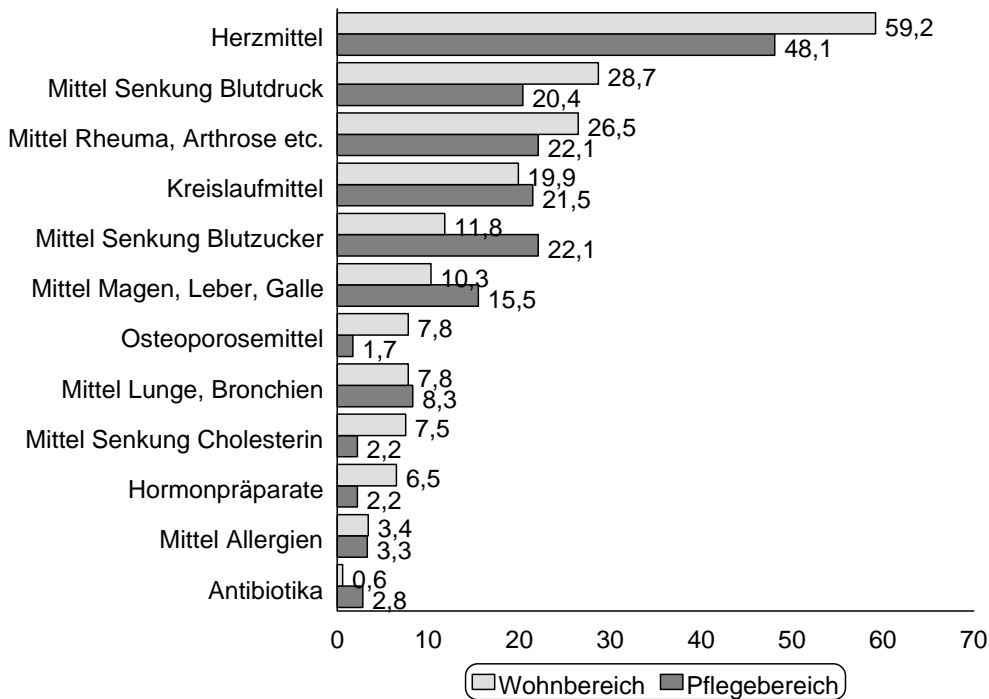
¹ Die Prozentangaben beziehen sich auf die Befragten mit dem Krankheitsbild, die die jeweilige Therapie erhielten. Aufgeführt sind nur solche Krankheitsbilder, die von größeren Anteilen der Befragten genannt wurden. So werden z.B. Therapien bei Krebserkrankungen wegen der geringen Anzahl an Betroffenen (4,4% = 22 Befragte) nicht aufgeführt.

² Die Medikamente wurden in Gruppen erfaßt, z.B. Herzmittel, Mittel zur Senkung des Blutzuckerspiegels usw., und nicht nach Präparatenamen. Die offenen Nennungen wurden, soweit möglich, den vorhandenen Kategorien zugeordnet. Die Angaben können als relativ valide gelten, da bei Schwierigkeiten in der Regel das Pflegepersonal hinzugezogen wurde. In der Befragung wurde nicht erhoben, ob die Medikamente ärztlich verordnet wurden.

Solche Medikamente, die normalerweise regelmäßig zur Behandlung organspezifischer Krankheiten eingenommen werden, wurden über „ja - nein“-Antwortvorgaben erfaßt. Bei den anderen Medikamenten und Heilmitteln, darunter fallen Schmerzmittel, stimmungsbeeinflussende Medikamente, Vitaminpräparate, Mineralstoffe und Stärkungsmittel, wurde erfragt, ob diese regelmäßig, gelegentlich oder nie genommen wurden. In den folgenden Auswertungen werden von diesen Medikamenten nur die regelmäßig eingenommenen berücksichtigt.

7% nahmen zur Zeit keine Medikamente und Heilmittel ein. Jede/r vierte Befragte nahm fünf oder mehr Medikamente ein.

Abb. 5.9: *Medikamente zur Behandlung organspezifischer Krankheiten (Angaben in Prozent)*



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Die obenstehende Abbildung zeigt die Nennungen zu den Medikamenten, die **zur Behandlung organspezifischer Krankheiten** eingenommen wurden (s. Abb. 5.9). Die meisten Befragten, d.h. fast 90%, nahmen solche Medikamente ein. Entsprechend den vorherrschenden Krankheitsbildern handelte es sich dabei in erster Linie um Herzmittel. Auffallend ist, daß Herzmittel im Pflegebereich seltener eingenommen als im Wohnbereich, obwohl Befragte im Pflegebereich häufiger an Herzschwäche oder Herzinsuffizienz litten (s. Tab. 5.2).

Deutlich größere Unterschiede zwischen Befragten aus dem Wohn- und Pflegebereich ergeben sich bei der Einnahme von **Psychopharmaka**: Fast die Hälfte der Befragten aus dem Pflegebereich (47%) nahm regelmäßig Schlafmittel, Beruhigungsmittel oder sonstige stimmungsbeflussende Medikamente ein; im Wohnbereich war es immerhin noch jede/r Fünfte (22%).¹ Im Vergleich zu den Ergebnissen anderer Studien sind diese Werte eher niedrig. So wurde in einer Studie in Mannheimer Altenheimen eine Prävalenz des Psychopharmakagebrauchs von insgesamt 48% ermittelt.² In der hier vorliegenden Studie ergibt sich, bezogen auf die Befragte im Wohn- und Pflegebereich zusammen, ein Wert von 31%.

¹ Die Einnahme von Psychopharmaka wird in Kap. 6.3 eingehender untersucht.

² Weyerer, S., El-Barrawy, R., König, S. und A. Zimmer (1996): Epidemiologie des Gebrauchs von Psychopharmaka in Altenheimen. In: Das Gesundheitswesen, 58 (1996): 201 - 206.

Der regelmäßige Psychopharmakagebrauch der älteren Bevölkerung in Privathaushalten liegt erheblich niedriger: Dort nahmen 14% mindestens ein- bis zweimal pro Woche stimmungsbeneinflussende Mittel ein.¹

In den Heimen wurden folgende Psychopharmaka eingenommen, wobei Mehrfachnennungen möglich waren (s. Tab. 5.8):

Tab. 5.8: Regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen)

	Wohnbereich (N = 321)	Pflegebereich (N = 181)
Schlafmittel	16,3	24,2
Beruhigungsmittel	6,6	18,5
sonstige Psychopharmaka	3,4	21,2
Psychopharmaka insgesamt	21,5	47,0

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Im Wohnbereich wurden also hauptsächlich Schlafmittel eingenommen und erst mit einigem Abstand Beruhigungsmittel und sonstige Psychopharmaka. Im Pflegebereich wurden alle Mittel etwa gleichermaßen häufig eingenommen. Die Unterschiede zum Wohnbereich sind bei den Beruhigungsmitteln und den sonstigen Psychopharmaka besonders hoch.

Schmerzmittel wurden etwas häufiger im Pflegebereich regelmäßig eingenommen. Weitergehende Analysen zur Einnahme von Schmerzmitteln führen zu folgenden Ergebnissen (s. Abb. 5.10):²

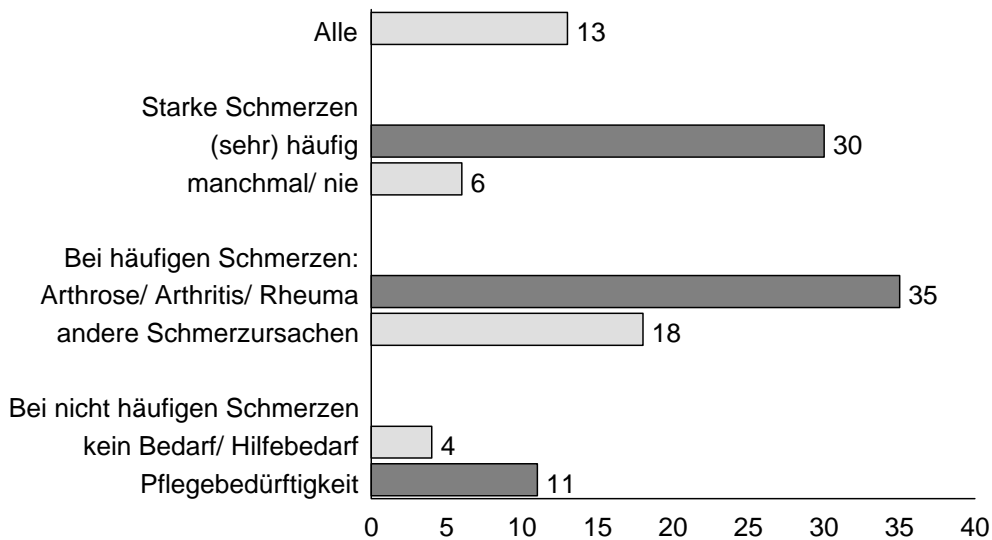
Als wichtigster Faktor erwiesen sich erwartungsgemäß (sehr) häufige starke Schmerzen: Allerdings nahmen nur 30% regelmäßig Schmerzmittel ein. Weitere 33% der Befragten mit (sehr) häufigen starken Schmerzen nahmen gelegentlich Schmerzmittel ein. 6% der Befragten, die angaben, manchmal oder nie starke Schmerzen zu haben, nahmen ebenfalls regelmäßig Schmerzmittel ein. Von den Befragten mit häufigen starken Schmerzen nahmen vor allem die Schmerzmittel ein, die an Arthrose, Arthritis oder Rheuma litten (35%). Bei anderen Schmerzursachen nahmen nur 18% regelmäßig Schmerzmittel ein. Bei Befragten ohne häufigen starken Schmerzen war die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ausschlaggebend: 11% der

¹ Die Ergebnisse sind nicht direkt vergleichbar, da in der Befragung in Privathaushalten zum einen nach den während der letzten drei Monaten eingenommenen Medikamenten gefragt wurde, zum anderen die Einnahmeintervalle anders erfaßt wurden (täglich, mehrmals pro Woche usw.). In der Befragung in Heimen wurde nach den derzeit eingenommenen Mitteln gefragt sowie, ob diese regelmäßig, gelegentlich oder nie genommen wurden.

² Dazu wurde eine CHAID-Analyse durchgeführt. Für die Auswertungen wurden wegen den ansonsten zu geringen Fallzahlen Wohn- und Pflegebereich zusammengefaßt.

Pflegebedürftigen gegenüber 4% der Nicht-Pflegebedürftigen nahmen regelmäßig Schmerzmittel ein.¹

Abb. 5.10: Regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Sonstige Mittel nahmen 41% der Befragten aus dem Wohnbereich und 31% der Befragten aus dem Pflegebereich regelmäßig ein. Dabei handelt es sich in erster Linie um folgende Präparategruppen:

	Wohnbereich	Pflegebereich
Magnesiumpräparate	18,7%	6,1%
Calciumpräparate	15,0%	5,0%
Vitaminpräparate	14,6%	4,4%
Abführmittel	10,6%	12,7%
Mittel zur Steigerung der Gedächtnisleistung	8,1%	5,0%

¹ Eine Bewertung der Ergebnisse gestaltet sich auf der vorhandenen Datenbasis als schwierig. Einerseits stellt sich die Frage, ob Befragte mit häufigen starken Schmerzen zu wenig Schmerzmittel bekommen, um ihre Leiden zu mindern. Andererseits ist mit diesen Daten nicht zu prüfen, ob bei Befragten ohne häufige starke Schmerzen Schmerzmittel überflüssigerweise verabreicht werden, oder ob die Befragten wegen der Schmerzmittel nicht über ihre Schmerzen berichten.

