

Hartmut Remmers

Pflegewissenschaft – Disziplinarität und Transdisziplinarität

Nursing science – disciplinarity and transdisciplinarity

By this time, progresses in nursing science are quiet considerable. Nevertheless, within different scientific institutions the recognition as an independent scientific voice is still missing so far. Next to other reasons, a lack of disciplinary clarification of this quiet young scientific field could be one main argument. However, within interdisciplinary research units it is implicit expected. Furthermore, finding answers of disciplinarity in nursing science as an academic discipline which shows a standardized body of knowledge and refers to systematical subjects, justified by itself is even more difficult. It is argued that the disciplinarity of nursing science is characterized by a paradox. Because of its practical relevance a special status is assigned. This is connected with dual character of its form of knowledge characterized by scientific and case related issues. Hereby, the epistemic main focus of disciplinarity is delineated while nursing science as a academic discipline depends on content by neighboring disciplines at the same time. In respect thereof, the disciplinary principle is a result of transdisciplinary operating in paradigmatical perspectives.

Keywords

disciplinarity, epistemology, expertise, interdisciplinarity, nursing research, philosophy of science, practical science, sociology of science, standardized body of knowledge, structure of discipline, transdisciplinarity

Pflegewissenschaftliche Forschung kann inzwischen beachtliche Fortschritte vorweisen. Dennoch fehlt dem Fach in verschiedenen Institutionen der Wissenschaft die Anerkennung als selbständige Stimme. Einer unter mehreren Gründen könnte darin bestehen, dass zu wenig Klarheit über die Disziplinarität dieser jungen Wissenschaft besteht. Stillschweigend wird sie vorausgesetzt in interdisziplinären Forschungsverbänden mit Beteiligung der Pflegewissenschaft. Noch schwieriger stellt sich die Frage nach der Disziplinarität der Pflegewissenschaft als Lehrgebiet mit festumschriebenem Wissenskanon und einer ihn begründenden Fachsystematik. Es wird argumentiert, dass die Disziplinarität der Pflegewissenschaft durch eine gewisse Paradoxie gekennzeichnet ist: Als Handlungswissenschaft lässt sich ihr ein Sonderstatus im Sinne eines Abgrenzungskriteriums zuschreiben. Damit zusammen hängt der Doppelcharakter ihrer Wissensformen, charakterisiert durch einen Wissenschafts- und einen Patienten- resp. Fallbezug. Damit wäre gewissermaßen das epistemische Organisationszentrum der Disziplinarität umrissen, während die Pflegewissenschaft gleichzeitig als Lehrgebiet mit einem Wissenskanon auf Zufuhren benachbarter Fächer angewiesen ist. In dieser Hinsicht ergibt sich das Prinzip der Disziplinarität aus einer transdisziplinären Verschmelzung paradigmatischer Perspektiven.

Schlüsselwörter

Disziplinarität, Epistemologie, Expertise, Fachsystematik, Handlungswissenschaft, Inter-

eingereicht 29.11.2013
akzeptiert 08.12.2013

disziplinarität, Monodisziplinarität, Pflegeforschung, Transdisziplinarität, Wissenschaftssoziologie, Wissenschaftstheorie, Wissenskanon

1. Einleitung: Pflegewissenschaft – Probleme ihrer disziplinären Gestalt und Logik

Eine Disziplin ist eine besondere Form menschlicher Aktivität, die darauf gerichtet ist, ein möglichst hohes Maß gesicherten Wissens zu generieren. Definitionsgemäß werden Disziplinen durch folgende Identität stiftende Elemente gekennzeichnet: relativ homogener Kommunikationszusammenhang von Wissenschaftlern, gemeinsam geteilte Wissensbestände, relevante Forschungsprobleme, anerkannte Methoden und Problemlösungen, spezifische Karrierestrukturen (Defila et al. 1998: 112f.; Hinweis in Sukopp 2010: 20f.). Inwieweit ein bestimmter Gegenstandsbereich Disziplinen konstituierende Bedeutung hat, ist umstritten. Dies zeigt der Gegenstand Pflege, mit dem sich wissenschaftshistorisch verschiedene Disziplinen oder Wissenschaften befasst haben. Ebenso umstritten sind relevante Kriterien, mittels derer Disziplinen sich gegenseitig abgrenzen. Wissenschaftsgeschichtlich hat sich zum einen gezeigt, dass die Einteilung der Wissenschaften beispielsweise in Fächer kulturellen Einflussfaktoren unterliegt; zum anderen, dass mit der Erweiterung oder Veränderung von Gegenstandsbereichen auch die für ihre wissenschaftliche Bearbeitung spezifischen Methoden modifiziert werden – ein Vorgang, der in Richtung interdisziplinärer Kooperation weist (Voigt 2010: 32).

Nun hat die Frage nach der Disziplinarität und der daraus abgeleiteten Fachsystematik der Pflegewissenschaft bisher zureichend nicht beantwortet werden können. Allein aus wissenschaftssoziologischen Gründen wäre es gemäß Luhmann (1991: 451) verfehlt, sich auf die Beschreibung eines besonderen Gegenstandsbereichs im Sinne eines Abgrenzungskriteriums verschiedener „Regionalontologien“ zu beschränken. Mit pflegerischen Tätigkeiten haben sich bislang auch andere Wissenschaften oder Disziplinen aus spezifischen fachlichen Perspektiven befasst. Allenfalls historisch scheint sich ein – vorläufiger – disziplinärer Kern zu erschließen, und zwar im Blick auf jene gesundheits- und berufspolitischen Gründungsakte als Berufswissenschaft, deren primäres Ziel in der wissenschaftlichen Fundierung beruflicher Qualifikationen aus sehr unterschiedlichen analytischen Perspektiven besteht (vgl. Remmers 2011: 13f.).

Um Probleme ihres Selbstverständnisses klären zu können, empfiehlt sich eine differenzierende Betrachtung von Pflegewissenschaft als Forschungsdisziplin einerseits und als Lehrgebiet andererseits. In Anbetracht eines schon beachtlich ausdifferenzierten Methodenrepertoires (Flick et al. 2008) könnte es im Anschluss an Heckhausen (1987) gute Gründe für einen monodisziplinären Zuschnitt geben. Mit Zunahme komplexer Probleme im Gesundheitswesen wachsen der Pflegewissenschaft indessen automatisch Rollen eines Partners multidisziplinärer Forschungsprojekte zu. Das zeigen zum einen die Graduiertenkollegs „Multimorbidität im Alter“ (Berlin) oder „Demenz“ (Heidelberg); das zeigen zum anderen interdisziplinäre, indessen pflegewissen-

schaftlich fokussierte Forschungsverbände (Schaeffer o.J.) oder pflegewissenschaftlich begleitete Forschungsnetzwerke wie beispielsweise GAL¹. Dabei scheint die fachliche und methodische Perspektivenvielfalt durch jeweilige Problemkonstellationen (Komplexität, Interdependenz) und damit verbundenen Bedarf hoch differenzierter Lösungen bestimmt zu sein. Insofern wird die pflegewissenschaftliche Forschung je nach Themen- und Problemstellungen in stets neuen interdisziplinären Kombinationen stattfinden. Und es gibt Hinweise, dass sich Pflegewissenschaft noch vor Klärung ihrer disziplinären Gestalt im Prozess interdisziplinärer Zusammenarbeit fortwährend verändern wird.

Anders verhält es sich unter Gesichtspunkten eines auf Ausbildung mit unterschiedlichen beruflichen Verwendungsmöglichkeiten ausgerichteten Lehrgebietes. Aus diesem Blickwinkel erheben sich Fragen insbesondere der Fachsystematik angesichts eines multidisziplinär hochgradig aggregierten Wissenskorporus, welcher inhaltlich je nach Ausbildungsrichtung und Ausbildungsziel und je nach disziplinärer Verankerung in einer wissenschaftlichen Organisationseinheit stark variieren kann: Nach welchen Bündelungs- bzw. Rekonstruktionsprinzipien sollen bezugswissenschaftlich verfügbare Wissensbestände geordnet (Fachsystematik) und nach welcher handlungswissenschaftlichen Logik einer auf wissenschaftliche Befähigung zur erfolgreichen Lösung praktischer Probleme ausgerichteten Disziplin sollen Bildungsprozesse organisiert werden? Dabei geht es um eine Ordnung nicht nur theoretischen, sondern auch kontextgebundenen Wissens. Für die Bestimmung der Disziplinarität reicht in diesem Falle, wie wir noch sehen werden, das „theoretische Integrationsniveau“ (Heckhausen 1987: 132) eines Faches alleine nicht aus. Vor allem Handlungswissenschaften (wie Medizin, Sozialarbeit, Pflegewissenschaft) stehen vor dem „*Problem, rekombinierbare disziplinäre Wissensbestände lehrbar und studierbar zu machen, also zersplitterte Wissensbestände zu systematisieren, um überhaupt eine professionelle Ausbildung zu ermöglichen*“ (Becker 1998: 47). Dabei werden auf professionelle Eingriffe spezialisierte Wissenschaften das Verhältnis natur-, sozial- und geisteswissenschaftlicher Bezüge nicht nur unter methodologischen, sondern auch unter neuen Relevanzgesichtspunkten zu klären haben.

Die Institutionalisierung von Interdisziplinarität als Aneignungsprinzip versteht sich heute von selbst. Jedoch bedarf es über fachliche Schnittmengen hinausweisender Kernkompetenzen, zu denen vorrangig die methodische Beherrschung von Fallanalyse oder Fallarbeit gehört. Eine der wissenschaftssystematischen Aufgaben wird demnach darin bestehen, Bündelungsprinzipien pflegewissenschaftlich relevanter Wissensbestände zu entwickeln, die auf eben jene Befähigung zur Lösung beruflicher Probleme ausgerichtet sind. Auf diesem Wege gilt es, „*das Profil der eigenen Disziplin weiter zu schärfen, um den konkreten und unverwechselbaren Beitrag einer professionalisierten Pflege für das Gesundheitssystem zu verdeutlichen und weiterzuentwickeln*“ (Hülksen-Giesler et al. 2010: 222).

2. Das Originäre pflegerischer Praxis als Bezugspunkt von

1 Siehe: <http://www.altersgerechte-lebenswelten.de/index.php?id=21&L=1>

Disziplinarität – Wissensdomänen und Wissensformen

Dem Prinzip der Interdisziplinarität kann je nach Forschungs- oder Ausbildungszwecken eine unterschiedliche erkenntnisbildende Funktion zugeschrieben werden. Hinzu kommt, dass einer handlungswissenschaftlichen Logik zufolge Relevanzgesichtspunkte, denen gemäß bspw. ein pflegewissenschaftlicher Wissenskanon strukturiert wird, zwar außerwissenschaftlich generiert, gleichwohl einer wissenschaftlichen Reflexion und Kontrolle unterworfen werden müsste. Des Weiteren lassen sich Selbstverständnis und Erkenntnishaltung einer handlungswissenschaftlich fundierten Disziplin nur in engem Bezug zu einem gesellschaftlichen Referenzsystem: einer spezifischen Profession und ihren besonderen Aufgaben, begreifen. Damit wäre ein Ansatzpunkt gegeben, von dem aus sich das disziplinär Originäre der Pflegewissenschaft auf dem Wege einer phänomenologischen Analyse des unverwechselbaren „Kerns“ pflegerischer Praxis erschließen ließe.

Anlässe pflegerischen Handelns sind Einbußen bzw. Störungen einer biopsychosozialen Lebenseinheit des Menschen, die mit Bedürfnissen persönlicher Hilfe und Unterstützung auf subjektiv tolerablem Niveau einhergehen. Diesen Charakteristika gemäß besteht der Kern pflegerischen Handelns in einem pflegerischen Arbeitsbündnis (Oevermann 1996; Behrens et al. 2006) oder einer Beziehungsarbeit (Dütthorn 2013), die sich vorrangig in sozialwissenschaftlichen Begriffsbildungen interaktionistischer oder kommunikationstheoretischer Provenienz entfalten lässt. Von diesem Zentrum professionellen Handelns ausgehend empfangen alle weiteren personalen Aufgaben (wie etwa Fallanalyse und Fallarbeit) sowie institutionell überformte Funktionen letztlich ihren Sinn. Dabei darf nicht verkannt werden, dass die Befähigung zur Beziehungsarbeit ein Ausweis von Fachlichkeit ist, die ihrerseits instrumentelles Wissen ebenso einschließt.

Nun beruht ein Großteil helfender Beziehungen auf einem physisch-körperlichen Substrat, dem eine spezifisch sinnlich-leibliche Anschaulichkeit und damit verbundene affektuelle Komponente eignet. Ein charakteristisches Medium pflegerischen Handelns stellt daher der Körper als eine vorsprachliche Entität dar (vgl. Remmers et al. 2004; Hülsken-Giesler 2008; Friesacher 2008). So sind Pflegepersonen gehalten, sich auf einen Menschen zu beziehen, der – einer gleichsam anthropologisch tiefsitzenden Struktur nach – nicht nur Körper ist, sondern auch Körper hat (Helmut Plessner); der seiner Leiblichkeit gegenüber ein jeweils soziokulturell bestimmtes Verhältnis auszubilden vermag. Leidenszustände lassen sich daher auch in Anlehnung an die Gestalttherapie (Dreitzel 1982) als Störungen der Selbstregulation (Autopoiesis), des geregelten Austauschs zwischen Organismus und Umwelt begreifen. An solchen Prozessen sind insbesondere rehabilitative Ansätze der Pflege auszurichten (vgl. Kruse 2009), welche die konzeptionelle Einbeziehung disziplinärer Wissensbestände beteiligter Gesundheitsberufe notwendig macht, ohne diese substituieren zu können.

Der professionellen Unterstützung bei Leidens- und Bewältigungsprozessen wohnt eine eigene „Grammatik“ inne, welche maßgebende Bedeutung hat für eine spezifisch emotionalen Anforderungen genügende „Beziehungsarbeit“, verstanden als psycho-

physisches Engagement. Helfende Beziehungen lassen sich vom physischen Substrat leiblicher Gegenseitigkeit nicht ablösen, sie bergen aber auch aus diesem Grund mehrere Risiken: zum einen das Risiko einer Symbiose ohne Schutz vor grenzenloser Ver- ausgabung, zum anderen das Risiko des Missbrauchs. Unter restriktiven Rahmenbe- dingungen mangelnder Ressourcen bestehen Risiken des Burnout.

Hinzukommen Probleme der Diffusität, die einerseits aus der Naturgebundenheit, andererseits aus der extremen Synchronisation von Tätigkeiten resultieren wie: Orga- nisation von Versorgung, leibliche Zuwendung, affektive Balance. In der Orientierung an natürlichen, zyklisch wiederkehrenden, jedoch variierenden Bedürfnissen sind die- se Tätigkeiten zeitlich nur schwer planbar, kaum kontrollierbar und – was das Erfolgs- erleben massiv erschwert – sie verflüchtigen sich in ihren Resultaten. Häufig fehlt ih- nen eine „materielle“ Anschaulichkeit bei therapeutischer Aussichtslosigkeit, Siech- tum, Verfall. Auch aus diesem Grunde ist der Professionalisierung eines die ganze Person in mehreren Wahrnehmungsschichten gleichzeitig affizierenden Kernbereichs der Pflege eine wissenschaftlich herausragende Aufmerksamkeit bislang versagt geblie- ben. Ihres zyklischen Charakters wegen rangiert „Beziehungsarbeit“ in der Statushier- archie therapeutischer Berufe eher niedrig. Auf lineare Zeitstrukturen kann sie nur um den Preis eines Substanzverlustes pflegerischer Aufgaben umgestellt werden. Methodi- schen Verfahrensweisen der Wirksamkeitsprüfung sind aus diesem Grunde Grenzen gesetzt, sie stellen allenfalls einen kleinen Ausschnitt pflegerischer Expertise dar.

