

5 Rechtliche Rahmenbedingungen und Notwendigkeiten ihrer Fortentwicklung

5.1 Überblick

Dieses Kapitel beginnt mit allgemeinen Erwägungen zur Wahrnehmung des Alters durch das Recht, besonders aber der Wahrnehmung altersspezifischer Schutzbelange. In diesem Zusammenhang wird auch die Altersdiskriminierungsproblematik angesprochen. In den vier weiteren Abschnitten werden einzelne Rechtsgebiete darauf hin untersucht, wie sie den im Vierten Altenbericht angesprochenen Themata Rechnung tragen, und wie in diesen Rechtsgebieten entsprechende Fortentwicklungen anzulegen sind. Diese Rechtsgebiete sind das Zivilrecht, das Strafrecht und das Sozial(leistungs)recht. Als Einzelgesetz wird das Heimgesetz als Recht der Ordnung der Heimverhältnisse besonders behandelt. Zum Schluss werden unter dem verfassungsrechtlichen Blickwinkel des Verbotes der Diskriminierung von Menschen mit Behinderung die Anwendbarkeit dieses Verbotes auf den Personenkreis der demenziell erkrankten Personen und mögliche Schlussfolgerungen daraus diskutiert.

5.2 Alter und hohes Alter als rechtlicher Schutzbelang

Im Nachstehenden soll aufgezeigt werden, ob und wie das Recht auf besondere Belange im Alter und insbesondere im hohen Alter reagiert. Dazu wird kurz auf die Funktion von Altersgrenzen im Recht eingegangen. Weiter wird gefragt, wo das Alter und wiederum insbesondere das hohe Alter als rechtlicher Schutzbelang anerkannt wird und in welchen Formen dies geschehen kann. Schließlich wird noch das Thema einer Alters-Antidiskriminierungsgesetzgebung angesprochen.

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass der Begriff Alter in der Rechtsordnung in zweierlei Weise verwendet wird: Als Lebensalter im Sinne des kalendarischen Alters und als Lebensphase, unter der insbesondere die nachberufliche Phase verstanden wird, ohne dass jedoch allgemein gültige und präzise rechtliche Festlegungen für den Beginn dieser Lebensphase getroffen werden. Im Nachstehenden geht es nach einem kurzen Abschnitt über Altersgrenzen als kalendarische Grenzen inhaltlich vor allem um das Alter in der letzteren Begriffsverwendung.

5.2.1 Altersgrenzen als kalendarische Grenzen

Das deutsche Recht kennt Altersgrenzen als kalendarische Grenzen⁴⁶ vor allem in der Funktion des Schutzes und in der Funktion der Befähigung. Altersgrenzen mit solchen Funktionen gelten vor allem für Kinder und Jugendliche. Für Erwachsene gelten Altersgrenzen mit Befähigungsfunktion vor allem, wenn es um bestimmte ver-

fassungsrechtlich herausgehobene oder sonstige mit Bedeutung versehene Ämter geht. Eine wichtige faktische Funktion von Altersgrenzen ist bei der Verteilung der Ressource der Betätigung am Arbeitsmarkt gegeben, wenn mit den altersabhängigen Zutrittsberechtigungen zu den Alterssicherungssystemen und zu anderen altersabhängigen Sozialleistungsberechtigungen de facto – nicht: de jure – eine Pflichtaltersgrenze für den Schnitt zwischen beruflicher und nachberuflicher Phase hergestellt wird.⁴⁷ In der nachberuflichen Phase selbst existieren keinerlei Altersgrenzen. So gibt das Recht auch keine Hinweise dafür, wann man von einem älteren Menschen als einer hochaltrigen Person sprechen kann.⁴⁸

5.2.2 Alter als Schutzbelang auf der Ebene des Internationalen und des Europäischen Rechts, des Verfassungsrechts und des einfachen Gesetzes

5.2.2.1 Internationales und Europäisches Recht

Das internationale Recht enthält eine Vielzahl von Garantien für den Fall des Alters, die insbesondere die Menschenwürde, die soziale Sicherung, die ärztliche Betreuung und die Invalidität betreffen.⁴⁹

Auf der Ebene des EU-Rechts werden im primären, d. h. im vertraglich verankerten, und im sekundären, d. h. im sonstigen durch Verordnungen und Richtlinien gesetzten Recht, auch bestimmte Rechtsgüter geschützt. Im Amsterdamer Vertrag sollen im Rahmen der sozialpolitischen Vorschriften etwa die allgemeine und berufliche Bildung und die Jugend durch bestimmte Maßnahmen gefördert worden (Artikel 149 und 150 EG). Der Entwurf einer Charta der Grundrechte der Europäischen Union, die anlässlich des Gipfels in Nizza im Dezember 2000 proklamiert worden ist, die jedoch noch nicht in Kraft ist, enthält in Artikel 25 das Recht älterer Menschen auf ein würdiges und unabhängiges Leben und auf Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben. Dieses Recht lehnt sich an Artikel 23 der revidierten Europäischen Sozialcharta vom 3. Mai 1996 des Europarates an.⁵⁰ Nach dieser Vorschrift werden die Vertragsparteien, also die ratifizierenden Staaten, in Hinblick auf eine wirksame Ausübung des Rechts alter Menschen auf sozialen Schutz verpflichtet, „unmittelbar oder in Zusammenarbeit mit öffentlichen oder

⁴⁷ Hierzu umfassend Boecken 1998.

⁴⁸ Zacher 1994: 309, weist darauf hin, dass die Definition der Schwelle zwischen dem „dritten“ und dem „vierten“ Alter nicht eine Frage des Rechts, sondern eine Frage der Statistik sei.

⁴⁹ Zacher 1994: 324. Abdruck zahlreicher internationaler Dokumente bei Dieck, M. et al. 1993; siehe auch den einführenden Beitrag von Igl 1993.

⁵⁰ Die revidierte Europäische Sozialcharta ist seit dem 1. Juli 1999 in Kraft. Sie ist von der Bundesrepublik Deutschland nicht unterzeichnet worden (<http://www.esc.coe.int>).

⁴⁶ Insgesamt hierzu: Igl 2000; Zacher 1994.

privaten Organisationen geeignete Maßnahmen zu ergreifen oder zu fördern, die insbesondere:

- älteren Menschen die Möglichkeit geben sollen, so lange wie möglich vollwertige Mitglieder der Gesellschaft zu bleiben, und zwar durch:
 - ausreichende Mittel, die es ihnen ermöglichen, ein menschenwürdiges Leben zu führen und aktiv am öffentlichen, sozialen und kulturellen Leben teilzunehmen,
 - die Bereitstellung von Informationen über Dienste und Einrichtungen für ältere Menschen und über ihre Möglichkeiten, diese in Anspruch zu nehmen;
- älteren Menschen die Möglichkeit geben sollen, ihre Lebensweise frei zu wählen und in ihrer gewohnten Umgebung, solange sie dies wollen und können, ein eigenständiges Leben zu führen, und zwar durch:
 - die Bereitstellung von ihren Bedürfnissen und ihrem Gesundheitszustand entsprechenden Wohnungen oder von angemessenen Hilfen zur Anpassung der Wohnungen,
 - die gesundheitliche Versorgung und die Dienste, die aufgrund ihres Zustands erforderlich sind;
- älteren Menschen, die in Heimen leben, angemessene Unterstützung unter Achtung ihres Privatlebens sowie die Beteiligung an der Festlegung der Lebensbedingungen im Heim gewährleisten sollen.“

Im sekundären Gemeinschaftsrecht sind ebenfalls einige Aussagen getroffen, die sich spezifisch auf ältere Menschen beziehen.⁵¹

Vorschriften zur Altersdiskriminierung enthält Artikel 13 EG, wonach der Rat im Rahmen der durch den Vertrag auf die Gemeinschaft übertragenen Zuständigkeiten auf Vorschlag der Kommission und nach Anhörung des Europäischen Parlaments einstimmig geeignete Vorkehrungen treffen kann, um Diskriminierung unter anderem aus Gründen einer Behinderung oder des Alters zu bekämpfen. Auf der Grundlage dieser Norm hat der Rat zwei Gleichbehandlungsrichtlinien erlassen, von denen sich eine auch mit der Gleichbehandlung im Zusammenhang von Behinderung und Alter befasst. Diese Richtlinie 2000/78/EG des Rats vom 27. November 2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf⁵² befasst sich, wie es in ihrem Titel zum Ausdruck kommt, mit Diskriminierungsverboten in der Erwerbsphase. In Artikel 6 der Richtlinie werden die gerechtfertigten Ungleichbehandlungen wegen des Alters aufgeführt.

Das Europäische Recht enthält also bisher, soweit es EU-Recht ist, keinerlei Vorschriften, die sich mit Diskriminierungen wegen des Alters, verstanden als nachberufliche Lebensphase, befassen. Auch die jüngste Richtlinie handelt nur von der Diskriminierung wegen des Alters in

Beschäftigung und Beruf. Die europäischen Normen, die sich mit bestimmten Aspekten der Förderung z. B. im gesundheitlichen, wohnungsmäßigen oder kulturellen Bereich befassen, also die entsprechenden Vorschriften in der Grundrechtecharta und in der revidierten Europäischen Sozialcharta, haben noch keine Geltungskraft.

5.2.2.2 Verfassungsrecht

Das deutsche Recht kennt eine Reihe von Rechtsgütern, deren Schutz der Verfassung anvertraut ist. Verfassungsrang haben vor allem die im Grundrechtskatalog geschützten Rechtsgüter, so an vorderster Stelle die Menschenwürde (Artikel 1 Abs. 1 GG), oder etwa die Ehe und die Familie (Artikel 6 Abs. 1 GG). Der Schutz der Mutter ist als einziges soziales Grundrecht der deutschen Verfassung im Sinne eines Schutz- und Fürsorgeanspruchs gegenüber der Gemeinschaft ausgebracht (Artikel 6 Abs. 4 GG). Rechte älterer Menschen sind hingegen nicht Gegenstand eines besonderen verfassungsrechtlichen Schutzes. Aus den Grundrechten, die vor allem als Freiheits- und damit als Abwehrrechte konzipiert sind, werden jedoch auch Schutzpflichten entnommen. Dies gilt insbesondere bei der Bedrohung menschlichen Lebens und der Gesundheit.⁵³ Allerdings ist dem Gesetzgeber bei der Erfüllung der Schutzpflichten ein beträchtliches Maß an Entscheidungsfreiheit belassen.

Als Staatszielbestimmung gebietet Artikel 20 Abs. 1 GG „staatliche Fürsorge für Einzelne oder Gruppen, die aufgrund ihrer persönlichen Lebensumstände oder gesellschaftlicher Benachteiligungen an ihrer persönlichen oder sozialen Entfaltung gehindert sind“.⁵⁴

Die Schutzbelange älterer und insbesondere hochaltriger Menschen genießen also nach diesen Maßgaben verfassungsrechtlichen Rang, auch wenn sie nicht im Einzelnen expressis verbis auf diesen Personenkreis zugeschnitten sind.⁵⁵ Zu Recht wird deshalb in der Verfassungsrechtslehre davon gesprochen, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht auch die Freiheitsgarantie altersgebundener und altersgerechter Entfaltung der Selbstgestaltung des sozialen Geltungsanspruchs als alter Mensch enthält. Aus der Menschenwürde kann ebenfalls ein Menschenrecht auf altersbezogene Selbstbestimmung abgeleitet werden (Pitschas 1997; s. a. Häberle 1993).

Einigen Landesverfassungen sind Aussagen zu entnehmen, die spezifisch auf das Alter bezogen sind. So enthält die Berliner Verfassung die Pflicht zur staatlichen Förderung der Errichtung und Unterhaltung von Einrichtungen für die Beratung, Betreuung und Pflege im Alter, bei Krankheit, Behinderung, Invalidität und Pflegebedürftigkeit sowie für andere soziale und karitative Zwecke (Artikel 22 Abs. 2 BerlVerf). Ähnlich lautet eine Vorschrift der Verfassung des Landes Brandenburg, nach der auch noch

⁵¹ Siehe hierzu schon Dritter Altenbericht, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001: 273.

⁵² ABIEG Nr. L 180 v. 19.7.2000, S. 22. Die Richtlinie soll bis zum 2.12.2003 in nationales Recht umgesetzt werden.

⁵³ Siehe zur Schutzpflicht um des Lebens willen beim Schwangerschaftsabbruch, BVerfGE 39, 1; 88, 203 (251 ff.).

⁵⁴ BVerfGE 45, 376 (387); 100, 271 (284), s. auch BVerfGE 40, 121 (133).

⁵⁵ Für eine Weiterentwicklung der Grundrechte alter Menschen im Kontext des Familienrechts plädiert Zenz 2000: 505.

das Mitentscheidungsrecht der Bewohnerinnen und Bewohner in Heimen gewährleistet ist (Artikel 45 Abs. 3 BrandVerf). Die Landesverfassung der Freien und Hansestadt Bremen fordert den Aufbau einer Sozialversicherung, die eine ausreichende Versorgung im Alter zu sichern hat (Artikel 57 Abs. 2 BremVerf). Eine ähnliche Formulierung findet sich in der Verfassung des Landes Hessen (Artikel 35 Abs. 2 HessVerf), des Saarlandes (Artikel 46 Satz 1 SaarVerf) und von Rheinland-Pfalz (Artikel 53 Abs. 3 RhPfVerf). Eine besondere Schutzverpflichtung für alte und behinderte Menschen, einzulösen vom Land, den Gemeinden und den Kreisen, ist in der Verfassung des Landes Mecklenburg-Vorpommern enthalten (Artikel 17 Abs. 2 Satz 1 M-VVerf). Auch die Verfassung des Freistaates Sachsen äußert sich in dieser Richtung. Es werden aber nicht die Gemeinden und Kreise in die Pflicht genommen, sondern die Gemeinschaft. Die Unterstützungsverpflichtung ist in Sachsen auch mit einer Verpflichtung verbunden, auf die Gleichwertigkeit der Lebensbedingungen von alten und behinderten Menschen hinzuwirken (Artikel 7 Abs. 2 SächsVerf). Nach der Verfassung des Landes Sachsen-Anhalt stehen ältere Menschen und Menschen mit Behinderung unter dem besonderen Schutz des Landes; das Land fördert ihre gleichwertige Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft (Artikel 38 SaAnhVerf).

In den Verfassungen der Länder ist zwischen denen der alten und denen der neuen Bundesländer zu unterscheiden. Während Verfassungen der alten Bundesländer (Bremen, Hessen, Saarland, Rheinland-Pfalz) vor allem auf den Schutz älterer Menschen in der Sozialversicherung abgestellt wird, enthalten die Verfassungen einiger neuer Bundesländer Förder- und Teilhaberechte. Dazwischen steht die Verfassung des Landes Berlin mit einem einrichtungsbezogenen Ansatz.

In den zu Artikel 3 Abs. 3 GG analogen Antidiskriminierungsbestimmungen der Länderverfassungen ist im Übrigen das Alter ebenso wenig wie in dieser Grundgesetzbestimmung aufgeführt.

5.2.2.3 Gesetzesrecht

Auf der Ebene des einfachen Gesetzes ist eine Vielzahl von Rechtsgütern geschützt.⁵⁶ Hierzu zählen die sehr deutlich ausgebrachten Schutzgüter der sozialen Rechte im Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I), so z. B. das Recht auf Zugang zur Sozialversicherung, also auch zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung (§ 4 SGB I), oder das Recht auf Teilhabe behinderter Menschen (§ 10 SGB I). Der Schutz der in den sozialen Rechten aufgeführten Rechtsgüter vollzieht sich durch Sozialleistungen (siehe die zu den sozialen Rechten korrespondierenden Sozialleistungen in §§ 18 bis 29 SGB I). Auf ganz andere Weise werden bestimmte Rechtsgüter im Strafrecht geschützt, wo die Strafandrohung präventiv und die Strafverhängung repressiv zum Schutz bestimmter Rechtsgü-

⁵⁶ Zenz (2000) kommt das Verdienst zu, die Diskussion um das Alter als Schutzbelang über den Bereich des Sozialrechts hinausgetragen und insbesondere auf die Verantwortung des Familienrechts hingewiesen zu haben.

ter (z. B. Leben, Gesundheit, Eigentum) verhelfen soll. Der Schutz von Rechtsgütern findet aber nicht nur im Wege staatlicher Gewährleistungen in Form von Sozialleistungsansprüchen oder in Form der Vorhaltung von Strafverfolgung, Strafjustiz und Strafvollzugseinrichtungen statt. Auch Dritte können verpflichtet werden, bestimmte Rechtsgüter zu wahren. Dies gilt etwa bei der gesetzlich angeordneten Verpflichtung von Arbeitgebern, Schwerbehinderte zu beschäftigen (§ 71 SGB IX).

Das deutsche Gesetzesrecht enthält ebenso wenig wie das Grundgesetz Vorschriften, die sich allgemein mit den Rechten älterer Menschen befassen. Hingegen sind zahlreiche Vorschriften gegeben, die implizit, also ohne besondere Nennung der älteren Menschen, auch – und statistisch oft in der Überzahl – für ältere Menschen einschlägig sind, z. B. das Betreuungsrecht und das Heimgesetz. Einige besondere altersbezogene rechtliche Vorschriften finden sich im Sozialrecht, so die Rentenversicherung in ihrer Funktion als Altersversicherung, und die Altenhilfe des Sozialhilferechts.⁵⁷

5.2.2.4 Zusammenfassung

Das Alter erscheint in zahlreichen internationalen Dokumenten als Schutzbelang. Im Europäischen Recht hat es jüngst in einer Antidiskriminierungsrichtlinie, die aber nur auf die berufliche Phase bezogen ist, Eingang gefunden. Die – in der Bundesrepublik noch nicht ratifizierte – revidierte Europäische Sozialcharta enthält jenseits solcher Diskriminierungsverbote substanzielle Förderpflichtungen gegenüber der älteren Generation. Daran orientiert sich auch der Entwurf einer EU-Grundrechtecharta. Für das Europäische Recht gilt daher, dass das Alter in der nachberuflichen Phase als Schutzbelang erst verhältnismäßig spät erkannt worden ist.

Im nationalen deutschen Recht sind die Rechte der älteren Menschen im Sinne von einzelnen Schutzbelangen insbesondere in den Verfassungen einiger neuer Bundesländer anerkannt worden, während das Grundgesetz – allerdings ohne spezielle Nennung solcher Schutzbelange – nach allgemeiner Interpretation auch den Schutz von Rechten der älteren Generation in der nachberuflichen Phase zum Gegenstand hat. Auf der Ebene des einfachen Gesetzes sind solche Schutzbelange in der Hauptsache nur bei den Alterssicherungssystemen besonders ausgebracht worden. Das hohe Alter als möglicher besonderer Schutzbelang ist jedoch nirgendwo besonders aufgeführt. Das Fehlen besonderer Schutzvorschriften darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass in den allgemeinen Regelungen ein breiter Schutz für die Belange älterer Menschen gegeben ist.

5.2.3 Schutzweisen: Verbot der Diskriminierung wegen des Alters – Gebot der Förderung altersspezifischer Schutzbelange

In rechtlicher Sicht kann die Anerkennung des Alters als Schutzbelang auf vielfältige Weise realisiert werden. In der Diskussion geht es dabei vor allem um zweierlei: um

⁵⁷ Dazu im Einzelnen unter Abschnitt 5.5.

das Verbot der Diskriminierung wegen des Alters und um das Gebot der Förderung altersspezifischer Schutzbelange. Diese Möglichkeiten und ihre rechtlichen Implikationen sollen im Folgenden skizziert werden. Dabei wird auch ersichtlich werden, dass sich Diskriminierungsverbote wegen des Alters vor allem auf die Phase der Erwerbstätigkeit beziehen.

5.2.3.1 Zum Verbot der Diskriminierung wegen des Alters und zur Problematik eines besonderen altersbezogenen Antidiskriminierungsgesetzes

Das Verbot, eine bestimmte Personengruppe zu benachteiligen, die bestimmte Merkmale, wie z. B. Geschlecht, Sprache, Behinderung aufweist, stellt eine bekannte Form des Schutzes solcher Personen dar. Solche Diskriminierungsverbote sind in Artikel 13 EG – im Sinne der Förderung von Antidiskriminierungsmaßnahmen, worauf die Gleichbehandlungsrichtlinie 2000/78/EG beruht⁵⁸ – und in der deutschen Verfassung in Artikel 3 Abs. 3 GG enthalten, wobei in Artikel 13 EG auch das Alter als Merkmal genannt ist, während dies in Artikel 3 Abs. 3 GG nicht der Fall ist. Ein allgemeines Verbot der Ungleichbehandlung postuliert der allgemeine Gleichheitssatz in Artikel 3 Abs. 1 GG. Schließlich ist auch noch die im Zusammenhang der Geschlechtergleichbehandlung relevante Gleichberechtigung von Mann und Frau zu nennen (Artikel 3 Abs. 2, Satz 1 GG). Entscheidend ist bei den Diskriminierungsverboten wie bei den Gleichbehandlungsgeboten, in welche Richtung sie wirken sollen: Nur gegen die rechtliche Diskriminierung oder Ungleichbehandlung oder auch gegen die faktische Ungleichbehandlung? Nur gegen die direkte, gezielte Ungleichbehandlung oder auch gegen die mittelbare Diskriminierung?

Der allgemeine Gleichheitssatz nach deutschem Verfassungsrecht wirkt – in Erweiterung seines Wortlauts „Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich“ – nicht nur gegenüber dem Gesetzgeber, sondern auch gegenüber gleichheitswidrigem Handeln der Exekutive und der Judikative, nicht jedoch unter privaten Dritten. Die Ebene der faktischen Diskriminierung und ihrer Beseitigung ist in Artikel 3 Abs. 2 Satz 2 GG angesprochen, wenn dort gesagt wird: „Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin.“ Die mittelbare, also nicht mit Gesetzesabsicht oder auf sonstige Weise erzeugte Diskriminierung spielt vor allem auf der Ebene des EU-Rechts beim Grundsatz des gleichen Entgelts für Männer und Frauen eine Rolle (Artikel 141 EG), und jetzt auch auf dem Gebiet der Beschäftigung.⁵⁹

Spezielle Antidiskriminierungsvorschriften haben gegenüber dem allgemeinen Gleichheitssatz den Vorzug, dass die Rechtfertigung einer Ungleichbehandlung gerade wegen des das Diskriminierungsverbot auslösenden Elementes,

z. B. der Sprache oder des Glaubens, grundsätzlich, aber nicht ausnahmslos, verhindert wird, während nach dem allgemeinen Gleichheitssatz Ungleichbehandlungen möglich sind, soweit sie (nur) sachlich gerechtfertigt sind.

Umstritten ist aber, in welchen Dimensionen Diskriminierungsverbote wirken können. Eher unproblematisch ist noch die Wirkung in Richtung auf den Staat in seinen Funktionen der Gesetzgebung, der Verwaltung und der Rechtsprechung. Problematisch ist jedoch schon, ob indirekte Auswirkungen, z. B. die fehlende Zugänglichkeit von öffentlichen Verkehrsmitteln für Behinderte, vom Diskriminierungsverbot erfasst sind; noch problematischer ist, ob private Bauten ohne diskriminierende Barrieren errichtet werden müssen. In entwickelten Rechts- und Sozialstaaten ist auch weniger die rechtliche als vielmehr die faktische Diskriminierung ein Problem. Eine verbotene Diskriminierung liegt deshalb nicht schon ohne weiteres vor, wenn es der Staat unterlassen hat, eine bestehende faktische Diskriminierung zu beseitigen. Faktische Diskriminierung kann aber vor allem durch aktives Tätigwerden des Staates beseitigt werden. Dies vollzieht sich durch Förderung der Beseitigung von Diskriminierung, wie es auch in Artikel 3 Abs. 2 Satz 2 GG für die Gleichberechtigung von Mann und Frau und in Artikel 13 EG für die entsprechenden Antidiskriminierungsmaßnahmen zum Ausdruck kommt.

Eine spezielle altersbezogene Antidiskriminierungsgesetzgebung ist vor allem aus den USA bekannt, während in der Bundesrepublik Deutschland schon der Terminus der Antidiskriminierungsgesetzgebung wenig gebräuchlich ist. Eine spezielle Antidiskriminierungsgesetzgebung ist auch nur vereinzelt anzutreffen.⁶⁰ Gesetze, die inhaltlich eine Nichtdiskriminierung bewirken sollen, werden vielmehr unter einem eher neutralen Titel geführt.⁶¹ Im Verfassungsrecht stellt Artikel 3 Abs. 3 GG spezielle Diskriminierungsverbote auf, wobei die Einführung des Diskriminierungsverbotes gegenüber Menschen mit Behinderung das jüngste Beispiel ist (Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG).⁶²

Für ältere Menschen ist in der rechtswissenschaftlichen Literatur bisher – soweit ersichtlich – kein Antidiskriminierungsgesetz gefordert worden. Dies mag darauf beruhen, dass es bisher in der Bundesrepublik gelungen ist, eine besonders für die Antidiskriminierung anfällige Debatte im Bereich der sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung zu vermeiden. Die Altersunabhängigkeit der Leistungsgewährung in der Pflegeversicherung steht etwa hierfür. Die Erforderlichkeit eines solchen Antidiskriminierungsgesetzes wäre auch nur dann gegeben, wenn sich eine diskriminierende rechtliche Behandlung von älteren Menschen ausmachen ließe. Eine faktisch diskriminierende Behandlung wäre

⁵⁸ Siehe dazu oben Abschnitt 5.2.2.1.

⁵⁹ In der Richtlinie 2000/78/EG liegt mittlerweile eine Definition der unmittelbaren und mittelbaren Diskriminierung vor (Artikel 2 der Richtlinie).

⁶⁰ So im Gesetz zur Beendigung von Diskriminierungen für gleichgeschlechtliche Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266).

⁶¹ So die Gleichbehandlung ehelicher und nichtehelicher Kinder im Gesetz über die rechtliche Stellung der nichtehelichen Kinder vom 19. August 1969 (BGBl. I S. 1243).

⁶² Siehe dazu unten Abschnitt 5.7.

hingegen durch ein solches Gesetz kaum effektiv zu beseitigen. Zudem müsste die Frage gestellt werden, was unter einer solchen faktischen diskriminierenden Behandlung älterer Menschen zu verstehen wäre.⁶³ Sicherlich kann nicht jedes soziale oder medizinische Versorgungsdefizit, das auch andere als alte Menschen betrifft, als faktische Diskriminierung angeprangert werden.

Sozial- und rechtswissenschaftliche Untersuchungen zur Thematik der Diskriminierung der Gruppe älterer, insbesondere hochaltriger Menschen existieren, soweit ersichtlich, nur vereinzelt, so z. B. im Zusammenhang der Rationierung von Gesundheitsleistungen (Brockmann 2000). Aus diesem Grund müssen alle Erwägungen zu möglichen Antidiskriminierungsregelungen eher allgemeiner Natur bleiben.

Die Alters-Antidiskriminierungsdiskussion in den USA zeigt im Übrigen, wie es um die Leistungsfähigkeit einer Antidiskriminierungsgesetzgebung bestellt ist. In den USA hat diese Diskussion schon in den 60er-Jahren begonnen und dort ihren ersten gesetzlichen Niederschlag 1967 für den Bereich des Arbeitslebens im Age Discrimination in Employment Act of 1967 (ADEA)⁶⁴ gefunden.⁶⁵ Dieses Gesetz hat zu unzähligen Verfahren geführt. Die ursprünglich vorgesehene Geltung des Gesetzes für die Altersgruppe der 40- bis 64-Jährigen ist 1978 erweitert worden auf die Gruppe bis zum Alter von 69 Jahren (ADEA Amendments of 1978). 1986 ist die obere Altersgrenze ganz aufgehoben worden (Amendments of 1986). Die weitere allgemeine Alters-Antidiskriminierungsgesetzgebung von 1975 (Age Discrimination Act of 1975 – ADA)⁶⁶ ist aus deutscher Sicht wenig wirksam geblieben (Eglit 1985). Dieses Gesetz verbietet jede Diskriminierung aus Altersgründen bei Programmen, die bundesstaatlich finanziert werden. Die gesetzlichen Ausnahmen vom Altersdiskriminierungsverbot spiegeln die Verlegenheiten wider, die bei einer derartigen Gesetzgebung unumgänglich sind. So sind indirekte Auswirkungen mit Altersbezug nicht untersagt, ebenso wenig Programme, bei denen der Altersbezug notwendig eine Rolle spielt. Auch kann jede gesetzliche Regulierung einen Altersbezug haben. Auch besondere Sozialleistungen für bestimmte Altersgruppen wie für Kinder oder für ältere Menschen sollen möglich bleiben (Eglit 1985: 540).

⁶³ Vor kurzem ist im Internet von dem Verein Zeitsprung e.V. eine Aktion gegen Altersdiskriminierung gestartet worden (www.altersdiskriminierung.de). Die dort aufgeführten Beispiele betreffen zum großen Teil Diskriminierungen aufgrund des kalendarischen Lebensalters im Sinne von Befähigungsgrenzen (s. hierzu oben Abschnitt 5.2.1.). Genannt werden als Anhaltspunkte für eine Altersdiskriminierung auch eine schlechtere medizinische Versorgung oder eine ungerechtfertigte Entmündigung mithilfe des Betreuungsrechts. Zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Textes waren Beispiele hierzu nicht gegeben. Siehe zu dieser Initiative Schweitzer & Nakielski 2001: 62–63. Kritisch zu der Initiative Grieshaber 2001.

⁶⁴ 29 U.S.C. 621 to 634.

⁶⁵ Hierzu Fenske 1998; siehe auch Finkin 1990. Die internationalrechtlichen (kollisionsrechtlichen) Auswirkungen des ADEA beschreibt Birk 2000.

⁶⁶ 42 U.S.C. 4112.

Im Vergleich mit den bundesrepublikanischen Verhältnisse kann gesagt werden, dass die Wirkungen eines Alters-Antidiskriminierungsgesetzes grundsätzlich bereits mit der Anwendung des allgemeinen Gleichheitssatzes (Artikel 3 Abs. 1 GG) und aufgrund der EU-rechtlichen Bestimmungen erreicht werden können. Das Gleichbehandlungsgebot des Artikel 3 Abs. 1 GG, das sich nicht nur an den Gesetzgeber, sondern auch an die Verwaltung und an die Rechtsprechung richtet, ist im Stande, auch die nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung aus Altersgründen zu bewältigen. Bezieht sich eine Ungleichbehandlung auf gesundheitliche Merkmale, kann das Diskriminierungsverbot für behinderte Menschen helfen (Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG).⁶⁷ Deshalb bedürfte die Einführung einer solchen Antidiskriminierungsgesetzgebung einer besonderen Notwendigkeit, die gegenwärtig und gerade wegen der Existenz eines verfassungsrechtlichen Benachteiligungsverbot für behinderte Menschen nicht erkennbar ist. Im Übrigen hat sich bisher im bundesdeutschen Sozialstaat manches Antidiskriminierungsanliegen wenig spektakulär und selbstverständlich auf einfachgesetzlicher Ebene erledigt, so z. B. durch Einführung einer nicht altersbezogenen Pflegeversicherung.

Die Problematik der Forderung nach Einrichtung allgemeiner altersbezogener Sonderrechte wird in folgender Aussage eines US-amerikanischen Altersrechtsspezialisten (Cain 1976) aus dem Jahr 1976 deutlich:

„In a sense, the gerontological movement is currently caught in the trap of trying simultaneously to promote the case of equality by maintaining adult status into old age (...) and to promote the case of inequality by insisting that the elderly have special needs.“

5.2.3.2 Förderung altersspezifischer Schutzbelange

Das Grundanliegen der älteren Menschen ist weniger im Verbot gesetzlicher Diskriminierungen zu sehen, als vielmehr in der aktiven Förderung von Schutzbelangen. Angesprochen sind hier wieder die Gesetzgebung, die in den entsprechenden Gesetzen die Schutzbelange älterer Menschen berücksichtigt, die Verwaltung, die bei der Umsetzung der Rechtsvorschriften diese Schutzbelange im Auge haben muss, und die Justiz, die diese Schutzbelange zu wahren hat.

Die aktive Förderung von Schutzbelangen kann sich auf der Ebene des Verfassungsrechts wie auf der Ebene des einfachen Gesetzes vollziehen. Auf der verfassungsrechtlichen Ebene wirkt bereits jetzt das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG). Verfassungsrechtlich möglich und, wie es einige Landesverfassungen zeigen, auch nicht ungewöhnlich, wäre die Einrichtung eines Verfassungsgebotes auf Förderung der Rechte oder der Schutzbelange älterer Menschen. Es ist aber nicht ersichtlich, dass ein solches Verfassungsgebot mehr zu leisten imstande wäre als die schon jetzt anerkannten und aus den Grundrechten abgeleiteten staatlichen Schutzpflichten, wie sich diese

⁶⁷ Siehe dazu ausführlicher Abschnitt 5.7.

auf einfachgesetzlicher Ebene insbesondere im sozialrechtlichen Schutz für diesen Personenkreis ausdrücken.⁶⁸

5.2.3.3 Zusammenfassung

Die Diskussion um ein Antidiskriminierungsverbot aus Gründen des Alters wird vor allem in Hinblick auf die Phase der Erwerbstätigkeit geführt. Altersspezifische Schutzbelange in der nachberuflichen Phase werden in der Bundesrepublik nicht durch besondere Benachteiligungsverbote, sondern durch soziale Gewährleistungen bewältigt. Das Problem der Diskriminierungen wegen des Alters im Sinne der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Lebensphase, hier insbesondere der Lebensphase, die als hohes Alter bezeichnet wird, stellt sich, soweit dies angesichts fehlender Untersuchungen zu diesem Themenkreis überprüfbar ist, nicht als Problem der unmittelbaren oder mittelbaren Diskriminierung durch Gesetze dar.

Die faktische Diskriminierung des Personenkreises der Hochaltrigen ist nur vereinzelt Gegenstand sozialwissenschaftlicher Untersuchungen gewesen. Unabhängig davon sind im deutschen Recht verfassungsrechtlich auf der Ebene des Grundgesetzes wie in sonstigen Vorschriften zahlreiche und wirksame Vorkehrungen getroffen worden, Diskriminierungen wegen des Alters zu begegnen, ohne dass dies – abgesehen von einigen Bestimmungen in den Verfassungen einiger Bundesländer – jeweils in Form spezifischer altersbezogener Regelungen geschehen ist. Aus diesem Grund kann gesagt werden, dass zumindest zur Zeit kein Bedarf an solchen Regelungen besteht. Es ist jedoch ein erheblicher Bedarf insbesondere an sozialwissenschaftlichen, aber auch an rechtlichen Untersuchungen zu diesem Thema zu verzeichnen.

5.3 Zivilrechtliche Rahmenbedingungen

5.3.1 Gefahren für die Besorgung der eigenen Angelegenheiten im hohen Alter

Hochaltrige geraten häufig wegen Krankheit, körperlicher oder psychischer Beeinträchtigungen in die Gefahr, ihre persönlichen und wirtschaftlichen Angelegenheiten, wie Krankenbehandlung, Aufenthalt, Wohnsitz, Verwendung von Ersparnissen teilweise oder ganz nicht besorgen zu können.

Einerseits muss das Ziel sein, die Selbstbestimmung alter Menschen soweit und solange wie möglich zu wahren. Andererseits bedürfen sie zum Schutz ihres Lebens und ihrer Gesundheit sowie ihrer wirtschaftlichen Situation vielfach der betreuenden Unterstützung und auch stellvertretender Regelungen ihrer Verhältnisse. Heime und Krankenhäuser können mit ihren Patientinnen und Patienten wegen der Weiterführung einer notwendigen Behandlung und wegen der Bestimmung des Aufenthaltes in Schwierigkeiten geraten. Die Betreuung (§§ 1896 ff. BGB) ist an die Stelle der früheren Entmündigung wegen Geschäftsunfähigkeit, der Vormundschaft über Erwachsene und der

Gebrechlichkeitspflegschaft ohne grundsätzliche Abstufung getreten. Sie ist staatlich organisierter Beistand in Form von rechtlicher Fürsorge. Ein rein tatsächlicher Hilfebedarf bei den Angelegenheiten des täglichen Lebens, etwa der Versorgung, der Körperpflege oder dem Herbeiholen eines Arztes bzw. der Unterbringung in einem Krankenhaus ist im zivilrechtlichen Sinne selbst keine Betreuung, ist aber im Bedarfsfall von dieser zu organisieren.

5.3.2 Die Betreuung (§§ 1896 ff. BGB)

Die Betreuung gilt für vermögensrechtliche Angelegenheiten aller Art ebenso wie für persönliche Dinge, Aufenthaltsbestimmung, Krankenversorgung. Die Bestellung einer Person als Betreuer erfolgt entweder auf Wunsch des Hilfsbedürftigen selbst oder von Amts wegen auf Anregung etwa des Arztes, von Angehörigen oder Nachbarn. Meist wird vor der Betreuerbestellung durch das Gericht ein ärztliches Gutachten eingeholt, um die individuelle Hilfsbedürftigkeit festzustellen. Ein Betreuer wird nur für bestimmte Aufgabenkreise bestellt, in denen jeweils eine Betreuung erforderlich ist. Oft wird die Betreuung durch einen Arzt oder eine Klinik angeregt. Beschränkungen in der eigenen Verfügung des Betreuten selbst können angeordnet werden, wenn sonst Gefahren für den Betreuten durch dessen Verhalten bestehen (§§ 1896 ff. BGB).

In der Regel wird eine natürliche Person, etwa aus dem persönlichen Umfeld des Betreuten, zum Betreuer bestellt. Professionelle Betreuer sollen nur dann bestellt werden, wenn keine anderen geeigneten Personen zur Verfügung stehen, die zur ehrenamtlichen Führung der Betreuung bereit sind (§ 1897 Abs. 6 BGB). Der Betreute hat ein Vorschlagsrecht. Schlägt er einen Betreuer vor, so ist diesem Vorschlag zu entsprechen, wenn es seinem Wohle nicht zuwiderläuft. Auf verwandtschaftliche oder persönliche Bindung eines Volljährigen ist ebenso wie auf die Gefahr von Interessenkonflikten Rücksicht zu nehmen. Wer zu einer Anstalt, einer Klinik oder einer sonstigen Einrichtung, in welcher der Volljährige untergebracht ist, in einem Abhängigkeitsverhältnis oder einer anderen engen Beziehung steht, darf nicht zum Betreuer bestellt werden. Einen geeigneten Betreuer zu finden, ist oft schwierig. Gut ist es, wenn ein Angehöriger zur Verfügung steht, freilich können gerade zwischen Angehörigen als Betreuer und Betreuten erhebliche Spannungen bestehen.

In der Praxis der Altenbetreuung ziehen sich Verfahren zur Bestellung eines Betreuers oft unvertretbar lange hin. Häufig besteht ein zwingender Handlungsbedarf, etwa für den Beginn oder die Fortführung einer akut notwendigen klinischen Behandlung und eine Aufenthaltsbestimmung. Hier sollte im Eilverfahren eine vorläufige Anordnung der Betreuung mit zeitlicher Befristung ermöglicht werden. Diese vorläufige Anordnung müsste innerhalb 24 Stunden erreichbar sein. Auch in diesem vorläufigen Verfahren sollte der Betroffene, wenn möglich, vorher gehört werden.

Der vorläufigen Anordnung sollte nach der erforderlichen eingehenden Prüfung dann innerhalb der Geltungsfrist der vorläufigen Anordnung die definitive Entscheidung über die Einrichtung einer Betreuung folgen.

⁶⁸ Siehe dazu im Einzelnen unten Abschnitt 5.5.

Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung einer vorläufigen Anordnung der Betreuung erscheint angezeigt, auch um sonst erforderlich werdende Anordnungen einer Unterbringung zu vermeiden. Dies gilt ungeachtet der Tatsache, dass in der freiwilligen Gerichtsbarkeit generell die Möglichkeit einer einstweiligen Anordnung besteht (§ 69 FGG).

Die Betreuung soll so wenig wie möglich in die Selbstbestimmung des Betroffenen eingreifen. Daher sind in Zeiten, in denen noch keine kognitiven Beeinträchtigungen bestehen, vor der kritischen Situation getroffene Anordnungen für den Fall der Hilfsbedürftigkeit möglich, die dann insoweit eine Betreuung überflüssig machen können. Betreuungsverfügungen enthalten solche vorsorglich privatautonom getroffenen Regelungen für den Fall der Anordnung einer Betreuung sowohl hinsichtlich der Person des Betreuers als auch für seine Tätigkeit.

5.3.3 Die Vorsorgevollmacht anstelle einer Betreuung

Die staatliche Anordnung einer Betreuung ist nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Betroffenen durch einen Bevollmächtigten oder durch andere Hilfen, in denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können (§ 1896 Abs. 1 BGB). Die staatliche Zwangsbetreuung ist also subsidiär zur eigenen vorsorglichen Regelung der Angelegenheiten bei Hilfsbedürftigkeit durch individuelle Entscheidung ohne Beteiligung des Vormundschaftsgerichtes (§ 1896 Abs. 2 Satz 2 BGB).

Inzwischen ist außer Streit, dass Vorsorgebevollmächtigte nicht nur für wirtschaftliche, sondern auch für persönliche Angelegenheiten, wie für Entscheidungen über ärztliche Behandlung, Aufenthaltsbestimmung, oder auch den Abbruch ärztlicher Behandlungen durch den Betroffenen selbst bestellt werden können. Voraussetzung einer wirksamen Bestellung eines Vorsorgebevollmächtigten ist die Geschäftsfähigkeit des Betroffenen zum Zeitpunkt der Erstellung der Vorsorgevollmacht. Es bedarf für solche Vollmachten einer Einsichtsfähigkeit, etwa auch dafür, dass es zu Einwilligungen in medizinische oder freiheitsbeschränkende Maßnahmen kommen kann.

Obwohl durch die neuere Gesetzgebung die private, selbstbestimmte Vorsorge des Betroffenen Vorrang vor der staatlichen Anordnung einer Betreuung haben soll, wird in der Praxis die staatliche Anordnung einer Betreuung auch deswegen bevorzugt, weil hinsichtlich der Wirksamkeit einer Bestellung eines privaten Bevollmächtigten häufig Zweifel bestehen. Denn es ist oft nicht leicht feststellbar, ob die Berufung eines Vorsorgebevollmächtigten im Zustand der Geschäftsfähigkeit erfolgt ist. In Fällen begründeten Zweifels der Wirksamkeit einer erteilten Vollmacht sollte daher ein gesetzliches Betreuungsverfahren eingeleitet werden.

5.3.4 Freiheitsentziehende Unterbringung Betreuer

Die Unterbringung eines Betreuten, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur unter eingeschränkten Vo-

raussetzungen zulässig. Entweder muss aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer Behinderung des Betreuten die Gefahr bestehen, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder es muss eine Untersuchung des Gesundheitszustandes oder eine Heilbehandlung notwendig sein, die ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann. Die Unterbringung erfordert die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts (§ 1906 Abs. 1, Abs. 2 BGB).

5.3.5 Einwilligung des Betreuers bei ärztlichen Maßnahmen

Eine weitere Einschränkung gilt für die Einwilligung des Betreuers bei ärztlichen Maßnahmen. Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet (§ 1904 Abs. 1 BGB). Mit Recht wird kritisiert, dass diese Bestimmung unklar ist und in der Praxis Probleme aufwirft.

Trotz Betreuerbestellung bedarf es bei evtl. auch nur zeitweise bestehender Einsichts- und Handlungsfähigkeit keiner ergänzenden Zustimmung des Betreuers. Der Wille des einsichtsfähigen Betreuten hat stets Vorrang. Die Schutzvorschrift des § 1904 BGB greift erst ein, wenn die Einsichtsfähigkeit des Betreuten, die nicht mit der Geschäftsfähigkeit gleichzusetzen ist, fehlt.

Die Regelung des § 1904 BGB ist vor allem deswegen problematisch, weil gerade bei erheblich erkrankten und hochaltrigen Patientinnen und Patienten häufig Lebensgefahr bei ärztlichen Eingriffen oder die Gefahr eines schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens besteht. Die Intention der Bestimmung ist zwar deutlich: Sie soll leichtfertige und missbräuchliche Einwilligungen des Betreuers in ärztliche Maßnahmen ausschließen. Das Erfordernis einer Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht erschwert aber die sachgemäße Tätigkeit des Betreuers. Es ist zweifelhaft, ob eine staatliche Kontrolle zum Schutze der Betreuten hier erforderlich und der Sache dienlich ist. Es ist außerordentlich zweifelhaft, dass der Staat sich hier eine Entscheidungskompetenz in medizinischen Dingen zumutet. Der Sache nach werden Arzt und Betreuer damit weitgehend von einer Verantwortungsantwortung und auch einem Haftungsrisiko entlastet.

Literatur und Rechtsprechung suchen Kriterien für eine nähere Bestimmung des Genehmigungserfordernisses. Danach müssen die medizinischen Maßnahmen (einschl. der Behandlung mit Medikamenten) eine begründete Gefahr auslösen, dass der Betreute stirbt oder einen schweren Schaden erleidet. Es werden Prozentsätze einer Wahrscheinlichkeit gesucht. Wenig wahrscheinliche, jedoch nicht auszuschließende Risiken sind nicht genehmigungspflichtig. Es muss sich um eine ernste und konkrete Erwartung einer negativen Folge handeln, die in aller Regel

oder aufgrund eines besonders gelagerten Einzelfalles eintritt (Palandt 2002, § 1904 Rn. 9). Seltene Nebenwirkungen sollen die Genehmigungsbedürftigkeit nicht auslösen. Andererseits sollte das Vormundschaftsgericht wegen des bestehenden letalen Risikos u. a. bei Risikooperationen an Herzkranken eingeschaltet werden.

Diese Formeln zeigen, wie problematisch die vormundschaftsgerichtliche Kompetenz in solchen Fragen ist. Es sollte überlegt werden, ob nicht alle normalen, dem Standard entsprechenden ärztlichen Behandlungen aus der Genehmigungspflicht herausgenommen werden und diese auf außerordentliche, für den Patienten besonders risikobehaftete Maßnahmen beschränkt wird, wenn es schon bei einer gerichtlichen Kontrolle bleiben soll. § 1904 BGB sollte dahin geändert werden, dass Standardverfahren in Diagnostik und Therapie, die nicht mit besonderen Risiken behaftet sind, in der Regel nicht der Genehmigungspflicht unterliegen.

5.3.6 Genehmigungserfordernis bei Behandlungsentscheidung bzw. beim Abbruch lebensverlängernder Behandlung

Ob eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung auch erforderlich ist, wenn eine Behandlung wegen zu erwartenden nahen Todes abgebrochen oder auf palliative Maßnahmen eingeschränkt wird, ist umstritten.

Ausdrücklich wird der Abbruch einer lebensverlängernden Behandlung vom Wortlaut des § 1904 BGB nicht erfasst. Eine wohl überwiegende Ansicht spricht sich mit Recht für eine analoge Anwendung der Bestimmung aus (Palandt 2000, vor § 1896 Rn. 11; anders jetzt Palandt 2002). Wenn ein Abbruch oder eine Einschränkung einer lebensverlängernden Behandlung den Tod des Betroffenen wahrscheinlich machen, handelt es sich um eine jedenfalls vergleichbare Situation. Kritisiert wird, dass damit Gerichte zur Entscheidung über Leben und Tod bei Betreuten bestimmt würden. Zweck der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung nach § 1904 BGB ist aber nicht eine staatliche Entscheidung für oder gegen den Tod eines Betroffenen, sondern lediglich eine Missbrauchskontrolle. Daher bedarf es, wenn überhaupt, wohl gerade in den Fällen der Behandlungsbeendigung einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung.

Die Genehmigungspflicht sollte aber nur für das Absehen von möglichen indizierten Therapiemaßnahmen gelten, nicht aber für eine normale palliative Behandlung.

5.3.7 Patientenverfügungen haben Vorrang vor Entscheidungen des Betreuers

Vorrang vor Entscheidungen des Betreuers haben Anordnungen aus so genannten Patientenverfügungen. Diese verbreiten sich derzeit immer mehr. Ihre Zulässigkeit und Notwendigkeit wird überwiegend bejaht. Es handelt sich dabei nicht um ein Patiententestament, da es sich nicht um Verfügungen über Vermögen von Todes wegen handelt. Daher gelten auch keine entsprechenden Formerfordernisse.

Patientenverfügungen sind Anordnungen in Gesundheitsangelegenheiten für Entscheidungen, die möglicherweise in der Zukunft erforderlich werden. Hier kann bereits vorweg in Maßnahmen eingewilligt bzw. eine Einwilligung bereits vorweg definitiv verweigert werden, insbesondere kann über den Abbruch lebensverlängernder Behandlungen im Vorhinein entschieden werden. Dabei ist es erforderlich, die Situation der Entscheidung etwa einer schweren, nicht mehr aufhaltbaren Krankheit hinreichend konkret zu umschreiben.

Solche Patientenverfügungen binden die Beteiligten, auch den Betreuer. Sie ist nicht, wie früher überwiegend angenommen wurde, nur Indiz eines mutmaßlichen Patientenwillens, sondern eine vorweggenommene eigenverantwortlich abgegebene Erklärung, die für den Fall des Eintritts der in ihr genannten Bedingungen gilt (Eisenbart 2000: 31 ff.).

Wenn es konkrete Hinweise dafür gibt, dass der Kranke an einer früher getroffenen Verfügung nicht mehr festhalten will, verliert die Patientenverfügung auch dann, wenn es sich um einen Widerruf im Zustand der Geschäftsunfähigkeit handeln sollte, ihre Wirksamkeit. Häufig wird die Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht verbunden. Die Erklärung des Vorsorgebevollmächtigten hat dann Vorrang vor der Entscheidung des Betreuers.

Für den Vorsorgebevollmächtigten gilt auch das Zustimmungserfordernis des Vormundschaftsgerichtes nach § 1904 Abs. 1 BGB. Die Vorsorgevollmacht bedarf der Schriftform, die medizinischen Maßnahmen, die in Betracht kommen, müssen in ihr ausdrücklich genannt sein (§ 1904 Abs. 2 BGB).

5.3.8 Im Zweifel Vorrang einer Betreuung vor Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

Es fragt sich, ob nicht Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung der Anordnung einer Betreuung vorzuziehen sind, weil mit ihnen mehr Rücksicht auf den eigenen Willen des Betroffenen genommen werden kann. Es ist aber zu bedenken, dass zweifelhaft sein kann, ob der Betroffene noch für die Bestellung eines Vorsorgebevollmächtigten und die Errichtung einer Patientenverfügung geschäftsfähig war oder ist. Auch ist zu bedenken, dass allein mit der Betreuung ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet werden kann, der häufig zum Schutze des Betreuten erforderlich ist. In solchen Fällen ordnet das Vormundschaftsgericht an, dass der Betreute zu einer Willenserklärung, die den Aufgabenkreis des Betreuers betrifft, dessen Einwilligung bedarf (§ 1903 BGB). Daher wird häufig die Betreuung gewählt, da sie Zweifel hinsichtlich ihrer Wirksamkeit ausschließt und mit der Anordnung von Einwilligungsvorbehalt dem Schutze von Person und Vermögen des Betreuten dienen kann.

Eine neben der Betreuungsanordnung wirksam erteilte Vorsorgevollmacht sowie eine Patientenverfügung haben aber Vorrang vor den Anordnungen des Betreuers. Gerade Hochaltrige und chronisch Kranke greifen heute zunehmend zum Mittel einer Patientenverfügung, um ihren Willen für die Behandlung in der letzten Phase ihres Lebens

zum Ausdruck zu bringen. Sie wollen damit der Gefahr vorbeugen, in dieser Phase zum bloßen Objekt ärztlicher Behandlungsmaßnahmen zu werden und suchen ihre Selbstbestimmung bis zum Ende zu wahren.

Für die zu erwartende gesetzliche Regelung der Vorsorgevollmacht ist eine Bestimmung empfehlenswert, dass als Voraussetzung der Wirksamkeit einer Patientenverfügung eine vorhergehende ärztliche Beratung und Aufklärung über mögliche Wirkungen einer Patientenverfügung stattfindet.

5.4 Strafrecht

5.4.1 Zur Opfersituation älterer Menschen bei Straftaten

Untersuchungen haben ergeben, dass ältere Menschen – Personen über 60 Jahren – für die meisten Delikte, mit Ausnahme etwa des Handtaschenraubes, seltener Delikt-opfer werden, als Jüngere. Relativ häufig finden sich noch Belastungen durch Betrug und Einbruchsdiebstahl (Wetzels et al. 1995).

Frühere Annahmen gingen eher dahin, dass Ältere leichter Opfer von Straftaten würden, etwa weil sie relativ bequeme Ziele sind, über Eigentum verfügen, weniger abwehrfähig und weniger mobil sind, als Jüngere.

Andererseits sind es die im Alter sinkende Mobilität, die dem sozialen Leben häufig fernere Lebensweise, die mögliche Gelegenheiten, selber zum Opfer zu werden, verringern und eine niedrigere Kriminalitätsbelastung nahe legen. Ältere sind wegen höherer Kriminalitätsfurcht auch weniger geneigt, sich gefährlichen Situationen auszusetzen.

Kriminalitätsstatistiken und Opferbefragungen belegen die deutlich geringere Opferbelastung älterer Menschen in den meisten Bereichen. Allerdings wird auf die bisher ganz unzureichenden Feststellungen aufgrund von Opferbefragungen in engen sozialen Beziehungen, insbesondere im innerfamiliären Nahraum hingewiesen. Zwar sind absolut betrachtet die Zahlen, die sich aus Befragungen ergeben, relativ gering. In der Sache aber handelt es sich durchaus nicht um zu vernachlässigende Größen (zu Formen und Ausmaß von Gewalterfahrungen alter Menschen im sozialen Nahraum siehe Kapitel 3.4.5.2). Festzustellen ist, dass mit zunehmendem Alter der Anteil von Täter-Opfer-Beziehungen, die im Bereich von Familie und Privatheit angesiedelt sind, steigt, trotz relativ geringer Zahlen. Untersuchungen haben gezeigt, dass ältere Menschen, wenn sie Furcht vor Kriminalität empfinden, stärker als Jüngere darunter leiden und in ihrem Befinden mehr dadurch belastet werden. Andere Befürchtungen, etwa vor dem Verlust von Selbstständigkeit oder vor den Fragen der Versorgung in Krankheit und Alter stehen allerdings im Empfinden Älterer stärker im Vordergrund als die Kriminalitätsfurcht (vgl. Wetzels et al. 1995).

Neuere Untersuchungen haben gezeigt, dass insbesondere ältere Menschen, die Opfer einer kriminellen Tat geworden sind, mit ihrer Opferbelastung allein gelassen werden

und wenig soziale Unterstützung finden. Opferberatung und -unterstützung sind unzureichend. Das gilt etwa für das Opfer in seiner Rolle als Zeuge im Strafverfahren, in der es bisher nicht hinreichend anwaltlich unterstützt wird. Vor allem erscheinen auch die sonstigen institutionellen Opferhilfsangebote, insbesondere im Bereich innerfamiliärer Gewalt, unzureichend. Hier besteht nicht nur, aber besonders für den Bereich älterer Kriminalität-sopfer Handlungsbedarf für den Gesetzgeber insbesondere durch die mögliche Einrichtung von Opferhilfestellen (vgl. Wetzels et al. 1995: 274 ff.).

5.4.2 Relativ geringe Delinquenzbelastung Hochaltriger

Entgegen früheren Annahmen sind ältere Menschen als Täterinnen bzw. Täter von Straftaten deutlich unterrepräsentiert. Im Alter über 65 Jahre nehmen die strafrechtlichen Kriminalitätsbelastungszahlen stark ab. Der Anteil über 65-jähriger Menschen an der Gesamtbevölkerung liegt bei ca. 16 %. Nach der polizeilichen Kriminalstatistik stellt die Bevölkerungsgruppe der über 60-Jährigen nur 5,5 % aller Tatverdächtigen. Besonders niedrig ist der Anteil älterer Menschen an der Gewaltkriminalität. Bei den verurteilten Straftätern sind Siebzigjährige und Ältere insgesamt nur mit 0,85 % vertreten. von denen etwa die Hälfte auf Straftaten im Straßenverkehr und ein Viertel auf Diebstahl und Unterschlagung entfallen (s. hierzu auch Kapitel 4.4). Die Zahlen sind insoweit deutlich niedriger, als bei Jugendlichen.

Widerlegt scheint die These, dass ältere Männer im Bereich der Sittlichkeitsdelikte häufig auffällig werden. Noch Anfang des 20. Jahrhunderts sah man in vielen Fällen von Sittlichkeitsdelikten eine senile Demenz als Grund an. Die neuere Kriminalstatistik zeigt, dass nur 3,9 % der wegen Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung Verurteilten 60 Jahre oder älter sind. Im Bereich des sexuellen Missbrauchs von Kindern liegt die Zahl der verurteilten Älteren bei 7 %. Demgegenüber sind 21 % der Verurteilten im Alter zwischen 21 und 30 Jahren. Abbausynndrome oder manifeste Demenzentwicklung stellen keine besonderen Risiken für Sexualkriminalität dar.

Die bisherigen Feststellungen führen insgesamt zu keinen Hinweisen, dass Demenzkrankheiten als ein bedeutsamer Risikofaktor für Delinquenz angesehen werden müssten (Rösler 2000). Aus der Praxis wird allerdings berichtet, dass es nicht selten zu Ermittlungsverfahren wegen körperlicher Auseinandersetzungen zwischen dementen Heimbewohnern kommt. Hintergrund dieser Ermittlungen sind vielfach Streitfragen um die Übernahmepflicht der aufgrund von Tätlichkeiten entstandenen Kosten der Krankenbehandlung zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und privaten Haftpflichtversicherungen.

5.4.3 Kein besonderes Altenstrafrecht

Vielfach werden freilich bei alten Straftätern in Strafverfahren Probleme der Schuldfähigkeit nach §§ 20, 21 StGB übersehen. In Betracht kommen in erster Linie krankhafte seelische Störungen im Sinne von § 20 StGB, worunter alle somatisch bedingten psychischen Erkrankungen zu

verstehen sind (Schreiber 2000). Auch andere schwere seelische Störungen, also psychogen bedingte, insbesondere neurotische Störungen, kommen häufig in Betracht. Insbesondere bei einer persönlichkeitsfremd erscheinenden, erst im Alter auftretenden Delinquenz ist sorgsam zu prüfen, ob es sich etwa um demenzbedingte Kriminalität handelt. Demenz wird im Allgemeinen als krankhafte seelische Störung i. S. von §§ 20, 21 StGB verstanden, sofern sie Einsichts- oder Handlungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt.

Von der teilweise geforderten Einführung eines eigenständigen Altenstrafrechts sollte abgesehen werden. Einmal wäre die in Betracht kommende Personengruppe kaum hinreichend abzugrenzen. Weiter kann die Annahme grundsätzlich verminderter Verantwortlichkeit älterer Menschen nicht in Betracht kommen und würde eine verfehlte Stigmatisierung darstellen. Soweit altersbedingte Abbauerscheinungen in Betracht kommen, genügen die allgemeinen Regeln der Schuldunfähigkeit. Auch eine generelle Begutachtungspflicht für ältere Straftäter erscheint nicht angezeigt (Schramke 1996)

5.4.4 Probleme bei Strafzumessung und im Strafvollzug

Zu besonderen Problemen kommt es bei hochaltrigen Straftätern in der Strafzumessung und beim Strafvollzug. Hier müsste die besondere Strafempfindlichkeit Hochaltriger unter den regelmäßigen Verhältnissen des derzeitigen Strafvollzuges berücksichtigt werden. Beim vorherrschenden System von Taxenstrafen, das heißt primär an Unrechtsfolgen, etwa an der Schadenshöhe bemessenen Strafen müsste bei alten Straftätern das Verhältnis von Strafzeiten zur noch zu erwartenden Lebenszeit berücksichtigt werden. Weder Spezial- noch Generalprävention gebieten hier eine schematische Anwendung von Straftaxen. Zu denken ist auch bei schuldfähigen Tätern möglicherweise an eine besondere Art des Strafvollzuges, etwa an ein Festhalten im offenen Vollzug, im Heim statt im Gefängnis oder auch im Hausarrest. Darin läge keine ungerechtfertigte Privilegierung, sondern eher eine Rücksicht auf die besondere körperliche und psychische Situation älterer Menschen (Kreuzer & Hürlimann 1992).

5.5 Sozialrecht

5.5.1 Allgemeines

Die im Folgenden zu erörternden gesetzlichen Regelungen gehören dem Sozialleistungsrecht an. In diesem Zusammenhang geht es nicht nur um die individuellen Rechtsansprüche auf solche Leistungen, sondern auch um die Art und Weise ihrer Erbringung, zu der auch eine mögliche spezifische Abstimmung auf die Klientel der Hochaltrigen gehört. Schließlich ist zu erörtern die Existenz von institutionellen Vorkehrungen und Angeboten, in deren Rahmen Sozialleistungen erbracht werden. Sozialleistungsrechtlich von Bedeutung ist auch die Abstimmung verschiedener Sozialleistungen und ihrer Leistungserbringer bei komplexen medizinischen und sozialen Geschehen.

5.5.2 Keine spezifischen sozialrechtlichen Vorkehrungen und Sozialleistungen für die besonderen Lebenssituationen Hochaltriger

Das Sozialrecht, hier verstanden als Sozialrecht des Sozialgesetzbuchs, kennt nur wenige Vorschriften und Leistungen, die erst ab einem bestimmten – höheren – Lebensalter vorgesehen sind. Dazu zählen die Renten wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 32 Abs. 2 SGB VI) und aus den anderen Alterssicherungssystemen. Für Bezieher der Hilfe zum Lebensunterhalt, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, wird ein Mehrbedarf von 20 % des maßgebenden Regelsatzes anerkannt, allerdings nur, wenn sie gehbehindert sind (§ 23 Abs. 1 Nr. 1 BSHG). Weiter rechnet hierzu die insbesondere als Beratungsleistung ausgestaltete Altenhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (§ 75 BSHG). Ab 1. Januar 2003 greift auch die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter. Diese erhalten Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben (§ 1 GsiG).⁶⁹

Für hochaltrige Personen existieren keine Vorschriften, die auf Altersgrenzen etwa ab 80 oder ab 85 Jahren abstellen. Daraus kann geschlossen werden, dass für die besonderen Lebenssituationen Hochaltriger keine spezifischen sozialrechtlichen Vorkehrungen getroffen worden sind. Das Sozialrecht reagiert somit nicht explizit auf solche Lebenssituationen. Diese Feststellung erlaubt jedoch nicht den Gegenschluss, dass für Hochaltrige keine sozialrechtlichen Vorkehrungen vorhanden wären. Vielmehr ist festzuhalten, dass die gesamte Palette sozialrechtlicher Vorkehrungen von den Entgeltersatzleistungen der Rentenversicherung bis zu den Pflegeleistungen der Pflegeversicherung auch für hochaltrige Personen bereitgehalten wird.

Insgesamt kann gesagt werden, dass für das deutsche Sozialrecht, insbesondere für das Sozialleistungsrecht, das vorgerückte Lebensalter nur bei den Altersrenten, beim Mehrbedarf im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt sowie bei der Altenhilfe nach dem BSHG ein besonderes leistungsauslösendes Kriterium darstellt. Dies darf nicht als Defizit des deutschen Sozialrechts verbucht werden. Im Gegenteil: Das Abstellen auf Altersgrenzen kann nicht nur Leistungsberechtigung, sondern auch Leistungsauschluss bedeuten. Dabei kann der gesetzgeberischen Wahl einer bestimmten Altersgrenze immer etwas Willkürliches anhaften. Dies zeigt sich auch an der Diskussion um die Altersgrenzen für den Rentenbezug, deren Festlegung gerontologischen Gesichtspunkten eher widerspricht,⁷⁰während arbeitsmarktpolitische und Finanzierungserwägungen stets im Vordergrund stehen. Auch in

⁶⁹ Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GsiG) – Art. 12 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Förderung eines kapitalgedeckten Altersvorsorgevermögens (Altersvermögensgesetz – AVmG) vom 26. Juni 2001 (BGBl. I S. 1310).

⁷⁰ Es ist das Verdienst von Boecken 1998: B 54 f., diese gerontologische Erkenntnis einem größeren juristischen Fachpublikum eröffnet zu haben.

der Pflegeversicherung wäre eine Altersgrenze als zusätzliche leistungseröffnende Voraussetzung – etwa Leistungen bei Pflegebedürftigkeit erst ab 65 Jahren – nur schwer und wenn, dann nur aus Finanzierungserwägungen heraus zu rechtfertigen gewesen.⁷¹ Eine sachliche, aus der Lebens- und Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen rührende Begründung für eine solche Altersgrenze ist nicht gegeben. Alleine die Tatsache, dass bestimmte Sozialleistungen insbesondere von bestimmten Altersgruppen in Anspruch genommen werden, wie es bei den Pflegeleistungen der Fall ist, rechtfertigt unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten noch nicht den Ausschluss anderer Altersgruppen von Pflegeleistungen.

Das Fehlen eines Leistungskriteriums „Alter“ bzw. „hohes Alter“ für Sozialleistungen darf auch nicht missverstanden werden als ein Wegsehen des Sozialrechts vor den möglichen besonderen sozialen Problemen, die hochaltrige Personen haben. Vielmehr ist stets zu fragen, ob die vorhandenen Vorkehrungen und Leistungen so gestaltet sind, dass sie auch den besonderen Problemen hochaltriger Personen abhelfen können. Erst wenn dies nicht oder nicht mehr der Fall ist, muss die nächste Frage gestellt werden, ob eine sozialleistungsrechtlich relevante Hochaltrigenspezifika gegeben ist. So können sich z. B. bei der Versorgungssituation Hochaltriger mit demenziellen Erkrankungen solche Spezifika erweisen, die dann auch sozialleistungsrechtlich erfasst werden sollten. Bei näherer Betrachtung kann sich aber auch herausstellen, dass eine altersunspezifische Fassung einer entsprechenden Sozialleistungsnorm tunlicher wäre. So wird z. B. die entsprechende Abstimmung von Leistungsnormen der Pflegeversicherung auf die Situation demenziell Erkrankter zwar vor allem unter dem Gesichtspunkt der Hochaltrigenproblematik diskutiert. Von einer nur altersspezifischen Leistungsnorm war und ist jedoch nie die Rede.⁷²

5.5.3 Leistungsarten und -prinzipien und ihre praktischen Auswirkungen⁷³

Im Sozialleistungsrecht wird formal zwischen Dienst-, Sach- und Geldleistungen unterschieden (vgl. § 11 Satz 1 SGB I). Dienstleistung wäre etwa die Behandlung durch einen Arzt oder ein Krankenhaus, Sachleistung das Zurverfügungstellen eines Rollstuhls, Geldleistung die Zahlung eines Geldbetrags, etwa einer Rente oder eines Pflegegeldes.