5.3.3 Medizinische und sonstige Hilfsmittel

In der Studie wurde nach der Benutzung von einer Reihe von medizinischen Hilfsmitteln gefragt. Am häufigsten wurde das Blutdruckmeßgerät genannt (44%), gefolgt vom Blutzuckermeßgerät (24%). Inhalationsgeräte oder Sauerstoffgeräte wurden dagegen so gut wie gar nicht benutzt (jeweils ca. 2%).

Bei der Benutzung eines Blutdruckmeßgeräts oder Blutzuckermeßgeräts bestehen deutliche Unterschiede zwischen Wohn- und Pflegebereich, obwohl die Unterschiede bei den Angaben zu Herz-/Kreislaufkrankungen und Stoffwechselerkrankungen gering sind.¹

	Wohnbereich	Pflegebereich
Blutdruckmeßgerät	39,3%	53,6%
Blutzucker-Meßgerät	18,1%	35,4%

Ebenso bestehen große Unterschiede zwischen Befragten des Wohn- und des Pflegebereichs bei der regelmäßigen Anwendung von **Inkontinenzhilfen**, was auch dem höheren Bedarf im Pflegebereich entspricht.

	Wohnbereich	Pflegebereich
Windeln, Einlagen etc.	5,0%	46,4%
Blasenkatheder	1,2%	11,6%

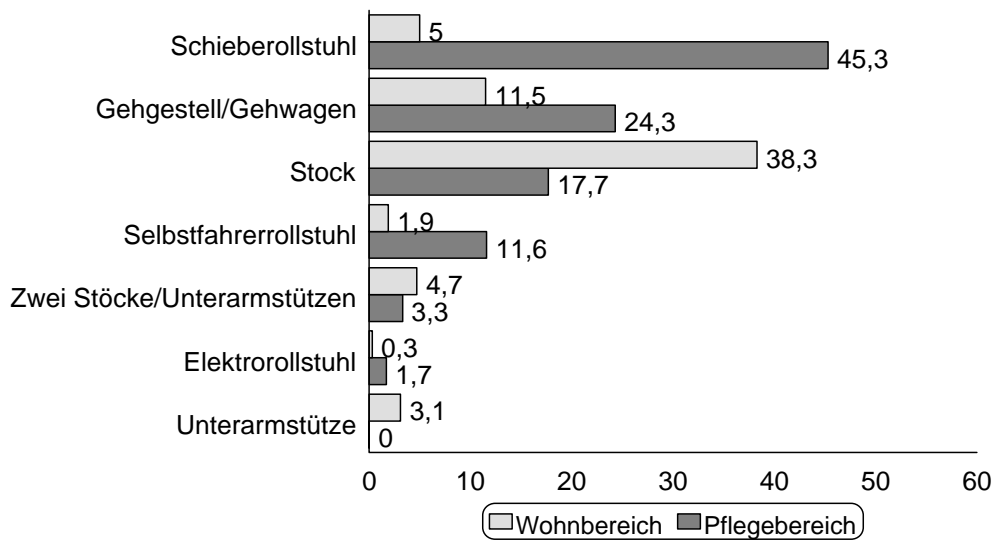
Erwartungsgemäß werden Inkontinenzhilfen vor allem dann benutzt, wenn Wasser und Stuhl nicht mehr gehalten werden können.² 82% der Befragten aus dem Pflegebereich erhielten dann regelmäßig entweder Windeln oder Einlagen oder hatten einen Blasenkatheder. Wie die hygienische Versorgung der übrigen 18% aussieht, bleibt unklar.

Umgekehrt hatten von den Befragten aus dem Pflegebereich, über die angegeben wurde, daß sie ohne Schwierigkeiten Wasser und Stuhl halten können, insgesamt 15% Inkontinenzhilfen; knapp 4% hatten sogar einen Blasenkatheder. Auch wenn die zugrundeliegenden Fallzahlen sehr gering sind, geben sie doch einen Hinweis auf die umstrittene Benutzung von Blasenkathe-dern, die einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit darstellen. Im Wohnbereich finden sich ebenfalls Befragte, die - obwohl sie keine Schwierigkeiten angaben - Inkontinenzhilfen benutzten (3%).

¹ In Privathaushalten lagen die Werte deutlich darunter. 20% aller Befragten benutzten regelmäßig ein Blutdruckmeßgerät und 2% aller Befragten benutzten regelmäßig ein Blutzuckermeßgerät (von allen Befragten gaben 32% an, ein Blutdruckmeßgerät und knapp 4% gaben an, ein Blutzuckermeßgerät zu besitzen).

² 41% der Befragten aus dem Pflegebereich gaben an, daß sie nicht mehr Wasser und Stuhl halten können, im Wohnbereich waren es 1,2% (4 Befragte). Siehe auch Kap. 2.2.4.

Abb. 5.11: Gehhilfen nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen)



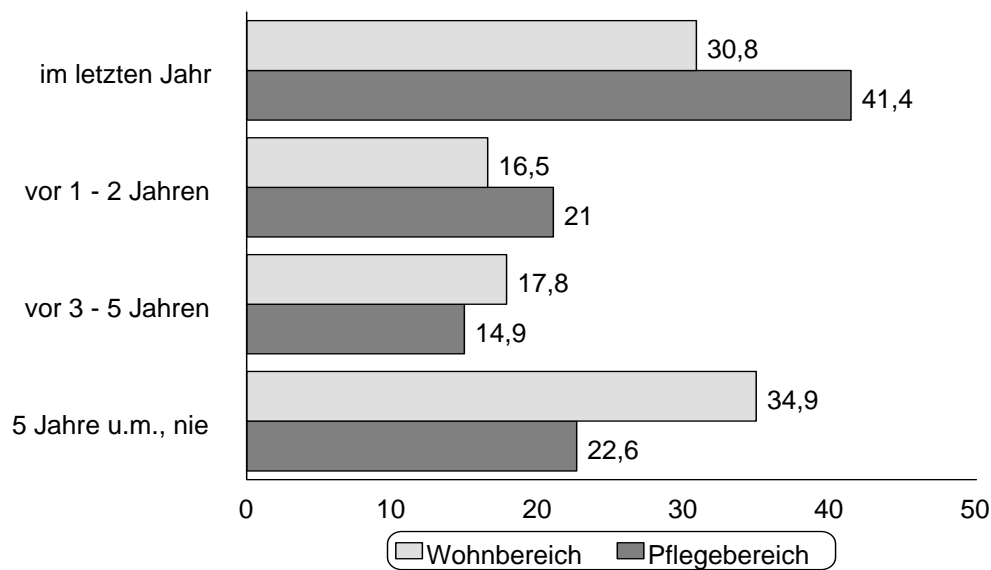
Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Den Einsatz von **Gehhilfen** zeigt Abb. 5.11. Insgesamt 55% der Befragten aus dem Wohnbereich benutzten eine Gehhilfe, im Pflegebereich sogar 79%. Während aber im Wohnbereich am häufigsten ein Stock benutzt wurde, war im Pflegebereich fast jede/r Zweite auf einen Schieberollstuhl und damit auch bei der Fortbewegung auf die Hilfe anderer angewiesen.

5.4 Krankenhausaufenthalte

Von allen Befragten hatten rund 35% mindestens einen Krankenhausaufenthalt im letzten Jahr: 30% gaben einen, 5% zwei und mehr Krankenhausaufenthalte an. Die Krankenhausaufenthaltsanspruchnahme liegt damit höher als bei alten Menschen in Privathaushalten insgesamt (16%), aber in etwa so hoch wie bei pflegebedürftigen, alten Menschen, die noch zu Hause leben (37%). In den Heimen zeigen sich wieder deutliche Unterschiede zwischen Wohn- und Pflegebereich (s. Abb. 5.12). Von den Bewohnerinnen und Bewohnern des Pflegebereichs waren über 40% im letzten Jahr im Krankenhaus, im Wohnbereich waren es ca. 30%.

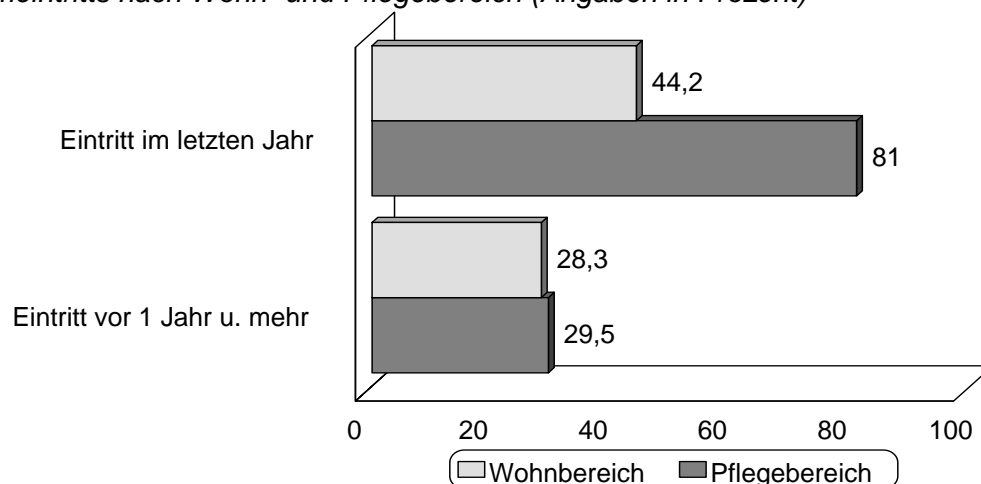
Abb. 5.12: Letzter Krankenhausaufenthalt nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Zwischen den Krankenhausaufenthalten im letzten Jahr und dem Zeitpunkt des Heimeintritts bestehen enge Zusammenhänge (s. Abb. 5.13). Generell waren Befragte, die im Laufe des vergangenen Jahres ins Heim eintraten, häufiger auch in einem Krankenhaus. Besonders deutlich zeigt sich das bei Befragten aus dem Pflegebereich: Über 80% derjenigen, die im letzten Jahr ins Heim kamen, hatten mindestens einen Krankenhausaufenthalt.¹ Unter den Befragten aus dem Wohnbereich waren es immerhin 44%. Liegt der Heimeintritt schon etwas länger, d.h. mindestens ein Jahr, zurück, waren es jeweils knapp unter 30%.

Abb. 5.13: Anteile der Befragten mit Krankenhausaufenthalten im letzten Jahr nach Zeitpunkt des Heimeintritts nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)



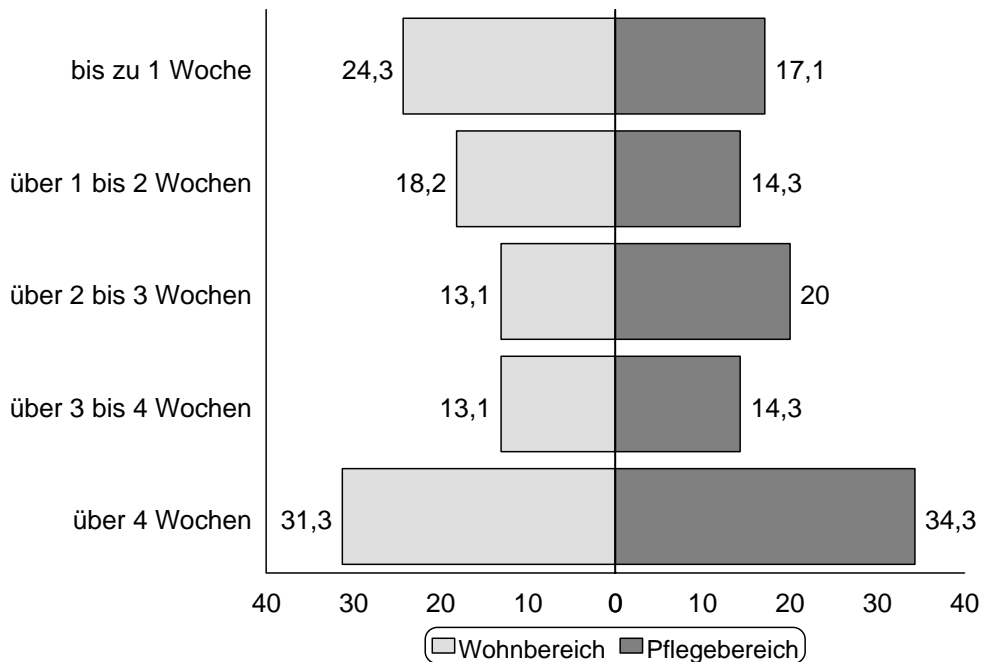
Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

¹ Krankenhausaufenthalte wurden bereits in Kap. 3.2 im Zusammenhang mit den Gründen für einen Eintritt ins Heim behandelt. Allerdings wurden dort Krankenhausaufenthalte vor dem Heimeintritt untersucht. Die hier zugrundeliegende Fragestellung bezieht sich auf *alle* Krankenhausaufenthalte im letzten Jahr, also auch die, die nicht in einem zeitlichen Zusammenhang mit dem Heimeintritt stehen. Deswegen liegen die Anteilswerte hier auch höher.