Aus diesem Grunde sollte das im praktischen Umgang mit Anbefohlenen erworbe- ne Wissen, sollten die gleichsam in den „Gegenstand“ eingelassenen, qua mimetischem Vermögen konstituierten, im strengen Sinne „vorrationalen“ Wissensformen wissen- schaftlich rehabilitiert und solchermaßen zum Gegenstand einer hoch differenzierten, auch phänomenologisch inspirierten Analyse gemacht werden (vgl. Hülsken-Giesler 2008; wissenschaftshistorisch: Böhme 1993: 9-31; Böhme 1997). Auf diesem Pfad er- gäben sich theoretisch wie auch empirisch-methodisch anspruchsvolle Anschlussmög- lichkeiten an Forschungsprogramme, in denen Intuitionen und deren Anteil an Be- wusstseinsleistungen (z. B. der Situationseinschätzung und -bewertung, Handlungs- koordinierung) einen hervorragenden Stellenwert besitzen. Dazu zählen sowohl eine empirisch informierte philosophy of mind als auch spezielle Ausrichtungen einer experi- mentellen Neuro- oder Kognitionspsychologie. Diesbezüglich hätte ein hoch diffe- renziertes Modell pflegewissenschaftlicher Expertisenforschung überhaupt erst seine interdisziplinäre Anschlussfähigkeit zu erweisen. Rätselhaft ist deshalb, warum das Programm zukünftiger Pflegeforschung², das sich die Lösung naturgemäß komplexer pflegerischer Aufgabe zu Ziel gesetzt hat, eine berufswissenschaftlich elaborierte, inso- weit auch dezidiert experimentelle Studiendesigns einbeziehende, anspruchsvolle For- schungskoooperation nicht ausdrücklich in Erwägung zieht. Bedauerlich ist dies des- halb auch, weil beispielsweise in disziplinär erweiterten Forschungskontexten die Er- gebnisse klassischer klinischer RCTs sich auf ihre Bedeutsamkeit für praktisch

2 <http://www.agenda-pflegeforschung.de/AgendaPflegeforschung2012.pdf>.

erworbenes, gleichsam inkorporiertes Wissen hin überprüfen ließen.

3. Ungelöste Fragen einer Fachsystematik der Disziplin als Lehrgebiet

Herkömmlicherweise beruht die akademische Anerkennung einer jungen Disziplin im Wesentlichen auf ihren empirischen Forschungsleistungen. Dabei kann die Pflegewissenschaft in Deutschland inzwischen beachtenswerte Leistungen bspw. in der klinischen Interventions- oder in der Versorgungsforschung sowie in der Qualifikationsforschung vorweisen. Die Hinwendung zur Forschung hat allerdings den grundlagentheoretischen Diskurs in den Hintergrund treten lassen (vgl. etwa Stemmer 2004). Dies erklärt, warum noch immer eine bei ihren Nachbarwissenschaften gleichsam kanonisierte Fachsystematik zu vermissen ist. Zudem hat eine Diskussion um ihre systematische Ortsbestimmung im Geflecht anerkannter wissenschaftlicher Disziplinen, ihrer Erkenntnisquellen und methodischen Verfahrensweisen nur mehr am Rande stattgefunden (Flick et al. 2008). Konstitutiv für ein junges Fach ist aber der Ausweis seiner Disziplinarität.

Für Heckhausen (1987: 132f.) bemisst sich Disziplinarität am jeweiligen „*theoretischen Integrationsniveau*“ eines Faches, also daran, inwieweit bestimmte Phänomene oder funktionelle Zusammenhänge auf explanatorischer Ebene als „*Wirkungsgefüge*“, zusammengesetzt aus „*beschreibenden und erklärenden Konstrukten*“, verständlich gemacht werden können. Ein Beispiel wären Untersuchungen von Körperfunktionen auf physiologischem, anatomischem oder molekularem Integrationsniveau (Heckhausen 1987: 133). Anders stellen sich Merkmale der Disziplinarität eines Faches aus einer soziologisch-funktionalistischen Perspektive dar (Luhmann 1991). Als ausschlaggebend erweisen sich hier Kommunikationen einer Wissenschaftsgemeinschaft, kraft derer Fächer kognitiv ausdifferenziert, sozial institutionalisiert und nach Außen als Disziplinen abgegrenzt werden. Indessen ergeben sich Beurteilungsschwierigkeiten von Disziplinarität angesichts neuerer Trends, da sich Forschung „*in vielen Bereichen längst aus ihren fachlichen und disziplinären Bindungen gelöst hat, ihre Probleme fachunabhängig formuliert und bearbeitet*“ (Becker 1998: 45).

Aspekte der Disziplinarität spielen bei Fragen einer Fachsystematik ebenso eine Rolle. Dabei handelt es sich vorrangig um bildungswissenschaftlich bzw. wissenschaftsdidaktisch zu beantwortende Fragen nach Ordnungsprinzipien eines spezifischen Wissens und seiner strukturierten Vermittlung in der Lehre. In einem jüngst vorgelegten gestuften Curriculum-Modell für pflegewissenschaftliche Ausbildungsgänge ist der Versuch unternommen worden, wissenschaftliches Wissen und handlungsbezogene Kompetenzen in Form einer Matrix zu integrieren (vgl. Hülsken-Giesler et al. 2010). Die Autorinnen und Autoren sind sich bewusst, dass solche Wissensordnungen dem epistemischen Status einer auf fachlich und ethisch rechtfertigungsfähige Eingriffe spezialisierten Handlungswissenschaft genügen müssen. Für Saborowski & Kollak (2013) wiederum zeichnet sich das disziplinäre Profil der Pflegewissenschaft durch ein

hohes Maß an interdisziplinären Qualifikationsanforderungen mit Blick auf berufsfeldspezifische Herausforderungen aus.

Für wissenschaftlich gestütztes Wissen, welches professionelle Eingriffe begründen soll, ist ein epistemischer Sonderstatus zu reklamieren. Konstitutionsprinzipien solchen Wissens ergeben sich aus einer Doppelseitigkeit der Erfahrungsorganisation: auf der einen Seite eine handlungsentlastete, in speziell dafür vorgesehenen Institutionen sich vollziehende, wissenschaftlich standardisierte Organisation der Erfahrung; auf der anderen Seite eine in die praktische Arbeit, das heißt in die Beziehung mit Patienten, Klienten usw. unmittelbar eingelassene, unter stetem Handlungs- und Entscheidungsdruck stehende, vielfach an paradigmatischen Fällen orientierte Organisation beruflicher Erfahrung. Wir haben es demnach mit unterschiedlichen Wissensformen zu tun, die unterschiedlichen Evidenzcharakter aufweisen (vgl. Behrens et al. 2006: Kap G). Diesen epistemischen Besonderheiten von Handlungswissenschaften und ihrer – noch zu erläuternden – Ordnungsprinzipien ist wissenschaftsdidaktisch durch Grundsätze beispielsweise exemplarischen, Fall bezogenen Lernens zu entsprechen.

4. Professionalität als methodisches Organisationszentrum von Disziplinarität – Wissenschaftsbezug versus Patienten-/Klientenbezug

Bei allen Bemühungen um einen eigenen pflegewissenschaftlichen Wissenskörper (Hülsken-Giesler 2008: insbes. 283ff.) ist neben der Frage des Status auch die der Bedeutsamkeit dieses Wissens für professionelles Handeln entscheidend. Dabei wird der Professionsbezug durch zwei Charakteristika markiert: zum einen durch die Komplexität praktischer, d. h. per se wissenschaftsabgewandter Herausforderungen, denen mit dem Prinzip der Kontextualität bzw. der Kontextualisierung eines Problems und der für dieses Problem zu entwickelnden Lösung entsprochen wird; zum anderen durch die Komplexität professionellen Wissens, das nicht nur mehrere Dimensionen, sondern ebenso mehrere Wissensformen (explizite, implizite) umschließt.

Beide Charakteristika stehen in engem Zusammenhang mit dem epistemologischen Sonderstatus einer Handlungswissenschaft und ihrer methodologischen Doppelseitigkeit zwischen personalem Handlungs- und allgemeinem Wissenschaftsbezug (Remmers 1999; Hülsken-Giesler 2008). Die Inanspruchnahme eines theoretisch allgemeingültigen, wissenschaftlichen Erklärungswissens erfolgt mit dem Ziel einer Optimierung naturgegebener Funktionszusammenhänge mit entsprechenden technisch-therapeutischen Empfehlungen. Allerdings beruht der professionelle Problemlösungstypus auch auf einem strikten Personenbezug mit dem Prinzip der Kontextualisierung, des individualisierenden Fallverstehens in der Sprache des Falls. Dieser Anspruch ist mit zum Teil extremen Schwierigkeiten verbunden (vgl. Berg et al. 1998). Beide Komponenten: instrumentelles „Verfügungswissen“ und hermeneutisches „Deutungswissen“ (Max Scheler 1926) sind zwar inkommensurabel, aber praktisch untrennbar. Aus diesem Grunde sind Gütekriterien evidenzbasierter Pflegepraxis nicht ausschließlich an

ihrer Übereinstimmung mit Ergebnissen hochwertiger klinischer Studien zu bemessen. Vielmehr erweist sich Professionalität auch durch die Fähigkeit, „*Erkenntnisse je nach den Erfordernissen der Situation flexibel und effektiv zu nutzen*“ (Schilder 2010: 59). Professionelles Handeln ist somit nur sehr begrenzt standardisierbar.

Praktische berufliche Erfahrungen unzulänglicher Lösungskompetenz sollten in der Regel Anlässe der Wissensvermehrung, jedoch auch einer kritisch angeleiteten Reflexion sein. Dabei zeichnen sich professionelle Lernprozesse durch Verfeinerung des Wahrnehmungs- und Erkenntnisvermögens aus, auf kognitiver Ebene durch Abspeicherung und Wiederabrufbarkeit sogenannter paradigmatischer Fälle, wodurch diagnostische Fähigkeiten der Spezifikation ebenso wie der Gestaltwahrnehmung sich bilden -Fähigkeiten, die im Horizont der Expertisen-Forschung stark auf implizitem Wissen beruhen.

Die Ausprägung von Professionalität ist daher in besonderem Maße auf erfahrungsgeleitete Lernprozesse und ihre praktischen Wissenskorrelate („Klinik“) angewiesen. Und letztlich zeichnet sie sich durch eine wissenschaftlich hoch informierte, gleichwohl dem teleologischen Modus professionellen Handelns genügende Urteilsfähigkeit aus. Die reflektierende, mehrere Perspektiven verschränkende, jedoch nicht die subsumierende Urteilskraft des Professionellen erweist sich damit als das disziplinär Substantielle einer praktischen Wissenschaft. Unter Gesichtspunkten praktischer Urteilskraft wäre daher zu prüfen, inwieweit jene Unterscheidung zwischen den Logiken von Entdeckungszusammenhängen komplexer Sachverhalte, die subjektive Methoden etwa der Gestaltwahrnehmung oder Analogieschlüsse nach Maßgabe paradigmatischer Fälle einschließen können, und den Logiken von Rechtfertigungszusammenhängen wissenschaftlicher Aussagen, bei denen das Objektivitätsideal im Sinne deduktiver Überprüfungen eine maßgebende Rolle spielt, maßgeblich ist (Kliemt 1992).

Bezogen auf das Handlungsfeld Pflege kommt komplizierend die Tatsache einer Mehrschichtigkeit professioneller Aufgaben und eine entsprechende Mehrdimensionalität von Handlungsorientierungen hinzu, die durch jeweils unterschiedliche epistemische Korrelate gekennzeichnet sind. So wird der Klienten- bzw. Patientenbezug durch verschiedene subjektive oder objektive Leidenskategorien und damit zusammenhängende evaluative, das heißt ethisch relevante Perspektiven strukturiert. Der Wissenschaftsbezug im Sinne eines nomothetischen Erkenntnisideals dagegen ergibt sich aus einem Aufgabenzuschnitt helfender Professionen, in welchem dem therapeutisch relevanten Aspekt Vertrauen stiftender Pflegebeziehungen nur geringe Bedeutung beigemessen wird. Organisationale Fragen des Patientenbezugs bzw. der Patientensicherheit werden im Bezugsrahmen formalen Rechts sowie ökonomischer Steuerungsmedien diskutiert.

Wie nun könnte vor diesem Hintergrund für das junge Fach Pflegewissenschaft das Kriterium der Disziplinarität begründet werden? Hier liegt es nahe, die für eine Handlungswissenschaft relevanten grundagentheoretischen Fragen im Zusammenhang mit den auf unterschiedlichen Handlungsebenen hervortretenden komplexen Anforderungen beruflicher Arbeit zu beantworten. Dabei setzt die Entwicklung eines pflege-

wissenschaftlich eigenständigen, also disziplinär unverwechselbaren Wissenskorpus, mithin eines theoretisch originären Problemlösungsbestands, zweierlei voraus: gemeinsame Verständigung auf diejenigen Rekonstruktionsprinzipien, die es erlauben, eine systematische Ordnung der Disziplin im Rekurs auf pflegewissenschaftlich relevante, jedoch disziplinär hochgradig verstreute Wissensbestände zu begründen; Forschungsaktivitäten, die sich von einem elaborierten Konzept wissenschaftlich gestützter beruflicher Expertise leiten lassen.

5. Disziplinarität und Forschung – Die Stunde der Transdisziplinarität

Eine Grunderfahrung moderner Gesellschaften besteht darin, dass der Vieldimensionalität komplexer Erkenntnisgegenstände fachlich und methodisch hoch spezialisierte Einzeldisziplinen analytisch nicht mehr gewachsen sind (Burger et al. 2002). Gegenwärtige Großforschung setzt daher interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Bearbeitung komplexer Problemstellungen voraus. Ein zukünftiger Trend könnte darin bestehen, dass aus interdisziplinären Kooperationszusammenhängen mehr oder weniger zufällig neue Forschungsgebiete mit neu ausdifferenzierten Disziplinen entstehen (Jungert 2010: 4).

Dabei stellt sich die Frage, ob auf spezifische Forschungsgegenstände bestimmte Disziplinen einen exklusiven Erkenntnisanspruch erheben könnten. Dieses Ansinnen kann zum einen wissenschaftsgeschichtlich als ein Mythos zurückgewiesen, zum anderen aus Sicht des neueren Konstruktivismus problematisiert werden, dem zufolge es keine beobachtungsneutralen Gegenstände gibt (Voigt 2010: 40f.). Notwendigkeiten einer interdisziplinären Zusammenarbeit ergeben sich aus der Komplexität bestimmter Problemstellungen, die ihrerseits wiederum durch den theoretischen Zugriff relevanter Disziplinen beeinflusst werden. Ferner sind Reichweite, Tiefe und Intensität faktischer interdisziplinärer Zusammenarbeit zum einen vom jeweiligen theoretischen Integrationsniveau beteiligter Disziplinen (Sukopp 2010: 20), zum anderen von einer zweckmäßigen Kombination disziplinspezifischer methodischer Ansätze abhängig (Jantsch 1970). Im besten Falle könnten auf diese Weise neue Ordnungszusammenhänge von Disziplinen entstehen, die in eben dem Maße, wie sie sich durch spezifische Methoden auszeichnen, zugleich auf wechselseitige Ergänzungen angewiesen sind. Denkbar ist aber auch, dass je nach Anlässen Disziplinen neu kombiniert werden.