Diese Einteilung von Sozialleistungen darf nicht verwechselt werden mit Leistungsprinzipien im Zusammenhang der Erbringung von Dienst- und Sachleistungen, also mit dem Kostenerstattungsprinzip und dem

Sachleistungsprinzip. Beim Kostenerstattungsprinzip, das im deutschen Sozialrecht nur ausnahmsweise vorgesehen ist (vgl. § 13 SGB V, § 15 SGB IX), erstattet der Sozialleistungsträger dem Versicherten anhand einer Gebührenordnung oder einer anderen Festlegung des Leistungstarifs das Entgelt für in Anspruch genommene Leistungen, die der Versicherte bezahlt hat. Der Sozialleistungsträger steht mit dem Leistungserbringer, etwa einem Arzt, in keinerlei rechtlicher Verbindung. Beim Sachleistungsprinzip – dem in der gesetzlichen Krankenversicherung vorherrschenden Leistungsprinzip (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V) – werden dem Versicherten die Leistungen direkt vom Sozialleistungsträger zur Verfügung gestellt. Der Sozialleistungsträger steht mit dem Leistungserbringer in rechtlichen Beziehungen. Im Rahmen dieser rechtlichen Beziehungen sind Regelungen für die Vergütung des Leistungserbringers vorgesehen. Ebenfalls werden im Rahmen dieser rechtlichen Beziehungen Bestimmungen über den Leistungsinhalt und über die Qualität der Leistungen getroffen. Diese – mittlerweile hochkomplexen – rechtlichen Beziehungen werden Leistungserbringer- bzw. Leistungserbringungsrecht genannt (siehe etwa §§ 69 – 140h SGB V; §§ 69 – 81 SGB XI; §§ 93 ff. BSHG).

Für das Sachleistungsprinzip als Leistungsprinzip wird in der Regel das Argument vorgebracht, dass damit der Leistungsberechtigte der Sorge enthoben sei, den Leistungserbringer direkt für seine Leistungen entgelten zu müssen, und weiter, dass der Leistungsberechtigte darauf vertrauen könne, dass der Sozialleistungsträger nur den „richtigen“, d. h. den fachlich qualifizierten und qualitätsgesicherten Leistungserbringer zur Leistung verpflichtet habe.

Diese zunächst eher theoretisch anmutenden Erwägungen können für die Klientel der Hochaltrigen oder zumindest für einen Teil derselben eine besondere Bedeutung erlangen:

- Unter dem Gesichtspunkt des fehlenden Kundenstatus: Die gesetzlich gewollte Vermarktlichung der Leistungserbringung insbesondere auf dem Gebiet der Pflege setzt voraus, dass die Marktteilnehmer, hier also die Versicherten, sich als solche gerieren können, d. h. dass sie in der Lage sein müssen, ihre Kunden- und Verbraucherrolle zu sehen und zu übernehmen. Dies setzt die Fähigkeit voraus, sich über die Marktsituation informieren und eine entsprechende Auswahl treffen zu können. Für Angebote an Pflegeleistungen sollen Preisvergleichslisten helfen, die Auswahl zu erleichtern (§ 72 Abs. 5 SGB XI). Bei demenzkranken Personen, aber auch bei Personen mit anderen Einschränkungen, kann aber trotz dieser Hilfe die Fähigkeit zur Auswahl eingeschränkt oder nicht vorhanden sein.
- Unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung: Bei der Erbringung von Dienstleistungen im Rahmen des Sachleistungsprinzips besteht auch eine (Mit-)Verantwortlichkeit des Sozialleistungsträgers, dass die Dienstleistung qualitätsgesichert ist. Genau genommen darf der Sozialleistungsträger nur eine qualitätsgesicherte

⁷¹ Dies wurde in einem Gemeinsamen Vorschlag zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vom 12. Januar 1983 angeregt, siehe Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände et al. 1983. Gesetzesvorschläge zur Sicherung im Pflegefall aus Rheinland-Pfalz (1985), Bundesrat Drucksache 137/86, und aus Bayern (1985), Bundesrat Drucksache 138/86, sahen ebenfalls eine Beschränkung auf ältere Menschen vor.

⁷² Siehe dazu unten Abschnitt 5.5.5.3.3. zu den geplanten Maßnahmen im Zusammenhang des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes.

⁷³ Zu diesem Problemkreis siehe schon Dritter Altenbericht, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001: 269.

Dienstleistung zur Verfügung stellen, denn nur die qualitätsadäquate Leistung ist die vom Leistungserbringer geschuldete Leistung.

- Unter dem Gesichtspunkt der bürokratischen Bewältigung und der Rechtsdurchsetzung: Aufgrund des Sachleistungsprinzips entfällt für den Leistungsberechtigten die Notwendigkeit, sich mit Kostenerstattungsregularien zu befassen. Bekanntlich sind Kostenerstattungsregelungen hochbürokratisiert. Schon ein Blick in die entsprechenden Vordrucke z. B. der Beihilfestellen belegt dies. Insbesondere für ehemalige Angehörige des öffentlichen Dienstes kann wegen der meist doppelten Kostenerstattungsverantwortung – Anstellungskörperschaft und privates Versicherungsunternehmen – ein für den Hochaltrigen schon für den Normalfall einer Kostenerstattung unübersichtlicher Papierkrieg entstehen. Bei komplexeren Sachverhalten, z. B. bei Multimorbidität oder bei komplexen Leistungsgemengen (Akutbehandlung, Rehabilitation, häusliche Krankenpflege und pflegerische Versorgung) ist häufig und gerade auch angesichts des Krankheitszustandes des Versicherten eine Bewältigungsmöglichkeit nicht mehr gegeben. Im Konfliktfall, sofern dieser angesichts möglicherweise reduzierter Konfliktartikulationspotenziale beim Versicherten überhaupt eintritt, sind diese Probleme kaum mehr zu bewältigen.⁷⁴ Solche Konflikte treten angesichts der Tatsache, dass die staatlichen Gebührenordnungen von den Leistungserbringern nicht mehr ausschließlich als Grundlage für die Bestimmung der Vergütung der Leistungen verwendet werden, immer häufiger auf. Insbesondere aus dem zahnärztlichen Bereich sind diese Erscheinungen bekannt geworden. Dies gilt aber auch für fehlerhafte Abrechnungen anderer Leistungserbringer. Wo schon die mit durchschnittlicher Alltagskompetenz versehene Person Probleme der Nachvollziehbarkeit von ärztlichen oder sonstigen Honorarabrechnungen hat, können sich diese Problem bei fragilen hochaltrigen Personen verschärfen.

Diese Gesichtspunkte, die schon generell für das Sachleistungsprinzip sprechen, sind im Zusammenhang von Gesundheitsdienstleistungen für hochaltrige Personen besonders bedeutsam. Das Sachleistungsprinzip vermag zwar bei der Auswahl des Leistungserbringers einen mangelnden Kundenstatus nicht völlig zu kompensieren. In ihm kommt aber die erhöhte Verantwortlichkeit des Sozialleistungsträgers für die adäquate Leistungsgewährung zum Ausdruck. Dieser Gedanke kann aber auch für die Auswahl des richtigen und für die persönlichen Bedürfnisse geeigneten Leistungserbringers herangezogen werden. Der Personenkreis der Hochaltrigen ist häufig nicht in der Lage, sich als valider Marktteilnehmer zu gerieren und die Rolle des informierten und auf der Basis von entsprechenden Informationen unter den Angeboten an Gesundheitsleistungen auswählenden Kunden zu übernehmen. Zu beachten ist auch, dass der Personenkreis, der

⁷⁴ Zenz (2000: 507) weist eindringlich auf die allgemeine Problematik des Rechtsschutzes für ältere Menschen hin.

heute hochaltrig ist, erst sehr spät mit Vermarktlichungsphänomenen im Gesundheitswesen konfrontiert worden ist. Nimmt man die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 als erstes Datum für eine solche Vermarktlichung, so war dieser Personenkreis zum damaligen Zeitpunkt zwischen 70 und 75 Jahre alt. Dies stellt ein relativ fortgeschrittenes Alter dar, um sich mit Erscheinungen auseinander zu setzen, die für alle Bürgerinnen und Bürger neuartig sind, und die die Einübung neuer und zum Teil schwieriger Routinen erforderlich machen. Unabhängig vom Kriterium des hohen Alters sind Personen mit Behinderungen, insbesondere mit geistigen Beeinträchtigungen, in besonderem Maße darauf angewiesen, dass Gesundheitsdienstleistungen für sie im Rahmen des Sachleistungsprinzips bereitgestellt werden.

Daneben ist auf das Problem der Rechtsdurchsetzung bei Abrechnung von Gesundheitsleistungen außerhalb des Sachleistungsprinzips hinzuweisen. Die privat versicherte Patientin erfährt zwar in der Regel von ihrem Versicherungsunternehmen, ob eine Leistung nach dem Versicherungstarifwerk erstattungsfähig ist. Dieses Tarifwerk nimmt wiederum häufig auf die staatlichen Gebührenordnungen Bezug, so dass über die Erstattungsfähigkeit einer Leistung nach Versicherungstarif auch Hinweise auf die korrekte Rechnungstellung gewonnen werden können. Das Versicherungsunternehmen gewährt dem Patienten jedoch keine Rechtsauskunft über die Richtigkeit der Rechnungstellung selbst.

5.5.4 Bereitstellungsverantwortung und Sicherstellungsauftrag

Ein weiterer zunächst eher theoretisch anmutender Themenkomplex erlangt für den Personenkreis der Hochaltrigen besondere Bedeutung: das Bereitstellen und Zugänglichmachen entsprechender sozialer und medizinischer Dienste und Einrichtungen. Gerade wenn es sich erweisen sollte, dass Hochaltrige besonderer Dienste und Einrichtungen bedürfen, stellt sich die Frage, wer hierfür die Verantwortung für Bereitstellung und Schaffung des Zugangs trägt.⁷⁵

Die Bereitstellung von sozialen und medizinischen Diensten und Einrichtungen bedeutet das Vorhalten einer entsprechenden Versorgungsstruktur, die qualitativ und quantitativ, auch in der regionalen Verteilung, ausreichend sein muss. Sicherstellung bedeutet, dass die leistungsberechtigten Personen ihre Sozialleistungen erhalten. Die Sicherstellung setzt also die Bereitstellung voraus. Sie besteht daher im Wesentlichen darin, mit der bestehenden Versorgungsstruktur die entsprechenden Vorkehrungen zu treffen, damit die Leistungsberechtigten die ihnen zustehenden Leistungen erhalten können. Adressaten der Bereitstellungsverantwortung sind in der Regel Länder, Kommunen, Sozialleistungsträger und – aber nur selten – der Bund, während Adressaten der

⁷⁵ Eine besondere Bereitstellungsverantwortung der Länder und Kommunen soll nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz für niedrigschwellige Angebote der Dementenbetreuung gegeben sein, siehe unten Kapitel 5.5.5.3.3., Abschnitt: Neue Infrastrukturen.

Sicherstellungsverantwortung nach dem SGB in der Regel die Sozialleistungsträger sind.⁷⁶

Zunächst ist zur Begriffsklärung zu sagen, dass zwar der Begriff der Sicherstellung als Rechtsbegriff in den einschlägigen Gesetzen eingeführt ist, während der Begriff der Bereitstellungsverantwortung zwar teilweise in der rechtswissenschaftlichen Literatur Verwendung findet, nicht jedoch in den Gesetzen. Die Verantwortung für die Sicherstellung bezieht sich auf die Dienstleistungen selbst (vgl. § 12 Abs. 1 SGB XI, § 72 Abs. 1 SGB V), während die Verantwortung für die Bereitstellung die Verantwortung für die Vorhaltung der Infrastruktur meint (vgl. § 9 Satz 1 SGB XI). So sind die Länder in der Pflegeversicherung für die Bereitstellung der pflegerischen Infrastruktur verantwortlich, wobei noch nicht vollständig geklärt ist, ob diese Verantwortung nicht den Kommunen im Rahmen des Daseinsvorsorgeauftrags zukommt.⁷⁷ Auf dem Gebiet der Krankenhausversorgung sind ebenfalls die Länder für die Bereitstellung verantwortlich. Dies wird im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und in den Krankenhausgesetzen der Länder deutlich. Im Übrigen liegt ein Element der Bereitstellungsverantwortung sehr gemindert in der Form der Hinwirkungsverantwortung in der Pflicht der jeweiligen Sozialleistungsträger (§ 17 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Trotzdem ist zu beachten, dass es keine genuine oder primäre Bereitstellungsverantwortung der Sozialleistungsträger gibt. Vielmehr muss diese jeweils gesetzlich unter Beachtung der verfassungsrechtlichen Kompetenzordnung geschaffen werden. Die Länder und insbesondere die Kommunen können jedoch aufgrund der bundesstaatlichen Ordnung und aufgrund der kommunalen Selbstverwaltungshoheit und –verantwortung ohne besondere weitere gesetzliche Pflichtübertragung bereitstellungsverantwortlich sein. Dies gilt auch etwa dann, wenn es um koordinierende Dienste auf dem Gebiet der Altenhilfe geht.⁷⁸

5.5.5 SGB XI – Soziale Pflegeversicherung

5.5.5.1 Leistungen

Das Leistungsprogramm der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI)⁷⁹ zeichnet sich – im Gegensatz zum Leistungsprogramm der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) – durch seinen stark geschlossenen Charakter aus. Geschlossenheit des Leistungsprogramms bedeutet,

dass das Leistungsprogramm des SGB XI begrenzt und gesetzlich sehr detailliert ausgestaltet worden ist. Schon der leistungseröffnende Begriff der Pflegebedürftigkeit ist – auch im Verhältnis zum früheren Recht, insbes. zum Sozialhilferecht – exakt inhaltlich begrenzt (§ 14 SGB XI). Gleiches gilt für die Leistungen selbst, bei denen genau vorgegeben ist, welche Hilfen (§ 14 Abs. 3 und 4 SGB XI) an welchen Orten (häuslich – teilstationär – vollstationär) gegeben werden. Auch die Leistungszuweisung selbst ist gesetzlich genau bestimmt: Die Begutachtung wird vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorgenommen (§ 18 SGB XI). Die Pflegekasse ist als Verwaltungsträger für den Erlass der entsprechenden Verwaltungsakte zuständig. Für die Erfolgskontrolle i. S. der Qualitätssicherung ist ein besonderes Verfahren vorgesehen, vgl. § 80 SGB XI, das mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz⁸⁰ verfeinert worden ist. Schließlich sind auch die Leistungen selbst durch Einführung von Höchstbeträgen begrenzt (vgl. §§ 36 Abs. 2, 37 Abs. 1, 43 Abs. 5 SGB XI). Allerdings kann die Sozialhilfe diese Leistungen aufstocken, was beim Leistungsempfänger jedoch Bedürftigkeit im sozialhilferechtlichen Sinn voraussetzt.⁸¹

Wegen dieses geschlossenen Leistungsprogramms ist es in der Pflegeversicherung nur sehr schwer möglich, die Leistungsvoraussetzungen und die Leistungen extensiv zu interpretieren. Aus diesem Grund sah sich das Bundessozialgericht in seinen Entscheidungen vom Februar 1998⁸² zu einer engen Auslegung der gesetzlichen Begriffsmerkmale der Pflegebedürftigkeit genötigt. Für Leistungsausweitungen wird angesichts dieses eng begrenzten Leistungsprogramms daher stets der Gesetzgeber zu bemühen sein.

5.5.5.1.1 Problematik des Begriffs und der Bemessung der Pflegebedürftigkeit

Die Kritik, die am Begriff der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI insbesondere seitens der Pflegewissenschaft und der pflegerischen Praxis vorgebracht wird, bezieht sich vor allem auf folgende Aspekte:

- Die enge Begrenzung und Verrichtungsbezogenheit steht einer umfassenden pflegerischen Versorgung⁸³ im Wege.
- Die enge Begrenzung und Verrichtungsbezogenheit des Begriffs führt zu Sicherheitsausfällen insbesondere bei der Betreuung von Personen mit demenziellen Erkrankungen und insgesamt bei Menschen mit chronischen Erkrankungen.
- Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist zu sehr an der Mobilität und zu wenig an der Kognitivität orientiert.
- Das Verhältnis zur häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V und das Verhältnis zur Behandlungs- pflege ist teilweise unklar und steht ebenfalls einer umfassenden pflegerischen Versorgung im Wege.

⁷⁶ Zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen siehe § 75 SGB V.

⁷⁷ Zu dieser Frage SG Speyer, Urt. v. 26. 5. 1998 – S 13 P 63/97, PflR 1999, Heft 4, S. 76ff., und Urt. des LSG Rheinland-Pfalz v. 19. 8. 1999 – L 5 P 33/98, RsDE 45, S. 75 ff. S. jetzt BSG, Urt. v. 26. Juli 2001 (Az. B 3 P 9/00 R).

⁷⁸ Das Thema ist rechtlich insgesamt wenig erschlossen, siehe hierzu aber Stober (1997: 599 ff., 603 ff.). Informativ die verschiedenen Beiträge mit Beispielen aus der kommunalen Ebene in Igl et al. 1995. Zur rechtlichen Situation siehe auch Igl 1995: 392 ff.

⁷⁹ Letzte wichtige Änderungen durch das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) sowie durch das Gesetz zur Ergänzung der Leistungen der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflege-Leistungsergänzungsgesetz – PflEG) vom 20. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728).

⁸⁰ Siehe Anm. 4.6.

⁸¹ BVerwG NJW 2000, S. 3512 f. = PKR 2000, S. 108-112 mit Anm. Welti.

⁸² BSGE 82, 97. Hierzu der Besprechungsaufsatz von Igl 1999b.

⁸³ Der Begriff der ganzheitlichen pflegerischen Versorgung wird hier vermieden; siehe zur Debatte Bartholomeyczik Kapitel 4.6.4.

Zu dieser Kritik ist zu sagen, dass sie in der Sache und unter pflegewissenschaftlichen und pflegerischen Aspekten wohl zutreffend ist. Zu den einzelnen Gesichtspunkten ist Folgendes auszuführen:

- Der Aspekt der umfassenden pflegerischen Versorgung und Betreuung ist rechtlich bislang nur in der stationären Versorgung – im Krankenhaus wie in der Pflegeeinrichtung gewährleistet. Im Krankenhaus wird umfassende medizinische und pflegerische Betreuung geleistet (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V); im Pflegeheim umfasst der Leistungskatalog auch die medizinische Behandlungspflege⁸⁴ (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI). In der häuslichen Versorgung ist Behandlungspflege nur im Rahmen der häuslichen Krankenpflege möglich (§ 36 Abs. 1 Satz 1 SGB XI; § 37 SGB V). Damit ergeben sich bei der häuslichen pflegerischen Versorgung unterschiedliche Kostenträgerschaften, die sich aber angesichts der organisatorischen Nähe von Pflege- und Krankenkassen nicht besonders negativ auswirken dürften (vgl. § 46 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Anderes gilt für mögliche unterschiedlichen Finanzierungs- und Leistungserbringungsweisen. Während bei der häuslichen Pflege nach SGB XI weiterhin nach so genannten Leistungskomplexen abgerechnet wird, gilt für die häusliche Krankenpflege ein Einzelleistungskatalog.⁸⁵ Dies kann sich negativ für eine alle Aspekte umfassende pflegerische Versorgung auswirken.
- Der enge Verrichtungskatalog des SGB XI (vgl. § 14 Abs. 4 SGB XI) führt dazu, dass bestimmte Tätigkeiten, die mit der Begleitung und Betreuung gerade demenziell erkrankter oder auch chronisch erkrankter Personen außerhalb des Leistungskataloges bleiben, obwohl diese Tätigkeiten ähnlich zeitintensiv sein können wie die gesetzlich aufgeführten pflegerischen Verrichtungen. Vor allem kann eine solche Begleitung und Betreuung auch die Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder den Verzicht auf eine solche durch die betreuende Person bedingen. Abhilfe kann hier nur eine Erweiterung der Leistungsvoraussetzungen in § 14 SGB XI schaffen.
- Wird im Rahmen der häuslichen Krankenpflege Behandlungspflege durch im Haushalt des Kranken lebende Personen durchgeführt, so besteht kein Anspruch auf die Sachleistung der Behandlungspflege (§ 37 Abs. 4 SGB V). Dies gilt etwa auch für die Medikamentengabe.⁸⁶

Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI setzen erst bei erheblicher Pflegebedürftigkeit ein (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Dafür ist es notwendig, dass eine Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für

wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt (= Pflegestufe I) (§ 14 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI). Für Hilfen unter dieser Erheblichkeitsschwelle sind Leistungen nach dem BSHG möglich (sog. Pflegestufe 0) (§ 68 Abs. 1 Satz 2 BSHG). Hilfe zur Pflege nach dem BSHG wird auch für Verrichtungen geleistet, wenn für andere Verrichtungen als nach § 14 Abs. 4 SGB XI Hilfebedarf besteht (§ 68 Abs. 1 Satz 2, Abs. 5 BSHG). Die Leistungen nach dem BSHG sind allerdings vom Einsatz eigenen Einkommens und Vermögens sowie das des Ehegatten und der Kinder abhängig.

Aus diesem Grund erhalten Personen mit einem Betreuungsbedarf, der in reiner Beaufsichtigung außerhalb des Zusammenhangs dieser Verrichtungen besteht, keine Pflegeleistungen. Diese Situation ändert sich jedoch mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz.⁸⁷

5.5.5.1.2 Geriatrische Rehabilitation – Rehabilitation vor Pflege

Obwohl der Begriff der geriatrischen Rehabilitation kein juristischer Begriff ist, wird er im Zusammenhang mit der von den Krankenkassen zu erbringenden medizinischen Rehabilitation (§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V) häufig so verwendet, wenn die Rehabilitationsmaßnahmen ältere Menschen im Zusammenhang der Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit betreffen. Die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen der Krankenkassen sind also, wie auch die sonstigen Leistungen der Krankenkassen, nicht an ein bestimmtes Alter gebunden.

Der im SGB XI postulierte Vorrang der Prävention und medizinischen Rehabilitation vor Pflege ist rechtlich wenig durchsetzungskräftig gestaltet. Mit den Neuregelungen im Zusammenhang der Einführung des SGB IX, das am 1. Juli 2001 in Kraft getreten ist,⁸⁸ ist hier teilweise Abhilfe geschaffen worden, indem die Pflegekassen jetzt gesetzlich verpflichtet werden, bei Gefährdung der sofortigen Einleitung der Leistungen vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erbringen (§ 32 Abs. 1 SGB XI). Bei der Vorgängerregelung hat es sich noch um eine Kann-Vorschrift gehandelt. Präzisiert worden ist auch die Verpflichtung des MDK, bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit die vorrangigen Rehabilitationsmöglichkeiten zu prüfen (§ 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Trotz dieser Verstärkungen des Anliegens, medizinische Rehabilitationsmaßnahmen vorrangig vor Pflegeleistungen zu ergreifen, besteht nach wie vor kein gesetzlicher Auftrag, dass die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen erst ausgeschöpft worden sein müssen, bevor es zu Pflegeleistungen kommt. Außerdem wird im Pflegeversicherungsrecht von dem in § 8 Abs. 2 SGB IX allgemein zum Ausdruck kommenden Grundsatz abgewichen, dass der Träger für die Rehabilitationsleistungen auch der Träger für diejenigen Leistungen ist, die dann zu gewähren sind, wenn die Rehabilitation nur unzureichend war oder

⁸⁴ Die medizinische Behandlungspflege wird nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (siehe Anm. 46) vom 1. Januar 2005 an definitiv von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen, vgl. § 43b SGB XI. Die bisherige Regelung wird um drei Jahre bis zum 31. Dezember 2004 verlängert, §§ 41 Abs. 2, 43 Abs. 5 SGB XI.

⁸⁵ Siehe dazu die Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege (Anm. 63).

⁸⁶ BSGE 82, 97 sowie der Besprechungsaufsatz von Igl (wie Anm. 50).

⁸⁷ Siehe unten Abschnitt 5.5.5.3.

⁸⁸ Siehe zu diesem Gesetz Abschnitt 5.5.8.

nicht zum Erfolg geführt hat. So dienen die Rehabilitationsleistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) dazu, den Eintritt einer Verminderung der Erwerbsfähigkeit und damit die Verrentung zu verhindern (vgl. § 9 Abs. 1 SGB VI). Der Rehabilitationsträger hat dort also auch ein finanzielles Interesse daran, die Versicherten zu rehabilitieren. Da die Krankenkassen als Rehabilitationsträger nicht für die Pflegeleistungen zuständig sind, sich eine „Ersparnis“ bei erfolgreich durchgeführter Rehabilitation also nicht bei ihnen, sondern bei den finanziell getrennt verwalteten Pflegekassen niederschlägt, fehlt bei den Krankenkassen ein entsprechender finanzieller Anreiz. Eine Integration von Kranken- und Pflegeversicherung, wie sie in einem Gutachten von IGES, Igl & Wasem (2001: 15 ff.) befürwortet wird, könnte hier Abhilfe schaffen.

5.5.5.1.3 Begutachtungsprobleme in Hinblick auf den Vorrang der Rehabilitation

Dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) kommt bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit auch eine wichtige Rolle bei der Feststellung der Rehabilitationsmöglichkeiten und damit der Gewährleistung des Vorrangs von Prävention und medizinischer Rehabilitation (§ 5 SGB XI) zu (§ 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI i. d. F. des SGB IX):

„Im Rahmen dieser Prüfungen hat der Medizinische Dienst auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der vorrangigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren.“

Mit dem SGB IX ist ein weiterer Absatz in die Begutachtungsvorschrift eingefügt worden (§ 18 Abs. 3 – neu – SGB XI):

„Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung im Krankenhaus erforderlich ist, ist die Begutachtung unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.“

Nach den vorliegenden Untersuchungen⁸⁹ werden die Rehabilitationsmöglichkeiten schon bei der Begutachtung nicht hinreichend ausgeschöpft. Dies gelte insbesondere für die ambulante Rehabilitation. Damit wird der gesetzliche Auftrag zum Vorrang der Rehabilitation vor der Pflege bereits auf der Ebene der Begutachtung missachtet.

Rechtliche Möglichkeiten, den MDK zu einer adäquaten Berücksichtigung der Rehabilitationspotenziale zu motivieren, können wirksam nur darin gesehen werden, dass

der leistungsrechtliche Vorrang der Prävention und medizinischen Rehabilitation vor der Pflege verfestigt wird.⁹⁰

5.5.5.1.4 Ausstattung des Wohnumfeldes

Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Höhe der Zuschüsse ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 5 000 DM (2 556 Euro) je Maßnahme nicht übersteigen (§ 40 Abs. 4 SGB XI). Weiter haben Pflegebedürftige Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind (§ 40 Abs. 1 SGB XI). Die Leistungsaufwendungen der sozialen Pflegeversicherung für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen lagen 1999 bei 0,83 Milliarden DM (0,42 Milliarden Euro). Dieser Betrag liegt unter den gesamten Verwaltungsausgaben der Pflegeversicherung (1999: 1,08 Milliarden DM (0,55 Milliarden Euro)). Der prozentuale Anteil der Leistungsausgaben für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen liegt gemessen am Gesamtvolumen der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung 1999 in Höhe von 31,98 Milliarden DM (16,35 Euro) bei 2,6 % (Deutscher Bundestag 2001: 84, Anlage 3).

Die Vorschrift des § 40 Abs. 4 SGB XI erlangt im Kontext der tatsächlichen Wohnsituation auch hochaltriger Menschen besondere Bedeutung. Die Möglichkeit, Hilfe und Pflege durch andere Personen in Anspruch zu nehmen, sind nicht selten an die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln und die Ausstattung der Wohnung, insbesondere auch der sanitären Anlagen, gebunden. Damit stellen die Wohnbedingungen im Falle von Mobilitätsbeschränkungen oder Pflegebedürftigkeit im hohen Alter wesentliche Bestimmungsfaktoren für die Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung dar.⁹¹

Es existieren gegenwärtig keine Befunde darüber, ob die von der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellten Beträge ausreichend sind, um dem Bedarf abzuwehren. Als problematisch erweist sich, dass die Pflegehilfsmittel und die technischen Hilfen erst gewährt werden, wenn bei einer Person Pflegebedürftigkeit i.S.d. § 14 SGB XI, also erhebliche Pflegebedürftigkeit, vorliegt. Im Sinne präventiven Handelns läge es aber, schon vorher das Wohnumfeld entsprechend zu gestalten. Weiter wären einzubeziehen die ökonomischen Erkenntnisse, wonach sich die

⁸⁹ Siehe hierzu eingehend Lürken 2001.

⁹⁰ Siehe dazu oben Abschnitt 5.5.5.1.2.

⁹¹ Siehe hierzu im Einzelnen Kapitel 3.7.

Ausgaben in Haushalten mit 85-jährigen und älteren verwitweten Frauen beim Wohnen, der Wohnungsinstandhaltung und bei der Haushaltsenergie verstärken und bei annähernd 40 % liegen (Fachinger 2001b: 7).

5.5.5.1.5 Akzeptanzprobleme bei der Tagespflege

Die Leistung der Tagespflege (§ 41 SGB XI) stellt eine wichtige Form der Versorgung bei Personen mit demenziellen Erkrankungen dar. Aus der Praxis wird berichtet, dass diese Leistung manchmal dann nicht in Anspruch genommen wird, wenn das Entgelt für die Tagespflege die Leistungsgrenzen des SGB XI übersteigt.⁹² Auch soll die Anrechnung des Pflegegeldes, das bei häuslicher Pflege gewährt wird, auf die Leistung der Tagespflege teilweise dazu führen, dass Tagespflege nicht in Anspruch genommen wird.

5.5.5.2. Leistungserbringung

Die Akteure bei der ambulanten pflegerischen Versorgung sind in der Regel Pflegekräfte, die Hausärztin bzw. der Hausarzt, Krankengymnastinnen und -gymnasten sowie Angehörige und/oder sonstige informelle Helferinnen und Helfer. In der stationären pflegerischen Versorgung reduziert sich meist der Interventionsanteil der Angehörigen und sonstigen Helferinnen und Helfer. Bisher existieren keine gesetzlich vorgesehenen oder sonst institutionell verankerten Stellen oder auch nur verpflichtende Verantwortungszuschreibungen zur Koordinierung der verschiedenen Akteure. Aus diesem Grund bleibt jede notwendige Koordination eine freiwillige (Meier-Baumgartner, H.P. & Dapp 2001). Fehlt es an dieser Koordination, können Verantwortlichkeiten hierfür nicht sanktioniert werden. Diese mangelnde Koordination ist ein typisches Manko des deutschen Sozialleistungssystems. Erst in einem jüngeren Gesetz, so im SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen –, wird dem Koordinationsanliegen Rechnung getragen (s. a. Abschnitt 5.5.8).

5.5.5.3 Hilfe für Personen mit allgemeinem Betreuungsbedarf, insbesondere für demenziell erkrankte Personen

5.5.5.3.1 Zum betroffenen Personenkreis

Gemeinhin wird bezüglich des Personenkreises der demenziell Erkrankten das Problem vorgebracht, dass sie einen Hilfebedarf haben, der über den Leistungsrahmen des SGB XI hinausgeht. Es empfiehlt sich jedoch aus drei Gründen, diese Problematik nicht an einem bestimmten Krankheitsbild festzumachen, sondern am Hilfebedarf: 1. knüpft die begriffliche Systematik des § 14 SGB XI für die Bestimmung des Hilfebedarfs nicht an bestimmte Krankheiten an; 2. treten demenzielle Erkrankungen in unterschiedlicher Intensität auf, so dass nicht automatisch jede demenzielle Erkrankung auch schon einen weiterge-

henden Hilfebedarf hervorruft; 3. können auch andere Erkrankungen z. B. gerontopsychiatrischer Art einen besonderen Hilfebedarf bedingen.

5.5.5.3.2 Begrenzte Möglichkeiten im bisherigen rechtlichen Rahmen des SGB XI

Bei Personen mit allgemeinem Hilfebedarf existieren typischerweise besondere Probleme bei der pflegerischen Versorgung und Betreuung im Rahmen des SGB XI. Diese Probleme ergeben sich auf der Ebene des Begriffs der Pflegebedürftigkeit, auf der Ebene der daran anknüpfenden Hilfen in qualitativer wie quantitativer Hinsicht, aber auch auf der Ebene der Bereithaltung einer entsprechenden Infrastruktur und des Ineinandergreifens verschiedener Hilfen. Damit ist die leistungsrechtliche wie die leistungserbringungsrechtliche Ebene angesprochen.⁹³

Auf der Ebene des im SGB XI verwendeten Begriffs der Pflegebedürftigkeit geht es vor allem um die enge Verrichtungsbezogenheit (vgl. § 14 Abs. 4 SGB XI). Auf der Ebene der Leistungen werden die fehlenden Hilfen für allgemeine Betreuung insbesondere in Form der reinen Beaufsichtigung, aber auch die mangelnd anerkannte zeitliche Intensität der Betreuung beklagt. Nach der Konzeption der Pflegeversicherung zählen zwar auch die Hilfeleistungen „Beaufsichtigung und Anleitung“ zu den zu berücksichtigenden Hilfeleistungen, soweit sie im Zusammenhang mit den Verrichtungen des täglichen Lebens stehen. Nicht berücksichtigt wird jedoch der Hilfebedarf bei der nicht verrichtungsbezogenen allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung, obwohl gerade dieser Hilfebedarf bei gerontopsychiatrisch veränderten Menschen ebenso wie bei geistig behinderten und psychisch kranken Menschen oftmals einen erheblichen Teil des Versorgungs- und Betreuungsaufwandes ausmacht. Auf der Ebene der Leistungserbringung geht es vor allem um besondere Betreuungsangebote, die bisher nicht oder nur selten Gegenstand des infrastrukturellen Versorgungsangebotes sind.

5.5.5.3.3 Jüngste Reformen im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz

Allgemeines

Im Rahmen eines Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf soll den Belangen von Personen mit besonderem allgemeinem Betreuungsbedarf gerade in der besonders problematischen häuslichen Situation Rechnung getragen werden.⁹⁴

Im Leistungsrecht des Gesetzes ist ein Bündel an Maßnahmen vorgesehen, das mit dem Aufbau von Infrastruktur vor Ort verknüpft ist. Leistungserbringungsrechtlich sollen in Kooperation aller Beteiligten (vgl. § 8 Abs. 3 SGB XI), auch von Ländern und Kommunen, die Versorgungsangebote weiterentwickelt und insbesondere niedrigschwellige Betreuungsangebote geschaffen werden.

⁹² Diese betragen in der Pflegestufe I 750 DM (384 Euro), in der Pflegestufe II 1.800 DM (920 Euro) und in der Pflegestufe III 2.800 DM (1 432 Euro), § 41 Abs. 2 SGB XI.

⁹³ Siehe dazu schon Abschnitte 5.5.5.1 und 5.5.5.2.

⁹⁴ Siehe Anm. 46.

Berechtigter Personenkreis

Der berechtigte Personenkreis ist wie folgt definiert (§ 45a SGB XI):

Es muss sich um Pflegebedürftige in häuslicher Pflege handeln, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Leistungen

Im Rahmen des Leistungsrechts sollen den Pflegebedürftigen als zusätzliche Betreuungsleistungen Beträge von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr zweckgebunden für qua-

litätsgesicherte Betreuungsleistungen zur Verfügung gestellt werden (§ 45b SGB XI). Damit können Leistungen in Anspruch genommen werden, die zunächst selbst zu bezahlen sind und für die eine begrenzte Kostenerstattung durch den Pflegekassenzuschuss gewährt wird. Die Erstattung von Aufwendungen kommt für bestimmte Leistungen in Betracht, wie die Tages- oder Nacht- und die Kurzzeitpflege. Darüber hinaus können im Rahmen dieser Neuregelungen zugelassene Pflegedienste für Leistungen in Anspruch genommen werden, die außerhalb des Leistungskatalogs von § 36 SGB XI stehen. Dies gilt für Leistungen, die sich nicht auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung beziehen, sondern auf allgemeine Anleitung und Betreuung. Hinzu kommen niedrigschwellige Betreuungsangebote. Weiter sollen die Pflegeeinsätze zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege erweitert werden (§ 37 Abs. 3 SGB XI).

Neue Infrastrukturen

Die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, insbesondere für demenziell Erkrankte, wird gefördert mit zwei ineinander greifenden Komponenten:

- Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote, ergänzt durch oder kombiniert mit der Förderung von Modellprojekten.

Beide Komponenten werden anteilig durch die soziale und private Pflegeversicherung einerseits sowie durch Land oder Kommunen andererseits in Höhe von insgesamt 20 Mio. Euro jährlich finanziert. Dadurch soll in Ergänzung und Unterstützung des bisherigen Leistungsangebotes der Pflegeversicherung ein zusätzliches Betreuungsangebot für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, insbesondere demenziell erkrankte Pflegebedürftige, geschaffen werden (§ 45c SGB XI).

Da dem Bund keine Gesetzgebungskompetenz für die Verpflichtung der Länder und Kommunen zur Förderung der pflegerischen Infrastruktur zusteht, kann mit diesen Regelungen auch keine verpflichtende Mitfinanzierung der Länder und/oder Kommunen eingefordert werden. Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz setzt aber auf die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, insbesondere der niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die durch eine Fehlbedarfsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit zehn Mio. Euro jährlich gefördert werden sollen (§ 45c Abs. 2 SGB XI). Voraussetzung ist allerdings, dass Länder und Kommunen sich an der Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und entsprechenden Modellvorhaben beteiligen. Es können auch Modellvorhaben außerhalb der üblichen Versorgungs- und Vergütungsverträge die Beziehungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern regeln.

Damit wird der Weg für integrierte und vernetzte Versorgungsangebote eröffnet, die neue Optionen für die Begleitung von Demenzkranken schaffen können. Träger-, aber auch berufsgruppenübergreifende Versorgungsangebote und -strukturen könnten auf diese Weise entwickelt

werden. Richtig erscheint es auch, dass der Entwicklung von Infrastrukturen auf regionaler Ebene besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden soll, da sich weniger einzelfallbezogen, als vielmehr lokal- und regionalbezogen neue Formen der Versorgung etablieren können.

5.5.5.4 Zusammenfassung

Die Pflegeversicherung (SGB XI) stellt für den Personenkreis der Hochaltrigen einen wichtigen Bestandteil ihres sozialen Schutzes dar. Dennoch kann nicht übersehen werden, dass die Pflegeversicherung aufgrund ihrer gesetzlichen Anlage gerade in Hinblick auf die Belange dieses Personenkreises keinen auch nur annähernd vollständigen Schutz bietet. Der vor allem verrichtungsorientierte Begriff der Pflegebedürftigkeit, aber auch die summenmäßige Beschränkung der Pflegeleistungen stehen trotz der ergänzenden, jedoch bedürftigkeitsabhängigen Sozialhilfeleistungen einer umfassenderen Schutzversicherung entgegen. Die Leistungen zur entsprechenden Ausstattung des Wohnumfeldes, mit denen ein wichtiger Beitrag zur Aufrechterhaltung der bisherigen Häuslichkeit geboten werden kann, werden erst bei Vorliegen der Pflegestufe I gewährt und können so oft erst zu spät greifen.

Problematisch erweist sich auch die weithin fehlende Realisierung des Vorrangs der Rehabilitation vor Pflege. Damit fällt die für den Personenkreis der Hochaltrigen zentrale – in der Leistungskompetenz der gesetzlichen Krankenversicherung stehende – geriatrische Rehabilitation praktisch meist aus. Probleme der Inanspruchnahme sind bei der Tagespflege zu verzeichnen, wobei hier im Einzelnen noch Unklarheit besteht, worauf die Hindernisse in der Inanspruchnahme beruhen. Angesichts der behandlungsdauerverkürzenden Effekte der Tagespflege kann hier Handlungsbedarf im Sinne einer Verbesserung der leistungsrechtlichen Zugangsmöglichkeiten gegeben sein.

Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz kann für den Personenkreis mit allgemeinem Betreuungsbedarf grundsätzlich Erleichterungen bringen. Problematisch ist aber auch hier die geringe finanzielle Ausstattung der Leistungen.⁹⁵ Schließlich ist auch noch nicht abzusehen, ob und wie die in diesem Gesetz vorgesehenen infrastrukturellen Vorkehrungen in Form von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten ins Werk gesetzt werden können.

Die mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz verfolgte Erweiterung der Leistungsvoraussetzungen vollzieht sich nicht im Rahmen einer allgemeinen Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit in § 14 SGB XI, sondern wird im Rahmen der Erweiterung des Leistungskatalogs für eine bestimmte Personengruppe vorgenommen. Damit bleibt der enge Begriff der Pflegebedürftigkeit bestehen. Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz hätte jedoch die Chance genutzt werden können, ähnlich wie in der gesetzlichen Krankenversicherung von einem weiten leistungsauslösendem Tatbestand – dort der Krankheit – aus-

zugehen und die aus fiskalischen Gründen als erforderlich erachteten Leistungsbegrenzungen erst im Leistungsrecht und nicht schon in der Definition des leistungsauslösenden Risikos vorzunehmen. Damit würde auch deutlich werden, dass unter Pflegebedürftigkeit mehr zu verstehen ist als jetzt in § 14 SGB XI niedergelegt ist.

5.5.6 SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung

5.5.6.1 Leistungsrecht

5.5.6.1.1 Häusliche Krankenpflege

Leistungen der häuslichen Krankenpflege existieren in Form der Krankenhausvermeidungspflege und der Sicherungspflege (= Sicherung der ärztlichen Behandlung), § 37 Abs. 1 und 2 SGB V.⁹⁶ Diese Leistungen haben – auch im Zusammenhang mit den Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI in letzter Zeit zu wichtigen Urteilen des BSG Anlass gegeben. Problematisch war dabei die Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege und vor allem der auch pflegewissenschaftlich umstrittene Inhalt des letzteren Begriffs.⁹⁷ Häusliche Krankenpflege kann ausgeschlossen sein, wenn die Voraussetzungen der Angehörigenpflege im Haushalt vorliegen (§ 37 Abs. 3 SGB V). Diese Vorschrift knüpft an die familienrechtlichen Fürsorge- und Unterhaltspflichten an, erweitert diese aber nicht. Voraussetzung des Ausschlussstatbestandes ist auch, dass die Hilfe tatsächlich geleistet wird, nicht nur geleistet werden könnte.

5.5.6.1.2 Soziotherapie

Eine besondere Leistung wurde mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 eingeführt: Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist (§ 37a SGB V).

In einem Modellversuch zur Soziotherapie für psychisch kranke Erwachsene, der von 1995 bis 1999 in mehreren Bundesländern stattfand, konnte eine deutliche Reduktion von stationären Behandlungstagen erreicht werden. Chronisch Kranke konnten ihre psychosoziale Kompetenz steigern, indem sie an Selbstständigkeit und Selbstvertrauen gewonnen haben. Aus diesem Modellversuch ging weiter hervor, dass der Patient bzw. die Patientin therapiefähig, krankheitseinsichtig, motiviert bzw. motivierbar und absprachefähig sein muss, so dass mit ihm ein individueller Therapieplan vereinbart werden kann. Meist handelt es sich um Personen mit chronischer Erkrankung, z. B. wegen schizophrener Psychose, Persönlichkeits-

⁹⁵ So auch die Stellungnahme Helck 2001: 52-53.

⁹⁶ Hierzu die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V in der Fassung vom 16. Februar 2000, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 91 vom 13. Mai 2000, in Kraft getreten am 14. Mai 2000.

⁹⁷ BSGE 82, 27 (32).

störung, lang andauernden Zwangs- und Angststörungen und chronischer Depression.⁹⁸

Fraglich ist, ob die Erfahrungen aus diesem Modellversuch auf den Personenkreis der Hochaltrigen mit demenziellen Erkrankungen übertragen werden können. Dies dürfte zumindest dann problematisch sein, wenn aufgrund der Erkrankung eine Absprachefähigkeit nicht mehr gegeben ist.

Die Leistung der Soziotherapie könnte im Übrigen ein Vorbild für die Weiterentwicklung von Leistungen der ärztlichen Behandlung in Richtung auf einen Einbezug notwendiger Begleitung solcher Leistungen insbesondere unter dem Aspekt des Verbleibs der Patientin bzw. des Patienten in seiner häuslichen Umgebung sein, wie dies auch in den Soziotherapie-Richtlinien als Ziel formuliert worden ist.⁹⁹

5.5.6.1.3 Geriatrische Rehabilitation

Der bereits bestehende gesetzliche Auftrag, den Eintritt einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (vgl. § 11 Abs. 2 SGB V, § 5 SGB XI) hat durch das SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – eine neue Bestätigung und eine allgemeine Aufwertung gefunden: „Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird.“ (§ 3 SGB IX). Die Vorrangigkeit entsprechender Rehabilitationsleistungen und insgesamt von Leistungen zur Teilhabe ist ebenfalls gesetzlich in § 8 SGB IX bestärkt worden.

Aus der Sicht des bestehenden Sozialleistungsrechts gibt es daher keinen Anlass für weitere gesetzliche Veränderungen, um der als problematisch anerkannten Implementierungssituation insbesondere bei der ambulanten geriatrischen Rehabilitation abzuwehren (Fuhrmann 2001; Borchelt & Steinhagen-Thiessen 2001).¹⁰⁰

5.5.6.2 Leistungserbringungs- und Vergütungsrecht

5.5.6.2.1 Ärztliche Behandlung in Pflegeeinrichtungen

In den vollstationären Pflegeeinrichtungen nach SGB XI besteht keine von der Leitung der Einrichtung gestellte ärztliche Versorgung wie dies im Rahmen der Krankenhausbehandlung der Fall ist (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Krankenversicherte Personen von Pflegeeinrichtungen sind für die ärztliche Versorgung vielmehr auf die Realisierung ihres Anspruches auf Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) durch einen Vertragsarzt/-ärztin (§§ 72 ff.

SGB V) angewiesen. Daraus folgt, dass es – aus krankensversicherungsrechtlicher Warte – den „Heimarzt“ nicht gibt. Damit ist auch die Freiheit der Wahl unter verschiedenen Vertragsärzten gewährleistet (§ 76 SGB V).

Diese Situation kann dazu führen, dass sich das Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen mit einer Vielzahl unterschiedlicher ärztlicher Behandlungspraktiken und medizinischer Routinen konfrontiert sieht. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind auch nicht an der Heimleitung beteiligt. Außerdem ist ihre Erreichbarkeit in Krisen- und Notsituationen nicht stets gewährleistet (Fischer, G.C. et al. 2001).

Deshalb ist verschiedentlich gefordert worden, krankensversicherungsrechtlich die Möglichkeit der Bestellung eines Heimarztes bzw. einer Heimarztin vorzusehen. Bei dieser Forderung wäre allerdings die freie Arztwahl weiter zu gewährleisten. Zudem ist auf die geriatrische Kompetenz eines solchen Heimarztes Wert zu legen. Vergütungsrechtlich wäre ein getrenntes Budget für die Heimarzte festzulegen.

5.5.6.2.2 §§ 109, 111 SGB V-Problematik

Insbesondere für die klinische Geriatrie wird beklagt, dass diese in der Bundesrepublik uneinheitlich organisiert sei (Borchelt & Steinhagen-Thiessen 2001). So unterstehen die entsprechenden Einrichtungen teilweise einem Krankenhausregime (Zulassung durch Versorgungsvertrag, § 108 Nr. 3 i.V.m. § 109 SGB V); teilweise sind sie als Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen durch Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V zugelassen. Diese unterschiedlichen Regimes wirken sich vor allem insofern aus, als die nach § 109 SGB V zugelassenen Einrichtungen hinsichtlich der Pflegesätze den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unterliegen (§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V), während die nach § 111 SGB V zugelassenen Einrichtungen eine davon unabhängige Vergütungsregelung haben (§ 111 Abs. 5 SGB V). Weiter sind bei diesen Einrichtungen über Rahmenempfehlungen auf Bundesebene nach § 111a SGB V stärkere Einwirkungsmöglichkeiten als bei Krankenhäusern auf den Inhalt und die Ziele der Rehabilitationsmaßnahmen, auf den Indikationskatalog sowie auf sonstige Inhalte der Versorgung möglich (s. den Katalog in § 111a Satz 2 SGB V).¹⁰¹

Beklagt wird insbesondere die Aufspaltung der geriatrischen Versorgung in Akutgeriatrie (Einrichtung nach § 109 SGB V) und stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen (Einrichtung nach § 111 SGB V), die so international nicht vorhanden ist. Diese führe in der Realität oft zu einem Neben- bzw. Gegeneinander statt zu einem Miteinander der Vertreter dieser Versorgungssegmente (Leistner et al. 2001: 57).

5.5.6.2.3 Integrationsversorgung

Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 hat eine Möglichkeit geschaffen, integrierte Versorgungsformen für eine die verschiedenen Leistungssektoren übergreifende

⁹⁸ Aus: TKKspezial Bayern 1/2001, www.th-lokal.de/bayern/spez0101/sozio.html.

⁹⁹ S. unter I Grundlagen und Ziele Nr. 4 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) vom 23. August 2001, BAnz. Nr. 217 vom 21. November 2001, S. 23 735.

¹⁰⁰ Siehe dazu auch oben Abschnitt 5.5.5.1.2 sowie die Vorschläge zu einer Integration von SGB XI und SGB V auch zum Zwecke der Verbesserung dieser Situation (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung et al. 2001).

¹⁰¹ Zu den Unterschieden siehe Loss et al. 2001: 61.

Versorgung der Versicherten herzustellen (§ 140a SGB V). Die betreffenden Leistungssektoren sind die vertragsärztliche Versorgung und die Versorgung durch sonstige Leistungserbringer sowie die Krankenhausversorgung und die Versorgung mit stationären und ambulanten Rehabilitationsleistungen (vgl. § 140b Abs. 2 SGB V).

Mit der Integrationsversorgung sollten vor allem leistungserbringungsrechtliche Schnittstellenprobleme, etwa der Übergang von der Akutversorgung im Krankenhaus zu stationären und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen und ggf. zur Versorgung mit Hilfsmitteln, gelöst werden. Repräsentative Auswertungen liegen noch nicht vor. Insbesondere liegen noch keine spezifischen Erfahrungen bei der Integrationsversorgung gerade älterer Menschen vor.

5.5.6.2.4 Umstellung der Finanzierungsmodi im Krankenhausbereich: Auswirkungen der DRGs auf die Geriatrie

Bis zum 1. Januar 2003 ist in der Krankenhausfinanzierung die Einführung eines neuen Vergütungssystems vorgesehen, das auf Diagnosis Related Groups (DRG) und damit auf einer Art Fallpauschalensystem basiert (§ 17b Abs. 2 und 3 Satz 4 KHG).¹⁰² Es wird befürchtet, dass dieses neue Finanzierungssystem die Eigenarten der geriatrischen Versorgung nicht hinreichend berücksichtigt (Lübke 2001). Geriatrische Einrichtungen sind darauf angewiesen, dass Patientinnen und Patienten in sie verlegt werden. Sie sind also in der Regel nicht Erstversorger. Nach den gegenwärtig geplanten Bestimmungen rechnet die erstbehandelnde Einrichtung die Fallpauschale ab. Die Kodierungsrichtlinien, nach denen jeder Fall klassifiziert wird, sollen jedoch bereits der Geriatriespezifik Rechnung tragen. Problematisch sei weiter der als ökonomische Optimierung angesehene Druck auf die Verweildauer. Bei geriatrischen Patientinnen und Patienten sei ein Einwirken auf die Verweildauer in geringerem Umfang möglich als bei anderen Patientinnen und Patienten. Umgekehrt werden auch Chancen für die geriatrische Versorgung gesehen, die insbesondere darin liegen sollen, dass die Berechnungsweisen der DRGs die interdisziplinäre Arbeitsweise in der Geriatrie favorisieren würden.

Zum gegebenen Zeitpunkt kann also nur konstatiert werden, dass sich die aus medizinischen und sozialen Gründen ergebenden besonderen Versorgungsanliegen der Geriatrie in die Konfiguration der DRGs niederschlagen müssen. Im Übrigen können die Wirkungen von DRGs in der Bundesrepublik zurzeit insgesamt nicht annähernd verlässlich vorhergesagt werden (siehe auch Kapitel 4.5.5).

5.5.6.3 Zusammenfassung

Die Probleme im Rahmen des SGB V sind auf der leistungsrechtlichen Seite die bisher mangelnde Gewährleistung der geriatrischen Rehabilitation und auf der Seite des Leistungserbringungsrechts die Fragen der ärztlichen Versorgung in Heimen (Stichwort: Heimarzt), der Inte-

grationsversorgung sowie vergütungsrechtlich die möglichen Auswirkungen der Einführung der DRGs auf die geriatrische Versorgung. Als besonderes Problem wird teilweise auch die Aufspaltung der geriatrischen Versorgung in Einrichtungen nach § 109 und nach § 111 SGB V gesehen.

5.5.7 BSHG – Sozialhilfe

Mit der Einführung der Pflegeversicherung haben die Leistungen der Sozialhilfe für pflegebedürftige Personen weniger Bedeutung bekommen, auch wenn die Leistungen der Pflegeversicherung die Sozialhilfeleistungen nicht in dem Maß substituiert haben, wie es ursprünglich erwartet worden ist (Roth & Rothgang 2001). Trotzdem sind einige Leistungen der Sozialhilfe für ältere pflegebedürftige Menschen nach wie vor bedeutsam. Dies gilt für den Lebensunterhalt bei einer stationären pflegerischen Versorgung, für die von der Pflegeversicherung die Unterkunft- und Verpflegungsleistungen nicht übernommen werden (§ 43 Abs. 2 SGB XI; § 27 Abs. 3 BSHG). Ebenso gilt dies für Leistungen unterhalb der Schwelle der erheblichen Pflegebedürftigkeit und für Verrichtungen, für die im SGB XI keine Leistungen vorgesehen sind. Die Sozialhilfe hat auch für aufstockende Leistungen dort einzuspringen, wo die Pflegeversicherung zwar Leistungen vorsieht und diese gewährt, wo jedoch wegen der finanziellen Begrenzung von Pflegeleistungen weitere Leistungen nach dem SGB XI nicht möglich sind.¹⁰³

Die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem BSHG (§§ 39 ff.) stehen unter den dort genannten Voraussetzungen und unter Beachtung des Nachrangs der Sozialhilfe gegenüber den Leistungen der übrigen Rehabilitationsträger allen wesentlichen behinderten Menschen unabhängig von ihrem Alter offen. Damit ist die Eingliederungshilfe auch für den Personenkreis der Hochaltrigen geöffnet.

Als weitere einschlägige Sozialhilfeleistung sind die Maßnahmen der Altenhilfe (§ 75 Abs. 1 und 2 BSHG) zu nennen. Die „weiche“ Leistung der Altenhilfe enthält vor allem Beratungsangebote und Angebote zur Kommunikation. Sie soll ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen oder Vermögen gewährt werden, soweit im Einzelfall persönliche Hilfe erforderlich ist (§ 75 Abs. 4 BSHG). Die Leistung der Altenhilfe könnte z. B. auch dazu genutzt werden, problematische Schnittstellen im Wege der Schaffung von Beratungsangeboten zu entschärfen.

Über die Praxis der Maßnahmen der Altenhilfe ist kaum etwas bekannt. Es existieren – soweit ersichtlich – keine Untersuchungen über die Implementierung dieser Sozialleistung. Um dieser wichtigen Vorschrift zu mehr Leben zu verhelfen, empfiehlt es sich daher, zum einen rechtlich die bestehenden Hilfemöglichkeiten auf der Grundlage dieser Vorschrift auszuloten, und zum anderen Untersuchungen über die Praxis der Umsetzung dieser Vorschrift zu fördern.

¹⁰² Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG), Deutscher Bundestag, Drucksache 14/6893 vom 11.09.2001.

¹⁰³ Urteil des BVerwG vom 15. Juni 2000 (wie Anm. 48).

5.5.8 SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Das Rehabilitationsrecht kennt keine Altersgrenzen und schließt damit grundsätzlich auch hochaltrige Menschen nicht von Rehabilitationsleistungen aus. Jedoch werden im deutschen Sozialleistungsrecht Rehabilitationsleistungen mit spezifischen Zwecksetzungen verbunden, mit denen indirekt ein Bezug auf das Alter gegeben ist. So haben die Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung einen strikten Bezug zur Erwerbsfähigkeit des Versicherten und damit zum Erwerbsleben (§ 9 Abs. 1 SGB VI). Damit scheiden diese Leistungen für Personen aus, die nicht im Erwerbsleben stehen, was bei hochaltrigen Menschen regelmäßig der Fall ist.

Damit ist aber noch nicht gesagt, dass ältere Menschen keine Rehabilitationsleistungen beziehen können. Die geriatrische (medizinische) Rehabilitation – übrigens in den Gesetzen nie als solche bezeichnet – zielt auch auf den Personenkreis der Hochaltrigen ab. Unter den Rehabilitationsleistungen sind es sogar gerade die Leistungen der medizinischen Rehabilitation, die auch für die älteren Menschen in Frage kommen.

Nach dem am 1. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX¹⁰⁴ mit dem Titel „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ gelten Menschen als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Nur wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind – wobei auch schon die drohende Behinderung ausreicht –, erhalten Personen Leistungen nach dem SGB IX und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (§ 1 Satz 1 SGB IX).

Das Merkmal der altersentsprechenden Funktionseinschränkung wirft Fragen und Anwendungsprobleme auf (Schulin & Igl 2001: Rdnr. 1022). Mit dem Verweis auf den „für das Lebensalter typischen Zustand“, von dessen Abweichung auch das Vorliegen einer Behinderung abhängt, ist nicht eine statistische Betrachtungsweise gemeint. So kann nicht gesagt werden, dass bei einer hohen Prävalenz einer bestimmten Erkrankung oder Behinderung in einer bestimmten Altersgruppe dies zu einem Ausschluss einer Behinderung i.S. des Gesetzes führen wird. Untersuchungen haben im Übrigen gezeigt, dass zwar bei Hochaltrigen eine höhere Risikobetroffenheit gegeben ist, dass aber bis in die höchsten Lebensjahre hinein Potenziale zur Bewältigung, Kompensation und Anpassung gegeben sind.¹⁰⁵ Deshalb kann z. B. bei einer 100-jährigen Frau, die bei der Krankenkasse zum Ausgleich ihrer nachlassenden Geh-

fähigkeit eine Gehhilfe beantragt hat, diese nicht mit dem Argument ablehnt werden, es sei für dieses Lebensalter typisch, nicht mehr gehen zu können (vgl. § 33 Abs. 1 SGB V, 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX). Die altersentsprechende Funktionseinschränkung wird nicht ohne normative Wertungen adäquat auszufüllen sein. Schon die Verwendung des Attributes „typisch“ verweist hierauf.

Es kann also festgehalten werden, dass die Verwendung des Merkmals der altersentsprechenden Funktionseinschränkung im Behinderungsbegriff grundsätzlich nicht dazu führt, dass Personen wegen ihres hohen Alters bestimmte Sozialleistungen zur Teilhabe nicht erhalten können.

Die Behinderungsdefinition des SGB IX – wie im Übrigen auch die Definition nach altem Recht – erlaubt es, Personen mit demenziellen Erkrankungen oder chronisch kranke Personen, als behinderte Menschen i. S. d. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX zu bezeichnen. Damit stehen diesen Personen nicht nur die entsprechenden Leistungen zur Teilhabe (§§ 4 f. SGB IX) zur Verfügung. Sie kommen auch in den Genuss der besonderen leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften, insbesondere auch in den Genuss entsprechender Information durch die Servicestellen (§ 23 SGB IX). Da das SGB IX zahlreiche Koordinierungs- und Kooperationsvorschriften aufweist, können sich aus einer strikten Anwendung des Gesetzes für diesen Personenkreis erhebliche Verbesserungen insbesondere bei der Schnittstellenbewältigung ergeben.¹⁰⁶ Dies allerdings ist noch Zukunftsmusik. Die gesetzliche Basis ist mit dem SGB IX aber bereitet. Die Auswirkungen des SGB IX insbesondere auf die Leistungserbringung und -koordination nach dem SGB V sind noch nicht abzusehen. Zu bedauern ist allerdings, dass die Träger der Pflegeversicherung nicht als Rehabilitationsträger i.S.d. § 6 SGB IX gelten. Damit bleiben sie für die notwendige Schnittstellenbewältigung insbesondere zum SGB V hin außen vor. Deshalb sollte überprüft werden, ob sich der Einbezug der Träger der Pflegeversicherung in das Koordinierungsanliegen des SGB IX als notwendig erweist.¹⁰⁷

5.5.9 Zur Problematik der mangelnden Koordination von Leistungen und der Leistungserbringung

5.5.9.1 Zur Grundproblematik: Gegliedertes System versus multidimensionelle Sicherungsbedarfe

Die mangelnde Koordination von Leistungen und der Leistungserbringung ist ein Problemfeld, das auch für hochaltrige Menschen besondere Bedeutung erlangt.¹⁰⁸ Dabei geht es grundsätzlich um zwei Phänomene:

- Im gegliederten System der sozialen Sicherheit sind in den einzelnen Teilsystemen (Sozialleistungszweigen) jeweils eigene Leistungen vorgesehen, die in der

¹⁰⁴ BGBl. I S. 1046. Einführend hierzu Welti 2001a; Welti & Sulek 2001 und gekürzt Welti & Sulek 2002.

¹⁰⁵ Siehe hierzu im Einzelnen die Ausführungen in Kapitel 3 und Rz. 22 ff. des MS S. 1.

¹⁰⁶ Siehe dazu unten Abschnitt 5.5.9.5.

¹⁰⁷ Für einen Einbezug mit guten Gründen: Welti 2001b.

¹⁰⁸ Siehe hierzu auch schon die Ausführungen im Dritten Altenbericht, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001: 270.

Regel nicht mit den Leistungen der anderen Teilsysteme abgestimmt sind (Fehlen einer leistungsrechtlichen Koordination).

- Das Fehlen einer leistungsrechtlichen Koordination und Integration setzt sich fort auf der Ebene der Leistungserbringung sowie auf der Ebene der Infrastruktursicherung. Insbesondere die fehlende Koordination auf der Ebene der Leistungserbringung stellt sich als problematisch dar.

Dieses Thema wird in der sozialrechtlichen Literatur nur von wenigen Autoren vertieft artikuliert.¹⁰⁹ In rechtlicher Hinsicht ist das Thema verbunden mit vielfältigen, zum Teil verfassungsrechtlich (staatsorganisationsrechtlich) zu lokalisierenden Fragen. In der sozialwissenschaftlichen Literatur¹¹⁰ wird dieses Thema meist nur sektoriell oder auf bestimmte Situationen bezogen artikuliert und meist als „Schnittstellenproblematik“ apostrophiert. Die medizinische/pflegerische/ sozialarbeiterische Praxis rügt die auftauchenden Probleme teilweise, ohne jedoch immer den damit zusammenhängenden Grundfragen nachzugehen. Insbesondere wird häufig nicht zwischen der leistungsrechtlichen und der leistungserbringungsrechtlichen Situation unterschieden.

Das Problem der mangelnden Koordination und Integration taucht vor allem in folgenden Situationen auf:

- wenn sich bei einer Person gleichzeitig mehrere soziale Risikosituationen verwirklichen, für die verschiedene Leistungsträger und/oder verschiedene Leistungserbringer zuständig sind (synchron verknüpfte multidimensionelle Problemlagen),
- wenn der sozialbiografische Verlauf das Zusammenwirken von mehreren Sozialleistungsträgern und/oder verschiedenen Leistungserbringern erfordert (asynchron verknüpfte multidimensionelle Problemlagen);
- wenn die beiden vorgenannten Situationen in einer Person zutreffen.

Die angesprochenen Koordinierungsprobleme lassen sich nicht mit einer einfachen Lösung bewältigen. Es gibt keinen goldenen Schlüssel zur Lösung der damit zusammenhängenden Fragen. Das gegliederte System der sozialen Sicherheit wird dabei häufig als Hauptverantwortlicher für diese Probleme ausgemacht. Diese Gliederung des sozialen Sicherungssystems folgt verschiedenen Gründen:

- An erster Stelle ist die Ausprägung des gegliederten Systems aufgrund der historischen Entwicklung der sozialen Sicherheit in Deutschland zu sehen. In der Bundesrepublik Deutschland als ein der Bismarckschen Sozialversicherungstradition verhaftetem Land hat die Differenzierung der Schutzweisen vor allem in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen stattgefunden. Aber auch das Fürsorgesystem, später das Sozialhilfesystem, hat schon im 19. Jahrhundert zwi-

schen bestimmten Leistungsadressaten und damit zwischen bestimmten Leistungsarten differenziert.

- Die Gliederung des sozialen Sicherungssystems folgt darüber hinaus einer Verantwortungszuweisung. Dies drückt sich aus in der Existenz kausaler Systeme, deren Leistungszuständigkeit nur eintritt, wenn eine bestimmte Verantwortung generiert ist, so z. B. in der Kriegs- und Verbrechenopferversorgung die staatliche Verantwortlichkeit, oder in der Unfallversicherung die Verantwortlichkeit des Arbeitgebers, die in diesem Versicherungszweig durch eine öffentlich-rechtliche Haftung abgelöst worden ist. Für die Belange hochaltriger Personen ist diese Verantwortungszuweisung jedoch in der Regel nicht von besonderer Bedeutung.
- Das Verhältnis der Gliederung des Schutzes durch die Sozialversicherungen und durch die Sozialhilfe ist zum einen davon bestimmt, dass die Sozialhilfe für solche Personen Leistungen vorsieht, die aus anderen Schutzsystemen oder sonstig keinen Schutz erlangen, und dass weiter nur das Sozialhilferecht bestimmte Leistungen vorhält, die in anderen Schutzsystemen nicht gegeben sind (z. B. in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder für Pflegebedürftige der so genannten Pflegestufe 0). Das Verhältnis von Sozialhilfeleistungen zu Leistungen aus den verschiedenen Sozialversicherungszweigen, insbesondere der Kranken- und der Pflegeversicherung, kann sich für hochaltrige Personen als besonders relevant erweisen.

Für große Teile der Bevölkerung, die Leistungen dieses Systems in Anspruch nehmen müssen, stellt sich die Gliederung des sozialen Sicherungssystems in der Regel nicht als problematisch dar, weil die Probleme, die diese Gliederung in sich birgt, in der Entwicklung der sozialen Sicherungssysteme meist bewältigt worden sind. Man würde daher einen falschen Eindruck vom gegliederten System der sozialen Sicherheit gewinnen, wenn man annehmen würde, dass sich dessen Gliederung stets negativ bei der Bewältigung multidimensioneller Problemlagen auswirken würde. Mittlerweile existieren an einigen Stellen gesetzliche Regelungen, die zur Bewältigung solcher Problemlagen beitragen sollen (z. B. § 13 Abs. 4 SGB XI für die leistungsrechtliche Koordinierung zwischen Sozialhilfe und Pflegeversicherung; § 68a BSHG ebenfalls für die leistungsrechtliche Koordinierung bei den Pflegeleistungen nach BSHG und nach SGB XI; §§ 140a ff. SGB V für die Koordinierung verschiedener Leistungserbringer der Krankenversicherung im Rahmen der integrierten Versorgung).

