

Selbständig zuhause
leben im Alter -

auf dem Weg zu einer
integrierten
Versorgung

Autor

Wolfgang Paulus

Auf den Punkt

- Die Ermöglichung des zuhause Lebens im Alter ist seit geraumer Zeit Gegenstand der Forschung unterschiedlicher Professionen.
- Die Kooperation unterschiedlicher Professionen war in der Vergangenheit schwierig – ist aber auf dem Weg der Besserung.
- Die Finanzierung telemedizinischer und technischer Hilfen zur Unterstützung alter Menschen in ihren Wohnungen war bisher schwierig, neuere Gesetzesinitiativen im Gesundheits- und Pflegebereich geben jedoch Anlass zur Hoffnung.

Zentrale Einrichtung der
Westfälischen Hochschule
Gelsenkirchen Bocholt
Recklinghausen in
Kooperation mit der
Ruhr-Universität Bochum

 **Westfälische
Hochschule**

**RUHR
UNIVERSITÄT
BOCHUM** **RUB**

Einleitung

Die Bevölkerung in Deutschland ist gealtert und der Alterungsprozess wird sich weiter fortsetzen. Die Zahl der Pflegebedürftigen und dementiell Erkrankten und damit auf Pflege und Betreuung angewiesenen wird weiter steigen. Gleichzeitig herrscht bei den Betroffenen der Wunsch vor, so lange wie möglich in den eigenen vertrauten vier Wänden – dem Gesundheitsstandort Haushalt – verbleiben und den Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung möglichst lange verzögern oder ganz vermeiden zu können. Unter welchen Voraussetzungen lassen sich diese Wünsche besser erfüllen, als es momentan der Fall ist?

„Zuhause leben im Alter – das ist ohne Zweifel das Leitbild einer humanen und zukunftsfähigen Unterstützung alter Menschen, denn die meisten Menschen wollen in der eigenen Wohnung alt werden und die überwältigende Mehrheit lebt auch so. Die ambulante Unterstützung birgt darüber hinaus den Vorteil, daß sie sich wahrscheinlich kostengünstiger gestalten läßt als die Pflege in stationären Einrichtungen. Wie läßt sich Zuhause leben im Alter voranbringen? Mit welchen Philosophien muß man daran gehen, „Zuhause leben im Alter“ zu unterstützen? Es ist offensichtlich, daß an einer zukunftsfähigen Versorgung alter Menschen in privaten Wohnungen Anbieter aus ganz unterschiedlichen Bereichen beteiligt sein werden. Und klar ist auch, daß die verschiedenen Angebote untereinander abgestimmt und auf die Bedürfnisse des jeweils betroffenen Alten oder Kunden zugeschnitten werden müssen.“ Das vorangegangene Zitat könnte sehr gut aus dem Jahre 2015 stammen. Dem aufmerksamen Leser dürfte jedoch aufgefallen sein, dass der Zitattext (zu) viele ß enthält, was darauf schließen lässt, dass er verfasst wurde, bevor etliche Rechtschreibreformen der deutschen Sprache stattgefunden haben – tatsächlich stammt obiges Zitat aus einem Text, der im Jahre 1994 (Hilbert et al. 1995, 22) entstanden ist.

Wer sich heutzutage mit diesem Thema beschäftigt, tut also gut daran zu rekapitulieren, was sich in den letzten 20 Jahren auf diesem Gebiet getan hat, vor allem damit, welche Probleme aufgetaucht und welche Fortschritte zu verzeichnen sind.

Um den aktuellen Stand zum Thema „Leben im Alter“ zu bewerten, trifft es sich gut, dass die aktuelle Ausgabe des Time magazine (VOL. 185, NO. 6-7 | 2015) einen 26-seitigen „LONGEVITY REPORT“ enthält. Er verspricht „THE NEW DATA ON HOW BEST TO LIVE A LONGER, HAPPIER LIFE“.

Die aktuelle Situation einer alternden Gesellschaft resümiert Laura L. Carstensen, Direktorin des Stanford Center on Longevity, wie folgt: „The challenge we face today is converting a world built quite literally by and for the young into a world that supports and engages populations that live to 100 years and beyond“ (TIME, March 2, 57). Sie bezieht ihre Aussage auf den gesamtgesellschaftlichen Kontext, also auch auf die Berufs- und Arbeitswelt, wir werden uns in diesem Text hingegen „lediglich“ mit der Problematik des zuhause Lebens im Alter beschäftigen.

2. Die Entwicklung der Haushaltsstrukturen

Die Möglichkeiten des Verbleibens in den eigenen vier Wänden werden stark durch die Anzahl der (erwachsenen) Personen beeinflusst, die in ihnen leben.

Laut Statistischem Bundesamt hat die Zahl der Einpersonenhaushalte in den Jahren von 2001 bis 2011 von 13,5 Mio. auf 15,8 Mio. zugenommen. Im selben Zeitraum erhöhte sich die Zahl der Alleinerziehenden von 2,3 auf 2,6 Mio. Die Zahl der Ehepaare sank von 19,5 auf 18,3 Mio., die Zahl der Lebensgemeinschaften stieg von 2,3 auf 2,7 Mio. Ca. 37% aller 2012 geschlossenen Ehen werden nach spätestens 25 Jahren juristisch geschieden sein, bei einer durchschnittlichen Dauer von 14 Jahren und 7 Monaten. Viele Menschen leben heute in Lebens(-abschnitts-)partnerschaften, aber in getrennten Haushalten. Bei jüngeren Paaren spielt häufig der Ort eine Rolle, an dem sie ihren Beruf ausüben. Aus der Analyse der Daten lässt sich schlussfolgern: Bei tendenziell und strukturell abnehmender Leistungsfähigkeit – bedingt vor allem durch die steigende Anzahl von Einpersonen- und Alleinerziehenden-Haushalten – werden die Anforderungen an den Gesundheitsstandort Haushalt steigen.

► **Tab 1 Lebensformen der Bevölkerung – in Tausend**

	2001	2011
Paare	21 561	20 808
↳ Ehepaare	19 358	18 008
↳ Lebensgemeinschaften	2 203	2 800
↳ nichtehelich ¹	2 154	2 732
↳ gleichgeschlechtlich	50	67
Alleinerziehende	2 355	2 685
Alleinstehende	14 995	17 607
↳ Alleinlebende ²	13 505	15 898

¹ Gemischtgeschlechtlich.

² Einpersonenhaushalte.

Ergebnisse des Mikrozensus – Bevölkerung in Familien/Lebensformen am Hauptwohnsitz.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013

Folgende Rahmenbedingungen spielen bei Steigerung der Anforderungen an die Haushalte eine zentrale Rolle:

- Die überall geteilte und weit verbreitete Devise „ambulant vor stationär“ in Pflege und Therapie führt dazu, dass die Menschen länger in ihren Wohnungen bleiben.