In bestimmten Bereichen vor allem der experimentellen Forschung wird in Anbetracht hoch spezialisierter Methoden weiterhin die monodisziplinäre Sichtweisen wegen der nur auf diese Weise zu vertiefenden wissenschaftlichen Erkenntnis die maßgebende bleiben (Heckhausen 1987: 140). Deswegen aber müssen durch interdisziplinäre Sichtweisen gewonnene Erkenntnisse nicht „dilettantisch“ sein. Für deren Bedeutsamkeit sprechen vermehrte wissenschaftliche Doppelqualifikationen, die wiederum ein Indikator für neue Problemlagen sind, die wegen ihrer Beschaffenheit vorwiegend als Systemprobleme durch eine hohe Komplexität interagierender Fakto-

ren gekennzeichnet, im Bezugsrahmen von Einzeldisziplinen nicht mehr zu bearbeiten und insoweit nur mehr interdisziplinär zu lösen sind (Jungert 2010: 8; ebenso Sukopp 2010: 18). Dies gilt aber auch für Probleme der sozialen Lebenswelt, deren zahlreiche Teilaspekte durch jeweils eine Disziplin behandelt und entsprechende Lösungsmöglichkeiten angeboten werden können (Burger et al. 2002: 76).

Festzustehen scheint somit, dass in der Wahrnehmung komplexer Probleme ein wissenschaftsinternes Motiv für interdisziplinäre Arbeitsweisen besteht. Die Lösung vielschichtiger, durch Interdependenzen charakterisierter Problembestände verlangt die Einbeziehung verschiedener Perspektiven. Damit sind naturwüchsige Entwicklungsbedingungen neuer Disziplinen gegeben. Die Institutionalisierung der jungen Disziplin Pflegewissenschaft wäre ein Beispiel.

Eine nicht unerhebliche Voraussetzung interdisziplinärer Zusammenarbeit in der Forschung besteht darin, dass die theoretischen Integrationsniveaus beteiligter Disziplinen keinen großen Abstand aufweisen. Auch wird wissenschaftliche Kooperation nur auf der Grundlage eines gemeinsamen Erkenntnisinteresses zustande kommen können. Dass dabei ebenso disziplinär spezifische Erkenntnisinteressen verfolgt werden, ist nie auszuschließen, birgt aber das Risiko von Verständigungsschwierigkeiten zwischen unterschiedlichen Wissenschaftskulturen (Sukopp 2010: 15). Solche Phänomene treten vor allem dann in Forschungsverbänden – jüngst auch mit pflegewissenschaftlicher Beteiligung – auf, wenn bspw. technische Herstellungslogiken eines Partners nicht mit den Erkenntnislogiken eines anderen Partners kommensurabel erscheinen.

Solche Kommunikationsschwierigkeiten zu lösen wird eine wachsende Aufgabe sein mit Blick auf zukünftige Forschungsk Kooperationen, in denen wegen des hohen Verflechtungsgrades verschiedener Problemlagen überkommene disziplinäre Grenzen, die sich ohnehin fragilen Konstruktionen verdanken, zunehmend verschwimmen (Butler 2011: 25). Ein Beispiel dieser Trends ist die High Tech Initiative der Bundesregierung Deutschlands, der es u. a. mit Blick auf den demografischen Wandel um die Förderung altersbezogener Technik-Entwicklungen und in diesem Zusammenhang um die Erforschung neuer Mensch-Technik-Interaktionen geht. Bei diesen Vorhaben scheinen vor allem drei Faktoren den Ausschlag zu geben: öffentlich als dringend und relevant beurteilte Probleme, ein dezidiert politisches Interesse ihrer Lösung, Unvermögen durch herkömmliche disziplinäre Segmentierungen der Wissenschaft neue Problemlagen zu definieren und Lösungen zu entwickeln. Dies wäre ein Beispiel dafür, was Mittelstraß (2001: 89ff.) die Stunde der Transdisziplinarität nennt. Transdisziplinarität heißt: konsequente Weiterentwicklung von Interdisziplinarität als *„Forschungs- und Wissenschaftsprinzip, das immer dann wirksam wird, wenn sich Probleme innerhalb historischer Grenzen sowie epistemischer Engführungen von Disziplinen und Fächern nicht mehr lösen lassen“* (Mittelstraß 2001: 118). Transdisziplinarität bezeichnet ein Arbeitsprogramm, das zwar an die ursprüngliche Idee einer Einheit der Wissenschaft erinnert, allerdings in den „Konturen einer praktischen Einheit“. Dabei lockern sich nicht nur die herkömmlichen Grenzen zwischen den Disziplinen, welche zum Zwecke der Erhöhung wissenschaftlicher Problemlösungskapazitäten einen gewissen Ver-

schmelzungscharakter (als Forschungsprinzip, nicht als Theorieprinzip) aufweisen (Mittelstraß 2001: 118). Auch das Verhältnis zwischen Wissenschaft und gesellschaftlicher Praxis wird reflexiver, was ebenso mit dem Programm einer Transdisziplinarität avisiert wird (Darbellay 2002).

Für Mittelstraß (1992: 101) kommt erst im Prinzip der Transdisziplinarität wahre Interdisziplinarität zu Geltung. Sie läuft auf eine neue Ordnung der Wissenschaften hinaus, in welcher sich fachliche Orientierungen verändern und disziplinäre Grenzen auflösen (Sukopp 2010: 23f.; Schweitzer 2010: 112). „Forschungsverbünde auf Zeit“ werden daher die Organisationsform von Transdisziplinarität in der Zukunft sein. Damit ist aber das Prinzip guter Disziplinarität als Voraussetzung für Inter- bzw. Transdisziplinarität keineswegs suspendiert. Denn Disziplinen rücken ungern davon ab, was sie als ihren Kern betrachten.

6. Pflegewissenschaft – Verschmelzung von Perspektiven als Prinzip ihrer Disziplinarität?

Aus der Tatsache, dass auch in einem zukünftigen System der Wissenschaften das Prinzip der Disziplinarität ordnungsstiftend bleiben wird, resultiert für die Pflegewissenschaft möglicherweise ein Paradoxon: notwendige Abgrenzung gegenüber benachbarten Fächern; notwendige Zufuhr des neuesten Erkenntnisstandes benachbarter Fächer bei der Begründung eines originären Wissenskorpus in Lehre und Forschung. Neben einer Fülle von Berührungsflächen mit verwandten Handlungswissenschaften (Medizin, Sozialarbeitswissenschaft etc.) und Grundlagen-Fächern (z. B. Mikrobiologie hier, Sozialwissenschaften dort) müsste das Prinzip einer Disziplinarität der Pflegewissenschaft aus einem identitätsstiftenden Kern pflegerischer Arbeitsprozesse abzuleiten sein: Beziehungsarbeit auf der Grundlage eines mimetischen, in körperlich-leibliche Ausdrucksschichten des Gegenüber eingelassenen Wahrnehmungsvermögens mit spezifischen Informationsgehalten, an denen gemessen alle ebenso formalisierten wie formalhaften Prozeduren etwas lediglich Äußerliches darstellen (Remmers et al. 2012).

Gewiss wird auf diesen Kern pflegerische Expertise nicht beschränkt werden können. Er ist aber geeignet, mit Hilfe eines epistemischen Abgrenzungskriteriums gegenüber dem dualistischen Konzept beispielsweise der Schulmedizin (Körper als physikalisch-biochemischer Datenträger) einen professionellen Sonderstatus zu begründen. Dieser Tatsache hätten Arbeiten innerwissenschaftlicher Theoriebildung, ausgehend vom Potential jenes Spannungsverhältnisses zwischen praktischem Wissen und verwissenschaftlichem Wissen (Kim 2000: insbes. Introduction), Rechnung zu tragen. Angesichts jener eigentümlichen Paradoxie, welche die Pflegewissenschaft mit anderen Handlungswissenschaften teilt, wird man – in Anlehnung etwa an Luhmann (1991: 459) ihren von „normalen Disziplinen“ abzugrenzenden Status als den eines transdisziplinären Faches explizieren können. Mit Transdisziplinarität ist hier vor allem ein von der Pflegewissenschaft einzulösender Anspruch der Verschmelzung paradigmatischer Perspektiven gemeint (Mittelstraß 2001); das Organisationsprinzip einer Wissen-

schaft, deren Legitimation primär in der Sicherstellung und fortlaufenden Verbesserung wissenschaftlich informierter und beruflich zu verantwortender Expertise begründet ist.

Literatur

- Becker, E. (1998): Theorien gegen das Veralten der Universität. In: Olbertz, J.-H. (Hrsg.): Zwischen den Fächern – über den Dingen? Universalisierung versus Spezialisierung akademischer Bildung. Opladen: Leske + Budrich, 35-71
- Behrens, J. & Langer, G. (2006): Evidence-based Nursing and Caring: interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. 2., vollst. überarb. und erg. Aufl., Bern: Hans Huber
- Berg, A., Hallberg, I.R. & Norberg, A. (1998): Nurses' reflections about dementia care, the patient, the care and themselves in their daily caregiving. In: International Journal of Nursing Studies 35, 271-282
- Böhme, G. (1993): Am Ende des Baconschen Zeitalters. Studien zur Wissenschaftsentwicklung. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Böhme, G. (1997): Wissenschaft. In: Ders.: Einführung in die Philosophie. Weltweisheit, Lebensform, Wissenschaft. Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag, 62-77
- Burger, P. & Kamber, R. (2002): Wissen als Grundbegriff in der inter- und transdisziplinär orientierten Hochschullehre. In: Perrig-Chiello, P. & Arber, W. (Hrsg.): Interdisziplinäres Lehren und Lernen. Lausanne: Éditions Réalités sociales, 67-94
- Butler, J. (2011): Kritik, Dissens, Disziplinarität. Zürich: diaphanes
- Darbellay, F. (2002): Science et société: entre inter- et transdisciplinarité. In: Perrig-Chiello, P. & Arber, W. (Hrsg.): Interdisziplinäres Lehren und Lernen. Lausanne: Éditions Réalités sociales, 197-202
- Defila, R. & Di Giulio, A. (1990): Evaluating Transdisciplinary Research - Evaluation Criteria for Inter and Transdisciplinary Research. In: Panorama. Special Issue 1/99
- Dreizel, H. P. (1982): Der Körper in der Gestalttherapie. In: D. Kamper & C. Wulf (Hrsg.): Die Wiederkehr des Körpers. Frankfurt/M.: Suhrkamp, S. 52-67
- Dütthorn, N. (2013): „Pflegespezifische Kompetenzen im europäischen Bildungsraum - eine empirische Studie in den Ländern Schottland, Schweiz und Deutschland“. Diss. phil., Universität Osnabrück
- Flick, U. & Schaeffer, D. (Hrsg.) (2008): Qualitative Pflege- und Gesundheitsforschung: Ansätze, Methoden und Besonderheiten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Friesacher, H. (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Bd. 2 der Schriftenreihe Pflegewissenschaft und Pflegebildung, hrsg. v. H. Remmers. V & R unipress, Göttingen: Universitätsverlag Osnabrück
- Heckhausen, H. (1987): ‚Interdisziplinäre Forschung‘ zwischen Intra-, Multi- und Chimären-Disziplinarität. In: Kocka, J. (Hrsg.): Interdisziplinarität. Praxis-Herausforderung-Ideologie. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 129-145
- Hülksen-Giesler, M. (2008): Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Bd. 3 der Schriftenreihe Pflegewissenschaft und Pflegebildung, hrsg. v. H. Remmers. V & R unipress, Göttingen: Universitätsverlag Osnabrück
- Hülksen-Giesler, M., Brinker-Meyendriesch, E., Keogh, J., Muths, S., Sieger, M., Stemmer, R., Stöcker, G. & Walter, A. (2010): Kerncurriculum Pflegewissenschaft für pflegebezogene Studiengänge – eine Initiative zur Weiterentwicklung der hochschulischen Pflegebildung in Deutschland. In: Pflege & Gesellschaft 15(3), 216-236
- Jantsch, E. (1970): Inter- and Transdisciplinary University: A Systems Approach to Education and Innovation. In: Policy Sciences 1(1), 403-428
- Jungert, M. (2010): Was zwischen wem und warum eigentlich? Grundsätzliche Fragen der Interdiszipli-

- narität. In: Jungert, M., Romfeld, E., Sukopp, Th. & Voigt, U. (Hrsg.): Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1-12
- Kim, H. S. (2000): The Nature of Theoretical Thinking in Nursing. 2nd. Edition. New York: Springer Publishing
- Kliemt, H. (1992): Zur Methodologie der praktischen Wissenschaften. In: W. Deppert, H. Kliemt, B. Lohff & J. Schaefer (Hrsg.) (Hrsg.): Wissenschaftstheorien in der Medizin. Ein Symposium. Berlin, New York: de Gruyter, 97-114
- Kruse, A. (2009): Coping - Anthropologische Überlegungen zur Auseinandersetzung des Menschen mit Aufgaben und Belastungen. In: Schaeffer, D. (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern u.a.: Hans Huber, 179-205
- Luhmann, N. (1991): Die Wissenschaft der Gesellschaft. 2. Auflage. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Mittelstraß, J. (1992): Die Stunde der Interdisziplinarität? In: Ders.: Leonardo-Welt. Über Wissenschaft, Forschung und Verantwortung. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 96-102
- Mittelstraß, J. (2001): Wissen und Grenzen. Philosophische Studien. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Oevermann, U. (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A. & Halsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 70-182
- Remmers, H. & Hülsken-Giesler, M. (2012): Evidence-based Nursing and Caring – Ein Diskussionsbeitrag zur Fundierung und Reichweite interner Evidenz in der Pflege. In: Pflege und Gesellschaft, Jg. 17, Heft 1, 79-83
- Remmers, H. (1999): Pflegewissenschaft und ihre Bezugswissenschaften. Fragen pflegewissenschaftlicher Zentrierung interdisziplinären Wissens. In: Pflege 12(4), 367-376
- Remmers, H. (2000): Pflegerisches Handeln – Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft. Bern u.a.: Hans Huber
- Remmers, H., Busch, J. & Hülsken-Giesler, M. (2004): Berufliche Belastungen in der onkologischen Pflege. In: Henze, K.-H. & Piechotta, G. (Hrsg.): Brennpunkt Pflege. Beschreibung und Analyse von Belastungen des pflegerischen Alltags. Frankfurt/M.: Mabuse, 16-47
- Saborowski, M. & Kollak, I. (2013): Interdisziplinäres Lernen in der Pflegewissenschaft - mit einem Modell für fallbezogene Projektarbeit. In: Pflege & Gesellschaft, 18(4), S. 312-327
- Schaeffer, D. (o.J.): Pflegeforschungsverbände als Beitrag zur (Exzellenz-)Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland. http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/pfv/downloads/Schaeffer_Pflegeforschungsverbände.pdf
- Scheler, M. (1926): Die Wissensformen und die Gesellschaft. 3., durchges. Auflage, Bern u.a.: Francke, 1980
- Schilder, M. (2010): Zur Bedeutung der klinischen Pflegewissenschaft für eine forschungsbasierte Praxisentwicklung. In: Pflege & Gesellschaft 15(1), 48-64
- Stemmer, R. (2004): Aktueller Stand und Perspektiven der Pflegewissenschaft. In: Pflege und Gesellschaft, 9(4), 127-132
- Sukopp, Th. (2010): Interdisziplinarität und Transdisziplinarität. Definitionen und Konzepte. In: Jungert, M., Romfeld, E., Sukopp, Th. & Voigt, U. (Hrsg.): Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 13-29
- Voigt, U. (2010): Interdisziplinarität: Ein Modell der Modelle. In: Jungert, M., Romfeld, E., Sukopp, Th. & Voigt, U. (Hrsg.): Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 31-46
- Weber, M. (1919): Wissenschaft als Beruf. In: Ders., Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Tübingen: Mohr (Siebeck), 4. Auflage, 1973, 582-613

Prof. Dr. phil. habil. Hartmut Remmers, M.A.

Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften, Fachgebiet Pflegewissenschaft
Albrechtstrasse 28, 49069 Osnabrück
remmers@uni-osnabrueck.de

Georgios Terizakis, Petra Gehring

Das Programm Interdisziplinarität. Überlegungen zu einem wissenschaftspolitischen Großbegriff

Interdisciplinarity as an agenda: reflexions on a academic and political concept

Interdisciplinarity is a term, which is discussed since many years in all parts of higher education. Some are pathetic advocates, others are sceptical. Therefore, for a long time a neutral and objective debate was impossible. The link between organizational development of higher education and the academic debate is obvious. The historical fact of a growing number of academic disciplines leads to a growing need of interdisciplinary cooperation. This need is not only science driven, but consists of other elements like the relevance of research for societal problem definition. This article argues for a pragmatic perspective which offers a „down-to-earth“ interpretation of interdisciplinarity. The focus then lays on organisational and methodological questions concerning interdisciplinarity: A shift is needed from interdisciplinarity in singular to interdisciplinarity in plural. Making this clear could release new perspectives for using the concept of interdisciplinarity in a fruitful way.

Keywords

Interdisciplinarity, Faculties

Interdisziplinarität ist als wissenschaftspolitischer Terminus seit Jahren omnipräsent. Teils Diagnose, teils Forderung ist Interdisziplinarität Heilsbegriff und Teufelszeug zugleich. Eine nüchterne Betrachtung potentieller Mehrwerte fällt schwer. Historisch gesehen sind Interdisziplinaritätspostulate eng mit der Entwicklung der modernen Wissenschaftslandschaft verbunden, sie spiegeln förmlich deren Entwicklung: Aus der zunehmenden Ausdifferenzierung der Disziplinen und Fächer scheint sich die Notwendigkeit der Wahrung von „Einheit“ oder mindestens ein gesteigerter Verknüpfungsbedarf zu ergeben. Freilich ist Interdisziplinarität nicht rein wissenschaftlich induziert. Sie hat auch andere Dimensionen – Stichwort „Gesellschaftsbezug“. In diesem Beitrag wird ein Ansatz verfolgt, der eine bewusst pragmatische, auf das im lernenden, lehrenden und forschenden Alltag für die Beteiligten ergiebige Ausmaß reduzierte Interpretation der Interdisziplinarität anzubieten. Das Programm Interdisziplinarität, so die These, vervielfältigt sich dann. Es verwandelt sich in die Aufgabe einer Ausgestaltung von Interdisziplinaritäten im Plural. In den Mittelpunkt rücken damit erstens Organisations- und zweitens Methodenfragen. Überspannt man den Begriff nicht, so ist er, aus Sicht der Autoren, nach wie vor produktiv.

Schlüsselwörter

Interdisziplinarität, Disziplinarität

1. Einleitung

Der Begriff Interdisziplinarität hat eine lange und diskussionsintensive Geschichte.

eingereicht 24.07.2013

akzeptiert 18.10.2013

Spätestens seit den 1960er Jahren gehört er auch in Deutschland dauerhaft zu wissenschaftlichen und wissenschaftsnahen Diskursen (vgl. u. a. Jungert 2010, Müller/Schmieder 2012). Nicht nur in Forschung und Forschungsförderung, auch in der Lehre¹ hat der Gedanke einen festen Platz, dass zur disziplinären Sozialisation auch das Zusammenarbeiten mit anderen Disziplinen gehört – in Gestalt interdisziplinärer Studiengangsanteile, interdisziplinärer Projektarbeit oder sogar interdisziplinärer „Kompetenzen“.

Der Terminus „Interdisziplinarität“ wird dabei zumeist undefiniert verwendet und je nach Kontext unterschiedlich verstanden. Trotz einer gewissen Vagheit scheint jedoch immer klar, dass etwas Wichtiges, Bedeutendes und zum Teil auch normativ Anspruchsvolles gemeint ist: mindestens geht es um die „Qualität“ von Forschung und Lehre, womöglich aber um das Verhältnis von Wissenschaft und Gesellschaft überhaupt: um „Demokratisierung“ von Expertise, um mehr Transparenz und Partizipation. Dass unter dieser Erwartungslast nicht immer Fruchtbare generiert wird, zeigt die stagnierende Theoriebildung, die mit Alternativen wie „Transdisziplinarität“ oder „Mode 2“ seit Jahrzehnten eher wissenschaftspolitische Hohlformeln als griffige Konzepte produziert. Aber auch Praktikerinnen und Praktiker wissen, wie lähmend die einschlägigen Diskussionen über „Öffnung“ und „mehr Dialog“ sein können. Der Diskurs der Interdisziplinarität leidet an einer Überfrachtung mit Erwartungshaltungen moralisch aufgeladener oder geradezu heilssuchender Art. So spricht beispielsweise Mittelstraß (1987: 155) dringlich von einer „Reparaturinitiative“, während die „Finalisierungsthese“ und „Mode 2“-Diagnosen (Böhme et al. 1973; Gibbons et al. 1994; Nowotny et al. 2003) auf die endlich gesellschaftsgerechte Produktionsform für Wissen zielen. Die Vision von einer europäischen „innovation-governance“, die „reflexiv“ lernende Öffentlichkeiten eng in Wissensproduktion einbindet (Felt/Wynne 2007), forciert diese. In den 1960er Jahren hingegen ging es um die Reform der deutschen Hochschullandschaft (Mikat/Schelsky 1967; Habermas 2008). Heute stehen im Rahmen einer issue-getriebenen Semantik (global challenges wie Welthunger, Klima, Energie etc.) nicht weniger als die Rettung der Erde und die Verantwortung für den technischen Fortschritt (Liebert 2011) oder aber die demokratische Zukunft der Europäischen Wissensgesellschaft (Felt/Wynne 2007) auf der Agenda.

Was aber kann Interdisziplinarität meinen und welche Facetten hat der Begriff? Im nachfolgenden Beitrag wird ein Ansatz verfolgt, der das Programmwort schrittweise herunterbricht, um eine vergleichsweise handfeste Interpretation der Interdisziplinarität in Forschung und Lehre anzubieten. Für die Autoren sind nicht in erster Linie Theorien, sondern die eigenen Arbeitserfahrungen mit dem Begriff zentral. Genese, Form und Politik der Interdisziplinarität werden vor diesem Hintergrund in den Blick genommen und erörtert, um die Wechselwirkung dieser drei Anteile besser zu verstehen. Helfen soll dies, um den Begriff produktiver, aber auch „verkleinert“, das heißt

¹ Interdisziplinarität wird in der Regel gerade nicht mit der Lehre in einen Zusammenhang gebracht. Der Terminus ist fast ausschließlich für Fragen der Forschung reserviert. Dies war nicht immer so – man denke etwa an die Reformbemühungen in Bielefeld Ende der 1960er Jahre –, aber daran muss heute erinnert werden. Dass in der Lehre Interdisziplinarität von Interesse ist, wenn auch mit dem Terminus etwas anderes gemeint sein kann, ist einer der Grundgedanken unseres Beitrages und wird weiter unten näher gezeigt.

pragmatischer, zu verwenden.² Interessant wird gerade interdisziplinäres Lehren und Lernen erst dann, wenn man es möglichst konkret angeht und es im Zusammenhang einer mit ihm verbundenen Vielfalt der Herausforderungen und Perspektiven betrachtet.

2. Eine lange Vorgeschichte:

Die Genese der Interdisziplinarität und ihre heutige Gestalt

Der Begriff Interdisziplinarität hat eine lange Vorgeschichte, die mit der Erfindung und Gründung der modernen Universitäten und überhaupt mit der Organisationsgeschichte der höheren Bildung in den letzten zwei Jahrhunderten zusammenhängt. In Deutschland verdichtet sich der Prozess der Selbstreflexion der Universität auf ihre Rolle im Staat (Stichweh 1991) sowie der Wissenschaft auf ihre eigenen „Fakultäten“ um die Jahrhundertwende vom 18. zum 19. Jahrhundert und nimmt mit den Humboldt'schen Reformen an Fahrt auf.

Die Gründung der Humboldt-Universität zu Berlin ist ein organisatorischer Startpunkt, der im Sinne einer organischen Zusammenführung der verschiedenen Disziplinen unter ein gemeinsames Dach wissenschaftspolitische Wegmarken setzt. Diese organisatorische Innovation flexibilisiert die alte Trennung der Fakultäten. Sie birgt die Möglichkeit, dass neuen Disziplinen entstehen können, indem die Maximen hierfür festgelegt werden: Die Prinzipien der Freiheit und Einsamkeit der Gelehrten bei gleichzeitigem fachlichen Austausch mit anderen Gelehrten. Erfolgreich waren unter diesen Bedingungen zunächst die neuen Naturwissenschaften – allen voran die sich formierende Biologie – sowie die empirischen Wissenschaften vom Menschen. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts formieren sich vor diesem Hintergrund die Sozial-, Wirtschafts- und Technikwissenschaften, was auch als ein sich wechselseitig bedingender Prozess und also eine Reorganisation eines im weitesten Sinne naturwissenschaftlichen Feldes im Zeichen des „Lebens“ verstanden werden kann (Gehring 2009). Während die einen, unterschiedlich ausbuchstabiert, einen „Monismus“ fordern – als Überwindung der fachkulturellen Grenzen von „Natur“ und „Geist“, aber auch im Sinne von mehr Wirklichkeitsgewicht und Lebensdienlichkeit von Wissenschaft – betonen die anderen gerade die Differenz und Vielfalt der Perspektiven, die es zu retten gilt.

Diese Entwicklung provozierte Alarmrufe hinsichtlich der Einheit und des Status von Wissenschaftlichkeit: Wie können Disziplinen in der Lage bleiben, gemeinsam Probleme zu lösen und zu kooperieren – und was sichert, jenseits lokaler Lösungen, so

² Den Ansatz, der hier verfolgt wird, nennen wir deshalb pragmatisch, weil er einerseits ein höheres Maß an Originalität als eine konventionelle Herangehensweise verspricht und zweitens der Außensicht auf die Pflegewissenschaft entgegenkommt. So soll auch vermieden werden, dass „Fässer aufgemacht“ werden, die in diesen Beitrag beschrieben und sortiert, aber nicht für Argumentation als hilfreich angesehen werden. Beispielsweise werden weiter unten die Termini „Disziplin“ und „Fach“ verwendet, obwohl in der Diskussion keineswegs eine kanonische Ordnung dieser Begriffe auszumachen ist. Es gibt in der Interdisziplinaritätsliteratur dazu zwar Unterscheidungsvorschläge, die angeführt werden (vor allem Heckhausen 1987). Diese sind aber weder zwingend noch ist diese (eher veraltete) Diskussion für diesen Kontext von besonderer Relevanz oder hilfreich.

etwas wie eine Durchgängigkeit von (lebensweltlich rückgebundener) Rationalität? Sind nicht, jenseits einzelner Grundlagenkrisen, die europäischen Wissenschaften insgesamt und als solche in einer Krise (Husserl 21975)? Gemessen an der Experimentierfreude der Laborforschung der Zwischenkriegszeit und dann in den 1930er und 1940er Jahren wirken philosophische Krisendiagnosen zwar angemessen, aber naiv: Es zählt nicht Rationalität allein, es zählt die Relevanz und es zählt das Produkt. In dem Maße, wie Forschung Ergebnisse als Teil einer möglichen Zukunft alltagsweltlich wirksam machen kann, kann sich das, was Rationalität heißt, nicht nur ändern, sondern auch verengen. Man glaubt einer ganz bestimmten Disziplin.

In den 1960er Jahren werden hier neue Balancen gesucht. Für Deutschland symptomatisch etwa mit den Gründungsplänen einer Reformuniversität Bielefeld bzw. dort eines Zentrums für Interdisziplinarität. Der Mentor dieses Projektes, der Soziologe Helmut Schelsky, kombiniert die Idee der rückzugewinnenden Verbindung von Disziplinen mit der Idee der Arbeit in Projektgruppen, und zwar einer Arbeit vor allem auf der Ebene von Theorie (vgl. Mikat/Schelsky 1966). Die Planungseuphorie der Folgejahre sah Interdisziplinarität auf dieser Linie als „Allheilmittel“ (Weingart 1997a: 521) an. Mehrfach schlug das Pendel von hier aus zurück (Interdisziplinarität sei nicht planbar, sie gelinge gar nicht oder nur problemorientiert etc.), ohne dass aber der Grundgedanke wirklich aufgegeben worden wäre: Spitzenforschung und gute Bildung/Ausbildung bedürfen nicht nur einer fachlichen Breite, sondern grenzüberschreitender Komponenten. Begriffe wie Multidisziplinarität, Transdisziplinarität, Crossdisziplinarität o. ä. bilden hier eine lose Nomenklatur, die im Wesentlichen verschiedene Kooperationstiefen anzeigt (für einen Überblick: Jungert 2010).

Bemerkenswert ist, dass der Doppelsinn von Interdisziplinaritätspostulaten – Grenzen zur Nachbardisziplin wie auch Grenzen Richtung Gesellschaft meinen zu können – bis heute changierend bleibt. Kollaboration und Reflexivität der Methoden oder aber Anwendung und Berufsfeldbezug werden nicht unterschieden. Die Hochschullehre trifft das ganz besonders. So bieten die Bologna-Reformen ein Wimmelbild von gemischtdisziplinären Angeboten bis zu general skills und Schlüsselqualifikationen, teils obligatorisch, teils in Optionalbereichen.

In der Forschungspolitik, also zur Steuerung im Wesentlichen von Projektforschung, ist ein Diskussionsfaden der 1970er Jahre, nämlich die Finalisierung der Wissenschaften (Böhme et al. 1973), in den 1990er Jahren unter dem Schlagwort „Mode 2“ wieder aufgenommen worden (vgl. Gibbons et al 1994, Nowotny et al. 2003). Auch eine Wissenschafts-Governance, die unter Verzicht auf den Ausdruck Interdisziplinarität von der Risiko-Governance zu einer Governance von Innovationen fortschreiten will (Felt/Wynne 2007), schreibt den „Mode 2“-Gedanken fort. In aller Kürze versteht man unter „Mode 2“ ein trans- und interdisziplinär organisiertes Forschen, das von außen an die Wissenschaft herangetragenen Forderungen gerecht wird, tatsächlich Problemlösungen gesellschaftsrelevanter Art zu liefern. Forschernetzwerke sollen interdisziplinär sein, um sich (und ihre Fachlichkeit) responsiv auf Herausforderungen einzustellen. Unter anderem erhöht sich so der Zwang für Wissenschaftler, ihre Ergebnisse

verständlich und öffentlich sprechfähig zu machen. Zugleich sollen sie – neben gemeinsamen Plattformen für eine disziplinenübergreifende Forschung – aus den Kooperationen entstandene Forschungsergebnisse in die eigene Heimatdisziplin zurückspiegeln (Neidhardt et al. 2008: 24). Beides funktioniert freilich nicht mit Fokus auf die Disziplinen und deren Grenzen, sondern themengetrieben: Einfluss gewinnt „Mode 2“-Forschung nicht aufgrund wissenschaftsinterner Mechanismen, sondern im Zuge öffentlicher Debatten, heute etwa über Umweltthemen oder den Themenkomplex Klimawandel/Energie (vgl. Atkinson et al. 2010).