Allerdings ist den gliederungsbedingten Problemlagen lange Zeit nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt worden. Erst mit dem Bericht der Psychiatrie-Enquête-Kommission (Deutscher Bundestag 1975) ist in der Bundesrepublik breiter zur Kenntnis gebracht worden, dass sich hier Problemlagen auftun. Auch später waren es vor allem die an der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung beteiligten Akteure, die nachdrücklich auf diese Fragen hingewiesen haben.¹¹¹ Außerhalb der psychiatrischen

¹⁰⁹ Zuletzt Mrozynski 2001. Siehe hierzu weiter insbesondere die Gutachten für die Aktion Psychisch Kranke e.V.: Igl 1999c; Mrozynski 1999; Mrozynski 1996; Igl 1996.

¹¹⁰ Siehe hierzu ausführlicher Kapitel 4.8. Siehe auch Höhmann 2001a.

¹¹¹ So die Aktion Psychisch Kranke e.V. mit den beiden Bänden: Kruckenberg et al. 1999.

Versorgung ist es vor allem der Geriatrie und Gerontologie zu verdanken, auf solche Problemlagen aufmerksam und Lösungsvorschläge gemacht zu machen.¹¹²

Dennoch bleiben in der Praxis Probleme dort bestehen, wo eine Person solche multidimensionalen Bedarfslagen aufweist, die nur im Zusammenspiel mehrerer intervenierender Akteure und damit meist auch im Zusammenwirken mehrerer Sozialleistungsträger bewältigt werden können. Die gegenwärtigen rechtlich und praktisch vorhandenen Möglichkeiten, diesen Schwierigkeiten zu begegnen, sind dabei in ihrer Existenz wie in ihrer Wirksamkeit eher begrenzt.

5.5.9.2 Beispiele für leistungsrechtliche Schnittstellenprobleme

Der Faktor Zeit spielt insbesondere bei den Übergängen von einer Sozialleistung zur anderen, aber auch bei der Erstbewilligung einer Sozialleistung eine Rolle, wenn eine neue Versorgungssituation gegeben ist, z. B. bei der Entlassung aus Krankenhaus oder Reha-Einrichtung in den ambulanten Bereich. In den geriatrischen Kliniken richtet sich die Behandlung auf eine Entlassung mit größtmöglicher Selbstständigkeit in der eigenen häuslichen Umgebung aus. Voraussetzung hierfür ist, dass die entsprechenden Wohnumbauten und technischen Hilfen, für die nach dem SGB XI Leistungen vorgesehen sind (vgl. § 40 SGB XI), aber auch eine adäquate pflegerische Betreuungssituation zu Hause vorhanden sind. Wenn die entsprechende Begutachtung nicht rechtzeitig vorgenommen wird, ergeben sich nicht nur vorübergehende Versorgungslücken, sondern auch kostenintensive Zweckverfehlungen der vorhergehenden Versorgung.

5.5.9.3 Beispiele für leistungserbringungsrechtliche Schnittstellenprobleme

Häufig zitiertes Beispiel für leistungserbringungsrechtliche Schnittstellenprobleme ist die Kette Akutversorgung – Rehabilitation – Sicherstellung der häuslichen Versorgung bzw. der weiteren Versorgung in der Einrichtung. Mittlerweile existiert mit der Integrationsversorgung nach § 140a SGB V¹¹³ eine gesetzliche Möglichkeit, solchen Problemen abzuwehren. Valide praktische Erfahrungen in der Umsetzung dieser Vorschrift sind aber noch nicht dokumentiert.

5.5.9.4 Einfluss externer Faktoren: Dauer der Betreuungsverfahren

Die Dauer eines Betreuungsverfahrens kann sich in der Art und Weise der Leistungserbringung nach SGB V und SGB XI auswirken. In der Praxis wird z. B. beklagt, dass Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen deswegen so lange verweilen, weil bestimmte Maßnahmen aufgrund der langen Dauer von Betreuungsverfahren nicht ergriffen werden könnten, die zu einer passenderen und oft kostengünstigeren Versorgung führen würden.

¹¹² Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. 1998. Siehe dazu etwa auch die praktische Handreichung des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001b.

¹¹³ Siehe oben Abschnitt 5.5.6.2.3.

5.5.9.5 Zusammenfassung und Lösungsansätze am Beispiel des SGB IX

Die Rolle des Faktors Zeit ist bei der Schnittstellenproblematik nicht zu unterschätzen. Häufig sind es nicht leistungs- oder leistungserbringungsrechtliche Probleme, aufgrund derer die Übergänge an den Schnittstellen notleidend sind, sondern Probleme der Dauer z. B. von Begutachtungsverfahren im Rahmen der Pflegeversicherung. Hier könnte ein Fallmanagement helfen, wonach die Begutachtung schon dann beantragt und eingeleitet wird, wenn die Entlassung in die häusliche Umgebung absehbar wird. Nach den Begutachtungs-Richtlinien (BRi) 1997 für den MDK ist in einer solchen Situation die Begutachtung unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche noch im Krankenhaus oder in der stationären Rehabilitationseinrichtung durchzuführen.¹¹⁴

Für die Lösung der Problematik der zeitlichen Dauer von Betreuungsverfahren können keine probaten Lösungen angeboten werden. Die Dauer eines gerichtlichen Verfahrens hängt auch von der personellen Belastung der Justiz auf allen Ebenen ab. So wird in der Praxis häufig vorgebracht, dass richterliche Entscheidungen ungebührlich lange Zeit im Schreibdienst ihrer Verschriftlichung harren. Eine entsprechende Gerichtsverwaltungsorganisation und entsprechender Personalbesatz sind Voraussetzung für zügige Behandlung dringlicher Angelegenheiten. Am Beispiel des Betreuungsverfahrens und seiner Verfahrensdauerproblematik wird im Übrigen deutlich, dass in vulnerablen Situationen, in denen sich Hochaltrige häufig befinden, administrative Defizite besonders negativ zu Buche schlagen können.

Im Rahmen des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – ist eine Reihe von Vorschriften geschaffen worden, mit denen den gerade im Bereich der Rehabilitation typischerweise auftretenden Koordinierungs- und Kooperationsproblemen begegnet werden soll. Es sind dies die Leistungskoordinationvorschrift in § 10 SGB IX und die Vorschrift über das Zusammenwirken der Leistungen in § 11 SGB IX, schließlich die allgemeine Kooperationsnorm in § 12 SGB IX. Begleitet – und in gewisser Weise sanktioniert – werden diese Koordinierungs- und Kooperationsvorschriften durch Regelungen über Zuständigkeitsklärungen, wonach innerhalb von zwei (!) Wochen nach Antragseingang die Zuständigkeit beim erstangegangenen Träger geklärt sein muss (§ 14 Abs. 1 SGB IX). Der Rehabilitationsbedarf muss innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang festgestellt werden (§ 14 Abs. 2 SGB IX). Die „Sanktionsmöglichkeit“ besteht darin, dass sich der Antragsteller die Leistung selbst beschafft, die dann erstattet werden muss (§ 15 SGB IX) (Welti 2001a: 2211). Zur ortsnahen Beratung und Unterstützung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen sind Servicestellen einzurichten (§ 23 SGB XI).

¹¹⁴ Abschnitt C. 2.4 der Begutachtungs-Richtlinien (BRi) vom 21. März 1997.

Die Koordinierungs- und Kooperationsvorschriften im SGB IX wie auch im SGB V, SGB XI und im BSHG liefern den Beleg dafür, dass es möglich ist, auf der Ebene des Gesetzes entsprechende Vorkehrungen zu treffen, um den genannten Problemen Rechnung zu tragen. Allerdings bedarf es auch einer entsprechenden koordinierungs- und kooperationsbereiten Verwaltungspraxis und Praxis der Leistungserbringer. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, die Implementierung der jetzt schon vorhandenen Koordinierungs- und Kooperationsvorschriften in der Praxis wissenschaftlich zu begleiten, Umsetzungsprobleme zu eruieren und ggf. entsprechende Gesetzes- und Verfahrensänderungen zu bewirken.

5.6 Heimgesetz

5.6.1 Allgemeines

Beim Heimgesetz¹¹⁵ handelt es sich nicht um ein Sozialleistungsgesetz. Es hat wegen des ihm obliegenden Schutzes von Rechtsgütern ordnungsrechtlichen Charakter und ist in seiner Funktion dem Verbraucherschutz zuzurechnen. Der Verbraucherschutzgedanke kommt auch zum Ausdruck in der Vorgabe rechtlicher Schutznormen im Zusammenhang des Heimvertrages, ähnlich wie dies aus dem Wohnraummietrecht bekannt ist. Diese Schutznormen beziehen sich aber nicht nur auf das Wohnen, sondern insgesamt auf die Betreuung und Versorgung im Heim. Eine immer mehr an Bedeutung gewinnende Funktion des Heimgesetzes liegt schließlich in der Gestaltung der kollektiven Lebensabläufe im Heim und der Beziehungen zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern und dem Heimträger. Diese Funktion der Partizipation bei der Lebensgestaltung im Heim und bei wichtigen Heimangelegenheiten bildet sich in den Rechten im Rahmen der Heimmitwirkung ab.

Das Heimrecht hat weiterhin mit dem Sozialleistungsrecht zwei wichtige Berührungspunkte: Zum einen muss eine Koordination zwischen den Leistungen des Heimträgers und den Sozialleistungen insbesondere der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe hergestellt werden. Angesichts des sozialen Schutzstatus, den ältere Menschen in der Bundesrepublik heute in allgemeiner Weise genießen, ist der Selbstzahler in Heimen, der alle Leistungen aus eigener Tasche bezahlt und keine Sozialleistungen in Anspruch nimmt, nur dann noch in größerer Zahl vorhanden, wenn die Leistungseintrittsschwellen (erhebliche Pflegebedürftigkeit) bei der Pflegeversicherung noch nicht überschritten werden. Zum anderen ist ein Berührungspunkt gegeben bei der Sicherung der Qualität von Leistungen der Einrichtung, wenn diese Leistungen gleichzeitig als Sozialleistungen, i. d. R. als Pflegeleistungen, erbracht werden. Das Heimgesetz wie das Pflegeversicherungsrecht befassen sich – mittlerweile gesetzlich koordiniert – mit dieser Qualitätssicherung.

¹¹⁵ In der Fassung des Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes vom 5. November 2001, BGBl. I S. 2960, in der Fassung der Bekanntmachung der Neufassung des Heimgesetzes vom 5. November 2001, BGBl. I S. 2970.

Für den Kreis der hochaltrigen Personen in Einrichtungen ist das Sozialleistungsrecht naturgemäß zentral einschlägig. Aber auch der im HeimG angelegte Verbraucherschutz und die dort niedergelegten Partizipationsmöglichkeiten sind für diesen Personenkreis von Bedeutung. Schließlich sollte – gerade unter rechtlichen, insbesondere verfassungsrechtlichen Aspekten – erwogen werden, ob die mit der Institutionalisierung von Personen in Einrichtungen verbundenen Probleme nicht die Frage indizieren, ob diese Art der Versorgung und Betreuung noch angemessen ist und welche Vorkehrungen zur Grundrechtswahrung getroffen werden können und müssen. Hier hat sich die Bundesrepublik auch einer europäischen Debatte zu stellen.

5.6.2 Gesetzeszweck

Das Heimgesetz hat den allgemeinen Belang des Schutzes der Würde und der Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen vor Beeinträchtigungen (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 HeimG). Neben diesem allgemeinen Belang steht die Wahrung und Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortlichkeit, die Sicherung der Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Qualitätssicherung (§ 2 Abs. 1 Nrn. 2, 4 und 5 HeimG). Außerdem soll die Zusammenarbeit der für die Durchführung des HeimG zuständigen Behörden mit den Einrichtungsträgern und deren Verbänden, den Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie den Trägern der Sozialhilfe gefördert werden (§ 2 Abs. 1 Nr. 7 HeimG).

Diese Gesetzeszwecke sollen nach dem Heimgesetz mit verschiedenen Instrumenten erreicht werden. Die Strukturqualität für das Leben im Heim soll durch bestimmte bauliche Maßnahmen und durch entsprechende Personalausstattung gesichert werden (Heimmindestbauverordnung; Heimpersonalverordnung). Der Rechtsstatus des Heimbewohners als Vertragspartner – und damit als Marktteilnehmer und Verbraucher – ist durch entsprechende gesetzlich angeordnete Maßgaben im Heimvertrag ausgeformt worden, die der besonderen Angewiesenheit des Bewohners auf die Leistungen im Heim Rechnung tragen sollen (Verbraucherschutzfunktion). Die Teilnahme in Heimangelegenheiten und die Mitgestaltung des Lebensraumes Heim sollen durch Mitwirkungsmöglichkeiten der Heimbewohner gewährleistet werden (Partizipationsfunktion).

5.6.3 Heimbegriff

Der Anwendungsbereich des HeimG erfasst die stationären Einrichtungen für ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige. Das betreute Wohnen und Wohngemeinschaften sind vom Anwendungsbereich mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des HeimG ausdrücklich ausgeschlossen worden (vgl. § 1 Abs. 2 HeimG). Für Kurzzeitheime, also Heime, die vorübergehend bis zu drei Monaten Bewohnerinnen und Bewohner aufnehmen, und stationäre Hospize ist die Anwendung bestimmter Vorschriften, so der Mitwirkungsvorschriften, ausgeschlossen bzw. modifiziert (§ 1 Abs. 3 HeimG).

Der Ausschluss des betreuten Wohnens aus dem Schutzbereich des HeimG erweist sich als problematisch (§ 1 Abs. 2 HeimG). Zwar ist der Schutzbedarf von Mieterinnen und Mietern bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern in Einrichtungen, die im weiteren Sinne dem Heimsektor zuzuordnen sind, also auch die des Betreuten Wohnens, auf unterschiedlichen Niveaus angesiedelt. Auch entsprechen die Strukturvorgaben des Heimgesetzes und die in der Heimmindestbauverordnung weiterhin verfolgte Typik von Heimen nicht mehr der konzeptionellen Vielfalt von Einrichtungen. Gleichwohl kann der Schutzbedarf, der sich mit zunehmender Hilfeabhängigkeit auch und gerade in Einrichtungen des Betreuten Wohnens entwickelt, nicht negiert werden. Die Bewohnerinnen und Bewohner des Betreuten Wohnens werden in einer Gemengelage der Dienstleistungserbringung und der Wohnraumgewährung mit einer komplexen und komplizierten Rechtslage konfrontiert. Während das Heimgesetz mit seinen heimvertraglichen Vorschriften diese Komplexität auflöst und klare Regelungsziele verfolgt, um dem Heimbewohner mehr Schutz und Rechtssicherheit zu bieten, als er nach den allgemeinen zivilrechtlichen Vorschriften hätte, muss der Bewohner im Betreuten Wohnen auf Vergleichbares verzichten. Nur für den Fall, dass der Mieter bzw. die Mieterin im Betreuten Wohnen vertraglich verpflichtet ist, Verpflegung und weitergehende Betreuungsleistungen von bestimmten Anbietern anzunehmen, ist das Heimgesetz anzuwenden (§ 1 Abs. 2 Satz 3 HeimG). Mit dieser Neuregelung nach dem Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes wurde gleichzeitig darauf verzichtet, insbesondere das Heimvertragsrecht an die durchaus vielfältigen Formen des Betreuten Wohnens anzupassen bzw. es dahin gehend weiter zu entwickeln. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, die weitere Entwicklung der rechtlichen Situationen auf dem Gebiet des Betreuten Wohnens unter dem Blickwinkel des Verbraucherschutzes kritisch zu beobachten. Wenn es hier zu Beeinträchtigungen der Schutzbelange der Bewohnerinnen und Bewohner des Betreuten Wohnens kommt, sind die entsprechenden gesetzlichen Weiterentwicklungen unverzüglich in Angriff zu nehmen.

5.6.4 Heimvertrag

Die Sicherung der Stabilität des Lebensortes und die Sicherung der Versorgung und Betreuung an diesem Lebensort ist gerade für hochaltrige Personen besonders wichtig. Die Erwartung von Veränderungen an diesem Lebensort, sei es durch Verlegungen oder gar durch Kündigungen, kann in dieser Lebensphase zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen bei diesen Personen führen. Die gesetzlichen Regelungen über die Gestaltung des Heimvertrages sind deshalb daran ausgerichtet, dass beim Heimbewohner die Sicherheit der Stabilität des Lebensortes und die Sicherung der Versorgung und Betreuung an diesem Lebensort gewährleistet ist. So besteht für den Heimträger eine Pflicht zur Anpassung von Leistungen an einen erhöhten oder verringerten Betreuungsbedarf des Heimbewohners (§ 6 HeimG). Eine Erhöhung des Entgelts ist an bestimmte formale und inhaltliche Voraussetzungen gebunden (§ 7 HeimG). Eine Kündigung seitens

des Heimträgers ist nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes möglich (§ 8 Abs. 3 HeimG).

Da es sich beim Heimvertrag in der Regel um ein auf längere Dauer angelegtes Vertragsverhältnis handelt, und da Änderungen in diesem Vertragsverhältnis nur in den aufgeführten Fällen stattfinden sollen, erweist es sich als besonders notwendig, den Heimvertrag von Beginn an so zu gestalten, dass er über längere Zeit den Bedürfnissen und Interessen des Heimbewohners standhält. Dies setzt voraus, dass der künftige Heimbewohner schon bei Vertragsabschluss entsprechende Klarheit über Rechte und Pflichten erhält. Mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes ist diesen Transparenzerfordernissen dergestalt Rechnung getragen worden, dass jetzt auch Art, Inhalt und Umfang der Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich der hierauf entfallenden Entgelte angegeben und die Leistungen im Einzelnen gesondert beschrieben werden müssen (§ 5 Abs. 3 HeimG).

Dem Heimträger als Vertragspartner kommt gegenüber seinen Vertragspartnern eine besondere, bisher gesetzlich noch nicht verankerte Verpflichtung zu, die darin besteht, auf die Geschäftsfähigkeit des Vertragspartners zu achten und bei entsprechenden Anhaltspunkten – auch gegenüber den Angehörigen – auf die Möglichkeiten einer Betreuung hinzuweisen.

5.6.5 Heimmitwirkung

5.6.5.1 Änderungen aufgrund des Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes

Mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des HeimG sind auch die Mitwirkungsmöglichkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner erweitert worden (§ 10 HeimG). Die entsprechende Verordnung (Heimmitwirkungsverordnung) auf der jetzt geänderten gesetzlichen Basis ist noch nicht erlassen. Während sich bislang die Mitwirkung auf die Angelegenheiten des Heimbetriebs wie Unterkunft, Aufenthaltsbedingungen, Heimordnung, Verpflegung und Freizeitgestaltung erstreckte, bezieht sich jetzt die Mitwirkung auch auf die Sicherung einer angemessenen Qualität der Betreuung im Heim und auf die leistungs-, Vergütungs-, Qualitäts- und Prüfungsvereinbarungen nach dem SGB XI und BSHG. Die Einzelheiten hierzu sind einer Rechtsverordnung vorbehalten.

Die Mitwirkung im Heim stößt in der Praxis insbesondere dann an Grenzen, wenn Heimbewohner gesundheitlich nicht mehr in der Lage sind, die Mitwirkung effektiv zu realisieren. Weitere Probleme bei der Mitwirkung können sich ergeben aus Informationsdefiziten, aber auch in Ansehung von – tatsächlichen oder als solchen empfundenen – Abhängigkeiten vom Personal oder vom Träger des Heimes.

Das Institut des Heimfürsprechers soll dazu dienen, einen nicht vorhandenen Heimbeirat oder andere Mitwirkungsmöglichkeiten zu ersetzen (§ 10 Abs. 4 HeimG). Mit der Beteiligung von Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen der Bewohnerinnen und Bewohner, ggf. auch

behördlicherseits vorgeschlagener Personen im Heimbeirat soll die Beteiligungsbasis erweitert werden (§ 10 Abs. 5 HeimG). Die für den Heimbeirat bestehende Möglichkeit, bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben und Rechte fach- und sachkundige Personen seines Vertrauens einzubeziehen, dient der Erleichterung der entsprechenden Informationsbeschaffung.

Diese mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des HeimG eingeführten erweiterten Mitwirkungsmöglichkeiten erlangen für den Kreis der hochaltrigen Heimbewohner insbesondere dann Bedeutung, wenn sie von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind.

5.6.5.2 Fehlende sozialwissenschaftliche Befunde zur Mitwirkung im Heim

Sozialwissenschaftliche Erhebungen zur Situation der Mitwirkung in Heimen existieren nicht. Es gibt weder repräsentative Untersuchungen zum Verhältnis der Ausübung von Mitwirkungsrechten zur jeweiligen Bewohnerstruktur, noch solche Untersuchungen über Wahlbeteiligungen oder über faktische Wirkungsmöglichkeiten des Heimbeirats.

Daher ist man für die Erforschung des Zustands der Heimmitwirkung in der Praxis und insbesondere der Probleme bei eingeschränkter Mitwirkungsfähigkeit angesichts einer fragilen Heimbewohnerschaft auf Eindrücke verwiesen, die aus der Praxis seitens der Heimaufsicht, der Träger von Einrichtungen, der Heimbeiräte und der Seniorenvertretungen berichtet werden.¹¹⁶

5.6.5.3 Sichtweisen der Praxis

5.6.5.3.1 Akzeptanz der Heimmitwirkung

Das Rechtsinstitut der Heimmitwirkung gilt als von allen Beteiligten breit akzeptiert, was nicht ausschließt, dass die Mitwirkungsregelungen in vieler Hinsicht als verbesserungswürdig erachtet werden.¹¹⁷ Aus der Warte der Einrichtungsträger ist teilweise Kritik geübt worden an den mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes reformierten Mitwirkungsregelungen, so vor allem hinsichtlich der Erweiterung der Mitwirkungsbereiche bei den Leistungs-, Vergütungs-, Qualitäts- und Prüfungsvereinbarungen nach § 7 Abs. 4 und 5 HeimG.

Die Akzeptanz der Heimmitwirkung erstreckt sich nicht nur auf die Seite der mit der Heimmitwirkung bezweckten verbesserten Rechtsstellung der Heimbewohner, sondern auch auf die durch sie bedingte Öffnung der Kommunikation innerhalb der Einrichtung.¹¹⁸

¹¹⁶ Informativ hier die von Igl zusammengefassten Stellungnahmen auf einer Podiumsdiskussion „Reformbedarf bezüglich der Heimmitwirkungsverordnung – Beiträge und Ergebnisse der Podiumsdiskussion“ anlässlich des Fachkongresses „Was ändert sich für die Heimaufsicht?“ des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge vom 15./16. Mai 2001 (Igl 2001). Siehe weiter Schmelter 2001 und Dietrich 2001. Siehe auch Dahlem 1997; Markus 1993; Kuratorium Deutsche Altershilfe 1995.

¹¹⁷ Giese 1997: 101.

¹¹⁸ Wappenschmiedt-Krommus bei Igl 2001, S. 64 (Anm. 83).

Hinsichtlich der Mitwirkung der hochaltrigen Heimbewohnerinnen und -bewohner kristallisieren sich zunehmend differenzierende Sichtweisen heraus. So wird nicht mehr pauschal behauptet, dass die Heimmitwirkung bei einer hochaltrigen Bewohnerschaft generell problematisch sei (nach Giese (1997: 101): „Bewohnerdefizit“). Im Gegenteil wird vorgebracht, dass gerade die Hochaltrigen eine Fülle von Wahlerfahrungen als Wähler und als Gewählte in vielen gesellschaftlichen und politischen Bereichen hätten.¹¹⁹ Auch wird nicht mehr pauschal darauf verwiesen, dass eine Mitwirkung bei demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern nicht möglich sei (nach Giese (1997: 101): „Kompetenzdefizit“). Hier sei zu beachten, dass es sehr unterschiedliche Grade des Fortschritts solcher Erkrankungen gebe und dass man hierauf auch bei den Mitwirkungsmöglichkeiten abzustellen habe.

Die rechtliche Ausgestaltung der Heimmitwirkung gilt im Grunde als akzeptiert. Grundlegende Reformvorschläge, wie die Verfassung der Heimbewohner in einer Körperschaft des öffentlichen Rechts („Bewohnerkammer“),¹²⁰ sind in der jüngsten Gesetzesänderung nicht aufgenommen worden. Allerdings wird eine Reihe „struktureller Defizite“ beklagt, die teilweise auch auf rechtliche Defizite zurückzuführen sind (Giese 1997: 100). Hier handelt es sich vor allem um die Sicherung der effektiven Wahrnehmung von Heimbeiratsaufgaben (Schulung, externe Beratung, eigene Budgets).

5.6.5.3.2 Aktives Wahlrecht

Die Ausübung des aktiven Wahlrechts setzt neben der Kenntnis von diesem Recht auch das Interesse an den Angelegenheiten, die das Repräsentativorgan Heimbeirat zu betreiben hat, und das Vertrauen in eine solche Institution und in die zu wählenden Personen voraus. Damit besteht ein erheblicher Bedarf an Information seitens der Bewohnerschaft. Die gegenwärtige Regelung im HeimG (§ 10 Abs. 2) sieht eine Pflicht zur Förderung der Unterrichtung der Bewohnerinnen und Bewohner für die Heimaufsichtsbehörden vor, während die Heimträger hier nicht – zusätzlich zur Heimaufsicht – in die Pflicht genommen sind. Gerade die Heimträger könnten jedoch vor Ort zu einer auf die jeweilige Bewohnerschaft abgestimmten Informationspolitik beitragen, z. B. auch durch entsprechende Gestaltung der Wahlzettel. So wird darauf verwiesen, dass die Ausübung des aktiven Wahlrechts auch dadurch erleichtert werden könne, dass die Wahlzettel mit Fotos der Wahlkandidaten versehen werden.¹²¹ Gerade an diesem Beispiel zeigt sich, dass es für die wirkliche Ausübung von Rechten angesichts einer fragilen Bewohnerschaft nicht mit der Rechtsgewährung alleine getan ist. Es sind auch – bewohnerabgestimmt – die Voraussetzungen für die Ausübung der Rechte zu schaffen. Oft helfen hier, wie aus dem Beispiel hervorgeht, schon kleine Handreichungen.

¹¹⁹ Wappenschmiedt-Krommus bei Igl 2001, S. 60 (Anm. 83).

¹²⁰ Giese 1997 hat diese Vorschläge auf eine Anregung der Bundesinteressenvertretung der Altenheimbewohner e. V. (BIVA) hin erarbeitet.

¹²¹ Wappenschmiedt-Krommus bei Igl 2001, S. 64 (Anm. 83).

5.6.5.3.3 Passives Wahlrecht und Ersetzungsmöglichkeiten

Problematischer als die Gestaltung und Förderung des aktiven Wahlrechts stellt sich das passive Wahlrecht dar, wenn sich aus Gründen von Kompetenz- oder Bewohnerdefiziten (Giese 1997) ein Heimbeirat nicht bilden lässt. Die vom Gesetz vorgesehene Lösung dieser Konstituierungsproblematik wird in der Bestellung eines Heimfürsprechers¹²² durch die Heimaufsichtsbehörde gesehen (§ 10 Abs. 4 HeimG). Dies hat im Benehmen – nicht im Einvernehmen – mit dem Heimträger zu geschehen. Heimbewohner wie deren gesetzliche Vertreter können Vorschläge zur Auswahl des Heimfürsprechers unterbreiten. Das Gesetz äußert sich nicht zu der Frage, um welche Personen es sich hier handeln soll. Es lässt damit heimexterne wie heiminterne Personen zu. Statt der Bestellung eines Heimfürsprechers existiert die Möglichkeit einer Gewährleistung der Mitwirkung auf „andere Weise.“

In der Frage der Konstituierungsproblematik sind vier Punkte zu unterscheiden (Igl 2001):

- Förderung der Behebung eines Konstituierungsdefizits;
- Kreis der einzubeziehenden Personen;
- Art und Weise der Auswahl und Bestellung dieser Personen;
- Quote dieser Personen im Heimbeirat.

Förderung der Behebung eines Konstituierungsdefizits: Der gesetzliche Auftrag der Bestellung eines Heimfürsprechers wird durch die Nichtbildung eines Heimbeirats ausgelöst. Es wäre jedoch zu erwägen, ob Heimaufsicht und Heimträger verpflichtet werden sollten, zunächst bei der Bewohnerschaft auf die Bildung eines Heimbeirats hinzuwirken. Dies kann in Form von Information und Beratung der Bewohnerschaft geschehen. Eine solche der Bestellung eines Heimfürsprechers vorgelagerte Informations- und Beratungsverpflichtung kann auf der Basis der gegenwärtigen Gesetzeslage in der Heimmitwirkungsverordnung nur für die Heimaufsichtsbehörden geschaffen werden.

Kreis der einzubeziehenden Personen: In der Praxis wird der Personenkreis, der als Heimfürsprecher infrage kommt, meistens mit Angehörigen, Vertrauenspersonen, Vertreterinnen und Vertretern der Seniorenorganisationen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Heimes benannt. Bei den Angehörigen wird darauf hingewiesen, dass sie wegen möglicherweise gegenläufiger eigener Interessen (finanzielle Interessen, Betreuungslasten u. a.) nicht immer geeignet seien, als Heimfürsprecher tätig zu werden. Bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung besteht das Problem, dass sie zwar oft die Funktion einer Vertrauensperson bei den Bewohnerinnen und Bewohnern haben, sie jedoch andererseits wegen ihrer arbeitsrechtlichen Verpflichtungen gegenüber dem Heimträger als Arbeitgeber in Konfliktsituationen geraten

¹²² Es wird teilweise vorgeschlagen, den Heimfürsprecher als Bewohnerfürsprecher zu bezeichnen, siehe Kipper bei Igl 2001, S. 62 (Anm. 83).

könnten, wenn sie im Heimbeirat als Fürsprecher die Interessen der Heimbewohner wahrzunehmen haben. Die damit zusammenhängenden Loyalitätskonflikte sind arbeitsrechtlich bisher noch nicht gelöst. Die Situation ist auch nicht mit der betrieblichen Mitbestimmung zu vergleichen, da hier für solche Konflikte gesetzliche Vorkehrungen gegenüber negativen Auswirkungen getroffen worden sind.¹²³ Damit sprechen zwei Gründe dagegen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Heims als Heimfürsprecher zu bestimmen: Sie können wegen möglicher Loyalitätskonflikte zwischen den Interessen des Arbeitgebers und der Heimbewohner die Interessen der Letzteren nicht gebührend wahrnehmen, und es besteht die Gefahr für sie, dass sie sich wegen gegenwärtig nicht vorhandener arbeitsrechtlicher Schutzvorschriften in für sie rechtlich abträgliche Situationen begeben.

Damit kommen nur heimexterne Personen als Fürsprecher infrage. Bei diesen Personen ist seitens der Heimaufsicht darauf zu achten, dass sie mit den Gegebenheiten des jeweiligen Heims, insbesondere mit der Struktur der Bewohnerschaft, vertraut sind, und weiter, dass sie eine entsprechende Eignung für die Wahrnehmung der Interessen der Bewohnerschaft mitbringen. Deshalb kann auch nicht allgemein davon ausgegangen werden, dass Vertreter von Seniorenvereinigungen diese Eigenschaften von Hause aus mitbringen.

Art und Weise der Auswahl und der Bestellung der Fürsprecher: Nach der gegenwärtigen Gesetzeslage werden die Fürsprecher von der Heimaufsichtsbehörde bestellt, wobei ein Vorschlagsrecht der Heimbewohner und ihrer Angehörigen besteht. Es sollte jedoch vorgesehen werden, dass vor einer Bestellung dieser Personen eine Möglichkeit der Wahl solcher Personen gegeben ist. Eine behördliche Bestellung eines Fürsprechers würde damit erst dann vorgenommen, wenn auf andere Weise ein Heimbeirat nicht konstituiert werden kann. Es wird auch diskutiert, ob die Kommunalparlamente ein Vorschlags- und Benennungsrecht haben sollen. Oft wird es aber auch hier an der konkreten Bezogenheit zu einer bestimmten Einrichtung fehlen, so dass dieser Weg nicht als gangbar erscheint.

Quote der externen Personen im Heimbeirat: Im Heimbeirat soll nach allen bekannten Äußerungen gewährleistet sein, dass die gewählten Heimbeiräte in höherer Quote als die Fürsprecher vertreten sind.

5.6.5.3.4 Sicherung einer effizienten Wahrnehmung der Mitwirkungsrechte

Zur Gewährleistung der Sicherung einer effizienten Wahrnehmung der Mitwirkungsrechte des Heimbeirats werden vor allem die folgenden Anliegen aufgeführt (Markus 1993):

- Schulung der Heimbeiräte;
- Einholung externen Sachverständs (Rechts- und Wirtschaftsberatung);

¹²³ Siehe das Benachteiligungsverbot in § 78 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG).

- Bildung von Arbeitsgemeinschaften der Heimbeiräte auf lokaler und regionaler Ebene;
- Schaffung eigener Budgets;
- Übernahme der Kosten für diese Bereiche.

Die strukturellen Defizite in der Tätigkeit der Heimbeiräte sind zu einem guten Teil auch auf fehlende Unterstützungsinstrumente für die adäquate Ausübung dieser Tätigkeit zurück zu führen. Die im Vorstehenden aufgeführten Anliegen beziehen sich vor allem auf den Bereich der entsprechenden Information und des Informationsaustausches, der Qualifikation der Heimbeiräte und der Beratung. Damit einher gehen die entsprechenden Kostentragungen. Während für die Heranziehung externen Sachverständigen in § 10 Abs. 1 HeimG eine Berechtigungsnorm vorgesehen ist, kann für Schulungen der Heimbeiräte selbst nur auf die allgemeine Fördernorm in § 10 Abs. 2 HeimG verwiesen werden. Beide Vorschriften entbehren jedoch einer Finanzierungsregelung. Schon nach bisherigem Recht hat der Heimträger den Kosten- und Sachaufwand des Heimbeirats zu tragen (§ 21 HeimMitwirkungsV). Hier bietet es sich an, entsprechend den Vorschriften des Betriebsverfassungsgesetzes auch Schulungen für den Heimbeirat vorzusehen (vgl. § 37 Abs. 4 BetrVG), für die der Arbeitgeber die Kosten zu tragen hat (vgl. § 40 BetrVG). Diese Kosten sollten auch in den Pflegegesetz eingehen können.

Die Schaffung eigener Budgets für den Heimbeirat, aus dem dieser über seine bisher nach § 21 HeimMitwirkungsV erfassten Kosten hinaus Aufwendungen bezahlen kann, z. B. Begrüßungsgeschenke für neue Heimbewohner, „Kaffeekasse“, könnte bei verständiger Auslegung schon im Rahmen des geltenden Rechts möglich sein. Es ist fraglich, ob es hierzu einer besonderen Vorschrift bedarf.

5.6.6 Heimaufsicht

Rolle und Funktion der Heimaufsichtsbehörden sind im Heimgesetz klar beschrieben. Hierzu gehören insbesondere die Beratung der Bewohnerinnen und Bewohner und anderer Personen, auch der Heimträger (§ 3 HeimG), die Entgegennahme der Anzeigen bei Aufnahme, Änderung und Einstellung des Heimbetriebes (§ 11 HeimG), die Überwachung (§ 15 HeimG), schließlich die entsprechenden Maßnahmen bei Mängeln, wie Beratung bei Mängeln im Heim (§ 16 HeimG), Erlass von Anordnungen (§ 17 HeimG) und Erteilung von Beschäftigungsverboten (§ 18 HeimG). Weiter sind die Heimaufsichtsbehörden zur Zusammenarbeit mit anderen Behörden, insbesondere Sozialleistungsträgern und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, verpflichtet (§ 20 HeimG).

Die Notwendigkeit einer effektiven Heimaufsicht liegt gerade in Hinblick auf solche Bewohnerinnen und Bewohner auf der Hand, bei denen die eigenen Möglichkeiten der Interessen- und Rechtsdurchsetzung aus gesundheitlichen oder sonstigen Gründen eingeschränkt sind. Es ist in der Vergangenheit an der Aufsichtspraxis der Heimaufsichtsbehörden sowohl in den Medien als auch in der Wissenschaft Kritik geübt worden, wobei die letztere

Kritik vor allem im Rahmen von Untersuchungen zur Praxis regionaler Heimaufsicht geführt worden ist (Klie 1988; Köhring 2001). Es fehlt jedoch an breiter angelegten und insbesondere sozialwissenschaftlich gefestigten Studien zur Praxis der Heimaufsicht und zum gerügten Defizit an der Implementierung des Heimgesetzes durch die Heimaufsichtsbehörden. Es bietet sich daher an, solche Studien zur Praxis der Heimaufsicht und zum gerügten Defizit an der Implementierung des Heimgesetzes durch die Heimaufsichtsbehörden zu veranlassen. Wenn aufgrund solcher Befunde strukturelle Mängel in der Heimaufsicht zutage treten, könnten sie auch dazu genutzt werden, zu einer Effektivierung der Heimaufsichtspraxis beizutragen.

5.6.7 Problemfelder beim Leben im Heim – Sicherung der Grundrechtsverwirklichung in Heimen

Die zahlreichen gesetzlichen Regelungen zum Schutz der Interessen und Bedürfnisse von Heimbewohnern dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Leben im Heim nach wie vor Problemfelder aufweist. Diese Problemfelder können bei fragilen hochaltrigen Personen besondere Relevanz erlangen.

Zu nennen sind neben der latenten Geneigtheit solcher Institutionen zu Grundrechtsgefährdungen, insbesondere in Hinblick auf die Einschränkungen der Handlungsfreiheit, der körperlichen Unversehrtheit, der Freiheitsbeschränkung durch Fixierungen, der Wahrung der Unverletzlichkeit der Wohnung und der Privat- und Intimsphäre, auch die Problematik von Abhängigkeiten gegenüber dem Heimträger und dem Heimpersonal und – allerdings heute weniger akut – der Freiheit der Arztwahl.

Das Anliegen der Verbesserung der grundrechtlichen Situation von pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern von Heimen war bereits 1978 Gegenstand der Befassung der Sozialrechtlichen Abteilung des 52. Deutschen Juristentags (DJT). Mit überwältigender Mehrheit wurde damals gefordert, dass Bundesregierung und Deutscher Juristentag gemeinsam eine Sachverständigenkommission zur Fortentwicklung des Rechts der sozialen Pflege- und Betreuungsverhältnisse, worunter insbesondere auch die Heimverhältnisse zählten, einrichten sollen.¹²⁴ Diese Kommission ist jedoch aufgrund der ablehnenden Haltung der damaligen Bundesregierung nicht ins Leben gerufen worden. Die weitere Behandlung des Themas im Rahmen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge beschränkte sich vor allem auf die rechtliche Ausgestaltung des Heimvertrages.¹²⁵ Damit war die Chance einer breiteren politischen Befassung mit dem Anliegen der Grundrechtsgewährleistungen in Einrichtungen vertan.¹²⁶

¹²⁴ Krause, P. 1978 zu den Problemlagen im Heim Verhandlungen des 52. Deutschen Juristentages, Wiesbaden 1978, Empfiehlt es sich, soziale Pflege- und Betreuungsverhältnisse gesetzlich zu regeln?, Sitzungsbericht N, 1978, S. 210 (Beschluss A. III.3). Zu den Grundrechtsbeeinträchtigungen in Heimsituationen siehe schon Igl 1978: 237 ff.

¹²⁵ Daraus hervorgegangen: Igl 1983.

¹²⁶ Immerhin wird dies in der Rechtswissenschaft auch außerhalb des Sozialrechts bedauert, so aus der Sicht des Familienrechts Zenz 2000: 490.

Mittlerweile hat die Forschungsarbeitsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld mit Unterstützung zahlreicher Fachleute eine radikale Umkehr in der Betreuung alter und kranker Menschen gefordert und darauf hingewiesen, dass das Heimmodell als Form der Versorgung und Betreuung ein „Auslaufmodell“ sei.¹²⁷ In diesem Zusammenhang sind die Abgeordneten und Fraktionsvorsitzenden des Deutschen Bundestages aufgefordert worden, in der nächsten Legislaturperiode eine „Enquete für Heime“¹²⁸ einzusetzen.

Unabhängig von der Frage, ob eine Abschaffung von Heimen unter den gegenwärtigen Verhältnissen tunlich ist, bietet es sich jedoch an, eine breitere politische Befassung mit dem Problem der Versorgung und Teilhabe älterer und behinderter Menschen in- und außerhalb von Einrichtungen anzuregen. In diesem Zusammenhang sind auch die vom 52. DJT aufgeworfenen und bis heute nur teilweise gelösten Fragen wieder zu stellen. Die Einrichtung einer Enquete-Kommission könnte sich hierzu als geeignetes Instrument erweisen. Zu denken wäre auch daran, mit diesem dringlichen Thema eine Kommission für den Fünften Altenbericht der Bundesregierung zu beauftragen. Gegenstände der Befassung sollten dann auch das faktische Wirken der Heimaufsicht und die Defizite in der Implementierung des Heimgesetzes durch die Heimaufsichtsbehörden sowie die faktische Realisierung der Qualität von Pflege und Betreuung in Einrichtungen sein. Schließlich könnten in einem solchen Zusammenhang auch die im Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen (UN) vorgebrachten Rügen gegenüber Pflegemängeln in deutschen Pflegeeinrichtungen erörtert werden. Dieser Ausschuss stellte fest, dass die Situation in Heimen zur Sorge Anlass gebe und forderte die Bundesregierung auf, sofort für Verbesserungen zu sorgen.¹²⁹

5.6.8 Zusammenfassung

Auf dem Gebiet des Heimgesetzes erweist sich die auch mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes nicht vorgenommene Anpassung der rechtlichen Schutznormen an die verschiedenen Formen des Betreuten Wohnens unter dem Gesichtspunkt des Bewohnerschutzes als problematisch. Allerdings sollten die Erfahrungen mit der Gesetzesänderung abgewartet werden, um dann ggf. auf eine Weiterentwicklung des Heimrechts zu drängen.

Besonders kritisch stellt sich das Problem der Mitwirkung in Heimen dar. In Einrichtungen mit hochaltriger und gesundheitlich fragiler Bewohnerschaft können die gesetzlich vorgesehenen Mitwirkungsmöglichkeiten de facto eingeschränkt sein. Bei den entsprechenden Vorkehrungen für eine angemessene Realisierung der Mitwirkung auch in solchen Einrichtungen sind besondere Unterstützungen bei der Wahl des Heimbeirats angebracht. Insbesondere

soll die Heimaufsicht und der Heimträger darauf hinwirken, dass nicht sofort zum Mittel der Bestellung eines Fürsprechers gegriffen wird, sondern dass erst die Möglichkeit einer Wahl solcher Personen geprüft und ggf. durchgeführt wird. Bei der Heranziehung externer Personen ist darauf zu achten, dass diese neben ihrer Eignung auch einen Bezug zu der konkreten Einrichtung und ihrer Bewohnerschaft haben. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass Vertreterinnen und Vertreter von Seniorenorganisationen oder auch Angehörige von Heimbewohnern diese Eigenschaften von Hause aus mitbringen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Heimen erscheinen wegen möglicher Loyalitätskonflikte nicht für die Tätigkeit als Heimfürsprecher geeignet. Im Übrigen ist Heimbeiräten auch finanzielle Unterstützung bei Schulungen, Informationsaustausch und bei Heranziehung externen Sachverständs zu geben.

Nach wie vor bleibt die Sicherung der Grundrechtsverwirklichung in Heimen problematisch. Hier erscheint eine Verbreiterung der Diskussion, wie schon vom 52. Deutschen Juristentag 1978 angeregt, nach wie vor erforderlich. Dies könnte auch im Rahmen einer Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages oder durch Beauftragung der Kommission für den 5. Altenbericht geschehen. Die Befassung soll sich insgesamt auf die Versorgung und Teilhabe von älteren und behinderten Menschen erstrecken; dabei wären auch die qualitativen Aspekte insbesondere der pflegerischen Versorgung und Betreuung zu erörtern.

Eine effektive Heimaufsicht ist gerade für solche Bewohnerinnen und Bewohner wichtig, bei denen die eigenen Möglichkeiten der Interessen- und Rechtsdurchsetzung aus gesundheitlichen oder sonstigen Gründen eingeschränkt sind. Angesichts der Tatsache, dass an der Praxis der Heimaufsichtsbehörden in den Medien zum Teil massiv Kritik geübt wird, bietet es sich an, breit angelegte und insbesondere sozialwissenschaftlich gefestigte Studien zur Praxis der Heimaufsicht und zum gerügten Defizit an der Implementierung des Heimgesetzes durch die Heimaufsichtsbehörden zu veranlassen. Solche Befunde könnten auch zu einer Effektivierung der Heimaufsichtspraxis beitragen.

5.7 Dimensionen des verfassungsrechtlichen Verbotes der Diskriminierung von Menschen mit Behinderung in Hinblick auf hochaltrige demenziell erkrankte Personen (Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz)

5.7.1 Anwendungsbereich: Wirksamkeit der Vorschrift auch für diesen Personenkreis?

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ Dieser Satz ist mit dem 42. Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes vom 27. Oktober 1994¹³⁰ als Art. 3 Abs. 3 Satz 2 eingeführt worden. Er reiht sich ein in die

¹²⁷ Zitiert nach Frankfurter Rundschau vom 1. August 2001, Nr. 176, S. 7.

¹²⁸ Nach der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages (GOBT) kann der Bundestag zur Vorbereitung von Entscheidungen über umfangreiche und bedeutsame Sachkomplexe eine Enquete-Kommission einsetzen, vgl. § 56 Abs. 1 Satz 1 GOBT.

¹²⁹ Zitiert nach: Vincentz-Net-Newsletter vom 23.10.2001, www.vincentz.net.

¹³⁰ BGBl. I S. 3146.

bereits vorhandenen Diskriminierungsverbote des Absatzes 3 dieses Grundgesetzartikels, wonach niemand wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden darf.

Für den Begriff der Behinderung wird auf das allgemeine Verständnis zurückgegriffen, wie es sich im Schwerbehindertengesetz (§ 3 Abs. 1 Satz 1)¹³¹ – und jetzt im SGB IX (§ 2 Abs. 1 Satz 1) ausdrückt: Behinderung ist nach der bisher gültigen Definition in § 3 Abs. 1 des Schwerbehindertengesetzes die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Nach der Definition in § 2 Abs. 1 SGB IX sind Menschen behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“

Diese Definitionen nach altem wie nach neuem Recht erlauben es, Personen mit demenziellen Erkrankungen, bei denen aufgrund dieser Erkrankungen lebensalteruntypische und länger als sechs Monate dauernde Abweichungen in der körperlichen Funktion oder in der geistigen Fähigkeit gegeben sind, als behinderte Menschen i. S. d. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX und damit auch als behinderte Menschen i. S. d. Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG zu bezeichnen. Damit ist das grundgesetzlich vorgesehene Benachteiligungsverbot auch für diesen Personenkreis einschlägig (Davy 2001, DSRV).

5.7.2 Negativ: Verbot von Diskriminierung – Positiv: Entwicklung von besonderen Schutzvorkehrungen?

Die Vorschrift stellt ein Verbot dar, jemanden gerade wegen seiner Behinderung zu benachteiligen.¹³² Dabei ist es nicht erforderlich, dass die staatliche Gewalt zielgerichtet – final – jemanden wegen seiner Behinderung benachteiligt. Es reicht aus, dass für eine staatliche Maßnahme an der Behinderung – kausal – angeknüpft wird, und diese Maßnahme zu einer Benachteiligung führt.¹³³ Das Benachteiligungsverbot gilt nicht ohne Einschränkung. Eine rechtliche Schlechterstellung behinderter Menschen ist nur zulässig, wenn zwingende Gründe dafür vorliegen.¹³⁴

Die Frage des Benachteiligungsverbotes wird vor allem im Zusammenhang der notwendigen Bereithaltung infrastruktureller Vorkehrungen für behinderte Menschen diskutiert, wie dies auch in der ersten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG der

Fall war. In dieser Entscheidung¹³⁵ ging es um die Frage, ob der Träger einer allgemeinen Schule auch eine sonderpädagogische Förderung einrichten muss, oder ob es genügt, dass einem behinderten Schüler Unterricht in einer Sonderschule zur Verfügung steht. Nach den Äußerungen des Bundesverfassungsgerichts in diesem Fall¹³⁶ liegt eine Benachteiligung nicht nur bei Regelungen und Maßnahmen vor, die die Situation des behinderten Menschen wegen seiner Behinderung verschlechtern, indem ihm etwa der tatsächlich mögliche Zutritt zu öffentlichen Einrichtungen verwehrt wird oder Leistungen, die grundsätzlich jedermann zustehen, verweigert werden. Vielmehr kann eine Benachteiligung auch bei einem Ausschluss von Entfaltungs- und Betätigungsmöglichkeiten durch die öffentliche Gewalt gegeben sein, wenn dieser Ausschluss nicht durch eine auf die Behinderung bezogene Förderungsmaßnahme hinlänglich kompensiert wird. Wann ein solcher Ausschluss durch Förderungsmaßnahmen so weit kompensiert ist, dass er nicht benachteiligend wirkt, lässt sich nicht generell und abstrakt festlegen. Ob die Ablehnung einer vom Behinderten erstrebten Ausgleichsleistung und der Verweis auf eine andere Entfaltungsalternative als Benachteiligung anzusehen sind, wird regelmäßig von Wertungen, wissenschaftlichen Erkenntnissen und prognostischen Einschätzungen abhängen. Nur aufgrund des Gesamtergebnisses dieser Würdigung kann darüber befunden werden, ob eine Maßnahme im Einzelfall benachteiligend ist.

Das Bundesverfassungsgericht hat also anerkannt, dass grundsätzlich ein Ausschluss von Entfaltungs- und Betätigungsmöglichkeiten, die ansonsten nichtbehinderten Menschen zustehen, einen Grundrechtsverstoß darstellen kann, wenn nicht kompensierende Fördermaßnahmen bereitgestellt werden. Im vorstehend zitierten Sonderschulfall hat das Gericht festgestellt, es sei von Verfassung wegen nicht zu beanstanden, dass nach dem im betroffenen Bundesland verfolgten Konzept die zielgleiche wie die zieldifferente integrative Erziehung und Unterrichtung unter den Vorbehalt des organisatorisch, personell und von den sächlichen Voraussetzungen her Möglichen gestellt ist:¹³⁷

„Der Gesetzgeber ist deshalb, wenn er sich in seinem Regelungskonzept für das Angebot einer sowohl zielgleichen als auch zieldifferenten integrativen Beschulung entscheidet, verfassungsrechtlich nicht gehindert, die tatsächliche Verwirklichung dieser Integrationsformen von einschränkenden Voraussetzungen der hier in Rede stehenden Art abhängig zu machen. Ein Einschätzungsspielraum sowie der Vorbehalt des tatsächlich Machbaren und des finanziell Vertretbaren bestehen aber auch bei der Ausgestaltung des Regelungskonzepts durch den Gesetzgeber. Er ist durch Art. 2 I, 6 II 1 und 3 III 2 GG nicht verpflichtet, für das jeweilige Land alle Formen integrativer Beschulung bereitzuhalten. Im Rahmen seiner Entscheidungsfreiheit kann er vielmehr von der Einführung solcher Integrations-

¹³¹ So das Bundesverfassungsgericht – BVerfGE 96, 288 (301) – noch vor Inkrafttreten des SGB IX, das das Schwerbehindertengesetz integriert hat, vgl. §§ 68 ff. SGB IX.

¹³² Insgesamt zur verfassungsrechtlichen Problematik des Schutzes von Menschen mit Behinderung (Zacher 2001).

¹³³ Letzteres ist im Einzelnen noch streitig, dürfte aber überwiegende Meinung sein.

¹³⁴ BVerfG, Beschl. v. 19. Januar 1999 – 1 BvR 2161/94, NJW 1999, S. 1853 ff. (1855).

¹³⁵ BVerfGE 96, 288 = NJW 1998, S. 131 ff.

¹³⁶ BVerfGE 96, 288 = NJW 1998, S. 131 ff. (132).

¹³⁷ Wie Fußnote 103.

formen absehen, deren Verwirklichung ihm aus pädagogischen, aber auch aus organisatorischen, personellen und finanziellen Gründen nicht vertretbar erscheint. Voraussetzung dafür ist, dass die verbleibenden Möglichkeiten einer integrativen Erziehung und Unterrichtung den Belangen behinderter Kinder und Jugendlicher ausreichend Rechnung tragen.“

Mit der letzteren Feststellung hat das Bundesverfassungsgericht die Grenze zum Förderungsgebot markiert.

Ein spezielles Förderungsgebot für behinderte Menschen ist im Grundgesetz noch nicht enthalten. Ein Förderungsgebot wäre dem Grundgesetz aber nicht fremd, wie die zum gleichen Zeitpunkt wie das Behinderten-Diskriminierungsverbot eingeführte Vorschrift zur Gleichberechtigungsförderung zeigt: „Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin.“ (vgl. Artikel 3 Abs. 2 Satz 2 GG). Unabhängig von dieser auf der Ebene des Verfassungsrecht zu lösenden Frage ist es schon jetzt dem einfachen Gesetzgeber unbenommen, fördernde Regelungen zu schaffen.¹³⁸ Im Übrigen könnte das Benachteiligungsverbot in seinem objektiven Gehalt auch als Gebot zur Vermeidung von Behinderungen durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen verstanden werden (Welti 2001a: 2211; Caspar 2000: 139).

Überträgt man die Feststellungen des Bundesverfassungsgerichts speziell auf die Benachteiligungssituation demenziell erkrankter Menschen, so könnte ein Ausschluss von Entfaltungsmöglichkeiten schon darin gesehen werden, dass diese Personen etwa aufgrund ihrer Verwirrtheit nur noch in engen räumlichen Grenzen mobil sein können. Die Einschränkung der Mo-

bilität, die wiederum zu einer Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft führen kann, würde einen solchen Ausschluss von Entfaltungsmöglichkeiten bedeuten. Eine fehlende Förderung von Restkapazitäten bei solchen Personen kann auch solche negativen Ergebnisse zeitigen. In Verfolgung der Argumentationslinie des Bundesverfassungsgerichts darf aber der Vorbehalt des organisatorisch, personell und von den sächlichen Voraussetzungen her Möglichen nicht bedeuten, dass das Grundrecht faktisch wegen dieses Vorbehalts ständig leer läuft. In der fraglichen Entscheidung ist das Bundesverfassungsgericht auf eine Situation gestoßen, in der ein Bundesland bzw. ein Schulträger bereits mehrere Formen von Entfaltungsmöglichkeiten für behinderte Schülerinnen und Schüler vorgesehen hat. Damit war ein Ausschluss von Entfaltungsmöglichkeiten nicht gegeben.

Dies bedeutet, dass für demenziell erkrankte Personen in Verfolgung des grundgesetzlichen Benachteiligungsverbot für behinderte Menschen entsprechende Vorkehrungen getroffen werden müssen, um ihnen Entfaltungsmöglichkeiten zu bieten. Allerdings hat der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung des Regelungskonzeptes einen Einschätzungsspielraum und kann sich auf den Vorbehalt des tatsächlich Machbaren und finanziell Vertretbaren berufen. Der Gesetzgeber muss also mit anderen Worten in Berücksichtigung des in Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG enthaltenen Benachteiligungsverbot Vorkehrungen treffen, die auch demenziell erkrankten Personen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen. Weiter müssen – unter diesen Maßgaben – Vorkehrungen getroffen werden, mit denen die körperlichen und geistigen Einschränkungen ausgeglichen oder behoben werden. Das Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG)¹³⁹ setzt bei solchen ausgleichenden Maßnahmen an.

¹³⁸ Dies geschieht mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen und zur Änderung anderer Gesetze, Deutscher Bundestag, Drucksache 14/7420.

¹³⁹ Siehe dazu oben Abschnitt 5.5.5.3.3.

6 Ethik der Solidarität mit Hochaltrigen

6.1 Einführung

Der Anteil älterer Menschen jenseits des 60. bzw. 65. Lebensjahres hat in den vergangenen 50 Jahren, zunächst in den industrialisierten Ländern, in bisher nie gekanntem Maße zugenommen. Derselbe Trend zeichnet sich inzwischen auch in den Entwicklungsländern ab. Im selben Zeitraum ist auch die Weltbevölkerung in noch höherer Zahl gewachsen. Beide Fakten zusammen bedeuten im Ergebnis, dass unsere Welt in wenigen Jahrzehnten von einer bisher in der Geschichte unerreicht hohen Zahl von alten Menschen bevölkert sein wird. Der Anteil Hochaltriger, also der Personen jenseits des 80. Lebensjahres, wird in den nächsten Jahrzehnten besonders stark anwachsen. Dies wird Auswirkungen auf das Konzept vom menschlichen Leben und Lebenslauf, auf das Miteinander der Generationen, auf die Ressourcenverteilung und auf die Familien- und Sozialpolitik haben.

Die Vorbereitung von Gesellschaft und Politik auf die anstehenden Probleme verläuft unterschiedlich. Auf der politischen Ebene hat man sich schon vor fast zehn Jahren um die Einholung von Sachverstand bemüht und eine Enquete-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und an die Politik“ eingerichtet (Deutscher Bundestag 1994). Diese Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages ist noch heute tätig. Auf der gesellschaftlichen Ebene, insbesondere in den Medien, werden die anstehenden Probleme häufig nur mit negativen Vorzeichen diskutiert. „Überalterung“ oder „Vergreisung der Bevölkerung“, „Rentnerlast“ oder gar „Krieg der Generationen“ sind mittlerweile plakative Formeln geworden, in denen Ängste und Befürchtungen zum Ausdruck kommen. Die Tatsache, dass es innerhalb dieses demographischen Wandels gerade die Zahl der Hochaltrigen ist, die bereits am stärksten zugenommen hat und in den nächsten Dekaden weiter wachsen wird, ist geeignet, die möglicherweise empfundene Bedrohungen des gesellschaftlichen Friedens zu verstärken, weil die höchsten Altersstufen besonders mit Vorstellungen von Krankheit, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit besetzt sind. Demgegenüber kann die Bewunderung für Menschen, die ein so hohes Lebensalter erreicht haben, in den Hintergrund gedrängt werden. An dieser Stelle sei auf die Tabelle 1-1 in Kapitel 1 verwiesen, die die Entwicklung der Bevölkerungszahl und des Anteils Älterer und hochaltriger Menschen seit 1953 und in der Voraussage bis zum Jahr 2050 zusammenfasst. Deutlich ablesbar ist die abgelaufene und vorausgesagte Entwicklung am Altersquotienten. Der Altersquotient, der die Zahl der über 60-Jährigen auf jeweils 100 der 20- bis 59-Jährigen in der Bevölkerung angibt, ist zwischen 1953 und 1999 fast um das Eineinhalbfache gestiegen und wird sich bis zum Jahre 2050 wahrscheinlich auf das Zweieinhalbfache weiter erhöhen.

Altwerden und Altsein sind seit der Antike ambivalent betrachtet worden. Diese Ambivalenz hat in Selbstbeschreibungen und gesellschaftlich verankerten positiven und negativen Altersstereotypen vielfältigen Ausdruck gefunden, die ebenfalls in Kapitel 1 kurz dargestellt worden sind. Während der eine Pol der Sichtweise sich als Möglichkeit zur Freiheit von alltäglichen beruflichen, sozialen Verpflichtungen und Zwängen beschreiben lässt, stellt sich der andere Pol als unvermeidlicher Rollenverzicht, Abnahme der Entscheidungsspielräume, Einbußen an physischer und mentaler Leistungsfähigkeit bei gleichzeitiger Belastung mit zumeist chronischen körperlichen und psychischen Erkrankungen und Abhängigkeit von Hilfe und Unterstützung durch andere dar.

Das Anwachsen der Zahl der Alten und Hochaltrigen hat zur Folge, dass sie in der Gesellschaft nicht mehr als einige wenige bewundernswerte Personen in Erscheinung treten, sondern zum „Massenphänomen“ werden. Es besteht die Sorge, dass damit die von der Gesellschaft zu tragenden Aufwendungen für die ältere Generation steigen werden. Dies kann von den Jüngeren auch als Konkurrenz um die Verteilung sozialer Positionen und Güter und damit als potenzielle Bedrohung empfunden werden, obwohl die innerfamiliären Beziehungen zwischen Jüngeren und Älteren auf der Ebene der gegenseitigen Hilfestellung und des finanziellen Austausches mehrheitlich im positiven Sinne erhalten sind und funktionieren (Kohli & Künemund 2000).

Der Zusammenhalt der Gesellschaft gründet sich auf stillschweigende und explizite ethische Regeln. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sowohl in religiös bestimmten als auch in säkularisierten Gesellschaften Bereichsethiken existieren, die zueinander in Widerspruch geraten können (z. B. Individualethik, Sozialethik, unterschiedliche Berufsethiken). Dies hat zur Folge, dass in konkreten Situationen ethische Kompromisse gefunden werden müssen. Die strikte Durchsetzung ethischer Prinzipien läuft gerade in Konfliktbereichen Gefahr, Ungerechtigkeiten zu produzieren. Unerkannte und uneingestandene ambivalente Bewertungen von Konfliktsituationen sind zudem mit Unsicherheit über ethische Entscheidungen und der Gefahr radikaler Lösungen belastet.

Möglichkeiten der sozialen Partizipation und Integration sind im Alter von besonderer Bedeutung, wobei die jüngeren Alten noch stärker das Bedürfnis nach aktiver Partizipation haben, für die Hochaltrigen jedoch die Kompensation natürlicherweise reduzierter sozialer Kontakte und altersbedingten Rückzugs aus aktiver sozialer Partizipation im Vordergrund stehen muss. Dies schließt die Unterstützung familiärer, nachbarschaftlicher, wohlfahrtlicher und kultureller Angebote ein. Soziale Integration ist für die Lebenszufriedenheit alter Menschen mindestens so wichtig, wie die subjektive Gesundheit und der Ein-

kommensstatus. Sie fördert kognitive Funktionen und die Kreativität der Hochaltrigen. Hochaltrige Menschen, die intensive Kontakte zu ihrer beruflichen Umwelt erhalten haben, können noch wertvolle wissenschaftliche und kulturelle Leistungen vollbringen.

Der Vierte Altenbericht hat sich zum Ziel gesetzt, ein realistisches Bild der Hochaltrigkeit zu zeichnen und weder die Augen vor Risiken und Gefährdungen zu verschließen, noch Potenziale, die auch das Leben im höchsten Alter bietet, zu übersehen.

6.2 Gesellschaftliche Bewertung der Hochaltrigkeit

Wie bewertet die Gesellschaft die Hochaltrigkeit? Diese Bewertung ist zwiespältig und folgt im Grunde dem alten Muster: „Altwerden möchte ein jeder, aber dabei jung bleiben!“ Einer häufig negativen Bewertung in den Medien stehen Bevölkerungsbefragungen gegenüber, in denen mehrheitlich der Wunsch geäußert wird, alt zu werden. Die negativen Aspekte des Alterns werden vorwiegend bei anderen gesehen und weniger in die eigene Zukunftsperspektive integriert (Lynch 2000).

In der öffentlichen Diskussion über die Folgen des demographischen Wandels zeigt sich oft Rat- und Hilflosigkeit. Ein Beispiel hierfür bildet die zunehmend auch in der Öffentlichkeit geführte Diskussionen zum unterstützten Suizid bzw. zur Tötung auf Verlangen. Dies markiert am deutlichsten die Notwendigkeit der Einbeziehung und Fundierung einer integrierten „Altersethik“ in einen Kanon der Ethik des menschlichen Lebens insgesamt. Legt man den Betrachtungen die von Baltes u. a. entwickelte Theorie einer „inkompletten Architektur“ des menschlichen Lebens zugrunde, so überrascht es nicht, dass unsere Gesellschaft mit dieser Aufgabe gerade jetzt konfrontiert ist, obwohl die Wurzeln einer ethisch-philosophischen Rechtfertigung und Bewertung des Alters sich bis weit in die Antike verfolgen lassen. Kurz zusammengefasst besagt die Theorie folgendes (Baltes, P. B. 1997): Eine phylogenetisch-evolutionäre Optimierung des Alters kann es deshalb nicht geben, weil selektive Anpassungsmechanismen jenseits der generativen, d. h. Fortpflanzungsphase nicht wirksam werden können. Das Erscheinen des Alters im Lebensablauf ist deshalb von Anfang an ein Ergebnis der Zivilisation und Kulturbildung, die aber erst in dem Moment voll herausgefordert werden, als Altern und Hochaltrigkeit ihre Singularität verlieren und Teilbestandteil der durchschnittlichen Lebenserwartung werden. Weil dies erst seit wenigen Jahrzehnten der Fall ist, kann die Architektur des menschlichen Lebenslaufes noch nicht komplett entwickelt sein. Ein weitere Annahme dieser Theorie ist es, dass vorhandene kulturelle Unterstützungsmaßnahmen an Effizienz verlieren, je weiter die Lebenserwartung sich in das sehr hohe Alter ausdehnt, und deshalb neue Formen entwickelt werden müssen. Hierzu bedarf es neben intensiver Forschung des Erfindungs- und Entwicklungspotenzials aller Mitglieder der Gesellschaft.

6.3 Die Lebenssituation Hochaltriger

Die Lebenssituation Hochaltriger ist unter der Berücksichtigung wesentlicher Dimensionen im Kapitel 3 diffe-

renziert anhand existierender Daten beschrieben. Daraus ergeben sich zwei generelle Aussagen:

Erstens: Das von der gerontologischen Forschung entwickelte Konzept des differenziellen Alterns gilt auch für den vierten Lebensabschnitt. Hierunter wird verstanden, dass Altern kein gleichmachender Prozess ist, sondern eher zur Herausstellung biografischer, d. h. lebenslang angelegter Verschiedenheiten führt. Im Querschnittsvergleich ist auch bei Hochaltrigen die Verschiedenheit zwischen den Individuen (interindividuelle Varianz) sehr groß. Man findet – bei einem breiten Bereich kontinuierlichen Übergangs – höchst gesunde, aktive, ihr Leben selbstständig gestaltende Personen auf der einen Seite und auf der anderen Seite Personengruppen mit zunehmender Risikobelastung und Hilfsbedürftigkeit. Hierin liegt eine Quelle der ambivalenten Betrachtung von Alter und Hochaltrigkeit. Die interindividuelle Varianz ließ sich selbst bei 100-Jährigen hinsichtlich der Sozialkontakte, Offenheit und Einsamkeit feststellen.