- Die Verkürzung der Liegezeiten im Akut- und Rehabilitationskrankenhaus (bedingt durch die Abrechnung von Leistungen nach diagnosebezogenen Fallgruppen) bringt sie schneller, aber nicht unbedingt gesünder, in ihre Wohnungen zurück.
- Die Alterung der Gesellschaft wird auch dazu führen, dass mehr Menschen hilfe- und pflegebedürftig werden, bedingt durch körperliche Erkrankung und/oder Behinderung, aber auch durch demenzielle Erkrankung.
- Der (medizin-) technisch/wissenschaftliche Fortschritt ermöglicht es zwar, alters- und krankheitsbedingte körperliche und kognitive Defizite zu beheben oder zumindest abzuschwächen, allerdings kann daraus auch weiterer Unterstützungsbedarf entstehen: Durch die Implantation einer künstlichen Herzklappe verbessert sich in den meisten Fällen die Lebensqualität erheblich. Allerdings muss die Patientin oder der Patient für den Rest des Lebens gerinnungshemmende Mittel einnehmen, was eine permanente Überwachung der Blutgerinnungswerte und eine Anpassung der Medikamentendosis nach sich zieht.

3. Pflege in Haushalten

Mit zunehmendem Alter steigt die Zahl der Menschen, die pflegebedürftig werden: Im Jahre 2011 waren 2,5 Mio. Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI), d.h. sie erhielten Leistungen aus der Pflegeversicherung. Der größte Teil davon wird zu Hause betreut. Im Einzelnen teilen sich die Pflegebedürftigen auf die Versorgungsorte wie folgt auf:

- 47% – fast 1,18 Mio. Menschen – werden zu Hause ausschließlich durch Angehörige – meistens Ehefrauen und Töchter – oder andere nahe stehenden Personen versorgt;
- 23% werden zu Hause durch 12.300 Pflegedienste betreut, die dafür insgesamt 291.000 Beschäftigte eingestellt haben, aber auch hier werden häufig noch Haushaltsmitglieder ergänzend aktiv;
- 30% leben in 12.400 (einschl. teilstationären) Pflegeheimen und werden dort durch 661.000 Beschäftigte betreut;
- die Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen erhöhte sich um 3,6% gegenüber 2009, die Zahl der von ambulanten Diensten betreuten Menschen stieg um 3,8%. (Statistisches Bundesamt 2013b)

Eine ganz besondere Bedeutung nimmt der Gesundheitsstandort Haushalt im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen ein. In Deutschland leben im Jahre 2012 schätzungsweise 1,4 Mio. Demenzerkrankte. Die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste Ursache für eine Demenz. Ungefähr zwei Drittel der Kranken leiden an ihr. Weitere häufige Demenzformen sind die vaskuläre Demenz, die frontotemporale Demenz (Pick-Krankheit) sowie die Lewy-Körperchen-Demenz.

Jahr für Jahr treten mehr als 300.000 Neuerkrankungen auf. "Infolge der demografischen Veränderungen kommt es zu weitaus mehr Neuerkrankungen als zu Sterbefällen unter den bereits Erkrankten. Aus diesem Grund nimmt die Zahl der Demenzkranken kontinuierlich zu. Sofern kein Durchbruch in Prävention und Therapie gelingt, wird sich nach Vorausberechnungen der Bevölkerungsentwicklung die Krankenzahl bis zum Jahr 2050 auf etwa 3,0 Millionen erhöhen." (Deutsche Alzheimer Gesellschaft o. J.)

Die dauerhafte Betreuung und Unterstützung wird bereits heute größtenteils von Angehörigen oder anderen Nahestehenden wahrgenommen (Weyerer 2005). Bis zum 1. Juli 2008 waren die pflegenden Laien unentgeltlich tätig. Mit den zwischenzeitlich erfolgten Änderungen des Pflegegesetzes hat sich die finanzielle Situation von Pflegebedürftigen und Pflegenden verbessert. Weitere Verbesserungen der Situation der Demenzkranken und ihrer Pfleger brachte das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz, das am 1. Januar 2013 in Kraft getreten ist. Neben erhöhten finanziellen Leistungen aus der Pflegeversicherung sind auch Verbesserungen der ambulanten Pflege vorgesehen, etwa durch die Vereinbarung von Zeitvolumen zur Flexibilisierung von Pflegeleistungen.

„Unter dem Strich zeigt sich, dass die Institution Haushalt in Deutschland mit Abstand die größte Pflegekraft ist. Zwar ist es schlicht unmöglich, die vielfältigen Pflegedienstleistungen, die zu Hause von Angehörigen, sonstigen Haushaltsmitgliedern oder auch von Nachbarn erbracht werden, quantitativ exakt zu umreißen. Jedoch spricht manches für die Schätzung, dass sich – z. T. unentgeltlich, z. T. nur spärlich durch die Pflegeversicherung unterstützt – in etwa 2,4 Millionen Menschen in Haushalten im Pflegebereich engagieren, ca. 1,4 Millionen bei der Pflege im bisherigen Sinne (vor der Reform 1. Juli 2008), ca. 1 Million bei Demenz-Erkrankten.“ (Heinze/Hilbert/Paulus 2009: 778)

4. Formen der Unterstützung beim selbstständigen zuhause Leben im Alter

In den vergangenen 20 Jahren (und auch bereits davor) ist auf unterschiedlichen Ebenen versucht worden, alte und/oder behinderte Menschen beim selbstständigen Leben in ihren Wohnungen zu unterstützen.

Der Gesundheitsstandort Haushalt kann in seiner Leistungsfähigkeit auf verschiedenen Wegen gestärkt werden. Eine wichtige Rolle spielen dabei neue Wohnformen sowie die Gestaltung des näheren Wohnumfeldes, des Quartiers. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) spricht in diesem Zusammenhang von einer „modernen Altenhilfelandchaft“¹.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Reorganisation von pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten im Haushalt. Zusätzlich spielen haus- und bautechnische Maßnahmen eine wichtige Rolle, die durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnik ergänzt

¹ Pro Alter, Ausgabe 6, November/Dezember 2014

werden können. All diese Verstärkungsformen sowie die Möglichkeiten ihrer Kombination werden im Folgenden beschrieben.

4.1 Neue Wohnformen

Alle Untersuchungen zu Wohnwünschen älterer Menschen zeigen, dass die große Mehrheit von ihnen auch heutzutage „ihren Lebensabend in einer ganz normalen Wohnung – und zwar am liebsten in der eigenen Wohnung bzw. im angestammten Quartier verbringen möchte. Dennoch ziehen auch ältere Menschen einen Umzug in Erwägung, wenn die vorhandene Wohnung nicht (mehr) den Bedürfnissen entspricht oder aber ein attraktives Alternativangebot bereitsteht.“ (Naegele/Heinze/Hilbert 2006: 7)

Eine Möglichkeit der Schwäche des Gesundheitsstandorts Haushalts zu begegnen, die aus dem Mangel an Mitbewohnern entsteht, beschreibt der Zukunftsforscher Opaschowski, der prognostiziert, dass in Zukunft Mehrgenerationen-Wohngemeinschaften eine Antwort auf die demografische Entwicklung in Deutschland sein werden².