Von den Befragten mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im letzten Jahr wurde erfragt, wieviele Nächte sie insgesamt im Krankenhaus verbracht hatten (s. Abb. 5.14). Befragte aus dem Wohnbereich waren etwas häufiger als Befragte aus dem Pflegebereich höchstens eine Woche oder zwei Wochen im Krankenhaus.

Auffallend sind die vergleichsweise hohen Anteile von jeweils ca. ein Drittel der Befragten sowohl aus dem Pflegebereich als auch aus dem Wohnbereich, die mehr als vier Wochen im Krankenhaus waren.¹

Abb. 5.14: Aufenthaltsdauer der Befragten, die im letzten Jahr im Krankenhaus waren, nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Von den Befragten, die im letzten Jahr im Krankenhaus waren, waren 11% der Befragten aus dem Wohnbereich gegenüber knapp 7% der Befragten aus dem Pflegebereich in einer stationären Einrichtung zur Rehabilitation oder Anschlußheilbehandlung.²

¹ Der Vergleichswert für die ältere Bevölkerung in Privathaushalten beträgt nur 4%.

² Im Jahr der Befragung war die Möglichkeit einer geriatrischen Rehabilitationsbehandlung noch nicht gegeben.

6 Psychische und dementielle Veränderungen bei alten Menschen in Alten- und Pflegeheimen¹

Der Anteil der psychiatrisch erkrankten Heimbewohnerinnen und -bewohner wird auf mindestens 40% geschätzt.² Von den pflegebedürftigen Heimbewohnerinnen und -bewohnern wird sogar mehr als die Hälfte als gerontopsychiatrisch erkrankt eingestuft.³ Am häufigsten handelt es sich dabei um die Krankheitsbilder Demenz und Depression. Ergebnissen der Mannheimer Altenheimbewohneruntersuchung zufolge liegen die Anteile der an einer Demenz bzw. Depression Erkrankten bei jeweils ca. einem guten Drittel.⁴ Beide Krankheitsbilder gehen - zumindest in einem weiter fortgeschrittenen Stadium - mit einem erheblichen Pflege- und Betreuungsaufwand einher.

Von der Pflegeversicherung erhalten alte Menschen mit psychischen und dementiellen Veränderungen dann Leistungen, wenn sie - wie andere pflegebedürftige Menschen auch - die Voraussetzungen mindestens der erheblichen Pflegebedürftigkeit erfüllen. Der besondere Betreuungsbedarf dieser Gruppe wird jedoch nicht berücksichtigt. Psychiatrisch erkrankte Menschen, die nicht im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes pflegebedürftig sind, aber durchaus hilfe- und betreuungsbedürftig sein können, erhalten keine Leistungen. Gerade für verwirrte und psychisch gestörte Menschen wäre eine engmaschige Betreuung und Anleitung auch bei Tätigkeiten des täglichen Lebens sinnvoll, um ein Fortschreiten kognitiver Veränderungen möglichst lange hinauszuzögern. Für ein solches Training oder eine sinnvolle Anleitung zur Alltagsbewältigung gibt es jedoch weder Geld noch Zeit.

Im vorliegenden Kapitel werden folgende Bereiche behandelt:

- Definition und Abgrenzung der unterschiedlichen psychiatrischen Krankheitsbilder,
- Ausmaß und Bedeutung von psychiatrischen Erkrankungen der älteren Bevölkerung in Münchner Altenwohn- und Pflegeheimen,

¹ Das vorliegende Kapitel ist im wesentlichen eine Zusammenfassung des Berichts: „Gesundheit im Alter: Gesundheit älterer Menschen in Alten- und Pflegeheimen - Eine Untersuchung zur psychischen Gesundheit und psychosozialen Situation von Befragten in Heimen.“ München 1997. Erstellt im Auftrag des Gesundheitsreferats der Landeshauptstadt München von U. Ravens-Sieberer, D. Kloß, C. Leopold und A. Baumann.

² Siehe Häfner, H. (1986). Psychische Gesundheit im Alter. Stuttgart/New York.

³ Siehe Frankl, J. (1997). Erfahrungen mit der Pflegeversicherung - eine Bilanz. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Bayern. München.

⁴ Siehe dazu Weyerer, S., El-Barrawy, R., König, S. und A. Zimmer (1996). Epidemiologie des Gebrauchs von Psychopharmaka in Altenheimen. In: Das Gesundheitswesen 58 (1996): 201 - 206. Angaben zur Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen weisen jedoch eine große Schwankungsbreite aufgrund unterschiedlicher Klassifikationen und z.T. auch aufgrund methodischer Mängel auf. Den Einfluß unterschiedlicher Klassifikationen auf die Prävalenzen zeigen auch die Ergebnisse der Münchner Hochbetagtenstudie, in der über 80jährige Münchner Bürgerinnen und Bürger aus Privathaushalten oder den Wohnbereichen von Altenheimen untersucht wurden. Je nach Diagnoseinstrument lag die Prävalenz für dementielle Erkrankungen zwischen ca. 20% und über 40%, für Depressionen zwischen 10% und 30%. Siehe Meller, I., Fichter, M., Schröppel, H. (1994). Verlauf und verlaufsbeeinflussende Faktoren bei dementiellen und depressiven Erkrankungen bei sehr alten Menschen: eine epidemiologische Untersuchung. Abschlußbericht.

- Charakterisierung der psychiatrisch Erkrankten in Heimen hinsichtlich verschiedener Merkmale der Lebenssituation, der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und des Gesundheitszustandes und
- Darstellung der ärztlichen, therapeutischen und medikamentösen Versorgung.

6.1 Psychiatrische Krankheitsbilder

Im folgenden werden zwei Krankheitsbilder vorgestellt, das dementielle Syndrom und das depressive Syndrom. Psychiatrische Veränderungen werden als zusätzlicher dritter Bereich gebildet, der aber hier nicht näher beschrieben wird.¹ Zur Gruppe mit psychiatrischen Veränderungen gehören diejenigen, die weder der Gruppe der Dementen, noch der Gruppe der Depressiven zuzuordnen sind, jedoch einzelne Symptome von Angststörungen, depressiven Verstimmungen, zwanghaften Verhaltensweisen oder auch anderweitigen Persönlichkeitsstörungen aufweisen.

Bei der Abgrenzung der Gruppen anhand der Befragungsdaten ist jedoch zu beachten, daß der Fragebogen nicht speziell auf die Erfassung gerontopsychiatrischer Diagnosen hin konstruiert wurde. Er enthält jedoch Fragen, die sich einem psychiatrischen Klassifikationsschema zuordnen lassen, so daß die Gewichtung und die Auswahl dieser Fragen für die Differenzierung von Erkrankungen wie eine depressive Symptomatik oder eine dementielle Entwicklung als angemessen angesehen werden kann. Hier muß hervorgehoben werden, daß es sich um Selbstauskünfte der Befragten oder deren Bezugspersonen und nicht um eine klinische Untersuchung durch Fachpersonal, z.B. durch eine/n Psychiater/in, handelt.

6.1.1 Das dementielle Syndrom

Die sogenannte Altersdemenz hat eine große epidemiologische Bedeutung. Schätzwerte gehen davon aus, daß etwa 10% der über 65jährigen leichte bis mittelgradige intellektuelle Leistungsminderungen aufweisen und zusätzlich ungefähr 4% bis 5% an einer schwergradigen Demenz leiden. Dabei steigt das Morbiditätsrisiko mit zunehmendem Lebensalter steil an: der Anteil der an einer Demenz Erkrankten wird bei den über 85jährigen auf mehr als 20% geschätzt. Die Prognose zur Bevölkerungsentwicklung - mit einer deutlichen Zunahme des Anteils älterer und alter Menschen - bedingt die Schlußfolgerung, daß der Stellenwert dementieller Erkrankungen in der ärztlichen Praxis in Zukunft noch weiter zunehmen wird.

Niedergelassene Ärzte fühlen sich bei Demenzausprägungen ab ca. einem Drittel Kapazitätsminderung diagnostisch sicher, bei ca. 20% geistiger Leistungseinbuße hegen sie den Verdacht auf eine Demenz, sind sich aber unsicher. Dies bedeutet für die Frühdiagnose durch niedergelassene Ärzte, daß sie eine Demenz erst bei einem Kapazitätsverlust von etwa einem Drittel erkennen. Bei dieser Ausprägung sind in vielen Fällen bereits erhebliche therapeutische Möglichkeiten verspielt, die zu einem frühen Zeitpunkt noch wirksam geworden wären. Bei leichten Demenzen besteht in vielen Fällen, je nach Krankheitsursache, eine gute Chance, die Patienten auf ihr altes Niveau zurückzuführen und sie sozial wieder einzugliedern. Bei mittleren und schweren Demenzen werden trotz Therapie massive Einbußen in der Fähigkeit der Alltagsbewältigung bleiben und damit einen hohen Betreuungsaufwand erfordern.

¹ Die Bildung der Gruppen orientiert sich an dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM III-R). Zur genauen Definition der Krankheitsbilder anhand der Befragungsdaten siehe Kap. 7.2.2.

6.1.2 Das depressive Syndrom

Bis heute liegt kein befriedigendes, einheitliches psychiatrisches Klassifikationsschema für depressive Störungen, insbesondere im Alter, vor. Der Vielfalt der Erscheinungsformen entsprechen die unterschiedlichen Annahmen über die verschiedenen möglichen Entstehungsformen. Im Alter kompliziert sich die Klassifikation depressiver Störungen durch die vielfältigen Entstehungsbedingungen und durch die verschiedenen möglichen Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen noch weitaus mehr als in jüngeren Lebensjahren.

Der psychiatrischen Auffassung nach sind depressive Syndrome entweder durch eigene körperliche, hormonelle Veränderungen oder durch soziale Bedingungen (erzwungene Isolation, Verlust von wichtigen Bezugspersonen) determiniert. Bei körperlicher Disposition können soziale Faktoren zu Mitauslösern werden; ebenso können bei bestimmten gefährdenden sozialen Bedingungen körperliche Veränderungen zu Mitauslösern werden.

Bis zu 40% mit depressiven Symptomen finden sich unter alten Menschen in Alten- und Pflegeheimen. Hochbetagte zeigen insgesamt weniger depressive Störungen; wenn sie jedoch auftreten, reagieren diese häufiger mit körperbezogenen Störungen und bringen weniger typisch depressive Klagen wie z.B. Gefühle der Nutzlosigkeit vor. Zu etwa einem Drittel geht die depressive Symptomatik dabei mit einem dementiellen Syndrom einher.

6.1.3 Ausmaß und Bedeutung der psychiatrischen Krankheitsbilder

Anhand der hier zugrundegelegten Kriterien ergeben sich für die verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbilder folgende **Prävalenzen** für die Befragten in den Münchner Heimen:¹

- 15% aller Befragten hatten ein dementielles Syndrom,
- 20% aller Befragten hatten ein depressives Syndrom und
- 18% aller Befragten waren als psychiatrisch verändert zu bezeichnen.