Zweitens: In Kapitel 3.7 ist dargelegt, daß es die Häufung von unterschiedlichen Risiken ist, die das Leben im hohen Alter belastet und Hilfs- und Unterstützungsbedarf auslöst. Dies zeigt sich allein schon auf der medizinischen Ebene anhand des gleichzeitigen Auftretens mehrerer chronisch-körperlichen und psychischen Erkrankungen (Multi- und Komorbidität). So weisen 96 % der über 70-Jährigen mindestens eine und 30 % fünf oder mehr somatische und/oder psychische, behandlungsbedürftige Erkrankungen auf, wobei der höhere Multimorbiditätsgrad auch mit einer erhöhten Sterblichkeit einhergeht. An der Spitze des Häufigkeitsspektrums stehen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (kardiovaskuläre und cerebrovaskuläre Erkrankungen) sowie mobilitätseinschränkende Erkrankungen des Bewegungsapparates. Dabei fällt in allen Untersuchungen auf, dass die subjektive Gesundheitseinschätzung stets positiver ausfällt als die objektiven Untersuchungsbefunde, was nicht zuletzt als ein Indiz für auch im hohen Alter positive Lebenseinstellung gewertet werden kann. Dem entspricht die überraschend hohe Lebenszufriedenheit auch Hochaltriger selbst unter objektiv ungünstigen Lebensumständen, ein Phänomen, was auch als „Lebenszufriedenheitsparadox“ bezeichnet worden ist (siehe Berliner Altersstudie: Smith, J. et al. 1996: 516–519). Es ist wahrscheinlich das Ergebnis einer gegenüber Jüngeren anderen Kriteriensetzung bei der Einschätzung der eigenen Lebenssituation, aber auch von Anpassungsprozessen an eine veränderte Lebenssituation, eine Veränderung von Vergleichszielen und die Senkung eigener Ansprüche.

Die überraschende Stabilität der Lebenszufriedenheit bis in das hohe Alter darf auch als Ergebnis „psychologischer Widerstandsfähigkeit“ (Resilienz) den mit dem Alter unabweichlichen negativen Veränderungen gegenüber gesehen und als beträchtliche Ressource für Hilfs- und Unterstützungsangebote gewertet werden (Staudinger et al. 1996: 322–323). Hinsichtlich der subjektiven Gesundheitseinschätzung zeigt sich parallel zur Zufriedenheit ebenfalls eine beträchtliche Stabilität bis in die höchsten Altersgruppen, trotz Verschlechterung der körperlich-

organischen und funktionellen Gesundheit. Es scheint sich hierbei um das Ergebnis zweier unterschiedlicher Vergleichsbewertungen zu handeln, die Ältere vornehmen: Eine positive Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes ergibt sich aus dem Vergleich mit gleich alten Personen, während beim Vergleich zum eigenen Gesundheitszustand z. B. vor einem Jahr eher eine Verschlechterung gesehen wird. Das „Altern im Alter“ scheint zu einer Loslösung der innerpsychischen Vergleichsprozesse von den objektiven Gegebenheiten zu führen (Borchelt et al. 1996: 470 ff.).

Das subjektive Befinden und insbesondere die Funktionsfähigkeit bzw. deren Verluste sind neben der seelischen Verfassung und der sozialen Situation des älteren Menschen die maßgeblichen Faktoren, die gerade bei den Hochaltrigen die gesundheitsbezogene Dimension der Lebensqualität ausmachen. In diesem Zusammenhang kommt den Wechselwirkungen zwischen somatischen und psychischen Erkrankungen, krankheits- bzw. altersbedingter Immobilität und Störungen der Gleichgewichtsregulation sowie Einbußen des Gehörs und des Sehvermögens besondere Bedeutung zu. Neben diesen Faktoren sind es aber auch soziale Isolation und subjektiv empfundene Einsamkeit, die zu den Risikokonstellationen zu zählen sind, die wiederum in Wechselwirkung mit den verfügbaren finanziellen Ressourcen stehen.

Gerade in der Gruppe der Hochaltrigen finden sich häufig unzureichende Wohnbedingungen bzw. ein niedriger Wohnstandard als weiterer Risikofaktor, denn im Falle von Mobilitätseinschränkungen oder durch andere Ursachen ausgelöster Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sind die Wohnbedingungen ein bestimmender Faktor für die Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung. Die Ergebnisse der Berliner Altersstudie zeigen sogar, dass sozioökonomische Faktoren, gemessen am Sozialindex, einen starken Zusammenhang mit vorzeitiger Mortalität aufweisen. Die Risiken der Hochaltrigkeit treffen insbesondere Frauen; dies lässt sich vordergründig aber keineswegs ausschließlich aus der höheren Überlebenswahrscheinlichkeit des weiblichen Geschlechtes erklären.

Insgesamt sieht die Vierte Altenberichtscommission aufgrund der dargestellten Befunde die Hochaltrigkeit als eine gerade von den Nachfolgenerationen sehr wahrscheinlich zu erwartende Lebensphase mit bedrohten Kompetenzen bzw. deutlich erhöhter Verletzbarkeit (Vulnerabilität) an. Dennoch gibt es für diese Lebensphase aber durchaus Möglichkeiten der autonomen und aktiven Lebensgestaltung, vor allem dann, wenn eine angemessene gesellschaftliche Unterstützung gewährt wird.

6.4 Grundlagen einer Ethik des Alterns

6.4.1 Ausgangspunkte

Langlebigkeit ist eine bei vielen Arten angelegte biologische Möglichkeit. Unterschiedliche Umweltbedingungen können allerdings erhebliche Unterschiede der durchschnittlichen Lebensdauer einer Art erzeugen. In menschlichen Gesellschaften führte die fortschreitende Zivilisa-

tion zu einer drastischen Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung. Zivilisation wird hier begriffen als ein Prozess der Verbesserung der Ernährung, der hygienischen, medizinischen und technischen Lebensbedingungen, der Ausschaltung unvorhersehbarer plötzlicher Todesursachen sowie der Einführung sozialer Sicherungssysteme. Zunehmende Langlebigkeit ist so gesehen der sichtbare Erfolg zivilisatorischer Bemühungen; sie ist keinesfalls etwas Unnatürliches, sondern biologisch als Möglichkeit angelegt. Anlage und Fähigkeit zur Entwicklung von Zivilisation und Kulturbildung sind zudem als natürliche Eigenschaften des Menschen zu betrachten. Nichtakzeptanz zunehmender Langlebigkeit der Menschen bedeutet Ablehnung des zivilisatorischen Fortschritts.

Alter und hohes Alter sind nicht zuletzt aus dem eben genannten Grund als ebenso natürliche Bestandteile des menschlichen Lebenszyklus zu begreifen und zu akzeptieren wie Kindheit, Jugend und mittleres Lebensalter. Ohne die Altersphasen bleibt das menschliche Leben in der Tat eine unvollendete Architektur und unser Lebensentwurf ein Fragment. Das Alter spiegelt unser individuelles Leben wider und bringt es ins Bewusstsein durch bilanzierende Rückschau. Darin gründet sich auch die Fähigkeit und die Chance, den eigenen Lebensentwurf zu vollenden und dem Leben auch im höchsten Alter Sinn zu geben.

6.4.2 Solidarität

Wie auch immer die Entwicklung menschlicher Gesellschaften, ihre Institutionen und Strukturen abgeleitet werden, sie sind ohne Solidaritätsprinzip nicht denkbar. Dieses Prinzip hat zwei Seiten: das Miteinander und das Füreinander. Das Miteinander ist leistungsorientiert, weil es Leistungen ermöglicht, die dem Einzelnen außerhalb der Gesellschaft nicht erreichbar wären. Das Füreinander entspringt aus dem Mitleiden mit der Not anderer, woraus der Appell zum solidarischen Handeln im Sinne der Fürsorge, der Unterstützung und Hilfeleistung erwächst. Diese Verpflichtung zur Solidarität ist in einem der zentralen Verfassungsprinzipien, dem Sozialstaatsprinzip, festgelegt.

Solidarität hat eine intra- und eine intergenerationelle Dimension (Caspar 2001). Die sozialethische Verpflichtung zum Ausgleich und zur Bewältigung von Armut und Krankheit ist eine Frage der intra- wie der intergenerationellen Solidarität. Das in der deutschen Krankenversicherung praktizierte Solidaritätsprinzip umfasst so mehrere Dimensionen: Die Gesunden haben die Folgerisiken der Kranken solidarisch mitzutragen. Dies gilt aber auch für die Kranken untereinander, leicht Kranke tragen die Risiken für schwer Kranke, befristet akut Kranke für langzeit chronisch Kranke mit; die mit Krankheit geringer belasteten jüngeren Generationen müssen die Lasten für die häufiger und länger erkrankten Alten mit tragen. Diejenigen Beitragszahler, die die Krankenversicherung finanziell geringer beanspruchen, tragen solidarisch die Lasten derjenigen, die die Leistungen dieses Systems finanziell höher in Anspruch nehmen. Der Ausgleich zwischen den

Generationen ist nicht zuletzt unter der Perspektive zu sehen, dass die jetzt Jüngeren, wenn sie alt geworden sind, dieselbe Solidarität von den nachrückenden Generationen erwarten müssen.

Auf dem Gebiet der Krankenversicherung trifft die bisher als notwendig und als selbstverständlich anerkannte Solidarität zwischen den Generationen auf eine zunehmend prekäre Situation: Das Anwachsen der diagnostisch-therapeutischen Möglichkeiten in der Medizin, die Erwartung der Versicherten auf Inanspruchnahme dieser Möglichkeiten sowie die systemeigenen Ineffizienzen des Krankenversicherungssystems bilden zusammen mit der verstärkten Inanspruchnahme dieses Systems durch eine alternde Bevölkerung eine als brisant empfundene Mischung. Im Kern geht es dabei um die – eher theoretische – makroökonomische Frage, welchen Anteil an der volkswirtschaftlichen Gesamtleistung die Leistungen für Gesundheit, insbesondere der Leistungen der gesetzlichen Sicherungssysteme ausmachen sollen. Konkreter politisch wird diese Frage, wenn in einem beitragsfinanzierten Krankenversicherungssystem Ausgabenzuwächse die Lohnnebenkosten ansteigen lassen, wie dies bei der deutschen ausgabenorientierten Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung der Fall ist. In einem solchen ausgabenorientierten Einnahmesystem steht die Begrenzung der Ausgaben dann an vorderster Stelle politischer Prioritäten, wenn die Erhöhung der Einnahmen, d. h. der Beiträge als politisch und/oder ökonomisch inopportun erscheinen. Angesichts dieser Situation werden auch Stimmen laut, die die Ausgabenbegrenzung durch Leistungsbegrenzungen dadurch bewirken wollen, dass bei älteren und insbesondere hochaltrigen Menschen bestimmte, hohe Kosten verursachende Leistungen nicht mehr bereitgestellt werden.

Die Problematik stellt sich also als eine doppelte dar: Ältere und hochaltrige Menschen nehmen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Verhältnis zu anderen Gruppen bereits überdurchschnittlich hoch in Anspruch; dies trifft auf eine Situation der bereits bestehenden und als politisch anerkannten Notwendigkeit der allgemeinen Ausgabenbegrenzung im Krankenversicherungssystem. In der öffentlichen Berichterstattung und Diskussion wird immer wieder die Tatsache hervorgehoben, dass für die über 65-Jährigen der größte Anteil der Kosten, die durch Krankenhaus- und medikamentöse Behandlung entstehen, aufgrund der alterskorrelierten Multimorbidität aufgebracht werden müssen. Altersbegrenzungen teurer medizinischer Leistungen werden gefordert, diskutiert und an Einzelfällen stillschweigend wahrscheinlich auch schon praktiziert. Zur Begründung werden die Notwendigkeit der Investition in die Zukunft und damit in die Jüngeren sowie das Gerechtigkeitsprinzip angeführt. Das Letztere deshalb, weil in Zukunft fast alle Menschen, die geboren werden, sehr alt werden, Altersbegrenzungen daher die gesamte Population treffen und dadurch die moralisch problematische Selektion spezifischer Risikogruppen vermieden wird (Buchner et al. 2001).

Das Alter eines Menschen kann jedoch für sich genommen nicht als Kriterium für Leistungsbegrenzungen im Krankenversicherungssystem in Betracht kommen. Jede

Bestimmung einer Altersgrenze müsste mangels eindeutiger biologischer Kriterien willkürlich festgelegt werden, und die große interindividuelle Variabilität von Leistungsfähigkeit und Krankheitsbelastung müsste negiert werden. Entscheidend ist, dass die verfassungsrechtliche geschützte Würde des Menschen nicht lebensphasisch teilbar ist.

Problematisch würde sich auch die Anwendung prognostischer Kriterien erweisen, wenn sie dazu führen würden, dass diejenigen, die am stärksten durch Multimorbidität krankheitsbelastet sind, wegen der schlechteren medizinischen Prognose und der Prognose einer begrenzten Lebensdauer am ehesten aus Leistungen des Krankenversicherungssystems auszugrenzen wären. Ein solches Vorgehen würde auch das Prinzip der Solidarität mit den Schwächsten tangieren. Alters- oder prognosebezogene Leistungsbegrenzungen mit ihren Effekten einer sozialen Euthanasie sind daher solidaritätsfremd: Sie verletzen die Menschenwürde.

Anders als im Krankenversicherungssystem, in dem sich intra- und intergenerationelle Solidarität vermischen, ist im deutschen Alterssicherungssystem bislang die intergenerationelle Solidarität stark dominierend. Dies bildet sich schon im Finanzierungsmodus der gesetzlichen Rentenversicherung, dem Umlageverfahren, ab, wonach die gegenwärtigen Beitragszahler, also die Erwerbstätigen, für die gegenwärtig gezahlten Renten aufkommen. Mit der jüngsten, aus dem Jahr 2001 stammenden Reform der Alterssicherung ergeben sich zukünftig Verschiebungen: Die staatliche – steuerliche – Förderung privater Vorsorge schafft eine intragenerationelle Solidarität zwischen den jetzt Erwerbstätigen mit Blick auf eine Verringerung intergenerationeller Solidarität zwischen den künftigen Rentnergenerationen und den künftigen Erwerbstätigen, denn die private Vorsorge soll zum Ausgleich künftiger geringer ausfallender Rentenzahlungen beitragen. Diese Verschiebung von Solidaritäten und die damit bezweckte partielle Verlagerung von Altersvorsorgeverpflichtungen auf das Individuum ist unter dem Blickwinkel des Anwachsens der älteren Bevölkerung und damit der Rentnerpopulation positiv zu beurteilen, trägt sie doch in maßvoller Weise dazu bei, die angesichts demographischer Veränderungen notwendigen neuen Gewichtungen im Verhältnis von kollektiver Solidarität und individueller Verantwortlichkeit herzustellen.

6.4.3 Schutz der Würde

Der im Grundgesetz verankerte Schutz der Würde des Menschen gilt uneingeschränkt für „jedes menschliche Wesen, unabhängig von seinem Entwicklungszustand, seiner Leistungsfähigkeit und seiner subjektiven und objektiven Zuständigkeit...“ Sie besteht also für das menschliche Wesen von seiner Empfängnis bis zu seinem Tod, und zwar im Sinne des uneinschränkbar Selbstwertes. Auf die Menschenwürde gründen sich das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, die Unverletzlichkeit der Freiheit der Person und die Gleichheit aller Menschen, die als Grundrechte und Wertmaßstäbe für das

ganze Recht gelten. Die in der Verfassung geschützte Würde des Menschen ist allen Individuen der Gattung unabhängig von Fähigkeiten, Leistung und Alter zu Eigen. Mit dieser Gattungswürde verknüpft ist es die Aufgabe eines jeden (die durchaus verfehlt werden kann), ein vernunftgeleitetes, sinnvolles und von sittlichen Prinzipien geleitetes Leben zu führen und so den Ansprüchen der Menschenwürde gerecht zu werden.

6.4.4 Autonomie

Eng mit der Menschenwürde verknüpft, hat die Autonomie in gegenwärtigen Diskussionen über die Ethik des Lebens, insbesondere auch über die Europäische Menschenrechtskonvention zur Bioethik, einen hohen Stellenwert. Eingriffe in die Freiheit zur Selbstbestimmung (Autonomie) werden bisweilen als eine grundsätzliche Verletzung der menschlichen Würde angesehen. Die Gewährleistung von Selbstbestimmung hat mittlerweile auch Eingang in die jüngere deutsche Sozialgesetzgebung gefunden, so in das SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und in das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen).

Dabei findet die Freiheit zur Selbstbestimmung dort ihre Grenze, wo sie die Freiheit anderer verletzt. In der Geschichte der philosophischen und politischen Aufklärung war der Kampf um Autonomie vor allem auf die Befreiung von herrschenden gesellschaftlichen und politischen Zwängen gerichtet und wurde somit zu einem zentralen Kern der Entwicklung moderner demokratischer Verfassung, die unter den politischen Systemen allein das Recht auf Freiheit und Selbstverwirklichung im Rahmen gesellschaftlicher Einbindung aufrechtzuerhalten vermag.

Die Garantie eines notwendigerweise begrenzten, aber dennoch möglichst umfangreichen Raumes autonomer Entscheidungen stellt wahrscheinlich die auf den Kern reduzierte Legitimation der Demokratie dar. Würde ist lebensphasisch unteilbar. Autonomie hingegen gilt am Anfang des Lebens sehr eingeschränkt, nimmt im Übergang von der Kindheit zur Jugend graduell zu und gilt nach Erreichen des Erwachsenenalters, wie diese Grenze auch immer willkürlich festgelegt sein mag, unter den Bedingungen geistiger Gesundheit uneingeschränkt bis zum Tode. Auch den Ergebnissen der modernen Altersforschung sind keine Begründungen für eine zunehmende Begrenzung selbstbestimmter Entscheidungen zu entnehmen. Dies gilt auch für die Phase der Hochaltrigkeit, obwohl natürlich der individuelle Aktionsradius für die Ausführung und Umsetzung selbstbestimmter Entscheidungen durch alters- oder krankheitsbedingte Einschränkungen der Sensorik und Motorik begrenzt sein kann. Eine Einschränkung oder Aufhebung autonomer Entscheidungsfähigkeit kann nur aufgrund psychischer oder geistiger Erkrankung erfolgen. Die gesetzlichen Voraussetzungen und Folgen sind für alle Phasen des erwachsenen Lebens gleich.

Unbeschadet des Prinzips der Fürsorge geht es im Verhältnis zwischen Patient bzw. Patientin und Arzt bzw. Ärztin um die Ablösung paternalistischer Bevormundung seitens des Arztes durch ein auf Information, Aufklärung,

Fürsorge und einsichtsvolle Konsensbildung gekennzeichnetes Verhältnis. Dies bedeutet im Kern einen Ausgleich des Wissensgefälles zwischen dem Arzt als Spezialisten und dem Patienten als Laien, auch wenn dieser Anspruch nie völlig erfüllt werden kann. Auch hier wird der Anspruch auf Autonomie durch hohes Alter nicht eingeschränkt. Wohl aber sind vom Arzt für den Umgang mit Hochaltrigen besonderes Einfühlungsvermögen, Freiheit von negativen Altersstereotypen sowie besondere Kenntnisse und Erfahrungen gefordert. Ähnliches gilt in Analogie für alle in der Versorgung Tätigen.

6.4.5 Sinnhaftigkeit

Auch das Leben Hochaltriger ist individuell und für die Gesellschaft sinnvoll. Nicht nur, weil auch im Alter unter entsprechenden Bedingungen häufig Leben bei erträglichem leib-seelischen Wohlbefinden und sozialer Integration möglich ist und selbstbestimmt geführt werden kann, sondern auch, weil altes Leben gerade im Anblick des näher rückenden Endes personale Ernsthaftigkeit und Identität jenseits ökonomischer Nützlichkeit, Wert und Sinn in sich trägt. Für die Gesellschaft ist das Leben alter Menschen die notwendige Anwesenheit der Vergangenheit, von Mitmenschen, die in Weitergabe und Vergegenwärtigung von Erfahrungen nicht unter dem beherrschenden Gesichtspunkt ökonomischer Zwecke zu sehen sind. Alte und hochaltrige Menschen können in Familie und Gesellschaft in vielfältigen Formen helfend und vermittelnd tätig sein. Sie könnten es noch stärker als heute, wenn ihre unterstützende und fördernde Mitwirkung gesehen und angemessen gefördert würde. Diese Bedeutung hochaltrigen Lebens gilt trotz aller biologischen und sozialen Belastungen des Alters. Diese positive Sichtweise negiert keinesfalls die individuell höchst verschiedenen und häufig auftretenden Risiken, wie sie im Bericht beschrieben sind. Exemplarisch und für das Ganze menschenwürdigen Lebens – auch unter solchen belastenden Bedingungen – ist hochaltriges Leben nicht nur als „verrinnender Lebensrest“ für die noch Jüngeren als Teil der *conditio humana* bedeutsam. Es kann die Fähigkeit und Möglichkeit aufzeigen, auch an Grenzen der Belastung durch Krankheit und körperlichen Verfall, menschliches Leben sinnvoll zu führen und zu bestehen.

6.4.6 Gleichwertigkeit der Lebensphasen

Grundlage einer humanen Ethik ist die grundsätzliche Gleichrangigkeit aller Lebensphasen im Sinne eines biologischen, psychologischen und sozialen Konzeptes einer einheitlichen Lebenslaufentwicklung, aus welcher keine einzelne Lebensphase wegzudenken ist. Dies schließt eine Abwertung des Alters und der Hochaltrigkeit aus. Jede Lebensphase wird von der vorausgehenden bestimmt und hat die ihr eigentümlichen Lebens- und Daseinsaufgaben zu lösen bzw. zu bewältigen. Sie steht zugleich aber auch in der Verpflichtung zur Unterstützung und zum Austausch zwischen den Generationen. Aus beidem ergibt sich der Sinn jeder Lebensphase, auch für die des hohen Alters. Die gebotene Solidarität mit dieser besteht darin, die Hochaltrigen nicht ins Abseits zu drängen, ihnen ein gleichwertiges, möglichst uneingeschränktes

Leben zu ermöglichen, sie in das gesellschaftliche Leben einzubeziehen, eigene Aktivitäten zu unterstützen und vereinsamende Isolierung zu ersparen.

6.5 Folgerungen

Im Folgenden werden einige zentrale Felder beschrieben, auf denen Hochaltrige besonders auf Solidarität angewiesen sind.

6.5.1 Sicherung der materiellen Existenz

Vor wenigen Jahrzehnten war Armut im Alter, insbesondere bei Frauen, ein häufiges Problem. Dies ist heute dank der Sicherung und Anhebung der Alterseinkommen (Dynamisierung der Renten, eigene Rentenansprüche der zunehmenden Zahl erwerbstätiger Frauen) nicht mehr der Fall. Alle Eingriffe in das derzeitige und zukünftige Rentensystem müssen die zunehmende Langlebigkeit und die Sicherung altersgerechten Einkommens berücksichtigen, wenn Einkommenssicherung im Alter nicht wieder in großem Maßstab zur Aufgabe der Sozialhilfe werden soll. Es ergibt sich durchaus die Frage, ob bei zunehmender Lebensdauer und fragiler Arbeitsmarktsituation die Inanspruchnahme stärkerer Eigenverantwortlichkeit für die Alterssicherung eine Überforderung darstellt, jedenfalls für diejenigen, die erst spät oder nur phasenweise eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit aufnehmen oder aus anderen Gründen eine private Absicherung des Alterseinkommen nicht finanzieren können. Zu bedenken ist ferner, dass die Häufung von Risikokonstellationen Hilfs- und Unterstützungsbedarf in dieser Lebensphase auslösen kann. Die damit verbundenen unabdingbaren Eigenleistungen können das individuelle Einkommen in zunehmendem Maße belasten und zur Verarmung im Alter führen.

Zur Sicherung der materiellen Existenz gehört auch die Entwicklung und Realisierung von Wohnmöglichkeiten und Wohnstandards, die selbstständiges Leben auch in hohem Alter unterstützen und dadurch die Notwendigkeit subsidiärer Hilfsangebote zu reduzieren helfen. Individuelles Wohnen, Wohnen in selbst gewählten Gemeinschaftsformen und „kollektives“ Wohnen (z. B. in einem Heim) sind prinzipiell gleichrangig zu bewerten. Unabhängig von der Form des Wohnens muss denn auch im hohen Alter das Recht auf Privatheit unangetastet bleiben. Für die kommunale Strukturplanung ist zu berücksichtigen, dass die sich abzeichnende Konzentration auf Einkaufszentren für die Güter des Alltags die Älteren nicht vollständig von Versorgungsmöglichkeiten abschneidet oder abhängig macht von zusätzlich zu finanzierenden Dienstleistungsangeboten.

Die ärztliche Versorgung im engeren und die medizinische Versorgung im weiteren Sinne umfasst Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und auch die palliativmedizinische Versorgung, die im hohen Alter von besonderer Bedeutung ist. Einschränkungen allein aufgrund des Alters sind in keiner Lebensphase ethisch vertretbar (Kanowski 1998: 127/128). Das im hohen Alter hohe Multimorbiditätsrisiko mit allen seinen Konsequenzen hochwertiger

komplexer Diagnostik, Therapie- und Rehabilitationsplanung und palliativmedizinischer Versorgung verlangt sowohl unter humanitären als auch unter ökonomischen Aspekten im Gegenteil intensive Berücksichtigung in Forschung und Praxis der Medizin. Unbegründete Unterlassung notwendiger diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen ziehen auch bei hochaltrigen Patientinnen und Patienten für den Arzt den Vorwurf des Behandlungsfehlers und der unterlassenen Hilfeleistung nach sich. Sie widerspricht der ärztlichen berufsethischen Verpflichtung, bestmögliche Hilfe ohne Ansehen der Person zu leisten. Versuche, diese Verpflichtung am Lebensende aufzuweichen, würde die Grundprinzipien der ärztlichen Ethik ernstlich infrage stellen.

6.5.2 Zugang zur gesundheitlichen Versorgung

Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung findet für 90 % der Bevölkerung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung statt. In diesem Bereich hat sich in den vergangenen zehn Jahren eine zunehmende Verknappung der finanziellen Ressourcen in Relation zu den leistungsbedingten Ausgaben ergeben. Hierfür sind drei Faktoren maßgeblich:

- Fortschritte der medizinischen Forschung und ein deutlich ausgeweitetes Leistungsangebot.
- Bedingt durch den demographischen Wandel stärkere Inanspruchnahme der Leistungen für alte und hochaltrige Versicherte.
- Rückgang der Zahl der Beitragszahler.

Im Ergebnis hat dies zu einer Steigerung der leistungsbedingten Ausgaben und zu einer erheblichen Erhöhung der Beiträge geführt. Von einigen werden die Beiträge aus ökonomischer Sicht als nicht mehr steigerungsfähig angesehen. Mit den resultierenden Konsolidierungsproblemen der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich auf Makro- und Mikroebene ethische Fragen der Verteilungsgerechtigkeit bzw. des Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung. Im Zusammenhang mit dem demographischen Wandel sind sie gegenwärtig ein wesentlicher Teilbereich der ethischen Diskussion in der Medizin bzw. im Gesundheitswesen. Es resultieren daraus in erster Linie Forderungen nach Rationalisierungsmaßnahmen und nach Steigerung der Effizienz, Abbau von Missbrauch und geringen bzw. unwirksamen Leistungen.

Daneben wird aber immer wieder auch die Frage nach scheinbar unabweisbarer Rationierung laut, so z. B. ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen und Grenzen der Einsatz kostenträchtiger medizinischer Versorgung für ältere und insbesondere hochaltrige Menschen zu rechtfertigen ist. Es sei noch einmal unterstrichen, dass die Kommission Lebensalter und Krankheitsprognose als Kriterien für Leistungsbegrenzungen ethisch nicht für vertretbar hält. Die Leistungsbegrenzung gegenüber Alter und Hochaltrigkeit käme der Entsolidarisierung gegenüber einer zahlenmäßig zunehmend bedeutsamen Gruppe der Gesamtgesellschaft, im Prinzip einer „Aufkündigung des Generationenvertrages“ gleich (Lauter & Meyer 1992).

Die Altersmedizin ist im Wesentlichen mit chronischen unheilbaren Erkrankungen konfrontiert, von denen die verschiedenen Arten der Demenz und speziell die Alzheimer-Demenz nur – allerdings besonders belastende – Beispiele sind. Die bei ihrer Gründung überwiegend an der Versorgung von Akuterkrankungen ausgerichtete gesetzliche Krankenversicherung hat erst allmählich und gegen Ende des vorigen Jahrhunderts die Notwendigkeit der Absicherung langer und chronischer (teilweise über Jahrzehnte anhaltender) Erkrankungen zur Kenntnis genommen. Dies wird an den über 20 Jahre anhaltenden Auseinandersetzungen um Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit und um die Einrichtung einer Pflegeversicherung deutlich. Gegenwärtige Überlegungen und Modelle, die Versorgung chronisch Erkrankter angemessener und effizienter zu gestalten, sind deshalb auch aus ethischen Gründen unbedingt zu fördern und zu unterstützen, weil das Ertragen und Bewältigen chronischer Erkrankungen zu den massivsten lang anhaltenden Belastungen für die Betroffenen und ihre Angehörigen zu rechnen sind und deren Lebenschancen massiv beeinträchtigt. Solidarität bewährt sich gerade im Umgang mit den am stärksten Belasteten.

Überlegungen zur Solidarität bieten sich auch an, wenn es um die Ausrichtung des Gesundheitssystems im Sinne der Verfolgung bestimmter Ziele geht. Zwar ist das deutsche Gesundheitssystem, wie es durch die dominierende gesetzliche Krankenversicherung gestaltet ist, vor allem an der Akutversorgung ausgerichtet. Künftig werden aber zunehmend auch andere Versorgungsziele konkurrieren: Die Verhütung von Erkrankungen (primäre Prävention), die optimale Behandlung eingetretener Erkrankungen und die Verhütung von Rückfällen bzw. Chronifizierung (sekundäre Prävention) und die Beseitigung von Krankheitsfolgen im Sinne der Rehabilitation bzw. die medizinische Begleitung und Betreuung nicht heilbarer chronischer Erkrankungen bis hin zur Palliativmedizin (tertiäre Prävention). Effizienzorientierte Bestrebungen in der aktuellen Gesundheitspolitik gehen von den Prioritäten in dieser Reihenfolge aus. Solche Priorisierungen dürfen jedoch das Solidaritätsgebot, insbesondere die Würdigung der Belastungsintensität von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, nicht außer Acht lassen.

Geht man vom Prinzip der Humanität, und das heißt der sozialen Solidarität mit den am stärksten belasteten und deshalb in der sozialen Konkurrenz schwächsten Mitgliedern der Gesellschaft aus, so hätte die Versorgung und Betreuung langfristig chronisch schwer Belasteter Vorrang vor Rehabilitation, kurativer Behandlung und Prävention. Hieraus folgte aus ärztlicher Sicht der Vorrang intensiver Diagnostik und Behandlung manifester Krankheit und intensiver Rehabilitation zur Vermeidung des Übergangs in Chronifizierung und dauerhafte Behinderung. Die Prinzipien der Gerechtigkeit und Solidarität verlangen im Rahmen des Erreichbaren weiterhin, dass Krankheiten mit schweren Einbußen an psychischer und physischer Leistungsfähigkeit gegenüber solchen mit leichteren Folgen bevorzugt unterstützt werden müssten und ebenso Erkrankungen, die höhere Kosten verursachen als solche mit niedrigeren Kosten, die dem Einzelnen und den betroffe-

nen Familien eher zuzumuten sind. Als Beispiel sei auf die Alzheimer-Demenz als Typus einer chronisch-langfristig fortschreitenden Erkrankung hingewiesen, die zur völligen Zerstörung der Persönlichkeit führt und schwere Belastungen der Familie nach sich zieht. In Anerkennung der Realität knapper Ressourcen bleibt es allerdings eine offene, bisher wenig diskutierte Fragen, welche Betreuungsaufgaben im Falle vor allem chronisch-fortschreitender Erkrankungen als nicht zu bezahlende Leistungen an die Gesellschaft einschließlich der Betroffenen und ihrer Angehörigen und deren individuelles karitatives Laienengagement zurückgegeben werden können. Das Postulat, Leistungsbegrenzungen nicht aufgrund des Lebensalters vorzunehmen, muss einhergehen mit dem Postulat, dass medizinische und pflegerische Versorgung Hochaltriger in gleicher Weise nach evidenzbasierten Wirksamkeitskriterien erfolgen sollte wie in jüngeren Altersgruppen. Vor diesem Hintergrund ist die Vernachlässigung der Forschung zur gesundheitlichen Versorgung Hochaltriger im Vergleich zur Versorgung jüngerer Altersgruppen aus ethischer Sicht ebenfalls nicht zu rechtfertigen.

6.5.3 Inanspruchnahme der Familie als Ressource der Versorgung hochaltriger, insbesondere demenziell erkrankter Menschen

Die Rolle der Familie und insbesondere das Gewicht der Belastung, die sie bei der Versorgung und Betreuung hochaltriger, insbesondere demenziell erkrankter Personen trägt, wird noch viel zu wenig wahrgenommen. Die Inanspruchnahme von Familienangehörigen (s. dazu auch Kapitel 4.2) wird in den gegenwärtigen formellen Versorgungsstrukturen schlicht vorausgesetzt. In der sozialen Pflegeversicherung ist dies mit einem programmatischen Satz auch Gesetzestext geworden: Die häuslichen Pflegeleistungen wirken nur ergänzend (§ 4 Abs. 2 SGB XI). In der gesetzlichen Krankenversicherung wird Behandlungspflege nur geleistet, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann (§ 37 Abs. 3 SGB V).

Den Familienangehörigen wird damit schon von Gesetzes wegen nicht nur die mit der Betreuung und Erziehung von Kindern verbundene Belastung zugeschrieben, sondern darüber hinaus auch die in der Sache meist schwierigere, mühsamere und beeinträchtigendere Aufgabe der Betreuung und Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen zugemutet. Bisher ist kaum zu sehen, dass in unserer gesellschaftlichen Ordnung, in der in der jüngeren Vergangenheit ganz erhebliche Verbesserungen im Zusammenhang der Kindererziehung im Rahmen des Familienleistungsausgleichs erzielt worden sind, auch nur annähernd Vergleichbares für pflegende und betreuende Angehörige geschaffen worden ist.

Eine Ethik der gesellschaftlichen Verantwortung gerade auch für diesen Personenkreis wird kaum diskutiert. Während nach dem Konzept unserer Gesellschaftsordnung die Erziehung von Kindern zuvörderst Angelegenheit der Familie ist, wie es in Artikel 6 des Grundgesetzes

zum Ausdruck gebracht wird, gibt es für die Pflege und Betreuung von Angehörigen, gerade auch von demenziell erkrankten Angehörigen, keinen expliziten Auftrag an die Familie. Auch das familiäre Unterhaltsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches fordert solche Unterstützung von Familienangehörigen nicht. Trotzdem übernehmen Familien faktisch – zum Teil in außerordentlich großem Umfang – diese Belastungen. Die angemessene Unterstützung betreuender Familienangehöriger ist deshalb ein Gebot ethischer Verantwortung der Gesellschaft.

6.6 Hochaltrigkeit, Sterben und Tod

Hochaltrigkeit steht – als letzte Lebensphase – in enger Nähe zum Tod. Es gibt gute Argumente und empirische Hinweise dafür, dass im Alter und insbesondere im letzten Abschnitt des Alters die Angst vor dem Tod abnimmt oder sogar verschwindet, weil der Tod erwünscht erscheint, allenfalls die Furcht vor dem Sterbevorgang erhalten bleibt. Die vermeintlich und teilweise auch tatsächlich verbreitete Tabuisierung von Tod und Sterben in der Gesellschaft hat zu einer euphemistisch-mythischen Erklärung eines quasi natürlichen Todeswunsches am Ende des Lebens aus dem Gefühl einer Sättigung, des „Nun ist es genug“ heraus geführt. Gerade deswegen muss gegenwärtig bleiben, dass Todeswunsch und Todessehnsucht weit häufiger aus Leidenssituationen erwachsen, deren Ursachen zumeist in lebensbedrohlichen oder chronischen Erkrankungen zu suchen sind oder sich aus belastenden menschlichen Beziehungen sozialer Isolierung und Einsamkeit ergeben. Wie die Suizidforschung lehrt, stellt die Balance zwischen dem Wunsch zu sterben und dem Wunsch zu leben fast immer einen labilen Zustand der Ambivalenz dar, der im Wechselspiel zwischen Hoffnung und Verzweiflung und unter dem Druck der Umwelt zur einen oder anderen Seite ausschlagen kann. Freie Willensbildung und autonome Entscheidung können außerdem durch psychische Erkrankungen bzw. psychische Komorbidität, z. B. Depressionen, erheblich beeinträchtigt oder aufgehoben werden. Dies ist zu berücksichtigen, wenn über Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen in einer finalen Lebenssituation über passive und aktive Sterbehilfe diskutiert wird.

6.6.1 Lebensverlängerung und Leidensminderung

Der in diesem Bericht vertretene Standpunkt, dass eine altersrelativierte Begrenzung ärztlich-medizinischer Maßnahmen ethisch nicht zu rechtfertigen ist, bedeutet andererseits keine unbedingte Verpflichtung, unaufhaltbar zu Ende gehendes Leben mit allen technisch möglichen, etwa intensivmedizinischen und operativen Mitteln zu verlängern. Die Maxime der internationalen gerontologischen Gesellschaft lautet: „To add life to years, not years to life“. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung hat ebenfalls nicht den natürlichen biologischen Alterstod zum Gegner, gegen den es anzukämpfen gilt, sondern zielt auf den Erhalt des durch Krankheit in seiner Fortexistenz bedrohten Lebens. Ein ethisches Problem ergibt sich in der Altersmedizin daraus, dass natürlich zu erwartender

Tod und krankheitsbedingter Tod ununterscheidbar nah aneinander rücken können, woraus folgt, dass der ärztliche Auftrag zur Lebenserhaltung unter krankheitsbedingter vitaler Bedrohung durch die Nähe des biologischen Lebensendes immer stärker relativiert wird. Die in Deutschland und in der Schweiz publizierten ärztlichen Richtlinien zur Sterbehilfe erlauben den Verzicht auf intensivtherapeutische Maßnahmen, wenn durch diese nur das Leiden des Kranken verlängert würde, und sie erlauben palliativmedizinische Maßnahmen, z. B. die Gabe von Schmerz- und Beruhigungsmitteln, auch wenn hierdurch das Risiko einer Lebensverkürzung eingegangen wird.¹⁴⁰ Ausgangspunkt aller Überlegungen dürfen hier auf keinen Fall ökonomische Belange sein, sondern nur die individuellen Interessen und der Wille der Patientin bzw. des Patienten. Trotzdem sind hiermit nicht alle Konflikte gelöst, so wird z. B. kontrovers diskutiert, ob die artifizielle Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr eine lebensverlängernde Therapiemaßnahme oder eine rein pflegerische Maßnahme ist, zu deren Fortführung Arzt und Pflegepersonal auch unter der Bedingung des „Gewährenlassens eines krankheitsbedingten Sterbeprozesses“ verpflichtet ist. Abbruch oder Unterlassung pflegerischer Maßnahmen sind weder ethisch noch juristisch zu rechtfertigen. Gerade dieses Problem spielt in der täglichen Versorgung von schwerst Demenzkranken eine erhebliche und für alle Beteiligten belastende Rolle, weil unter diesen Bedingungen kaum zu beurteilen ist, ob die Kranken unter Hunger und Durst leiden, bzw. die Ablehnung von Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr einem Nichtkönnen oder Nichtwollen entspringt.

6.6.2 Aktive Sterbehilfe

Insbesondere durch die niederländische Euthanasiegesetzgebung ist auch in Deutschland die Diskussion um die aktive Euthanasie, auch die so genannte Alterseuthanasie und die Beihilfe zum Suizid trotz der noch lebendigen Erinnerung an die staatlich gewollte massenhafte Tötung von chronisch Kranken und Geisteskranken während der Zeit des Nationalsozialismus sehr verstärkt worden. Unter Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht und eine unerträgliche Notlage wird gefordert, die aktive Sterbehilfe straffrei zu stellen.

Die ethische Rechtfertigung einer Entwicklung in dieser Richtung erschiene der Kommission nur dann möglich, wenn man die im Grundgesetz geschützte menschliche Würde, die jedem Menschen als Mitglied der Gattung zusteht, relativieren und hochaltrigem und schwerkranken Leben eine reduzierte Wertigkeit und eine geringere Schutzbedürftigkeit zusprechen würde. Fehlende Entwicklung entsprechender Hirnstrukturen bzw. deren Verlust infolge Krankheit sei „mit dem Fehlen bzw. Verlust des Personseins, das damit nur biologisch-menschliches Leben ist“, gleichzusetzen.

Menschliches Leben darf nie als Mittel zum Zweck (z. B. therapeutischer oder auch rein wissenschaftlicher Art) ge-

¹⁴⁰ Grundsätze der Bundesärztekammer zur Strbebegleitung vom 11. September 1998, NJW 1998, S. 3406 ff.

braucht und verbraucht werden. Das verbietet es auch, Patientinnen und Patienten in Endphasen unheilbarer Erkrankungen, denen ein Weiterleben wegen entweder völlig verlorener Erlebnismöglichkeiten oder wegen nicht erträglicher Schmerzen nicht mehr sinnvoll erscheint und die entsprechende Wünsche äußern bzw. geäußert haben, mit ärztlicher Hilfe die Beendigung ihres Lebens zu ermöglichen. Die Gefährlichkeit einer solchen Orientierung wird spätestens dann erkennbar, wenn (wie z. B. in der Praxis der Niederlande) Lebensbeendigung bei Einhaltung vorgegebener formaler Kriterien auch dann ermöglicht wird, wenn die Kranken selbst sich nicht mehr äußern können oder zu eigener Willensbildung nicht mehr fähig sind, also z. B. bei schwer Demenzkranken.

Der geäußerte Wunsch nach dem Suizid stellt unter Belastungen durch schwere Krankheit den Wunsch nach menschlicher Zuwendung dar und entspringt vielfach nicht dem freien überlegten Entschluss. Daher wird mit Recht bei Suizidwünschen in der Regel eine Beistands- und Hilfespflicht des behandelnden Arztes zur Lebenserhaltung aufgrund des ärztlichen Behandlungsauftrags oder nach § 323c StGB angenommen. Die Rechtsprechung will mit der Bestrafung unterlassener Hilfe in solchen Fällen sozialer Kälte und Gleichgültigkeit gegenüber einem Suizidenten entgegenwirken und für Hilfe bei Isolierung und Verzweiflung sorgen. Ernst (1995) äussert hierzu, dass auch der Alterssuizid keinen ethischen Sonderfall darstellt: „Auch betagte Verzweifelte soll man nicht gewähren lassen, sondern man soll sie gleich wie junge Menschen auch gegen ihren momentanen Willen am unmittelbar drohenden Suizid hindern und ihnen eine Behandlung ermöglichen.“ In Fällen freilich, in denen eine Lebenserhaltung sinnlos und eine bloße Verlängerung von nicht bekämpfbarem Leiden erscheint, gibt es keine Rechtsverpflichtung zur Erhaltung eines Lebens um jeden Preis. Maßnahmen zur Lebenserhaltung und Lebensbeendigung sind – so hat der Bundesgerichtshof festgestellt – nicht schon deshalb unerlässlich, weil sie technisch möglich sind (vgl. Schreiber 1998).

In manchen Situationen hoffnungsloser Krankheit und schweren Leidens mag ein Verlangen nach aktiver Sterbehilfe verständlich sein. Man darf aber die Gefahren nicht übersehen, die mit einer solchen Zulassung der aktiven Sterbehilfe und des assistierten Suizids gerade für Hochaltrige verbunden wären. Man darf auch nicht über-

sehen, dass in solchen Situationen das nicht mehr Mitleidenwollen oder -können der Umgebung oft ununterscheidbar in die Motivation der Beteiligten mit eingeht. In der Situation knapper werdender medizinischer Ressourcen kann der von einem Kranken geäußerte Wunsch nach Lebensbeendigung der Verzweiflung über ungenügende Versorgung und mangelnde Schmerztherapie und fehlende mitmenschliche Kontakte entspringen. Ernst (1995) hat mit Recht darauf hingewiesen, dass in Zeiten wirtschaftlicher Krisen die öffentliche Meinung und gesellschaftliche Institutionen entweder einen starken moralischen Druck hin auf eine freiwillige Entscheidung zur Lebensbeendigung durch Alter und Krankheit belasteter Mitglieder ausüben oder diese Entscheidung sogar durch Entzug finanzieller Ressourcen erzwingen.

Die Knappheit volkswirtschaftlicher Ressourcen war eines der tragenden Elemente in der Begründung zur staatlich organisierten Beseitigung „lebensunwerten Lebens“ in der Zeit des Nationalsozialismus, die Zwangssterilisation und Tötung gegen den Willen von Behinderten und chronisch Kranken zur Folge hatte. Ernst äußert die Besorgnis, dass die „Ethik der Lebenserhaltung“ durch eine „Ethik der Wirtschaftlichkeit“ ergänzt oder verdrängt wird. Kranke schwanken oft zwischen Hoffnungslosigkeit und Depression und Phasen der Hoffnung und des Lebenswillens. Häufig wird es schwer sein, auch nur einigermaßen sicher festzustellen, ob der Sterbewunsch einer momentanen Verzweiflung oder freiem unbeeinflussten Entschluss entspringt. Gerade schwer kranke Hochaltrige, die sich selbst zur Last sind, werden den Wunsch Angehöriger oder Pflegender, von der Last der Pflege befreit zu werden, als Frage an sie verstehen, wann endlich der Tötungswunsch geäußert werde. Es kann ein mittelbarer Druck gerade auf chronisch Kranke und schwer Leidende entstehen bei erheblicher Belastung der Pflegenden und im Hinblick auf hohe Kosten, doch sich „freiwillig“ zur „Lastenreduzierung“ durch den Tötungswunsch zu entscheiden.

Die Kommission ist sich bewusst, dass diese Positionen zur aktiven Sterbehilfe und zur Beihilfe zum Suizid teilweise umstritten sind, und dass im Einzelfall andere Erwägungen greifen können. Die Kommission ist jedoch einhellig zu dem Ergebnis gekommen, dass Bestrebungen zur Lockerung der gesetzlichen Regelungen nicht zu unterstützen sind.

7 Empfehlungen

Vorbemerkung

In den nachfolgenden, von der Sachverständigenkommission einstimmig beschlossenen Empfehlungen werden die wichtigsten Handlungserfordernisse benannt. Sie sind als Quintessenz der vorangegangenen Kapitel anzusehen, insbesondere der umfangreichen Kapitel 3, 4 und 5. Die Empfehlungen sollen eine rasche Orientierung darüber bieten, welche Veränderungen und Verbesserungen die Kommission im praktischen, im versorgungs- und sozialpolitischen und im gesetzlichen Handlungsfeld für besonders vorrangig hält. Die Kommission ist sich bewusst, dass sich in einigen Bereichen Überschneidungen mit Empfehlungen insbesondere des Dritten Altenberichts ergeben.

Die Empfehlungen folgen der inhaltlichen Gliederung des Berichts. Die detaillierten Begründungen zu den Empfehlungen sind den einzelnen Kapiteln zu entnehmen.

Empfehlungen zu den Berichtskapiteln

Empfehlungen zu Kapitel 2 „Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit, unter besonderer Berücksichtigung der Demenz“

1. Eine multidisziplinär angelegte Struktur der Hochaltrigkeitsforschung ist zu entwickeln. Für z. B. die Epidemiologie, Pflegewissenschaft, Molekulargenetik, Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Neurowissenschaft, Psychologie, Soziologie, Ökonomie und Demographie sollte ein Programm zur Hochaltrigkeitsforschung ausgeschrieben werden, das auch den Informationsaustausch zwischen den Wissenschaftlern und die Verzahnung von Praxis und Forschung ermöglicht.
2. Wie die Befunde der Kommission zeigen, fehlt es an universitären gerontopsychiatrischen Einrichtungen, die der kompetente Ort für Demenzforschung wären. Die Kommission rät daher zur Einrichtung von Lehrstühlen für Gerontopsychiatrie analog zu Lehrstühlen für Kinder- und Jugendpsychiatrie.
3. Im Bereich der Demenzforschung besteht dringender Bedarf an Evaluations- und Wirksamkeitsstudien verschiedener Therapieformen und an Versorgungsforschung. Forschung zur Therapie der Demenz ist schwerpunktmäßig in folgenden Bereichen zu fördern: (a) Evaluationsmethodik, insbesondere von Sozio- und Psychotherapiestudien unter besonderer Berücksichtigung von Therapiewirksamkeitskriterien; darüber hinaus sollten Evaluationsinstrumente für die Pflege Demenzkranker entwickelt werden; (b) Wirksamkeitsvergleichsstudien zwischen den Therapien; (c) Entwicklung optimierter medikamentöser und psychosozialer Therapien. Im Bereich der Versorgungsforschung ist die Entwicklung neuer Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei verschiedenen Schweregraden der Demenz, die Ermittlung optimaler Betreuungsformen für Demenz-

kranke und neuer nicht medikamentöser Therapieangebote bei Verhaltensauffälligkeiten zu fördern. Von besonderer Bedeutung für den Bereich der Hochaltrigkeit ist Forschung zu Besonderheiten des Erscheinungsbildes, der Pathogenese und des Verlaufs von Demenzen und zu Indikatoren des Wohlbefindens Demenzkranker bei Krankheitsbeginn in dieser späten Lebensphase.

Empfehlungen zu Kapitel 3 „Lebensqualität, Risiken und Potenziale des hohen Alters“

Materielle Risiken des hohen Alters und Lebensqualität

4. Um zu vermeiden, dass der durch die gesetzliche Pflegeversicherung abgedeckte Anteil an den Pflegekosten weiter sinkt und immer mehr Schwer- und Schwerstpflegebedürftige auf ergänzende Sozialhilfe angewiesen sind, wird eine regelmäßige Anpassung der Höhe der Pflegeversicherungsleistungen empfohlen. Dringend notwendig ist nach Auffassung der Kommission die Erhöhung der Pflegeversicherungsleistungen an pflegebedürftige Heimbewohner der Pflegestufe 2 und 3, da bei diesen die Deckungslücke am höchsten ist und sich in den vergangenen Jahren deutlich ausgeweitet hat. Die Finanzierung dieser empfohlenen Leistungserhöhung kann durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, eine Ausweitung der Bemessungsgrundlagen, eine Anhebung des Beitragsatzes und/oder durch Umschichtungen bei den verschiedenen Aufwendungen der Pflegeversicherung vorgenommen werden.
 5. Haushalte, in denen Demenzkranke gepflegt werden, müssen finanziell stärker entlastet werden. Die Kommission begrüßt die mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungs-gesetz eingeführten zusätzlichen Leistungen für pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Angesichts der Kosten der Tagespflege und den hohen indirekten Kosten für pflegende Angehörige erscheint der Kommission die vorgesehene maximale Höhe der finanziellen Hilfe von 460 Euro je Kalenderjahr für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen der ambulanten und teilstationären professionellen Pflege aber als zu gering. Im Hinblick auf die Zielstellung, pflegende Angehörige nachhaltig zu entlasten, sollte diese finanzielle Leistung erhöht werden.
- ##### Wohnungsbezogene Risiken und Möglichkeiten ihrer Vermeidung bei hochaltrigen und demenzkranken Personen
6. Neben einem Ausbau der personellen Hilfen und unterstützender Einrichtungen zur besseren und intensiveren häuslichen Betreuung und Pflege hochaltriger Menschen wird eine gezielte Anpassung der Wohnung und des räumlichen Wohnungsumfeldes dieser Altersgruppe empfohlen. Gerade bei den Hochaltrigen erfordert dies eine

Intensivierung der Wohnberatung und eine bessere Einbindung von räumlichen Anpassungen in die Organisation der häuslichen Betreuung. So können in noch höherem Maße als bei den „jüngeren Alten“ Heimeinweisungen vermieden und Unfallrisiken verringert werden. Eine herausragende Wirkung von Anpassungsmaßnahmen bei Hochaltrigen besteht in einer Erleichterung der häuslichen Pflege und in einer Vermeidung bzw. Verlangsamung der Zunahme von Einschränkungen der selbstständigen Lebensführung. Um solche Wirkungen zu erreichen, empfiehlt die Kommission folgende Schritte:

- Schaffung eines bundesweit flächendeckenden, dichten Netzes von Wohnberatungsstellen. Jeder ältere Mensch muss eine Wohnberatungsstelle erreichen können, d. h. in seiner Stadt oder seinem Landkreis. Dies erfordert eine erhebliche Erhöhung der Zahl von Wohnberatungsstellen. Diese müssen nicht eigenständig organisiert werden, sondern sollten Teil einer integrierten Beratungsstruktur sein (siehe Empfehlung Nr. 56).
- Bessere Information der älteren Menschen und deren Helferinnen und Helfer über die Möglichkeiten zur Verbesserung ihrer Wohnverhältnisse, aber auch über Alternativen hinsichtlich anderer Wohnformen. Gerade bei Hochaltrigen und ihren Angehörigen ist eine intensive Öffentlichkeitsarbeit besonders wichtig, um die Informationslücken und geringe Motivation zu Veränderungen auszugleichen.
- Anpassung und Ausweitung des Katalogs von förderfähigen baulichen Maßnahmen und von Hilfsmitteln. Hierfür ist eine Überarbeitung der „Gemeinsamen Empfehlungen“ für die Förderung der Wohnumfeldverbesserungen für Pflegebedürftige nach § 40 SGB XI aus dem Jahre 1995 erforderlich, unter Berücksichtigung der bisherigen Erfahrungen der Wohnberatungsstellen (vor allem in den Ländern Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg). Darüber hinaus müssen zusätzliche Maßnahmen zur Demenzbewältigung berücksichtigt werden.
- Zur besseren bundesweiten Absicherung der Finanzierung von Wohnberatung wird – über die bestehende Möglichkeit der Finanzierungsbeitragung der Wohnberatung anderer Träger aus den Verwaltungsmitteln der Pflegekassen hinaus – die Überarbeitung des Leistungskataloges des SGB XI vorgeschlagen mit dem Ziel, die vor Wohnumfeldverbesserungen notwendige Wohnberatung für Pflegebedürftige zu finanzieren bzw. mitzufinanzieren.

Soziale Risiken des hohen Alters und Lebensqualität

7. Hilfen für hochaltrige Frauen und Männer, die nach dem Partnertod allein sind, sollten durch Beratung und Selbsthilfe optimiert werden. Das umfasst Kriseninterventionen, insbesondere in den ersten drei Monaten nach dem Partnerverlust, aber auch eine längerfristige gemeindenahe Unterstützung der verwitweten Personen. Hausärzten, Mitarbeitern von Sozialstationen und Seelsorgern kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Angebote der

Selbsthilfe können helfen, Gefahren der Einsamkeit, gesundheitlicher Folgeschädigungen oder gar des Suizids abzuwenden. Die Wiedereingliederung in eine Gemeinschaft – Nachbarschaft, Gesprächskreis in der Kirche, Interessengemeinschaft, Ehrenamt – ist als sinnvolle Intervention zu werten und sollte durch die Altenhilfe auf kommunaler Ebene unterstützt werden.

8. Die Kommission empfiehlt, zur Prävention von Gewalt gegenüber hochaltrigen Menschen die politische Anti-Gewalt-Arbeit um das Thema Alter zu ergänzen. Die Problematik der Viktimisierung im Alter sollte weder vernachlässigt, noch dramatisiert werden. Auch wenn die Anzahl der alten Personen, die von Gewalt betroffen sind, möglicherweise klein ist, sollten soziale Hintergründe von Gewalt und die persönliche Verarbeitung von Opfererfahrungen öffentlich diskutiert werden.

9. Die Kommission empfiehlt, Forschungen zum Thema Gewalt im Alter zu fördern, um das Wissen in diesem Bereich zu erhöhen. An einer solchen Forschungsförderung sollten sich nicht nur die öffentlichen Mittelgeber beteiligen, sondern auch die Institutionen, in denen alte Menschen betreut und gepflegt werden.

Epidemiologie der Erkrankungen und Funktionseinschränkungen im höheren Alter

10. Gesundheitliche Beeinträchtigungen durch häufige chronische Erkrankungen des höheren Lebensalters, wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus lassen sich durch Reduktion von Risikofaktoren und gesundheitsfördernde Maßnahmen in allen Altersstufen sowie durch frühzeitiges Erkennen und konsequente Behandlung von Risikofaktoren und frühen Erkrankungsstadien in erheblichem Umfang senken. Die Kommission empfiehlt, der Prävention und Gesundheitsförderung in allen Altersstufen einen größeren Stellenwert einzuräumen. Die Kommission empfiehlt insbesondere eine Stärkung der Bemühungen zur Intensivierung von Früherkennung und Gesundheitsvorsorge in der hausärztlichen Versorgung. Der Stellenwert präventiver und rehabilitativer Maßnahmen in der Ausbildung sollte gestärkt und in der Umsetzung durch geeignete Anreize gefördert werden.

11. Für eine verbesserte Bedarfsplanung im Gesundheitswesen ist es angesichts des rasch wachsenden Anteils der Hochaltrigen unerlässlich, bestehende Datenquellen (z. B. Daten der Kranken- und Pflegeversicherung, Krankheitsregisterdaten) auch für die Gruppe der Hochaltrigen nach Alter, Geschlecht und Region differenziert aufzuarbeiten. Bei dieser Aufarbeitung ist der im Alter häufig anzutreffenden Multimorbidität adäquat Rechnung zu tragen.

12. Zur Beobachtung und Bekämpfung chronischer Erkrankungen im höheren Lebensalter ist der Aufbau aussagekräftiger epidemiologischer Morbiditätsregister voranzutreiben. Solche Register bestehen derzeit nur regional begrenzt, vielfach unvollständig und teilweise unter explizitem Ausschluss der älteren Bevölkerung für einige wenige Erkrankungen (z. B. Krebs, Herzinfarkt). Es sind

die gesetzlichen (u. a. datenschutzrechtlichen), infrastrukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine für epidemiologische Register hinreichende vollständige Registrierung für wichtige chronische Erkrankungen (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Krebs, Demenz) unter Einbeziehung der Gruppe der Hochaltrigen zumindest in ausgewählten Modellregionen erlaubt.

13. Die Hochaltrigen wurden aus der Mehrzahl epidemiologischer und klinischer Studien (einschließlich nationaler Gesundheitssurveys) bislang explizit ausgeschlossen. In der Folge wurden und werden Befunde aus Studien an jüngeren Altersgruppen vielfach ungeprüft auf das höhere Lebensalter übertragen. Diesem Mangel an empirischer Evidenz sollte durch spezielle Förderung epidemiologischer und klinischer Forschung bei Hochaltrigen gezielt begegnet werden. Insbesondere für die Optimierung der medikamentösen, psychosozialen und pflegerischen Behandlung Hochaltriger sowie die Anpassung von Therapierichtlinien an die speziellen Bedürfnisse Hochaltriger werden entsprechende Studien unter Einbezug von Hochaltrigen dringend benötigt.

Gesundes Altern, Demenzrisiko des hohen Alters, Folgen der Demenz und Leben mit Demenz

14. Die Kommission hält eine breite Aufklärung über normale und pathologische Veränderungen der kognitiven Funktionen im Alter, über wirksame präventive Maßnahmen, über das Wesen der Demenz, den Umgang mit Demenzkranken, die therapeutischen Möglichkeiten und über bestehende Hilfs- und Versorgungsangebote für notwendig.

15. Bereits jetzt gibt es über eine Vermeidung und Behandlung von Risikofaktoren kardiovaskulärer Erkrankungen begrenzte Möglichkeiten einer Prävention vaskulär bedingter Demenzen. Für weitergehende Präventionsmöglichkeiten insbesondere der Alzheimerkrankheit bestehen dagegen noch erhebliche Forschungsdefizite, denen mit entsprechender Förderung gezielt entgegen gewirkt werden sollte. Zwischenzeitlich sind größtmögliche Anstrengungen im Hinblick auf eine Optimierung der Versorgung demenzkranker Personen zu unternehmen.

16. Folgende Maßnahmen, die in der Praxis erfolgreich zur Prophylaxe negativer Folgen der Demenz angewandt werden, sollten in die Liste der Heil- und Hilfsmittel aufgenommen werden: Gabe von Zusatznahrung, Hüftprotektoren, Sturzhelme, Antidekubitusmatratzen oder -betten (bei bettlägerigen und kachektischen Kranken). Es darf nicht hingenommen werden, dass Krankenkassen eine Antidekubitusmatratze erst nach Entstehung eines Dekubitus genehmigen.

17. Sinnvoll wäre die freiwillige Ausstattung Demenzkranker mit „Patientenpässen“, die die wichtigsten Informationen enthalten über: durchgeführte diagnostische Maßnahmen, Medikation, Verhaltensauffälligkeiten und andere pflege- und versorgungsrelevante Merkmale. Es ist allerdings darauf zu achten, dass gerade auch bei Demenzkranken die Gebote der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes eingehalten werden.

Empfehlungen zu Kapitel 4 „Interventionen – Strukturen und Strategien“

Familiale Ressourcen zur häuslichen Pflege Hochaltriger

18. Zurzeit werden die öffentlichen Leistungen an die Familie vor allem auf die Kindererziehung konzentriert, während die Leistungen der Familie, der Angehörigen und der freiwillig Engagierten bei der Unterstützung, Betreuung und Pflege der älteren Generation trotz der mit der Einführung der Pflegeversicherung bewirkten Anerkennung der informellen Pflege Tätigkeit eher in den Hintergrund geraten. Aber auch solche Leistungen sollten gesellschaftlich und sozialpolitisch stärker anerkannt werden. In einer gesellschaftlichen Debatte sollten auch die sich aus dem Strukturwandel der Bevölkerung, der Familien und der Arbeitswelt und den kulturellen Veränderungen ergebenden Probleme und Konflikte der innerfamiliären Unterstützung, Betreuung oder Pflege alter Menschen berücksichtigt werden. Eine öffentliche Diskussion würde den betroffenen Familien signalisieren, dass sie in einer solchen schwierigen Lebensphase von der Gesellschaft nicht alleine gelassen werden. Dabei kommt den Medien eine besondere Rolle zu, den Konflikten in familialen Hilfe- und Pflegebeziehungen den Charakter des Tabus zu nehmen.

19. Pflegenden Angehörigen sollten aktuelle Informationen über Krankheitsprozesse im Alter zugänglich gemacht werden. Zudem sollten ihnen umfassende Informationen über Hilfs- und Entlastungsangebote innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems zur Verfügung stehen. Dazu gehören Informationen über Selbsthilfegruppen ebenso wie über wohnortnahe Betreuungssysteme. Hier sollten die Pflege- und die Krankenkassen sowie die Ärztenverbände ihren Verpflichtungen zur nutzerorientierten Transparenz des Gesundheitssystems endlich gerecht werden. Alle patientenbezogenen Informationen und Dokumentationen sollten so abgefasst sein, dass sie auch für Laien verständlich sind.

20. Die Unterstützung von Angehörigen sollte bereits mit Beginn einer häuslichen Pflegesituation einsetzen. Schon in frühen Phasen der Unterstützung alter Menschen durch ihre Angehörigen sollten professionelle und nicht professionelle Hilfen zur Unterstützung der Helferinnen und Helfer einbezogen werden. Belastungsprävention bietet die Chance, langfristig ein gemeinsames, häusliches Zusammenleben mit dem Kranken zu ermöglichen. Präventionsprogramme zum Erhalt der Gesundheit pflegender Angehöriger sollten in der angewandten Gesundheitsforschung entwickelt und von den Kommunen, Krankenkassen und Hausärzten umgesetzt werden.

21. Beratung für pflegende Angehörige sollte als ein Baustein von Präventionsprogrammen entwickelt werden. Im Rahmen von Beratungen sollten pflegenden Angehörigen allgemeine Strategien des Verhaltens im alltäglichen Umgang mit erkrankten und pflegebedürftigen Personen vermittelt werden. Diese Beratungskompetenzen sollten auch zum professionellen Basiswissen von Pflegekräften und Hausärzten gehören. Dieses Wissen sollte zukünftig sowohl ein wichtiger Baustein der Ausbildung, als auch der beruflichen Weiterbildung sein.

22. Sofern dies notwendig ist, sollte pflegenden Angehörigen psychologische und/oder psychotherapeutische Beratung und Betreuung ermöglicht und finanziert werden, um Aggressionen, Beziehungskonflikte und emotionalen Schmerz abzubauen und verarbeiten zu können.

23. Die Vernetzung professioneller Hilfs- und Entlastungsangebote mit dem informellen Hilfssystem sollte gefördert werden. Dabei kommt den Hausärzten eine entscheidende Rolle zu, da in der Regel pflegende Angehörige zu ihnen als erste Instanz Kontakt aufnehmen. Eine Vernetzung der professionellen mit den informellen Unterstützungssystemen setzt jedoch voraus, dass das professionelle System selbst zusammenarbeitet und patientenbezogene Informationen austauscht (siehe Empfehlung Nr. 33 und 53).

24. Zur Entlastung von Angehörigen und anderen Pflegenden, die Demenzkranke versorgen, sollte eine Infrastruktur zur ambulanten gerontopsychiatrischen Tages- und Nachtpflege aufgebaut werden (siehe Empfehlung Nr. 35).

25. Die Bedingungen für die Vereinbarkeit der Anforderungen von Arbeitswelt und Lebenswelt müssen in Zukunft verbessert werden. Besondere Verantwortung tragen dafür die Sozialpartner (Arbeitgeber und Gewerkschaften) sowie die Politik. Dies gilt insbesondere für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege, etwa durch freiwillige Erwerbspausen während der Berufsphase oder reduzierte Arbeitszeit. Dabei sollte Sorge getragen werden, dass die Berufstätigkeit gerade pflegenden Frauen ermöglicht wird.

26. Bislang tragen vor allem Frauen – Partnerinnen, Töchter und Schwiegertöchter – die Belastungen der häuslichen Pflege. Es sollte angestrebt werden, die Aufgaben der häuslichen Pflege gerechter zwischen den Geschlechtern zu verteilen. Männer, vor allem Söhne und Schwiegersöhne, sollten ermutigt und unterstützt werden, verstärkt Aufgaben in der häuslichen Pflege zu übernehmen.

27. Forschung im Bereich der häuslichen Pflege sollte stärker gefördert werden, vor allem Evaluations- und Versorgungsforschung. Bedeutsame Themen sind die Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit, (Nicht)Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen durch pflegende Angehörige, die Qualität ambulanter Pflegedienste und teilstationärer Angebote, die Entstehung konfliktbelasteter und gewalttätiger Pflegebeziehungen, die Veränderung von normativen Grundlagen intergenerativer Pflege sowie die Pflegebereitschaft der erwachsenen Enkelgeneration.

Außerfamiliäre soziale Unterstützung, freiwilliges Engagement

28. Durch rechtzeitige Vorbereitung auf das Alter und die Förderung individueller, nachbarschaftlicher und gruppenbezogener Selbsthilfe, sowie durch verstärkte Angebote zur Qualifikation für freiwilliges Engagement im Rahmen des Bildungsurlaubes kann das Potenzial des

freiwilligen Engagements gestärkt werden. Organisierte Nachbarschaftshilfe und unterschiedliche Formen der Besuchsdienste sollen (weiter)entwickelt und gefördert werden. Freiwillig Engagierte spielen eine wichtige Rolle bei der Betreuung und Versorgung Hochaltriger. Sie sollen:

- generell Aufwandsentschädigung und Unfallversicherungsschutz erhalten und die eigenen Aufwendungen für die Aus- und Fortbildung steuerlich absetzen können;
- öffentliche Nahverkehrsmittel kostenlos nutzen können und freien Eintritt (z. B. in Museen, Theater, Schwimmbäder) erhalten, wenn sie hilfsbedürftige Menschen begleiten;
- bei offiziellen Anlässen eingeladen werden, um so die Bedeutung ihrer Arbeit zu verdeutlichen.