Die Idee des Zusammenlebens von Menschen unterschiedlichen Alters, die nicht zu einer Familie gehören, ist keine neue Erfindung: Eine 900-jährige Geschichte haben die Beginenhöfe. Das sind Wohngemeinschaften, in denen sich Frauen unterschiedlichen Alters zu Wohn- und Lebensgemeinschaften zusammenschließen, im Mittelalter stellten sie eine Alternative zu Frauenklöstern dar. Männer sind in Beginenhöfen lediglich als Gäste geduldet³.

Einen aktuellen Überblick über „gemeinschaftliche Wohnformen in Genossenschaften“ gibt eine Studie, die kürzlich vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR 2014) herausgegeben wurde. Es wurden 199 gemeinschaftliche Wohnprojekte in der Rechtsform einer Genossenschaft befragt.

Als wichtige Motive, sich einem solchen gemeinschaftlichen Wohnprojekt anzuschließen, wurden von den Bewohnern folgende genannt: selbstbestimmte Nachbarschaft, höhere Kontaktdichte und gemeinschaftliche Aktivitäten, Möglichkeit, über das Wohnumfeld mitzubestimmen, Mitspracherechte sowie Eigenleistungen auf ehrenamtlicher Basis.

4.2 Innovatives Wohnquartier-Management in der Stadt und auf dem Land

Um die gesundheitsbezogene Leistungsfähigkeit der Haushalte gewährleisten zu können, muss auch das Wohnumfeld, das Wohnquartier entsprechend gestaltet werden. Dazu gehört beispielsweise die Sicherstellung von wohnortnahen Einkaufsmöglichkeiten, aber auch die Organisation des sozialen Umfeldes und der Pflege.

In der Stadt haben die Wohnungsgesellschaften in diesem Zusammenhang eine große Bedeutung, die immer häufiger nicht nur das Wohnen anbieten, sondern darüber hinaus gehende Leistungen. Als Stellvertreter für viele andere wird im Folgenden das Bielefelder

² www.nrw-wohnt.de/fileadmin/user_upload/PDF_s/Thesen_Opaschowski_07-11-05.pdf

³ www.dachverband-der-beginen.de/beginenvereine.php

Modell beschrieben, das die Bielefelder Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft mbH (BGW) entwickelt hat. Das Bielefelder Modell hat folgende Ziele:

- „den Mietern auch bei steigender Hilfebedürftigkeit das Wohnen in modernen und komfortablen eigenen Wohnungen im vertrauten Umfeld ermöglichen;
- integratives Wohnen in den Projekten und im Umfeld möglich machen – für ältere Menschen, für Behinderte, für Menschen mit geringem und hohem Hilfebedarf sowie für Demenzkranke;
- 24-stündige Versorgungssicherheit für die Mieterinnen und Mieter und das Wohnumfeld garantieren, ohne dass eine Betreuungspauschale anfällt;
- die Möglichkeiten der Prävention durch eine frühzeitige Unterstützung verbessern, indem die Selbsthilfefähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen und ihres Umfeldes gestärkt werden.⁴“

Den Mittelpunkt der Wohnanlagen bildet ein großzügiges Wohncafé, in dem sich alle Mieterinnen und Mieter sowie die Bewohner des Umfeldes treffen können und in dem eine Vielzahl von Veranstaltungen stattfinden. Hier befindet sich auch die offen gestaltete Küche, in der alle Mahlzeiten durch die Mieter organisiert werden. Jeder Mieter des Hauses und jeder Bewohner der Nachbarschaft kann nach eigenem Wunsch und gesundheitlichem Befinden am gemeinschaftlichen Leben teilnehmen. Der ambulante Pflegedienst mietet von der BGW die Funktionsräume (z. B. Nachtbereitschaftsraum, Hilfsmitteldepot, Beratungsraum, Pflegebad) sowie die Gästewohnungen, die auch zur Verhinderungspflege genutzt werden können, als Gewerbefläche an.

Ziel der BGW ist es, in allen Bielefelder Stadtteilen mit dem Angebot des „Bielefelder Modells“ vertreten zu sein. Dabei wird sie weiterhin mit unterschiedlichen Kooperationspartnern zusammenarbeiten, um eine möglichst große Dienstleistungsvielfalt anbieten zu können. Die Umsetzung des „Bielefelder Modells“ erfolgt nicht nur im Rahmen von Neubaumaßnahmen. Bei der Modernisierung ihres Bestandes überprüft die BGW, ob die Erdgeschosswohnungen barrierefrei umgestaltet werden können. Außerdem wird mindestens ein Gebäude im Zuge der Modernisierung so umgebaut, dass im Erdgeschoss Gemeinschaftsräume und ein Servicestützpunkt eingerichtet werden können und alle Wohnungen barrierefrei sind. Neben solchen Komplettumbauten besteht häufig die Möglichkeit, durch geringe bauliche Veränderungen im Bestand seniorengerechten Wohnraum zu schaffen.

Die Diskussion um Wohnquartier-Management vernachlässigt mit ihrer Konzentration auf den städtischen Bereich häufig ländliche Gebiete, in denen der Problemdruck teilweise noch größer ist als in der Stadt. In den Städten können die Wohnungsgesellschaften eine wichtige organisatorische Rolle bei der Gestaltung neuer Wohnformen und des Wohnumfeldes spielen. Anders stellt sich die Situation in ländlichen Regionen dar. Hier werden die Häuser häufig von

⁴www.bgw-bielefeld.de/bielefelder-modell.html

ihren Besitzern bewohnt; hier fehlt die vermittelnde Instanz Wohnungsgesellschaft, hier muss sich der Gestaltungsprozess anders organisieren.