Im engeren Sinne psychiatrisch erkrankt, d.h. dement oder depressiv, waren demzufolge 35% aller Befragten. Umgekehrt waren 47% als nicht psychiatrisch erkrankt oder verändert einzustufen. Diese Befragten wiesen entweder keine oder nur geringfügige Symptome psychischer oder dementieller Erkrankungen auf.

Hochgerechnet auf die Gesamtzahl der Bewohnerinnen und Bewohner von Münchner Alten- und Pflegeheimen zum Zeitpunkt der Befragung, ergaben sich daraus in absoluten Zahlen etwa 1.100 Personen mit einem depressiven Syndrom, 850 Personen mit einem dementiellen Syndrom und 1.000 Personen mit psychiatrischen Veränderungen.

Befragte mit einem **dementiellen Syndrom** waren in der Regel nicht mehr in der Lage, über sich selbst Auskunft zu geben (95%), was dazu führte, daß das Interview mit einer Bezugs-

¹ Zur Verteilung der einzelnen Kriterien siehe Kap. 7.2.2. Zwischen den Gruppen der dementiell Erkrankten und der Depressiven ergaben sich teilweise Überschneidungen. Diese Befragten wurden dann der Gruppe zugeordnet, für die sie mehr Kriterien erfüllten. Wenn im folgenden von gerontopsychiatrischen Risikogruppen oder psychiatrisch Erkrankten die Rede ist, sind damit immer, wenn nicht anders erwähnt, die Befragten mit einem dementiellen Syndrom, mit einem depressiven Syndrom und mit psychiatrischen Veränderungen gemeint. Umgekehrt bezeichnet der Begriff der Nicht-Erkrankten all diejenigen, die nicht den o.g. Gruppen zugeordnet wurden.

person durchgeführt wurde. Sie waren in einem hohen Maße zeitlich desorientiert (73%), verwirrt (69%), vergeßlich (62%) oder örtlich desorientiert (56%), was sich auch in den hohen Anteilen derjenigen zeigt, die sich im Heim nicht mehr zurechtfinden (77%) oder unter Störungen des Kurzzeitgedächtnisses leiden (62%).

Bei Befragten mit einem **depressiven Syndrom** stehen Niedergeschlagenheit und Mutlosigkeit (41%) und Erschöpfung und Abgespanntheit (40%) als Symptome im Vordergrund. 70% aller dieser Gruppe zugeordneten Befragten hatten schon einmal den Wunsch zu sterben geäußert. Dagegen sind Selbstmordgedanken nur bei 1% der Befragten vertreten. Begleitet werden die Symptome von Schlaflosigkeit (69%) und Gefühlen der Einsamkeit (46%), um nur die zwei häufigsten Beschwerden zu nennen.

In der Gruppe mit **psychiatrischen Veränderungen** treten schwerpunktmäßig Äußerungen auf, die mit depressiven Verstimmungen korrelieren. So litten 70% der Betroffenen unter Appetitlosigkeit, 47% unter Gefühlen der Einsamkeit und 30% unter Schlaflosigkeit. Hinweise auf kognitive Veränderungen ergeben sich aus den Nennungen zu „kein Zurechtfinden im Heim möglich“ (41%) und zur geistigen Verwirrung (14%). Insgesamt ergibt sich in dieser Gruppe aber kein ausgeprägtes oder zusammenhängendes Bild einer eindeutigen Störung.

In der Gruppe der **Nicht-Erkrankten** traten noch relativ häufig Schlafstörungen auf (18%). Andere Symptome der psychischen Befindlichkeit spielten keine oder nur eine geringe Rolle.

Tab. 6.1: Psychiatrische Krankheitsbilder nach Altersgruppen, Geschlecht und nach Wohn- und Pflegebereich (Angaben in Prozent)

Merkmale	Psychiatrische Krankheitsbilder			
	Dementielles Syndrom	Depressives Syndrom	Psychiatrische Veränderungen	Psychiatrisch nicht erkrankt
Altersgruppen:				
unter 80 Jahre	10,3	17,5	17,5	54,8
80 - 84 Jahre	14,1	20,6	16,5	48,8
85 Jahre u. älter	19,4	20,4	19,4	40,8
Geschlecht:				
Frauen	15,2	21,1	19,0	44,7
Männer	16,0	12,3	12,3	59,3
Bereich:				
Wohnbereich	2,5	18,7	19,3	59,5
Pflegebereich	38,1	21,5	24,9	24,9
Gesamt	15,3	19,7	17,9	47,0

Quelle: Gesundheitsreferat. Auswertungen durch Ravens-Sieberer et al.

Unterschiede treten sowohl hinsichtlich des Alters als auch des Geschlechts auf (s. Tab. 6.1). Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Nicht-Erkrankten ab. Nur noch 41% der mindestens 85jährigen waren als psychisch oder geistig „gesund“ einzustufen; in der Gruppe der unter 80jährigen waren es noch 55%. Eine deutliche Zunahme von 10% in der jüngsten auf fast 20% in der ältesten Altersgruppe zeigt sich beim dementiellen Syndrom, während sich die Anteile in den Gruppen mit einem depressiven Syndrom oder mit psychiatrischen Veränderungen nur wenig verändern.

Unter den Befragten waren deutlich mehr Frauen als Männer als psychiatrisch erkrankt oder verändert eingestuft, was auch mit Befunden aus anderen Studien übereinstimmt.¹ Frauen waren häufiger von einem depressiven Syndrom (21%) oder von psychiatrischen Veränderungen (19%) betroffen als Männer (jeweils ca. 12%). Von einem dementiellen Syndrom waren Frauen (15%) und Männer (16%) zu etwa gleichen Anteilen betroffen.

Erwartungsgemäß lebten psychiatrisch Erkrankte häufiger im Pflegebereich als im Wohnbereich eines Heims (s. Tab. 6.1). Vor allem handelte es sich dabei um Personen mit einem dementiellen Syndrom (38%). Befragte mit einem depressiven Syndrom lebten im Wohn- und Pflegebereich zu etwa gleichen Anteilen (jeweils ca. 20%). Befragte mit psychiatrischen Veränderungen gab es etwas häufiger im Wohnbereich (19%) als im Pflegebereich (16%). Nur ein Viertel der Befragten aus dem Pflegebereich war nicht als psychiatrisch erkrankt oder verändert einzustufen, im Wohnbereich waren es 60%.

6.2 Lebenssituation, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und Gesundheitszustand

6.2.1 Lebenssituation

Entsprechend ihrer Verteilung auf den Wohn- und Pflegebereich bestehen deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen in der **Art der Unterbringung**. 61% der Befragten mit einem dementiellen Syndrom waren in einem Mehrbettzimmer untergebracht. Immerhin noch 26% der Befragten mit einem depressiven Syndrom waren ebenfalls in einem Mehrbettzimmer, von den Befragten mit psychiatrischen Veränderungen dagegen 19% und von den psychiatrisch Nicht-Erkrankten 14%. In einem Appartement lebten überwiegend Nicht-Erkrankte (59%), aber nur 10% der dementiell Erkrankten (psychiatrisch Veränderte: 53%; Depressive: 43%). Die restlichen Befragten lebten in einem Einzelzimmer.

Unterschiede gab es auch in der **Art der Finanzierung** des Heimaufenthaltes. Dementiell Erkrankte waren überdurchschnittlich häufig auf Sozialhilfe angewiesen (46%), die eigene Rente wurde nur von 56% genannt.²

Die **Lebensgestaltung** im Heim wird ebenfalls stark vom psychischen und geistigen Gesundheitszustand geprägt. Die wichtigsten Befunde werden im folgenden kurz skizziert.

¹ Das liegt nicht daran, daß die Frauen in der Stichprobe im Durchschnitt älter waren. In allen Altersgruppen waren mehr Frauen als Männer psychiatrisch erkrankt oder verändert.

² 22% der Befragten mit einem depressiven Syndrom, 23% der Befragten mit psychiatrischen Veränderungen und 16% der psychiatrisch nicht-erkrankten Befragten waren ebenfalls auf Sozialhilfe angewiesen. Die eigene Rente als eine Finanzierungsquelle gaben aus diesen Gruppen mehr als 80% an. Bei den anderen Finanzierungsquellen (Vermögen, Unterstützung durch Familienangehörige) waren die Unterschiede zwischen den Gruppen gering. Zur Finanzierung sieh Kap. 2.2.2.

Was die **Aktivitäten** im Heim angehen, stand die Nutzung der Medien (Fernsehen, Radio hören) in allen Gruppen an erste Stelle. Alle anderen Aktivitäten wurden wesentlich seltener ausgeübt.¹ Die psychiatrischen Risikogruppen unterscheiden sich von den Nicht-Erkrankten weniger in der Wahl ihrer Beschäftigung, vielmehr aber in der Häufigkeit, mit der sie diese ausübten. Psychiatrisch Erkrankte sind insgesamt inaktiver als psychisch und geistig Gesunde.

Es stellt sich die Frage, ob sich mehr Personen aktiver verhalten würden, wenn ihre Gesundheit dies zuließe. Hier geben die Gruppen unterschiedliche Bedürfnisse an, die sie sich aus gesundheitlichen Gründen nicht erfüllen können: Die Gruppe der psychiatrisch Nicht-Erkrankten würde gerne mehr handwerklichen Hobbies nachgehen (14%) und sich mehr bewegen (13%). Die Gruppe der psychiatrisch Veränderten äußerte ebenfalls das Bedürfnis nach mehr handwerklichen Hobbies (19%), aber auch nach Kaffeenachmittagen oder Ausflügen außerhalb des Heimes (18%). Dieselben Aktivitäten würde die Gruppe der Depressiven ebenfalls vermehrt ausüben wollen: fast 30% würden sich gerne vermehrt handwerklich betätigen und gut 24% würden gerne an Kaffeenachmittagen oder Ausflügen teilnehmen.²

Alle Gruppen finden in ihrer Umgebung überwiegend ein gewisses Maß an sozialer Unterstützung vor. **Soziale Unterstützung** meint hier, eine Person zu haben, mit der man über persönliche Dinge sprechen kann. Die Gruppe der psychiatrisch Nicht-Erkrankten (79%) gab dies zwar am häufigsten an, jedoch ist der Unterschied zu der Gruppe der Depressiven (71%) und der psychiatrisch Veränderten (68%) nicht sehr groß; zu der Gruppe der Dementiellen (58%) ist der Unterschied deutlicher.³

Bei der Betrachtung des sozialen Eingebundenseins in das Heimleben durch **Freundschaften oder Bekanntschaften** ergibt sich zwischen den Heimbewohnerinnen und -bewohnern mit dementieller Symptomatik und der Gruppe der psychiatrisch Nicht-Erkrankten der deutlichste Unterschied: Erheblich mehr Befragte mit dementieller Symptomatik (60%) als Nicht-Erkrankte (24%) hatten keine derartige Einbindung; im Vergleich zur Gruppe der Nicht-Erkrankten (59%) hatte nur ein halb so großer Anteil aus der Gruppe mit dementieller Symptomatik (31%) Bekannte im Heim. Zwischen diesen Extremen verteilen sich die Häufigkeitsangaben der anderen beiden Gruppen.

Betrachtet man die Ergebnisse zu **Besuchen** von Verwandten, Freunden oder Bekannten im Heim und stellt dabei die beiden Extremkategorien „täglich Besuch“ und „seltener Besuch“ gegenüber, so wird deutlich, daß die Gruppe der Dementiellen am häufigsten (10%) täglich Besuch erhielt. Hier waren es vor allem Verwandte, die die dementiellen Heimbewohnerinnen und -bewohner besuchten. Dies findet sich auch in den anderen beiden Risikogruppen. Die Gruppe der Nicht-Erkrankten erhielt insgesamt am seltensten Besuch von Verwandten, wobei diese aufgrund ihrer noch besseren Möglichkeiten zu eigenen Aktivitäten darauf auch nicht so angewiesen waren.