Umweltliche und technische Ressourcen zur Erhaltung der selbstständigen Lebensführung Hochaltriger

29. Auch für Hochaltrige nimmt die Nutzung des Automobils als Verkehrsmittel eine besondere Rolle ein. Es bietet für aktive Kraftfahrerinnen und Kraftfahrer ein wichtiges Instrument zur Kompensation nachlassender Mobilität, birgt aber bei gleichzeitig pathologisch abnehmender kognitiver Leistungsfähigkeit ein erhebliches Potenzial für Selbst- und Fremdgefährdung. Bei dem zu erwartenden Anstieg des Anteils hochaltriger aktiver Kraftfahrender bedarf es der Erarbeitung von aktuellen, wissenschaftlich fundierten Standards zur Beurteilung der Fahreignung. Die Aufklärung älterer Menschen hinsichtlich der Fahreignung im Alter sollte verbessert werden. Wünschenswert wäre die Einrichtung von niederschweligen Beratungsangeboten, die ältere Menschen nicht nur für dieses Thema sensibilisiert, sondern ihnen konkret die Möglichkeit zur Überprüfung ihrer Fahreignung bieten.

30. Es gibt mehrere Ansätze zum Einsatz von Technik im Bereich der Betreuung Demenzkranker. Dabei muss allerdings festgestellt werden, dass zwar auch multidisziplinäre und multinationale Projekte durchgeführt werden, aber gerade hinsichtlich der Umsetzung im Alltag keine oder kaum wissenschaftlich fundierte Ergebnisse vorliegen. Erforderlich sind anwendungsbezogene Projekte mit wissenschaftlicher Evaluation in diesem Bereich. Dabei sollte dem steigenden Bedarf an derartiger Technik, den Erwartungen der Erkrankten und Pflegenden hinsichtlich der Bereitstellung von modernen Systemen, aber auch dem volkswirtschaftlichen Aspekt (neue Märkte für moderne Technologie) mehr Beachtung geschenkt werden.

Medizinische Versorgung

31. Bei der Ausgestaltung von Versorgungsstrukturen ist der im hohen Lebensalter häufig vorliegenden Multimorbidität verstärkt Rechnung zu tragen. Die bislang überwiegend auf medizinische Diagnosen ausgerichtete Orientierung der Versorgung ist hin zu einer stärker auf funktionelle Einschränkungen und Behinderungen und deren Verhütung ausgerichtete Orientierung weiterzuentwickeln bzw. zu ergänzen.

32. Eine wichtige Voraussetzung für eine noch notwendige Optimierung der gesundheitlichen Versorgung alter und hochaltriger Kranker ist eine Kette sinnvoll abgestufter Versorgungskonzepte, die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungskonzepte integriert und die das Lebens- und Wohnumfeld so lange und so weit wie möglich als hauptsächlich Aktionsfeld begreift und achtet.

33. Die Hausärztinnen und Hausärzte bieten sich als Berater und Lotse in den komplizierten Systemen der medizinischen und sozialmedizinischen Versorgung an. Diese Funktion sollte weiter gestärkt werden. Gleichzeitig ist die Inanspruchnahme des fachärztlichen Konsils deutlich zu intensivieren; dies gilt insbesondere für die Betreuung Demenzkranker (durch die Gerontopsychiatrie, Geriatrie, Psychiatrie, Neurologie).

34. Unter Berücksichtigung der zu erwartenden zunehmenden Zahl an Hochaltrigen – und damit auch der Demenzkranken – ist ein weiterer Ausbau der stationären geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgung in Ergänzung zur allgemeinmedizinischen und allgemeinpsychiatrischen Versorgung notwendig.

35. Die teilstationäre Versorgung in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie ist nach wie vor unzureichend, sowohl was die Tageskliniken als auch Tagespflegeheime betrifft. Restriktiver Handhabung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen für die tagesklinische Behandlung ist entgegen zu wirken, insbesondere auch im Hinblick auf die Einführung des neuen fallpauschalierten Entgeltsystems im Krankenhaussektor und der damit zu erwartenden weiteren Verkürzung der Patienten-Verweildauer.

36. Der Aufbau Gerontopsychiatrischer Zentren (GPZ) bzw. gerontopsychiatrischer Versorgungsverbände muss weiter gefördert werden. Den Besonderheiten ländlicher Regionen ist Rechnung zu tragen. Tagespflegeeinrichtungen dürfen Demenzkranke nicht ausschließen.

37. Unter der Bedingung verkürzter teilstationärer und stationärer Behandlungsdauern ist der Ausbau ambulanter geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitation notwendig, wenn die häusliche Versorgung weiterhin Priorität haben und eine Zunahme der Einweisungen in Pflegeheime vermieden werden soll. Voraussetzung ist die Sicherung der Finanzierung.

38. Durch die Aufhebung der starren Teilung in ambulante und stationäre Bereiche soll den Pflegeeinrichtungen mit überwiegendem Anteil Demenzkranker unter anderem ermöglicht werden, neue Formen der ärztlichen Versorgung (z. B. durch Klinikambulanzen, eigene Fachärzte usw.) einzuführen und die Angehörigen an der Pflege und Versorgung der Kranken zu beteiligen

39. Krankenhäuser sollten verpflichtet werden, bei der Aufnahme einer demenzkranken Person auch die pflegende angehörige Person (falls von ihr erwünscht) aufzunehmen, um dieser die weitere Betreuung des oder der Kranken während des Aufenthalts zu ermöglichen.

40. Für die Ermittlung der Fallpauschalen nach dem DRG-System in der Geriatrie ist eine Anpassung an die

sich aus der Multimorbidität ergebenden Erfordernisse notwendig. Die funktionalen Behinderungen müssen ergänzend einbezogen werden. Des Weiteren steht die Lösung des Problems der Teilung von Fallpauschalen zwischen verschiedenen an der Versorgung beteiligten Institutionen an. Diese Notwendigkeit ergibt sich aus der Tatsache, dass viele Patienten durch Verlegung aus vorbehandelnden Kliniken in die Geriatrie gelangen.

41. Für die Aus- und Weiterbildung ist vordringlich: (a) die Einführung der Gerontopsychiatrie als festen Baustein in die Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Altenpfleger und zum Krankenpfleger für die Psychiatrie; (b) der Aufbau einer qualitätsgesicherten berufsgruppenspezifischen Weiterbildung.

Pflegerische Versorgung

42. Das wegen der einstweiligen Anordnung des Bundesverfassungsgerichts noch nicht in Kraft getretene Altenpflegegesetz ist aus Sicht der Kommission eine richtige und notwendige Maßnahme, um die sich verändernden Anforderungen in den Tätigkeitsfeldern der Altenpflege bereits in der Berufsausbildung zu berücksichtigen. Die Kommission hält eine bundeseinheitliche Regelung der Altenpflegeausbildung für unbedingt erforderlich, um die Qualität der Pflege und die Attraktivität des Berufs der Altenpflege zu erhöhen. Darüber hinaus sollte die mit der Reform des Krankenpflegegesetzes begonnene und derzeit stagnierende Weiterarbeit an einer generalistischen, einheitlichen Ausbildungsregelung dringend fortgesetzt werden.

43. Unabhängig von den gesetzlichen Grundlagen sollte ein Curriculum zur Weiterbildung von Pflegefachpersonen für gerontopsychiatrische Pflege entwickelt werden.

44. Die Kommission empfiehlt die Weiterentwicklung der akademischen Pflegeausbildung. Insbesondere wird das Bundesgesundheitsministerium aufgefordert, in Zusammenarbeit mit den Länderministerien die Absolventen grundständiger Pflegestudiengänge als Pflegefachpersonen anzuerkennen und dieses im SGB XI (z. B. § 71 (3)) entsprechend zu formulieren. Darüber hinaus werden die Länder aufgefordert, die Hochschulen darin zu unterstützen, Master- oder andere weiterführende Studiengänge mit den Schwerpunkten gerontologische und gerontopsychiatrische Pflege einzurichten.

45. Für den Bereich der Qualität in der Pflege existieren nahezu keine bundesweit verbindlichen Standards. Es empfiehlt sich deshalb die Einrichtung einer nationalen unabhängigen Instanz, die als Forum zur Entwicklung und Formulierung dieser Standards dienen kann. Dies ist insbesondere in Hinblick auf die Versorgung hochaltriger demenzkranker Personen wegen der besonderen Anforderungen an die Pflege und Betreuung dieses Personenkreises erforderlich.

46. Die Arbeitsablaufstrukturen in den Altenpflegeheimen sind im Sinne der Bezugspersonenpflege zu organisieren. Dies ist als Qualitätskriterium in die Qualitätsrichtlinien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) aufzunehmen.

47. Um den Ansprüchen an die Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit der Bewohner umfassender gerecht werden zu können, muss auch in den Altenpflegeheimen ein multiprofessionelles Team, vor allem unter Einbezug der Physio- und Ergotherapie, vorhanden sein. Eine vertragliche Einbindung von Ärzten in Altenpflegeheime ist so zu gestalten, dass die ärztlichen Leistungen ebenso wie die Leistungen anderer Gesundheitsberufe in die Pflege und Versorgung integriert sind.

48. Der erforderliche Anteil der Pflegefachkräfte in stationären Altenpflegeeinrichtungen sollte sich jeweils nach der Art und dem Umfang der zu leistenden Pflege richten. Zu deren Bestimmung bedarf es eines analytischen Konzepts. Unabhängig davon darf die Fachkraftquote den Mindestwert von 50 % nicht unterschreiten.

49. In der stationären Altenpflege muss ein analytisches Personalbemessungsinstrument eingesetzt werden, das die Personalforderungen an der Pflegebedürftigkeit (Pflegediagnosen) der Betroffenen ausrichtet. Es sollte nicht nur die Quantität des erforderlichen Personals erfassen, sondern auch deren Qualifikation. Dieses ist entsprechend in das Heimgesetz aufzunehmen. Die derzeit verwendeten Verfahren zur Bemessung des Personals in Einrichtungen der Altenpflege sind empirisch nicht abgesichert (Personalrichtwerte, Personalanhaltzahlen). Daher ist die Anwendung analytischer Verfahren trotz inhaltlicher Kritik (z. B. PLAISIR) sinnvoll, solange kein nach pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen optimiertes Verfahren zur Verfügung steht. Das zuständige Bundesministerium wird aufgefordert, die Entwicklung besserer Personalbemessungssysteme zu fördern.

50. In der Pflegeforschung sind neben den bereits genannten Themen weitere Bereiche von vordringlicher Bedeutung:

- Entwicklung von Indikatoren zur Messung von Ergebnisqualität insbesondere für die Pflege Hochaltriger,
- Untersuchung der Effektivität und Effizienz komplexer Versorgungsketten mit ausdrücklicher Einbeziehung des Erlebens der Pflegebedürftigen,
- Untersuchung der Effektivität fördernder Pflegemethoden und deren ökonomischer Folgen, vor allem als Evaluations- und Versorgungsforschung,
- Überprüfung der Vor- und Nachteile verschiedener Modelle häuslicher Pflegearrangements,
- Untersuchung der Effektivität unterschiedlicher Modelle von Lotsenfunktionen für chronisch Kranke und Pflegebedürftige.

Therapie der Demenz (siehe auch Empfehlungen Nr. 3 und 34 bis 36)

51. Die leitliniengestützten Therapien der Demenzen müssen ohne altersbegründete Rationierung zur Verfügung stehen. Die Verfügbarkeit der aktuell wirksamsten Therapie, die Gabe von Antidementiva, ist sicherzustellen. Kostenerwägungen sollten den Einsatz nebenwirkungärmerer medikamentöser Therapie bei Verhal-

tenstörungen nicht einschränken. Zur Entlastung der Pflegenden müssen zudem Sozio- und Psychotherapie zugänglich sein.

52. Die psychiatrischen Krankenhäuser sollten ausreichend finanziert werden, um die notwendigen Standards der Behandlung Demenzkranker und anderer psychisch Kranker (Personalausstattung, leitliniengestützte Erfordernisse) zu gewährleisten. Insbesondere sollten in allen psychiatrischen Krankenhäusern die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) eingehalten werden. Die Schlechterstellung der Geronto- gegenüber der Allgemeinpsychiatrie bezüglich Arzt- und Psychologenteams in der PsychPV wirkt diskriminierend. Die Behandlung älterer Menschen erfordert zumindest das gleiche Maß an Personalaufwand wie die Behandlung jüngerer Menschen. Die Messziffern sollten wenigstens auf das in der Allgemeinpsychiatrie vorgegebene Maß erhöht werden.

Zur Notwendigkeit der Integration und Entwicklung der Unterstützungs- und Versorgungsangebote

53. Die herrschende Fragmentierung des Gesundheits- und Sozialwesens erweist sich gerade in Hinblick auf die Versorgung hochaltriger und demenziell erkrankter Personen als problematisch. Als Lösung dieses Problems bieten sich verschiedene Ansätze an:

- Es wird empfohlen, die Effekte einer Integration von Krankenversicherung (SGB V) und Pflegeversicherung (SGB XI) daraufhin zu untersuchen, ob und inwieweit Versorgungsverbesserungen erzielt werden können, insbesondere in Richtung auf eine die Behandlungs- und die so genannte Grundpflege integrierende Versorgungsweise, die dringend fällige Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Pflege“ und insgesamt die Förderung der rehabilitativen Aspekte der Pflege.
- Es sind regionale Vernetzungsformen mit räumlicher und konzeptioneller Verzahnung zu schaffen. Darin müssen sektorübergreifend pflegerische, ärztliche und therapeutische Leistungen sowohl von stationären Einrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, geriatrischen Akut- und Rehabilitationseinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen als auch vom ambulanten Bereich flexibel kombiniert und genutzt werden können.
- Es sind multiprofessionelle Netze im Bereich der ambulanten Versorgung unter Einbeziehung freiwillig Engagierter zu entwickeln. Diese müssen auch darauf ausgerichtet sein, die Inanspruchnahme professioneller Hilfe im familialen Bereich zu erleichtern. Sie sollten auch als flexible Entlastungsangebote organisiert sein, die in akuten Notsituationen oder zur Sicherung und Auffrischung von erzielten Rehabilitationsergebnissen genutzt werden können.

54. Der Wechsel zwischen häuslicher und stationärer Pflege muss flexibler gestaltet werden können. Die Trennung zwischen Altenpflegeheim als ständigem Wohnort bis zum Lebensende und der Kurzzeitpflege als vorübergehender stationärer Versorgung von meist maximal vier Wochen bei der Verhinderung pflegender Angehöriger

muss durch zeitlich flexible Modelle ersetzt werden. Es sollte leichter möglich sein, Pflegebedürftige vorübergehend auch länger als vier Wochen stationär aufzunehmen.

55. Der Ausbau der ambulanten und stationären Hospizarbeit ist zu fördern. Die Aufnahme in stationäre Hospize darf sich nicht auf bestimmte Patienten, z. B. Tumorpatienten, beschränken.

56. Die Einrichtung einer „Integrierten Beratung“ unter kommunaler Trägerschaft zu den vorhandenen Hilfeangeboten ist nach Ansicht der Kommission dringlich. Die Vielzahl unterschiedlicher Beratungsangebote macht es für alle Beteiligten schwierig (um so älter, um so schwieriger), das jeweils adäquate Versorgungsangebot zu ermitteln. Nach Auffassung der Kommission wäre es unsinnig, für jede Hilfeart eigene Beratungsstellen einzurichten. Diese Vielfältigkeit würde den Zugang nur noch mehr erschweren. In einer „Integrierten Beratung“ könnte allen Beratungsbedürfnissen unter einem Dach nachgekommen werden oder es wären die zuständigen Spezialisten in einem zweiten Schritt zu erreichen. Die einzurichtende „Integrierte Beratung“ sollte auch aufsuchend tätig werden können.

Empfehlungen zu Kapitel 5 „Rechtliche Rahmenbedingungen und Notwendigkeiten ihrer Fortentwicklung“

Zum Verfassungsrecht

57. Ein besonderes, im Grundgesetz zu verankerndes Benachteiligungsverbot für ältere, insbesondere hochaltrige Personen erscheint zurzeit nicht erforderlich. Es erscheint jedoch geboten, Untersuchungen über mittelbare gesetzliche Diskriminierungen und insbesondere über faktische Diskriminierungen durchführen zu lassen. Eine entsprechende Förderung sozialwissenschaftlicher und rechtlicher Untersuchungen sollte von den für Seniorenpolitik zuständigen Bundes- und Landesministerien vorgesehen werden.

58. Das verfassungsrechtliche Diskriminierungsverbot wegen einer Behinderung (Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG) erstreckt sich auch auf demenziell und chronisch erkrankte Personen. In Erfüllung dieses Grundrechts ist zu beobachten, ob dieser Personenkreis unmittelbar oder mittelbar verbotenen Diskriminierungen unterliegt. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die medizinische Versorgung.

Zum Zivilrecht

59. Das Erfordernis der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts nach § 1904 BGB bei Entscheidungen des Betreuers bei ärztlichen Maßnahmen bedarf einer Überprüfung und einschränkenden Konkretisierung. In seiner gegenwärtigen Form greift es zu weit. Alle „normalen“, dem ärztlichen Standard entsprechenden Verfahren sollten aus dem vormundschaftlichen Genehmigungserfordernis herausgenommen; es sollte auf besonders risikobehaftete Maßnahmen beschränkt werden.

60. Für das rechtliche Institut der Betreuung ist erforderlich, dass eine vorläufige Anordnung der Betreuung

auf eine begrenzte Frist ermöglicht wird, da häufig insbesondere in Krankheitssituationen dringlich Handlungsbedarf besteht und sich gerichtliche Anordnungsverfahren für die Betreuung bis zur definitiven Entscheidung über die Betreuung häufig in die Länge ziehen.

61. Die staatlich angeordnete Betreuung ist trotz des prinzipiellen Vorranges privater, selbstbestimmter Vorsorge des Betroffenen im Zweifel der neu gesetzlich eingeführten Vorsorgevollmacht vorzuziehen, da häufig Unklarheiten über die Wirksamkeit einer erteilten Vollmacht bestehen. Im Zweifel ist die Einrichtung einer Betreuung zu empfehlen.

62. Eine vorhandene, wirksame Patientenverfügung auch in Verbindung mit einer Vorsorgevollmacht hat im Zweifel Vorrang vor den Entscheidungen eines Betreuers.

Zum Strafrecht

63. Es bedarf keines so genannten Altenstrafrechts mit besonderen Regeln, etwa über die strafrechtliche Verantwortlichkeit und besondere Sanktionen für Hochaltrige. Die besonderen Probleme bei der Schuldfähigkeit sind jedoch zu prüfen.

64. Im Strafrecht sind Opferberatung und Opferunterstützung vor allem für Hochaltrige auszubauen.

Zum Sozialrecht

65. An der Schnittstelle zwischen SGB V und SGB XI erweist sich die weithin fehlende Realisierung des Vorrangs der Rehabilitation vor ausschließlicher Pflege als problematisch und besonders kritisch. Damit fällt die für den Personenkreis der Hochaltrigen zentrale geriatrische Rehabilitation praktisch meist aus, weil sie in der Leistungskompetenz der gesetzlichen Krankenversicherung steht. Die Realisierung der geriatrischen Rehabilitation ist eine gesetzlich vorgesehene Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen. Deshalb hat der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) alle Möglichkeiten einer vorrangigen Rehabilitation zu prüfen. Verändert sich die Situation der Gewährleistung geriatrischer Rehabilitation nicht nachhaltig, ist eine Verschärfung der gesetzlichen Regelungen im Sinne eines Vorrangs der Ausschöpfung aller Rehabilitationsmöglichkeiten vor Gewährung von Pflegeleistungen einzuführen.

66. Die mangelnde Koordination von Sozialleistungen und der Leistungserbringung stellt auch für hochaltrige Menschen ein besonderes Problem dar. Die bereits gesetzlich verankerten Koordinierungs- und Kooperationsvorschriften insbesondere im SGB IX, aber auch im SGB V, SGB XI und im BSHG müssen auf eine koordinierungs- und kooperationsbereite Verwaltungspraxis und Praxis der Leistungserbringer stoßen. Es empfiehlt sich daher, die Implementierung der jetzt schon vorhandenen Koordinierungs- und Kooperationsvorschriften in der Praxis wissenschaftlich zu begleiten, Umsetzungsprobleme zu eruieren und ggf. entsprechende Gesetzes- und Verfahrensänderungen zu bewirken. Diese Forschung soll von den jeweils zuständigen Bundesministerien, aber auch von den Sozialleistungsträgern und den Organisationen der Leistungserbringer gefördert werden.

67. Im SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) erweist sich der fehlende Einbezug der Pflegeversicherung in die Koordinierungsanliegen des SGB IX als problematisch. Daher ist das SGB XI in dieser Hinsicht ebenfalls unter die entsprechenden Maßgaben des SGB IX zu stellen.

68. Der Behindertenbegriff im SGB IX enthält ein auf das Lebensalter bezogenes Kriterium (lebensalterstypische Funktionsbeschränkung). Es ist zu beobachten, ob dieser Bezug auf das Lebensalter in der Praxis zur Versagung von Sozialleistungen für ältere, insbesondere für hochaltrige Menschen führt. In diesem Fall sollte auf dieses Merkmal der Lebensalterstypik im Behinderungs-begriff des SGB IX verzichtet werden.

69. Hochaltrige Personen, deren sozialer Schutz bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit außerhalb des Sozialversicherungssystems oder der Sozialhilfe und damit nicht im Rahmen des Sachleistungsprinzips, sondern im Rahmen eines Kostenerstattungsprinzips (z. B. für öffentlich Bedienstete durch die Beihilfe, oder bei privaten Versicherungsverträgen) besorgt wird, benötigen häufig Unterstützung bei der Bewältigung der Abrechnungen mit den Kostenträgern und bei der Durchsetzung ihrer Rechte gegenüber den Leistungserbringern. Solche Unterstützung ist bisher nicht vorgesehen. Sie kann aber durch eine Intensivierung des Verständnisses einer dienstleistenden Verwaltung (bei den Beihilfestellen) bzw. eines kundenfreundlichen Unternehmens (bei den privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen) dadurch geboten werden, dass diese sich nicht nur als Abrechnungsstellen, sondern auch als beratende und unterstützende Stellen verstehen.

70. Das begrenzte Leistungskonzept der Pflegeversicherung (SGB XI) stellt sich nicht nur für den Kreis der Demenzkranken als besonders problematisch dar. Nach dem gegenwärtigen rein verrichtungsorientierten Begriff der Pflegebedürftigkeit führt der Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung vor allem in der häuslichen Pflege nicht zu Leistungen aus der Pflegeversicherung. Um insbesondere auch Demenzkranken Leistungen der Pflegeversicherung für ihren Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf zu gewährleisten, ist der Begriff der Pflegebedürftigkeit in § 14 SGB XI entsprechend zu erweitern. In der selektiven Definition des § 14 SGB XI wird Pflegebedürftigkeit mit der geleisteten Pflege in ausgewählten Hilfsituationen gleichgesetzt. Deshalb ist zu überlegen, ob im SGB XI allgemein ein weiterer als der bisher verwendete enge Begriff der Pflegebedürftigkeit einzuführen ist, damit deutlich wird, dass Pflegebedürftigkeit für die pflegebedürftige Person zu einem quantitativ und qualitativ weiteren Bedarf führen kann, als bisher in § 14 SGB XI zum Ausdruck kommt.

71. Über die Leistung der Altenhilfe (§ 75 Abs. 1 und 2 BSHG) ist hinsichtlich der praktischen Umsetzung nichts bekannt. Da diese Vorschrift wichtige Hilfen insbesondere bei der Beratung in Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste vorsieht, könnte diese Leistung auch dazu genutzt werden, problematische Schnittstellen im Wege der Schaffung von Beratungsangeboten zu entschärfen. Vo-

raussetzung für eine den Bedürfnissen älterer Menschen entsprechenden Anwendung dieser Vorschrift ist eine Bestandsaufnahme der Implementierung dieser Vorschrift in der Praxis, um ggf. auf dieser Grundlage bei den Sozialhilfeträgern auf Realisierung dieser Hilfeangebote dringen zu können. Es wird daher empfohlen, dass das für das BSHG zuständige Bundesministerium mit dem für die Altenhilfe zuständigen Bundesministerium entsprechende Erhebungen fördert.

Zum Heimgesetz

72. Auch mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes ist eine Anpassung insbesondere der heimvertraglichen Bestimmungen des Heimgesetzes an die vielfältigen Ausprägungen der faktischen vertraglichen Gestaltungen des Betreuten Wohnens nicht vorgenommen worden. Es ist abzuwarten, ob diese fehlende Anpassung nachteilige Auswirkungen für die Bewohner des Betreuten Wohnens hat. Es empfiehlt sich deshalb, die weitere Entwicklung der rechtlichen Situationen, insbesondere der Vertragsgestaltungen und ihrer Auswirkungen auf die faktischen Rechtsdurchsetzungsmöglichkeiten der Bewohner, auf dem Gebiet des Betreuten Wohnens unter dem Blickwinkel des Verbraucherschutzes begleitend zu beobachten. Dies hat im Wege sozialwissenschaftlicher Erhebungen zu geschehen, um auf dieser Grundlage ggf. das Heimgesetz entsprechend weiter zu entwickeln.

73. In Einrichtungen mit hochaltriger und gesundheitlich fragiler Bewohnerschaft können die gesetzlich vorgesehenen Mitwirkungsmöglichkeiten de facto eingeschränkt sein. Bei den entsprechenden Vorkehrungen für eine angemessene Realisierung der Mitwirkung auch in solchen Einrichtungen sind besondere Unterstützungen bei der Wahl des Heimbeirats angebracht. Insbesondere sollen die Heimaufsicht und der Heimträger darauf hinwirken, dass nicht sofort zum Mittel der Bestellung eines Fürsprechers gegriffen wird, sondern dass erst die Möglichkeit einer Wahl solcher Personen geprüft und ggf. durchgeführt wird. Bei der Heranziehung externer Personen ist darauf zu achten, dass diese neben ihrer Eignung auch einen Bezug zu der konkreten Einrichtung und ihrer Bewohnerschaft haben. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass Vertreter von Seniorenorganisationen oder auch Angehörige von Heimbewohnern diese Eigenschaften von Hause aus mitbringen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Heimen erscheinen wegen möglicher Loyalitätskonflikte nicht für die Tätigkeit als Heimfürsprecher geeignet. Im Übrigen ist Heimbeiräten auch finanzielle Unterstützung bei Schulungen, Informationsaustausch und bei Heranziehung externen Sachverständigen zu geben.

74. Es existieren keine sozialwissenschaftlichen Erhebungen zur Situation der Mitwirkung in Heimen. Weder ist das Verhältnis der Ausübung von Mitwirkungsrechten zur jeweiligen Bewohnerstruktur erforscht, noch liegen Untersuchungen über Wahlbeteiligungen oder über faktische Wirkungsmöglichkeiten des Heimbeirats vor. Aus diesem Grund sind insbesondere vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend solche Untersuchungen zu veranlassen und zu finanzieren.

75. Es fehlt an breit angelegten und insbesondere sozialwissenschaftlich gefestigten Studien zur Praxis der Heimaufsicht und zum Defizit bei der Implementierung des Heimgesetzes durch die Heimaufsichtsbehörden. Es bietet sich daher an, solche Studien zur Praxis der Heimaufsicht und zur Implementierung des Heimgesetzes zu veranlassen. Wenn aufgrund solcher Befunde strukturelle Mängel in der Heimaufsicht zu Tage treten, könnten sie auch dazu genutzt werden, zu einer Verbesserung der Heimaufsichtspraxis beizutragen. Da die für die Heimaufsicht zuständigen Länder bisher solche Erhebungen nicht durchgeführt bzw. nicht veröffentlicht haben, ist das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aufgefordert, solche Studien zu fördern.

76. Die Grundrechtsgewährleistung pflegebedürftiger Menschen in Einrichtungen war bereits 1978 Gegenstand der Befassung der Sozialrechtlichen Abteilung des 52. Deutschen Juristentages. Unabhängig von der Frage,

ob eine Abschaffung von Heimen unter den gegenwärtigen Verhältnissen tunlich ist, bietet sich eine breitere politische Befassung mit diesem Problem im Zusammenhang dem Problem der Versorgung und der Teilhabe älterer und behinderter Menschen in und außerhalb von Einrichtungen an. Die Beauftragung der nächsten Altenberichterstattungskommission mit diesem Thema könnte sich hierzu als geeignetes Instrument erweisen.

Empfehlung zu Kapitel 6 „Ethik der Solidarität mit Hochaltrigen“

77. Die Kommission ist sich bewusst, dass die im Bericht dargestellte Position zur aktiven Sterbehilfe und zur Beihilfe zum Suizid teilweise umstritten ist und dass im Einzelfall andere Erwägungen greifen können. Die Kommission ist jedoch einhellig zu dem Ergebnis gekommen, dass Bestrebungen zur Lockerung der gesetzlichen Regelungen nicht zu unterstützen sind.

Literatur

- Adler, C.; Wilz, G. & Gunzelmann, T. (1996): „Frei fühle ich mich nie“ – Frauen pflegen ihren an Demenz erkrankten Ehemann, Vater oder Mutter. In: *Gesundheitswesen* 58 (Sonderheft 2), S. 125–131.
- Adler, G.; Ott, L. & Jelinski, M. (1993): Institutional respite care: benefits and risks for dementia patients and caregivers. In: *International Psychogeriatrics* 5 (1), S. 67–77.
- Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) (1994): *Treating Pressure Ulcers*. Rockville, MD (Pub. No. 94–0047).
- Aguero-Torres, H. & Winblad, B. (2000): Alzheimer's Disease and Vascular Dementia. Some Points of Confluence. In: *Annals of the New York Academy of Sciences* 903, S. 547–552.
- Ahlert, U.; Altschiller, C. & Bäumerich, G. (Hrsg.) (1991): *Heimkonzepte der Zukunft. Weiße Reihe*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Aichmüller-Lietzmann, G. (1998): *Palliativmedizin in der Praxis – dargestellt am Beispiel der Palliativstation des Johannes-Hospizes in München*. Münster: LIT-Verlag.
- Aktion gegen Gewalt in der Pflege (1999): *Für eine menschenwürdige Pflege*. Bonn.
- Aktion psychisch Kranke (1988): *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich*. Bonn: Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.
- Aktion Psychisch Kranke e.V.; Deutsche Krankenhausgesellschaft & Spitzenverbände der Krankenkassen (1998): *Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 99. Baden-Baden: Nomos.
- Albert, S. M. et al. (1999): Proxy-reported quality of life in Alzheimer's patients: Comparison of clinical and population based samples. In: *Journal of Mental Health and Aging* 5, S. 49–58.
- Alexander, G. E.; Furey, M. L. & Grady, C.L. (1997): Association of premorbid intellectual function with cerebral metabolism in Alzheimer's disease: Implications for the cognitive reserve hypothesis. In: *American Journal of Psychiatry* 154, S. 165–172.
- Allen, A. & Wheeler, R. (1998): Telepsychiatry Background and Activity Survey. In: *Telemedicine Today* 6, S. 34–37.
- American Nurses Association (ANA) (1980): *A Social Policy Statement*. Kansas City, Missouri.
- Andersen, K.; Launer, L. J. & Ott, A. (1995): Do non-steroidal anti-inflammatory drugs decrease the risk of Alzheimer's disease? The Rotterdam study. In: *Neurology* 45, S. 1441–1445.
- Andersen, K.; Lolk, A.; Nielsen, H.; Andersen, J.; Olsen, C. & Kragh-Sorensen, P. (1997): Prevalence of Very Mild to Severe Dementia in Denmark. In: *Acta Neurologica Scandinavica* 96, S. 872–877.
- Andres, G.; Bille, H. & Straub, F. (2000): *Alzheimer: Eine Krankheit verstehen und annehmen*. München, Jena: Urban & Fischer.
- Annerstedt, L.; Gustafson, L. & Nilsson, K. (1993): Medical outcome of psychosocial intervention in demented patients: one-year clinical follow-up after relocation into Group Living Units. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8, S. 833–841.
- Annerstedt, L.; Sanada, J. & Gustafson, D. (1996): A dynamic long-term care system for the demented elderly. In: *International Psychogeriatrics* 8(4), S. 561–574.
- Anstey, K. & Christensen, H. (2000): Education, Activity, Health, Blood Pressure, and Apolipoprotein E as Predictors of Cognitive Change in Old Age: A Review. In: *Gerontology* 46, S. 163–177.
- Arbeitsgemeinschaft bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland (1999): *Krebs in Deutschland*. Saarbrücken: Statistisches Landesamt.
- Arbeitsgruppe Ulmer Modellvorhaben (2001): *Verminderung von sturzbedingten Verletzungen bei Alten- und Pflegeheimbewohnern*. Erster Jahresbericht (Jahresbericht 2000). www.fitinjedemalter.de.
- Arnold, M.; Lauterbach, K. W. & Preuß, K. J. (Hrsg.) (1997): *Managed Care*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (2001): *Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft – Demenz*. 2. Aufl. Köln: Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft.
- ASTRID group (2000): *A guide to using technology within dementia care*. London.
- Attias-Donfut, C. (2001): The Dynamics of Elderly Support. The Transmission of Solidarity Patterns Between Generations. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34, S. 9–15.
- Auner, S. (2001): *Wohnungsanpassung bei Demenz*. Fachreferat auf der Jahrestagung der BAG Wohnungsanpassung am 15./16. Juni 2000 in Mainz. In: *Handlauf – Fachblatt der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung* 7, S. 43–48.
- Aust, B. (1994): *Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der*

- gesundheitlichen Versorgung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Berlin.
- Backes, G. (1993): Frauen zwischen alten und neuen Alter(n)sriskien. In: G. Naegele & H.P. Tews (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 170–187.
- Backes, G. (1996): Familienbeziehungen und informelle soziale Netze im sozialstrukturellen und demographischen Wandel. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29 (1), S. 29–33.
- Bagge, E.; Bjelle, A.; Eden, S. & Svanborg, A. (1991): Osteoarthritis in the elderly: clinical and radiological findings in 79 and 85 year olds. In: Annals of the Rheumatic Diseases 50, S. 535–539.
- Baldwin, B. (1991): Fear of crime in the elderly. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 7, S. 146–151.
- Balestreri, L.; Grossberg, A. & Grossberg, G.T. (2000): Behavioral and psychological symptoms of dementia as a risk factor for nursing home placement. In: International Psychogeriatrics 12 (Suppl. 1), S. 59–62.
- Ball, M. M.; Whittington, F. J. & Perkins, M. M. (2000): Quality of life in assisted living facilities: viewpoints of residents. In: Journal of Applied Gerontology 19 (3), S. 304–325.
- Ballard, C.; O'Brien, J. & James, I. (2001): Quality of life for people with dementia in residential and nursing home care: The impact of performance on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills, and psychotropic drugs. In: International Psychogeriatrics 13, S. 93–106.
- Baltes, M. M. (1998): Frauen und Gesundheit im Alter. In: A. Kuhlmeier, M. Rauchfuß & H. P. Rosemeier (Hrsg.): Frauen in Gesundheit und Krankheit: Die psychosoziale Lebensperspektive. Berlin: Trafo-Verlag Weist, S. 35–50.
- Baltes, M. M. (1999): Die heutigen Generationen bauen die Straßen, auf denen die nächsten fahren: Über den Lebenslauf und die Zukunft des Alters. In: J. Delius (Hrsg.): In Memoriam Margret M. Baltes. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, S. 57–70.
- Baltes, M. M.; Kindermann, T. & Reizenzein, R. (1986): Die Beobachtung von unselbständigem und selbständigem Verhalten in einem deutschen Altersheim: Die soziale Umwelt als Einflußgröße. In: Zeitschrift für Gerontologie 19, S. 14–24.
- Baltes, M. M.; Neumann, E.-M. & Zank, S. (1994): Maintenance and rehabilitation of independence in old age: An intervention program for staff. In: Psychology and Aging 9, S. 179–188.
- Baltes, P. B. (1993): The aging mind: Potentials and limits. In: The Gerontologist 132, S. 458–467.
- Baltes, P. B. (1997): Die unvollendete Architektur der menschlichen Ontogenese: Implikationen für die Zukunft des vierten Lebensalters. In: Psychologische Rundschau 48, S. 191–210.
- Baltes, P. B. (1999): Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32 (6), S. 433–448.
- Baltes, P. B. & Mayer, K. U. (1999): The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. & Smith, J. (1999): Multilevel and systematic analyses of old age. In: V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Hrsg.): Handbooks of theories of aging. New York: Springer, S. 153–173.
- Barofsky, I. (2001): Health-related quality of life is the ultimate outcome of health care. In: Newsletter of the International Society for Quality of Life Research 6 (1).
- Barth, W. et al. (1996): Coronary Heart Disease Mortality, Morbidity, and Case Fatality in Five East and West German Cities 1985–1989. Acute Myocardial Infarction Register Teams of Augsburg, Bremen, Erfurt and Zwickau. In: Journal of Clinical Epidemiology 49, S. 1277–1284.
- Barthelme, G.; Garms-Homolova, V. & Polak, U. (1999): Belastungen in der ambulanten Pflege. In: R. Schmidt, H. Entzian, K.-I. Gierke & T. Klie (Hrsg.): Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 235–243.
- Bartholomeyczik, S. (1993): Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus. In: B. Badura, G. Feuerstein & T. Schott (Hrsg.): System Krankenhaus. Weinheim: Juventa, S. 83–99.
- Bartholomeyczik, S. (1997): Professionalisierung der Pflege – zwischen Abhängigkeit und Omnipotenz. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 29 (1), S. 5–13.
- Bartholomeyczik, S. (1999): Anforderungen an die Qualität von Pflege und an die Qualifikation von Pflegenden. In: M. Häußler-Szepan & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), (Hrsg.): Selbstbestimmung in Einrichtungen. Qualitätsentwicklung und Dienstleistung in der Altenpflege. Dokumentation der Fachtagung des BMFSFJ am 22. und 23. März 1999 in Leipzig., S. 31–37.
- Bartholomeyczik, S. (2001): Professionelle Kompetenz in der Pflege. Teil 1. In: Pflege Aktuell 5, S. 284–287.
- Bartholomeyczik, S. (2002): Analyse des Pflegebedarfs Schwerstpflegebedürftiger im außerstationären Bereich. In: D. Schaeffer & M. Ewers (Hrsg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerstkranker. Bern: Hans Huber.
- Bartholomeyczik, S. & Hunstein, D. (2000): Erforderliche Pflege – Zu den Grundlagen einer Personalbemessung. In: Pflege und Gesellschaft 5 (4), S. 105–109.
- Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D.; Koch, V. & Zegelin-Abt, A. (Hrsg.) (2001): Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs. Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Frankfurt a. M.: Mabuse.

- Bartholomeyczik, S.; Ulmer, E.-M.; Linhart, M.; Schumann, G. & Tuschen, P. (1998): Analyse des Bedarfs an häuslicher und stationärer Pflege nach SGB XI – Auswertungen von Begutachtungsdaten des MDK in Hessen. In: H. Steppe, E. Ulmer, R. Saller, P. Tuschen & B. Weinand (Hrsg.): *Pflegebegutachtung – besser als ihr Ruf?* Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag, S. 65–105.
- Bass, D. M.; Mc Clendon, M. J.; Brennan, P. F. & Mc Carthy, C. (1998): The Buffering Effect of a Computer Support Network on Caregiver Strain. In: *Journal of Aging and Health* 10, S. 20–43.
- Bassuk, S. S.; Glass, T. Y. & Berkman, L. F. (1999): Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. In: *Annals of Internal Medicine* 131, S. 165–173.
- Battaglia, A.; Bruni, G.; Ardia, A. & Sacchetti, G. (1989): Nicergoline in Mild to Moderate Dementia: a Multicenter, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 37, S. 295–302.
- Bauer, M. (1993): Versorgungsprobleme aus der Sicht der psychiatrischen Fachabteilung. In: H. J. Möller & A. Rohde (Hrsg.): *Psychische Krankheiten im Alter*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 472–479.
- Bauer-Söllner, B. (1997): Lebensbewältigung nach Partnerverlust statt Vereinsamung und Resignation. In: L. Blosser-Reisen (Hrsg.): *Altern: Integration sozialer und gesundheitlicher Hilfen*. Bern, Göttingen, Toronto: Huber Verlag, S. 131–150.
- Baumann, A.; Filipiak, B.; Stieber, J. & Löwel, H. (1998): Familienstand und soziale Integration als Prädiktoren der Mortalität: eine 5-Jahres-Follow-up-Studie an 55 bis 74-jährigen Männern und Frauen in der Region Augsburg. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31, S. 184–192.
- Beck, B. (1997): Fallstudien über erwerbstätige Hilfe-/Pflegeleistende in der Bundesrepublik Deutschland. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege*. Kap. V. Schriftenreihe. Bd. 106/1. Stuttgart: Kohlhammer, S. 159–231.
- Beck, B. (1998): Die Lebenssituation von erwerbstätigen Pflegenden – Ergebnisse qualitativer Untersuchungen. In: G. Naegele & M. Reichert (Hrsg.): *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege: nationale und internationale Perspektiven*. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie. Bd. 7. Hannover: Vincentz, S. 61–81.
- Becker, C.; Lindemann, U.; Kapfer, E. & Nikolaus, T. (2001): Verminderung von sturzbedingten Verletzungen bei Alten- und Pflegeheimbewohnern. 2. Jahresbericht des Ulmer Modellvorhabens. Ulm.
- Becker, C.; Walter-Jung, B. & Nikolaus, T. (2000): The Other Side of Hip Protectors. In: *Age and Ageing* 29, S. 186.
- Becker, C.; Walter-Jung, B.; Scapan, K.; Kron, M. & Nikolaus, T. (1997): Effektivität einer multifaktoriellen Intervention zur Reduktion von Stürzen mit proximalen Femurfrakturen in Alten- und Pflegeheimen. Ziele und Studiendesign einer populationsbasierten Untersuchung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 30, S. 293–297.
- Becker, J. (1999): „Gell, heut geht’s wieder auf die Rennbahn“: Die Handlungslogik dementer Menschen wahrnehmen und verstehen. Afw-Arbeitshilfe Demenz II. Darmstadt: Arbeitszentrum Fort- und Weiterbildung im Elisabethenstift.
- Becker, R. (1997): *Häusliche Pflege von Angehörigen: Beratungskonzeptionen für Frauen*. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Bedard, M.; Molloy, D. W.; Bell, R. & Lever, J. A. (2000): Determinants and detection of low Body Mass Index in community-dwelling adults with Alzheimer’s disease. In: *International Psychogeriatrics* 12, S. 87–98.
- Bedard, M.; Molloy, D. W. & Lever, J. A. (1998): Factors associated with motor vehicle crashes in cognitively impaired older adults. In: *Alzheimer’s Disease and Associated Disorders* 12, S. 135–139.
- Bedard, M.; Molloy, D. W. & Lever, J. S. (1996): Demented patients should not drive alone. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 44, S. 9–12.
- Beecham, J.; Cambridge, P.; Hallam, A. & Kanpp, M. (1993): The costs of Domus Care. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8, S. 827–831.
- Beers, M. H.; G., O. J.; Rollinger, I.; Reuben, D. B.; Brooks, J. & Beck, J. C. (1991): Explicit Criteria for Determining Inappropriate Medication Use in Nursing Home Residents. In: *Archives of Internal Medicine* 151, S. 1825–1832.
- Bellach, B.-M.; Knopf, H. & Thefeld, W. (1998): Der Bundesgesundheitsurvey 1997/98. In: *Das Gesundheitswesen* 60 (SH2), S. S59–S68.
- Berger, K.; Kolominsky-Rabas, P.; Heuschmann, P. & Keil, U. (2000): Die Häufigkeit des Schlaganfalls in Deutschland. Prävalenzen, Inzidenzen und ihre Datenquellen. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift* 125 (1), S. 21–25.
- Bergler, R. (2000): *Gesund durch Heimtiere*. Köln: Deutscher Instituts-Verlag.
- Berning, R. & Rosenow, C. (2001): Statistische Krankenhausdaten: Grund und Kostendaten der Krankenhäuser. In: M. Arnold, M. Litsch & H. Schellschmidt (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2000*. Stuttgart: Schattauer, S. 379–392.
- Bertelsmann, A.; Knopf, H. & Melchert, H. U. (1998): Der Bundes-Gesundheitssurvey als pharmakoepidemiologisches Instrument. In: *Das Gesundheitswesen* 60 (SH2), S. 89–94.
- Bertram, L.; Busch, R. & Spiegel, M. (1998): Paternal age is a risk factor for Alzheimer disease in the absence of major gene. In: *Neurogenetics* 1, S. 277–280.
- Bickel, H. (1994): Demenz und Pflegebedürftigkeit im höheren Lebensalter. In: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 136, S. 640–643.

- Bickel, H. (1995a): Demenzen im Alter: Eine populationsbezogene Untersuchung von Verteilung, Versorgung und Risikofaktoren. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Forschung und Technologie.
- Bickel, H. (1995b): Demenzkranke in Alten- und Pflegeheimen: Gegenwärtige Situation und Entwicklungstendenzen. In: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Medizinische und gesellschaftspolitische Herausforderung: Alzheimer Krankheit. Der langsame Zerfall der Persönlichkeit. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, S. 49–68.
- Bickel, H. (1997): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter. In: H. Förstl (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie. Stuttgart: Enke, S. 1–15.
- Bickel, H. (1998): Das letzte Lebensjahr: Eine Repräsentativstudie an Verstorbenen. Wohnsituation, Sterbeort und Nutzung von Versorgungsangeboten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31, S. 193–204.
- Bickel, H. (1999): Epidemiologie der Demenzen. In: H. Förstl, H. Bickel & A. Kurz (Hrsg.): Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 9–32.
- Bickel, H. (2001): Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34, S. 108–115.
- Bilsky, W.; Mecklenburg, E.; Pfeiffer, C. & Wetzels, P. (1993): Persönliches Sicherheitsgefühl, Angst vor Kriminalität und Gewalt, Opfererfahrung älterer Menschen. KFN-Opferbefragung 1992. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN).
- Birk, R. (2000): Altersdiskriminierung im Arbeitsrecht - kollisionsrechtlich betrachtet. In: J. Basedow (Hrsg.): Private Law in the International Arena – Liber Amicorum Kurt Siehr. The Netherlands: T. M. C. Asser Press, The Hague, S. 45–60.
- Birks, J.; Grimley, E. J.; Iakovidou, V. & Tsolaki, M. (2000): Rivastigmine for Alzheimer's Disease. In: Cochrane Database Systematic Reviews 4 (CD001191).
- Birks, J.; Melzer, D. & Beppu, H. (2000): Donepezil for Mild and Moderate Alzheimer's Disease. In: Cochrane Database Systematic Reviews CD 001190.
- Birren, J. E. (1959): Principles of research on aging. In: J. E. Birren (Hrsg.): Handbook of aging and the individual. Chicago: Chicago University Press, S. 3–42.
- Birren, J. E. (1999): Theories of aging: A personal perspective. In: V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Hrsg.): Handbook of theories of aging. New York: Springer, S. 459–471.
- Bischoff, C. (1994): Ganzheitlichkeit in der Pflege. In: Mabuse 91 (Aug/Sep), S. 34.
- Bischoff, C. (1996): Zum Ganzheitsbegriff in der Pflege. In: H. Krüger, G. Piechotta & H. Remmers (Hrsg.): Innovation der Pflege durch Wissenschaft. Perspektiven und Positionen. Bremen: Altera, S. 103–128.
- Bischoff, S. (2000): Freiwilliges Engagement im Alter – Ergebnisse des „Freiwilligensurvey 1999“. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Freiwilligenaktivitäten von Hochbetagten und für Hochbetagte. Ein europäischer Vergleich. Dokumentation der Expertentagung des internationalen Rates für soziale Wohlfahrt. Köln, S. 33–34.
- Blacker, D.; Haines, J. L.; Rodes, L.; Terwedow, H. & Go, R. C. P. (1998): ApoEA and age at onset of Alzheimer's disease. The NIMH genetic initiative. In: Neurology 48, S. 139–147.
- Blain, H.; Balin, A.; Trechot, P. & Jeandel, C. (2000): The Role of Drugs in Falls in the Elderly. Epidemiological Aspects. In: Presse Medical 29, S. 673–680.
- Blinkert, B. & Klie, T. (Hrsg.) (1999a): Pflege im sozialen Wandel. Freiburg: FIFAS.
- Blinkert, B. & Klie, T. (Hrsg.) (1999b): Pflege im sozialen Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger. Hannover: Vincentz.
- Blinkert, B. & Klie, T. (2001): Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestags. Berlin: Enquête-Kommission Demographischer Wandel.
- Bochnik, H. J. & Koch, H. (1990): Die Nervenarzt-Studie. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Boecken, W. (1998): Wie sollte der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand rechtlich gestaltet werden? Gutachten B zum 62. Juristentag in Bremen. München: Beck.
- Boeger, A. & Pickartz, A. (1998): Die Pflege chronisch Kranker in der Familie. Psychosoziale Beeinträchtigungen und Wohlbefinden bei pflegenden Frauen. In: Pflege 11, S. 319–323.
- Boersma, P.; Van den Brink, W.; Deeg, D. J. H.; Eefsting, J. A. & Van Tilburg, W. (1999): Survival in a population-based cohort of dementia patients: predictors and causes of mortality. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 14 (9), S. 748–753.
- Böhm, E. (1985): Krankenpflege – Brücke in den Alltag. Erfahrungen mit der Übergangspflege. Rehburg-Loccum: Psychiatrie Verlag.
- Bonita, R. (1993): Stroke Trends in Australia and New Zealand: Mortality, Morbidity, and Risk Factors. In: Annals of Epidemiology 3, S. 529–533.
- Boonen, S.; Broos, P. & Haentjens, P. (1999): Factors Associated With Hip Fracture Occurrence in Old Age. Implications in the Postsurgical Management. In: Acta Chirurgica Belgica, S. 185–189.
- Borchelt, M.; Gilberg, R.; Horgas, A. L. & Geiselman, B. (1996): Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter. In: K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. 2. Aufl. Berlin: Akademie Verlag, S. 449–474.

- Borchelt, M. & Steinhagen-Thiessen, E. (2001): Ambulante geriatrische Rehabilitation – Standortbestimmung und Perspektiven. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34 (Suppl. 1), S. 24–29.
- Borscheid, P. (1989): *Geschichte des Alters. Vom Spätmittelalter zum 18. Jahrhundert*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Bots, M. L.; Grobbee, D. E. & Hofman, A. (1991): High Blood Pressure in the Elderly. In: *Epidemiologic Reviews* 13, S. 294–314.
- Bould, S. & Longino, C. F. J. (1997): Women Survivors: The Oldest Old. In: J.M. Coyle (Hrsg.): *Handbook of Women and Aging*. Westport: Greenwood Press, S. 210–222.
- Bowie, P. & Mountain, G. (1997): The relationship between patient behavior and environmental quality for the dementing. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12, S. 718–723.
- Bowler, J. V.; Munoz, D. G. & Merskey, H. (1998): Factors affecting the age of onset and rate of progression of Alzheimer's disease. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 65, S. 184–190.
- Bracker, M. (1990): Pflegezwang für Frauen. In: *Dr. med. Mabuse* 15, S. 38–41.
- Bracker, M.; Dallinger, U.; Karden, G. & Tegethoff, U. (1988): Die Pflegebereitschaft der Töchter. Zwischen Pflichterfüllung und eigenen Lebensansprüchen. Wiesbaden: o. V.
- Brandenberg, C. & Fahnenstich, H. (2000): Auf die richtige Diagnose kommt es an: Früherkennung von Gedächtnisstörungen in der Memory Clinic Essen. In: P. Tackenberg & A. Abt-Zegelin (Hrsg.): *Demenz und Pflege: Eine interdisziplinäre Betrachtung*. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Brandstädter, J. & Greve, W. (1994): The Aging Self: Stabilizing and Protective Processes. In: *Developmental Review* 14, S. 52–80.
- Brandstädter, J.; Wentura, D. & Greve, W. (1993): Adaptive Resources of the Aging Self: Outlines of an Emergent Perspective. In: *International Journal of Behavioral Development* 16, S. 323–349.
- Brawer, M. K. (2000): Screening for Prostate Cancer. In: *Seminars in Surgical Oncology* 18, S. 29–36.
- Brawley, E. C. (1997): *Designing for Alzheimer's disease: strategies for creating better environments*. New York: Wiley.
- Brawley, O. W. & Parnes, H. (2000): Prostate Cancer Prevention Trials in the USA. In: *European Journal of Cancer* 36, S. 1312–1315.
- Breitner, J. C. S.; Gau, B. A. & Welsh, K. A. (1994): Inverse association of anti-inflammatory treatments and Alzheimer's disease: initial results of a co-twin control study. In: *Neurology* 44, S. 227–232.
- Brendebach, C. & Hirsch, R. D. (1999): Gewalt gegen alte Menschen in der Familie. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32 (6), S. 449–455.
- Brenner, H.; Arndt, V.; Stürmer, T.; Stegmaier, C.; Ziegler, H. & Dhom, G. (2000): Individual and Joint Contribution of Family History and Helicobacter Pylori Infection to the Risk of Gastric Cancer. In: *Cancer* 88, S. 274–279.
- Brenner, H.; Arndt, V.; Stürmer, T.; Stegmaier, C.; Ziegler, H. & Dhom, G. (2001): Long Lasting Reduction of Risk of Colorectal Cancer Following Screening Endoscopy. In: *The British Journal of Cancer* 85 (7), S. 972–976.
- Brenner, H.; Stegmaier, C. & Ziegler, H. (1993): Projektion der Krebserkrankungen bis zum Jahr 2002. Ein Beitrag zur Bedarfsplanung im Gesundheitswesen aus dem Saarländischen Krebsregister. In: *Gesundheitswesen* 55, S. 648–652.
- Brenner, H.; Stegmaier, C. & Ziegler, H. (1994): Estimating Completeness of Cancer Registration in Saarland/Germany with Capture-Recapture Methods. In: *European Journal of Cancer* 30A, S. 1659–1663.
- Brenner, H. & Ziegler, H. (1992): Monitoring and Projecting Cancer Incidence in Saarland, Germany, Based on Age-Cohort Analyses. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 46, S. 15–20.
- Breteler, M. M. (2000): Vascular Risk Factors For Alzheimer's Disease: An Epidemiologic Perspective. In: *Neurobiology of Aging* 21, S. 153–160.
- Brief, A.; Butcher, A. H.; George, J. M. & Link, K. E. (1993): Integrating Bottom-Up and Top-Down Theories of Subjective Well-Being: The Case of Health. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 64, S. 646–653.
- Brockmann, H. (2000): Why is health treatment for the elderly less expensive than for the rest of the population? Health care rationing in Germany. Rostock: MPIDR Working Paper (WP-2000-001).
- Brod, M.; Stewart, A. L.; Sands, L. & Walton, P. (1999): Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: The Dementia Quality of Life Instrument (DQoL). In: *The Gerontologist* 39, S. 25–35.
- Brody, E. M.; Litvin, S. J.; Hoffmann, C. & Kleban, M. H. (1995): Marital Status of Caregiving Daughters and Co-Residence With Dependent Parents. In: *Gerontologist* 35 (1), S. 75–85.
- Broe, G. A.; Henderson, A. S. & Creasy, H. (1990): A case-control study of Alzheimer's disease in Australia. In: *Neurology* 40, S. 1698–1707.
- Brown, K. (2001): A discriminating taste for bitter. In: *Science* 291, S. 1465–1466.
- Brucker, U. (1999): Qualitätssicherung im stationären Bereich aus der Sicht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) Essen. In: *Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Pflege. Gesprächskreis Arbeit und Soziales*. Bd. 92. Bonn, S. 53–62.

- Brucker, U. (2000): Bisherige Qualitätsprüfungen und die ab 1. Oktober 2000 zur Anwendung empfohlene Prüfanleitung des Medizinischen Dienstes. Frankfurt a. M. (Typoskript).
- Bruckhaus, H. (1972): Altenpflegerin – eine Ausbildungsmöglichkeit auch für Teilzeitbeschäftigte. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 25 (12), S. 664–665.
- Bruder, J. (1998): Beratung und Unterstützung von Angehörigen demenzkranker Menschen. In: A. Kruse (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie. Bd. 2: Interventionen. Jahrbuch der Medizinpsychologie 16. Göttingen: Hogrefe, S. 275–295.
- Bruder, J.; Lucke, C.; Schramm, A. & Tews, H. P. (1994): Was ist Geriatrie? 3. überarb. Aufl. Rügheim: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie.
- Brunner, T. (1999): Gewalt im Alter. In: T. Brunner (Hrsg.): Gewalt im Alter. Graftschaff: Vektor, S. 7–14.
- Buchner, F.; Hessel, F.; Greß, S. & Wasem, J. (2001): Gesundheitsökonomische Aspekte des hohen Alters und der demographischen Entwicklung. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“.
- Buckwalter, K. C. & Gardner, S. (1998): Gerontological Care. In: J. J. Fitzpatrick (Hrsg.): Encyclopedia of Nursing Research. New York: Springer, S. 219–221.
- Bühringer, G.; Türk, D. & Künzel, J. (1998): Versorgungssituation für ältere Suchtkranke in Deutschland. In: U. Havemann-Reinecke, S. Weyerer & H. Fleischmann (Hrsg.): Alkohol und Medikamente – Missbrauch und Abhängigkeit im Alter. Freiburg: Lambertus, S. 170–187.
- Buijssen, H. (1997): Senile Demenz: Eine praktische Anleitung für den Umgang mit Alzheimer-Patienten. Weinheim, Basel: Beltz.
- Buijssen, H. P. J. (1996): Trauer. In: H. P. J. Buijssen (Hrsg.): Probleme im Alter. Diagnose, Beratung, Therapie, Prävention. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union, S. 67–106.
- Bulmahn, T. (1999): Altersvorsorge im Wandel. In: P. Lüttinger (Hrsg.): Sozialstrukturanalysen mit dem Mikrozensus. ZUMA Nachrichten Spezial. Bd. 6. Mannheim: ZUMA, S. 300–322.
- Bundesanstalt für Straßenwesen (2000): Begutachtungseleitlinien zur Kraftfahrreignung. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit Heft M 115. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft GmbH.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG) (1997): Bericht über den Stand der klinisch-gerontopsychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: BAG Psychiatrie.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998): Alterssicherung in Deutschland 1995 (ASID '95). Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001a): Alterssicherung in Deutschland 1999 (ASID '99). Tabellenband. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (289/T).
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001b): Geriatriische Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001c): Lebenslagen in Deutschland. Daten und Fakten. Materialband zum ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001d): Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): Altern und Gesellschaft. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1993): Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Erster Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1995a): Die Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann. Schriftenreihe. Bd. 49. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1995b): Kriminalität im Leben alter Menschen. Eine altersvergleichende Untersuchung von Opfererfahrungen, persönlichem Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht. Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. 105. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1996): Gewalt gegen Ältere zu Hause. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1997): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Schriftenreihe. Bd. 106/1. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998): Wohnen im Alter. Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000a): Angehörigengruppen für Demenzkranke in Deutschland. Expertise. Berlin (Expertise).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000b): Wohnungsanpassung und Wohnberatung:

- Workshop in Kassel am 23./24. Februar 1999. Selbstbestimmt für Wohnen im Alter: Dokumentation Nr. 4. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001a): Alter und Gesellschaft. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001b): Lotsendienst im Hilfenetz. Case Management – eine neue Form der sozialen Dienstleistung für Pflegebedürftige. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Gesundheit (2001): Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (zugleich BT-Drs. 14/5590). Bonn.
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (1999): Pharma Daten '99. Überarbeitete Auflage. Frankfurt a. M.
- Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände; Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe; Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege; Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge & Kuratorium Deutsche Altershilfe (1983): Gemeinsamer Vorschlag zur „Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit“ vom 12. Januar 1983. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV) 63 (3), S. 70–71.
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (2001): Zahlen, Daten, Fakten.
- Burger, S. G.; Kayser-Jones, J. & Bell, J. P. (2000): Malnutrition and dehydration in nursing homes: Key issues in prevention and treatment. Grey Literature Library: www.nyam.org/library/greylit/grlv2n3.shtml.
- Burgio, L. D.; Butler, F. R.; Roth, D. L.; Hardin, J. M.; Hsu, C.-C. & Ung, K. (2000): Agitation in nursing home residents: the role of gender and social context. In: *International Psychogeriatrics* 12, S. 495–511.
- Burns, A. et al. (1999): The Effects of Donepezil in Alzheimer's Disease. Results from a Multinational Trial. In: *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 10, S. 237–244.
- Butcher, P.M. (2000): SPRINT Ewart Angus Home: New Age of Care for People with Dementia. In: *Alzheimer Care Quart* 1, S. 4–6.
- Büttner, T. (2000): Die Alterung der Weltbevölkerung im 21. Jahrhundert. In: *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 25 (3-4), S. 441–459.
- Byles, J.; Feldman, S. & Mishra, G. (1999): For Richer, for Poorer, in Sickness and in Health: Older Widowed Women's Health, Relationships and Financial Security. In: *Women & Health* 29 (1), S. 15–30.
- Bylsma, F. W. (1997): Simulators for Assessing Driving Skills in Demented Patients. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 11 (Suppl. 1), S. 17–20.
- Caicedo, A. & Roper, S. D. (2001): Taste receptor cells that discriminate between bitter stimuli. In: *Science* 291, S. 1557–1560.
- Cain, L. D. (1976): Aging and the Law. In: R. H. Binstock & E. Shanas (Hrsg.): *Handbook of Aging and the Social Sciences*. New York: Van Nostrand Reinhold, S. 342–368.
- Campbell, A. J.; Borrie, M. J. & Spears, G. F. (1989): Risk Factors for Falls in a Community-Based Prospective Study of People 70 Years and Older. In: *Journal of Gerontology: Medical Science* 44, S. M 112–117.
- Cappell, E. (2000): Stationäre Dementenbetreuung in Hamburg. Hamburg: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales.
- Caracci, G. & Miller, N. S. (1991): Epidemiology and Diagnosis of Alcoholism in the Elderly (A Review). In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6, S. 511–515.
- Carell, A. (1999): Gewalt gegen ältere Menschen – ein Überblick über den derzeitigen Diskussionsstand. In: T. Brunner (Hrsg.): *Gewalt im Alter*. Graftschaft: Vektor, S. 7–14.
- Carnelley, K.; Wortman, B. & Kessler, R. (1999): The Impact of Widowhood on Depression: Findings from a Prospective Survey. In: *Psychological Medicine* 29, S. 1111–1123.
- Carr, D. B. (1997): Motor Vehicle Crashes and Drivers with DAT. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 11 (Suppl. 1), S. 38–41.
- Caspar, J. (2000): Das Diskriminierungsverbot behinderter Personen nach Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG und seine Bedeutung in der aktuellen Rechtsprechung. In: *Europäische Grundrechte-Zeitschrift (EuGRZ)*, S. 135–144.
- Caspar, J. (2001): Generationen-Gerechtigkeit und moderner Rechtsstaat. Eine Analyse rechtlicher Beziehungen in der Zeit. In: D. Birnbacher & G. Brudermüller (Hrsg.): *Zukunftsverantwortung und Generationensolidarität*. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 73–105.
- Cavanagh, S. J. (1995): *Pflege nach Orem*. Freiburg: Lambertus.
- Chafetz, P. K. (1990): Two-dimensional grid is ineffective against demented patients exiting through glass doors. In: *Psychology and Aging* 5, S. 146–147.
- Chen, P.; Ganguli, M. & Mulsant, B. H. (1999): The temporal relationship between depressive symptoms and dementia. In: *Archives of General Psychiatry* 56, S. 261–266.
- Choi, N.G. (1996): Older persons who move: reasons and health consequences. In: *Journal of Applied Gerontology* 15, S. 325–344.
- Christensen, H.; Korten, A. E.; Jorm, A. F.; Henderson, A. S.; Jacomb, P. A.; Rodgers, B. & Mackinnon, A. J. (1997): Education and decline in cognitive performance:

- compensatory but not protective. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12, S. 323–330.
- Christenson, R. & Blazer, D. (1984): Epidemiology of Persecutory Ideation in an Elderly Population in the Community. In: *American Journal of Psychiatry* 141, S. 1088–1091.
- Christmas, C. & Andersen, R. A. (2000): Exercise and Older Patients: Guidelines for the Clinician. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 48, S. 318–324.
- Clarke, M.; Jagger, C.; Anderson, J.; Battcock, T.; Kelly, F. & Campbell-Stern, M. (1991): The Prevalence of Dementia in a Total Population: The Comparison of Two Screening Instruments. In: *Age and Ageing* 20, S. 396–403.
- Clausen, G. & Lucke, C. (1998): Wie entwickelt sich das subjektive Wohlbefinden alter Patienten während der stationären geriatrischen Rehabilitationsbehandlung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31, S. 27–35.
- Clemmer, M. (1993): *Victims of dementia. Services, support and care.* New York, London, Norwood: Haworth Press.
- Coffey, C. E.; Saxton, J. A. & Ratcliff, G. (1999): Relation of education to brain size in normal aging. Implications for the reserve hypothesis. In: *Neurology* 53 (189–196).
- Cohen, C. I.; Strashun, A.; Ortega, C.; Horn, L. & Magai, S. (1996): The effects of poverty and education on temporoparietal perfusion in Alzheimer's disease: a reconsideration of the cerebral reserve hypothesis. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 11, S. 1105–1110.
- Cohen, S.; Doyle, W. J.; Skoner, D. P.; Rabin, B. S. & Gwaltney Jr., J. M. (1997): Social Ties and Susceptibility to the Common Cold. In: *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 277, S. 1940–1944.
- Collins, G. M. & Mc Nicholas, J. (1998): A Theoretical Basis for Health Benefits of Pet Ownership. In: C. C. Wilson & D. C. Turner (Hrsg.): *Companion Animals in Human Health.* Thousand Oaks: Sage, S. 105–122.
- Compton, D. M.; Bachman, L. D.; Brand, D. & Avet, T. L. (2000): Age-associated changes in cognitive function in highly educated adults: emerging myths and realities. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15(75–85).
- Cook, A. & Klein, B. (1997): Bewohner sehen vieles anders. In: *Altenheim* 12/95, S. 16–25.
- Cooper, B.; Bickel, H. & Schäufele, M. (1992): Demenzerkrankungen und leichtere kognitive Beeinträchtigungen bei älteren Patienten in der ärztlichen Allgemeinpraxis. In: *Nervenarzt* 63, S. 551–560.
- Cooper, B.; Mahnkopf, B. & Bickel, H. (1984): Psychische Erkrankung und soziale Isolation bei älteren Heimbewohnern: eine Vergleichsstudie. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 17 (3), S. 117–125.
- Cooper, B. & Sosna, U. (1983): Psychische Erkrankungen in der Altenbevölkerung. Eine epidemiologische Feldstudie in Mannheim. In: *Nervenarzt* 54, S. 239–249.
- Cooper, J. W. (1994): Falls and fractures in nursing home patients receiving psychotropic drugs. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 9, S. 975–980.
- Corbin, J. M. & Strauss, A. (1991): A Nursing Model for Chronic Illness Management Based Upon the Trajectory Framework. In: *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* (5), S. 155–174.
- Corbin, J. M. & Strauss, A. (1993): *Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie.* München: Piper.
- Corey-Bloom, J.; Anand, R. & Veach, J. (1998): A Randomized Trial Evaluating the Efficacy and Safety of ENA 713 (rivastigmine tartrate), A New Acetylcholinesterase Inhibitor, in Patients With Mild to Moderately Severe Alzheimer's Disease. In: *International Journal of Geriatric Pharmacology* (1), S. 55–65.
- Corti, M.-C.; Guralnik, J. & Bilato, C. (1996): Coronary Heart Disease Risk Factors in Older Persons. In: *Ageing-Clinical Experimental Research* 8, S. 75–89.
- Cotrell, V. C. (1997): Awareness Deficits in Alzheimer's disease: issues in assessment and intervention. In: *Journal of Applied Gerontology* 16, S. 71–90.
- Cramer, J. A. & Rosenheck, R. (1998): Compliance With Medication Regimens for Mental and Physical Disorders. In: *Psychiatric Services* 49, S. 196–201.
- Crimmins, E. M.; Hayward, M. D. & Saito, Y. (1996): Differentials in active life expectancy in the older population in the United States. In: *Journals of Gerontology. Social Sciences* 51B (3), S. 111–120.
- Croisile, M. D.; Trillet, M. D.; Fondarai, J.; Laurent, B.; Manguière, F. & Billardon, M. (1993): Long-Term and High Dose Piracetam Treatment of Alzheimer's Disease. In: *Neurology* 43, S. 301–305.
- Cullen, J. S.; Grayson, D. A. & Jorm, A. F. (1996): Clinical diagnoses and disability in cognitively impaired older persons. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 11, S. 411–422.
- Cullen, P.; Abid, F.; Patel, A.; Coope, B. & Ballard, C. G. (1997): Eating disorders in dementia. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12, S. 559–562.
- Cullum, S.; Huppert, F. A.; McGee, M.; Denning, T.; Ahmed, A.; Paykel, E. S. & Brayne, C. (2000): Decline across different domains of cognitive function in normal ageing: Results of a longitudinal population-based study using CAMCOG. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15, S. 853–862.
- Czech, C.; Mönning, U. & Tienari, P. J. (1993): ApoE4 in clinically diagnosed Alzheimer's disease, frontal lobe degeneration and non-demented controls. In: *The Lancet* 342, S. 1309–1310.
- Dahlem, O. (1997): Zur Situation der Heimbewohner. In: *Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE)* (35), S. 48 ff.