Ein Beispiel für einen Gestaltungsprozess in ländlichen Gegenden ist DORV. Das ist kein Schreibfehler, sondern steht für „Dienstleistung und ortsnahe Rundumversorgung“. Entstanden ist die DORV-Idee in Jülich-Barmen, einem Ort mit 1.400 Einwohnern. Sie war eine Reaktion der Einwohner auf die Ausdünnung des Vorortangebots an Grundnahrungsmitteln, aber auch an Dienstleistungen. „Die Bürger gründeten das DORV-Zentrum – das Zentrum für Dienstleistung und Ortsnahe Rundum Versorgung. Mit Bürgeraktien für je 250 Euro und Privatkrediten finanziert, startete der Laden. Umgebaut wurde in Eigenarbeit, das neue Nahversorgungszentrum samt Ausstattung kostete daher gerade einmal 100 000 Euro.“⁵

Barbara Steffens, die Gesundheitsministerin des Landes Nordrhein-Westfalen, hält die gesundheitsfördernde Gestaltung von Quartieren sogar für eine der wichtigsten gesellschaftlichen Zukunftsaufgaben: „Die Umgestaltung der Quartiere zu Lebensräumen, in denen auch Menschen mit Unterstützungsbedarf so lange wie möglich wohnen bleiben können, ist eine unserer großen gesellschaftlichen Herausforderungen. Nur so werden wir es schaffen, für die steigende Zahl von Menschen mit Unterstützungsbedarf – vor allem im Alter – eine angemessene Lebensqualität zu sichern“. „Der zentrale Ort, an dem man sich wohlfühlt, ist die eigene Wohnung und der daran unmittelbar angrenzende Lebensraum. Gerade für ältere Menschen gilt dies insbesondere dann, wenn sie in ihrer Mobilität eingeschränkt sind“, so Steffens weiter⁶.

4.3 Bau- und haustechnische Ausstattung der Haushalte

Neben den neuen Wohnformen und der Reorganisation ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten kann auch der Einsatz von Technik den Gesundheitsstandort Haushalt stärken. Dabei sind die Bau- und Haustechnik von besonderer Bedeutung.

Ein wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang ist die Barrierefreiheit vom Häusern und Wohnungen. Für die Herstellung der Barrierefreiheit sind neben den Architekten Handwerker verschiedener Fachgebiete (in erster Linie aus den Bereichen Sanitär, Heizung und Klima, aber auch aus den Bereichen des Elektro- und Tischlerhandwerks) zuständig.

In Oberhausen bietet das „Handwerkszentrum – Wohnen im Alter (WIA) – der Handwerkskammer Düsseldorf“ einen Fernlehrgang zum Thema „Senioren- und behindertengerechtes Bauen und Wohnen“⁷ an. Absolventen des Lehrgangs qualifizieren sich zur „Fachkraft für barrierefreies Bauen“ und werden ins „Handwerkerverzeichnis seniorengerechtes / barrierefreies Bauen und Wohnen“ aufgenommen. Neben dem technischen Wissen werden den Lehrgangsteilnehmern auch Kenntnisse über „Bedürfnisse der Kunden; Einschränkungen im Alter; Behinderungen; Fachbegriffe aus der Medizin; die

⁵ www.dorv.de

⁶ <http://www.mgepa.nrw.de/ministerium/presse/pressemitteilungsarchiv/pm2014/pm20140924a/index.php>

⁷ www.hwk-duesseldorf.de/wia

Pflegestufen und ihre Definitionen“ vermittelt. Weiterhin steht die Besichtigung eines Seniorenwohn- und Pflegezentrums auf dem Lehrgangsprogramm.

Des Weiteren bietet das Internetportal für barrierefreies Bauen und Wohnen des Handwerkszentrums eine Dauerausstellung zum Thema „Praktische Lösungen für Wohnraumanpassungen“ an.

Es werden innovative Aspekte der barrierefreien Wohnraumgestaltung und -anpassung mit deutlichem Handwerksbezug präsentiert. Produkte und Dienstleistungen der häuslichen Funktionsbereiche Wohnen, Essen, Schlafen, Körperhygiene, Sicherheit, Kommunikation etc. werden gezeigt. Neben praktischen Beispielen sind Komfort und Sicherheit wichtige Ausstellungsaspekte.

Die Ausstellung richtet sich an interessierte Personengruppen, wie z.B. Senioren, Versorger, Multiplikatoren, Berufsschüler, Vermieter. Weitere Adressaten sind Handwerker, die ihre Kunden anhand von Musterprodukten, -installationen beraten wollen, sowie Architekten, Planer und die Mitarbeiter von Wohnungsgesellschaften.

WIA war eine der ersten Initiativen des Handwerks zum Thema „Wohnen im Alter“. Ähnliche Initiativen gibt es mittlerweile auch von mehreren anderen Handwerkskammern und Vereinen. In Ostwestfalen kümmert sich der „Der Förderverein Lebensgerechtes Wohnen OWL“ um das Thema.

4.4 Ambient Assisted Living (AAL)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung betreibt die VDI/VDE Innovation + Technik GmbH ein Internet-Portal, auf dem die Fördermaßnahmen des Ministeriums zum Thema „Mensch-Technik-Interaktion im demografischen Wandel“ präsentiert werden⁸. Auf diesem Portal wird AAL übersetzt als „Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben“. Dieselbe Definition findet sich auch bei Wikipedia⁹.

Von besonderer Bedeutung für den Gesundheitsstandort Haushalt sind „intelligente“ Häuser und Wohnungen, die alte und kranke Menschen dabei unterstützen sollen, ein selbst bestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden zu führen. Das „intelligente“ Haus oder die „intelligente“ Wohnung versorgt, überwacht und beschützt die Bewohner mit Hilfe technischer Assistenzsysteme (Heusinger 2005). Wichtige Komponenten häuslicher „Intelligenz“ sind Sensoren, die beispielsweise den Zustand von Herdplatten und Fenstern überwachen, sowie Aktoren, die vergessene Herdplatten abschalten und geöffnete Fenster schließen, bevor sie das Warmwasser-Ventil der Zentralheizung öffnen. Die Sensoren und Aktoren sind mit Computern verbunden, die die ermittelten Umgebungsinformationen auswerten und – etwa bei Gefahr – entsprechende Aktionen einleiten. Zu dieser Kategorie gehören auch in der

⁸ www.mtidw.de

⁹ de.wikipedia.org/wiki/Ambient_Assisted_Living

Wohnung angebrachte Sensoren, die den Sturz einer Person registrieren und einen Notruf absenden. Seit geraumer Zeit wird auch an der Entwicklung von Robotern gearbeitet, die Hausarbeit und einfache Hilfsdienste – z.B. Getränke holen – verrichten können.

Geht es um die Realisierung von AAL in Wohnungen und Häusern, die Informations- und Kommunikationstechnik sowie Sensorik verwendet, gibt es in Deutschland eine Vielzahl von Einrichtungen, die diese technischen Komponenten entwickeln und deren Möglichkeiten demonstrieren. Das Institut für Mikroelektronische Schaltungen und Systeme (IMS) der Fraunhofer Gesellschaft (FhG) hat in Duisburg in Kooperation mit Partnern aus der Industrie das inHaus-Zentrum aufgebaut¹⁰. Neben dem IMS sind am INHAUS-Zentrum sechs weitere Fraunhofer Institute beteiligt, von denen drei in NRW beheimatet sind (ISST Dortmund, IML Dortmund, Umsicht Oberhausen). Das inHaus-Zentrum besteht aus inHaus1 und inHaus2. Das inHaus1 demonstriert Anwendungen für Wohnimmobilien, inHaus2 für Nutzzimmobilien, speziell für die Bereiche Hospital und Pflege, Hotel und Veranstaltungen sowie Büro und Service.