Die Auswirkungen entsprechender, Interdisziplinarität an „Probleme“ bindender Anreizsysteme auf das Regieren und der Wissenschaften sind immens (vgl. Terizakis 2012). Zum einen wird der Austausch mit Politik und Gesellschaft – und damit der Einfluss beider auf Forschung und Lehre erhöht. Wissenschaft rückt ein ins Regime einer gesamtgesellschaftlichen (wenn nicht „globalen“) Wissensproduktion. Dass interdisziplinäre Verbundforschung sich mindestens „auch“ an sozio-ökonomischen Erwartungen messen lassen muss, ist unter dem Vorzeichen der Problemorientierung gewünschte Normalität. Zum anderen steigen geradezu sprunghaft die offenen Fragen in Sachen Methodologie, und wo das Wissenschaftssystem selbst diese bearbeitet, ist nicht gesichert. In der Verbundforschung selbst jedenfalls bleibt das Nachdenken über interdisziplinäre Kooperationsformen tendenziell auf der Strecke, weil Projekte hierfür selten einen guten Rahmen bilden. Die Disziplinen bleiben im Hintergrund, können von interdisziplinären Rückflüssen kaum profitieren. Sie bleiben – aus der Draufsicht gesprochen – zu weit weg vom Ort des Geschehens. „Große“ gesellschaftliche Fragen können, so die gängige Unterstellung, kaum durch eine Disziplin alleine bewältigt werden. Wie lässt sich aber gewährleisten, dass eine Bewältigung zu mehreren einer hinreichend reflektierten und nicht nur einer pragmatischen Rationalität gehorcht?

Ob Interdisziplinarität als Großbegriff vielleicht nur einen an den Opportunitäten der Wissenschaftsförderung orientierter common sense abbildet (vgl. Weingart 1997a), ist schwer zu sagen. Wichtiger erscheint uns die Frage: Brauchen wir den Begriff auf einer anderen Ebene – gewissermaßen als Kleinbegriff? Kann das Programmwort dann doch helfen? Und wenn ja: In welcher Version?

3. Was Interdisziplinarität bedeuten kann

Trotz schlechter Voraussetzungen für einen begrifflichen Konsens gibt es einige grundlegende Erkenntnisse in Sachen Interdisziplinarität, die als gesichert gelten können. Grundsätzlich soll Interdisziplinarität Engführungen, Überspezialisierung und Fachidiotentum verhindern (Mittelstraß 1987: 54). Außerdem wird in Wissenschaftsforschung und wissenschaftspolitischer Rhetorik gleichermaßen darauf verwiesen, die Diskussion „Disziplinarität vs. Interdisziplinarität“ drehe sich im Kern um Innovation in der Wissenschaft (Weingart 1997a: 523), weswegen die Gleichung nicht einfach laute „Disziplin = starr und unflexibel“ „interdisziplinär = flexibel und innovativ“, sondern ein stetig wachsender Fächerkanon eben auch ein „Mehr“ an interdisziplinärer

Abstimmung zur Folge habe. Interdisziplinarität korreliert so mit der schon erwähnten Problemorientierung und auch mit einer Anwendungsorientierung (output, outreach), die für Wissenschaft heute typisch ist.

Dass Interdisziplinarität als Form die problemlösungsorientierte Kooperation von mindestens zwei Disziplinen bedeutet, ist pragmatisch eingängig und eigentlich auch banal. Freilich bedeutet es auch, dass es für das Thema keine ungeteilten Zuständigkeiten geben kann. Weder die Philosophie noch etwa Wissenssoziologie oder Didaktik sind Superdisziplinen im Sinne einer Art „Interdisziplinaritätswissenschaft“. Entsprechend unklar bleiben Antworten auf die Frage, wie interdisziplinäre Anteile in einem Studium auszusehen haben und wie sie sinnvoll zu platzieren sind. Eine Formel findet jedoch breite Zustimmung über Fächergrenzen hinweg, nämlich diejenige, dass interdisziplinäres Lernen einen vorgelagerten Sinn für die je eigene Fachlichkeit und damit Disziplinarität bis zu einem gewissen Grade voraussetzt. Wer den Teller noch gar nicht kennt, kann auch nicht sinnvoll über den Tellerrand hinausschauen. Einfach eine Propädeutik kann Interdisziplinarität also nicht sein – gerade im Studium. Ähnlich eingängig und auch zustimmungsfähig ist die Formel, dass Interdisziplinarität mehr sein müsse als bloße Multidisziplinarität, also als das bloße unverbundene Nebeneinander von fachverschiedenen Lehrveranstaltungen oder fachlich separaten „Arbeitspaketen“ oder unverbundenen „Teilprojekten“ in der Forschung. Interdisziplinärer Mehrwert entsteht nur durch Kommunikation und daraus folgenden Wechselwirkungen – welcher förmlichen oder informellen Art auch immer.

Darüber hinaus wird es schwierig. Welche Disziplinen sollten beispielsweise zusammenarbeiten und in welcher Tiefe sollte dieses Zusammenarbeiten ausgestaltet sein, um von gelungener Interdisziplinarität zu sprechen? Rein quantitativ ist auffällig, dass die Anzahl akademischer Fächer stetig steigt, was auch die Diversifizierung von Studienabschlüssen widerspiegelt. In die gleiche Richtung weist auch Heckhausens grundsätzliche Unterscheidung von Disziplinen und Fächern, aus der eine stabile Anzahl an Disziplinen folgt und, die die „Geburt“ neuer Disziplinen zu einem seltenen Vorgang macht; bei gleichzeitiger Zunahme von neuen, auf einer Ebene darunter liegenden Fächern (vgl. Heckhausen 1987). Heckhausen zufolge beginnt das disziplinäre Eigene (jenseits von bloßen Fächern) in Gestalt eines übergreifenden „theoretischen Integrationsniveaus“ (Heckhausen 1987: 132). Damit ist nach Heckhausen der eigentliche Fall der Interdisziplinarität (erst) erreicht, wenn „Vertreter aus Fächern mit unterschiedlicher Disziplinarität gemeinsam ein Problem untersuchen, das den beteiligten Fächern sowohl unterschiedliche Gegenstandsaspekte als auch unterschiedliche theoretische Integrationsniveaus anbietet“ (ebenda: 138): Die Kooperation einer Zahnchirurgin mit einem Orthopäden wäre demnach noch keine Interdisziplinarität, sondern eine fächerübergreifende Kooperation. Die Zahnchirurgin müsste schon mit einer Sport- oder einer Pflegewissenschaftlerin zusammenarbeiten, um eine interdisziplinäre Kooperation für sich reklamieren zu können. Freilich sind Anschlussfragen möglich, die alles allerdings wieder komplizierter machen: Welche Rolle spielt der Gegenstand – oder sollte man besser von „Problemorientierung“ reden? Welche Rolle spielen trennende oder aber unter Umständen auch über Disziplinen hinweg verbindende oder

vermittelnde Methoden? So oder so kann zumindest für die Forschung festgehalten werden, dass Interdisziplinarität unter Forschern flexibel funktionieren kann und – abgesehen von gewissen Abstandsgeboten – Kooperationen zwischen Disziplinen und selbst innerhalb von Fächern gewisse Brückenschläge erfordern.

Für den Bereich der Lehre hilft das Bild vom mehr oder weniger großen Abstand und vom Brückenschlag freilich nicht weiter. Generell drängt sich der Eindruck auf, dass Interdisziplinaritätsdebatten die Lehre als Appendix der Forschung betrachten – und umgekehrt Didaktik hier möglicherweise ein nicht ganz passendes Idiom ungeprüft übernimmt. Ein genuines Interdisziplinaritätsverständnis für die Lehre hat sich noch gar nicht herauskristallisiert. Treuheit spricht von einem Desiderat der Forschung über Interdisziplinarität, welches bisher nur partiell, beispielsweise durch erfahrungsorientierte Dokumentation gefüllt worden sei (vgl. Treuheit 1997). Lehre, interdisziplinäre zumal, kann weder solide disziplinäre Sozialisierungen noch eine der Forschung vergleichbare operative Zentrierung und Ergebnisorientierung bieten. Spätestens oberhalb der einzelnen Lehrveranstaltung, also auf der Ebene von Modulen oder ganzen Studiengängen, zeichnet sich Lehre durch eine mosaikartige Vielfalt aus, die auf den ersten Blick kaum in den Griff zu bekommen ist. Das gilt schon dann, wenn man nur auf die Lehr- und Lernformen abhebt: Kurse können gemischt disziplinäre Lerngruppen adressieren, sie können als „Export“ für homogene Lerngruppen benachbarter Fächer konzipiert sein, sie können das Format der inter-, gemischt- oder transdisziplinären Ringveranstaltung nutzen, sie können grenzüberschreitende Projektarbeit vorsehen, fachfremde Dozenten als Gäste einbinden oder mittels Teamteaching abgehalten werden. Noch komplexer wäre die Lage mit Sicherheit, wollte man auf der Ebene der Lerninhalte, Lernziele oder auch der Methoden „Interdisziplinäres“ von „Disziplinärem“ abheben.

Aus unserer Sicht gilt es hier, das Scheitern der Großvokabel einzugestehen und die Vielfalt ernst zu nehmen. Gerade das in der Forschung verwendbare Kriterium der „Anwendungsnahe“ kann in der Lehre sogar wegführen von interdisziplinärer Orientierung, sofern jedenfalls der Beruf allen Beteiligten als eine Form der (wenn auch außerwissenschaftlichen) Fachlichkeit vor Augen steht. So bietet es sich an, sich zunächst ein Bild davon zu machen, was alles auf der Ebene von Lehrveranstaltungen sowie von Modulen, in denen diese eingespeist sind, angeboten wird bzw. angeboten werden kann. Möglicherweise sollten ganze Fächer oder auch je für sich Hochschulen beschreiben und typisieren, wo und wie für sie in der Lehre das Disziplinäre endet und das Interdisziplinäre beginnt. Dieser Weg über eine Kartierung von praktizierter und gewollter Vielfalt unterläuft ein Stück weit die große Erwartung von der Interdisziplinarität als Programm – man wird ein Spektrum teils eingebürgerter, teils experimenteller und nicht immer explizit begründeter Formen antreffen, eine Art boundary work im Bereich von Sozialisation und Vermittlung. Gleichwohl kann ein solcher Blickwinkel ein Bild davon ergeben, wie Interdisziplinarität für die Lehre zu denken wäre und wie sie als Ensemble von Verfahren, Maximen und Empfehlungen aufgefasst und – versprachlichte Lernziele einschließlich – entwickelt werden kann.

Wie kümmert sich eine Disziplin also am besten um Interdisziplinarität? Die Antwort lässt sich in der Forschung nur mittels zusätzlicher Methodenreflexion und für die Lehre nur durch Konkretisierung geben. Ähnlich wie jede Disziplin eigene Fragen, Methoden, Theorien, Logiken, Praxen und einen eigenen Habitus entwickelt, gilt es auf das Fach und seine Fragehorizonte zu achten, wenn es sich fragt, wie es in interdisziplinäre Kooperationen einsteigen will, was es dort beitragen kann und was es für Vorteile und Erkenntnisse daraus ziehen will.

4. Interdisziplinarität und Pflegewissenschaft

Ein junges Fach wie die Pflegewissenschaft wird das Postulat „Interdisziplinarität“ einerseits besonders leicht aufgreifen können, die Fächer, die in den werdenden Kanon einfließen, sind als Vielheit deutlich spürbar (vgl. zur Verortung der Pflege im Hinblick auf Ethik/Philosophie Schnell 2002 und 2008, als Überblicke Schaeffer/Wingenfeld 2011a sowie, auch programmatisch, Remmers 2011).³ Andererseits mag es Schwierigkeiten bergen, wenn Forschende, Lehrende und Studierende unter dem Druck der Forderung „Sei interdisziplinär!“ eine die Einheit des Ausbildungszusammenhanges, der Forschung und auch des Berufsbildes gefährdende Erwartung erleben. Sollte die Pflegewissenschaft also vielleicht das Reizwort gar nicht erst aufgreifen? Soll sie als „transdisziplinäres Fach“ auftreten, dabei aber in der pflegerischen Beziehungsarbeit bzw. „pflegerische(n) Arbeitsprozesse(n)“ und damit in ihrer eigenen Anwendung ihren identitätsstiftenden Kern sehen (Remmers 2011: 30f.)? Oder aber kann sie sich pauschal drauf verlassen, dass Interdisziplinarität – auch jenseits von Anwendungsnähe oder therapiewissenschaftlichen Besonderheiten längst den Normalfall wissenschaftlichen Arbeitens darstellt – und als solche folglich ohnehin stets begrüßt werden wird?

Vor dem Hintergrund der geschilderten, unterhalb der generalisierenden Programmatiken des Großbegriffs keineswegs geklärten Lage, lautet unser Vorschlag, beides nicht zu tun, sondern die Chance zu nutzen, aus der Mitte einer noch lose gefügten Disziplin heraus erstens – im Sinne einer „inneren Interdisziplinarität“ – ein pragmatisches Verständnis der Verbindung von Methoden auszuarbeiten. Zweitens hier möglichst konkret dann auch die Frage geeigneter (und ungeeigneter) Herangehensweisen an die Möglichkeiten interdisziplinärer Lehre zu beleuchten – wobei dies nicht allein theorie- oder programmgetrieben erfolgen sollte, sondern mit Blick auf die vor Ort bereits gelebten und sich bewährenden Formen. Und drittens gälte es nicht unbedingt die Transdisziplinarität (Remmers 2011: 31) zu betonen, sondern durchaus so etwas wie Außengrenzen zu etablieren. Nicht, weil erst fachliche Abgrenzung die Pflegewissenschaft „wissenschaftlich“ machte, sondern weil Grenzen ihrerseits dann grenzübergreifende Kooperationen auf der Basis eines „eigenen“ inhaltlichen und methodischen Wissens ermöglichen können. Die Pflegewissenschaft ist seit ca. 25 Jahren in Deutsch-

³ Der Außenblick auf eine Disziplin ist immer ein gewagter: Man ist im wahrsten Sinne des Wortes kein Fachmann oder Fachfrau und kann somit nicht innerfachliche Konflikte und Fragenstellungen lösen. Aber ein Fach kann von einer Außensicht profitieren, denn das Fach wird gesehen, wie es niemand von Innen sehen kann.

land etabliert und aus verschiedenen Fächern zusammengefloßen. An ihrer zunehmenden diskursiven Eigenständigkeit ist nicht nur aufgrund ihrer Etablierung in der Hochschullehre nicht zu zweifeln, sondern auch, weil die Pflegewissenschaft in zunehmendem Maße eigenständig forscht. Die einsetzende Selbsthistorisierung der Disziplin weist ebenfalls in diese Richtung (Hähner-Rombach 2011, Schaeffer/Wingenfeld 2011b).