- Dale, M. C.; Burns, A.; Panter, L. & Morris, J. (2001): Factors affecting survival of elderly nursing home residents. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16, S. 70–76.
- Dallinger, U. (1997): Erwerbstätige Pflegepersonen älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik Deutschland: Partizipation im und Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege*. Schriftenreihe. Bd. 106/1, Kap. IV. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, S. 111–154.
- Dargen-Molina, P. (1998): Risk Factors and Prevention of Fractures in the Elderly. In: *Current Opinion in Rheumatology* 10, S. 357–361.
- Dautzenberg, M. G. H.; Diederiks, J. P. M.; Philipsen, H.; Stevens, F. C. J.; Tan, F. E. S. & Vernooij-Dassen, M. J. F. J. (2000): The Competing Demands of Paid Work and Parent Care. In: *Research on Aging* 22, S. 165–187.
- Davis, J. W.; Ross, P. D.; Nevitt, M. C. & Wasnich, R. D. (1999): Risk Factors for Falls and for Serious Injuries on Falling Among Older Japanese Women in Hawaii. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 47(7), S. 792–798.
- Davis, K. L. et al. (1992): A Double-Blind, Placebo-Controlled Multicenter Study of Tacrine for Alzheimer's Disease. The Tacrine Collaborative Study Group [see comments]. In: *New England Journal of Medicine* 327, S. 1253–1259.
- Davis, R. N.; Massman, P. J. & Doody, R. S. (2001): Cognitive Intervention in Alzheimer Disease: A Randomized Placebo-Controlled Study. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 15, S. 1–9.
- Davy, U. (2001): Das Verbot der Diskriminierung wegen einer Behinderung im deutschen Verfassungsrecht und im Gemeinschaftsrecht. Vortrag bei der Tagung des Deutschen Sozialrechtsverbandes am 27./28. September in Schwerin. Deutscher Sozialrechtsverband DSRV.
- de Beauvoir, S. (1972): *Das Alter*. Reinbek: Rowohlt.
- De Leo, D.; Carollo, G. & Dello Buono, M. (1995): Lower Suicide Rates Associated With a TeleHelp/TeleCheck Service for the Elderly at Home. In: *American Journal of Psychiatry* 152, S. 632–634.
- De Rijk, M. C.; Launer, L. J.; Berger, K.; Breteler, M. M. B.; Dartigues, J. F.; Baldereschi, M. & et. al. (2000): Prevalence of Parkinson's Disease in Europe: A Collaborative Study of Population-Based Cohorts. In: *Neurology* 54 (Suppl. 5), S. 21–23.
- Dean, A.; Kolodny, B. & Wood, P. (1990): Effects of Social Support From Various Sources on Depression in Elderly Persons. In: *J Health Soc Behavior* 31, S. 148–161.
- Dean, K. (1992): Health-Related Behavior: Concepts and Methods. In: M. Ory, R. P. Abeles & P. D. Lipman (Hrsg.): *Aging, Health and Behavior*. London: Sage, S. 27–56.
- Del Giudice, G.; Covacci, A.; Telford, J. L.; Montecucco, C. & Rappuoli, R. (2001): The Design of Vaccines Against *Helicobacter Pylori* and their Development. In: *Annual Review of Immunology* 19(1), S. 523–563.
- Del Ser, T.; Hachinski, V.; Merskey, H. & Munoz, D. G. (1999): An autopsy-verified study of the effect of education on degenerative dementia. In: *Brain* 122, S. 2309–19.
- Delhey, J. & Böhnke, P. (1999): Über die materielle zur inneren Einheit? Wohlstandslagen und subjektives Wohlbefinden in Ost- und Westdeutschland. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Derouesne, C.; Lacomblez, L.; Thibault, S. & LePoncin, M. (1999): Memory complaints in young and elderly subjects. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14, S. 291–301.
- Deutekom, E. (1989): Ernährung als Pflegeproblem. Methodische Fragen für die Krankenpflege. In: *Deutsche Krankenpflegezeitschrift* 12, S. 800–804.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2001): „Brücken in die Zukunft“. Tagungsband des Kongresses der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zusammen mit Alzheimer Europe am 12. bis 15. Oktober 2000 in München. Berlin: Deutsches Alzheimer Gesellschaft.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2000): *Behandlungsleitlinie Demenz*. Darmstadt: Steinkopff.
- Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn (Bundestagsdrucksache 7/4200).
- Deutscher Bundestag (1994): Zwischenbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“. Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. Bonn: Deutscher Bundestag.
- Deutscher Bundestag (1996): Bericht der Bundesregierung über die im Kalenderjahr 1993 erbrachten Versorgungsleistungen im öffentlichen Dienst sowie über die Entwicklung der Versorgungsausgaben in den nächsten 15 Jahren – Versorgungsbericht. Berlin (Bundestagsdrucksache 13/5840).
- Deutscher Bundestag (1998): „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik“. Zweiter Zwischenbericht der Enquête-Kommission. Bonn: Deutscher Bundestag.
- Deutscher Bundestag (2000): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage „Zukunft der sozialen Pflegeversicherung“. Berlin: Deutscher Bundestag (Bundestagsdrucksache 14/3592).
- Deutscher Bundestag (2001): Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Berlin: Deutscher Bundestag (Bundestagsdrucksache 14/5590).

- Deutsches Krankenhausinstitut e. V. Düsseldorf (1954): Schwesternarbeit auf der Station. Bericht über eine englische Arbeitsstudie. Karlsruhe: Braun.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (2000): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V. (1998): Jahrbuch des DZA 1997. Beiträge zur sozialen Gerontologie und Alterssozialpolitik. Beiträge zur Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung. Bd. 3. Regensburg: Transfer Verlag.
- Devanand, D. P.; Jacobs, D. M. & Tang, M. X. (1997): The course of psychopathology in mild to moderate Alzheimer's disease. In: *Archives of General Psychiatry* 54, S. 257–263.
- Di Carlo, A.; Launer, L. J.; Breteler, M. M. B.; Fratiglioni, L.; Lobo, A.; Martinez-Lage, J. & al., e. (2000): Frequency of Stroke in Europe: A Collaborative Study of Population-Based Cohorts. In: *Neurology* 54 (Suppl. 5), S. 28–33.
- Dibelius, O. (2000): Verwitwung. In: H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 158–162.
- Dickinson, J. L.; McLain-Kark, J. & Marshall-Baker, A. (1995): The effects of visual barriers on exiting behavior in a demented care unit. In: *The Gerontologist* 35, S. 127–130.
- Dieck, M. (1979): Zur Thematik „Gerontologie und Gesellschaftspolitik“. Auseinandersetzungen und Ergebnisse der Tagung. In: M. Dieck & T. Schreiber (Hrsg.): *Gerontologie und Gesellschaftspolitik*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, S. 263–276.
- Dieck, M.; Igl, G. & Schwichtenberg-Hilmert, B. (1993): *Dokumente der internationalen Altenpolitik*. Bd. I: 1946 bis 1980, Bd. II: 1981 bis 1993. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Dieffenbach, S.; Winkel, S.; Schaarschmidt, H. & Weiden, G.v.d. (2001): *Einrichtungsübergreifende Vernetzung zur Sicherung einer kontinuierlichen Patientenversorgung*. In: M. Landenberger & M. Münch (Hrsg.): *Innovation in der Pflege*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, S. 91–107.
- Diener, E. (1994): Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities. In: *Social Indicators Research* 31, S. 103–157.
- Diener, E. (1996): Traits can be powerful, but are not enough: Lessons from subjective well-being. In: *Journal of Research in Personality* 30, S. 389–399.
- Diener, E. (2000): Subjective Well-Being. In: *American Psychologist* 55, S. 34–43.
- Diener, E. & Fujita, F. (1995): Resources, Personal Strivings, and Subjective Well-Being: A Nomothetic and Idiographic Approach. In: *Journal of Psychology* 68, S. 926–935.
- Diener, E. & Suh, M. E. (1997): Subjective Well-Being and Age: An International Analysis. In: *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* 17, S. 304–324.
- Diener, E. & Suh, M. E. (1998): Subjective Well-Being and Age: An International Analysis. In: K. W. Schaie & M. P. Lawton (Hrsg.): *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Focus on Emotion and Adult Development*. Bd. 17. New York: Springer, S. 304–324.
- Dietrich, P. (2001): Konsequenzen der Novellierung des Heimgesetzes auf die Heimmitwirkungsverordnung aus Sicht der Behindertenhilfe. In: *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Was ändert sich für die Heimaufsicht? Neue rechtliche Grundlagen und ihre praktischen Konsequenzen. Dokumentation des Fachkongresses vom 15. und 16. Mai 2001 in Frankfurt am Main*. Frankfurt a. M.: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, S. 51–57.
- Diewald, M. (1991): *Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken*. Berlin.
- Dill, A.; Brown, P.; Ciambone, D. & Rakowski, W. (1995): The Meaning and Practice of Self-Care by Older Adults. In: *Research on Aging* 17, S. 8–41.
- Dinkel, R. H. (1992): Demographische Alterung: Ein Überblick unter besonderer Berücksichtigung der Mortalitätsentwicklungen. In: P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.): *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Berlin: Walter de Gruyter, S. 62–93.
- Dinkel, R. H.; Hartmann, K. & Lebok, U. (1997): Langfristige Veränderungen in der Verfügbarkeit häuslicher Unterstützungspotentiale aufgrund familiärer Strukturverschiebungen – Eine Modellrechnung. In: *Gesundheitswesen* 59 (4), S. 1–54.
- Dinniss, S. (1999): Violent crime in an elderly demented patient. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14, S. 889–891.
- Dobbs, A. R. (1997): Evaluating the driving competence of dementia patients. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 11(Suppl. 1), S. 8–12.
- Döhner, H. & Marben, J. (1994): *Ambulantes gerontologisches Team (PAGT). Multidisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und anderen Berufsgruppen*. In: *Niedersächsisches Ärzteblatt* 67, S. 9–12.
- Döhner, H.; Mutscher, R. & Schmoecker, M. (1995): *Kooperation, Koordination und Vernetzung in der Altenarbeit. Dokumentation des Experten-Workshops am 17. November 1994 in Hamburg*. Hamburg: Universität, Institut für Medizin-Soziologie.
- Doll, R. (1998): Epidemiological Evidence of the Effects of Behaviour and the Environment on the Risk of Human Cancer. In: *Recent Results in Cancer Research* 154, S. 3–21.

- Dorbritz, J. & Gärtner, K. (1998): Bericht 1998 über die demographische Lage in Deutschland mit dem Teil B „Ehescheidungen – Trends in Deutschland und im internationalen Vergleich“. In: *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 23(4), S. 373–458.
- Downton, J. H. (1995): Wenn alte Menschen stürzen. Ursachen und Risiko, Pflege und Prävention. Basel: Reinhardt.
- Drachman, D. & Swearer, J. (1993): Driving and Alzheimer's Disease: The Risk of Crashes. In: *Neurology* 43, S. 2448–2456.
- Dräger, D. (1998): Die Bedeutung der generativen Beziehung zwischen Großeltern und Enkelkindern im Hinblick auf die steigende Pflegebedürftigkeit – Stand der familiensoziologischen und gerontologischen Forschung. Humboldt-Universität Berlin (Diplomarbeit).
- Drenhaus-Wagner, R. (1997): Die Angehörigen-Initiative-Berlin e. V. Über den eigeninitiativen Aufbau eines Selbsthilfenetzwerks für pflegende Angehörige. In: *Altenpflegerin + Altenpfleger* 23 (5/6), S. 85–91.
- Dröes, R.-M.; Breebaart, E. & Ettema, T. P. (2000): Effect of integrated family support versus day care only on behavior and mood of patients with dementia. In: *International Psychogeriatrics* 12, S. 99–115.
- Dubey, A.; Koval, K. J. & Zuckerman, J. D. (1998): Hip Fracture Prevention: A Review. In: *American Journal of Orthopedics* 27, S. 407–12.
- Dubinsky, R.; Williamson, A.; Gray, C. & Glatt, S. (1992): Driving in Alzheimer's Disease. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 40, S. 1112–1116.
- Duchek, J. M.; Hunt, L.; Ball, K.; Buckles, V. & Morris, J. C. (1998): Attention and Driving Performance in Alzheimer's Disease. In: *Journal of Gerontology: Psychological Science* 53 (2), S. 130–141.
- Dunkel, W. (1994): Pflegearbeit – Alltagsarbeit. Eine Untersuchung der Lebensführung von AltenpflegerInnen. Freiburg: Lambertus.
- Earl-Slater, A. (1998): The elderly, medicines and robust evidence from randomized control trials. In: *Journal of Clinical Effectiveness* 3, S. 105–111.
- Eefsting, J. A.; Boersma, F.; van den Brink, W. & van Tilburg, W. (1996): Differences in prevalence of dementia based on community survey and general practitioner recognition. In: *Psychological Medicine* 26, S. 1223–1230.
- Eglit, H. (1985): Age and the Law. In: R. H. Binstock & E. Shanas (Hrsg.): *Handbook of Aging and the Social Sciences*. Bd. 2. New York: Van Nostrand Reinhold Company, S. 528–553.
- Ehmann, M. & Völkel, I. (Hrsg.) (2000): *Pflegediagnosen in der Altenpflege*. München: Urban & Fischer.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1982): *Liebe und Hass. Zur Naturgeschichte elementarer Verhaltensweisen*. München, Zürich: Pieper.
- Eichhorn, S. (1967): *Krankenhausbetriebslehre – Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes*. Bd. 1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eichhorn, S. (1975): *Krankenhausbetriebslehre – Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes*. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eisenbart, B. (2000): *Patienten-'Testament' und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten*. 2. Aufl. Baden-Baden.
- Ejaz, F. K.; Rose, M. S. & Jones, J. A. (1996): Changes in attitudes toward restraints among nursing home staff and residents' families following restraint reduction. In: *Journal of Applied Gerontology* 15, S. 433–449.
- Elbing, E. (1991): *Einsamkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Elffors, L. (1998): Are Osteoporotic Fractures Due to Osteoporosis? Impacts of a Frailty Pandemic in an Aging World. In: *Aging (Milano)* 10, S. 191–204.
- Elmstahl, S.; Annerstedt, L. & Ahlund, O. (1997): How should a Group Living Unit for demented elderly be designed to decrease psychiatric symptoms? In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 11, S. 47–52.
- Emanuel, E. J.; Fairclough, D. L.; Slutsman, J.; Alpert, H.; De Witt, B. & Emanuel, L. L. (1999): Assistance From Family Members, Friends, Paid Care Givers, and Volunteers in the Care of Terminally Ill Patients. In: *New England Journal of Medicine* 341, S. 956–963.
- Ende, J.; Kazis, L.; Ash, A. & Moskowitz, M. A. (1989): Measuring Patients Desire for Autonomy: Decision-Making and Information Seeking Preferences Among Medical Patients. In: *Journal of General Internal Medicine* 4, S. 23–30.
- Endenburg, N. (1995): The Attachment of People to Companion Animals. In: *Anthrozoos* VIII (2), S. 83–89.
- Engel, F.; Nestmann, F.; Niepel, G. & Sickendieck, U. (Hrsg.) (1996): *Weiblich, ledig, kinderlos und alt. Soziale Netzwerke und Wohnbiographien alter alleinstehender Frauen*. Opladen: Leske + Budrich.
- Engels, D. (2001): *Nicht-Inanspruchnahme zustehender Sozialhilfeleistungen*. Köln: ISG (zur Veröffentlichung vorgesehenes Manuskript).
- Engels, D. & Sellin, C. (2000): *Vorstudie zur Nicht-Inanspruchnahme zustehender Sozialhilfeleistungen*. Köln: ISG.
- Enzberger, A.; Laireiter, A.; Baumann, U.; Feichtinger, L.; Lettner, K. & Untner, A. (1992): *Soziale Netzwerke und Unterstützungsressourcen bei Bewohnern von Altenheimen*. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 5, S. 71–85.
- Erikson, R. (1974): Welfare as a Planning Goal. In: *Acta Sociologica* 17, S. 273–278.
- Ernst, E. & Pittler, M. H. (1999): Ginkgo biloba for dementia. In: *Clinical Drug Investigations* 17 (4), S. 301–308.

- Ernst, K. (1995): Alterssuizid: ein ethischer Sonderfall? In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 8 (1/2), S. 39–45.
- Ernst, R. L. & Hay, J. W. (1997): Cognitive function and the costs of Alzheimer's Disease. An Exploratory Study. In: *Archives of Neurology* 54 (6), S. 687–693.
- EUROGAST STUDY GROUP (1993): An International Association Between Helicobacter Pylori Infection and Gastric Cancer. In: *The Lancet* 341, S. 1359–1362.
- Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (1993): *Familiale Betreuung abhängiger alter Menschen in den Ländern der Europäischen Gemeinschaften*. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Everard, K. M. (1999): The Relationship Between Reasons For Activity and Older Adult Well-Being. In: *Journal of Applied Gerontology* 18, S. 325–340.
- Evers, A. & Olk, T. (1996): Von der pflegerischen Versorgung zu hilfreichen Arrangements. Strategien für bessere Beziehungen zwischen formellen und informellen Hilfesystemen im Bereich der Pflege älterer Menschen. In: A. Evers & T. Olk (Hrsg.): *Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft*. Opladen, S. 346–372.
- Ewers, M. & Schaeffer, D. (2000): *Case Management in Theorie und Praxis*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Fachinger, U. (2001a): *Einnahmen und Ausgaben Hochbetagter. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“*. Bremen.
- Fachinger, U. (2001b): *Zusammenfassung der Expertise „Einnahmen und Ausgaben Hochbetagter“ von Uwe Fachinger im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“*. Bremen.
- Färber, B. (2000): Neue Fahrzeugtechnologien zur Unterstützung der Mobilität Älterer. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33, S. 178–185.
- Farlow, M.; Gracon, S. I.; Hershey, L. A.; Lewis, K. W.; Sadowsky, C. H. & Dolan-Ureno, J. (1992): A Controlled Trial of Tacrine in Alzheimer's Disease. The Tacrine Study Group [see comments]. In: *Journal of the American Medical Association* 268, S. 2523–2529.
- Fawcett, J. (1996): *Pflegemodelle im Überblick*. Bern: Huber.
- Feil, N. (1999): *Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen*. Reinhardt Gerontologische Reihe. 2. Aufl. Bd. 17: Reinhardt.
- Feinleib, M.; Ingster, L.; Rosenberg, H.; Maurer, J.; Singh, G. & Kochanek, K. (1993): Time Trends, Cohort Effects, and Geographic Patterns in Stroke Mortality – United States. In: *Annals of Epidemiology* 3, S. 458–465.
- Fenske, A. (1998): *Das Verbot der Altersdiskriminierung im US-amerikanischen Arbeitsrecht*. Münsterische Beiträge zur Rechtswissenschaft. Bd. 118. Berlin: Duncker & Humblot.
- Ferber, C. v. (1993): *Pflege und Pflegebedürftigkeit – eine Herausforderung für professionelle und ehrenamtliche Arbeit*. In: H.-W. Müller (Hrsg.): *Pflegenotstand – Not der Pflegenden und Gepflegten – Krankenpflege im Dienst der Gesundheit*. Schriftenreihe der Deutschen Zentrale für Volksgesundheit. Frankfurt a. M., S. 9–21.
- Ferrell, B. A.; Ferrell, B. R. & Rivera, L. (1995): Pain in cognitively impaired nursing home patients. In: *Journal of Pain and Symptom Management* 10 (8), S. 591–598.
- Ferring, D. & Philipp, S. H. (1997): *Subjektives Wohlbefinden im Alter: Struktur und Stabilitätsanalysen*. In: *Psychologische Beiträge* 3, S. 236–258.
- Ferris, S. H.; Hofeldt, G. T. & Carbone, G. (1999): Suicide in two patients with a diagnosis of probable Alzheimer disease. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 13, S. 88–90.
- Ferris, S. H. & Mittelman, M. S. (1996): Behavioral Treatment of Alzheimer's Disease. In: *Int Psychogeriatr* 8 (Suppl.1), S. 87-90.
- Feuerlein, W. (1995): *Abhängigkeit im Alter*. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 8 (3), S. 153–162.
- Feuerstein, G. (1994): *Schnittstellen im Gesundheitswesen*. In: B. Badura & G. Feuerstein (Hrsg.): *Systemgestaltung im Gesundheitswesen*. Weinheim, München: Juventa, S. 211–253.
- Fichter, M. M. (1990): *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Fichter, M. M.; Bruce, M. L.; Schröppel, H.; Meller, I. & Merikangas, K. (1995): Cognitive Impairment and Depression in the Oldest Old in a German and in U.S. Communities. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 245, S. 319–325.
- Fichter, M. M.; Meller, I.; Schröppel, H. & Steinkirchner, R. (1995): Dementia and cognitive impairment in the oldest old in the community. Prevalence and comorbidity. In: *British Journal of Psychiatry* 166, S. 621–629.
- Fichter, M. M.; Schröppel, H. & Meller, I. (1996): Incidence of dementia in a Munich community sample of the oldest old. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 246, S. 93–99.
- Field, T. S.; Gurwitz, J. H.; Glynn, R. J. & al., e. (1999): The Renal Effects of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs in Older People: Findings from the Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 47, S. 507–511.
- Filipp, S. H. (2001): *Gesundheitsbezogene Lebensqualität alter und hochbetagter Frauen und Männer. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“*. Trier.

- Filipp, S. H. & Aymanns, P. (1996): Bewältigungsstrategien (Coping). In: R. H. Adler, J. H. Herrmann, K. Köhle, O. W. Schonecke, T. von Uexküll & W. Wesniack (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Bd. 5. München: Urban & Schwarzenberg, S. 277–289.
- Finch, C. E. (1998): Variations in senescence and longevity include the possibility of negligible senescence. In: *Journal of Gerontology: Biological Sciences* 53 A, S. B235–B239.
- Fingerman, K. (1995): Aging mothers' and their adult daughters' perceptions of conflict behaviors. In: *Psychology and Aging* 10 (4), S. 639–649.
- Finkel, S. I. & Burns, A. (2000): Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD): A clinical and research update. In: *International Psychogeriatrics* 12 (Suppl. 1), S. 19–22.
- Finkin, M. W. (1990): The federal law of age discrimination in the USA. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 23 (2), S. 97–101.
- Finnema, E.; Dröes, R.-M.; Ribbe, M. & Van Tilburg, W. (2000): The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia. A review of the literature. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15, S. 141–161.
- Fischer, G. C.; Junius, U. & Breull, A. (1997): Ambulantes geriatrisch-gerontologisches Screening in der Primärversorgung. Endbericht Projekt B 3 a. Norddeutscher Forschungsverbund Public Health.
- Fischer, G. C.; Rohde, J. J.; Tewes, U. & Schug, S. H. (1995): Die Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann. Schlußbericht zum interdisziplinären Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fischer, G. C. et al. (2001): Hausärztliche Versorgung. Teil 1: Die hausärztliche Versorgung Hochaltriger. Teil 2: Möglichkeiten und Grenzen der hausärztlichen Betreuung an Demenz Erkrankter unter besonderer Berücksichtigung der Hochbetagten. Expertise für die Sachverständigenkommission „4. Altenbericht der Bundesregierung“. Hannover.
- Flicker, L. & Grimley, E. J. (2000): Piracetam for Dementia or Cognitive Impairment. In: *Cochrane Database Systematic Reviews* CD001011.
- Foerner, M. (1999): Erwartungen und Bedürfnisse von PflegeempfängerInnen in der häuslichen Pflege. Frankfurt a. M.: Fachhochschule Frankfurt a. M., Fachbereich Pflege und Gesundheit.
- Foley, D. J.; Masaki, K. H.; Ross, G. W. & White, L. R. (2000): Driving Cessation in Older Men with Incident Dementia. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 48 (8), S. 928–930.
- Foley, D. J.; Wallace, R. B. & Eberhard, J. (1995): Risk Factors for Motor Vehicle Crashes Among Older Drivers in a Rural Community. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 43, S. 776–781.
- Folstein, M. F.; Folstein, S. E. & Mc Hugh, P. R. (1975): „Mini Mental State“: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. In: *Journal of Psychiatric Research* 12, S. 189–198.
- Fondation de France (1993): *Vivre au Cantou. Exploration d'un mode d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées*. Dijon.
- Fontana, S. A.; Baumann, L. C.; Helberg, C. & Love, R. R. (1997): The Delivery of Preventive Services in Primary Care Practices According to Chronic Disease Status. In: *American Journal of Public Health* 87, S. 1190–1196.
- Fooker, I. (1999): Intimität auf Abstand. Familienbeziehungen und soziale Netzwerke. In: A. Niederfranke, G. Naegele & E. Frahm (Hrsg.): *Funkkolleg Altern 2. Studienbrief 5*. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 208–243.
- Forette, F.; Lechowski, L.; Rigaud, A. S.; Seux, M. L.; Dessi, F. & Forette, B. (2000): Does the Benefit of Antihypertensive Treatment Outweigh the Risk in Very Elderly Patients? In: *Journal of Hypertension Suppl.* 18, S. 9–12.
- Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (1999): *Qualitätssicherung in der Pflege*. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Förstl, H.; Lauter, H. & Bickel, H. (2001): Ursachen und Behandlungskonzepte der Demenzen. In: *Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung*. Bd. 4. Opladen: Leske+Budrich, S. 113–199.
- Fosbinder, D. (1994): Patients perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. In: *Journal of Advanced Nursing* 20, S. 1085–1093.
- Franke, H. (1973): Das Wesen der Polypathie bei Hundertjährigen. In: R. Schubert & A. Störmer (Hrsg.): *Schwerpunkte der Geriatrie*. Bd. 2. München: Werk-Verlag Dr. E. Banaschewski, S. 39–45.
- Franke, H. (1985): *Auf den Spuren der Langlebigkeit*. Stuttgart: Schattauer.
- Franson, K.; Hay, D. & Neepe, V. (1995): Drug-induced seizures in the elderly. In: *Age & Ageing* 7, S. 38–48.
- Fratiglioni, L.; Ahlbom, A. & Vitonen, M. (1993): Risk factors for late-onset Alzheimer's disease: a population-based, case-control study. In: *Annals of Neurology* 33, S. 258–266.
- Fratiglioni, L.; Forsell, Y.; Torres, H. A. & Winblad, B. (1994): Severity of dementia and institutionalization in the elderly: prevalence data from an urban area in Sweden. In: *Neuroepidemiology* 13, S. 79–88.
- Fratiglioni, L.; Launer, L. J.; Andersen, K.; Breteler, M. M. B.; Copeland, J. R. M.; Dartigues, J. F. & al., e. (2000): Incidence of Dementia and Major Subtypes in Europe: A

- Collaborative Study of Population-Based Cohorts. In: *Neurology* 54 (Suppl. 5), S. 10–15.
- Fratiglioni, L.; Viitanen, M.; Backman, L.; Sandman, P. O. & Winblad, B. (1992): Occurrence of Dementia in Advanced Age: The Study Design of the Kungsholmen Project. In: *Neuroepidemiology* 11(Suppl. 1), S. 29–36.
- Friedland, R.; Koss, E. & Kumar, A. (1988): Motor Vehicle Crashes in Dementia of the Alzheimer Type. In: *Annals of Neurology* 24, S. 782–786.
- Frisby, B. (2000): The ASTRID PROJECT: Technology in Dementia Care – Why it Should be Used, Why it Isn't & How it Could Be. *Alzheimer-Kongress 2000 – Brücken in die Zukunft. Abstract-Band. 13./14. Oktober 2000. München.*
- Fritze, J.; Saß, H. & Schmauß, M. (2001): Befragung der Fachgesellschaft durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Frage von Über-, Unter- und Fehlversorgung: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Puhlheim, Aachen, Augsburg: DGPPN.
- Fuchs, J. (1998): Ressourcen für die Pflege im häuslichen Bereich: Pflegebereitschaft von Personen, die selbst nicht pflegen. In: *Gesundheitswesen* 60, S. 392–398.
- Fuchs, J. (1999a): Die Situation der Pflegenden. In: *NDV* 79 (10), S. 337–341.
- Fuchs, J. (1999b): Entlastung pflegender Personen. Unterstützungspotentiale für ambulante Dienste. In: *Häusliche Pflege* 8(11), S. 40–45.
- Fuchs, J. (1999c): Wege zur Pflege. Determinanten der Pflegebereitschaft von informellen Helferinnen und Helfern. Freie Universität Berlin (Dissertation).
- Fuhrmann, R. (2001): Übersicht über die Versorgungsstrukturen der klinischen und rehabilitativen Geriatrie und ihre Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34 (Suppl. 1), S. I/16–I/20.
- Gagnon, M.; Letenneur, L. & Dartigues, J. F. (1990): The Validity of the Mini-Mental State Examination as a Screening Instrument for Cognitive Impairment and Dementia in French Elderly Community Residents. In: *Neuroepidemiology* 9, S. 143–150.
- Gao, S.; Hendrie, H. C.; Hall, K. S. & Hui, S. (1998): The relationships between age, sex, and the incidence of dementia and Alzheimer's disease. In: *Archives of General Psychiatry* 55, S. 809–815.
- Garde, E.; Mortensen, E. L.; Krabbe, K.; Rostrup, E. & Larsson, H. B. W. (2000): Relation between age-related decline in intelligence and cerebral white-matter hyperintensities in healthy octogenarians: a longitudinal study. In: *The Lancet* 356, S. 628–634.
- Garrity, T. F. & Stallones, L. (1998): Effects of Pet Contact on Human Well-Being: Review of Recent Research. In: M. G. Wilson & D. C. Turner (Hrsg.): *Companion Animals in Human Health*. Thousand Oaks: Sage, S. 3–22.
- Gasse, C.; Hense, H. W.; Stieber, J.; Döring, A.; Liese, A. D. & Keil, U. (2001): Assessing Hypertension Management in the Community: Trends of Prevalence, Detection, Treatment, and Control of Hypertension in the MONICA Project, Augsburg 1984 bis 1995. In: *J Hum Hypertens* 15, S. 27–36.
- Geiselmann, B. & Linden, M. (1991): Prescription and Intake Patterns in Long-Term and Ultra-Long-Term Benzodiazepine Treatment in Primary Care Practice. In: *Pharmacopsychiatry* 24, S. 55–61.
- George, L. K. (1992): Economic Status and Subjective Well-Being: A Review of the Literature and an Agenda for Future Research. In: N. E. Cutler, D. W. Gregg & M. P. Lawton (Hrsg.): *Aging, Money, and Life Satisfaction. Aspects of Financial Gerontology*. New York: Springer, S. 69–99.
- Gerste, B. & Rehbein, I. (Hrsg.) (1998): *Der Pflegemarkt in Deutschland*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK.
- Gesellschaft für Inkontinenzhilfe (1998): *Harn- und Stuhl-inkontinenz*. Kassel.
- Getsios, D.; Caro, J. J.; Caro, G. & Ishak, K. (2001): Assessment of health economics in Alzheimer's disease (AHEAD). Galantamine treatment in Canada. In: *Neurology* 57, S. 972–978.
- Ghali, L.; Hopkins, R. W. & Rindlisbacher, P. (1995): The fragmentation of rest/activity cycles in Alzheimer's disease. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 10, S. 229–304.
- Giese, D. (1997): Öffentlich-rechtliche Körperschaft „Heimbewohner“? In: *Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE)*. (37), S. 91–109.
- Gill, W. & Mantej, W. (1997): Die Sozialvisite – mehr als eine Pflegeüberleitung. In: *Pflege Aktuell* 51, S. 376–380.
- Gillespie, L. D.; Gillespie, W. J.; Robertson, M. C.; Lamb, S. E.; Cumming, R. G. & Rowe, B. H. (2001): Interventions for Preventing Falls in Elderly People. In: *Cochrane Database Systematic Reviews The Cochrane Library* (3).
- Gilley, D. W.; Wilson, R. S. & Bennett, D. A. (1991): Cessation of driving and unsafe vehicle operation by dementia patients. In: *Archives of Internal Medicine* 151, S. 941–946.
- Gitlin, L. N. (1998): Testing home modification interventions: issues of theory, measurement, design and implementation. In: *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* 18, S. 190–246.
- Gjonca, A.; Brockmann, H. & Maier, H. (2000): Old-Age Mortality in Germany prior to and after Reunification. In: *Demographic Research* 3 (1).
- Glaeske, G. (2000): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2001*. Geesthacht: Neuland, S. 63–79.

- Glass, T. A.; de Leon, M. C. & Marottoli, R. A. (1999): Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. In: *British Medical Journal* 319, S. 478–483.
- Glatzer, W. (1992): Die Lebensqualität älterer Menschen in Deutschland. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 25 (3), S. 137–144.
- Glatzer, W. & Zapf, W. (Hrsg.) (1984): *Lebensqualität in der Bundesrepublik: Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Gnädig, H. (2000): Es bleibt noch viel zu tun. Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK in Baden-Württemberg. In: *Häusliche Pflege* (2), S. 22–25.
- Gollmer, E. & Eikelmann, B. (1993): Zur Aufgabe sozial-psychiatrischer Dienste in der Betreuung psychisch kranker alter Menschen. In: H. J. Möller & A. Rohde (Hrsg.): *Psychische Krankheiten im Alter*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 545–551.
- Gonzales-Salvador, T.; Lyketsos, C. & Baker, A. (2000): Quality of life in the dementia patients of long-term care. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15, S. 181–189.
- Gordon, M. & Bartholomeyczik, S. (2001): *Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen*. München: Urban & Fischer.
- Gorelick, P. B.; Erkinjuntti, T.; Hofman, A.; Rocca, W. A.; Skoog, I. & Winblad, B. (1999): Prevention of vascular dementia. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 11 (Suppl. 3), S. 131–139.
- Gorell, J. M.; Rybicki, B. A.; Cole Johnson, C. & Peterson, E. L. (1999): Occupational Metal Exposures and the Risk of Parkinson's Disease. In: *Neuroepidemiology* 18, S. 303–308.
- Görge, T. (1999): Erscheinungsformen und Bedingungen von Aggression und Gewalt in stationären Pflegeeinrichtungen. In: T. Brunner (Hrsg.): *Gewalt im Alter*. Graf-schaft: Vektor-Verlag, S. 57–108.
- Görge, T.; Kreuzer, A.; Hüsing, A. & Horz, A. (2000): Gewalt gegen alte Menschen in stationärer Pflege. Zweiter Sachstandsbericht. Gießen: Institut für Kriminologie an der Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Görres, S. (1993): Familienpflege und Angehörigenkarrieren. Entwicklung eines Forschungsparadigmas zur Belastung pflegender Angehöriger von chronisch kranken, älteren Menschen. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 26 (5), S. 378–385.
- Görres, S.; Hinz, I. M.; Krippner, A. & Zerwas, M. (2000): Evaluation pflegewissenschaftlicher Studiengänge in Deutschland. Ein Pilotprojekt zum gegenwärtigen Stand und zukünftigen Entwicklungsperspektive. In: *Pflege* 13 (1), S. 33–41.
- Grady, C. L. & Craik, F. I. M. (2000): Changes in memory processing with age. In: *Current Opinion in Neurobiology* 10, S. 224–231.
- Gräbel, E. (1998a): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. Deutsche Hochschulschriften 1134. Egelsbach: Dr. Markus Hänsel-Hohenhausen.
- Gräbel, E. (1998b): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31(1), S. 52–56.
- Gräbel, E. (1998c): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31(1), S. 57–62.
- Gräbel, E. (2000): Warum pflegen Angehörige? Ein Pflege-modell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 2 (13), S. 85–94.
- Gräbel, E. & Leutbecher, M. (Hrsg.) (1993): *Häusliche Pflege-Skala HPS zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen*. Ebersberg: VLESS Verlag.
- Griehaber, U. (2001): Mehr Ballast als Botschaft. In: *Forum Sozialstation* 25 (112), S. 3.
- Grond, E. (1996): Der Kraftakt, nicht stumm zu werden. Familiärer Pflegestress beeinträchtigt die Kommunikation. In: *Forum Sozialstation* 20 (82), S. 48–51.
- Grosse-Holtforth, M.; Pathak, A.; Koenig, H. G.; Cohen, H. J.; Pieper, C. F. & Van Hook, L. G. (1996): Medical Illness, Religion, Health Control and Depression of Institutionalized Medically III Veterans in Long-Term Care. In: *Int J Geriat Psychiatry* 11, S. 613–620.
- Grün, K. (1998): Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten und ihren Angehörigen an professionell Pflegenden im häuslichen Bereich. In: F.P.-u.G.d.E.F. Darmstadt (Hrsg.): *Pflegewissenschaft im Alltag*. Frankfurt a. M.: Mabuse, S.
- Grünheid, E. & Roloff, J. (2000): Die demographische Lage in Deutschland 1999. In: *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 25, S. 3–150.
- Gunzelmann, T. (1991): Problemsituation und Beratung von Angehörigen dementiell Erkrankter älterer Menschen. Stand der Forschung und Praxis. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 4 (1), S. 41–56.
- Guo, Z.; Fratiglioni, L. & Zhu, L. (1999): Occurrence and progression of dementia in a community population aged 75 years and older. In: *Archives of Neurology* 56, S. 991–996.
- Güther, B. (1998): Morbidität und Krankheitskosten von Alten. In: *Gesundheitswesen* 60, S. 39–46.
- Gutzmann, H.; Metzler, P. & Schmidt, K. H. (2000): Werden psychische Erkrankungen in der Vergabe von Pflege-stufen nach dem Pflegeversicherungsgesetz hinreichend berücksichtigt? Evaluation mithilfe einer neuen Skala zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit von Senioren (BPS). In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33, S. 426–437.

- Häberle, P. (1993): Altern und das Alter des Menschen als Verfassungsproblem. In: P. Badura (Hrsg.): Wege und Verfahren des Verfassungslebens: Festschrift für Peter Lerche zum 65. Geburtstag. München: Beck, S. 189–211.
- Habich, R. (1996): Problemgruppen und Armut: Zur These der Zwei-Drittel-Gesellschaft. In: W. Zapf & R. Habich (Hrsg.): Wohlfahrtsentwicklung im vereinten Deutschland. Sozialstruktur, sozialer Wandel und Lebensqualität. Berlin: Edition Sigma, S. 161–185.
- Hachinski, V. & Munoz, D. (2000): Vascular Factors in Cognitive Impairment – Where Are We Now? In: Annals of the New York Academy of Sciences 903, S. 1–5.
- Häfner, H. (1986): Psychische Gesundheit im Alter. Stuttgart, New York: Gustav Fischer.
- Hagen, B.; Sommer, M.; Oswald, W. D. & Rupprecht, R. (1999): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). Teil XV: Verlaufsanalyse der Ernährungsqualität. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 12, S. 245–262.
- Hakamies-Blomqvist, L. & Wahlström, B. (1998): Why Do Older Drivers Give Up Driving? In: Accid Annals and Preventions 30 (3), S. 305–312.
- Halfens, R. J. G. & Eggink, M. (1995): Knowledge, Beliefs, and Use of Nursing Methods in Preventing Pressure Sores in Dutch Hospitals. In: International Journal of Nursing Studies 32 (1), S. 16–26.
- Hallauer, J. (2001): Modellrechnungen zur Entwicklung der Zahl Demenzkranker und der Demenzkosten. Im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“. Berlin.
- Hallauer, J.; Schons, M.; Smala, A. & Berger, K. (1999): Defizite in der Behandlung von Patienten mit Alzheimer-Erkrankung. In: Psycho 25 (Sonderausgabe I/99), S. 31–34.
- Hallauer, J.; Schons, M.; Smala, A. & Berger, K. (2000): Untersuchung von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 5, S. 73–79.
- Halsig, N. (1995): Hauptpflegepersonen der Familie: Eine Analyse ihrer Situation, Bedingungen, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Psychiatrie (4), S. 247–262.
- Halsig, N. (1998): Die psychische und soziale Situation pflegender Angehöriger: Möglichkeiten der Intervention. In: A. Kruse, M. Bullinger, H. P. Rosemeier & B. Strauß (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie. 16. Aufl. Bd. 2: Intervention. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S. 211–231.
- Hambrecht, M. (1997): Chronische Schizophrenie und Residualzustände im Alter. In: H. Förstl (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie. Stuttgart: Enke, S. 378–383.
- Hanley, I. G. (1981): The use of signposts and active training to modify ward disorientation in elderly patients. In: Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry 12, S. 241–247.
- Harwood, D. G.; Barker, W. W.; Ownby, R. L. & Duara, R. (2000): Relationship of behavioral and psychological symptoms to cognitive impairment and functional status in Alzheimer's disease. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 15, S. 393–400.
- Haupt, M. (1999): Demenz: Angehörigenbetreuung durch den Hausarzt ist essentiell. In: Journal für Alternmedizin. Geriatrie Praxis 11 (Februar), S. 28–33.
- Haupt, M. & Kurz, A. (1993): Predictors of Nursing Home Placement in Patients with Alzheimer's disease. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 8 (9), S. 741–746.
- Havel, M. (1996): Zur Nutzung gesundheitsfördernder Potenzen der Mensch-Tier-Beziehung. In: Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin 17, S. 45–65.
- Haynes, R. B. (1979): Determinants of Compliance: The Disease and Mechanics of Treatment. In: R. B. Haynes, D. W. Taylor & D. L. Sackett (Hrsg.): Compliance in Health Care. Baltimore, New York: John Hopkins University Press, S. 49–62.
- Heckhausen, J. & Schulz, R. (1995): A Life-Span Theory of Control. In: Psychological Review 102, S. 284–304.
- Hedtke-Becker, A. (1990): Die Pflegenden pflegen. Gruppen für Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen. Eine Arbeitshilfe. Freiburg: Lambertus.
- Hedtke-Becker, A. & Schmidtke, C. (Hrsg.) (1985): Frauen pflegen ihre Mütter. Eine Studie zu Bedingungen häuslicher Altenpflege. Frankfurt a.M.: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Heeg, S. (1991): Möglichkeiten zur psychosozialen Entlastung des Pflegepersonals. Zur Rolle des architektonischen Milieus. In: K. Landau & F.u.S. Staatsministerium für Arbeit (Hrsg.): Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung, S. 104–130.
- Heinemann, A.; Lockemann, U.; Matschke, J.; Tsokos, M. & Püschel, K. (2000): Dekubitus im Umfeld der Sterbephase: Epidemiologische, medizinrechtliche und ethische Aspekte. In: Deutsche medizinische Wochenschrift 125, S. 45–51.
- Heinik, J.; Kimhi, R. & Hes, J. P. (1994): Dementia and crime: a forensic psychiatry unit study in Israel. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 9, S. 491–494.
- Heinmann-Knoch, M.; Korte, E.; Schönberger, C. & Schwarz, B. (Hrsg.) (1998): Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heinzmann, R. (1999): Welche Pflegeausbildung kommt? In: Pflege Aktuell 53 (4), S. 204–206.
- Heiss, W. D.; Kessler, J.; Mielke, R.; Szelies, B. & Herholz, K. (1994): Long-Term Effects of Phosphatidylserine, Pyritinol, and Cognitive Training in Alzheimer's

- Disease. A Neuropsychological, EEG and PET Investigation. In: *Dementia* 5, S. 88–98.
- Helck, S. (2001): Entwurf zum Pflege-Leistungsverbesserungsgesetz: Nur ein Tropfen auf den heißen Stein für Menschen mit Demenz. In: *pro Alter* 34 (2), S. 52–53.
- Helmchen, H. et al. (1996): Psychische Erkrankungen im Alter. In: K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, S. 186–219.
- Helmchen, H. & Kanowski, S. (2000): Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen an die Gerontopsychiatrie. Expertise für den 3. Altenbericht der Bundesregierung. Berlin.
- Helmchen, H. & Kanowski, S. (2001): Gerontopsychiatrie in Deutschland. Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen. In: *Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung*. Bd. 4. Opladen: Leske+Budrich, S. 11–111.
- Helmchen, H. & Reischies, F. M. (1998): Normales und pathologisches kognitives Altern. In: *Nervenarzt* 69, S. 369–378.
- Henderson, A. S.; Easteal, S. & Jorm, A. F. (1995): Apolipoprotein E allele E4, dementia and cognitive decline in a population sample. In: *The Lancet* 346, S. 1387–1390.
- Henderson, V. (1963): *Grundregeln der Krankenpflege*. Veröffentlicht für den Weltbund der Krankenschwestern. Basel.
- Hendrie, H. L. (1998): Epidemiology of dementia and Alzheimer's disease. In: *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 6, S. 3–18.
- Hennequin, M.; Morin, C. & Feine, J. S. (2000): Pain expression and stimulus localisation in individuals with Down's syndrome. In: *The Lancet* 356, S. 1882–1887.
- Herkommer, B. & Steinhagen-Thiessen, E. (1991): Das abgestufte Versorgungskonzept der Geriatrie. In: *Geriatrie Praxis* 3(9), S. 30–32.
- Herrmann, N. (2001): Recommendations for the Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. In: *Canadian Journal of Neurological Sciences* 28(Suppl. 1), S. 96–107.
- Herrmann, R. & Meier-Baumgartner, H.-P. (1999): Die sturzbedingte proximale Femurfraktur älterer Menschen: Ätiologie und Rehabilitation. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32, S. 52–57.
- Herrmann, W. M. & Kern, U. (1987): Nootropic Drugs: Effects and Effectiveness. A Reflection Exemplified by a Phase III Study Using Piracetam. In: *Nervenarzt* 58, S. 358–364.
- Herrmann, W. M.; Stephan, K.; Gaede, K. & Apeceche, M. (1997): A Multicenter Randomized Double-Blind Study on the Efficacy and Safety of Nicergoline in Patients With Multi-Infarct Dementia. In: *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 8, S. 9–17.
- Herrschaft, H. (2001a): *Nimodipin, Antidementiva in der Praxis*. Bremen: Unimed.
- Herrschaft, H. (2001b): *Pyritinol, Antidementiva in der Praxis*. Bremen: Unimed.
- Heslin, K.; Towers, J. & Leckie, D. (1992): Managing Falls: Identifying Population-Specific Risk Factors and Prevention Strategies. In: S. G. Funk, E. M. Tornquist, M. T. Champagne & R. A. Wiese (Hrsg.): *Key Aspects of Elder Care. Managing Falls, Incontinence, and Cognitive Impairment*. New York: Springer, S. 70–88.
- Hessisches Statistisches Landesamt (2001): *Die Pflegeeinrichtungen in Hessen am 15. Dezember 1999*. (www.statistik-bund.de).
- Hill, A.; Rumpf, H. J.; Hapke, U.; Driessen, M. & John, U. (1998): Prevalence of Alcohol Dependence and Abuse in General Practice. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22, S. 935–940.
- Hillerås, P. K.; Jorm, A. F.; Herlitz, A. & Winblad, B. (2001): Life Satisfaction Among the Very Old: A Survey on a Cognitively Intact Sample Aged 90 Years and Above. In: *International Journal of Aging and Human Development* 52 (1), S. 71–90.
- Hilleware, L.; Moons, P.; Steemann, E.; Milisen, K.; Borgermans, L. & Abraham, I. (2000): *Pflegerisches Case Management bei gerontopsychiatrischen Patienten. Ergebnisevaluation eines belgischen Modells*. In: M. Ewers & D. Schaeffer (Hrsg.): *Case Management in Theorie und Praxis*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, S. 195–216.
- Himes, C. L. (1994): Parental Caregiving by Adult Women. In: *Research on Aging* 16, S. 191–211.
- Himes, C. L. & Reidy, E. B. (2000): The Role of Friends in Caregiving. In: *Research on Aging* 22, S. 315–336.
- Hinse, H. (2001): Zum Ehrenamt. Empfehlungen aus Erfahrungen. In: *Die Hospiz-Zeitschrift*. 3, S. 10–12.
- Hirsch, R. (2000): Rationale Therapie mit Neuroleptika bei Demenzkranken. In: *Geriatrie Journal* 2, S. 33–36.
- Hirsch, R. D. (1994): Pharmakotherapie versus Psycho- und Soziotherapie? In: R. D. Hirsch (Hrsg.): *Psychotherapie bei Demenz*. Darmstadt: Steinkopff, S. 83–92.
- Hirsch, R. D.; Wörthmüller, M. & Schneider, H. K. (1992): Fixierungen: „Zu viel, zu häufig und im Grunde genommen vermeidbar“. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 5, S. 127–135.
- Hock, C. (2000): *Demenz*. In: T. Nikolaus (Hrsg.): *Klinische Geriatrie*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 303–316.
- Hofer, K. (1995): *Gewalt in der häuslichen Pflege. Pflegenden Angehörige zwischen Aufopferung und Aggression*. Hannover: o. V.
- Hoffmann, E. (1998): Struktur der Haushalte älterer Menschen. Ergebnisse des Mikrozensus 1997. In: *Informationsdienst Altersfragen* 25 (9/10), S. 7–10.

- Hoffmann, E. (2001): Todesursachen in Deutschland. In: Informationsdienst Altersfragen (11/12–2001), S. 9.
- Hofman, A.; Grobee, D. E.; De Jong, P. T. V. M. & Vanden Ouweland, F. A. (1991a): Determinants of Disease and Disability in the Elderly: The Rotterdam Study. In: *European Journal of Epidemiology* 7, S. 403–422.
- Hofman, A. et al. (1991b): The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980–1990 findings. In: *International Journal of Epidemiology* 20, S. 736–748.
- Hofmann, W. (1997): Geriatrische Rehabilitation – je rascher desto besser. Dokumentation, Evaluation und Drei-Jahres-Nachuntersuchung. In: *Fortschritte der Medizin* 115, S. 51.
- Hofmann, W.; Ramme, M. & Vetter, U. (2001): Die geriatrische Klinik im fallpauschalisierten Entgeltsystem. In: M. Arnold, M. Litsch & H. Schellschmidt (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2000. Schwerpunkt: Vergütungsform mit DRGs*. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 207–222.
- Höhmann, U. (2001a): Spezifische Vernetzungserfordernisse für chronisch kranke, langzeitpflegebedürftige hochaltrige Menschen. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“. Darmstadt.
- Höhmann, U. (2001b): Versorgungskontinuität durch „Kooperative Qualitätsentwicklung“ und abgestimmtes Trajektmanagement. Martin-Luther-Universität Halle (Dissertation).
- Höhmann, U.; Müller-Mundt, G. & Schulz, B. (Hrsg.) (1998): *Qualität durch Kooperation*. Bd. 1. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Höhmann, U.; Weinreich, H. & Gätschenberger, G. (Hrsg.) (1996): *Die Bedeutung des Pflegeplanes für die Qualitätssicherung in der Pflege*. Forschungsberichte Sozialforschung. Bd. 261. Bonn.
- Holmes, J. (1996): Psychiatric illness and length of stay in elderly patients with hip fracture. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 11, S. 607–611.
- Holmes, J.; Pagner, K.; Phillips, R.; Dempsey, G. & Cayton, H. (1998): Managing Alzheimer's Disease: the cost of care per patient. In: *British Journal of Health Care Management* 4, S. 332–337.
- Holz, A. & Jeune, J. (1998): Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht '99*. Geesthacht: Neuland, S. 154–174.
- Homma, A.; Takeda, M.; Imai, Y.; Udaka, F.; Hasegawa, K.; Kameyama, M. & Nishimura, T. (2000): Clinical efficacy and safety of donepezil on cognitive and global function in patients with Alzheimer's disease. A 24-week, multicenter, double-blind, placebo-controlled study in Japan. E2020 Study Group. In: *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 11 (6), S. 299–313.
- Hoogers, K. (1993): *Inkontinenz verstehen*. Basel: Reinhardt.
- Hooker, P. L.; Barrick, A. L.; Mitchell, M. & Sloane, P. D. (1997): Reliability and validity of the discomfort scale for patients with dementia of the Alzheimer's type (DS-DAT) as a measure of discomfort during bathing. In: *Gerontologist* 37 (Special Issue), S. 93–94.
- Hope, T.; Keene, J. & Gedling, K. (1998): Predictors of institutionalization for people with dementia living at home with a carer. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13, S. 682–690.
- Houx, P. J.; Kreeling, F. W. & Jolles, J. (1991): Age-associated cognitive decline is related to biological life events. In: K. Iqbal, D. R. C. McLachlin, B. Winblad & H. M. Wisniewski (Hrsg.): *Alzheimer's disease: Basic mechanisms, diagnosis and therapeutic strategies*. Chichester UK: Wiley, S. 353–358.
- Hubert, H. B.; Block, D. A. & Fries, J. F. (1993): Risk Factors for Physical Disability in an Aging Cohort: The NHANES I Epidemiologic Followup Study. In: *Journal of Rheumatology* 20, S. 480–488.
- Huhn, S. (2000): Sturz-Risiko-Skala: Was aus dem Tritt bringt. In: *Forum Sozialstation* (106), S. 46–47.
- Hulsegge, J. & Verheul, A. (Hrsg.) (2000): *Snoezelen – eine andere Welt*. Bd. 8. Marburg: Lebenshilfe.
- Hulskers, H. (2001): Die Qualität pflegerischer Beziehung: Ein Anforderungsprofil. In: *Pflege* 14, S. 39–45.
- Hunstein, D. (1997): Patient – Markt – Kunde. Kundenorientierung & Kundenzufriedenheit. Diplomarbeit im Fachbereich Pflege und Gesundheit. Frankfurt a. M.: Fachhochschule.
- Hunstein, D. & Bartholomeyczik, S. (2001): DRGs und Pflege. In: *Dr. Mabuse* 130 (März/April), S. 24–26.
- Hunt, L. A.; Murphy, C. F.; Carr, D.; Duchek, J. M.; Buckles, V. & Morris, J. C. (1997): Reliability of the Washington University Road Test. A Performance-Based Assessment for Drivers with Dementia of the Alzheimer Type. In: *Archives of Neurology* 54 (6), S. 707–712.
- Hussian, R. A. & Brown, D. C. (1987): Use of two-dimensional grid patterns to limit hazardous ambulation in demented patients. In: *Journal of Gerontology* 42, S. 558–560.
- Hux, M. J.; O'Brien, B. J.; Iskedjian, M.; Goeree, R.; Gagnon, M. & Gauthier, S. (1998): Relation between severity of Alzheimer's disease and costs of caring. In: *Canadian Medical Association Journal* 159, S. 457–465.
- Iannuzzi, D. & Rowan, A. N. (1991): Ethical Issues in Animal Assisted Therapy Programs. In: *Anthrozoos* 4, S. 154–163.
- Igl, G. (1978): Rechtliche Gestaltung sozialer Pflege- und Betreuungsverhältnisse. In: *Vierteljahresschrift für Sozialrecht* (VSSR) 6 (3), S. 201–255.
- Igl, G. (1983): Der Heimvertrag als Regelungsgegenstand. In: *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV)* 63 (4), S. 110–118.

- Igl, G. (1993): Gibt es ein internationales Recht der alten Menschen? In: M. Dieck, G. Igl & B. Schwichtenberg-Hilmert (Hrsg.): *Dokumente der internationalen Altenpolitik*. Bd. I: 1946 bis 1980. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, S. 10–14.
- Igl, G. (1995): Die soziale Pflegeversicherung und ihre Auswirkungen auf die kommunale Sozialpolitik. In: M. Heinze (Hrsg.): *Festschrift für Wolfgang Gitter*. Wiesbaden: Chmielorz, S. 387–399.
- Igl, G. (1996): Finanzierung und Aufbau von Kooperationsformen im Gesundheits- und Sozialwesen. 1. Forum „Brückenschlag“ „Netzwerke pflegerischer Versorgung“, 25. November 1996 in Kiel. In: Bd. 1 *Schriftenreihe: Norddeutsches Zentrum für Weiterentwicklung der Pflege*, S. 13–22.
- Igl, G. (1999a): Die Pflegeversicherung hat die Welt der Pflege verändert. In: G. Naegele & R.-M. Schütz (Hrsg.): *Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen*. Gedenkschrift für Margret Dieck. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 317–332.
- Igl, G. (1999b): Die unbehelfliche Abgrenzung der Leistungen häuslicher Krankenpflege nach dem SGB V und häuslicher Pflege nach dem SGB XI. In: *SGB 48* (3), S. 111–119.
- Igl, G. (1999c): Sozialrechtliche Grundlagen für die Erbringung von ambulanten Komplexleistungsprogrammen. In: P. Kruckenberg, H. Kunze, K.-E. Brill & A. Crome (Hrsg.): *Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. I. Baden-Baden: Nomos, S. 209–243.
- Igl, G. (2000): Zur Problematik der Altersgrenzen aus juristischer Perspektive. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33 (Suppl. 1), S. I/57–I/70.
- Igl, G. (2001): Podiumsdiskussion: „Reformbedarf bezüglich der Heimmitwirkungsverordnung – Beiträge und Ergebnisse der Podiumsdiskussion“. (Tagung des BMFSFJ). In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): *Was ändert sich für die Heimaufsicht? Neue rechtliche Grundlagen und ihre praktischen Konsequenzen*. Dokumentation des Fachkongresses vom 15. und 16. Mai 2001 in Frankfurt am Main. Frankfurt a. M.: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, S. 58–67.
- Igl, G.; Kühnert, S. & Naegele, G. (1995): SGB XI als Herausforderung für die Kommunen. *Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie*. Bd. 4. Hannover: Vincentz.
- Igl, G. & Welti, F. (1995): Die Leistungsinhalte der häuslichen Krankenpflege und ihre Abgrenzung von den Leistungen bei Pflegebedürftigkeit. In: *Vierteljahresschrift für Sozialrecht* (VSSR) 2, S. 117–148.
- Ihl, R. & Brinkmeyer, J. (1999): Differential diagnosis of aging, dementia of the Alzheimer type and depression with EEG-segmentation. In: *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 10 (2), S. 64–69.
- Ince, P. G. (2001): Pathological correlates of late-onset dementia in a multicentre, community-based population in England and Wales. In: *The Lancet* 357, S. 169–175.
- Infratest Burke Sozialforschung (1995): *Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen*. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter“. München: Infratest.
- Institut für Gesundheits- und Sozialforschung; Igl, G. & Wasem, J. (2001): *Potentiale und Grenzen der Integration von Gesetzlicher Krankenversicherung (SGB V) und Sozialer Pflegeversicherung (SGB XI)*. Expertise für die Enquetekommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages. Berlin.
- Jackson, J. (1999): *The quality challenge. Caring for people with dementia in residential institutions in Europe*. Edinburgh: Alzheimer Scotland.
- Jacomb, P. A. & Jorm, A. F. (1996): Personality change in dementia of the Alzheimer type. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 11, S. 201–207.
- James, W. (1920): Letter to his Class at Radcliffe College. In: *Letters* 2, S. 23.
- Jani-Le Bris, H. (1995): Das französische Cantou-Modell – Stationäre Mitbetreuung durch Angehörige. In: A.d.D.R. Stuttgart (Hrsg.): *Psychogeriatric in Europa*. Stuttgart,
- Jansen, B. (1999): Informelle Pflege durch Angehörige. In: B. Jansen, F. Karl, H. Radebold & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.): *Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis*. Weinheim, Basel: Beltz, S. 604–628.
- Jansen, S.; Tschainer, S. & Gräbel, E. (Hrsg.) (1999): *Angehörigengruppen für Demenzkranke in Deutschland*. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Jansson, W.; Almqvist, B.; Grafström, M. & Winblad, B. (1998): The Circle Model – Support for Relatives of People With Dementia. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13, S. 674–681.
- Jennings, B. (1999): A Life Greater than the Sum of its Sensations: Ethics, Dementia, and the Quality of Life. In: *Journal of Mental Health and Aging* 5 (1), S. 95–106.
- Jerome, L. (1993): Assessment by Telemedicine (letter). In: *Hospital and Community Psychiatry* 44, S. 104–105.
- Jeste, D. V. & Caligiuri, M. P. (1993): Tardive dyskinesia. In: *Schizophrenia Bulletin* 19, S. 303–315.
- Joakimsen, R. M.; Magnus, J. H. & Fonnebo, V. (1997): Physical Activity and Predisposition for Hip Fractures: A Review. In: *Osteoporosis International* 7, S. 503–513.
- Johns, C. & Freshwater, D. (Hrsg.) (2000): *Transforming Nursing Through Reflective Practice*. Oxford: Blackwell Science.
- Johnson, C. L. & Barer, B. M. (Hrsg.) (1997): *Life Beyond 85 Years. The Aura of Survivorship*. New York: Springer.

- Johnson, C. L. & Troll, L. E. (1994): Constraints and Facilitators to Friendship in Late Life. In: *Gerontologist* 34 (1), S. 79–87.
- Johnson, D. L. & Smith, S. D. (1998): Effects of familiarity and temporal organisation on memory for event schemas in aged and Alzheimer subject. Implications for clinical management. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 12, S. 18–25.
- Johnson, M.; Maas, M. & Moorhead, S. (Hrsg.) (2000): *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 2. Aufl. St. Louis: Mosby.
- Jonker, C.; Geerlings, M. I. & Schmand, B. (2000): Are memory complaints predictive for Dementia? A review of clinical and population-based studies. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15, S. 983–991.
- Jonker, C.; Schmand, B. & Lindeboom, J. (1998): Association between Apolipoprotein Eε4 and the rate of cognitive decline in community-dwelling elderly individuals with and without dementia. In: *Archives of Neurology* 55, S. 1065–1069.
- Jorm, A. F. (2000): Does Old Age Reduce the Risk of Anxiety and Depression? A Review of Epidemiological Studies Across the Adult Life Span. In: *Psychological Medicine* 30 (1), S. 11–22.
- Jorm, A. F.; Henderson, A. S.; Scott, R.; Christensen, H.; Mackinnon, A. J. & Korten, A. E. (1994): Does education protect against cognitive impairment? A comparison of the elderly in two Australian cities. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 9, S. 357–363.
- Jorm, A. F. & Jolley, D. (1998): The incidence of dementia. A meta-analysis. In: *Neurology* 51, S. 728–733.
- Jorm, A. F.; van Duijn, C. M. & Chandra, V. (1991): Psychiatric history and related exposures as risk factors for Alzheimer's disease: a collaborative re-analysis of case-control studies. In: *International Journal of Epidemiology* 20 (Suppl.), S. 43–47.
- Juchli, L. (1993): *Ganzheitliche Pflege. Vision oder Wirklichkeit*. 3. Aufl. Basel: Recom.
- Juchli, L. (1994): *Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege*. 7. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Junius, U.; Fischer, G. & Niederstadt, C. (1994): Ambulantes geriatrisches Screening – eine Übersicht. Teil 1: Konzept und methodische Entwicklung. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 27 (4), S. 227–232.
- Junius, U.; Fischer, G. C. & Kemnitz, W. (1995): Neue hausärztliche Versorgungsformen für ältere Patienten. Teil I: vom Screening zur Intervention. Das Hannoverische ambulante geriatrische Screening (AGES). In: *Geriatric Research* 5 (2), S. 71–77.
- Juva, K.; Sulkava, R.; Erkinjuntti, T.; Valvanne, J. & Tilvis, R. (1993): Prevalence of dementia in the city of Helsinki. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 87, S. 106–110.
- Kaiser, H. (1993): Zwischen Liebe und Aggression – Zur Ethik pflegerischen Handelns. In: *Pflege* 6, S. 96–101.
- Kamke, H.-U. & Scholz, R. D. (1992): Die Berliner Datenbank als Grundlage für die Berechnung von Lebenserwartungen in Deutschland vom 17. Jahrhundert bis heute, mit besonderer Berücksichtigung der Alter über 60 Jahre. In: A. E. Imhof (Hrsg.): *Leben wir zu lange? Die Zunahme unserer Lebensspanne seit 300 Jahren – und die Folgen*. Köln: Böhlau Verlag, S. 31–41.
- Kannus, P.; Palvanen, M.; Niemi, S.; Parkkari, J.; Natri, A.; Vuori, I. & Jarvinen, M. (1999): Increasing Number and Incidence of Fall-Induced Severe Head-Injuries in Older Adults: Nationwide statistics in Finland in 1970–1995 and Prediction for the Future. In: *American Journal of Epidemiology* 149 (2), S. 143–150.
- Kanowski, S. (1998): Alter/Altern. In: W. Korff, L. Beck & P. Mikat (Hrsg.): *Lexikon der Bioethik*. Bd. 1. Gütersloh: Verlagshaus, S. 127/128 ff.
- Kanowski, S.; Herrmann, W. M.; Stephan, W.; Wierich, W. & Hörr, R. (1996): Proof of Efficacy of the Ginkgo Biloba Special Extract EGB761 in Outpatients Suffering From Mild to Moderate Primary Dementia of the Alzheimer Type or Multi-Infarct-Dementia. In: *Pharmacopsychiatry* 29, S. 47–56.
- Kardoff, E. v. (1999): Rehabilitation im Alter. In: B. Jansen, K. F. Radebold & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.): *Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis*. Weinheim: Beltz, S. 579–603.
- Katz, E.; Ford, A. B.; Moskowitz, R. W.; Jackson, B. A. & Jaffe, M. W. (1963): Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL. A Standardized Measure of Biological and Psychological Function. In: *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 185, S. 914–919.
- Katzman, R. (1993): Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 87, S. 106–110.
- Kauss, T. (1998): Die Bedeutung finanzieller und rechtlicher Rahmenbedingungen für die Kooperation zwischen Ärzten, Pflegediensten und Therapeuten. In: R. Schmidt, H. Braun, U. Giercke, T. Klie & M. Kohnert (Hrsg.): *Neue Steuerungen in Pflege und sozialer Arbeit*. Regensburg: transfer, S. 285–294.
- Kauss, T.; Kühnert, S.; Naegele, G.; Schmidt, W. & Schnabel, E. (1998): Vernetzung in der ambulanten geriatrischen Versorgung – die Schlüsselstellung des Hausarztes. Münster: LIT-Verlag.
- Kavanagh, S. J. & Yellowlees, P. M. (1995): Telemedicine: Clinical Applications in Mental Health. In: *Australian Family Physician* 24, S. 1242–1246.
- Kayser, H. & Frick, J. R. (2001): Take It or Leave It: (Non-)Take-Up Behavior of Social Assistance in Germany. In: *Schmollers Jahrbuch* 121, S. 27–58.
- Kayser-Jones, J. (1996): Mealtime in Nursing Homes: The Importance of Individualized Care. In: *Journal of Gerontological Nursing* 22 (3), S. 26–31.
- Keller, H. H. (1993): Malnutrition in Institutionalized Elderly: How and Why? In: *American Geriatrics Society* 41, S. 1212–1218.