¹ Zu den Aktivitäten der Heimbewohnerinnen und -bewohner siehe ausführlich Kap. 4.2.

² Diese Frage wurde nur den Befragten gestellt, die direkt befragt werden konnten. Deswegen liegen keine verwertbaren Angaben über dementiell Erkrankte vor, für die überwiegend ein Bezugspersoneninterview geführt wurde.

³ Die relativ häufige Angabe „weiß nicht“ bei den Dementen (29%) ist auf die Befragung von Bezugspersonen zurückzuführen. In den anderen Gruppen lag der Anteil der „weiß nicht“-Antworten bei jeweils 10%.

Die **Lebenszufriedenheit** ist in der Gruppe der psychisch und geistig Nicht-Erkrankten deutlich höher als in den Risikogruppen. Als zufrieden oder gar sehr zufrieden mit ihrer gegenwärtigen Lebenssituation äußerten sich:

86% aus der Gruppe der psychiatrisch Nicht-Erkrankten,
68% aus der Gruppe der psychiatrisch Veränderten und
46% aus der Gruppe der Depressiven.¹

6.2.2 Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

Erwartungsgemäß war die Pflegebedürftigkeit in der Gruppe der Nicht-Erkrankten (17%) am geringsten, in der Gruppe mit dementieller Symptomatik am höchsten (91%) (s. Tab. 6.2). Differenziertere Auswertungen ergaben, daß 42% aus der Gruppe der dementiell Erkrankten sogar schwerstpflegebedürftig waren. Die Gruppe mit depressiver Symptomatik war zur Hälfte pflegebedürftig, die Gruppe mit psychiatrischen Veränderungen zu einem knappen Drittel. Hinzu kommt in diesen Gruppen noch eine erhebliche Zahl derjenigen, die bei der Bewältigung des Alltagslebens auf Hilfen angewiesen sind, ohne jedoch pflegebedürftig zu sein.

Tab. 6.2: Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nach psychiatrische Krankheitsbildern (Angaben in Prozent)

Bedarfsstufen	Psychiatrische Krankheitsbilder			
	Dementielles Syndrom	Depressives Syndrom	Psychiatrische Veränderungen	Keine psychiatr. Erkrankung
kein Bedarf	1,3	14,1	15,5	43,2
Hilfebedürftigkeit	7,8	36,4	43,3	39,4
Pflegebedürftigkeit	91,0	49,5	31,3	17,4
Gesamt	100,1 (77)	100,0 (99)	100,1 (90)	100,0 (236)

Quelle: Gesundheitsreferat. Auswertungen durch Ravens-Sieberer et al.

¹ Diese Frage wurde in den Bezugspersoneninterviews nicht gestellt. Deshalb liegen keine verwertbaren Angaben über die Gruppe der dementiell Erkrankten vor.

6.2.3 Gesundheitszustand

Bei der **Bewertung des eigenen Gesundheitszustands** fällt auf, daß Befragte mit einem depressiven Syndrom (61%) ihn wesentlich häufiger als weniger gut oder schlecht bezeichnen als Befragte mit psychiatrischen Veränderungen (22%) oder Befragte ohne psychische oder dementielle Erkrankungen (13%).¹

Die schlechtere Beurteilung ihrer Gesundheit korrespondiert mit einer höheren **Zahl der genannten Krankheiten** in der Gruppe der Befragten mit einer depressiven Symptomatik: 82% nannten mindestens fünf verschiedene Erkrankungen. Bei Befragten mit psychiatrischen Veränderungen waren es immerhin noch 59%, bei Befragten mit einem dementiellen Syndrom 55%. In der Gruppe der psychisch oder geistig Gesunden war der Anteil mit 45% deutlich geringer.²

Eine Betrachtung der **Behinderungen** und somatischen **Krankheitsgruppen** verweist auf eine erhebliche Multimorbidität der psychiatrisch Erkrankten. Auffallend ist die fast durchgängige, wesentlich häufigere Betroffenheit von Befragten mit einer depressiven Symptomatik (s. Tab. 6.3).³ Hervorzuheben ist dabei, daß fast alle Befragte mit depressiver Symptomatik an einer Herz-/Kreislaufkrankung (95%) und mehr als zwei Drittel an Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (69%) oder an Stoffwechselerkrankungen (68%) litten. Fast zwei Drittel hatten eine Körperbehinderung oder Bewegungs einschränkung (63%) und jeweils mehr als die Hälfte waren von einer Sprach- oder Hörbehinderung (58%) oder von einer starken Sehbehinderung oder Blindheit (53%) betroffen. Diese Krankheiten und Behinderungen können die Lebensqualität stark mindern und zu einer Verstärkung der depressiven Symptomatik beitragen.

In den anderen Gruppen sind die jeweiligen Anteile der Erkrankten gleichwohl nicht niedrig. Auch hier zeigt sich ein erhebliches Ausmaß an Morbidität. Besonders hervorzuheben ist der erwartungsgemäß hohe Anteil der Befragten mit dementiellem Syndrom, die an Hirnleistungsstörungen litten. Im Vergleich zu den gerontopsychiatrischen Risikogruppen sind die Anteilswerte der psychiatrisch Nicht-Erkrankten häufig deutlich geringer.

¹ Da diese Frage ebenfalls nur den direkt befragbaren Personen gestellt wurde, fehlen wieder verwertbare Angaben der Befragten mit einem dementiellen Syndrom.

² Der Anteil der Befragten, die keine Erkrankungen nannten, ist in allen Gruppen sehr gering und liegt zwischen 1% und 3%.

³ Siehe dazu auch Kap. 5.1.

Tab. 6.3: Behinderungen und Krankheitsgruppen nach psychiatrischen Krankheitsbildern (Angaben in Prozent; jeweils häufigste Nennung grau unterlegt)

Behinderung/ Krankheitsgruppe	Psychiatrische Krankheitsbilder			
	Dementielles Syndrom (N = 77)	Depressives Syndrom (N = 99)	Psychiatrische Veränderungen (N = 90)	Psychiatrisch nicht-erkrankt (N = 236)
Körperbehinderung, Bewegungseinschränkung	55,8	62,6	48,9	45,3
Sprach- oder Hörbehinderung	55,8	57,6	46,7	34,3
Starke Sehbehinderung, Blindheit	28,6	52,5	42,2	31,4
Herz-/Kreislaufkrankheiten	83,1	94,9	85,6	81,4
Erkrank. Skelett, Muskeln, Bindegewebe	41,6	68,7	62,2	58,9
Stoffwechselerkrankungen	40,3	67,6	61,1	41,9
Krankheiten Nerven, Sinnesorgane	29,9	49,5	45,6	39,8
Krankheiten Verdauungsorgane	16,9	37,4	24,4	21,6
Hirnleistungsstörungen	57,1	35,4	18,9	18,6
Hautkrankheiten, Allergien	20,8	20,2	26,7	19,5
Erkrank. Harntrakt, Geschlechtsorgane	27,3	27,3	11,1	15,7
Erkrank. Atmungsorgane	13,0	25,3	22,2	15,7
Krankheiten des Blutes	5,2	11,1	12,2	5,5
Krebserkrankungen	9,1	7,1	1,1	3,0
Gesamt	15,3	19,7	17,9	47,0

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Befragte mit depressiver Symptomatik berichteten auch am häufigsten über häufig oder sehr häufig auftretende **starke Schmerzen** (53%). Die Anteilswerte in den anderen Gruppen liegen deutlich darunter. Bei den psychiatrisch Veränderten ist es immerhin noch ein knappes Drittel (31%), von den Personen mit dementieller Symptomatik und den Nicht-Erkrankten sind es jeweils 17%.

6.3 Gesundheitliche Versorgung

6.3.1 Ambulant-ärztliche Versorgung und stationäre Inanspruchnahme¹

So gut wie alle Befragte aus den gerontopsychiatrischen Risikogruppen waren zum Befragungszeitpunkt in **ärztlicher Behandlung**. 8% der psychiatrisch Nicht-Erkrankten gaben an, derzeit nicht in ärztlicher Behandlung zu sein. Von den Befragten der gerontopsychiatrischen Risikogruppen, die zugleich auch erheblich häufiger pflegebedürftig waren, wurde am häufigsten eine Ärztin oder ein Arzt des Heims in Anspruch genommen, wobei sich die Anteilswerte zwischen den Gruppen nur wenig unterscheiden (53% - 56%; psychisch Nicht-Erkrankte: 39%). Psychiatrisch Nicht-Erkrankte bevorzugten dagegen ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt (52%). Die Hausärztin bzw. der Hausarzt wurde noch von vergleichsweise vielen mit depressiver Symptomatik (41%) oder mit psychiatrischen Veränderungen (43%) und von gerade mal 35% der Befragten mit dementieller Symptomatik herangezogen. Die Inanspruchnahme einer anderen Ärztin bzw. eines anderen Arztes war bei den gerontopsychiatrischen Risikogruppen (30% - 33%) etwas häufiger als bei den psychisch und geistig Gesunden (26%).

Tab. 6.4: Fachrichtungen der behandelnden Ärztinnen/Ärzte und Ort der Behandlung nach psychiatrischen Krankheitsbildern (Angaben in Prozent)

Fachrichtung	Psychiatrische Krankheitsbilder							
	Dementielles Syndrom		Depressives Syndrom		Psychiatrische Veränderungen		Keine psychiatr. Erkrankung	
	Heim	Praxis	Heim	Praxis	Heim	Praxis	Heim	Praxis
Praktische/r Ärztin/Arzt; Allgemeinmedizin	53,2	3,9	51,5	12,1	51,1	15,6	44,5	15,3
Internistin/ Internist	31,2	6,5	33,3	3,0	23,3	6,7	19,9	12,3
Augenärztin/ arzt	10,4	0,0	10,1	11,1	8,9	16,7	2,1	13,1
HNO-Ärztin/Arzt	1,3	1,3	2,0	3,0	1,1	3,3	0,4	3,8
Frauen: Frauenärztin/ arzt	1,6	0,0	1,1	3,4	0,0	3,2	0,5	3,2
Urologin/ Urologe	1,3	1,3	3,0	3,0	0,0	3,3	0,4	2,1
Nervenärztin/ arzt	10,4	1,3	7,1	0,0	4,4	2,2	0,4	2,1
Orthopädin/ Orthopäde	0,0	0,0	1,0	8,1	1,1	11,1	1,3	7,2
Hautärztin/ arzt	5,2	0,0	0,0	4,0	2,2	2,2	1,3	3,4

Quelle: Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen.

Eine Aufgliederung der behandelnden Ärztinnen/Ärzte nach **Fachrichtungen** zeigt eher nur geringe Unterschiede zwischen den gerontopsychiatrischen Risikogruppen und den psychiatrisch Nicht-Erkrankten in der Häufigkeit der Nennungen (s. Tab. 6.4). Eine Ausnahme bildet

¹ Zur ambulant-ärztlichen und stationären Versorgung siehe auch Kap. 5.2 und 5.3.

die Nervenärztin bzw. der Nervenarzt, die/der von Befragten der gerontopsychiatrischen Risikogruppen etwas häufiger genannt wurde, wenngleich die Anteilswerte insgesamt nicht sehr hoch sind. Tendenziell wurden die Befragten mit depressiver oder dementieller Symptomatik häufiger im Heim als außerhalb in einer Arztpraxis behandelt. Angesichts der vorhandenen Krankheitsbilder ist die Facharztinanspruchnahme in allen Gruppen durchgängig als zu gering einzuschätzen.