Klärungsbedarf dürfte bestehen hinsichtlich der geschilderten Doppelbedeutung von Interdisziplinarität einerseits als (zwischenfachliche bzw. zwischendisziplinäre⁴) Kollaboration und andererseits Anwendung bzw. „Öffnung“ für außerwissenschaftliche oder explizit „gesellschaftliche“ Belange. Jenseits allein inhaltsbezogen bestimmter Transdisziplinaritätsideale, jenseits aber auch von primär antidogmatisch gemeinten Öffnungspostulaten kann die Pflegewissenschaft geradezu als Paradebeispiel eines Wechselspiels von gesellschaftlichen Anforderungen und wissenschaftlicher Entwicklung angesehen werden. Diese Ausgangslage scheint ihr Anwendungsbezug und Offenheit gleichsam von vornherein mit in die Hand zu geben, was Ideale leerlaufen lässt, die für Fächer wie die Physik oder andere (alte und rigide) Wissenschaften gemacht sind. Gleichwohl kann in der Bestimmung eigener Formen eines Praxis- und Gesellschaftsbezuges ebenso eine sinnvolle Aufgabenstellung für ein junges, anwendungsorientiertes Fach liegen wie in der Klärung von (möglicherweise auch daraus sich ergebenden) abgegrenzten Nachbarschaften – und also guten Ausgangsbedingungen für Interdisziplinarität im Sinne von Zwischenfachlichkeit. Ob es einer außerwissenschaftlichen Sonderrechtfertigung der Pflege als Gegenstand bedarf – also etwa eines von der Sozialarbeit wie der Medizin sich unterscheidenden ganzheitlichen „Beziehungscharakter“ des pflegerischen Tuns – sei dahingestellt. So oder so ist Interdisziplinarität eine Herausforderung für die junge Disziplin (Meleis 2011: 747) – und eine, die auch in theoretischer Hinsicht (nämlich wenn Selbstpositionierungen begleitend reflektiert und diskutiert werden) produktive Potentiale verspricht.

5. Fazit: Statt „der“ Interdisziplinarität: „die“ Interdisziplinaritäten

Wir haben versucht zu zeigen, dass und wie „Interdisziplinarität“ mehrere Funktionen und Rollen einnimmt: Als Diagnose, Forderung, Reformansatz, Heilsbegriff und Schreckgespenst ist der Begriff kaum einheitlich und nüchtern zu betrachten, zugleich ist er praktisch in den Feldern Forschung und Lehre unter sehr unterschiedliche Bedingungen gestellt. Auch für die Pflegewissenschaft scheint daher eine pragmatische Interpretation von Interdisziplinarität in Forschung und Lehre empfehlenswert. Der damit verknüpfte Vorschlag lautet, Interdisziplinarität als eine Aufgabe im Plural zu verstehen. Dies wird im Folgenden noch kurz skizziert.

⁴ Die Literatur unterscheidet zuweilen zwischen „Fach“ und „Disziplin“, was für unsere Zwecke – und zumal im Blick auf die Lehre – jedoch unergiebig ist.

Je entschlossener man den Großbegriff anpackt, desto eher bleibt Interdisziplinarität ein unabgeholtenes Programm – ohne dass die Hoffnungen, die sich mit ihm verbinden, gegenstands- oder sinnlose oder gar triviale Hoffnungen wären. Begrifflich wird man eine umfassende Bedeutung der Interdisziplinarität kaum finden. Wir haben daher, auch wenn Forschung und Lehre als solche selbstverständlich (und zumal in Hochschulen) eng verzahnt sind, Interdisziplinarität in der Perspektive der Forschung einerseits und in der Lehre andererseits klar getrennt. Pragmatisch sieht das eine ganz anders aus als das andere – und Postulate von hier passen dort nicht in gleichem Maße gut.

Namentlich die nicht nur im Hinblick auf die Pflegewissenschaft, sondern überhaupt kaum beantwortete Frage nach geeigneten – und eben: jeweils disziplinär geeigneten – Formen interdisziplinärer Lehre nutzen wir abschließend zu einem begrifflichen Schritt, der drastisch sein soll, um die Diskussion zu befördern. Auch der Pflegewissenschaft, obzwar sie als um Identität ringende Disziplin sich im Zweifel auf ihre anwendungs-, nämlich „beziehungsarbeitsbezogen“ unverwechselbaren Inhalte berufen würde, muten wir damit den Blick eher auf die Formen als auf die Inhalte zu.

Wenn eine hinreichende Stabilität disziplinärer Wissensproduktion wissenschaftlich unverzichtbar ist (Weingart 1997b: 601), während zugleich aber ebenso unverzichtbar „Interdisziplinarität“ die disziplinären Aktivitäten ergänzen oder vorantreiben soll, dann führt der Singular in die Irre. Der Ausdruck „die“ Interdisziplinarität ist nicht sinnvoll. Namentlich für den Bereich der Lehre sollte man nach Interdisziplinaritäten fragen und über spezifische Formen des Interdisziplinären reden. Ausgerichtet auf was, ausgehend von wem und kollaborierend mit wem ist ein Projekt, eine Methodik, eine Unterrichtsform „interdisziplinär“?

Das angesprochene Mosaik an Formen lässt sich seinerseits auf diversen Wegen erschließen und ist kaum auf einer einheitlichen Matrix darstellbar. Geht man vom Begriff aus, so haben die als wissenschafts- und förderpolitische Losung ausgegebenen Interdisziplinaritäten (im Wesentlichen: für die Forschung) mit den Facetten der massenmedialen und möglichen didaktischen Auflösungen des Wortes nur wenig zwingend gemeinsam. Und geht man von den Formen aus, mittels welcher interdisziplinäre boundary work ins Werk zu setzen wäre, so fächert sich erst recht eine Fülle von Alternativen auf. Eine kleine Auflistung von einschlägigen Schlagworten und Metaphern zeigt, wie deutlich die Vorstellungen diesbezüglich auseinandergehen:

- „Erweiterung des Horizonts“, „Blick über den Tellerrand“
- „Dialog“, „Brückenbau“ und ähnliche Metaphern
- Verständigung auf ein „Dach“ oder einen „Rahmen“
- Klärung von Begriffen (als gemeinsame „Basis“)
- Verdoppelte Expertise durch das Zusammenführen zweier Disziplinen
- Finden einer Mitte oder eines (neuen) gemeinsamen Vorgehens
- „Zusammenkommen“ – ggf. mit dem Endziel einer Fusion/ Synthese
- Möglichst genaue Angrenzung und Bestimmung von präzisen Schnittstellen
- „Eklektizistisches Vorgehen“ (vgl. Rausch 1997)

- Räumliche Nähe, habituelle Annäherung, informelles Lernen

Die Wendungen wirken unpräzise, haben aber, wie wir wissen, alle ihren heuristischen wie auch didaktischen Wert. An Disziplinengrenzen hat Unbestimmtheit ihren Wert, auch wo der Grenznutzen fixierter Termini und Verfahren liegt, gehört zu den Fragen, die Disziplinen – und dies vielleicht auch gewissermaßen projektscharf – je für sich zu klären haben.

Interdisziplinaritäten bedürfen jedenfalls der (genaueren) Beschreibung und zumal im Bereich der Lehre können sie ihre eigene Pragmatik und den darin sich ausprägenden Sinn für Grenzen und Öffnungen zu Ausgangspunkt nehmen. In der Pflegewissenschaft mag dies bedeuten, zum einen das eigene disziplinäre Verständnis zu stärken, zum anderen Anschluss- und Austauschfähigkeit nicht nur zu pflegen, sondern zu dokumentieren und systematisieren, was mit ihrer Hilfe getan werden kann und was damit gelernt sein soll. Ob man den Großbegriff „Interdisziplinarität“ bei der Präzisierung seiner vielen konkreten Ausprägungen ständig im Munde führen muss, lassen wir offen. Vielleicht sind die Interdisziplinaritäten im Plural auch diejenigen, von denen man nicht ganz so programmatisch redet.

Literatur

- Atkinson, R./Terizakis, G./Zimmermann, K. (2011) (Hrsg.): Sustainability in European Environmental Policy: Challenges of Governance and Knowledge. London/New York: Routledge
- Böhme, G./van den Daele, W./Krohn, W. (1973): Die Finalisierung der Wissenschaft. In: Zeitschrift für Soziologie 2, 128-144
- Felt, U./Wynne, B. (2007): Taking European Knowledge Governance Seriously. European Communities. Digitale Ressource unter: <http://www.bmbf.de/pub/EuropeanKnowledge%286%29.pdf> [20.7.2013]
- Gehring, P. (2009): Wert, Wirklichkeit, Macht. Lebenswissenschaften um 1900. In Allgemeine Zeitschrift für Philosophie, 34, 117-135
- Gibbons, M./Limoges, C./Nowotny, H./Schwartzmann, S./Scott, P./Trow, M. (1994): The New Production of Knowledge. The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies. London: Sage
- Hähner-Rombach, E. (2011): Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse
- Heckhausen, H. (1987): „Interdisziplinäre Forschung“ zwischen Intra-, Multi-, Und Chimären-Disziplinarität, In Kocka, J. (Hrsg.): Interdisziplinarität. Praxis - Herausforderung - Ideologie. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 129-145
- Habermas, J. (2008, zuerst 1969): Protestbewegung und Hochschulreform. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Husserl, E. (21975, zuerst 1935/1952): Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie. Eine Einleitung in die phänomenologische Philosophie (1952). Gesamelte Werke [Husserliana] VI, Den Haag: Nijhoff
- Jungert, M. (2010): Was zwischen wem und warum eigentlich? Grundsätzliche Fragen der Inetrdisziplinarität? In Jungert, M./Romfeld, E./Sukopp, T./Voigt, U. (Hrsg.): Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1-12
- Liebert, W. (2011): Wissenschaft und gesellschaftliche Verantwortung, In Eger, M./Gondani, B./Kröger, R. (Hrsg.): Verantwortungsvolle Hochschuldidaktik. Gesellschaftliche Herausforderungen, Nachhaltigkeitsanspruch und universitärer Alltag. Münster: LIT, 15-33
- Meleis, A. (2011): globale Herausforderungen in der Pflege - ein Ausblick, In: Schaeffer, D./Wingefeld,

- K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa: Weinheim/München, S. 745-755
- Mikat, P./Schelsky H. (1967): Grundzüge einer neuen Universität. Zur Planung einer Hochschulgründung in Ostwestfalen. Gütersloh: Bertelsmann
- Mittelstraß, J. (1987): Die Stunde der Interdisziplinarität? In Kocka, J. (Hrsg.): Interdisziplinarität. Praxis – Herausforderung – Ideologie. Suhrkamp: Frankfurt/Main, 512-158
- Müller, E./Schmieder, F. (2012): Interdisziplinäre Begriffsgeschichte. Zum Index eines unabgeholten Programms. In Trajekte, Nr. 24, 4-9
- Neidhardt, F./Mayntz, R./Weingart, P./Wengenroth, U. (2008): Wissensproduktion und Wissenstransfer. Zur Einleitung, In dies. (Hrsg.): Wissensproduktion und Wissenstransfer. Wissen im Spannungsfeld von Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. Bielefeld: transcript, 19-40
- Nowotny, Helga/Scott, Peter/Gibbons, Michael (2003): Mode 2 revisited: The New Production of Knowledge. In: Minerva. 41, 179-194
- Rausch, A. 1997: Interdisziplinäres Arbeiten - vorrangig eine Organisations- oder Handlungsform? In Ethik und Sozialwissenschaften, 8, 572-574
- Remmers, H. (2011): Pflegewissenschaft als transdisziplinäres Konstrukt. Wissenschaftssystematische Überlegungen – Eine Einleitung. In: Hartmut Remmers (Hrsg.): Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog. Eine Forschungsbilanz. Vandenhoeck & Ruprecht unipress/Universitätsverlag Osnabrück: Göttingen, 7-47
- Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (2011a) (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa: Weinheim/München
- Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (2011b): Entwicklung von Pflegewissenschaft in Deutschland, In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa: Weinheim/München, 9-18
- Schnell, Martin W. (2002) (Hrsg.): Pflege und Philosophie. Huber: Bern, Göttingen u. a.
- Schnell, Martin W. (2008): Ethik als Schutzbereich. Kurzlehrbuch für Pflege, Medizin und Philosophie. Huber: Bern, Göttingen u. a.
- Stichweh, R. (1991): Der frühmoderne Staat und die europäische Universität. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Terizakis, G. (2012): Neue Strukturen in der Forschung: Governance im Wissenschaftsbetrieb, In Egner, B./Haus, M./Terizakis, G. 2012: Regieren. Wiesbaden: VS-Verlag, 249-261
- Treuheit, W. (1997): Interdisziplinarität in der Lehre. Planung und Verlauf einer Lehrveranstaltung mit Entscheidungsspiel. Darmstadt: TU Darmstadt Schriftenreihe Wissenschaft und Technik
- Weingart, P. (1997a): Interdisziplinarität – der paradoxe Diskurs, In: Ethik und Sozialwissenschaften, 8, 521-528
- Weingart, P. (1997b): From „Finalization“ to „Mode2“; old wine in new bottles? In: Social Science Information, 36(4), 591-613

Dr. phil. Georgios Terizakis

Technische Universität Darmstadt, Madgalenenstraße 23 (S1/60), 64289 Darmstadt, terizakis.ge@kiva.tu-darmstadt.de (Korrespondenzadresse)

Prof. Dr. phil. Petra Gehring

Technische Universität Darmstadt, Residenzschloss (S3/13), 64283 Darmstadt
gehring@phil.tu-darmstadt.de

Janet Jordan, Juliane Gittel, Uwe Bettig, Johannes Gräske

Interdisziplinäre Zusammenarbeit in vollstationären Pflegeeinrichtungen am Beispiel von care^{plus} – eine Zufriedenheitsbefragung

Interdisciplinary cooperation in inpatient care facilities using the example of care^{plus} – a satisfaction survey

The integrated health care program care^{plus} of the AOK Nordost – Die Gesundheitskasse aims to improve residential care facilities in the federal states Berlin and Brandenburg. This program includes a certain general practitioner and therapists which are bound to the care facility by contract. In a cross-sectional study, the satisfaction of participants in the program care^{plus} is evaluated. Overall satisfaction of residents with care provision in those institutional care facilities is quite high. About half of the participants assess the interdisciplinary cooperation positively (with good or very good). Therefore this study shows that one major goal of the care^{plus} program has been experienced positively by the residents of this facility.

Keywords

integrated health care, care program careplus, interdisciplinary collaboration, satisfaction, institutional care facilities, doctor, care

Das integrierte Versorgungsprogramm care^{plus} der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse richtet sich an vollstationäre Pflegeeinrichtungen in den Bundesländern Berlin und Brandenburg. Dieses Programm beinhaltet die Einbindung von Hausärzten und Therapeuten zur besser abgestimmten Versorgung der Bewohner. Ziel ist es, neben einer verbesserten Gesundheitsversorgung, die Zufriedenheit der Teilnehmer* sicherzustellen. Eine Evaluation dazu fehlte bislang. Mittels einer Befragung wird die Zufriedenheit mit der ärztlichen und pflegerischen Versorgung sowie der interdisziplinären Zusammenarbeit im Rahmen des Versorgungsprogramms care^{plus} in vollstationären Pflegeeinrichtungen erfasst. Die Bewohner geben eine eher hohe Zufriedenheit mit der pflegerischen und ärztlichen Versorgung an. Etwa die Hälfte der Bewohner beurteilt die interdisziplinäre Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen als gut oder sehr gut. Die Untersuchung zeigt, dass ein wichtiger Ansatz des care^{plus} Programms, die interdisziplinäre Zusammenarbeit, von den Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen als positiv wahrgenommen wird.