Deutschland- und europaweit gibt es noch eine ganze Reihe ähnlicher Einrichtungen (Aboudan 2008).

4.5 Das virtuelle Altenheim

In der Mitte der 1990er Jahre verband das Institut Arbeit und Technik (IAT) die Ideen von einem erweiterten Hausnotrufsystem mit den damals neuen technischen Möglichkeiten und entwickelte ein neues Leitbild für das das Zuhauseleben im Alter: das „virtuelle Altenheim“. Das virtuelle Altenheim basierte technisch auf einem Video-Konferenzsystem. Die verfügbaren Dienstleistungen – vom Notruf über Gesundheitstrainings bis zum virtuellen Kaffeeklatsch – sollten sich nicht von denen unterscheiden, die auch in guten Altenheimen verfügbar waren (Hilbert/Scharfenorth/Haberle 1999). Die theoretischen Überlegungen des IAT wurden in einem Projekt umgesetzt, das den Namen TESS inkontakt (TeleServices für Senioren) trug. TESS wurde realisiert durch das Evangelische Johanneswerk, einen der großen diakonischen Träger in Europa mit Sitz in Bielefeld, in Zusammenarbeit mit T-Systems, einem Tochterunternehmen der Deutschen Telekom und einigen weiteren Unternehmen. Der Pilotversuch in Bielefeld wie auch etliche ähnlich gelagerte Nachfolge-Pilotversuche waren „erfolgreiche Rohrkrepierer“. Bei den Teilnehmern und bei Fachleuten stießen die innovativen Lösungen nach anfänglicher Skepsis auf großes Interesse und auf Akzeptanz (Scharfenorth 2003). Gleichwohl gelang bislang nicht der Schritt zu einer breitflächigen Anwendung.

Eine neuere Realisierung des Konzepts vom virtuellen Altenheim ist SOPHIA¹¹. SOPHIA ist ein Tochterunternehmen der Josef Stiftung in Bamberg. Die IT-Komponenten wurden an der dortigen Universität entwickelt. SOPHIA begann als Forschungsprojekt und ist heute eine

¹⁰ www.inhaus.fraunhofer.de

¹¹ www.sophia-franken.de

GmbH. Das Akronym steht für „Soziale Personenbetreuung - Hilfen im Alltag“. Von Franken aus hat sich SOPHIA ausgeweitet. Weitere Ableger sind SOPHIA-Berlin¹² und SOPHIA-NRW¹³.

4.6 Reorganisation (haus-) ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten

Einer geringer werdenden Anzahl von Hausärzten - was auch die ambulante Behandlung in der Praxis erschwert - steht ein steigender Bedarf an ärztlichen Hausbesuchen der älter werdenden Patienten gegenüber. Neben dem Erhalt bestehender Hausarzt-Praxen durch Gewinnung neuer Ärzte und die Gründung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) sind auch andere – ergänzende – Lösungsansätze denkbar, etwa die Delegation von Tätigkeiten, die bisher Ärzten vorbehalten waren, an nicht-ärztliches medizinisches Personal.

Diese Delegation ist momentan ein Thema, das in Deutschland intensiv diskutiert wird (Bundesärztekammer 2012). Ohne an dieser Stelle auf die Details der Diskussion einzugehen, sollen im Folgenden Beispiele die Möglichkeit der Reorganisation der Aufgabenteilung zwischen Ärzten und medizinischen Fachangestellten skizzieren, die die drohenden Kapazitätsengpässe bei ärztlichen Hausbesuchen entschärfen und damit zur Stärkung des Gesundheitsstandorts Haushalt beitragen könnten:

Die beiden für NRW zuständigen Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe bieten eine Aufstiegsfortbildung für die Medizinischen Fachangestellten an. Nach erfolgreichem Abschluss der Qualifizierungsmaßnahme erhält die Absolventin den Titel „ENTLASTENDE VERSORGUNGSASSISTENTIN“ (EVA), die in folgenden Aufgabenbereichen tätig wird¹⁴:

- Grundlagen und Rahmenbedingungen beruflichen Handelns/ Hausbesuche und Versorgungsmanagement (15 Stunden)
- Häufige Krankheitsbilder in der hausärztlichen Praxis/Geriatrie (40 Stunden)
- Versorgung und Betreuung von Onkologie- und Palliativpatienten (17 Stunden)
- Psychosomatische und psychosoziale Versorgung (15 Stunden)
- Grundlagen der Ernährung (16 Stunden)
- Arzneimittelversorgung (8 Stunden)
- Wundpflege und Wundversorgung (10 Stunden)
- Grundlagen der Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen (20 Stunden)
- Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen / Case Management (24 Stunden)
- Telemedizinische Grundlagen (10 Stunden)
- Kommunikation und Dokumentation (26 Stunden)

¹² www.sophia-berlin.de

¹³ <http://www.sophia-nrw.org/>

¹⁴ www.aekno.de/page.asp?pageID=9190#perspektive

- Notfallmanagement/ Erweiterte Notfallkompetenz (20 Stunden)

„Die ersten 31 Medizinischen Fachangestellten haben die Ausbildung zur Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA) erfolgreich absolviert.“ Dieser Text war im Rheinischen Ärzteblatt (7/2010) zu lesen. Ähnliches war zur gleichen Zeit aus dem Bereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe zu vernehmen: „Künftig kann die Arbeit in den westfälischen Arztpraxen neu verteilt werden – am Mittwoch, 1. Dezember 2010, erhielten die ersten zwölf medizinischen Fachangestellten ihr Abschlusszeugnis als Entlastende Versorgungs-Assistentin (EVA). Die gelernten und erfahrenen Medizinischen Fachangestellten (früher: Arzthelferinnen) haben sich in einer umfassenden Fortbildung qualifiziert, um ihre Ärztinnen und Ärzte in der täglichen Arbeit zu unterstützen und zu entlasten. Mit diesen zusätzlichen Fähigkeiten kann die EVA selbständig Leistungen zum Beispiel in den Bereichen Hausbesuche, Impfen und Prävention übernehmen.“¹⁵ Mit Beginn des Jahres 2015 ist die Finanzierung der Evas verbessert worden. Aktuell unterstützen laut Kassenärztlicher Vereinigung Westfalen Lippe in 17 OWL-Hausarztpraxen EVAs die Ärzte. Ausgebildet wurden bisher in OWL 80 Assistentinnen¹⁶.

Außerdem haben die nordrhein-westfälischen EVAs Geschwister in anderen Bundesländern: VERAH in Baden-Württemberg und anderen Bundesländern, AgNES in Brandenburg, MONI in Niedersachsen und Mopra in Sachsen-Anhalt¹⁷.