Hinsichtlich der **Krankenhausaufenthalte** zeigt sich eine höhere stationäre Inanspruchnahme der gerontopsychiatrischen Risikogruppen. Am häufigsten waren Befragte mit depressiver Symptomatik während der letzten zwölf Monate mindestens einmal in einem Krankenhaus (41%). Dieser Befund deckt sich mit deren schlechteren körperlichen Gesundheit. Befragte mit dementieller Symptomatik waren zu 34% und Befragte mit psychiatrischen Veränderungen zu 35% im Krankenhaus, psychiatrisch Nicht-Erkrankte zu 29%.

6.3.2 Therapeutische Versorgung

In der Inanspruchnahme funktioneller Therapien zeigen sich insgesamt nur wenig Unterschiede zwischen den Gruppen.¹ Der Anteil derjenigen, die mindestens eine dieser Therapien nannten, bewegt sich zwischen 39% und 43%. Hauptsächlich handelte es sich dabei um Krankengymnastik oder Bewegungstherapie, die von Befragten mit einem depressiven Syndrom (30%) oder mit psychiatrischen Veränderungen (33%) etwas häufiger angegeben wurden als von Befragten mit einem dementiellen Syndrom (27%) oder solchen, die als psychisch und geistig gesund (25%) einzustufen waren. Unterschiede treten auch bei folgenden Therapieformen auf: Befragte mit dementiellem Syndrom (5%) erhielten seltener Massagen, Bäder u.ä. als Befragte, die den anderen Gruppen zugeordnet wurden (18% - 19%). Dementiell Erkrankte (14%) erhielten am häufigsten eine Beschäftigungs- oder Ergotherapie. In den anderen Gruppen lagen die Anteile zwischen 4% und 8%.

Die **Psycho- oder Gruppentherapie** kam in erster Linie in der Gruppe mit dementieller Symptomatik zum Einsatz (12%), seltener in der Gruppe der Depressiven (nur 4%). In den anderen Gruppen spielte eine Psycho- oder Gruppentherapie so gut wie keine Rolle (1% - 2%).

6.3.3 Medikamentöse Versorgung: Medikamente mit psychoaktiven Substanzen

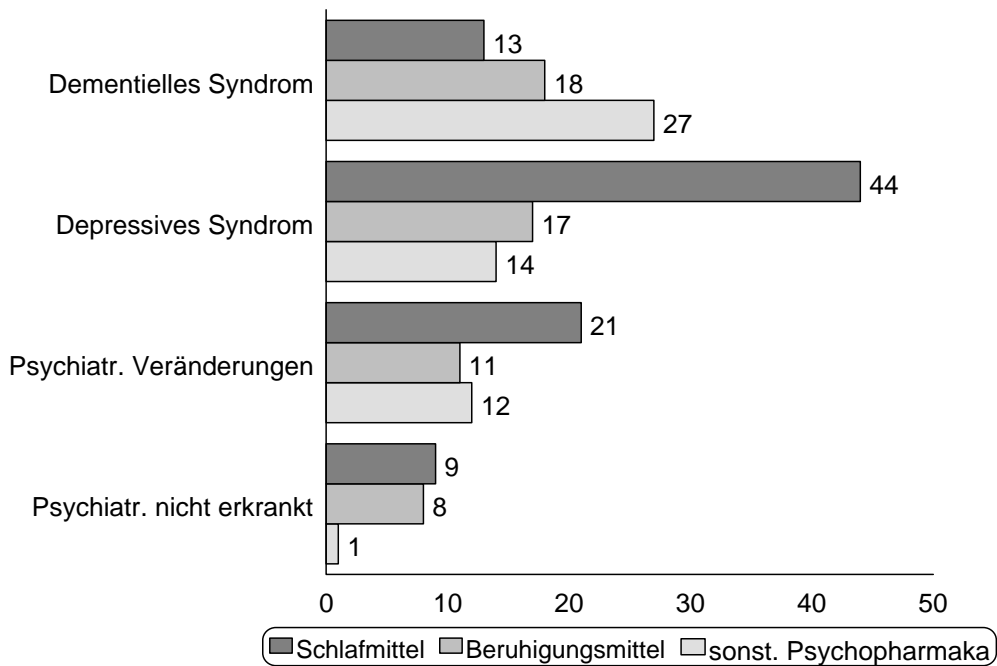
Psychopharmaka oder stimmungsbeeinflussende Mittel werden diejenigen chemischen Verbindungen genannt, die zentralnervöse Regulationen beeinflussen und auf diesem Wege psychische Funktionen verändern. Hierzu zählen vor allem Neuroleptika (Mittel zur Behandlung von Psychosen), Antidepressiva und Tranquilizer (Beruhigungsmittel), aber auch Schlafmittel.

Der regelmäßige Psychopharmakakonsum ist erwartungsgemäß in den gerontopsychiatrischen Risikogruppen deutlich höher als bei den psychiatrisch Nicht-Erkrankten (14%).² Vor allem die Heimbewohnerinnen und -bewohner mit einem depressiven Syndrom (54%) nahmen Psychopharmaka ein. Die Anteilswerte sind bei den Befragten mit dementieller Symptomatik (44%) und mit psychiatrischen Veränderungen (37%) im Vergleich dazu etwas niedriger.

¹ Siehe dazu auch Kap. 5.4.

² Siehe auch Kap. 5.4.2.

Abb. 6.1: Art der regelmäßig eingenommenen Psychopharmaka nach psychiatrischen Krankheitsbildern (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen)



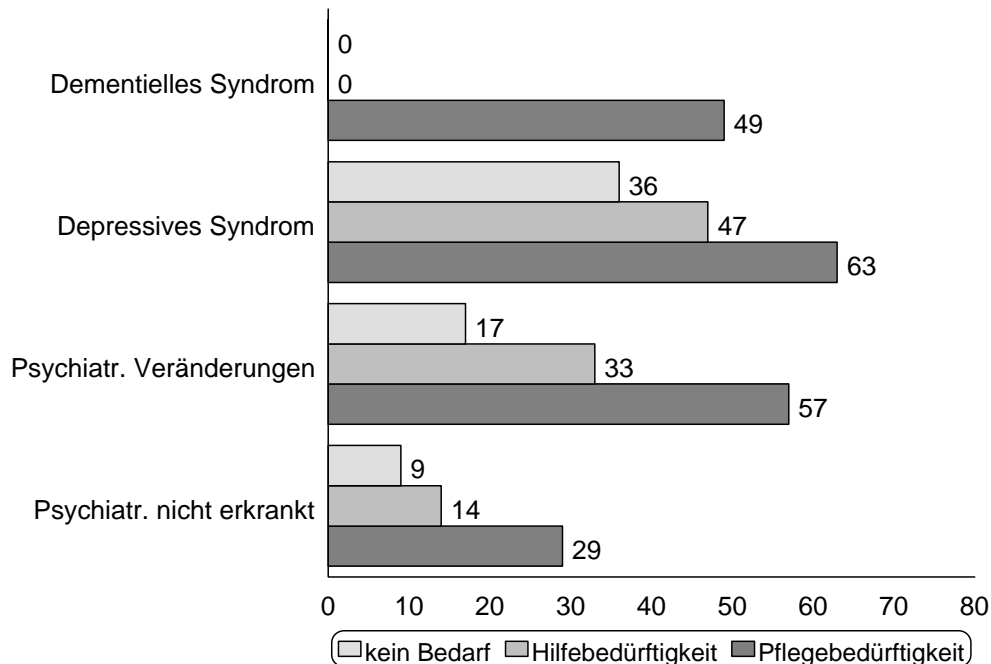
Quelle: Gesundheitsreferat; Berechnungen von Ravens-Sieberer et al.

Bei der Art der eingenommenen Psychopharmaka, wobei Mehrfachnennungen möglich waren, handelt es sich in erster Linie um Schlafmittel (s. Abb. 6.1). Mit Abstand wurden diese von Befragten mit einem depressiven Syndrom am häufigsten genommen. Nur in der Gruppe der Befragten mit einem dementiellen Syndrom wurden überwiegend andere Psychopharmaka und ebenfalls zu einem höheren Anteil auch noch Beruhigungsmittel verabreicht.

Abbildung 6.2 zeigt die Einnahme von Psychopharmaka in Abhängigkeit von den psychiatrischen Krankheitsbildern und der Pflege- bzw. Hilfebedürftigkeit. In allen Gruppen steigt der Anteil der Befragten, die regelmäßig Psychopharmaka einnahmen, mit zunehmender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit stark an. Den auf allen Bedarfsstufen häufigsten Psychopharmakakonsum hatten wieder Befragte mit depressiver Symptomatik.¹

¹ Da nur sieben Befragte mit dementieller Symptomatik nicht pflegebedürftig waren, liegen keine verwertbaren Ergebnisse für die Stufen „kein Bedarf“ und „Hilfebedürftigkeit“ vor.

Abb. 6.2: Regelmäßig Einnahme von Psychopharmaka nach psychiatrischen Krankheitsbildern und Hilfe- und Pflegebedürftigkeit (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen)



Quelle: Gesundheitsreferat; Berechnungen von Ravens-Sieberer et al.

Eine Bewertung des Psychopharmakakonsums ist auf der Basis der vorliegenden Daten nur sehr beschränkt möglich. Ob eine Verordnung von stimmungsbeeinflussenden Mitteln notwendig ist oder nicht, lässt sich nur im Einzelfall entscheiden. In diesen Daten zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung oder Auffälligkeit und der regelmäßigen Einnahme von Psychopharmaka. Ein solcher Zusammenhang ist keineswegs selbstverständlich, wenngleich er in zahlreichen Studien bestätigt wird. So konnte in der Mannheimer Altenheimstudie dieser Zusammenhang mit dementiellen und depressiven Erkrankungen auch bei einer Differenzierung nach Stoffgruppen nicht konsistent nachgewiesen werden.¹ Des Weiteren zeigen unsere Befragungsergebnisse, daß der Konsum von Psychopharmaka nicht nur bei den psychiatrisch Erkrankten, sondern auch bei den psychisch und geistig Gesunden mit dem Grad der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit steigt.

Fast ein Drittel der psychiatrisch nicht erkrankten Pflegebedürftigen (29%) nahm regelmäßig Psychopharmaka ein. Bei diesen Mitteln handelte es sich überwiegend um Schlaf- oder Beruhigungsmittel, die wohl in erster Linie zur Behandlung von Schlafstörungen genommen wurden. Ob es für diese Gruppe bessere Alternativen zur Einnahme von Psychopharmaka gäbe, lässt sich hier nicht beantworten.

Festzuhalten bleibt auch, daß erhebliche Anteile der psychiatrisch Erkrankten keine Psychopharmaka regelmäßig einnahmen: aus der Gruppe der Befragten mit einem depressiven Syndrom waren das 46%, aus der Gruppe der Befragten mit einem dementiellen Syndrom 56%. Knapp zwei Drittel der Befragten mit psychiatrischen Veränderungen nahmen ebenfalls keine Psychopharmaka ein. Da auch die Inanspruchnahme von Therapien, vor allem von Psychotherapie, äußerst gering ist, muß angenommen werden, daß in den Heimen eine große Zahl

¹ Siehe dazu Weyerer et al., a.a.O.

psychisch und geistig kranker, alter Menschen unbehandelt bleibt und erst bei einer Pflegebedürftigkeit medikamentös behandelt wird.

7 Daten und Methoden

7.1 Anlage und Durchführung der Befragung

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung bestand darin, repräsentative Aussagen über den Gesundheitszustand, die gesundheitliche Versorgung und Lebenssituation alter Menschen in Münchner Alten- und Pflegeheimen zu gewinnen. Ein zentraler Aspekt ist der Vergleich zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern des Pflegebereichs und des Wohnbereichs der Heime.