Schlüsselwörter

Integrierte Versorgung, Versorgungsprogramm careplus, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Zufriedenheit, Pflegeheim, Hausarzt, Pflege

1. Hintergrund

* Zur besseren Lesbarkeit wird im Text lediglich eine Geschlechtsform verwendet; das jeweils andere Geschlecht ist, wenn nicht anders bezeichnet, ausdrücklich mit gemeint.

eingereicht 05.08.2013

akzeptiert 19.12.2013

Das deutsche Gesundheitswesen unterzog sich innerhalb der letzten Jahre einem vielfältigen Strukturwandel. Veränderungen, die hauptsächlich dem demographischen Wandel geschuldet sind und damit eine Anpassung an neue Gegebenheiten erfordern, wurden vollzogen. Unter demographischem Wandel wird die Veränderung der Zusammensetzung der Altersstruktur einer Gesellschaft verstanden, bei der sich die Altersstruktur in Richtung auf die höheren Altersklassen verschiebt (Robert Bosch Stiftung 2000: 141). Nach Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes ist ein Rückgang der Sterblichkeit und damit verbunden ein Anstieg des Lebensalters zu erwarten. Bei einer Hochrechnung auf das Jahr 2060, entsprechend der zu erwartenden Entwicklung der Altersstruktur, wird davon ausgegangen, dass 14% der Bevölkerung – das ist jeder Siebte – 80 Jahre und älter sein wird (Statistisches Bundesamt 2009: 17). Demnach tendiert die Bevölkerungsentwicklung zu einer Zunahme an älteren Menschen, insbesondere Hochbetagten (über 80 Jahre). Mit zunehmendem Alter nimmt das Risiko zu erkranken und pflegebedürftig zu werden zu. Daraus ergibt sich ein steigender Bedarf an Leistungen. Aus ökonomischer Sicht bedeutet das: Die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung, insbesondere von älteren Menschen, steigen kontinuierlich an, die Finanzierungsbasis hingegen wird gleichzeitig schmaler (Ernst 2008: 38). Um die Qualität der Versorgung flächendeckend für alle Versicherten sicherzustellen, wird auf neue Versorgungsformen, wie die Integrierte Versorgung, gesetzt (Ernst 2008: 15).

Integrierte Versorgung

Der Begriff „Integrierte Versorgung“ wird als eine Organisationsform verstanden, welche auf die Überwindung von Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer bzw. ärztlicher und fachärztlicher Versorgung abzielt. Es setzt Anreize für die Bildung einer Versorgungsstruktur, *„die Qualität, Wirtschaftlichkeit und ablaufoptimierte Behandlungsprozesse generieren soll“* (Rebscher 2004: 17). *„Integrierte Versorgung will mit einer stärkeren Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren die Qualität der Patientenversorgung [...] verbessern und gleichzeitig die Versorgungskosten senken“* (Mühlbacher & Ackerschott 2007: 17). Aus wissenschaftlicher Sicht wird von der Integrierten Versorgung u. a. Transparenz, eine stärkere Zusammenarbeit zwischen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Berufen, damit verbunden ein guter Informationsfluss, Zeit- und Kostenersparnis sowie eine Versorgung nach neuestem medizinischen Stand erwartet (Lauterbach & Stock 2001: 8). Ein weiteres Ziel ist es, für eine höhere Zufriedenheit bei Patienten und bei Beschäftigten im Gesundheitswesen zu sorgen sowie zu mehr Qualität und Effizienz zu führen (Rekittke 2011: 8). Eine bessere Versorgung der Versicherten wird durch Kooperation der Leistungserbringer untereinander und Koordination der Leistungen in der Versorgungskette interdisziplinär und sektorenübergreifend angestrebt. Der Gesetzgeber sieht vor, dass sich niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen (ambulant und stationär), Apotheken und andere Leistungserbringer in Versorgungsnetzwerken organisieren (Mühlbacher & Ackerschott 2007: 20). Die Zusammenarbeit der verschiedenen Einrichtungen

gen und Akteure soll mit den Patientenbedürfnissen über die Grenzen der bisherigen Schnittstellenproblematiken hinweg in Einklang gebracht werden (Rekittke 2011: 9). Ein Programm zur Integrierten Versorgung der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse nennt sich care^{plus} und bedeutet eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Berlin und Brandenburg (Balzer et al. 2013: 83f.).

care^{plus}

Die Grundprinzipien von care^{plus} beinhalten, dass der Vertrag zur Integrierten Versorgung gemäß § 92b SGB XI i.V.m. § 140a SGB V hauptsächlich zwischen der jeweiligen Pflegeeinrichtung und den Kostenträgern geschlossen wird (AOK Nordost 2011). Die Einbindung von Ärzten und Therapeuten erfolgt über Kooperationsverträge durch die Pflegeeinrichtung. Dadurch soll eine strukturierte und umfassende Versorgung der Bewohner im Pflegeheim gewährleistet werden. Der einzelne Bewohner steht hierbei im Mittelpunkt des Geschehens (Balzer et al. 2013: 83f.). Derzeit nehmen 49 Pflegeeinrichtungen mit rund 1.800 Bewohnern an care^{plus} teil (Ärztezeitung 2013), wovon 41 Pflegeeinrichtungen aktiv sind (Balzer et al. 2013: 83f.). Neben der AOK Nordost zählen die IKK Brandenburg und Berlin, die Bahn-BKK und die Siemens BKK zu den Kostenträgern dieser Integrierten Versorgung (Ärztezeitung 2013). Die allgemeinen Ziele dieses Versorgungsprogramms sind zum einen die Verbesserung der Versorgungsqualität in den beteiligten Bereichen und zum anderen eine bessere Abstimmung von Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V, und Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI betreffend. Gleichzeitig sind die Vermeidung von unnötigen und für Pflegeheimbewohner oft belastenden Krankenhausaufenthalten sowie Fahrten zum Arzt von besonderer Bedeutung (Balzer et al. 2013: 83f.).

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Neben festangestellten Pflegepersonen bietet care^{plus} den Bewohnern eine regelmäßige ärztliche Betreuung durch einen in der Pflegeeinrichtung eingebundenen Hausarzt an. Dieser ist mindestens einmal in der Woche in der Pflegeeinrichtung anwesend und führt eine Regelvisite durch. Außerhalb der Sprechzeiten ist der Arzt durch eine verbindlich geregelte Rufbereitschaft für andere Professionen erreichbar. Weiterhin sind Therapeuten wie bspw. der Physio- oder Ergotherapie durch Kooperationen in care^{plus} eingebunden. Die Pflegeeinrichtung übernimmt die Organisation und Koordination aller beteiligten Berufsgruppen. Die Pflegekräfte in den Einrichtungen verpflichten sich zur Dokumentation des Pflegeprozesses inklusive der medizinischen und therapeutischen Versorgung (Regelkreis), sodass jede Berufsgruppe über die aktuelle Versorgung der Bewohner informiert ist. Außerdem hat die Pflegeeinrichtung dafür Sorge zu tragen, dass alle Mitarbeiter über die Inhalte von care^{plus} informiert sind. Es muss ebenfalls eine Aufklärung der Bewohner zu den care^{plus}-Inhalten erfolgen. Alle beteiligten Berufsgruppen verpflichten sich zur monatlichen Teilnahme an internen interdisziplinären

nären Fallbesprechungen sowie an jährlich geplanten Audits zwischen Kostenträgern, Leistungserbringern und externem Controlling (AOK Nordost 2011). Durch verbindliche Absprachen zwischen den beteiligten Berufsgruppen wird die Versorgung auf die persönlichen Bedürfnisse des Bewohners abgestimmt (Balzer et al. 2013: 83f.). Bisher gab es keine Evaluation dieses Versorgungsprogramms hinsichtlich der Zufriedenheit von care^{plus}-Teilnehmern. Diese ist Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Die Forschungsfragen lauten:

- Wie ist die Zufriedenheit der Bewohner mit dem care^{plus}-Programm?
- Wie ist die Zufriedenheit der Bewohner mit der interdisziplinären Zusammenarbeit im Rahmen von care^{plus}?
- Was ist ein Prädiktor für eine bessere Zufriedenheit mit der interdisziplinären Zusammenarbeit?

2. Methodisches Vorgehen

Im Sommer 2012 wurde eine Querschnittsstudie in anonymisierter Form in den damals am care^{plus}-Programm teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen (N = 39) in Berlin und Brandenburg durchgeführt. Es wurden alle teilnehmenden Bewohner (N = 1.806) zu ihrer Zufriedenheit befragt.

Datenerhebung

Es wurde eine schriftlich-standardisierte Befragung durchgeführt. Die Distribution des Fragebogens erfolgte durch einrichtungsinterne Strukturen. Neben soziodemografischen Merkmalen wurde die direkte Zufriedenheit mit dem care^{plus}-Programm erfragt. Es wurde die Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung erfragt (bspw.: Während der ärztlichen Visiten wird auf meine Wünsche und Bedürfnisse eingegangen). Weiterhin wurden Fragen zur Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung gestellt (bspw.: Bei wichtigen Fragen an die Pflegekräfte bekomme ich verständliche Antworten). Alle Fragen konnten auf einer 5-stufigen Likert-Skala von trifft gar nicht zu bis trifft voll zu beantwortet werden. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen war ebenfalls auf einer 5-stufigen Likert-Skala von mangelhaft bis sehr gut zu beantworten (bspw.: Die Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten empfinde ich als...). Weiterhin wurde ermittelt, ob die Bewohner sich wieder zur Teilnahme am care^{plus}-Programm entscheiden würden. Die Rücksendung der Fragebögen erfolgte in Einzelumschlägen an die Alice Salomon Hochschule Berlin als externe Institution. Die Durchführung der Befragung erfolgte unter Berücksichtigung des Ethikkodex der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaften sowie datenschutzrechtlicher Vorgaben.

Datenauswertung

Die deskriptive und analytische Auswertung der Fragebögen erfolgte anhand der Statistiksoftware SPSS 21 für Windows unter Verwendung statistischer Maßzahlen wie z. B. arithmetisches Mittel und Standardabweichung. Gruppenunterschiede für nicht-parametrische Zielvariablen wurden per Mann-Whitney-U- bzw. Kruskal-Wallis-Test ermittelt. Die einzelnen Zufriedenheitsmessungen wurden mit der Zufriedenheit der interdisziplinären Zusammenarbeit korreliert (Spearman-rho). Es wurde eine Ordinale Regression durchgeführt. Als Zielvariable wurde die Zufriedenheit mit der interdisziplinären Zusammenarbeit verwendet. Aufgrund von Multikollinearitäten wurde als Einflussvariable nur die Zufriedenheit mit den Visiten aufgenommen. Weitere Einflussvariablen waren Alter, Dauer in der Einrichtung, Geschlecht und Pflegestufen. Statistische Signifikanz liegt bei $p \leq 0,05$ vor.

3. Ergebnisse

An der Umfrage zur Zufriedenheit mit dem Versorgungsprogramm care^{plus} nahmen insgesamt 364 von den ursprünglich 1.806 befragten Bewohnern der 39 Pflegeeinrichtungen aus Berlin und Brandenburg teil. Dies entsprach einer Rücklaufquote von 20,2% ($n = 364$). Von den an der Umfrage zur Zufriedenheit mit careplus beteiligten Personen lebten 276 Bewohner in Pflegeeinrichtungen in Berlin und 88 in Brandenburg.

Stichprobe

Die Merkmale der teilnehmenden Bewohner sind in Tabelle 1 dargestellt. Das Durchschnittsalter betrug 82,1 Jahre (SD 10,6). 72,0% der Bewohner waren Frauen, welche im Mittel mit rund 9 Jahren signifikant älter waren als Männer (Mann-Whitney-U $p < 0,001$). Die teilnehmenden Bewohner waren überwiegend in Pflegestufe I eingestuft. Zwischen dem Alter der Bewohner und deren Pflegestufe bestand keine signifikante Korrelation (Spearman-rho = 0,089, $p = 0,107$). In Abhängigkeit zum Geschlecht waren signifikant weniger Männer (30,2%) in Pflegestufe 1 eingestuft als Frauen (50,4%) (Chi-Square $p = 0,012$).

| | |
|--|-------------------|
| Alter in Jahren: Mittelwert (SD) | 82,1 Jahre (10,6) |
| Frauen in % (n) | 72,0 (262) |
| Zeit in der Pflegeeinrichtung in Jahren: Mittelwert (SD) | 3,2 (3,9) |
| Pflegestufe | |
| Keine Pflegestufe in % (n) | 7,4 (27) |
| Pflegestufe I in % (n) | 42,9 (156) |
| Pflegestufe II in % (n) | 25 (91) |
| Pflegestufe III in % (n) | 4,4 (16) |
| Keine Angabe in % (n) | 20,1 (73) |

SD = Standardabweichung

Tab. 1: Merkmale der am careplus-Programm teilnehmenden Bewohner

Zufriedenheit mit der ärztlichen und pflegerischen Versorgung

Die Ergebnisse zur Zufriedenheit mit den einzelnen Professionen sind in Tabelle 2 dargestellt. Die Mehrheit der Studienteilnehmer beurteilte die Versorgung im Rahmen des care^{plus}-Programms positiv. Es ließen sich keine Gruppenunterschiede (alle Kruskal-Wallis $p > 0,05$) und Korrelationen (Spearman-rho $p > 0,05$) hinsichtlich Geschlecht, Pflegestufen, Alter und Aufenthaltsdauer nachweisen.

Zufriedenheit mit der interdisziplinären Zusammenarbeit

Gut 50% der befragten Bewohner beurteilten die Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen als gut oder sehr gut. Es ließ sich bei der Zufriedenheit mit der interdisziplinären Zusammenarbeit ein signifikanter Geschlechtsunterschied nachweisen: Frauen waren signifikant zufriedener als Männer (Mann-Whitney-U $p = 0,038$). Weiterhin ließen sich keine Gruppenunterschiede (alle Kruskal-Wallis $p > 0,05$) und Korrelationen (Spearman-rho $p > 0,05$) hinsichtlich der Pflegestufen, Alter und Aufenthaltsdauer nachweisen. Alle Zufriedenheitsmessungen korrelierten moderat signifikant positiv mit der Zufriedenheit bezüglich der interdisziplinären Zusammenarbeit. Die stärkste Korrelation wurde für die Zufriedenheit mit ärztlichen Visiten ermittelt (Spearman-rho $0,577$, $p < 0,001$). Das Vertrauen in die Pflegekräfte korrelierte am geringsten mit der Zielvariable (Spearman-rho $0,419$, $p < 0,001$). Das Ergebnis der Ordinalen Regression zeigte, dass Alter und Aufenthaltsdauer keinen Einfluss auf die Zufriedenheit hatten, während Männer und Bewohner, die nicht als Härtefall eingestuft waren, eine höhere Chance hatten zufriedener zu sein. Weiterhin waren Bewohnerinnen sowie Bewohner mit einer vollen Zufriedenheit mit ärztlichen Visiten auch mit der interdisziplinären Zusammenarbeit mehr zufrieden (siehe Tabelle 3). Insgesamt hatte das signifikante Modell eine suffiziente Erklärung ($p < 0,001$; Pseudo-R² Nagelkerkes $0,406$).

4. Diskussion und Fazit

Hinsichtlich sozio-demografischer Merkmale der Studienteilnehmer bestehen keine größeren Unterschiede im Vergleich zu anderen Studien (Wolf-Ostermann et al. 2012: 3047-3060). Somit spiegeln sie eine typische Bewohnerschaft in institutionellen Einrichtungen wider. Lediglich in der Verteilung der Pflegestufen zeigten sich Abweichungen gegenüber der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2011): Bewohner mit Pflegestufe I sind im Vergleich etwas häufiger vertreten (53,6% vs. 41,0%), wohingegen der Anteil der Personen mit Pflegestufe II (31,3% vs. 39,3%) und Pflegestufe III (5,5% vs. 19,7%) deutlich geringer ausfällt.