- Kelly, L. E.; Knox, V. J. & Gekoski, W. L. (1998): Women's Views of Institutional versus Community-Based Long-Term Care. In: *Research on Aging* 20, S. 218–245.
- Kelsey, J. L.; O'Brien, L. A.; Grisso, J. A. & Hoffmann, S. (1989): Issues in Carrying out Epidemiologic Research in the Elderly. In: *American Journal of Epidemiology* 130, S. 857–866.
- Kern, A. O. & Beske, F. (1995): Entwicklung der Zahl von Demenzpatienten in Deutschland bis zum Jahr 2030. Kiel: Institut für Gesundheits-System-Forschung.
- Kern, S. (2001): Für Angehörige und Erkrankte zum Auftanken: Betreuungsgruppen in Baden-Württemberg. In: *Brücken in die Zukunft. Bridges Into the Future. Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft?*, S. 155–167.
- Kessler, J.; Thiel, A.; Karbe, H. & Heiss, W. D. (2000): Piracetam Improves Activated Blood Flow and Facilitates Rehabilitation of Poststroke Aphasic Patients. In: *Stroke* 31, S. 2112–2116.
- Kipp, J. & Kortus, R. (1996): Betreuungskonzepte Demenzkranker: Integration oder Separation Demenzkranker in der Psychiatrie – sind „Demenzstationen“ sinnvoll? In: C. Wächtler, R. Hirsch, R. Kortus & G. Stoppe (Hrsg.): *Demenz. Die Herausforderung.*: Verlag Egbert Ramin, S. 179–194.
- Kivett, V. R.; Stevenson, M. L. & Zwane, C. H. (2000): Very-Old Rural Adults: Functional Status and Social Support. In: *Journal of Applied Gerontology* 19, S. 58–77.
- Kleijnen, J. & Knipschild, P. (1992): Gingko Biloba. In: *The Lancet* 340, S. 1136–1139.
- Klie, T. (1988): Heimaufsicht. Praxis – Probleme – Perspektiven. Eine rechtstatsächliche Untersuchung zur Aufgabenwahrnehmung der Heimaufsicht nach dem Heimgesetz. Hannover: Vincentz.
- Klie, T. (1998): Pflegewissenschaftlich überholt, sozialrechtlich brisant: Die Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege. In: *Pflege & Krankenhausrecht* 1, S. 13–17.
- Klie, T. & Kraemer, U. (Hrsg.) (1998): *Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar LPK – SGB XI.* Baden-Baden: Nomos.
- Kliebsch, U.; Fleischle, B.; Busch, S.; Huchler, U.; Pfaff, A. & Brenner, H. (2000a): Determinants of the Utilization of Financial versus Professional Aid for Home Nursing Care in the German Statutory Nursing Care Insurance. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 8, S. 78–90.
- Kliebsch, U.; Reiser, K. & Brenner, H. (1997): Reliabilitätsstudie zum Begutachtungsverfahren der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung. In: *Das Gesundheitswesen* 59 (S1), S. 34–41.
- Kliebsch, U.; Siebert, H. & Brenner, H. (2000b): Extent and Determinants of Hospitalization in a Cohort of Older Disabled People. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 48, S. 289–294.
- Kliebsch, U.; Stürmer, T.; Siebert, H. & Brenner, H. (1998): Risk Factors of Institutionalization in an Elderly Disabled Population. In: *European Journal of Public Health* 8, S. 106–112.
- Klimek, L.; Moll, B. & Kobal, G. (2000): Riech- und Schmeckvermögen im Alter. In: *Deutsches Ärzteblatt* 97, S. 782–788.
- Klostermann, M.; Steinkamp, G.; Tropberger, F. & Werner, B. (1998): Gerontopsychiatrische Versorgung durch ambulante Pflegedienste. Ergebnisse einer empirischen Analyse. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31, S. 426–437.
- Knäpple, A. (2000): Verbesserung der Qualität der Pflege. In: *Die Ersatzkasse* (3), S. 102–104.
- Knäpple, A.; Rümmele, A. & Zaberer, C. (Hrsg.) (1997): *Kundenbefragung in der ambulanten Pflege – Ein Modellprojekt.* Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg.
- Knezevich, S.; Mubrin, Z.; Risberg, J.; Vucinic, G.; Spilich, G.; Gubarev, N. & Wannemacher, W. (1989): Pyritinol Treatment of SDAT Patients: Evaluation by Psychiatric and Neurological Examination, Psychometric Testing and rCBF Measurements. In: *International Journal of Clinical Psychopharmacology* 4, S. 25–38.
- Knipscheer, C. P. M. (1986): Anomie in der Mehrgenerationenfamilie: Kinder und die Versorgung ihrer alten Eltern. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 19 (1), S. 40–46.
- Knopf, H. & Melchert, H.-U. (1999): Subjektive Angaben zur Anwendung ausgewählter Arzneimittelgruppen. Erste Ergebnisse des Bundes-Gesundheits-Surveys 1998. In: *Das Gesundheitswesen* 61(SH2), S. 151–157.
- Knopman, D. et al. (1996): Long-Term Tacrine (Cognex) Treatment: Effects on Nursing Home Placement and Mortality. In: *Neurology* 47, S. 166–177.
- Koenig, H. G.; Siegler, R. C.; Meador, K. G. & George, L. K. (1990): Religious Coping and Personality in Later Life. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 5, S. 123–131.
- Koger, S. M. & Brotons, M. (2000): Music Therapy for Dementia Symptoms. In: *Cochrane Database Systematic Reviews* CD001121.
- Kohlberg, L. (1981): *Essays on Moral Development. Bd. 1. The Philosophy of Moral Development. Moral Stages and the Idea of Justice.* San Francisco.
- Kohli, M. & Künemund, H. (1999): Die Bedeutung privater intergenerationeller Hilfeleistungen und Transfers. In: *WSI-Mitteilungen* 52 (1), S. 20–25.
- Kohli, M. & Künemund, H. (2000): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alterssurvey. Lebenslauf – Alter – Generationen. Bd. 1. Opladen: Leske+Budrich.
- Köhring, C. (2001): Aufgabenwahrnehmung der Heimaufsichtsbehörden in Schleswig-Holstein – Eine rechtstatsächliche Untersuchung. Kiel: Dissertation (noch nicht veröffentlicht).

- Koivisto, K. (1995): Population-Based Dementia Screening Program in the City of Kuopio, Eastern Finland. Kuopio: University of Kuopio, Department of Neurology.
- Kolominsky-Rabas, P. et al. (1998): A Prospective Community-Based Study of Stroke in Germany – The Erlangen Stroke Project (ESPro). In: *Stroke* 29, S. 2501–2506.
- Kondo, K.; Niino, M. & Shido, K. (1994): A case-control study of Alzheimer's disease in Japan – significance of life-styles. In: *Dementia* 5, S. 314–326.
- Kooij, C. v. d. (1993): Validation in den Niederlanden: Theorieentwicklung auf der Basis von Praxiserfahrung. In: *Altenpflege* 18(2).
- Kopetz, S.; Steele, C. D. & Brandt, J. (2000): Characteristics and outcomes of dementia residents in an assisted living facility. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15, S. 586–593.
- Kramer, A. F.; Hahn, S. & Cohen, N. J. (1999): Ageing, fitness and neurocognitive function. In: *Nature* 400, S. 418–419.
- Krampen, G. (1988): Entwicklungsbezogene Korrelate sozialen Engagements bei Männern im Ruhestand. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 4, S. 285–295.
- Krause, N. (1993): Measuring Religiosity in Later Life. In: *Research on Aging* 15, S. 170–197.
- Krause, P. (1978): Empfiehlt es sich, soziale Pflege- und Betreuungsverhältnisse gesetzlich zu regeln? Gutachten E für den 52. Deutschen Juristentag in Wiesbaden. (Peter Krause für die Sozialrechtlichen Abteilungen). München: Beck.
- Krauss, B.; Cornelsen, J.; Lauter, H. & Schlegel, M. (1977): Vorläufiger Bericht über eine epidemiologische Studie der 70jährigen und Älteren in Göttingen. In: R. Degkwitz, H. Radebold & P. W. Schulte (Hrsg.): *Janssen-Symposien. Gerontopsychiatrie* 4. Düsseldorf: Janssen, S. 18–32.
- Krebsregister Saarland (2000): Jahresbericht 1996/97. Saarbrücken: Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes.
- Kretschmar, J. H. (1993a): Die Bedeutung des niedergelassenen Nervenarztes für die gerontopsychiatrische Versorgung. In: H.-J. Möller & A. Rohde (Hrsg.): *Psychische Krankheiten im Alter*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 529–537.
- Kretschmar, J. H. (1993b): Gerontopsychiatrische Versorgung aus Sicht des niedergelassenen Nervenarztes. In: C. Kulenkampff & S. Kanowski (Hrsg.): *Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Tagungsberichte*. Bd. 20. Köln: Rheinland-Verlag, S. 45–52.
- Kreuzer, A. & Hürlimann, M. (1992): Alte Menschen als Täter und Opfer. *Alterskriminologie und humane Kriminalpolitik gegenüber alten Menschen*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Krohwinkel, M. (1993): Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranken. Baden-Baden: Nomos.
- Krohwinkel, M. (1998): Fördernde Prozeßpflege – Konzepte, Verfahren und Erkenntnisse. In: J. Osterbrink (Hrsg.): *Erster internationaler Pflegetheorienkongreß Nürnberg*. Bern: Huber, S. 134–154.
- Kruckenberg, P.; Kunze, H.; Brill, K.-E. & Crome, A. (1999): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band I und II. Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“. Baden-Baden: Nomos.
- Kruse, A. (1994): Die psychische und soziale Situation pflegender Frauen. Beiträge aus empirischen Untersuchungen. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 27 (1), S. 42–51.
- Kruse, A. (1995): Aufgaben und Erfolge der ambulanten Rehabilitation älterer Patienten - Ergebnisse der Aachener Längsschnittstudie. In: R. Schmidt & W. Vogel (Hrsg.): *Behandlung und Rehabilitation vor Pflege*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, S. 81–96.
- Kruse, A. & Wahl, H.-W. (1999a): II. Persönlichkeitsentwicklung im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32, S. 279–293.
- Kudo, T.; Imaizumi, K.; Tanimukai, H. & al., e. (2000): Are Cerebrovascular Factors Involved in Alzheimer's Disease? In: *Neurobiology of Aging* 21 (2), S. 215–224.
- Kuhlmey, A. & Landenberger, M. (Hrsg.) (1997): *Wettbewerbsorientierte Dienstleistungsstrategien und Unternehmenskonzepte von Pflegeeinrichtungen in den neuen und alten Bundesländern*. Forschungsbericht. Berlin.
- Kuhlmey, A. & Winter, M. H.-J. (2000): Qualifikationsentwicklung in der deutschen Pflege. Ergebnisse einer aktuellen Datenanalyse. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33 (6), S. 480–484.
- Kühn, H. (2001): Integration der Medizin-Versorgung. In: *WZB-Mitteilungen* 92, S. 31–34.
- Kühnert, S.; Kaus, T.; Schmidt, W. & Schnabel, E. (1998): Erfahrungen mit der kooperativen Qualitätssicherung – das Projekt des Instituts für Gerontologie. In: T. Klie (Hrsg.): *Kooperative Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation*. Freiburg: Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e. V. an der Ev. Fachhochschule Freiburg, S. 130–145.
- Kuller, L. H. (2000): Epidemiology and Prevention of Stroke, Now and in the Future. In: *Epidemiologic Reviews* 22 (1), S. 14–17.
- Kumari, M.; Brunner, E. & Fuhrer, R. (2000): Minireview: Mechanisms by Which the Metabolic Syndrome and Diabetes Impair Memory. In: *Journal of Gerontology: Biological Sciences* 55a (5), S. B228–232.
- Künemund, H. & Hollstein, B. (2000): Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke. In: M. Kohli & H. Künemund (Hrsg.): *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey*. Opladen: Leske+Budrich, S. 212–276.

- Kuratorium Deutsche Altershilfe (1992): Mit der „Gerontopsychiatrischen Übergangspflege“ können verwirrte alte Menschen nach einem Aufenthalt im Krankenhaus wieder nach Hause: Ein Modellprojekt in Berlin. In: Presse- und Informationsdienst KDA Köln 7, S. 13–14.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (1995): Stärkung der Selbständigkeit und Mitwirkung von Heimbewohnern. Erfahrungen in Deutschland und ausgewählten europäischen Ländern. Dokumentation einer Fachtagung am 27./28. März 1995 in Bonn. In: vorgestellt (56).
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (1997): Planung humaner Pflegeheime – Erfahrungen und Empfehlungen. KDA Reihe Architektur+Gerontologie. Bd. 1. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Kurz, A. (1998): „BPSSD“: Verhaltensstörungen bei Demenz. Ein neues diagnostisches und therapeutisches Konzept? In: Nervenarzt 69, S. 269–273.
- Kurz, A.; Haupt, M.; Müller-Stein, M. & Romero, B. (1991): Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie von organisch bedingten psychischen Störungen. In: Psychiatrische Praxis 18, S. 109–114.
- Küster, C. (1998): Zeitverwendung und Wohnen im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Wohnbedürfnisse, Zeitverwendung und soziale Netzwerke älterer Menschen. Frankfurt, New York: Campus, S. 51–175.
- Kutner, N. G.; Brown, P. J. & Stavinsky, R. C. (2000): „Friendship“ interactions and expression of agitation among residents of a dementia care unit. In: Research on Aging 22, S. 188–205.
- Kutner, N. G.; Mistretta, E. F.; Barnhart, H. X. & Belodoff, B. F. (1999): Family member's perceptions of quality of life change in dementia SCU residents. In: Journal of Applied Gerontology 18 (4), S. 423–439.
- La Vecchia, C.; Negri, E.; Franceschi, S. & Gentile, A. (1992): Family History and the Risk of Stomach and Colorectal Cancer. In: Cancer 70, S. 50–55.
- Lafaille, R. & Puyvelde, E.v. (1993): Theorievielfalt in den Gesundheitswissenschaften und Auswirkungen auf die Pflege. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift (12), S. 856–863.
- Lamprecht, P. & Bracker, M. (Hrsg.) (1992): Die Pflegebereitschaft von Männern. 50 Jahre kann man nicht einfach beiseite schieben. Kassel: Selbstverlag der Interdisziplinären Arbeitsgruppe für Angewandte Soziale Gerontologie.
- Lappe, J. M. (1998): Prevention of Hip Fractures: A Nursing Imperative. In: Orthopaedic Nursing 3 (3), S. 15–24.
- Launer, L. J.; Andersen, K. & Dewey, M. E. (1999): Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease. Results from EURODEM pooled analyses. In: Neurology 52, S. 78–84.
- Launer, L. J. & Hofman, A. (2000): Frequency and Impact of Neurologic Diseases in the Elderly of Europe: A Collaborative Study of Population-Based Cohorts. In: Neurology 54 (Suppl. 5), S. 1–3.
- Lauter, H. & Meyer, J. E. (1992): Die neue Euthanasiediskussion aus psychiatrischer Sicht. In: Fortschrittliche neurologische Psychiatrie 60, S. 441–448.
- Lauterbach, K. W. & Stock, S. (2001): Disease Management wird aktiviert. In: Deutsches Ärzteblatt 98 vom 27. Juli 2001, S. 1666–1668.
- Lawton, M. P. (1981): Sensory deprivation and the effect of the environment on the management of the patients with senile dementia. In: N. Miller & G. Cohen (Hrsg.): Clinical aspects of Alzheimer's disease and senile dementia. New York: Raven Press, S. 227–251.
- Lawton, M. P. (1987): Environment and the need satisfaction of the aging. In: L. L. Carstensen & B. A. Edelstein (Hrsg.): Handbook of clinical gerontology. New York: Pergamon Press, S. 33–40.
- Lawton, M. P. (1997): Assessing Quality of Life in Alzheimer Disease Research. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 11 (Suppl. 6), S. 91–99.
- Lawton, M. P.; Van Haitsma, K. & Klapper, J. (1996): Observed Affect and Quality of Life in Dementia: Further Affirmations and Problems. In: Journal of Mental Health and Aging 5, S. 69–81.
- Lawton, M. P.; Van Haitsma, K. & Klapper, J. (1998): A stimulation-retreat Special Care Unit for elders with dementing illness. In: International Psychogeriatrics 10, S. 379–395.
- Lawton, M. P.; Weisman, G. D. & Sloane, P. D. (2000): Professional Environmental Assessment Procedure for Special Care Units for elders with dementing illness and its relationship to the Therapeutic Environment Screening Schedule. In: Alzheimer's Disease and Associated Disorders 14, S. 28–38.
- Lawton, M. P.; Weisman, G. D.; Sloane, P. D. & Calkins, M. (1997): Assessing environment for older people with chronic illness. In: J. Teresi, M. P. Lawton, D. Holmes & M. Ory (Hrsg.): Measurement in elderly chronic care populations. New York: Springer, S. 193–209.
- Le Bars, P. L.; Katz, M. M.; Berman, N.; Itil, T. M.; Freedman, A. M. & Schatzberg, A.F. (1997): A Placebo-Controlled, Double-Blind, Randomized Trial of an Extract of Ginkgo Biloba for Dementia. In: Journal of the American Medical Association 278, S. 1327–1332.
- Le Bars, P. L.; Kieser, M. & Itil, K. Z. (2000): A 26-Week Analysis of a Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of the Ginkgo Biloba Extract EGb 761 in Dementia. In: Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 11, S. 230–237.
- Lechner, V. M. & Gupta, C. (1996): Employed Caregivers: A Four-Year Follow-Up. In: Journal of Applied Gerontology, S. 102–115.
- Ledesert, B. & Ritchie, K. (1994): The diagnosis and management of senile dementia in general practice. A study of 301 general practitioners in the Montpellier region. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 9 (1), S. 43–46.

- Lee, J. H.; Kim, J. H.; Jhoo, J. H.; Lee, K. U.; Kim, K. W.; Lee, D. Y. & Woo, J. I. (2000): A Telemedicine System as a Care Modality for Dementia Patients in Korea. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 14, S. 94–101.
- Lehmkuhl, D.; Bosch, G. & Steinhart, I. (1985): Psychisch Kranke in Altenheimen – Fehlplatzierung, Bedarf und Versorgungsstruktur. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 47, S. 320–325.
- Lehr, U. (1987): Zur Situation der älterwerdenden Frau. Bestandsaufnahme und Perspektiven bis zum Jahre 2000. München: Beck.
- Lehr, U. (1991): Hundertjährige – ein Beitrag zur Langlebigkeitsforschung. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 24, S. 227–232.
- Lehr, U. (1996): *Psychologie des Alterns*. 8. Aufl. Wiesbaden: Quelle & Meyer.
- Lehr, U. (1997): Gesundheit und Lebensqualität im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 10, S. 277–287.
- Lehr, U. & Thomae, H. (1987): Formen seelischen Alterns: Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Stuttgart: Enke.
- Leipzig, R. M.; Cumming, R. G. & Tinetti, M. E. (1999a): Drugs and Falls in Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis: I. Psychotropic Drugs. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 47 (1), S. 30–39.
- Leipzig, R. M.; Cumming, R. G. & Tinetti, M. E. (1999b): Drugs and Falls in Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis: II Cardiac and Analgesic Drugs. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 47 (1), S. 40–50.
- Leistner, K.; Lürken, L. & Wagner, A. (2000): Epidemiologische und nosologische Analysen zur Pflegebedürftigkeit nach SGB XI. In: M. Arnold, M. Litsch & F. W. Schwartz (Hrsg.): *Krankenhausreport '99*. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 119–131.
- Leistner, K.; Meier-Baumgartner, H.-P. & Pientka, L. (2001): Entwurf für eine Hamburger Erklärung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34, S. 57–60.
- Lennartson, C. (1999): Social Ties and Health Among Very Old in Sweden. In: *Research on Aging* 21, S. 657–681.
- Lenzen-Großimlinghaus, R. & Steinhagen-Thiessen, E. (2000): Geriatrie und geriatrische Rehabilitation. In: H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 290–295.
- Leon, J.; Cheng, C. K. & Alvarez, R. J. (1997): Trends in special care: Changes in SCU from 1991 bis 1995. In: *Journal of Mental Health and Aging* 3 (2), S. 149–168.
- Letenneur, L.; Commenges, R. D. & Dartigues, J. F. (1994): Incidence of dementia and Alzheimer's disease in elderly community residents of south-western France. In: *International Journal of Epidemiology* 23, S. 1256–1261.
- Letenneur, L.; Gilleron, R. D. & Commenges, R. D. (1999): Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence data from the PAQUID project. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 66, S. 177–183.
- Levine, J. A.; Eberhardt, N. L. & Jensen, M. D. (1999): Role of Nonexercise Activity Thermogenesis in resistance to fat gain in humans. In: *Science* 283, S. 212–214.
- Lieberman, J.; Kane, J. M. & Woerner, M. (1984): Prevalence of tardive dyskinesia in elderly samples. In: *Psychopharmacology Bulletin* 20, S. 22–26.
- Lind, S. (2000): *Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden*. Stuttgart: Paul Lempp Stiftung. Bereich Forschung.
- Linden, M.; Gilberg, R.; Horgas, A. L. & Steinhagen-Thiessen, E. (1996): Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. In: K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, S. 475–495.
- Lindenberger, U. & Baltes, P. B. (1997): Intellectual Functioning in Old and Very Old Age: Cross-Sectional Results from the Berlin Aging Study. In: *Psychology and Aging* 12, S. 410–432.
- Lindesay, J.; Briggs, K. & Lawes, M. (1991): The Domus philosophy: A comparative evaluation of a new approach to residential care for the demented elderly. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6, S. 727–736.
- Litwin, H. & Landau, R. (2000): Social Network Type and Social Support Among the Old-Old. In: *Journal of Aging Studies* 14, S. 213–228.
- Lobo, A.; Launer, L. J.; Fratiglioni, L.; Andersen, K.; Di Carlo, A.; Breteler, M. M. B. & al., e. (2000): Prevalence of Dementia and Major Subtypes in Europe: A Collaborative Study of Population-Based Cohorts. In: *Neurology* 54 (Suppl. 5), S. 4–9.
- Lobo, A.; Saz, P.; Marcos, G.; Diaz, J. L. & De La Camera, C. (1995): The Prevalence of Dementia and Depression in the Elderly Community in a Southern European Population. The Zaragoza Study. In: *Archives of General Psychiatry* 52, S. 497–506.
- Lobo, A.; Saz, P.; Marcos, G. & Morales, F. (1992): Incidence of Dementia and Other Psychiatric Conditions in the Elderly: Zaragoza Study. In: *Neuroepidemiology* 11 (Suppl. 1), S. 52–56.
- Lonnqvist, J. K. (2000): Epidemiology and Causes of Suicide. In: M. G. Gelder, J. J. Lopez-Ibor & N. C. Andreasen (Hrsg.): *New Oxford Textbook of Psychiatry*. New York: Oxford University Press, S. 1033–1039.
- Loos, S.; Plate, A.; Dapp, U.; Meier-Baumgartner, H.-P.; Oster, P.; Vogel, W. & Steinhagen-Thiessen, E. (2001): Geriatrie Versorgung in Deutschland – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34 (1), S. 61–73.

- Lopez, O. L.; Wisniewski, S. R. & Becker, J. T. (1997): Extrapyrarnidal signs in patients with probable Alzheimer disease. In: *Archives of Neurology* 54, S. 969–975.
- Lopez-Arrieta, J. M. & Birks, J. (2000): Nimodipine for Primary Degenerative, Mixed and Vascular Dementia. In: *Cochrane Database Systematic Reviews* CD000147.
- Lord, S. R.; Sherrington, C. & Menz, H. B. (Hrsg.) (2001): *Falls in Older People. Risk Factors and Strategies for Prevention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lord, S. R.; Ward, J. A.; Williams, P. & Anstey, K. J. (1993): An Epidemiological Study of Falls in Older Community-Dwelling Women: The Randwick Falls and Fractures Study. In: *Australian Journal of Public Health* 17 (3), S. 240–245.
- Loss, S. et al. (2001): Geriatrische Versorgung in Deutschland – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34, S. 61–73.
- Lovell, B. B.; Ancoli-Israel, S. & Gevirtz, R. (1995): Effect of Bright Light Treatment on Agitated Behavior in Institutionalized Elderly Subjects. In: *Psychiatry Research* 57(1), S. 7–12.
- Lowery, K.; Buri, H. & Ballard, C. (2000): What is the prevalence of environmental hazards in the homes of dementia sufferers and are they associated with falls. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15, S. 883–886.
- Lübke, N. (2001): Zuweisungssteuerung und Management in der Geriatrie und geriatrischen Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung von Fallpauschalen bzw. Diganosis-related groups (DRGs). In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34 (Suppl. 1), S. I/63–I/69.
- Lucchelli, F.; Lopez, O. L.; Faglioni, P. & Boller, F. (1993): Ideomotor and ideational apraxia in Alzheimer's disease. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8, S. 413–417.
- Lüders, I. (1994): Angehörige in der Pflege, Störfaktor oder Ressource im professionellen Pflegesystem. In: H. Braun, T. Klie, M. Kohnert & I. Lüders (Hrsg.): *Zukunft der Pflege. Beiträge zur Pflegediskussion in Altenarbeit und Gerontologie. Schriftenreihe der Hamburger AG für Fortbildung in der Altenhilfe. Bd. 8. Melsungen: Bibliomed*, S. 165–184.
- Lund, D. A.; Hill, R. D.; Caserta, M. S. & Wright, S. D. (1995): Video Respite: An innovative resource for family, professional caregivers, and person with dementia. In: *The Gerontologist* 35(5), S. 683–687.
- Lundberg, C.; Johannson, K.; Ball, K. & Blomqvist, C. (1997): Dementia and driving: An attempt at consensus. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 11 (1), S. 28–37.
- Lürken, L. (2001): Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI. Weichenstellung für Interventionsprogramme der geriatrischen Rehabilitation. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34 (Suppl 1), S. I/49–I/56.
- Lüscher, K. & Pillemer, K. (1996): *Die Ambivalenz familialer Generationenbeziehungen*. Konstanz: Universität Konstanz, Sozialwissenschaftliche Fakultät, Forschungsschwerpunkt „Gesellschaft und Familie“ (Arbeitspapier Nr. 22).
- Lutterotti, M. v. (1994): Sterbebegleitung als Aufgabe des Arztes. In: J.-C. Student (Hrsg.): *Das Hospiz-Buch*. 3. Aufl. Freiburg: Lambertus, S. 44–56.
- Lutzky, S. M. & Knight, B. G. (1994): Explaining Gender Differences in Caregiver Distress: The Roles of Emotional Attentiveness and Coping Styles. In: *Psychology and Aging* 9 (4), S. 513–519.
- Lyketsos, C. G.; Chen, L. S. & Anthony, J. C. (1999): Cognitive decline in adulthood: An 11,5-year follow-up of the Baltimore epidemiologic catchment area study. In: *American Journal of Psychiatry* 156, S. 58–65.
- Lyman, K. A. (1989): Day care for persons with dementia. The impact of the physical environment on staff stress and quality of care. In: *The Gerontologist* 29, S. 557–560.
- Lynch, S. M. (2000): Measurement and Prediction of Aging Anxiety. In: *Research on Aging* 22 (5), S. 533–558.
- Maas, I.; Borchelt, M. & Mayer, K. U. (1996): Kohortenschicksale der Berliner Alten. In: K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, S. 109–134.
- Mac Rae, H. (1992): Fictive Kin as a Component of the Social Networks of Older People. In: *Research on Aging* 14, S. 226–247.
- Mace, N. (1989): A New Method for Studying the Patient's Experience of Care. In: *American Journal of Alzheimer Care* 4, S. 4–6.
- Macey, S. M. & Schneider, D. F. (1995): Frailty and Mortality Among the Elderly. In: *Journal of Applied Gerontology* 14, S. 22–32.
- Maciejewski, B.; Sowinski, C.; Besselmann, K. & Rückert, W. (2001): *Qualitätshandbuch Leben mit Demenz*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Mack, J. L. & Whitehouse, P. J. (2001): Quality of Life in Dementia: State of the Art – Report of the International Working Group for Harmonization of Dementia Drug Guidelines and the Alzheimer's Society Satellite Meeting. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 15, S. 69–71.
- Magai, C.; Cohen, C. I.; Culver, C.; Gomberg, D. & Malatesta, C. (1997): Relation between premorbid personality and patterns of emotion expression in mid- to late-stage dementia. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12, S. 1092–1099.
- Maggi, S.; Zucchetto, M.; Grigoletto, F. & al., e. (1994): The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA): Design and Methods. In: *Aging-Clinical Experimental Research* 6, S. 464–473.

- Mahoney, D. F.; Tarlow, B. & Sandaire, J. (1998): A computer-mediated intervention for Alzheimer's caregivers. In: *Computers in Nursing* 16 (4), S. 208–216, 217–218.
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965): Functional Evaluation: The Barthel Index. In: *Maryland State Medical Journal* 14, S. 61–65.
- Mant, A.; Eyland, E. A.; Pond, D. C.; Saunders, N. A. & Chancellor, A. H. B. (1988): Recognition of dementia in general practice: Comparison of general practitioners' opinions with assessments using the Mini-Mental State Examination and the Blessed Dementia Rating Scale. In: *Family Practice* 5, S. 184–188.
- Manubens, J. M.; Martinez-Lage, J. M.; Lacruz, F. & al., e. (1995): Prevalence of Alzheimer's Disease and Other Dementing Disorders in Pamplona, Spain. In: *Neuroepidemiology* 14, S. 155–164.
- Markus, K. (1993): Heimbeiräte – Mitbestimmung und Mitgestaltung im Heim. In: *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Lebenszugewandtes Altern. Schriftenreihe. Bd. 17. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, S. 57–63.*
- marmas bonn (2000): AMA 2000. Altenpflege Markt- und Leseranalyse. Expertenband. Hannover: Vincentz.
- Marshall, M. (1996): Dementia and technology: some ethical considerations. In: H. Mollenkopf (Hrsg.): *Elderly people in industrialized societies: social integration in old age by or despite technology?* Berlin: Ed. Sigma, S. 207–215.
- Marsiske, M.; Delius, J.; Maas, I.; Lindenberger, U.; Scherer, H. & Tesch-Römer, C. (1996): Sensorische Systeme im Alter. In: K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, S. 379–404.*
- Martichuski, D. K.; Bell, P. A. & Bradshaw, B. (1996): Including small group activities in large Special Care Units. In: *Journal of Applied Gerontology* 15, S. 224–237.
- Martin, B. C.; Ricci, J. F.; Kotzan, J. A.; Lang, K. & Menzin, J. (2000): The Net Cost of Alzheimer Disease and Related Dementia: A Population-Based Study of Georgia Medicaid Recipients. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 14, S. 151–159.
- Martin, G. M.; Austad, S. N. & Johnson, T. E. (1996): Genetic Analysis of Aging: Role of Oxidative Damage and Environmental Stresses. In: *Nature Genetics* 13, S. 25–34.
- Martin, P. (1997): Langlebigkeit als Entwicklungsprozess: Zeitgeschichtliche und individuelle Perspektiven. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 30 (1), S. 3–9.
- Martin, P.; Ettrich, K. U.; Lehr, U.; Roether, D.; Martin, M. & Fischer-Cyrlus (2000): Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Darmstadt: Steinkopff.
- Martin, P.; Hagberg, B. & Poon, L. W. (1997): Predictors of Loneliness in Centenarians: A Parallel Study. In: *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 12, S. 203–224.
- Masdeu, J. C.; Sudarsky, L. & Wolfson, L. (1997): Gait disorders of aging. Falls and therapeutic strategies. Philadelphia, New York: Lippincott-Raven.
- Maslow, A. H. (1954): *Motivation and Personality.* New York: Harper.
- Matter, C. & Späth, C. (1998): Belastung und Belastungserleben pflegender Angehöriger durch Tag-Nacht-Rhythmus-Störungen Demenzkranker. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* (2), S. 51–59.
- Maurer, K.; Ihl, R.; Dierks, T. & Frölich, L. (1997): Clinical Efficacy of Ginkgo Biloba Special Extract EGb761 in Dementia of the Alzheimer Type. In: *Journal of Psychiatric Research* 31, S. 645–655.
- Mayer, K. U. & Baltes, P. B. (1996): *Die Berliner Altersstudie.* Berlin: Akademie-Verlag.
- Mayer, K. U. & Wagner, M. (1996): Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter. In: K. U. Mayer & P. Baltes (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie.* Berlin: Akademie Verlag, S. 251–275.
- Mayer, R. & Darby, S. (1991): Does a mirror defer wandering in demented older people? In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6, S. 607–609.
- Mayeux, R.; Ottmann, R. & Maestre, G. (1995): Synergistic effects of traumatic head injury and apolipoprotein-epsilon 4 in patients with Alzheimer's disease. In: *Neurology* 45, S. 555–557.
- Mc Closkey, J. C. & Bulechek, G. M. (Hrsg.) (2000): *Nursing Interventions Classification (NIC).* St. Louis: Mosby.
- Mc Neil, J. K. (1995): Effects of Nonprofessional Home Visit Programs for Subclinically Unhappy and Unhealthy Older Adults. In: *Journal of Applied Gerontology* 14, S. 333–342.
- McAreevey, M.; Ballinger, B. & Fenton, G. (1992): Epileptic seizures in elderly patients with dementia. In: *Epilepsia* 33, S. 657–660.
- McAuslane, L. & Sperlinger, D. (1994): The effects of relocation on elderly people with dementia and their nursing staff. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 9, S. 981–984.
- McCurry, S. M.; Edland, S. D.; Teri, L.; Kukull, W. A.; Bowen, J. D.; McCormick, W. C. & Larson, E. B. (1999): The Cognitive Abilities Screening Instrument (CSAI): Data from a cohort of 2524 cognitively intact elderly. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14, S. 882–888.
- McDonald, L.; Collins, A. & Health Canada (1998): *Abuse and Neglect of Older Adults: A Discussion Paper.* Ottawa: National Clearinghouse on Family Violence. Health Promotion and Program Branch.

- McIntosh, A. R.; Sekuler, A. B.; Penpeci, C.; Rajah, M. N.; Grady, C. L.; Sekuler, R. & Bennett, P. J. (1999): Recruitment of unique neural systems to support visual memory in normal aging. In: *Current Biology* 9, S. 1275–1278.
- McKeith, I. & Byrne, J. (1997): Lewy-Körperchen Demenz. In: H. Förstl (Hrsg.): *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie*. Stuttgart: Enke, S. 303–308.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (1997): *Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches*. Essen.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (2000): *Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI (überarbeitete Fassung)*.
- Mega, M. S.; Cummings, J. L.; Fiorello, T. & Gornbein, J. (1996): The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. In: *Neurology* 46, S. 130–135.
- Meier, D. (1995): *Lebensqualität im Alter. Eine Studie zur Erfassung der individuellen Lebensqualität von gesunden Älteren, von Patienten im Anfangsstadium einer Demenz und ihren Angehörigen*. Bern: Lang.
- Meier, D. (1999): *Pflegende Familienangehörige von Demenzpatienten. Ihre Belastungen und ihre Bedürfnisse*. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 12 (2), S. 85–96.
- Meier-Baumgartner, H.-P. (2001): *Geriatrie – Einbettung in die Versorgungslandschaft der Bundesrepublik Deutschland*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34 (Suppl 1), S. I/1–I/9.
- Meier-Baumgartner, H.-P.; Blum, H. E.; Haas, R. & Meins, W. (2000): *Determinanten der Schlaganfall-Rehabilitation. Ergebnisse der Prospektiven Albertinen-Haus Schlaganfall-Studie (PASS)*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Meier-Baumgartner, H. P. & Dapp, U. (2001): *Geriatrisches Netzwerk: Kooperationsmodell zwischen niedergelassenen Ärzten und Geriatriischer Klinik mit Koordinierungs- und Beratungsstelle. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. 204*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Meier-Baumgartner, H.-P.; Hain, G.; Oster, P.; Steinhagen-Thiessen, E. & Vogel, W. (1998): *Empfehlungen für die klinisch-geriatriische Behandlung*. 2. Aufl. Jena: Gustav Fischer.
- Melchert, H. U.; Görsch, B. & Hoffmeister, H. (Hrsg.) (1995): *Nichtstationäre Arzneimittelanwendung und subjektive Arzneimittelverträglichkeit in der bundesdeutschen Wohnbevölkerung der 25- 69-Jährigen. Ergebnisse der Erhebung des ersten Nationalen Untersuchungs-Surveys 1984–1986. RKI Schriften 1/95*. München: MMV Medizin Verlag.
- Meleis, A. I. (1999): *Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*. Bern: Huber.
- Melin, L. & Götestam, K. G. (1981): *The Effects of Rearranging Ward Routines on Communication and Eating Behaviors of Psychogeriatric Patients*. In: *Journal of Applied Behavior Analysis* 14, S. 47–51.
- Mensdorf, B. (2000): *Lebensqualität und Leidensverlängerung*. In: *Pflegezeitschrift*, S. 711–715.
- Meunier, P. J. (1997): *Geriatrie findet zu Hause statt*. In: *Der Hausarzt* (19), S. 9–12.
- Meyer, M. (1998): *Gewalt gegen alte Menschen in Pflegeeinrichtungen*. Bern: Huber.
- Meyer, S. & Schulze, E. (1998): *Smart Home – eine Hilfe für den Alltag*. In: *Heilberufe ambulant* 6, S. 8–9.
- Meyer, S.; Schulze, E. & Müller, P. (1997): *Das intelligente Haus – selbständige Lebensführung im Alter. Möglichkeiten und Grenzen vernetzter Technik im Haushalt älterer Menschen*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Miesen, B. M. L. (1993): *Alzheimer's disease, the phenomenon of parent fixation and Bowlby's attachment theory*. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8, S. 147–153.
- Miles, I. (1985): *Social Indicators for Human Development*. London.
- Miller, C.; Ross, N. & Freeman, M. (1999): *Shared Learning and Clinical Teamwork: New Directions in Education for Multiprofessional Practice*. London: The English National Board for Nursing, Midwifery, and Health Visiting.
- Mishima, K.; Okawa, M.; Hishikawa, Y.; Hozumi, S.; Hori, H. & Takahashi, K. (1994): *Morning Bright Light Therapy for Sleep and Behavior Disorders in Elderly Patients with Dementia*. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89, S. 1–7.
- Mittelmann, M. S.; Ferris, S. H.; Shulman, E.; Steinberg, G. & Levin, B. (1996): *A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial*. In: *Journal of the American Medical Association* 276, S. 1725–1731.
- Mittelstraß, J. et al. (1992): *Wissenschaft und Altern*. In: P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.): *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Berlin: de Gruyter, S. 695–720.
- Mix, S.; Borchelt, M.; Nieczaj, R.; Trilhof, G. & Steinhagen-Thiessen, E. (2000): *Telematik in der Geriatrie. Potentiale, Probleme und Anwendungserfahrungen*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33 (3), S. 195–204.
- Mohs, R. C.; Doody, R. S.; Morris, J. C.; Ieni, J. R.; Rogers, S. L.; Perdomo, C. A. & Pratt, R. D. (2001): *A 1-year, placebo-controlled preservation of function survival study of donepezil in AD patients*. In: *Neurology* 57 (3), S. 481–488.
- Monane, M.; Bohn, R. L.; Gurwitz, J. H.; Glynn, R. J. & Avorn, J. (1994): *Noncompliance With Congestive Heart Failure Therapy in the Elderly*. In: *Archives of Internal Medicine* 154, S. 433–437.

- Montgomery, R. J. V. & Hirshorn, B. A. (1991): Current and Future Family Help With Long-Term Care Needs of the Elderly. In: *Research on Aging* 13, S. 171–204.
- Mooney, P. & Nicell, P. L. (1992): The importance of exterior environment for Alzheimer residents. Effective care and risk management. In: *Healthcare Management Forum* 5, S. 23–29.
- Moore, K. D. (1999): Dissonance in the Dining Room: A Study of Social Interaction in a Special Care Unit. In: *Qualitative Health Research* 9, S. 133–155.
- Mori, E.; Hirono, N. & Yamashita, H. (1997): Premorbid brain size as a determinant of reserve capacity against intellectual decline in Alzheimer's disease. In: *American Journal of Psychiatry* 154, S. 18–24.
- Mörrike, K. & Schwab, M. (2000): Grundlagen der Pharmakokinetik und pharmakokinetische Besonderheiten im Alter. In: T. Nikolaus (Hrsg.): *Klinische Geriatrie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 207–217.
- Morris, M. C.; Beckett, L. A.; Scherr, P. A.; Hebert, L. E.; Bennett, D. A.; Field, T. S. & Evans, D. A. (1998): Vitamin E and Vitamin C supplement use and risk of incident Alzheimer disease. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 12, S. 121–126.
- Motel, A. (2000): Einkommen und Vermögen. In: M. Kohli & H. Künemund (Hrsg.): *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey*. Opladen: Leske+Budrich, S. 41–101.
- Motel-Klingebiel, A. (2000): Alter und Generationenvertrag im Wandel des Sozialstaates: Alterssicherung und private Generationenbeziehungen in der zweiten Lebenshälfte. Berlin: Weißensee-Verlag.
- Motel-Klingebiel, A.; Kondratowitz, H.-J. v. & Tesch-Römer, C. (2001): Unterstützung und Lebensqualität im Alter. In: A. Motel-Klingebiel, H.-J. von Kondratowitz & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Lebensqualität im Alter - Generationenbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel*. Opladen: Leske+Budrich, S. 201–228.
- Motyka, M.; Motyka, H. & Wsolek, R. (1997): Elements of Psychological Support in Nursing Care. In: *Journal of Advanced Nursing* 26, S. 909–912.
- Mozley, C. G.; Huxley, P. & Sutcliffe, C. (1999): „Not knowing where I am doesn't mean I don't know what I like“: cognitive impairment and quality of live response in elderly people. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14, S. 776–783.
- Mrozynski, P. (1996): Zusammenwirken mehrerer Leistungsträger bei der Leistungsrealisierung. In: *Deutscher Sozialrechtsverband (Hrsg.): Leistungsrealisierung und Leistungsstörungen im Sozialrecht. Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes (SDSRV)*. Bd. 41. Wiesbaden: Chmielorz, S. 65–124.
- Mrozynski, P. (1999): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. In: P. Kruckenberg, H. Kunze, K.-E. Brill & A. Crome (Hrsg.): *Von institutions-* zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. II: *Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenbezogener Hilfen in der psychiatrischen Versorgung* Band 116/2II. Baden-Baden: Nomos, S. 35–208.
- Mrozynski, P. (2001): Rehabilitationsleistungen – Integrierte Versorgung im gegliederten System. In: *SGb*, S. 277 ff.
- Müller, D. (Hrsg.) (1999): *Konzept zur Betreuung demenzkranker Menschen*. Thema Nr. 151. Köln: KDA.
- Müller, E. (1999): Pflegewissenschaft und Naturwissenschaften. In: *Pflege* 12, S. 35–41.
- Müller, E. (2001): *Leitbilder in der Pflege*. Bern: Huber.
- Müller, M. (2000): Hospiz-Palliativstationen: eine Gegenüberstellung. In: *Die Hospiz-Zeitschrift*. 2 (16).
- Müller, W. E. (1992): *Klinische Pharmakologie und Psychopharmaka im Alter*. In: H. Häfner & M. Hennerici (Hrsg.): *Psychische Krankheiten und Hirnfunktionen im Alter*. Stuttgart: Gustav Fischer, S. 171–185.
- Müller-Daehn, S. & Fooker, I. (1993): *Besondere Belange der Situation von Frauen im Alter*. In: *Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung Bd. III. Aspekte der Lebensbedingungen ausgewählter Bevölkerungsgruppen*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, S. 281–395.
- Müller-Hergl, C. (2000): *Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden: Positive Personenerarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping*. In: P. Tackenberg & A. Abt-Zegelin (Hrsg.): *Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung*. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Müller-Mundt, G.; Brinkhoff, P. & Schaeffer, D. (2000): *Schmerzmanagement und Pflege – Ergebnisse einer Literaturanalyse*. In: *Pflege* 13 (5), S. 325–338.
- Mullins, L. C. & Mushel, M. (1992): *The Existence and Emotional Closeness of Relationships With Children, Friends, and Spouses*. In: *Research on Aging* 14, S. 448–470.
- Mulrow, C. D.; Cornell, J. A.; Herrera, C. R. & al., e. (1994): *Hypertension in the Elderly. Implications and Generalizability of Randomized Trials*. In: *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 272, S. 1932–1938.
- Münnich, M. (2000): *Einkommens- und Geldvermögensverteilung privater Haushalte in Deutschland – Teil 1. Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998*. In: *Wirtschaft und Statistik* (9), S. 679–691.
- Münnich, M. (2001a): *Einkommens- und Vermögensbeteiligung privater Haushalte in Deutschland – Teil 2*. In: *Wirtschaft und Statistik* (7), S. 121–137.
- Münnich, M. (2001b): *Zur wirtschaftlichen Lage von Rentner- und Pensionärshaushalten*. In: *Wirtschaft und Statistik* (7), S. 546–571.

- Munoz, D. G.; Ganapathy, G. R.; Eliasziw, M. & Hachinski, E. (2000): Educational attainment and socioeconomic status of patients with autopsy-confirmed Alzheimer disease. In: *Archives of Neurology* 57(1), S. 85–89.
- Murphy, E. (1982): Social Origins of Depression in Old Age. In: *British Journal of Psychiatry* 141, S. 135–142.
- Murphy, J. M.; Monson, R. R.; Olivier, D. C.; Zahner, G. E. P.; Sobol, A. M. & Leighton, A. H. (1992): Relations Over Time Between Psychiatric and Somatic Disorders: The Stirling County Study. In: *American Journal of Epidemiology* 136, S. 95–105.
- Mutchler, J. E. & Bullers, S. (1994): Gender Differences in Formal Care Use in Later Life. In: *Research on Aging* 16, S. 235–250.
- Myllykangas, L.; Polvikoski, T. & Sulkava, R. (1999): Genetic association of alpha2-Macroglobulin with Alzheimer's disease in a Finnish elderly population. In: *Annals of Neurology* 46, S. 382–390.
- Naegele, G. (1997): Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse und erste sozialpolitische Schlußfolgerungen. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Kap. I. Schriftenreihe. Bd. 106/1. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, S. 5–19.
- Naegele, G. (1998): Lebenslagen älterer Menschen. In: A. Kruse (Hrsg.): *Psychosoziale Gerontologie*. Bd. 1: Grundlagen. Göttingen: Hogrefe, S. 106–128.
- Namazi, K. H. & Johnson, B. D. (1992): Pertinent autonomy for residents with dementias: Modification of the physical environment to enhance independence. In: *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research* 7, S. 16–21.
- Namazi, K. H.; Rosner, T. T. & Calkins, M. P. (1989): Visual barriers to prevent ambulatory Alzheimer's patients from exiting through an emergency door. In: *The Gerontologist* 29, S. 699–702.
- Nappi, G. et al. (1997): Long-Term Nicergoline Treatment of Mild to Moderate Senile Dementia. In: *Clinical Drug Investigations* 13, S. 308–316.
- Neal, M. & Briggs, M. (2000): Validation Therapy for Dementia. In: *Cochrane Database Systematic Reviews* CD001394.
- Nelson, D. E.; Sattin, R. W.; Langois, J. A.; De Vito, C. A. & Stevens, J. A. (1992): Alcohol as a Risk Factor for Fall Injury Events Among Elderly Persons Living in the Community. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 40, S. 658–661.
- Nelson, E. A. & Dannefer, D. (1992): Aged heterogeneity: fact or fiction? The fate diversity in gerontological research. In: *The Gerontologist* 32 (1), S. 17–23.
- Neubart, R. & Hölscher, M. (1998): Die geriatrische Tagesklinik – teilstationäre Komponente in der komplexen Vernetzung der geriatrischen Versorgung. In: J. Denzin (Hrsg.): *Rehabilitation im Alter*. Dokumentation des 13. Symposiums der Freien Universität Berlin vom 4. bis 6. März 1998. Berlin: FU Berlin, Referat Weiterbildung, S. 79–85.
- Neumann, U. & Hertz, M. (1998): Verdeckte Armut in Deutschland. Forschungsbericht im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Frankfurt a. M.: Institut für Sozialberichterstattung und Lebenslageforschung.
- Nicodemus, S. (1998): Unfälle von 18- bis 24jährigen im Straßenverkehr 1997. In: *Wirtschaft und Statistik* (12), S. 978–984.
- Niederfranke, A. (1992): Ältere Frauen in der Auseinandersetzung mit Berufsaufgabe und Partnerverlust. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Frauen und Jugend. Bd. 4. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Niehoff, J.-U. & Schrader, R. R. (1989): Ganzheitliche Medizin – Perspektive oder Irrweg? In: *Kritische Medizin im Argument*. Argument Sonderband AS 162, Berlin, S. 22–32.
- Niepel, T. (1998): Wohnberatung: wirksam und wirtschaftlich. Zwischenbericht im Modellprojekt „Wohnberatung für Bürgerinnen und Bürger in NRW“. Bielefeld: Universität.
- Niepel, T. (1999): Wohnberatung: Erfolge, Wirkungsvoraussetzungen und Qualitätssicherung. Bericht im Projekt „Wohnberatung für Bürgerinnen und Bürger in NRW“. Bielefeld: Universität.
- Niepel, T. (2001): Erfolgchancen der Wohnungsanpassung bei den Klienten der Wohnberatungsstellen in NRW – unter besonderer Berücksichtigung Hochaltriger. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“. Bielefeld.
- Nightingale, F. (1969): *Notes on Nursing. What It Is and What It Is Not*. New York: Dover.
- Nightingale, S.; Holmes, J.; Mason, J. & House, A. (2001): Psychiatric illness and mortality after hip fracture. In: *The Lancet* 357, S. 1264–1265.
- Nikolaus, T. (1998): Forschung und Lehre in der Geriatrie an deutschen Universitäten und Hochschulen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31, S. 277–280.
- Nitsch, R. M.; Deng, M.; Tennis, M.; Schoenfeld, D. & Growdon, J. H. (2000): The Selective Muscarinic M1 Agonist AF102B Decreases Levels of Total Abeta in Cerebrospinal Fluid of Patients with Alzheimer's Disease. In: *Annals of Neurology* 48, S. 913–918.
- Nocon, A. & Pearson, M. (2000): The Roles of Friends and Neighbours in Providing Support for Older People. In: *Aging and Society* 20, S. 341–367.
- Noll, H.-H. (1999): Die Perspektive der Sozialberichterstattung. In: P. Flora & H.-H. Noll (Hrsg.): *Sozialberichterstattung und Sozialstaatsbeobachtung*. Frankfurt a. M.: Campus, S. 13–28.

- Noll, H.-H. & Schöb, A. (2001): Lebensqualität im Alter. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“. Mannheim.
- Nottenkämper, B. & Förster, H. (1995): Die Sozialvisite. In: *Heilberufe* 47, S. 16.
- Nowack, S.; Reindl, B. & Buchwalder, D. (2000): Wohnberatung und Wohnungsanpassung bei Demenzerkrankung. München: Stadtteilarbeit Milbertshofen e. V. – Beratungsstelle Wohnen.
- Nuffield Provincial Hospital Trust (1953): *The Work of Nurses in Hospital Wards*. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust.
- O'Connor, D. W. (1994): Mild dementia: a clinical perspective. In: D. W. O'Connor (Hrsg.): *Dementia and normal aging*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 91–117.
- O'Connor, D. W.; Pollitt, P.A.; Hyde, J. B.; Brook, C. P.; Reiss, B. & Roth, M. (1988): Do general practitioners miss dementia in elderly patients? In: *British Medical Journal* 297, S. 1107–1110.
- O'Connor, D. W. et al. (1989): The prevalence of dementia as measured by the Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 79, S. 190–198.
- O'Neill, D. (1992): The doctor's dilemma: the aging driver and dementia. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7, S. 297–301.
- Ochsmann, R.; Slangen, K.; Feith, G.; Klein, T. & Seibert, A. (1997): *Sterbeorte in Rheinland-Pfalz*. Mainz: Johannes-Gutenberg-Universität.
- O'Connor, D. W. (1994): Mild dementia: a clinical perspective. In: F. A. Huppert, C. Brayne & D. W. O'Connor (Hrsg.): *Dementia and normal aging*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 91–117.
- Odenheimer, G. L. (1993): Dementia and the older driver. In: *Clinics in Geriatric Medicine* 9 (2), S. 349–364.
- Oehmen, S. (1999): *Pflegebeziehungen gestalten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Oishi, S.; Diener, E.; Suh, E. & Lucas, R. E. (1999): Value as a Moderator in Subjective Well-Being. In: *Journal of Personality* 67, S. 157–184.
- O'Keane, V. & Dinan, T. G. (1991): Orofacial dyskinesia and senile dementia of the Alzheimer type. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6, S. 41–44.
- Oken, B. S.; Storzbach, D. M. & Kaye, J. A. (1998): The efficacy of Ginkgo biloba on cognitive function in Alzheimer disease. In: *Archives of Neurology, Review* 55 (11), S. 1409–1415.
- Olbrich, C. (1990): Die Anfänge der Krankenpflegeausbildung, dargestellt an der Krankenwartschule Franz-Anton Mais und den ersten Lehrbüchern des 16. bis 19. Jahrhunderts. In: *Pflege* 3 (1), S. 37–46.
- Olbrich, E. (1997): Die Grenzen des Coping. In: C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.): *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 230–246.
- Olbrich, E. & Diegritz, U. (1995): Das Zusammenwirken von Person- und Umweltfaktoren im Alltag: Eine kritische Diskussion von Aktivitäten des täglichen Lebens und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 8, S. 199–212.
- Olin, J. & Schneider, L. (2001): Galantamine for Alzheimer's disease. In: *Cochrane Database Systematic Reviews* 4(CD001747).
- Olin, J.; Schneider, L.; Novit, A. & Luczak, S. (2000): Hydergine for Dementia. In: *Cochrane Database Systematic Reviews* CD000359.
- Oliveria, S. A.; Felson, D. T.; Reed, J. I.; Cirillo, P. A. & Walker, A. M. (1995): Incidence of Symptomatic Hand, Hip, and Knee Osteoarthritis Among Patients in Health Maintenance Organization. In: *Arthritis and Rheumatism* 38, S. 1134–1141.
- Opie, J.; Rosewarne, R. & O'Connor, D.W. (1999): The Efficacy of Psychosocial Approaches to Behaviour Disorders in Dementia: A Systematic Literature Review. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 33, S. 789–799.
- Orem, D. (1996): *Strukturkonzepte für die Pflegepraxis*. Berlin: Ullstein, Mosby.
- Orgogozo, J. M. & Forette, F. (2000): Efficacy of memantine in moderate vascular dementia. 6th International Stockholm/Springfield Symposium on Advances in Alzheimer Disease, 4. bis 7. April 2000.
- Orrell, M.; Butler, R. & Bebbington, P. (2000): Social factors and the outcome of dementia. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12, S. 515–520.
- Oswald, F. (2000): Wohnen und Wohnanpassung in privaten Haushalten. In: H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 209–215.
- Oswald, W. D.; Gunzelmann, T.; Rupprecht, R.; Lang, E.; Baumann, H. & Stosberg, M. (1992): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). Teil 1: Konzepte, Hypothesen und Stichproben eines interdisziplinären Forschungsprojektes. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 5, S. 205–221.
- Oswald, W. D.; Hagen, B. & Rupprecht, R. (1998): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA) – Teil X: Verlaufsanalyse des kognitiven Status. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 11, S. 202–221.
- Ott, A.; Breteler, M. M.; van Harskamp, F.; Claus, J. J.; van der Cammen, T. J.; Grobbee, D. E. & Hofman, A. (1995): Prevalence of Alzheimer's disease and vascular

- dementia: association with education. The Rotterdam Study. In: *British Medical Journal* 310, S. 970–973.
- Ott, U. (1998): *Pflegende und Pflegeversicherung. Umgang und Erleben professionell Pflegenden im ambulanten Bereich mit den Vorgaben des XI. Buches des Sozialgesetzbuches*. Fachhochschule Frankfurt a. M. (Diplomarbeit).
- Ott-Chervet, C.; Ruegger-Frey, B.; Klaghofer, R. & Six, P. (1998): Evaluation eines computergestützten kognitiven Trainings mit hochbetagten Patienten eines geriatrischen Krankenhauses. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 11, S. 13–23.
- Oud, N. (2001): ACENDIO. Dritte europäische Konferenz der Organisation für gemeinsame europäische Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse. Bern: Huber.
- Paganini-Hill, A. (1996): Estrogen replacement therapy and risk of Alzheimer disease. In: *Archives of Internal Medicine* 156, S. 2213–2217.
- Palandt (2000): *Bürgerliches Gesetzbuch. Kommentar*. 59. Aufl. München: Beck.
- Palandt (2002): *Bürgerliches Gesetzbuch. Kommentar*. 61. Aufl. München: Beck.
- Paleologos, M.; Cummings, R. G. & Lazarus, R. (1998): Cohort study of vitamin C intake and cognitive impairment. In: *American Journal of Epidemiology* 148, S. 45–50.
- Palsson, S.; Aevarsson, O. & Skoog, I. (1999): Depression, cerebral atrophy, cognitive performance and incidence of dementia. In: *British Journal of Psychiatry* 174, S. 249–253.
- Park, D. C. et al. (1999): Medication Adherence in Rheumatoid Arthritis Patients: Older Is Wiser. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 47, S. 172–183.
- Parker, M. J.; Gillespie, L. D. & Gillespie, W. J. (2001): Hip Protectors for Preventing Hip Fractures in the Elderly. In: *Cochrane Database Systematic Reviews The Cochrane Library* (3.).
- Parkkari, J.; Kannus, P.; Niemi, S.; Pasanen, M.; Jarvinen, M.; Luthje, P. & Vuori, I. (1996): Secular trends in osteoporotic pelvic fractures in Finland: number and incidence of fractures in 1970–1991 and predictors for the future. In: *Calcified Tissue International* 59, S. 79–83.
- Passant, U.; Warkentin, S. & Gustafson, L. (1997): Orthostatic hypotension and low blood pressure in organic dementia: a study of prevalence and related clinical characteristics. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12, S. 395–403.
- Pawletko, K. (2001): Wohngemeinschaften für Demenzerkrankte. In: H. Laade & H.-J. Freter (Hrsg.): *Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten*. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, S. 91–98.
- Payami, H. & Zarepari, S. (1998): Genetic Epidemiology of Parkinson's Disease. In: *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology* 11, S. 98–106.
- Peplau, H. E. (1952): *Interpersonal Relations in Nursing. A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Macmillan, Houndsmills: Putnam's Sons. Nachdruck (1988).
- Peretti, P. O. (1990): Elderly-Animal Friendship Bonds. In: *Social Behavior and Personality* 18, S. 151–156.
- Perkins, A. J.; Hendrie, H. C. & Callahan, C. M. (1999): Association of antioxidants with memory in multietnic elderly sample. Using the Third National Health and Nutrition Examination Survey. In: *American Journal of Epidemiology* 150, S. 37–44.
- Perry, H. M. et al. (2000): Effect of Treating Isolated Systolic Hypertension on the Risk of Developing Various Types and Supertypes of Stroke: The Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). In: *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 284, S. 465–471.
- Petermann, F. & Warschburger, P. (1997): Compliance. In: R. Weitkunat, J. Haisch & M. Kessler (Hrsg.): *Public Health und Gesundheitspsychologie*. Bern: Huber, S. 371–383.
- Peto, R.; Darby, S.; Deo, H.; Silcocks, P.; Whitley, E. & Doll, R. (2000): Smoking, Smoking Cessation, and Lung Cancer in the UK Since 1950: Combination of National Statistics With Two Case-Control Studies. In: *BMJ* 321, S. 323–329.
- Pfeifer, M.; Wittenberg, R.; Würtz, R. & Minne, H. W. (2001): Schenkelhalsfrakturen in Deutschland: Prävention, Therapie, Inzidenz und sozioökonomische Bedeutung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 98, S. A1744–1750.
- Phillipson, C. (1997): Social Relationship in Later Life: A Review of the Research Literature. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12, S. 505–512.
- Pientka, L. & Friedrich, C. (2000): Evidenz-basierte Medizin. Probleme und Anwendung in der Geriatrie. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33 (2), S. 102–110.
- Pieper, R. & Riederer, E. (1998): Home care for the Elderly with dementia. A social shaping approach to a multi-media-PC-application. In: *Studies in Health Technology and Informatics*. 48, S. 324–330.
- Pilgrim, K. & Tschainer, S. (Hrsg.) (1998): „Für ein paar Stunden Urlaub“. Nürnberg.
- Pillemer, K. (1988): Maltreatment of Patients in Nursing Homes: Overview and Research Agenda. In: *Journal of Health and Social Behavior* 29, S. 227–238.
- Pitschas, R. (1997): Zur rechtlichen Verfassung der Lebenslage „Alter“. In: W. Gitter (Hrsg.): *Festschrift für Otto Ernst Krasney zum 65. Geburtstag*. München: Beck, S. 355–383.
- Plassman, B. L.; Newman, T. T.; Welsh, K. A.; Helms, M. & Breitner, J. C. S. (1994): Properties of the Telephone Interview for Cognitive Status. Application in epidemiology and longitudinal studies. In: *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology* 7, S. 235–241.

- Pöhlmann, K. & Hofer, J. (1997): Ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf: Instrumentelle Unterstützung durch Hauptpflegepersonen und professionelle Hilfsdienste. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 30 (5), S. 381–388.
- Poon, L. et al. (1992): The Georgia Centenarian Study. In: *International Journal of Aging* 34, S. 1–17.
- Prestwood, K. M. & Kenny, A. M. (1998): Osteoporosis: Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment in Older Adults. In: *Clinics in Geriatric Medicine* 14 (3), S. 577–599.
- Price, J. D.; Hermans, D. G. & Grimley, E. J. (2000): Subjective Barriers to Prevent Wandering of Cognitively Impaired People. In: *Cochrane Database Systematic Reviews* CD001932.
- Prigerson, H. et al. (1997): Traumatic Grief as a Risk Factor for Mental and Physical Morbidity. In: *American Journal of Psychiatry* 154, S. 616–623.
- Projektgruppe Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) (1995): Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) im Jahr 1994. In: *Vierteljahresschrift zur Wirtschaftsforschung* 64, S. 5–13, <http://www.diw.de/deutsch/sop/index.html>.
- Prönneke, R. (2000): Hospiz – Palliativ: Eine Standortbestimmung tut Not. In: *Die Hospiz-Zeitschrift* 2, S. 7–8.
- Qizilbash, N.; Birks, J.; Lopez-Arrieta, J.; Lewington, S. & Szeto, S. (2000): Tacrine for Alzheimer's Disease [update of: 20257597]. In: *Cochrane Database Systematic Reviews* CD000202.
- Quaas, M. (1995): Psychosomatische Einrichtungen als Vertragspartner der gesetzlichen Krankenversicherung. In: *Medizinrecht*, S. 299–305.
- Qureshi, H. & Walker, A. (1989): *The caring relationship*. London: Temple University Press.
- Rabins, P. V. & Kasper, J. D. (1997): Measuring Quality of Life in Dementia: Conceptual and Practical Issues. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 11, Suppl. 6, S. 100–104.
- Radebold, H. (1995): Stationäre Rehabilitation nach Schlaganfall – Ergebnisse und Konsequenzen der Kassel-Studie. In: R. Schmidt & W. Vogel (Hrsg.): *Behandlung und Rehabilitation vor Pflege*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, S. 71–80.
- Radermacher, R. (2001): Eine kurze Einführung in das Krankheitsbild Demenz. In: *Handlauf – Fachblatt der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung* 7, S. 31–32.
- Radzey, B.; Heeg, S. & Goerlich, C. (1999): Kurzevaluation von Wohngruppen für Verwirrte in Frankreich und in den Niederlanden. Köln.
- Rao, R.; Denning, T.; Brayne, C. & Huppert, F. A. (1997): Suicidal thinking in community residents over eighty. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12, S. 337–343.
- Raskind, M. A.; Peskind, E. R.; Wessel, T. & Yuan, W. (2000): Galantamine in AD: A 6-month randomized, placebo-controlled trial with a 6-month extension. The Galantamine USA-1 Study Group. In: *Neurology* 54 (12), S. 2261–2268.
- Rath, B. (1997): Wohnformen und Milieugestaltung für demenzkranke Menschen. In: H. Blonski (Hrsg.): *Wohnformen im Alter*. Weinheim/Basel: Beltz, S. 246–263.
- Ravussin, E. & Danforth, J. E. (1999): Beyond sloth – physical activity and weight gain. In: *Science* 283, S. 184–185.
- Rechenberg, B. v. (1997): Tiere in stationären Altenhilfeeinrichtungen. In: *GeroCare* 7, S. 11–12.
- Reed, T.; Carmelli, D. & Swan, G. E. (1994): Lower cognitive performance in normal older adult male twins carrying the apolipoprotein E epsilon 4 allele. In: *Archives of Neurology* 51, S. 1189–1192.
- Reed-Danahay, D. (2001): „This is your home now!“: conceptualizing location and dislocation in a dementia unit. In: *Qualitative Research* 1(1), S. 47–63.
- Reichert, M. (1996): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Hilfe/Pflege für ältere Angehörige: Arbeitsplatzbezogene Belastungen und Bewältigungsstrategien. In: P. Tews (Hrsg.): *Altern und Politik*. Schriftenreihe der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Fortbildung in der Altenhilfe. Melsungen: Bibliomed, S. 237–251.
- Reichert, M. & Naegele, G. (1996): *Älterwerden als Single*. Bamberg: Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg.
- Reinach, S. J.; Rizzo, M. & McGehee, D. V. (1997): Driving with Alzheimer Disease: The anatomy of a crash. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 11 (Suppl. 1), S. 21–27.
- Reisberg, B. (2000): Memantine in moderately severe to severe Alzheimer's disease (AD): results of a placebo-controlled 6-month trial. 6th International Springfield Symposium on Alzheimer therapy. Stockholm 5.–8. April 2000.
- Reischies, F. M. & Lindenberger, U. (1999): Grenzen und Potentiale kognitiver Leistungsfähigkeit im Alter. In: K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, S. 351–377.
- Renteln-Kruse, W.v. (2000): Medikamentencompliance. In: T. Nikolaus (Hrsg.): *Klinische Geriatrie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 218–228.
- Research Group of Healthy Longevity in China (2000): *Date collections of the Healthy Longevity Survey in China 1998*. Peking: Peking University Press.
- Rest, F. (1998): *Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit*. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Reuben, D. B.; Silliman, R. A. & Trainor, M. (1988): The aging driver: medicine, policy, and ethics. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 36, S. 1135–1142.
- Reynolds, D. L.; Chambers, L. W. & Badley, E.M. (1992): Physical Disability Among Canadians Reporting Musculoskeletal Diseases. In: *Journal of Rheumatology* 19, S. 1020–1030.