4.7 Hausnotruf-Systeme

Die Entwicklung der Hausnotruf-Systeme begann in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts im St. Willehad-Hospital in Wilhelmshaven. Zeitgleich wurde auch in anderen europäischen Ländern mit der Entwicklung ähnlicher Systeme begonnen (Hormann 1980). Aus den kleinen Anfängen haben sich die Hausnotruf-Systeme im Laufe der Jahrzehnte bundesweit etabliert. Im September 2006 konnte der größte deutsche Betreiber, das Rote Kreuz, seinen 100.000-ten Kunden begrüßen (Marx 2006: 56). Für das Jahr 2010 geht der Bundesverband Hausnotruf von 400.000 Nutzern aus¹⁸.

Die Technik der Hausnotruf-Systeme ist über die Jahre nicht grundsätzlich verändert worden. Zu der Möglichkeit, im Notfall einen Notruf an die Zentrale senden zu können, sind allerdings weitere Möglichkeiten hinzu gekommen, etwa über Sensoren Brände (Rauchmelder), Einbrüche (Bewegungsmelder) etc. zu entdecken und an die Zentrale zu melden, die dann entsprechend reagieren kann. Der Hausnotruf kann auch zum Serviceruf erweitert werden, dann können über die Notrufzentrale auch Fahrdienste, Essen auf Rädern oder hauswirtschaftliche Dienstleistungen organisiert werden. Die Johanniter bieten auf der Basis

¹⁵

[www.aekwl.de/index.php?id=123&tx_ttnews\[backPid\]=198&tx_ttnews\[tt_news\]=806&cHash=103fa3912825d84b7d7f4089b6ed8ce3](http://www.aekwl.de/index.php?id=123&tx_ttnews[backPid]=198&tx_ttnews[tt_news]=806&cHash=103fa3912825d84b7d7f4089b6ed8ce3)

¹⁶ Vergl. Bericht in der „Neuen Westfälischen“ vom 2.1.2015

¹⁷ http://www.kvwl.de/mediathek/kompakt/2014_12.pdf#02, Seite 7

¹⁸ www.initiative-hausnotruf.de/fileadmin/inhalts_bilder_dateien/Downloads/Presse/Studie-HNR-Endbericht_01.pdf

von Mobilfunktelefonen einen Mobilnotruf¹⁹ an, der Hilfe zu jeder Zeit und an jedem Ort garantiert – sofern in der Mobilfunk-Diaspora Deutschland eine Netzabdeckung gegeben ist.

4.8 Telemedizin und eHealth

Das Thema „Gesundheit und Neue Medien“ wurde in den letzten Jahren in Deutschland ganz eindeutig durch den Ruf nach elektronischen Gesundheitskarten und nach elektronischen Gesundheitsakten dominiert. Wenngleich die Einführung derselben in Deutschland nur langsam und holpernd vorankommt, kann kein ernsthafter Zweifel daran bestehen, dass das Gesundheitswesen der Zukunft von Verwaltungsstrukturen geprägt sein wird, die auf solchen Techniken beruhen. Darüber hinaus zeigt sich aber immer stärker, dass in der Gesundheitswirtschaft jenseits der modernisierten Verwaltungsstrukturen weitere Nutzungen der neuen Informations- und Kommunikationstechniken auf dem Wege sind und in Zukunft erheblich an Gewicht gewinnen werden. Mit Blick auf die Möglichkeiten des Gesundheitsstandorts Haushalt sind hier vor allem drei Gestaltungsfelder von hoher Bedeutung:

- Das Fernüberwachen von Vitalparametern (Telehealth Monitoring);
- Telerehabilitation
- Patienten-Empowerment durch Internet-Angebote zur Gesundheitsinformation und –kommunikation.

Telehealth Monitoring

Einer der Pioniere der Telemedizin (und des Telehealth Monitoring) in Deutschland ist das Institut für angewandte Telemedizin (IFAT). Es wurde im Jahre 2003 gegründet als Einrichtung des Herz- und Diabeteszentrums Nordrhein-Westfalen (HDZ) in Bad Oeynhausen. Das HDZ gehört zur medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum. Das IFAT bietet eine breite Palette telemedizinischer Dienstleistungen im Bereich Kardiologie und Diabetologie an²⁰.

Ein Beispiel für Telehealth Monitoring im Bereich kardiologischer Erkrankungen ist das vom IFAT durchgeführte Projekt AUTARK (Körtke et al. 2006). Die Auflösung des Akronyms AUTARK lautet: „Ambulante und Telemedizinisch gestützte AnschlussRehabilitation nach Kardialem Erstereignis“.

Die AUTARK-Teilnehmer wurden während ihres Aufenthalts im HDZ, in dessen Verlauf sie am Herzen operiert oder wegen eines zuvor erlittenen Infarktes therapiert wurden, mit der Handhabung eines mobilen Elektrokardiographen (EKG) vertraut gemacht, der etwa die Größe eines Mobiltelefons hat. Bei der Entlassung aus der stationären Behandlung nahmen sie den EKG mit nach Hause. Beim Auftreten kardiologischer Probleme konnten die Patienten ein Elektrokardiogramm erstellen und es sofort über ein integriertes Telefon an das HDZ übermitteln, dessen Personal weitere therapeutische Maßnahmen einleiten konnte. Die

¹⁹ www.johanniter.de/index.php?id=47

²⁰ www.hdz-nrw.de/institute/angewandte-telemedizin

Telemedizin wurde somit zu einem Werkzeug der Diagnose und Rehabilitation. „Das AUTARK-Programm wird entsprechend den dargestellten Ergebnissen von den Patienten sehr gut angenommen. Besonders die Integration des Rehabilitationsprogramms in das häusliche Umfeld scheint dazu beizutragen, dass die Patienten schneller in den Lebensalltag zurückkehren können. Die telemedizinische Überwachung bietet dabei ein hohes Maß an Sicherheit, weil der Patient lernt, seine eigene Leistungsfähigkeit realistisch einzuschätzen. Durch das dem individuellen Lebensalltag des Patienten angepasste Rehabilitationsprogramm sowie die direkte Einbindung von Angehörigen und Bezugspersonen scheint eine positive Beeinflussung des individuellen Risikoprofils nach eigener Einschätzung für einen Großteil der Patienten auch über den Zeitraum der ambulanten Rehabilitation hinaus möglich. Die ambulante telemedizinisch betreute Rehabilitation ist demnach auch ein viel versprechendes Instrument für eine langfristige Tertiärprävention“ (Körtke et al. 2006: 2924).