Anders als in der Befragung alter Menschen in Privathaushalten wurden die zu befragenden Personen nicht aus den Adressen des Einwohnermeldeamtes ausgewählt. Zum einem ließen sich die „Heimadressen“ in der Einwohnermeldedatei nicht zuverlässig kennzeichnen. Zum anderen wurden die Befragungspersonen für den Wohnbereich und den Pflegebereich der Heime getrennt ausgewählt, um für beide Bereiche repräsentative Aussagen machen zu können.

Bei der Stichprobenziehung wurde folgendes Vorgehen gewählt: Im ersten Schritt wurden die Heime ausgewählt, im zweiten Schritt die Befragungspersonen anhand der Bewohnerverzeichnisse der Heime.

Es wurden zwei Befragungen durchgeführt: Neben den Interviews mit den nach Wohn- und Pflegebereich getrennt ausgewählten Heimbewohnerinnen und -bewohnern wurden von der Heimleitung Angaben über das Heim anhand eines Strukturbogens erhoben.¹

Die Erhebungsarbeiten fanden schwerpunktmäßig im Herbst 1993 statt und waren Anfang 1994 abgeschlossen.

7.1.1 Die Heime in der Stichprobe

Grundlage für die **Auswahl** der Heime war das Verzeichnis der Heime der Altenhilfe von 1992.² Von den 62 Alten- und Pflegeheimen, die die Grundgesamtheit bildeten, wurden 30 Heime zufällig ausgewählt. Nach Abstimmung mit den Trägern der Heime wurden die Heimleitungen der ausgewählten Heime angeschrieben und um ihre Zustimmung zur geplanten Befragung gebeten. Ein Heim war nicht bereit, an der Untersuchung teilzunehmen, so daß sich die erhobenen Daten auf 29 Heime beziehen.

7 Heime (24%) waren zum Erhebungszeitpunkt in städtischer Trägerschaft, 2 Heime (7%) hatten einen gewerblichen und 20 Heime (69%) einen freigemeinnützigen Träger. Die Verteilung der Heime nach **Trägerschaft** unterscheidet sich in der Stichprobe nicht wesentlich von der Grundgesamtheit: Der Anteil der gewerblichen Heime ist in der Grundgesamtheit etwas höher (10%), die Anteile der freigemeinnützigen (68%) und städtischen Heime (22%) dementsprechend etwas niedriger.

¹ Die Befragung wurde im Rahmen eines Werkvertrags von der Forschungsgruppe Kammerer, München, durchgeführt. Zum Auftrag gehörten auch die Entwicklung der Fragebögen und die Datenerfassung. Die Fragebögen wurden mit dem Sozialreferat und den Planungsbeauftragten der Verbände abgestimmt.

² Herausgegeben vom Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. Stand: 1. Juli 1992. Ausgenommen waren die Schwesternaltenheime.

Von den 29 befragten Heimen waren 5 reine Wohnheime, 3 reine Pflegeheime und 21 Wohn- und Pflegeheime (Altenheime und mehrgliedrige Heime).

Die städtischen Heime in der Stichprobe waren überwiegend große Heime mit mindestens 200 Bewohnerinnen und Bewohner (5 Heime); je ein weiteres Heim zählte zu den kleinen (unter 100 Personen) und den mittelgroßen Heimen (100 - 199 Personen). Die Heime in anderer, d.h. freigemeinnütziger und gewerblicher, Trägerschaft sind überwiegend von mittlerer Größe (11 Heime), weitere 6 Heime zählen zu den kleineren und 5 Heime zu den größeren Heimen. Die Verteilung der Heime nach **Größe** und Trägerschaft in der Stichprobe entspricht auch der Verteilung in der Grundgesamtheit.

Tab. 7.1: Verteilung der angebotenen Plätze in der Grundgesamtheit und Stichprobe und der tatsächlich belegten Plätze im Wohn- und Pflegebereich nach Trägerschaft (Angaben in Prozent; Fallzahlen in Klammern)

Träger	Wohnbereich			Pflegebereich		
	Gesamt ¹⁾	Stichprobe ¹⁾	Belegte Plätze ²⁾	Gesamt ¹⁾	Stichprobe ¹⁾	Belegte Plätze ²⁾
Städtisch	27,5 (2.219)	27,9 (1.033)	28,3 (948)	32,8 (1.366)	47,0 (935)	41,1 (847)
Frei gemeinnützig	66,2 (5.334)	65,6 (2.429)	67,0 (2.240)	62,4 (2.596)	53,0 (1.053)	58,9 (1.216)
Gewerblich	6,3 (506)	6,5 (240)	4,7 (156)	4,8 (200)	0 (0)	0 (0)
Gesamt	100,0 (8.059)	100,0 (3.702)	100,0 (3.344)	100,0 (4.162)	100,0 (1.988)	100,0 (2.063)

Quellen: 1) Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung: Verzeichnis Heime der Altenhilfe und für erwachsene Behinderte in Bayern. Stand: 1. Juli 1992. 2) Gesundheitsreferat. Eigene Berechnungen. *) Einschließlich beschützte Plätze.

Die Verteilung der laut Heimverzeichnis angebotenen **Plätze** im Wohnbereich nach Trägerschaft unterscheidet sich ebenfalls nicht zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe (s. Tab. 7.1). Größere Abweichungen treten bei der Verteilung der laut Heimverzeichnis angebotenen Plätze im Pflegebereich nach Träger auf: In der Stichprobe ist der Anteil der Pflegeplätze in freigemeinnützigen Heimen geringer als in der Grundgesamtheit; dafür ist der Anteil in städtischen Heimen erhöht. Gewerbliche Heime entfallen ganz.

Anhand des Strukturbogens wurde die Zahl der tatsächlich belegten Plätze im Wohn- und Pflegebereich zum Befragungszeitpunkt (Herbst 1993) erfaßt (s. Tab. 7.1).¹ Bei den meisten Heimen ergaben sich Unterschiede zu den im Verzeichnis ausgewiesenen Plätzen, wobei in der Regel weniger Plätze belegt als ausgewiesen waren. Da 1993 kein Verzeichnis der Altenheime veröffentlicht wurde und nur die Angaben von 1992 zur Verfügung stehen, läßt sich nicht feststellen, ob zum Befragungszeitpunkt nicht alle Plätze belegt waren oder ob seit 1992 Plätze abgebaut wurden.

¹ Siehe auch Kap. 1.2.

7.1.2 Die Bewohnerinnen und Bewohner der Heime in der Stichprobe

Angestrebt war eine Gesamtzahl von ca. 500 Interviews, um auch differenziertere Aussagen für verschiedene Gruppen zu ermöglichen. Nach einem für jedes Heim gesonderten Stichprobenplan wurden aus den Bewohnerdateien und -karteien der Heime die Befragungspersonen zufällig ausgewählt. Die Auswahl der Personen erfolgte getrennt für die Wohn- und die Pflegebereiche der Heime.

Die ausgewählten Personen erhielten ein Anschreiben, in dem sie um die Teilnahme am Interview gebeten wurden. Die Personen, die ihr Einverständnis zur Befragung erklärt hatten, wurden dann aufgesucht. Die **Interviews** erfolgten in mündlicher Form anhand eines Fragebogens. Die Möglichkeit, das Interview vollständig oder teilweise mit einer von der ausgewählten Befragungsperson oder deren gesetzlichen Vertreter benannten Bezugsperson (z.B. Pflegepersonal, Angehörige) zu führen, war gegeben.

Insgesamt wurden 502 Personen befragt. Die **Ausschöpfungsquote** betrug im Wohnbereich 78% (321 Befragte), im Pflegebereich 65% (181 Befragte).

73% (364 Fälle) der Interviews wurden ausschließlich mit der Befragungsperson selbst geführt; bei weiteren 9% (43 Fälle) wurde teilweise eine Bezugsperson hinzugezogen. In 19% (95 Fälle) aller Fälle erfolgte das Interview vollständig mit einer Bezugsperson.

Wurde das Interview **teilweise** mit einer **Bezugsperson** geführt, handelte es sich dabei bis auf wenige Ausnahmen um das Pflegepersonal. Die häufigsten Gründe für die Einschaltung einer Bezugsperson waren die Fragen nach den Medikamenten oder nach den Krankheiten. Die anderen Fragen konnten in der Regel ohne fremde Hilfe beantwortet werden.

Wurde das Interview **ausschließlich** mit einer **Bezugsperson** geführt, handelte es sich ebenfalls überwiegend um das Pflegepersonal (75%). Relativ häufig wurde auch die Tochter befragt (13%), andere Familienangehörige und sonstige Personen wurden nur vereinzelt genannt. Der weitaus häufigste Grund, weshalb die Zielperson nicht selbst befragt werden konnte, wobei Mehrfachnennungen möglich waren, waren Verwirrtheit, Desorientierung oder Demenz (62%). Eine schlechte körperliche Verfassung, Bettlägrigkeit oder ein schlechter Allgemeinzustand wurden in 25% der Fälle geltend gemacht. Jeweils 16% hatten Sprachprobleme oder waren in einer schlechten psychischen Verfassung. Andere Gründe wurden seltener genannt.

Mit dem Alter war es zunehmend häufiger notwendig, eine Bezugsperson ganz oder teilweise einzuschalten. Ebenso wurden Bezugspersoneninterviews weitaus häufiger im Pflegebereich als im Wohnbereich geführt.

Der **Fragebogen** war auf eine größtmögliche Vergleichbarkeit mit der ein Jahr vorher durchgeführten Befragung alter Menschen in Privathaushalten hin konzipiert. Soweit möglich, wurden die Fragen in den wesentlichen Teilen übernommen. Zusätzlich wurden Sachverhalte, die für das Leben im Heim charakteristisch und von Bedeutung sind, mitaufgenommen.

7.2 Bildung zentraler Variablen

7.2.1 Stufen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

Die Bildung der Stufen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit der befragten Heimbewohnerinnen und -bewohner orientiert sich an den Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes. Die Zuordnung zu den einzelnen Stufen erfolgte anhand der Angaben der Befragten zu verschiedenen Tätigkeiten des täglichen Lebens („activities of daily living“), ob sie diese selbständig ohne fremde Hilfe ausüben können, oder ob sie dabei Schwierigkeiten haben oder sie überhaupt nicht mehr alleine ausüben können.

Schwerstpflegebedürftigkeit

Im ersten Schritt wurde die Gruppe der Schwerstpflegebedürftigen abgegrenzt. Zu den Schwerstpflegebedürftigen bzw. zu Pflegebedürftigen der Pflegestufe III laut Pflegeversicherungsgesetz gehören die Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder Mobilität **täglich rund um die Uhr**, auch nachts, der Hilfe anderer bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Befragte, die dieser Gruppe zugeordnet wurden, mußten folgende Kriterien erfüllen:

- | | | |
|----|------------------------------------|-----------|
| 1) | Mahlzeiten/Getränke zu sich nehmen | unmöglich |
| | und | |
| | allein die Toilette benutzen | unmöglich |
| | oder | |
| 2) | zu Bett gehen/Bett verlassen | unmöglich |
| | und | |
| | sich an-/ausziehen | unmöglich |
| | und | |
| | Wasser/Stuhl halten | unmöglich |
| | oder | |
| 3) | zu Bett gehen/Bett verlassen | unmöglich |
| | und | |
| | auf einen Stuhl setzen/aufstehen | unmöglich |
| | und | |
| | in Wohnung/Zimmer umhergehen | unmöglich |
| | und | |
| | Wasser/Stuhl halten | unmöglich |

10% der Befragten (51 Fälle) waren anhand dieser Kriterien der Gruppe der Schwerstpflegebedürftigen zuzuordnen.