- Rich, J. B.; Rasmussen, D. X. & Folstein, M. F. (1995): Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in Alzheimer's disease. In: *Neurology* 45, S. 51–55.
- Richard, N. (1994): Mit Validation finden wir die Lichungen im Nebel der Verwirrtheit. In: *Pflegezeitschrift* 47(4), S. 232–235.
- Riecher-Rössler, A. (1997): Spät beginnende schizophrene und paranoide Psychosen. In: H. Förstl (Hrsg.): *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie*. Stuttgart: Enke, S. 384–395.
- Riedel-Heller, S.G.; Busse, A.; Aurich, C.; Matschinger, H. & Angermeyer, M.C. (2001): Prevalence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10: Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). Part 1. In: *British Journal of Psychiatry* 179, S. 250–254.
- Riedel-Heller, S.G.; Schork, A.; Fromm, N. & Angermeyer, M.C. (2000): Demenzkranke in der Hausarztpraxis – Ergebnisse einer Befragung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33(1), S. 300–306.
- Riedel-Heller, S. G.; Stelzner, G. & Schork, A. (1999): Gerontopsychiatrische Kompetenz ist gefragt. Die aktuelle psychopharmakologische Behandlungspraxis in Alten- und Pflegeheimen. In: *Psychiatrische Praxis* 26(6), S. 273–276.
- Riege, M. (1996): Frauen im Alter – Die Mehrheit schweigt nicht mehr. In: W. Klüsche (Hrsg.): *Die Herausforderungen des Alters: Antworten der sozialen Arbeit in Europa = The challenges of age. Zweites Europäisches Symposium für Soziale Arbeit*. Mönchengladbach: Fachhochschule Niederrhein, Fachbereich Sozialwesen, S. 291–298.
- Rieger, H.J. (1995): Schweigepflicht bei Ungeeignetheit eines Patienten zum Führen eines Kraftfahrzeuges. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift* 120, S. 195.
- Riemann, G. & Schütze, F. (1991): „Trajectory“ as a basic theoretical concept for analyzing suffering and disorderly social processes. In: D. R. Maines (Hrsg.): *Social Organization and Social Processes. Essays in Honor of Anselm Strauss*. New York: De Gruyter, S. 333–357.
- Riphahn, R. (2000): Rational Poverty or Poor Rationality? The Take-up of Social Assistance Benefits. Bonn: IZA (IZA Discussion Paper No. 124).
- Ritchie, K. & Dupuy, A.M. (1999): The current status of Apo E4 as a risk factor for Alzheimer's disease: An epidemiological perspective. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14, S. 495–700.
- Ritchie, K.; Ledesert, B. & Touchon, J. (1993): The Eurgia Study of cognitive ageing: Who are the „normal“ elderly? In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8, S. 969–977.
- Robert Bosch Stiftung (2000): *Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung*. Stuttgart: Schattauer.
- Robert-Koch-Institut (1995): *Die Gesundheit der Deutschen*. Berlin.
- Roberts, G. W.; Gentleman, S. M. & Lynch, A. (1994): Beta amyloid protein deposition in the brain after severe head injury: implications for the pathogenesis of Alzheimer's disease. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 57, S. 419–425.
- Robertson, C.; Warrington, J. & Eagles, J. M. (1993): Relocation mortality in dementia: the effects of a new hospital. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8, S. 521–525.
- Robins, L. N. & Regier, D. A. (Hrsg.) (1991): *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study*. New York: Free Press.
- Rocca, W. A.; Van Duijn, C. M. & Chandra, V. (1991): Maternal age and Alzheimer's disease: a collaborative re-analysis of case-control studies. In: *International Journal of Epidemiology* 20 (Supp.), S. 21–27.
- Rogers, S.; Farlow, M. R.; Doody, R. S.; Mohs, R. & Friedhoff, L. T. (1998): A 24-Week, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Donepezil in Patients with Alzheimer's Disease. In: *Neurology* 50, S. 136–145.
- Rogers, S. & Friedhoff, L. (1996): The Efficacy and Safety on Donepezil in Patients with Alzheimer's Disease: Results of a US Multicentre, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. In: *Dementia* 7, S. 293–303.
- Römer, H. (1998): Die Wirklichkeit der Angehörigen. In: G. Nübel & H.-P. Kuhlmann (Hrsg.): *Die ungepflegten Alten. Realitäten, Perspektiven, Visionen. Jahrbuch der Gerontopsychiatrie*. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis im Förderkreis Wohnen-Arbeit-Freizeit e.V., S. 25–35.
- Romero, B. & Eder, G. (1992): Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimerkranken. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 5(7), S. 267–282.
- Roper, N.; Logan, W.W. & Tierney, A. (Hrsg.) (1993): *Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht*. Basel: Recom.
- Rose, S. & Maffulli, N. (1999): Hip Fractures. An Epidemiological Review. In: *Bulletin/Hospital for Joint Diseases* 58, S. 197–201.
- Rosenkranz, D. & Schneider, N. F. (1997): Familialer Wandel und Pflege älterer Menschen – Auswirkungen der Generationendynamik. In: *Sozialer Fortschritt* (6–7), S. 145–150.
- Rosenthal, R. & Di Matteo, M.R. (2001): Meta-Analysis: Recent Developments in Quantitative Methods for Literature Reviews. In: *Annual Review of Psychology* 52, S. 59–82.
- Rösler, M. (2000): Die hirnrorganischen Störungen einschließlich Anfallsleiden. In: U. Venzlaff & K. Foerster (Hrsg.): *Psychiatrische Begutachtung – Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*. 3 Aufl. München, Jena: Urban & Fischer, S. 144 ff.
- Rösler, M. et al. (1999): Efficacy and Safety of Rivastigmine in Patients with Alzheimer's Disease: *International*

- Randomised Controlled Trial. In: *British Medical Journal* 318, S. 633–640.
- Ross, J. E. R.; Mass, M. L. & Hustin, J. C. (1992): Evaluation of two Interventions to Reduce Falls and Fall Injuries: The Challenge of Hip Pads and Individualized Eliminations Rounds. In: S.G. Funk, E.M. Tornquist, M.T. Champagne & R. A. Wiese (Hrsg.): *Key Aspects of Elder Care*. New York: Springer, S. 97–103.
- Ross, R. (1999): Artherosclerosis – An Inflammatory Disease. In: *New England Journal of Medicine* 340, S. 115–126.
- Rotem, D. (2000): Ehrenamtliche Kräfte, ehrenamtliche Dienste und Rückzug aus ehrenamtlicher Tätigkeit – das Beispiel sehr alter ehrenamtlich Tätiger in Israel. In: *Kuratorium Deutsche Altershilfe* (Hrsg.): *Freiwilligenaktivitäten von Hochbetagten und für Hochbetagte. Ein europäischer Vergleich. Dokumentation der Expertentagung des Internationalen Rates für soziale Wohlfahrt*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Roth, G. & Rothgang, H. (2001): Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34, S. 292–305.
- Rothgang, H. (1997): *Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung*. Frankfurt: Campus.
- Rothgang, H. (2001): Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklung in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte. Endbericht zu einer Expertise für die Enquetekommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik.
- Rothgang, H. & Vogler, A. (Hrsg.) (1998): *Die Auswirkungen der 2. Stufe der Pflegeversicherung auf die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen – eine empirische Untersuchung im Land Bremen*. Regensburg: transfer verlag.
- Rott, C. (1999): Kognitive Repräsentation. Coping-Verhalten und soziale Integration von Hundertjährigen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32(4), S. 246–254.
- Rott, C.; d’Heureuse, V.; Kliegel, M.; Schönemann, P. & Becker, G. (2001): Die Heidelberger Hunderjährigen-Studie. Theoretische und methodische Grundlagen zur sozialwissenschaftlichen Hochaltrigkeitsforschung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34, S. 356–364.
- Rott, C. & Maier, H. (2000): Congratulations from the President: Initial validation of an unusual database on German centenarians. Presented at the Workshop on Centenarians. Italien: Alghero.
- Rovner, B. W. & Katz, I. R. (1993): Psychiatric disorders in the nursing home: a selective review of studies related to clinical care. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8, S. 75–87.
- Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1987): Human aging: Usual and successful. In: *Science* 237, S. 143–149.
- Roy, A. W.; Fitz Gibbon, P. A. & Haug, M. M. (1996): Social Support, Household Composition, and Health Behaviors as Risk Factors for Four-Year Mortality in an Urban Elderly Cohort. In: *Journal of Applied Gerontology* 15, S. 73–86.
- Rubenstein, L. Z. (1998): Wem nutzt das geriatrische Assessment? In: E. Steinhagen-Thiessen (Hrsg.): *Das geriatrische Assessment*. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 29–45.
- Rubinstein, R. L.; Lubben, J. E. & Mintzer, J. E. (1994): Social Isolation and Social Support: An Applied Perspective. In: *Journal of Applied Gerontology* 13, S. 58–72.
- Rudinger, G.; Lehr, U.; Kruse, A.; Oswald, W.D.; Etrich, K.U. & Rösler, H.-D. (1991): *Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters über die Bedingungen zufriedenen und gesunden Alterns: ILSE. Antrag an das Bundesministerium für Forschung und Technologie*. Bonn.
- Runde, P.; Giese, R.; Kerschke-Risch, P.; Schulz, U. & Wiegel, D. (Hrsg.) (1997): *Einstellungen und Verhalten zur Pflegeversicherung und zur häuslichen Pflege. Forschungsbericht, Sozialforschung 271*. Bonn.
- Runge, M. & Rehfeld, G. (1995): *Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team*. Stuttgart: Thieme.
- Russell, D. W.; Peplau, L. A. & Cutrona, C. E. (1980): The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 39, S. 472–480.
- Ryff, C. D. (1989): Happiness is Everything, or is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 57, S. 1069–1081.
- Sabatowski, R.; Radbruch, L.; Nauck, F.; Loick, G.; Meuser, T. & Lehmann, K. A. (2000): Über die Entwicklung palliativ-medizinischer Einrichtungen in Deutschland. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 1, S. 40–46.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie (1998): *Sächsischer Gesundheitsbericht 1998*.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001a): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege*. Bonn.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001b): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Ausführliche Zusammenfassung*. Bonn.
- Saletu, B.; Paulus, E.; Linzmayer, L.; Anderer, P.; Semlitsch, H.V. & Grunberger, J. (1995): Nicergoline in Senile Dementia of Alzheimer Type and Multi-Infarct Dementia: A Double-Blind, Placebo-Controlled, Clinical and EEG/ERP Mapping Study. In: *Psychopharmacology* (Berlin) 117, S. 385–395.

- Salthouse, T. A. (1996): Reaction time. In: J. E. Birren (Hrsg.): *Encyclopedia of Gerontology*. San Diego, New York: Academic Press, S. 377–380.
- Sandholzer, H.; Breull, A. & Fischer, G. C. (1999): Früherkennung und Frühbehandlung von kognitiven Funktionseinbußen: eine Studie über eine geriatrische Vorsorgeuntersuchung im unausgelesenen Patientengut der Allgemeinpraxis. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32, S. 172–178.
- Sandholzer, H. & Stoppe, G. (1996): Demenzerkrankungen in der hausärztlichen Praxis: Ergebnisse von Befragungen zur Problemerkennung. In: C. Wächtler, R. D. Hirsch, R. Kortus & G. Stoppe (Hrsg.): *Demenz – Die Herausforderung*. Singen: Egbert Ramin, S. 273–278.
- Sano, M.; Ernesto, C. & Thomas, R. G. (1997): A controlled trial of selegiline, alpha-tocopherol, or both as treatment for Alzheimer's disease. In: *New England Journal of Medicine* 336, S. 1216–1222.
- Saumweber, W. (2000): Informationsbörse und Selbsthilfegruppe im Internet. In: *Alzheimer Kongreß 2000 – Brücken in die Zukunft. Abstract-Band*. München, 13./14. Oktober 2000, S. 48.
- Saunders, C.; Summers, D. H. & Teller, N. (1981): *Hospice: The Living Idea*. London: Edward, Arnold.
- Saunders, P. A.; Copeland, J. R. M.; Dewey, M. E.; Larkin, B. A. & Scott, A. (1992): ALPHA. The Liverpool MRC Study of the Incidence of Dementia and Cognitive Decline. In: *Neuroepidemiology* 11(Suppl. 1), S. 44–47.
- Saup, W. & Schröppel, H. (1993): Wenn Altenheimbewohner selbst bestimmen können. Möglichkeiten und Grenzen der Interventionsgerontologie. Augsburg: Verlag für Gerontologie.
- Saxton, J.; Silverman, M. & Ricci, E. (1998): Maintenance of mobility in residents of an Alzheimer Special Care Facility. In: *International Psychogeriatrics* 10, S. 213–241.
- Scandura, D. A. (1995): Freedom and Safety. A Colorado Center Cares for Alzheimer's Patients. In: *Health Progress* 76, S. 44–46.
- Schacke, C. & Zank, S. (1998): Zur familiären Pflege demenzkranker Menschen: Differentielle Bedeutung spezifischer Belastungsdimensionen für das Wohlbefinden der Pflegenden und die Stabilität der häuslichen Pflegesituation. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31(5), S. 355–361.
- Schaeffer, D. (2000): Qualitätsentwicklung und Nutzerorientierung in der Pflege. Vortrag auf der Fachtagung „Gerontologische Forschung in Dortmund“. Unveröffentlichtes Manuskript. Bielfeld.
- Schaeffer, D. (2001): Bedarfslagen pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Bielefeld (Typoskript).
- Schaeffer, D. & Moers, M. (2000): Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderung für die Pflege. In: B. Rennen-Allhoff & D. Schaeffer (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa, S. 447–483.
- Schaub, T. & Linden, M. (2000): Epidemiologie und Differentialdiagnose im Alter. In: C. Kretschmar, R. D. Hirsch, M. Haupt, R. Ihl, R. Kortus, G. Stoppe & C. Wächtler (Hrsg.): *Anpassung – Sucht – Anpassungsstörungen im Alter*. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Düsseldorf.
- Schäufele, M.; Bickel, H. & Weyerer, S. (1999): Predictors of mortality among demented elderly in primary care. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14, S. 946–956.
- Schäufele, M. & Cooper, B. (1993): Dementielle Erkrankungen und Versorgung von älteren Patienten der Mannheimer Sozialstationen. In: *Psychiatrische Praxis* 20, S. 18–24.
- Scheewe, P. (1996): Wohnverhältnisse älterer Menschen. In: *Wirtschaft und Statistik* (4), S. 228–238.
- Scheidt-Nave, C. (2001): Die sozioökonomische Bedeutung der Osteoporose. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 44, S. 41–51.
- Schmähel, W. & Fachinger, U. (1996): Einkommen und Vermögen älterer Haushalte – Anmerkungen zur heutigen Situation und zur künftigen Entwicklung. In: D. Farny, A. Kruse, W. Schmähel & E. Steinhagen-Thiessen (Hrsg.): *Lebenssituation älterer Menschen. Beschreibung und Prognose aus interdisziplinärer Sicht*. Sozialwissenschaftliche Schriften Heft 32. Berlin: Duncker & Humblot, S. 93–124.
- Schmelter, M. (2001): Problembeschreibung aus Sicht der Heimaufsicht. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): *Was ändert sich für die Heimaufsicht? Neue rechtliche Grundlagen und ihre praktischen Konsequenzen*. Dokumentation des Fachkongresses vom 15. und 16. Mai 2001 in Frankfurt am Main. Frankfurt a. M.: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, S. 43–50.
- Schmidt, R.; Lechner, H.; Fazekas, F. & al., e. (1994): Assessment of Cerebrovascular Risk Profiles in Healthy Persons: Definition of Research Goals and the Australian Stroke Prevention Study. In: *Neuroepidemiology* 13, S. 308–313.
- Schmidt, R.; Schmidt, H. & Fazekas, F. (2000): Vascular Risk Factors in Dementia. In: *Journal of Neurology* 247, S. 81–87.
- Schmidtke, A.; Weinacker, S. & Schaller, S. (2000): Suizidalität im Alter. In: T. Nikolaus (Hrsg.): *Klinische Geriatrie*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 647–653.
- Schmitz, J. R. (1997): Im Alter als Single? Lebensgestaltung bei älteren Alleinstehenden. In: M. H. Wiegand & G. Kockott (Hrsg.): *Partnerschaft und Sexualität im höheren Lebensalter*. Wien, New York: Springer, S. 37–43.

- Schneekloth, U. & Müller, U. (Hrsg.) (1997): Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“. Schriftenreihe. Bd. 147.2.
- Schneekloth, U. & Müller, U. (Hrsg.) (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, durchgeführt von I + G Gesundheitsforschung, München, und Infratest Burke Sozialforschung, München. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 127. Baden-Baden: Nomos.
- Schneekloth, U. & Potthoff, P. (Hrsg.) (1993): Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Bd. 20.2. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneekloth, U.; Potthoff, P.; Piekara, R. & Rosenblatt, B.v. (Hrsg.) (1996): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. 111.2. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Schneider, L.S. & Olin, J.T. (1994): Overview of Clinical Trials of Hydergine in Dementia. In: *Archives of Neurology* 51, S. 787–798.
- Schnepp, W. (1996): Pflegekundige Sorge. In: *Pflege und Gesellschaft* 1(2/96), S. 13–16.
- Scholl, A. (1997): Geschlossene Türen öffnen. In: *Altersforum* 7(1), S. 12–13.
- Schöning, W. & Ruiss, D. (2000): Verdeckte Armut. Forschungsstand in einer Grauzone der Armutsforschung. In: *Sozialer Fortschritt* 49(5), S. 122ff.
- Schopp, A. et al. (2001): Autonomie, Privatheit und die Umsetzung des Prinzips der „informierten Zustimmung“ im Zusammenhang mit pflegerischen Interventionen aus der Perspektive des älteren Menschen. In: *Pflege* 14, S. 29–37.
- Schramke, H.-J. (1996): Alte Menschen im Strafvollzug. Empirische Untersuchungen und kriminalpolitische Überlegungen. Bonn, Mönchengladbach.
- Schreiber, H.-L. (1998): Strafrecht der Medizin. Festschrift für den Bundesgerichtshof zu seinem 50-jährigen Bestehen. Bd. IV, S. 503 ff.
- Schreiber, H.-L. (2000): Rechtliche Grundlagen der psychiatrischen Begutachtung. In: U. Venzlaff & K. Foerster (Hrsg.): *Psychiatrische Begutachtung – Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*. München, Jena: Urban & Fischer, S. 1–54.
- Schröder, G. (1997): Geschichtliche Aspekte des Dekubitus. In: C. Bienstein, G. Schröder, M. Braun & K.-D. Neander (Hrsg.): *Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegende*. Stuttgart: Thieme, S. 4–11.
- Schröder, H. & Selke, G.W. (2000): Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2000*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Schulin, B. & Igl, G. (2001): *Sozialrecht*. 7. Aufl. Düsseldorf: Werner.
- Schulz, S. (2001): Die soziale Isolation für Kranke und Angehörige überwinden. In: *Brücken in die Zukunft. Bridges Into the Future*. Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft?, S. 147–153.
- Schulz-Nieswandt, F. (1998): Lebenslagen und Persönlichkeit. Zur Phänotypik der Haltungen in einem Prägehoriizont von Raum und Zeit. Eine Studie zum 100. Geburtstag von Gerhard Weisser. Regensburg: Eurotrans.
- Schütze, Y. (1995): Ethische Aspekte von Familien- und Generationenbeziehungen. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 8(1/2), S. 31–38.
- Schwarze, J. (1996): Der Einfluss von Einkommensunsicherheit auf die individuelle Wohlfahrt. Eine Panelanalyse mit subjektiven und objektiven Indikatoren. In: W. Zapf, J. Schupp & R. Habich (Hrsg.): *Lebenslagen im Wandel: Sozialberichterstattung im Längsschnitt*. Frankfurt/New York: Campus, S. 348–365.
- Schwarzer, R. & Born, A. (1995): Optimistic Self-Beliefs: Assessments of Generalized Self-Efficacy in Thirteen Cultures. In: *World Psychology* 3, S. 177–190.
- Schwarzmann, B. (1999): Grund- und Behandlungspflege – Zwei Begriffe mit weitreichenden Folgen für die berufliche Pflege. In: *Pflege* 12, S. 118–124.
- Schweitzer, H. & Nakielski, H. (2001): Bündnis-Initiative plant: Beschwerdetag gegen Altersdiskriminierung. Bundesweite Telefonaktion am 21. November 2001. In: *pro Alter* 34(2), S. 62–63.
- Schwerdt, R. & Tschainer, S. (2001): Spezifische Anforderungen an die Pflege demenziell erkrankter Menschen. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“.
- Schwind, H.-D.; Baumann, J.; Schneider, U. & Winter, M. (1990): Gewalt in der Bundesrepublik Deutschland (Kurzfassung). In: H.-D. Schwind & J. Baumann (Hrsg.): *Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt*. Bd. 1. Berlin: Duncker & Humblot, S. 238–285.
- Serby, M.; Larson, P. & Kalstein, D. (1991): The nature and course of olfactory deficits in Alzheimer's disease. In: *American Journal of Psychiatry* 148, S. 357–360.
- Seth, R.V. (1994): Review: weight loss in Alzheimer's disease. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 9, S. 605–610.
- Silver, S. A. & Albert, S. M. (2000): Dementia and food exchange in nursing home dining areas. In: *Journal of Applied Gerontology* 19, S. 476–483.
- Simard, J. (1999): Making a positive difference in the lives of nursing home residents with Alzheimer's disease: The lifestyle approach. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 13(Suppl. 1), S. 67–72.

- Simpson, S.; Morley, M. & Baldwin, B. (1996): Crime-related post-traumatic stress disorder in elderly psychiatric patients: a case series. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 11, S. 879–882.
- Sixsmith, A.; Hawley, C.; Stilwell, J. & Copeland, J. (1993): Delivering „positive care“ in nursing homes. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8, S. 407–412.
- Skea, D. & Lindsay, J. (1996): An evaluation of two models of long-term residential care for elderly people with dementia. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 11, S. 233–241.
- Skoog, I.; Hesse, C. & Aevansson, O. (1998): A population study of apo E genotype at the age of 85: relation to dementia, cerebrovascular disease, and mortality. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 64, S. 37–43.
- Sloane, P. D.; Mitchell, C. M.; Preisser, J. S.; Phillips, C.; Commander, C. & Burkner, E. (1998): Environmental Correlates of Resident Agitation in Alzheimer's Disease Special Care Units. In: *Journal of the American Geriatric Society* 46, S. 862–869.
- Slooter, A. J. C.; Cruts, M. & Kalmijn, S. (1998): Risk estimates of dementia by apolipoprotein E genotypes from a population-based incidence study: The Rotterdam study. In: *Archives of Neurology* 55(964–968).
- Smith, G.; Vigen, V. & Evans, J. (1998): Patterns and associates of hyperphagia in patients with dementia. In: *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology* 11, S. 97–102.
- Smith, J. & Baltes, P. B. (1993): Differential Psychological Ageing: Profiles of the Old and Very Old. In: *Ageing and Society* 13, S. 551–587.
- Smith, J. & Baltes, P. B. (1996): Altern aus psychologischer Perspektive: Trends und Profile im hohen Alter. In: K.U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, S. 221–250.
- Smith, J.; Fleeson, W.; Geiselman, B.; Settersten, R. & Kunzmann, U. (1996): Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung. In: K.U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, S. 497–523.
- Smith, J. & Zank, S. (2001): Forschungsaktivitäten im Themenfeld Hochaltrigkeit. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“. Berlin.
- Smyth, K. A.; Feinstein, S. J. & Kacerek, S. (1997): The Alzheimer's Disease Support Center: Information and Support for Family Caregivers Through Computer-Mediated Communication. In: P. F. Brennan, S. J. Schneider & E. M. Tornquist (Hrsg.): *Information and Networks for Community Health Care*. New York: Springer.
- Smyth, K. A. & Harris, P. B. (1993): Using telecomputing to provide information and support to caregivers of persons with dementia. In: *The Gerontologist* 33 (1), S. 123–127.
- Snowdon, D. A.; Kemper, S. J.; Mortimer, J. A.; Greiner, L. H. & Weckstein, D. R. (1996): Linguistic ability in early life and cognitive function and Alzheimer's disease in late life. In: *Journal of the American Medical Association* 275, S. 528–532.
- Sofaer, S. (1994): Applying Organizational Theory to Improve the Continuity of Health Services for Older Persons. In: *Journal of Applied Gerontology* 13, S. 73–85.
- Sommer, B. (1996): Zur Entwicklung der Sterblichkeit aus der Sicht der amtlichen Statistik. In: R. H. Dinkel, C. Höhn & R. D. Scholz (Hrsg.): *Sterblichkeitswahrscheinlichkeit – unter besonderer Berücksichtigung des Kohortenansatzes*. München: Boldt, S. 11–25.
- Sonnenberg, A.; Delco, F. & Inadomi, J. M. (2000): Cost-Effectiveness of Colonoscopy in Screening for Colorectal Cancer. In: *Annals of Internal Medicine* 133, S. 573–584.
- Soppart, C. (1999): Qualitätsprüfungen von ambulanten Pflegeeinrichtungen aus Sicht des MDK Nordrhein. In: *Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Pflege. Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 92*. Bonn, S. 127–134.
- Sorensen, L.; Foldspang, A.; Gulmann, N. C. & Munk-Jorgensen, P. (2001): Determinants for the use of psychotropics among nursing home residents. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16, S. 147–154.
- Sowarka, D.; Schwichtenberg-Hilmert, B.; Thürkow, K. & Hesse, A. (2001): Literaturangaben und inhaltliche Zusammenfassungen der Beiträge zum Thema „Gewalt gegen alte Menschen im häuslichen und institutionellen Bereich“. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Sowinski, C. (1999): Wo beginnt gefährliche Pflege? In: *Aktion gegen Gewalt in der Pflege (Hrsg.): Menschenwürde in der stationären Altenpflege – (K)ein Problem?* Bonn, S. 42–43.
- Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e. V. (2000): *Sozialreport 50+. Daten und Fakten zur sozialen Lage von Bürgern ab 50 Jahre in den neuen Bundesländern*. Berlin: Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e.V.
- Spector, A.; Orrell, M.; Davies, S. & Woods, R.T. (2000): Reminiscence Therapy for Dementia. In: *Cochrane Database Systematic Reviews* CD001120.
- Spilich, G. J. et al. (1996): Efficacy of Pyritinol Versus Hydergine Upon Cognitive Performance in Patients with Senile Dementia of the Alzheimer's Type: A Double-Blind Multi-Center Trial. In: *Alzheimer's Research* 2, S. 79–84.
- Spindler, A. A.; Renvall, M. J.; Nichols, J. E. & Ramsdell, J. W. (1996): Nutritional status of patients with Alzheimer's disease: a 1-year study. In: *Journal of the American Diet Association* 96, S. 1013–1018.

- Springman, J. (2001): Betreuer Urlaub in Boltenhagen für Alzheimerkranke und ihre Angehörigen im Ostseebad Boltenhagen 2001. In: *Brücken in die Zukunft. Bridges Into the Future*. Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft?, S. 169–173.
- Stähelin, H. B. (1999): Malnutrition und mentale Funktionen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32, Supplement 1, S. 27–30.
- Stamm, T. (2001): Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Geriatrie und geriatrischen Rehabilitation. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34 (Suppl. 1), S. I/43–I/48.
- Starke, A.; Ühlein, A. & Evers, A. (1999): „Ich pflege, solange ich kann – ohne fremde Hilfe...“. Leistungen, Belastungen und Selbstverständnis pflegender Angehöriger und deren Bedeutung für Entscheidungen über die Inanspruchnahme von professionellen Hilfen. Gießen: Justus-Liebig-Universität Gießen FB 19.
- Statistisches Bundesamt (1996): *Bevölkerungsstatistische Übersichten 1946 bis 1989 (Teil II)*. Heft 28 der Sonderreihe mit Beiträgen für das Gebiet der ehemaligen DDR. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (1997): *Datenreport 1997. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (1998): *Statistisches Jahrbuch 1998*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (1999): *Wohnverhältnisse, Haus- und Grundbesitz sowie Wohnverhältnisse privater Haushalte. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Fachserie 15, Sonderheft 1).
- Statistisches Bundesamt (2000a): *Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050. Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2000b): *Datenreport 1999. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2000c): *Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1998*. Fachserie 12, Reihe 6.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2000d): *Gebiet und Bevölkerung 1998*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Fachserie 1, Reihe 1).
- Statistisches Bundesamt (2000e): *Mitteilung für die Presse vom 29. November 2000*.
- Statistisches Bundesamt (2000f): *Statistisches Jahrbuch 2000 für die Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (2001a): *Abgekürzte Sterbetafel 1997/99*. In: *Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Fachserie 1: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Reihe 1: Gebiet und Bevölkerung*. Wiesbaden, S. 246–247.
- Statistisches Bundesamt (2001b): *Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1999*. Fachserie 12, Reihe 6.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2001c): *Einkommensverteilung in Deutschland. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Fachserie 15, Heft 6).
- Statistisches Bundesamt (2001d): *Haushalte und Familien 1999*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2001e): *Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2001f): *Statistik der Sozialhilfe. Empfänger/-innen von Hilfe in besonderen Lebenslagen 1999*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2001g): *Statistik der Sozialhilfe. Empfänger/-innen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt am 31. Dezember 1999*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt & Robert-Koch-Institut (1998): *Gesundheitsbericht für Deutschland 1998*.
- Staudinger, U. (2000): *Viele Gründe sprechen dagegen und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens*. In: *Psychologische Rundschau* 51, S. 185–197.
- Staudinger, U.; Freund, A. M.; Linden, M. & Maas, I. (1996): *Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität*. In: K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, S. 321–350.
- Stehen, G.; Berg, S. & Steen, B. (1998): *Cognitive Function in 70-Year-Old Men and Women. A 16-Year Cohort Difference Population Study*. In: *Aging (Milano)* 10, S. 120–126.
- Steiner, I. (2000): *Ein neuer Weg – Bürgerengagement in der Pflege – Von der Utopie zum Projekt*. In: *Blätter der Wohlfahrtspflege* 147, S. 195–198.
- Steinhausen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (1996): *Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter*. In: K.U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, S. 151–183.
- Steinhauser, K. E.; Clipp, E. C.; Mc Neilly, M. & al., e. (2000): *In Search of a Good Death: Observations of Patients, Families, and Providers*. In: *Annals of Internal Medicine* 132, S. 825–832.
- Steinkamp, G.; Tropberger, F. & Werner, B. (1993): *Heimliche Gerontopsychiatrie oder: Wer hilft den Heimen bei der Versorgung kranker alter Menschen? Eine Untersuchung aller Alten- und Altenpflegeheime des Kreises Gütersloh 1991*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 26, S. 494–500.
- Stemmer, R. (2001): *Grenzen in der Pflege. Grenzerfahrungen in der Pflegepraxis und widerstreitende normative Grundlagen*. Frankfurt a. M.: Mabuse.

- Stengel-Güttner, G. (1996a): Krisen im Alter. Psychologische Fallstudien zum Eintritt in den Ruhestand, Krankheit und Partnertod. Schriftenreihe der Kölnischen Rück. Heft 36. Köln.
- Stengel-Güttner, G. (1996b): Krisen im Leben älterer Menschen. Psychologische Fallstudien zum Eintritt in den Ruhestand, Krankheit und Partnertod. In: D. Farny, P. Lütke-Bornefeld & G. Zellenberg (Hrsg.): Lebenssituationen älterer Menschen. Beschreibung und Prognose aus interdisziplinärer Sicht. Sozialwissenschaftliche Schriften Heft 32. Berlin: Duncker & Humblot, S. 245–271.
- Stephen, L. J. & Brodie, M. J. (2000): Epilepsy in elderly people. In: *The Lancet* 355, S. 1441–1446.
- Stewart, R. (1999): Hypertension and cognitive decline. In: *British Journal of Psychiatry* 174, S. 286–287.
- Stober, R. (1997): Sozialrecht und Kommunalrecht – Zur Rolle der Kommunen für die ältere Generation. In: W. Gitter (Hrsg.): Festschrift für Otto Ernst Krasney zum 65. Geburtstag. München: Beck, S. 585–609.
- Stolarz, H. (1992): Wohnungsanpassung - Maßnahmen zur Erhaltung der Selbstständigkeit älterer Menschen. Grundlagen und praktische Hinweise zur Verbesserung der Wohnsituation. Forum; Nr. 5. 2. Aufl. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Stolarz, H. (1998): Wohnungsanpassung – Kleine Maßnahmen mit großer Wirkung. Vorgestellt; Nr. 57. 2. überarb. Aufl. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Stolarz, H. & Winkel, R. (1996): Zum Wohnbezug der Altenhilfe am Beispiel der Wohnsituation Älterer in Ostdeutschland. Thema. Bd. 116. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Stoller, E. P. (1996): The Role of the Family in Rural Long-Term Care. In: G.D. Bowles, J.E. Beaulieu & W.W. Myers (Hrsg.): Long-Term Care for the Rural Elderly. New York: Springer, S. 35–63.
- Stone, R. I.; Cafferata, G. L. & Sangl, J. (1987): Caregivers of the Frail Elderly: A National Profile. In: *The Gerontologist* 27, S. 216–226.
- Stoppe, G. & Staedt, J. (1999): Psychopharmakotherapie von Verhaltensstörungen bei Demenzkranken. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32, S. 153–158.
- Straus, M. A. (1990): Measuring intra-family conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. In: M. A. Strauss & R. J. Gelles (Hrsg.): Physical violence in American families. New Brunswick: Transaction Publishers, S. 535–559.
- Strauss, A. & Corbin, J. M. (Hrsg.) (1988): *Shaping a New Health Care System*. Jossey Bass: San Francisco, London.
- Strawn, B. D.; Hester, S. & Brown, W.S. (1998): Telecare: A social support intervention for family caregivers of dementia victims. In: *Clinical Gerontology* 18(3), S. 66–69.
- Stroebe, M. (1998): New Directions in Bereavement Research: Exploration of Gender Differences. In: *Palliative Medicine* 12, S. 5–12.
- Struttman, T.; Fabro, M.; Romieu, G.; de Roquefeuil, G.; Touchon, J.; Dandekar, T. & Ritchie, K. (1999): Quality-of-Life Assessment in the Old Using the WHOQOL 100: Differences Between Patients With Senile Dementia and Patients With Cancer. In: *International Journal of Psychogeriatrics* 11(3), S. 273–279.
- Stuck, A. E.; Beers, M. H.; Steiner, A.; Aronow, H. U.; Rubinstein, L.Z. & Beck, J. (1994): Inappropriate Medication Use in Community-Residing Older Persons. In: *Archives of Internal Medicine* 154, S. 2195–2200.
- Stuckey, J. C. (1998): The Church's Response to Alzheimer's Disease. In: *Journal of Applied Gerontology* 17, S. 25–37.
- Student, J.-C. (1994): Was ist ein Hospiz? In: J.-C. Student (Hrsg.): *Das Hospiz-Buch*. Freiburg: Lambertus, S. 19–30.
- Stürmer, T.; Elseviers, M. M. & De Broe, M. E. (2001): NSAIDs and the Kidney. In: *Current Opinion in Nephrology and Hypertension* 10, S. 161–164.
- Stürmer, T.; Glynn, R. J.; Fields, T. S. & al., e. (1996): Aspirin Use and Cognitive Function in the Elderly. In: *American Journal of Epidemiology* 143, S. 683–691.
- Stürmer, T.; Günther, K. P. & Brenner, H. (2000): Obesity, Overweight and Patterns of Osteoarthritis: The Ulm Osteoarthritis Study. In: *Journal of Clinical Epidemiology* 53, S. 75–81.
- Stürmer, T.; Sun, Y.; Sauerland, S.; Zeißig, I.; Günther, K. P.; Puhl, W. & Brenner, H. (1998): Serum Cholesterol and Osteoarthritis. The Baseline Examination of the Ulm Osteoarthritis Study. In: *Journal of Rheumatology* 25, S. 1827–1832.
- Suitor, J. J. & Pillemer, K. (1996): Sources of Support and Interpersonal Stress in the Networks of Married Caregiving Daughters: Findings from a 2-Year Longitudinal Study. In: *Journal of Gerontology* 51B(6), S. 297–306.
- Sun, Y.; Brenner, H.; Sauerland, S.; Günther, K. P.; Puhl, W. & Stürmer, T. (2000): Serum Uric Acid and Patterns of Radiographic Osteoarthritis – The Ulm Osteoarthritis Study. In: *Scandinavian Journal of Rheumatology* 29, S. 380–386.
- Sun, Y.; Stürmer, T.; Günther, K. P. & Brenner, H. (1997): Inzidenz und Prävalenz der Cox- und Gonarthrose in der Allgemeinbevölkerung. In: *Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete* 135 (3), S. 184–192.
- Svanborg, A.; Bergström, G. & Mellström, D. (1982): *Epidemiological Studies on Social and Medical Conditions of the Elderly. Report on a Survey*. EURO Reports and Studies 62. Copenhagen: WHO.
- Swearer, J. M.; Hoople, N. E.; Kane, K. J. & Drachman, D.A. (1996): Predicting aberrant behavior in Alzheimer's

- disease. In: *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology* 9, S. 162–170.
- Tang, M. X. (1996): Effect of oestrogen during menopause on risk and age at onset of Alzheimer's disease. In: *The Lancet* 332, S. 429–432.
- Tang, W. K.; Chiu, H.; Woo, J.; Hjelm, M. & Hui, E. (2001): Telepsychiatry in psychogeriatric service: a pilot study. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16(1), S. 88–93.
- Tappen, R. M.; Roach, K. E.; Applegate, E. B. & Stowell, P. (2000): Effect of a combined walking and conversation intervention on functional mobility of nursing home residents with Alzheimer disease. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 14, S. 196–201.
- Tariot, P. N.; Solomon, P. R.; Morris, J. C.; Kershaw, P.; Lilienfeld, S. & Ding, C. (2000): A 5-month, randomized, placebo-controlled trial of galantamine in AD. The Galantamine USA-10 Study Group. In: *Neurology* 54(12), S. 2269–2276.
- Tennstedt, S. L. & Gonyea, J. G. (1994): An Agenda for Work and Eldercare Research. In: *Research on Aging* 16, S. 85–108.
- Teri, L. & Logsdon, R.G. (2000): Assessment and Management of Behavioral Disturbances in Alzheimer Disease. In: *Comprehensive Therapy* 26, S. 169–175.
- Teri, L.; Logsdon, R. G.; Peskind, E.; Raskind, M.; Weiner, M.F.; Tractenberg, R.E. & al., e. (2000): Treatment of Agitation in AD: A Randomized, Placebo-Controlled Clinical Trial. In: *Neurology* 55, S. 1271–1278.
- Terinde, D. (1988): Hundertjährigen-Studie: Kompetenz bei Höchstbetagten. Diplomarbeit. Köln: Universität.
- Tesch-Römer, C. (2000): Stichwort Einsamkeit. In: H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 163–167.
- Tesch-Römer, C. (2001): *Schwerhörigkeit im Alter*. Heidelberg: Median Verlag.
- Tesch-Römer, C.; Kondratowitz, H.-J. v.; Motel-Klingebiel, A. & Spangler, D. (2000): OASIS – Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity. Erhebungsdesign und Instrumente des deutschen Surveys. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Diskussionspapiere Nr. 32).
- Thatcher, A. R.; Kannisto, V. & Vaupel, J.W. (Hrsg.) (1998): *The force of mortality at ages 80 to 120*. Odense Monographs on Population Aging. Bd. 5. Odense, Denmark: Odense University Press.
- Thiele, W. & Rüschemann, H.-H. (2000): *Geriatrische Strukturplanung. Eine Studie im Interesse der Gesundheit älter werdender Menschen*. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Thies-Zajonc, S. (1995): *Wenn der Hausarzt überweist. Perspektiven von Ärzten und Patienten zu den Bedeutungen von Überweisungen*. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Thomae, H. (1994): Trust, Social Support, and Relying on Others: A Contribution to the Interface between Behavioral and Social Gerontology. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 27 (2), S. 103–109.
- Thomas, N. J.; Morris, C. M.; Scaravilli, F. & al., e. (2000): Hereditary Vascular Dementia Linked to Notch 3 Mutations. CADASIL in British Families. In: *Annals of the New York Academy of Sciences* 903, S. 293–298.
- Thompson, C. & Briggs, M. (2000): Support for carers of people with Alzheimer's type dementia. In: *Cochrane Database Systematic Reviews* CD000454(2).
- Thomsen, M. (1999): Sensorische Deprivation. Verwirrtheitsprophylaxe bei Senioren. In: *Altenpflege Forum* 7 (2), S. 1–14.
- Tideiksaar, R. (1999): *Stürze und Sturzprävention*. Bern: Huber.
- Tinetti, M. E. & Speechley, M. (1989): Prevention of falls among the elderly. In: *New England Journal of Medicine* 320, S. 1055–1059.
- Tinetti, M. E.; Speechley, M. & Ginter, S. F. (1988): Risk Factors for Falls Among Elderly Persons Living in the Community. In: *New England Journal of Medicine* 319, S. 1701–1707.
- Töpfer, A.-K.; Stosberg, M. & Oswald, W.D. (1998): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). Teil VIII: Soziale Integration, soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 11, S. 139–158.
- Topo, P. (1998): Technology in every day life and care of elderly living at home and suffering from dementia. In: J. Graafmanns, V. Taipale & N. Charness (Hrsg.): *Gerontechnology – a sustainable investment in the future*. Amsterdam: IOS Press, S. 320–323.
- Torrallava, T.; Dorrego, F. & Sabe, L. (2000): Impairment of social cognition and decision making in Alzheimer's disease. In: *International Journal of Psychogeriatrics* 12, S. 359–368.
- Trenkwalder, P.; Hendricks, P.; Schöninger, R.; Rossberg, J.; Lydtin, H. & Hense, H.W. (1999): Hypertension as a Risk Factor for Cardiovascular Morbidity and Mortality in an Elderly German Population. In: *European Heart Journal* 20, S. 1752–1756.
- Trenkwalder, P.; Ruland, D.; Stender, M.; Gebhard, J.; Trenkwalder, C.; Lydtin, H. & Hense, H.-W. (1994): Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in a Population Over the Age of 65 Years: Results from the Starnberg Study on Epidemiology of Parkinsonism and Hypertension in the Elderly (STEPHY). In: *Journal of Hypertension* 12, S. 709–716.
- Trenkwalder, P.; Schwarz, J. & Gebhard, J. (1995): Starnberg Trial on Epidemiology of Parkinsonism and Hypertension in the Elderly. In: *Archives of Neurology* 52, S. 1017–1022.

- Trobe, J. D.; Waller, P. F.; Cook-Flannagan, C. A.; Teshima, S.M. & Bieliauskas, L.A. (1996): Crashes and violations among drivers with Alzheimer disease. In: *Archives of Neurology* 53 (5), S. 411–416.
- Tromp, A. M.; Smit, J.H.; Deeg, D. J. H.; Bouter, L. M. & Lips, P. (1998): Predictors for Falls and Fractures in the Longitudinal Aging Study Amsterdam. In: *Journal of Bone and Mineral Research* 13, S. 1932–1939.
- Tuokko, H.; Tallman, K. & Beattie, L. (1995): An examination of driving records in a dementia clinic. In: *Journals of Gerontology. Social Sciences* 50B(3), S. S173–181.
- Turner, N. J.; Haward, R. A.; Mulley, G. P. & Selby, P. J. (1999): Cancer in Old Age – Is it Inadequately Investigated and Treated?
- Uhlig, T. (2001): Entwicklung der Geriatrie in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34 (Suppl. 1), S. I/70–I/78.
- ul Haq, M. (1996): *Reflections on Human Development*. Oxford: Oxford University Press.
- Ulmer, E. & Saller, R. (1994): Das Krankenhaus – ein gefährlicher Ort für ältere Menschen. In: *Internistische Praxis* 34, S. 847–852.
- United Nations Population Divisions (2001): *World Population Prospects. The 2000 Revision. Highlights*. New York: United Nations.
- US General Accounting Office (1997): *Long-Term Care: consumer protection and quality-of-care issues in Assisted Living*.: General Accounting Office. HEHS.
- Van Dijk, J.; Mayhew, P. & Killias, M. (1991): *Experiences of crime across the world*. 2 Aufl. Kingston-upon-Thames: Kluwer.
- Van Dongen, M. C.; van Rossum, E.; Kessels, A. G.; Sielhorst, H. J. & Knipschild, P.G. (2000): The efficacy of ginkgo for elderly people with dementia and age-associated memory impairment: new results of a randomized clinical trial. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 48(10), S. 1183–1194.
- Van Duijn, C. M. (1996): Epidemiology of the dementia: recent developments and new approaches. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 60, S. 478–488.
- Van Haitsma, K.; Lawton, M. P. & Kleban, M. H. (1997): Methodological aspects of the study of streams of behavior in elders with dementing illness. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 11, S. 228–238.
- Van Someren, E. J.; Kessler, A.; Mirmiran, M. & Swaab, D. F. (1997): Indirect Bright Light Improves Circadian Rest-Activity Rythm Disturbances in Demented Patients. In: *Biological Psychiatry* 41, S. 955–963.
- Vaupel, J. W. et al. (1998): Biodemographic Trajectories of Longevity. In: *Science* 280, S. 855–860.
- Veenhoven, R. (1993): Happiness in Nations. Subjective Appreciation of Life in 56 Nations 1946–1992. Erasmus University of Rotterdam: RISBO (Studies in socio-cultural Transformation. No. 2).
- Veenhoven, R. (1997): Lebenszufriedenheit der Bürger: Ein Indikator für die Lebbarkeit von Gesellschaften? In: H.-H. Noll (Hrsg.): *Sozialberichterstattung in Deutschland. Konzepte, Methoden und Ergebnisse für Lebensbereiche und Bevölkerungsgruppen*. Weinheim: Juventa, S. 267–293.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1997): *Rentenversicherung in Zeitreihen*. Frankfurt a. M.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- Verbrugge, L. M. & Jette, A. M. (1994): The Disablement Process. In: *Social Science and Medicine* 38(1), S. 1–14.
- Vercruyssen, M. J.; Graafmanns, J. A. M.; Fozard, J. L.; Bouma, H. & Rietsma, J. (1996): Gerontechnology. In: J. E. Birren (Hrsg.): *Encyclopedia of gerontology*. San Diego, New York, Boston, London: Academic Press, S. 593–603.
- Verderber, S. (1991): Elderly Person's Appraisal of Animal in the Residential Environment. In: *Anthrozoos* 4, S. 164–173.
- Verhey, F. R. J.; Rozendaal, N.; Ponds, R. W. H. M. & Jolles, J. (1993): Dementia, awareness and depression. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8, S. 851–856.
- Vetter, P.; Steiner, O.; Kraus, S. & Kropp, P. (1997): Belastung der Angehörigen und Inanspruchnahme von Hilfen bei Alzheimerscher Krankheit. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 10, S. 175–183.
- Vogelreuter, A. (2000): *Arzneimittelverordnungen im Alter. Eine Analyse auf Basis von Krankenkassendaten*. Berlin: Weißensee-Verlag.
- Vokonas, P. S. & Kannel, W. B. (1998): Coronary Heart Disease in the Elderly: Epidemiological Aspects. In: E. G. Lakatta (Hrsg.): *Vascular Disease in the Older Person*. New York: Parthenon Publishing Group.
- Volicer, L.; Camberg, L.; Hurley, A.; Ashley, J.; Woods, P.; Ooi, W. L. & McIntyre, K. (1999): Dimensions of Decreased Psychological Well-Being in Advanced Dementia. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 13 (4), S. 192–201.
- Volicer, L.; Hurley, A. C. & Ellen, M. (1998): Behavioral Symptoms of Dementia. In: L. Volicer & A. C. Hurley (Hrsg.): *Hospice Care for Patients with Advanced Progressive Dementia*. New York: Springer, S. 68–87.
- Wächtler, C. (1997): *Die Gerontopsychiatrische Tagesklinik*. Regensburg: S. Roderer.
- Wagner, M. & Motel, A. (1998): Income Dynamics in Old Age in Germany. In: L. Leisering & R. Walker (Hrsg.): *The Dynamics of Modern Society*. Bristol: Policy Press, S. 125–142.
- Wagner, M.; Schütze, Y. & Lang, F. R. (1996): Soziale Beziehungen alter Menschen. In: K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, S. 301–319.
- Wahl, H. W. (1998): Alltagskompetenz: Ein Konstrukt auf der Suche nach eine Identität. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31(4), S. 243–249.

- Wahl, H.-W. & Baltes, M. M. (1990): Die soziale Umwelt alter Menschen: Entwicklungsanregende oder -hemmende Pflegeinteraktionen? In: *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* XXII(4), S. 266–283.
- Wahl, H.-W. & Baltes, M.M. (1995): Überfürsorge contra Selbständigkeit. In: *Altenpflege Forum* 3 (1), S. 15–22 (Pflegethemen).
- Wahl, H.-W. & Rott, C. (2001): Konzepte und Definitionen der Hochaltrigkeit. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“. Heidelberg.
- Waite, L. M.; Broe, G. A.; Grayson, D. A. & Creasy, H. (2000): Motor function and disability in the dementias. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15, S. 897–903.
- Wallace, R. B. (1997): Cognitive change, medical illness, and crash risk among older drivers: an epidemiological considerations. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 11, S. 31–37.
- Walter, U. & Schwartz, F. W. (2001): Gesundheit der Älteren und Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung. In: *Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Bd. 1. Opladen: Leske+Budrich, S. 145–251.*
- Wand, E. (1986): Ältere Töchter alter Eltern. Zur Situation von Töchtern im 6. und 7. Lebensjahrzehnt. Stuttgart: Kohlhammer.
- Waring, S. C.; Rocca, W. A. & Petersen, R. C. (1999): Postmenopausal estrogen replacement therapy and risk of AD. A population-based study. In: *Neurology* 52, S. 965–970.
- Waxman, H. M.; Astrom, S.; Norberg, A. & Winblad, B. (1988): Conflicting Attitudes Toward Euthanasia for Severely Demented Patients of Health Care Professionals in Sweden. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 36 (5), S. 397–401.
- Weidner, F. (1995): Professionelle Pflegepraxis. Ausgewählte Ergebnisse einer Untersuchung auf der Grundlage eines handlungsorientierten Professionalisierungsverständnisses. In: *Pflege* (1), S. 49–58.
- Weinstein, E. A.; Friedland, R. P. & Wagner, E. E. (1994): Denial/unawareness of impairment and symbolic behavior in Alzheimer's disease. In: *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology* 7, S. 176–184.
- Weiss, H. & Kallischnigg, G. (1991): Ginkgo-Biloba-Extrakt (EGb761). In: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 40, S. 138–142.
- Weiss, R. (1973): *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. Cambridge; MA: MIT Press.
- Wells, T. J. (1992): Research on Incontinence: Implications for Practice. In: S. G. Funk, E. M. Tornquist, M. T. Champagne & R. A. Wiese (Hrsg.): *Key Aspects of Elder Care*. New York: Springer, S. 233–236.
- Welti, F. (2001a): Das neue SGB IX – Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. In: *Neue Juristische Wochenschrift (NJW)* 54 (31), S. 2210–2215.
- Welti, F. (2001b): Grundrechte, Sozialrechte und Behandlungsanspruch pflegebedürftiger Menschen: Gesetzeslage und Wirklichkeit. Vortrag bei der Europäischen Fachtagung „Pflegebedürftigkeit – Herausforderungen für die Rehabilitation“ am 3. Oktober 2001 in Düsseldorf. (unveröff. Ms.).
- Welti, F. & Sulek, C. (2001): Die Ordnungsfunktion des SGB IX für das Recht der Rehabilitation und Teilhabe. In: G. Igl & F. Welti (Hrsg.): *Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation*. Wiesbaden: Chmielorz, S. 131–186.
- Welti, F. & Sulek, C. (2002): Die Ordnungsfunktion des SGB IX für das Recht der Rehabilitation und Teilhabe. In: *Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen* 49, S. 40–65.
- Wenger, G. C.; Davies, R.; Shahtamasebi, S. & Scott, A. (1996): Social isolation and loneliness in old age. Review and model refinement. In: *Ageing and Society* 16 (3), S. 333–358.
- Werner, A. & Anderson, L. E. (1998): Rural telepsychiatry is economically unsupportable: the concorde crashes in a cornfield. In: *Psychiatric Services* 49, S. 1287–1290.
- Werner, P.; Cohen-Mansfield, J.; Fischer, J. & Segal, G. (2000): Characterization of family-generated videotapes for the management of verbally disruptive behaviors. In: *Journal of Applied Gerontology* 19 (1), S. 42–57.
- Wetherell, J. L.; Gatz, M.; Johansson, B. & Pedersen, N. L. (1999): History of depression and other psychiatric illness as risk factors for Alzheimer Disease in a twin sample. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 13, S. 47–52.
- Wetzels, P. & Greve, W. (1996): Alte Menschen als Opfer innerfamiliärer Gewalt. Ergebnisse einer kriminologischen Dunkelfeldstudie. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 29 (3), S. 191–200.
- Wetzels, P.; Greve, W.; Mecklenburg, E. & Bilsky, W. (Hrsg.) (1995): *Kriminalität im Leben alter Menschen. Eine altersvergleichende Untersuchung von Opfererfahrungen, persönlichem Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. 105*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- Weyerer, S. (1990): Relationships Between Physical and Psychological Disorders in General Medical Settings. In: N. Sartorius, D. Goldberg, G. de Girolamo, J.A. Costa e Silva, Y. Lecrubier & H.U. Wittchen (Hrsg.): *Psychological Disorders in General Medical Settings*. Toronto, Lewiston New York, Bern, Göttingen, Stuttgart: Hogrefe & Huber, S. 43–46.
- Weyerer, S. & Dilling, H. (1984): Prävalenz und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse einer Feldstudie in drei Gemeinden Oberbayerns. In: *Nervenarzt* 55, S. 30–42.

- Weyerer, S. & Dilling, H. (1991): Psychiatric and Physical Illness, Sociodemographic Characteristics, and the Use of Psychotropic Drugs in the Community: Results from the Upper Bavarian Field Study. In: *Journal of Clinical Epidemiology* 44, S. 303–311.
- Weyerer, S. & Häfner, H. (1992): Epidemiologie psychischer Störungen. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 21, S. 106–120.
- Weyerer, S.; Heeg, S. & Radzey, B. (2000a): Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzkranke in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg.
- Weyerer, S.; Höning, T.; Schäufele, M. & Zimmer, A. (2000b): Demenzkranke in Einrichtungen der voll- und teilstationären Altenhilfe. In: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.): Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzkranke in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen. Stuttgart, S. 1–58.
- Weyerer, S.; Mann, A. H. & Ames, D. (1995): Prävalenz von Depression und Demenz bei Altenheimbewohnern in Mannheim und Camden (London). In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28, S. 169–178.
- Weyerer, S.; Schäufele, M.; Anton, R.; Teufel, S. & Sattel, H. (2001): Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten. Abschlussbericht an die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Hamburg.
- Weyerer, S. & Zimmer, A. (1997): Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Medikamenten in Alten- und Pflegeheimen. In: H. Watzl & B. Rockstroh (Hrsg.): Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen: Hogrefe, S. 159–184.
- WHO-Euro (1991): Entwicklung eines Curriculums „Generalist Nurse“. In: *Krankenpflege* (5), S. 289–294.
- Wielink, G.; Huijsman, R. & Mc Donnell, J. (1997): Preferences for Care. In: *Research on Aging* 19, S. 174–198.
- Wilcock, G.K. (2000): Cognitive improvement by memantine in a placebo-controlled trial in mild to moderate vascular dementia (the MMM 500 trial). 6th International Springfield Symposium on Alzheimer Therapy. Stockholm 5. bis 8. April 2000.
- Wilcock, G. K.; Lilienfeld, S. & Gaens, E. (2000): Efficacy and safety of galantamine in patients with mild to moderate Alzheimer's disease: multicentre randomised controlled trial. *Galantamine International-1 Study Group*. In: *British Medical Journal* 321(7274), S. 145–1449.
- Wild, M. & Strümpel, C. (Hrsg.) (1996): Wie sehen NutzerInnen die Gesundheits- und sozialen Dienste des Roten Kreuzes? Eine Untersuchung der Erwartungen an und Bewertung der Hauskrankenpflege/Altenbetreuung/Heimhilfe des Österreichischen Roten Kreuzes. Wien: Österreichisches Rotes Kreuz (ÖRK).
- Wilhelm-Göbbling, C. (1998): Neuroleptika Verordnungen bei dementen Alterspatienten. Zum Verlauf in Altenheimen nach stationär psychiatrischer Behandlung. In: *Nervenarzt* 69, S. 999–1006.
- Wilson, D. S. (1997): Human groups as units of selection. In: *Science* 276, S. 1816–1817.
- Wilson, M. G.; Michet, C. J.; Ilstrup, D. M. & Melton, L. J. (1990): Idiopathic Symptomatic Osteoarthritis of the Hip and Knee: A Population-Based Incidence Study. In: *Mayo Clinic Proceedings* 65, S. 1214–1221.
- Wilz, G.; Schumacher, J.; Machold, C.; Gunzelmann, T. & Adler, C. (1998): Angehörigenberatung bei Demenz-Erfahrungen aus der Leipziger Studie. In: A. Kruse, M. Bullinger, H. P. Rosemeier & B. Strauß (Hrsg.): *Psychosoziale Gerontologie*. 16. Aufl. Bd. 2: Intervention. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S. 233–250.
- Wimo, A. (1999): Pharmakoökonomische Aspekte der Alzheimer-Krankheit und ihre Behandlung. In: *Alzheimer Insights* 4(3), S. 3–6.
- Wimo, A.; Asplund, K. & Mattsson, B. (1995): Patients with dementia in Group Living: experiences 4 years after admission. In: *International Psychogeriatrics* 6, S. 21–29.
- Wimo, A.; Wallin, J. O. & Lundgren, K. (1991): Group Living, an alternative for dementia patients. A cost analysis. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6, S. 21–29.
- Winblad, B. et al. (2001): A 1-year, randomized, placebo-controlled study of donepezil in patients with mild to moderate AD. In: *Neurology* 57(3), S. 489–495.
- Winblad, B. & Poritis, N. (1999): Memantine in Severe Dementia: Results of the 9M-Best Study (Benefit and Efficacy in Severely Demented Patients During Treatment with Memantine). In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14, S. 135–146.
- Wind, A. W.; van Staveren, G.; Schellevis, F. G.; Jonker, C. & van Eijk, J. T. M. (1994): The validity of the judgement of general practitioners on dementia. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 9, S. 543–549.
- Wingenfeld, K. (2000): Pflegebedarf, Pflegebedürftigkeit. In: B. Rennen-Allhoff & D. Schaeffer (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa, S. 339–361.
- Winter, H.-P.; Gennrich, R. & Haß, P. (2000): Hausgemeinschaften - Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus. BMG-Modellprojekte. Bd. 8. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Wöhrle, H. G. (1988): Berufsgruppen in der Rehabilitation: Funktionen und Kooperationsmodelle. In: U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hrsg.): *Handbuch der Rehabilitationspsychologie*. Berlin, Heidelberg, New York, S. 212–249.
- Wojnar, J. (1997): Oft helfen keine Pillen. In der Behandlung Demenzkranker versprechen nichtmedikamentöse Therapien mitunter größere Erfolge. In: *Altenpflege* 22 (2), S. 44–47.
- Wojnar, J. & Bruder, J. (1993): Suicidal tendencies among demented residents of nursing homes in Hamburg. In: K. Böhme, R. Freytag, C. Wächtler & H. Wedler (Hrsg.): *Suicidal behavior. The state of art*. Regensburg: S. Roderer Verlag, S. 268–273.

- Wojnar, J. & Bruder, J. (1995): Schmerz und psychische Störungen im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28, S. 369–373.
- Wolter-Henseler, D. (1999): Benzodiazepine: Einnahme, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 12, S. 115–128.
- Wolter-Henseler, D. (2000): Die gerontopsychiatrische Versorgungsrealität in einer westdeutschen Großstadt. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33(6), S. 471–479.
- Woods, P. & Ashley, J. (1995): Simulated presence therapy. In: *Geriatric Nursing* 16(1), S. 9–14.
- Woof, W. R. & Carter, Y. H. (1997): The Grieving Adult and the General Practitioner: A Literature Review in Two Parts (Part 1). In: *British Journal of General Practice* 47, S. 443–448.
- World Health Organization (1977): The Selection of Essential Drugs: Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series No. 615.
- World Health Organization (WHO) (1999): International Classification of Functioning and Disability. Beta-2 Draft, Full Version July 1999. www.who.int/icidh (www.who.int/icidh).
- Wu, Z.; Kinslow, C.; Pettigrew, K. D.; Rapoport, S. I. & Schapiro, M. B. (1998): Role of familial factors in late-onset Alzheimer disease as a function of age. In: *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 12, S. 190–197.
- Xuereb, J. H. et al. (2000): Neuropathological findings in the very old. Results from the first 101 brains of a population-based longitudinal study of dementing disorders. In: *Annals of New York Academy of Sciences* 903, S. 490–496.
- Yates, P.; Dewar, A. & Fentiman, B. (1998): Schmerz: die Sichtweisen älterer Menschen im Altenheim. In: R. Schröck & E. Drerup (Hrsg.): *Schmerz. Perspektive der Pflegeforschung*. Freiburg: Lambertus, S. 54–69.
- Yoshitake, T.; Kiyohara, Y. & Kato, I. (1995): Incidence and risk factors of vascular dementia and Alzheimer's disease in a defined elderly Japanese population. The Hisayama study. In: *Neurology* 45, S. 1161–1168.
- Young, F. W. & Glasgow, N. (1998): Voluntary Social Participation and Health. In: *Research on Aging* 20, S. 339–362.
- Zacher, H. F. (1994): Sozialrecht. In: P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.): *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Berlin, New York: de Gruyter, S. 305–329.
- Zacher, H. F. (2001): Der soziale Rechtsstaat in der Verantwortung für Menschen mit Behinderungen. In: G. Igl & F. Welti (Hrsg.): *Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation*. Wiesbaden: Chmielorz, S. 1–23.
- Zank, S. & Schacke, C. (Hrsg.) (2001): Evaluation von Effekten gerontopsychiatrischer und geriatrischer Tagesstätten auf ihre Besucher(innen) und deren Angehörige. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer.
- Zapf, W. (1984): Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In: W. Glatzer & W. Zapf (Hrsg.): *Lebensqualität in der Bundesrepublik Deutschland. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt a. M.: Campus, S. 13–26.
- Zegelin, A. (1997): Skalen zur Ermittlung des Dekubitusrisikos. In: C. Bienstein, G. Schröder, M. Braun & K.-D. Neander (Hrsg.): *Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegende*. Stuttgart: Thieme, S. 81–91.
- Zeman, P. (1998): Vernetzung von Lebenswelt und Profession in der Pflege. In: R. Schmidt & A. Thiele (Hrsg.): *Konturen der neuen Pflegelandschaft: Positionen, Widersprüche, Konsequenzen*. Regensburg: transfer, S. 111–120.
- Zeman, P. (2000): Alter(n) im Sozialstaat und die Mikropolitik der Pflege. Regensburg: transfer.
- Zenz, G. (2000): Autonomie und Familie im Alter – (k)ein Thema für die Familienrechtswissenschaft? In: D. Simon & M. Weiss (Hrsg.): *Zur Autonomie des Individuums. Liber Amicorum Spiros Simitis*. Baden-Baden: Nomos, S. 483–508.
- Zglinicki, T. v. (2000): Research on aging in Germany. In: *Experimental Gerontology* 35, S. 259–270.
- Zimber, A.; Albrecht, A. & Weyerer, S. (1999): Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege: Auswirkungen der Pflegeversicherung. In: A. Zimber & S. Weyerer (Hrsg.): *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, S. 185–199.
- Zimber, A.; Schäufele, M. & Weyerer, S. (1998): Alten- und Pflegeheime im Wandel: Alltagseinschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner nehmen zu. In: *Das Gesundheitswesen* 60, S. 239–246.
- Zink, J.; Zenz, M.; Mohrmann, M. & Schwoerer, P. (2000): Qualitätsprüfung ambulanter Pflegedienste (Baden-Württemberg). In: *Das Gesundheitswesen* 62, S. 329–334.
- Zirm, B.; Steinwachs, K. C.; Pracher, G.; Zirm, A. & Zimmermann-Meinzingen, S. (1994): Effects of Nimodipine and Piracetam on the Speed of Cognitive Performance and Clinical Symptoms in Patients with Mult-Infarct or Primary Degenerative Dementia – Results of a Randomized Clinical Trial. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 7, S. 157–168.
- Zopf, I. (2000): Warum brauchen wir die generalistische Ausbildung für die Pflege? In: *Pflege Aktuell* 54 (5), S. 2.



Herausgeber:
Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
11018 Berlin

Bezugsstelle:
Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
53107 Bonn
Tel.: 01 80 / 5 32 93 29
E-Mail: broschuerenstelle@bmfsfj.bund.de
Internet: www.bmfsfj.de

Stand:
April 2002

Druck: MuK. Medien- und Kommunikations GmbH
Lehrter Straße 16–17, 10557 Berlin

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der
Bundesregierung; sie wird kostenlos abgegeben und ist
nicht zum Verkauf bestimmt.