Mit dem „Westdeutschen Zentrum für angewandte Telemedizin“²¹ ist vor einiger Zeit in Nordrhein-Westfalen ein neuer Anbieter telemedizinischer Dienstleistungen entstanden. Neben der Kardiologie engagiert sich das WZAT inzwischen auch im „telemedizinischen Monitoring zur verbesserten Schlaganfallnachsorge“. Die Schlaganfall-Rehabilitanden werden im Rahmen eines Forschungsprojekts zuhause durch Casemanager persönlich betreut, in Kombination mit einem Telemonitoring der Vitalparameter und der Medikamenteneinnahme. Zusätzlich zum Telemonitoring sind auch Entwicklungen zu beobachten, die zumindest einen Teil der Rehabilitation in die eigenen vier Wände verlagern können. Bei logopädischer Rehabilitation, z. B. nach einem Schlaganfall, kommt die EvoCare-Therapie zum Einsatz, die in vier Phasen abläuft: „1. Phase: Zu Beginn des Reha-Aufenthalts führen die klinischen Therapeuten eine ausführliche Anamnese und Diagnostik durch und entscheiden, ob ihr Patient für ein Eigentaining am EvoLino geeignet ist. 2. Phase: Die Patienten werden in die Arbeit am EvoLino eingewiesen, bis sie selbständig oder mit leichter Hilfe mit dem System arbeiten können. 3. Phase: Parallel zu logopädischen Einzel- und Gruppentherapien führen die Aphasiker ein eigenständiges Training am EvoLino durch. Dies geschieht zu verabredeten Zeiten in den Übungsräumen in Klinik oder Praxis oder mit flexibler Zeiteinteilung im Patientenzimmer oder zu Hause. 4. Phase: Nach der Reha-Phase nehmen die Patienten die intensive EvoCare-Therapie nach Hause mit – parallel zu den wöchentlichen logopädischen Sitzungen führen sie ein hochfrequentes, häusliches Eigentaining am EvoLino durch, das durch ihre Logopäden supervidiert und fortlaufend angepasst wird“ (Seewald et al. 2004).

Die Verfechter der EvoCare- Tele-Sprachtherapie bemühen sich um Evidenz für den Erfolg ihrer Methode. Die Ergebnisse einer prospektiven, kontrollierten klinischen Studie zeigen, dass zwischen der EvoCare-Tele-Rehagruppe und einer Kontrollgruppe signifikante Unterschiede in verschiedenen Bereichen (Depression, physische Alertness) messbar sind (Röhring et al. 2004),

²¹ www.wzat.de/

die die Vorteile von EvoCare gegenüber Therapien belegen, die lediglich in direktem Kontakt zwischen Therapeuten und Patienten durchgeführt werden.

Ein weiteres IKT-gestütztes System zur Rehabilitation von Menschen mit Sprachstörungen ist die Synchronische Teletherapie (Synchrotel). Synchrotel basiert auf dem Telemedizinssystem EVITA²² und dient der alltagsorientierten Tele-Sprachtherapie von Patienten mit schwerer chronischer Aphasie. Von Synchrotel können auch immobile Menschen in Altenheimen oder in ländlichen Gebieten mit schlechter Verkehrsinfrastruktur profitieren. Synchrotel folgt einer ähnlichen Anwendungslogik wie EvoCare, die Bedienung erfolgt allerdings mit der Maus und ist eine Software-Lösung, die auf unterschiedlichen Basissystemen (PC, Mac) läuft. Auch für Synchrotel konnte der Nutzen für die Patienten in Studien nachgewiesen werden (Scibor et al. 2012).

4.9 Das Projekt Proviva

In den vorangegangenen Abschnitten haben wir einen Überblick über die verschiedenen Aktivitäten gegeben, die in der Vergangenheit unternommen worden sind, um alten Menschen ein möglichst langes Verbleiben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen. In der Vergangenheit war es häufig so, dass die notwendige Kooperation zwischen den beteiligten Professionen (Medizin, Pflege, Soziales, Technik) suboptimal war. Diese Kooperationsdefizite verringern sich seit einiger Zeit.

Als Beispiel sei hier ein Projekt genannt, das die Kooperation bereits im Untertitel führt: „Proviva – Sektorenübergreifendes kommunales Gesundheitsmanagement für ein lebenswertes und vitales Altern“²³. Es wird gefördert durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen sowie die Europäische Union.

Proviva verfolgt einen quartiersbezogenen Ansatz in den beiden Stadtteilen Opladen und Rheindorf von Leverkusen. In beiden Stadtteilen wurde je ein Gesundheits- und Quartiersmanagement eingerichtet. Die MitarbeiterInnen sind AnsprechpartnerInnen für niedergelassene Ärzte, das Entlassmanagement der örtlichen Krankenhäuser sowie die ambulanten Pflegedienste. Ehrenamtliche Helfer werden genauso eingebunden wie kirchliche Einrichtungen. Selbstverständlich können auch alte Bürger und Bürgerinnen sowie ihre Verwandten und Nachbarn der beiden Stadtteile direkt Kontakt mit dem jeweiligen Quartiers- oder Gesundheitsmanagement aufnehmen. Die städtischen Beratungseinrichtungen sind eingebunden. Quartiers- und Gesundheitsmanagement arbeiten zur Dokumentation und Kommunikation mit einer elektronischen Fallakte. Das Projekt läuft noch bis Ende Juli dieses Jahres – eine projektüberdauernde Weiterfinanzierung wird angestrebt.

²² ori-online.com/index-Dateien/Page704.htm

²³ www.proviva-lev.de

5. Die Finanzierung des Gesundheitsstandorts Haushalt

Die Finanzierung des Gesundheitsstandortes Haushalt kann durch Eigenleistung der Bewohner erfolgen, deren Umfang hängt von ihrer finanziellen Situation und der der Haushaltsangehörigen ab. Es sind jedoch auch Leistungen durch die Pflegeversicherung und das neue Pflegestärkungsgesetz sowie die Krankenversicherung möglich.

Im Jahr 1994 beschlossen Bundesrat und Bundestag die Einführung einer „Sozialen Pflegeversicherung“ als Pflichtversicherung. Leistungen aus der Pflegeversicherung am Gesundheitsstandort Haushalt können bezogen werden für professionelle ambulante Pflege und für „selbstbeschaffte“ Laienpflege, auch die Kombination beider Leistungsarten ist möglich. Mit der Reform der Pflegeversicherung im Jahre 2008 wurde eine Pflegestufe 0 eingeführt. Sie trifft häufig auf Demenzkranke zu, deren Krankheitsgrad noch nicht für Pflegestufe 1 ausreicht, deren kognitive Einschränkungen jedoch bereits einen Unterstützungsbedarf verursachen. Mit der Reform 2015 hat sich ihre Situation nochmals verbessert.

Mit dem 1. Pflegestärkungsgesetz, das zum 1.1.2015 in Kraft trat, wurde u.a. die Unterstützung pflegender Angehöriger verbessert sowie die Pflege zuhause: Die Zuschüsse für Umbaumaßnahmen in der Wohnung wurden erhöht.