Schwerpflegebedürftigkeit

Zur Gruppe der Schwerstpflegebedürftigen bzw. der Pflegebedürftigen der Pflegestufe II gehören die Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder Mobilität **mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten** der Hilfe anderer bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Befragte, die dieser Gruppe zugeordnet wurden, mußten folgende Kriterien erfüllen:

- | | | |
|----|--|------------------------------------|
| 1) | Mahlzeiten/Getränke zu sich nehmen | unmöglich |
| | oder | |
| | Medikamente einnehmen | unmöglich |
| | oder | |
| | alleine Toilette benutzen | unmöglich |
| | oder | |
| | Wasser und Stuhl halten | unmöglich |
| | und | |
| 2) | sich an/ausziehen | unmöglich |
| | oder | |
| | sich duschen/waschen | unmöglich |
| | oder | |
| | in Zimmer/Wohnung umhergehen | unmöglich |
| | oder | |
| | zu Bett gehen/Bett verlassen | mit Schwierigkeiten oder unmöglich |
| | oder | |
| | sich auf einen Stuhl setzen, aufstehen | mit Schwierigkeiten oder unmöglich |

14% der Befragten (69 Fälle) waren anhand dieser Kriterien der Gruppe der Schwerpflegebedürftigen zuzuordnen.

Erhebliche Pflegebedürftigkeit

Zur Gruppe der erheblich Pflegebedürftigen bzw. der Pflegebedürftigen der Pflegestufe I gehören die Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder Mobilität **mindestens einmal täglich** der Hilfe anderer bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Befragte, die dieser Gruppe zugeordnet wurden, mußten folgende Kriterien erfüllen:

sich duschen oder waschen	unmöglich
sich kämmen	unmöglich
Männer: sich rasieren	unmöglich
Wasser/Stuhl halten	unmöglich
alleine Toilette benutzen	unmöglich
sich auf Stuhl setzen/aufstehen	unmöglich
zu Bett gehen/Bett verlassen	unmöglich
sich an- und ausziehen	unmöglich
in Wohnung/Zimmer umhergehen	unmöglich
Treppen steigen	unmöglich
Mahlzeiten/Getränke zu sich nehmen	unmöglich
Essen mit dem Messer schneiden	unmöglich
Medikamente richten	unmöglich
Medikamente einnehmen	unmöglich

Davon müssen mindestens zwei Aktivitäten überhaupt nicht ausgeführt werden können.

14% der Befragten (68 Fälle) waren anhand dieser Kriterien der Gruppe der erheblich Pflegebedürftigen zuzuordnen.

Hilfebedürftigkeit

Zur Gruppe der Hilfebedürftigen gehören alle nicht pflegebedürftige Personen, die einzelne oder mehrere Tätigkeiten aus den Bereichen Hauswirtschaft oder außerhäusliche Mobilität nur mit Schwierigkeiten oder überhaupt nicht ohne fremde Hilfe oder Hilfsmittel ausführen können, oder die sich nicht mehr alleine zurechtfinden.

Zu dieser Gruppe, die im Leistungsrecht des Pflegeversicherungsgesetzes nicht definiert ist, gehören 35% der Befragten (174 Fälle).

Nicht oder geringfügig eingeschränkte Personen

Zu dieser Gruppe gehören schließlich alle Personen, die alle oder fast alle Aktivitäten ohne fremde Hilfe ohne Schwierigkeiten ausführen können. Gegebenfalls können einzelne Aktivitäten nur mit Schwierigkeiten ausgeübt werden.

Zu dieser Gruppe gehören 28% der Befragten (140 Fälle).

7.2.2 Bildung der psychiatrischen Krankheitsgruppen

Die Bildung der gerontopsychiatrischen Risikogruppen orientiert sich an den diagnostischen Kriterien aus dem DSM III-R.¹ Aus der hier vorliegenden Untersuchung wurden die Fragen ausgewählt, die möglichst äquivalent zu diesen Kriterien sind. Die Gewichtung der Items garantiert hierbei eine dem Manual entsprechende Trennschärfe.

Depressives Syndrom

In die Krankheitsgruppe „Depressives Syndrom“ wurden die Personen eingeordnet, die folgende Bedingungen erfüllen: Wenn die Befragungsperson allein oder mit Unterstützung oder auch nur über eine Bezugsperson **mindestens eines von den 6 folgenden Items in der hier angegebenen Ausprägung angibt:**

Formulierung der Frage im Interview	Ausprägung
Wie häufig leiden Sie unter Abgespanntheit, Erschöpfung?	oft
Wie häufig leiden Sie unter Niedergeschlagenheit, Mutlosigkeit?	oft
Wie häufig leiden Sie unter Antriebslosigkeit?	oft
Hatten Sie in letzter Zeit schon einmal den Wunsch zu sterben?	ja
Bezugsperson äußert über Zielperson, daß diese Selbstmordgedanken äußert	immer oder häufig
Was sind die Gründe dafür, daß die Zielperson das Gespräch nicht führen konnte? Bezugsperson nennt ohne Vorgaben "Depressiv, apathisch"	ja

und mindestens 2 weitere der 11 folgenden Items („weichere“ Kriterien):

Formulierung der Frage im Interview	Ausprägung
Haben Sie meistens Appetit aufs Essen, nur manchmal oder eher nie?	eher nie
Haben Sie im letzten Jahr 5 kg oder mehr zu- oder abgenommen?	ja, abgenommen
Haben Sie im letzten Jahr 5 kg oder mehr zu- oder abgenommen?	ja, zugenommen
Konzentrationsstörungen, Vergeßlichkeit	oft
Schlafstörungen, Schlaflosigkeit	oft
Unruhezustände, Gereiztheit	oft
Ich fühle mich oft einsam und wünsche mir mehr Kontakt und Zuspruch.	trifft zu
freut sich über Ereignisse, z.B. einen Besuch, eine Nachricht	nie
ist tagsüber unruhig	immer / häufig

¹ American Psychiatric Association (1989). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R. 2. Auflage. Deutsche Bearbeitung und Einführung H.-U. Wittchen, H. Saß, M. Zaudig, K. Koehler. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

wirkt niedergeschlagen/depressiv	immer / häufig
kann sich nie selber beschäftigen	immer / häufig

Diese Bedingung haben 99 Personen erfüllt, das sind 19,7% der Befragungsstichprobe. Auf die Geschlechtsverteilung, den jeweiligen Pflege- und Hilfebedarf und die Altersgruppen wird an dieser Stelle nicht eingegangen, sondern bei den Ergebnissen.

Dementielles Syndrom

In die Krankheitsgruppe „Dementielles Syndrom“ wurden die Personen eingeordnet, die folgende Bedingungen erfüllen:

Wenn die Befragungsperson allein oder mit Unterstützung oder auch nur über eine Bezugsperson **mindestens eines von den 7 folgenden Items in der hier angegebenen Ausprägung angibt:**

Formulierung der Frage im Interview	Ausprägung
Interview mit Befragungsperson nicht fortgesetzt, da sie Alter und Geburtsdatum nicht angeben konnte.	ja
Können Sie sich erinnern, was es gestern Mittag zum Essen gab?	nein
Konzentrationsstörungen, Vergeßlichkeit	oft
Andere Therapieanwendungen: Gedächtnistraining	ja
ist zeitlich orientiert (kennt Monat und Jahr)	nie
ist örtlich orientiert (weiß, wo er/sie sich befindet)	nie
Verwirrtheit, Desorientierung, Demenz	ja

und mindestens 2 weitere der 10 folgenden Items („weichere“ Kriterien)

Formulierung der Frage im Interview	Ausprägung
zuletzt allein gelebt?	weiß nicht
vor dem Heim gelebt	weiß nicht
Andere Gründe für Heimeintritt	geistige Verwirrung
Grund für ins Heim kommen	weiß nicht
Hirnleistungsstörungen	ja
sich innerhalb des Heims zurechtfinden	nein, unmöglich
Alzheimer Erkrankung	ja
Waren sie früher berufstätig?	weiß nicht

Haben Sie Kinder?	weiß nicht
wandert nachts umher	immer / häufig
Angst, bestohlen zu werden	immer / häufig
fühlt sich ohne Grund beobachtet	immer / häufig
vernachlässigt Kleidung und Körperpflege	immer / häufig
verwechselt vertraute Personen	immer / häufig
kann über kurz zurückliegende Ereignisse erzählen	nie
vergißt wichtige Begebenheiten aus dem eigenen Leben	immer / häufig
interessiert sich für nächste Umgebung	nie
hat bei geringfügigen Anlässen Wutausbrüche	immer / häufig

Dieser Gruppe wurden 77 Personen (15,3%) zugeordnet.

Personen, die sowohl für die Krankheitsgruppe I als auch für die Krankheitsgruppe II Bedingungen erfüllen, wurden in einem weiteren Schritt in Bezug auf eine Neigung eher zum depressiven Syndrom oder eher zum dementiellen Syndrom betrachtet (Summe der genannten Items entscheidend) und entsprechend wieder Krankheitsgruppe I oder II zugeordnet. Damit sind die Gruppen inhaltlich wieder vergleichbar, da eine Person Y, die innerhalb des depressiven Syndroms auch dementielle Anteile ausweist, nicht der dementiellen Gruppe zugeordnet wird, sondern entsprechend der stärkeren Gewichtung des Depressiven nur in der Gruppe des depressiven Syndroms auftaucht.

Gerontopsychiatrische Veränderungen

Für die Krankheitsgruppe „(geronto)psychiatrische Veränderungen“ wurden als Grundlage dann nur noch die Personen herangezogen, die nicht Krankheitsgruppe I oder II zugeordnet waren und die folgende Bedingungen erfüllten:

Wenn die Befragungsperson allein oder mit Unterstützung oder auch nur über eine Bezugsperson **mindestens 5 von den 17 folgenden Items in der hier angegebenen Ausprägung angibt:**

Formulierung der Frage im Interview (beziehen sich eher auf Angststörungen ähnelnden Symptomen)	Ausprägung
Nervenprobleme, nervöse Störungen, depressive Zustände	ja
Stimmungsschwankungen	oft
Angstzustände	oft
äußert Angstgefühle	immer / häufig
klammert sich an ihr/ihm nahestehende Menschen	immer / häufig

Formulierung der Frage im Interview (wurden von den „weichen“ Kriterien der depressiven Verstimmung genommen)	Ausprägung
Haben Sie meistens Appetit aufs Essen, nur manchmal oder eher nie?	eher nie
Schlafstörungen, Schlaflosigkeit	oft
Ich fühle mich oft einsam und wünsche mir mehr Kontakt und Zuspruch.	trifft zu
freut sich über Ereignisse, z.B. einen Besuch, eine Nachricht	nie
wirkt niedergeschlagen/depressiv	immer / häufig

Formulierung der Frage im Interview (wurden von den "weichen" Kriterien der dementiellen Entwicklung genommen)	Ausprägung
wo gelebt vor Heimeintritt	weiß nicht
Andere Gründe für Heimeintritt	geistige Verwirrung
Grund für Heimeintritt	weiß nicht
findet sich innerhalb des Heimes zurecht	nein, unmöglich
fühlt sich ohne Grund beobachtet	immer / häufig
verwechselt vertraute Personen (Angehörige, Nachbarn)	immer/häufig
interessiert sich für Menschen in ihrer/seiner Umgebung	nie

Auf diese Gruppe entfielen noch 90 Personen (17,9%). Die bisher beschriebenen drei Krankheitsgruppen werden im folgenden die "gerontopsychiatrischen Risikogruppen" genannt und im Vergleich zu den psychiatrisch Nicht-Erkrankten betrachtet.

Psychiatrisch Nicht-Erkrankte

Letztendlich fallen alle Personen, die zu diesem Zeitpunkt des Entscheidungsverlaufs nicht in einer der oben beschriebenen Gruppen Platz gefunden haben, in die Gruppe der psychiatrisch Nicht-Erkrankten. Die Personen zeichnen sich dadurch aus, daß ihre Angaben keinen Hinweis auf psychiatrische Veränderungen oder gar eine klare depressive oder dementielle Erkrankung geben. Dies sind 263 Personen und insgesamt 47,1%.