Im Gegensatz zu den telemedizinischen Dienstleistungen, die es bis auf eine Ausnahme (telemedizinische Behandlung des akuten Schlaganfalls) bisher noch nicht in den Leistungskatalog der Krankenkassen geschafft haben, wurden die nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen (EVA, Verah und Co) mit Beginn des Jahres 2015 in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen.

Abrechenbar sind folgende Leistungen nichtärztlicher Praxisassistentinnen: Zuschlag zur Strukturpauschale, Hausbesuch der Assistentin einschl. Wegekosten, Mitbesuch des Assistenten einschl. Wegekosten.

„Praxisassistentinnen sollen vor allem in Hausarztpraxen zum Einsatz kommen, die viele Patienten betreuen und Unterstützung benötigen. Eine Abrechnungsgenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erhalten deshalb Praxen, die in den vergangenen vier Quartalen im Durchschnitt mindestens 860 Fälle je vollzeittätigem Hausarzt im Quartal haben oder mindestens 160 Patienten je vollzeittätigem Hausarzt im Quartal behandeln, die älter als 75 Jahre alt sind.“

6. Fazit

Wir haben diesen Beitrag mit einem 20-jährigen Rückblick in die Vergangenheit begonnen. Bereits damals bestand Einvernehmen darüber, dass die optimale Versorgung und Betreuung alter Menschen in ihrer angestammten Wohnung nur durch die interdisziplinäre Kooperation

unterschiedlicher Professionen zu erreichen sein wird. Diese frühe Erkenntnis ist in den Folgejahren etwas in Vergessenheit geraten. Umso erfreulicher ist es beobachten zu können, dass gerade bei den altersgerechten Assistenzsystemen seit einiger Zeit eine Kooperation zwischen Medizinern und Pflegern sowie Technikern und Sozialwissenschaftlern zu beobachten ist.

Die Telemedizin - und damit das Telemonitoring – kämpft seit Jahrzehnten um eine angemessene Finanzierung. Diese Kämpfe waren bis in die Gegenwart hinein erfolglos, wenn man einmal von der telemedizinischen Behandlung des akuten Schlaganfalls absieht. An das neue e-Health-Gesetz, das jetzt im Referentenentwurf vorliegt, wurden große Hoffnungen geknüpft. Der Referentenentwurf hat diese Hoffnungen jedoch nicht erfüllt .

Positiv zu bewerten, sind die verbesserten Finanzierungsmöglichkeiten des Einsatzes der entlastenden Versorgungsassistentinnen. Durch diese Delegationsmöglichkeit von ärztlichen Aufgaben an nicht-ärztliches Personal dürfte sich die Mangelsituation in einem wichtigen Teilbereich entschärfen lassen.

Literatur

Aboudan, M. (2008): AAL-LES SMART? Auch im Alter so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden selbstbestimmt leben - Wer will das nicht? AAL- und eHome-Technologien können bei der Umsetzung dieser Vision helfen. EHEALTHCOM, (5), S. 14-21.

Bundesärztekammer (2012): Resolution zur Delegation

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2014): Neues Wohnen – Gemeinschaftliche Wohnformen bei Genossenschaften

Carstensen, L. L. (2015): The New Age Of Much Older Age, in: TIME , 32.2./2.3. 2015

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (o. J.): Selbsthilfe Demenz. Das Wichtigste. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen

Heinze, R. G. / Hilbert, J. / Paulus, W. (2009): Der Haushalt - ein Gesundheitsstandort mit Zukunft. In: Goldschmidt, A.J.W. / Hilbert, J. (Hrsg.) (2009): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche. Gesundheitswirtschaft und Management Bd. 1. Wikom: Wegscheid, S. 772-800.

Heusinger, W. (2005): Das intelligente Haus: Entwicklung und Bedeutung für die Lebensqualität. Lang: Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien.

Hilbert, J., Bandemer, S. von, Bußmann, U. (1995): Das virtuelle Altenheim – Zielvorstellungen für das Leben im Alter in: IAT, Stadt Essen (Hrsg.), Zuhause leben im Alter. Technik und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität. Dokumentation einer Fachtagung am 8. September 1994

- Hilbert, J. / Scharfenorth, K. / Haberle, J. (1999): Vom Virtuellen Altenheim zu TESS inkontakt. Erfahrungen aus einem Entwicklungs- und Erprobungsprojekt für mehr Lebensqualität im Alter. In: IAT (Hrsg.): Jahrbuch 1998/1999. o. O., S. 132-143.
- Hormann, W. (1980): Hausnotrufsysteme. Kommunikationstechnologie im Dienst am Menschen. o. O.: Wirtschaftsverlag NW.
- Körtke, H. / Heinze, R.G. / Bockhorst, K. / Mirow, N. / Körfer, R. (2006): Telemedizinisch basierte Rehabilitation. Nachhaltig von Nutzen. Deutsches Ärzteblatt, 103 (44), S.2921-2924.
- Marx, J. (2006): Fünfundzwanzig Jahre DRK-Hausnotruf. Eine Dokumentation. Dokumentation, herausgegeben vom Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes.
- Naegele, G. / Heinze R.G. / Hilbert, J. (2006): Wohnen im Alter.
- Röhring, S., Kulke, H., Reulbach, U., Peetz, H., Schupp, W. (2004): Effektivität eines neuropsychologischen Trainings von Aufmerksamkeitsfunktionen im teletherapeutischen Setting, Neurologie und Rehabilitation, S. 239 f.
- Scibor, M. et al. (2012): Teletherapie bei Patienten mit chronischen Aphasien - eine neue Methode zur telelogopädischen Versorgung, in: Bartmann, F.-J., Blettner, M., Heuschmann, P. U. (Hg.), Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung. Anwendungsspektrum, Chancen, Risiken, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S. 63-69.
- Scharfenorth, K. (2002): Mit dem Alter in die Dienstleistungsgesellschaft? Perspektiven des demographischen Wandels für Wachstum und Gestaltung des tertiären Sektors. UTZ: München.
- Seewald, B., Rupp, E., Schupp W. (2004): Computergestützte Aphasietherapie: Das Konzept der EvoCare-Therapie, Forum Logopädie, S. 24-29.
- Statistisches Bundesamt (2013 b): Pflegestatistik 2011
- Statistisches Bundesamt (2013): Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland

Autor: [Wolfgang Paulus](#) ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter im
Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität am
Institut Arbeit und Technik

Kontakt: paulus@iat.eu

Forschung Aktuell 03-2015

ISSN 1866 – 0835

Institut Arbeit und Technik der Fachhochschule Gelsenkirchen

Redaktionsschluss: 02.03.2015

http://www.iat.eu/index.php?article_id=91&clang=0

Redaktion

Claudia Braczko

Tel.: 0209 - 1707 176

Institut Arbeit und Technik

Fax: 0209 - 1707 110

Munscheidstr. 14

E-Mail: braczko@iat.eu

45886 Gelsenkirchen

IAT im Internet: <http://www.iat.eu>