Zufriedenheit

Die überwiegende Mehrheit der Bewohner ist mit der pflegerischen als auch ärztlichen

| n = 364 (100%) | Trifft über- haupt nicht zu | Trifft eher nicht zu | Trifft eher zu | Trifft voll zu | Gesamt | Keine Angabe | Ge- schlechts- unter- schied* | Gruppen- unter- schied Pflegestu- fe** | Korrela- tion mit Alter*** | Korrela- tion mit Aufent- halts- dauer*** |
|--|---|-------------------------------|-------------------|-------------------|-------------|-----------------|--|--|----------------------------------|---|
| Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung | | | | | | | | | | |
| Ich bin zufrieden mit der persönlichen Betreuung durch den im Versorgungsprogramm care ^{plus} eingebundenen Hausarzt. | 2,5% | 10,7% | 34,3% | 38,2% | 85,7% | 14,3% | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Während der ärztlichen Visiten wird auf meine Wünsche und Bedürfnisse eingegangen. | 4,9% | 13,2% | 29,4% | 34,6% | 82,1% | 17,9% | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung | | | | | | | | | | |
| Bei wichtigen Fragen an die Pflegekräfte bekomme ich verständliche Antworten. | 1,1% | 5,8% | 32,1% | 54,1% | 93,1% | 6,9% | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Ich habe Vertrauen in die Pflegekräfte, die mich versorgen. | 0,8% | 4,1% | 28,8% | 61,5% | 95,3% | 4,7% | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| Zufriedenheit mit der interdisziplinären Zusammenarbeit | | | | | | | | | | |
| | Man- gelhaft | Ausrei- chend | Befrie- digend | Gut | Sehr gut | Ge- samt | Keine Angabe | | | |
| Die Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten empfinde ich als... | 3,3% | 3% | 11,8% | 39,0 % | 8,1 % | 75,3 % | 24,7% | p = 0,038 | n.s. | n.s. |

* Mann-Whitney-U-Test, ** Kruskal-Wallis, *** Spearman-rho, n.s. nicht signifikant auf 5% Niveau

Tab. 2: Zufriedenheit der Bewohner mit dem care^{plus} Programm

Versorgung zufrieden. Insbesondere die Interdisziplinarität wird positiv wahrgenommen. Dies steht im Gegensatz zur Kritik an „traditionellen“ Pflegeeinrichtungen (Reider 2002: 78-81; Schneekloth & Wahl 2006: 243-248; Schaeffer & Wingenfeld 2008: 293-305), deren Akzeptanz bemängelt wird (Steiner 2006: 38-41). Legt man diese Aussagen zu Grunde, fällt die Zufriedenheit der Bewohner mit dem Versorgungsprogramm care^{plus} positiv auf.

Laut Stock entsteht (Kunden-)Zufriedenheit, wenn eine erwartete Leistung (Soll) erfüllt oder sogar übertroffen wird, wohingegen eine Nichterfüllung Unzufriedenheit bewirkt. Die Verhaltensweisen von Mitarbeitern gegenüber Kunden sind dabei von entscheidender Bedeutung (Stock 2001: 3). Der Kundenbegriff ist jedoch insbesondere im Bereich der stationären Altenpflege kritisch zu betrachten und nur eingeschränkt gültig, da eine Dienstleistungsmotivität hier nur unzureichend ausgeprägt ist (Tinnefeldt 2012: 148).

Bezüglich der zu beurteilenden Aussage, wie zufrieden die Bewohner mit der persönlichen Betreuung durch den im Versorgungsprogramm care^{plus} eingebundenen Hausarzt sind, geben 13,2% an eher unzufrieden zu sein. Die Befragungsergebnisse zeigen aber auch, dass Bewohner, welche mit der hausärztlichen Betreuung während

| Unabhängige Variable | p-Wert | OR | 95% Konfidenzintervall | |
|--------------------------------------|---------|------|------------------------|------------|
| | | | Untergrenze | Obergrenze |
| Alter | 0,137 | 0,98 | 0,95 | 1,01 |
| Dauer in der Einrichtung | 0,087 | 1,11 | 0,99 | 1,18 |
| männlich* | 0,048 | 0,48 | 0,22 | 0,99 |
| Keine Pflegestufe** | 0,193 | 0,28 | 0,04 | 1,89 |
| Pflegestufe 1** | 0,054 | 0,25 | 0,06 | 1,02 |
| Pflegestufe 2** | 0,104 | 0,30 | 0,07 | 1,28 |
| Volle Unzufriedenheit mit Visiten*** | < 0,001 | 0,01 | 0,00 | 0,07 |
| Eher nicht zufrieden mit Visiten*** | < 0,001 | 0,00 | 0,01 | 0,09 |
| Eher zufrieden mit Visiten*** | < 0,001 | 0,20 | 0,09 | 0,43 |

Zielvariable: Die Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten empfinde ich als...
 1 mangelhaft, 2 ausreichend, 3 befriedigend, 4 gut, 5 sehr gut; * Referenzkategorie: weiblich; ** Referenzkategorie: Pflegestufe 3, *** Referenzkategorie volle Zufriedenheit mit Visiten

Tab. 3: Ordinale Regression zur Zufriedenheit mit der interdisziplinären Zusammenarbeit

der Visiten zufrieden sind, die interdisziplinäre Zusammenarbeit besser bewerten. Der Kooperationsvertrag zur Integrierten Versorgung, welcher zwischen den Ärzten (bzw. Therapeuten) und den jeweiligen Pflegeeinrichtungen geschlossen wird, sieht eine strukturierte und umfassende Versorgung der Bewohner im Pflegeheim vor, wobei der Bewohner im Mittelpunkt steht (Balzer et al. 2013: 83f.). Durch die enge Einbindung des Bewohners in den Behandlungsprozess wird eine besondere Versorgungsqualität gewährleistet (Müller 2007: 295). Der Hausarzt ist mindestens ein Mal in der Woche in der Pflegeeinrichtung anwesend und führt eine Regelvisite durch. Er gewährleistet eine verbindliche Rufbereitschaft auch außerhalb der Sprechzeiten. Durch die auf die persönlichen Bedürfnisse abgestimmte Versorgung soll die Zufriedenheit erhöht werden (Balzer et al. 2013: 83f.). Fasching sieht die Funktion des „Heimarztes“ in österreichischen Pflegeheimen mehr noch als die eines medizinischen Case-Managers, welcher mit der Gesamtkoordination der medizinischen Betreuung, der rehabilitativen Maßnahmen und der medizinischen Pflege betraut ist (2007: 317).

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Zufriedenheit mit der interdisziplinären Zusammenarbeit ist in hohem Maße von der Zufriedenheit mit den Visiten abhängig. Hierbei haben die beteiligten Berufsgruppen die Möglichkeit sich als Team zu präsentieren. Bewohner haben somit die Chance deren Zusammenarbeit kritisch zu beleuchten, wenn bspw. deutlich wird, dass nicht alle Informationen jeder Berufsgruppe gleichermaßen zur Verfügung stehen. Eine umfassende und allen zugängliche Dokumentation ist unerlässlich, um eine optimal auf die Bedürfnisse des Bewohners abgestimmte Versorgung zu gewährleisten.

In diesem Zusammenhang ist es vorstellbar eine zentrale Stelle zu schaffen, die diese Koordinationsaufgabe übernimmt. Die notwendigen Strukturen sind bereits vorhan-

den: Der Sozialdienst in den Pflegeeinrichtungen würde sich dafür eignen. Alternativ dazu könnte eine Expertise im Sinne eines Case Managements in den Einrichtungen geschaffen werden. Die Information zu dem Angebot des Versorgungsprogramms und seinen Strukturen kann bereits im Zuge des Aufnahmegesprächs (Einzug) mit dem Bewohner und dessen Angehörigen erfolgen. Die übergeordnete Koordinationsstelle dient gleichzeitig der Netzbildung zwischen allen an der Versorgung beteiligten Akteuren. Dadurch kann die interdisziplinäre Zusammenarbeit intensiviert und besser organisiert werden. Es gilt diese Hypothese mittels weiterer Forschung zu verifizieren.

Limitationen

Vorliegende Befragung wurde unter Verwendung eines Querschnittsdesigns durchgeführt. Aus diesem Grund ist der zeitliche Verlauf innerhalb des Versorgungsprogramms care^{plus} nicht abbildbar und Rückschlüsse hinsichtlich einer Veränderung der Zufriedenheit können nicht gezogen werden. Außerdem müsste künftig ein Vergleich der Versorgungsverläufe zu traditionellen Pflegeeinrichtungen ohne integrierte Versorgungsstrukturen angestellt werden, um die Entwicklung der Zufriedenheit nachvollziehen zu können.

Ein Großteil der Bewohnerschaft wurde aufgrund kognitiver Einbußen von der Befragung ausgeschlossen, da diese die notwendigen Voraussetzungen zur Selbstauskunft nicht erfüllten. Für diese Personengruppe, die in stationären Pflegeeinrichtungen einen hohen Anteil darstellt, kann keine Aussage getroffen werden. Ebenfalls liegen auf Grund des gewählten Studiendesigns (schriftliche Befragung) nicht für alle Teilnehmer alle Antworten vor. Dadurch wird die Aussagekraft ebenfalls eingeschränkt. Durch das Fehlen einer externen Kontrollgruppe sind die hier berichteten Ergebnisse nur bedingt interpretierbar.

Literatur

- AOK Nordost (2011): Vertrag gemäß § 92 b SGB XI i.V.m. § 140 a Abs. 1 SGB V zur integrierten medizinischen und therapeutischen Versorgung von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen. care^{plus}
- Ärztezeitung (2013): Pflege im Nordosten. „Care^{plus}“ wird weiterentwickelt. Pressemitteilung vom 21.02.2013 http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/833886/pflege-nordosten-careplus-weiterentwickel.html (Stand 19.11.2013)
- Balzer, K./Butz, S./Bentzel, J./Boulkhemair, D./Lühmann, D. (2013): Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. In: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.). Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. Band 125, 83-84
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.) (2012). Ethikkodex. <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/EthikkodexDGP.pdf> (Stand 20.09.2012)
- Ernst, S. (2008): Kooperationen in der integrierten Gesundheitsversorgung. Erfolgsfaktoren und Strategien. In: Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft. Band 24. Baden-Baden: Nomos, 15-16, 38-53
- Fasching, P. (2007): Der Heimarzt – Ein Modell zur Verbesserung der ärztlichen Betreuung in Pflegeheimen. Erfahrungen und Stand der Debatte in Österreich. In: Ethik in der Medizin 4/2007. Wien:

- Springer Medizin, 313-319
- Lauterbach, K. W./Stock, S. (2001): Zwei Dogmen der Gesundheitspolitik. Unbeherrschbare Kostensteigerung durch Innovation und demographischen Wandel. In: Rekitke, A. (2011): Integrierte Versorgung. Qualitätsdefizite im Gesundheitswesen. Hamburg: VSA, 7-15
- Mühlbacher, A./Ackerschott, S. (2007): Die integrierte Versorgung. In: Wagner, K./Lenz, I. (Hrsg.) (2007): Erfolgreiche Wege in die integrierte Versorgung. Eine betriebswirtschaftliche Analyse. Stuttgart: Kohlhammer, 17-46
- Müller, R. D. (2007): Integrierte Versorgung: Umsetzung in der AOK Berlin – Die Gesundheitskasse. In: Wagner, K./Lenz, I. (Hrsg.) (2007): Erfolgreiche Wege in die integrierte Versorgung. Eine betriebswirtschaftliche Analyse. Stuttgart: Kohlhammer, 294-307
- Rebscher, H. (2004): Integrierte Versorgung – Alte Rhetorik oder neues ordnungspolitisches Konzept? In: Mühlbacher, A./Ackerschott, S. (2007): Die integrierte Versorgung. In: Wagner, K./Lenz, I. (Hrsg.) (2007): Erfolgreiche Wege in die integrierte Versorgung. Eine betriebswirtschaftliche Analyse. Stuttgart: Kohlhammer, 17-18
- Reder, U. (2002): Wohngruppen. In: Hallauer, J./Kurz, A. (Hrsg.) (2002): Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankung in Deutschland. Stuttgart: Thieme, 78-81
- Rekitke, A. (2011): Integrierte Versorgung. Qualitätsdefizite im Gesundheitswesen. Hamburg: VSA, 7-15
- Robert Bosch Stiftung (2000): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart: Schattauer, 141-154
- Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (2008): Qualität der Versorgung Demenzkranker: Strukturelle Probleme und Herausforderungen. In: Pflege & Gesellschaft 13, 293-305
- Schneekloth, U./Wahl, H.-W. (2006): Schlussfolgerungen, sozialpolitische Implikationen und Ausblick. In: Schneekloth, U./Wahl, H.-W. (Hrsg.) (2006): Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Stuttgart: Kohlhammer, 243-248
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Vorausberechnung/Bevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf;jsessionid=166173B8B749158B81DCFB8C7F6C6929.cae1?__blob=publicationFile (Stand 26.09.2012)
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (08/11) http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2011_08_Zahlen_und_Fakten_Pflegeversicherung.pdf (Stand 18.07.2013)
- Steiner, B. (2006): Bewohner sehen die WG nicht als Übergangslösung. In: Häusliche Pflege 15, 38-41
- Stock, R. (2001): Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit. Direkte, indirekte und moderierende Effekte. Wiesbaden: Gabler, 1-8
- Tinnefeldt, G. (2012): Lebensqualität im Altenheim. Empfehlungen und Erfahrungswerte aus der Beratungspraxis. In: Basler, H.-D./Keil, S. (Hrsg.) (2012): Lebenszufriedenheit und Lebensqualität im Alter. In: Marburger Forum zur Gerontologie 6. Grafschaft-Birresdorf: Vektor, 145-170
- Wolf-Ostermann, K./Worch, A./Fischer, T./Wulff, I./Gräske, J. (2012): Health Outcomes and Quality of Life of Residents of Shared-Housing Arrangements – Results of the Berlin DeWeGE-study. In: Journal of Clinical Nursing, 21(21-22): 3047-3060

Janet Jordan (B.Sc.)¹

Juliane Gittel (B.Sc.)¹

Johannes Gräske (Dipl. Pflegewirt (FH))

Prof. Dr. Uwe Bettig (MPH)

Alice Salomon Hochschule Berlin, Alice-Salomon Platz 5, 12627 Berlin

¹ Geteilte Erstautorenschaft

Tanja Hildebrandt, Sarah Leiffemann, Meike Tarwitz,
Michael Simon

Der Stand des Aufbaus von Pflegestützpunkten in Rheinland-Pfalz und Niedersachsen im Jahr 2011

Ergebnisse einer Befragung von Pflegestützpunkten

Long-term Care Support Centers in Germany: Findings of an Online Survey in Rheinland-Pfalz and Niedersachsen in 2011

The article presents the results of an online survey of long-term care support centers in the federal states Niedersachsen and Rheinland-Pfalz, carried out in the year 2011. The survey shows differences in the density of support centers per population and ownership, and similarities for example in the qualification structure of employees.

Keywords

Long-term Care Support Centers, empirical study

Der vorliegende Beitrag stellt die Ergebnisse einer Online-Befragung aller Pflegestützpunkte in den Bundesländern Niedersachsen und Rheinland-Pfalz vor. Die Befragung ergab deutliche Unterschiede zwischen den beiden Bundesländern in der Versorgungsdichte und Trägerschaft und Ähnlichkeiten bspw. in der Qualifikationsstruktur der Beschäftigten in Pflegestützpunkten.

Schlüsselwörter

Pflegestützpunkte, empirische Forschung

1. Einleitung

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) 2008 wurde mit den Pflegestützpunkten ein neues Element in das pflegerische Versorgungssystem Deutschlands eingefügt. Bereits im Gesetzgebungsprozess zeigten sich allerdings erhebliche Widerstände gegen den Aufbau von Pflegestützpunkten, sowohl innerhalb der großen Koalition, und zwar von Seiten der CDU/CSU-Bundestagsfraktion und unionsgeführter Bundesländer, als auch von Seiten einflussreicher verbandlicher Akteure der Gesundheitspolitik. So lehnte beispielsweise der GKV-Spitzenverband die Neuregelung ab, da Pflegeberatung aus Sicht der Pflegekassen unter ihrer Regie durch eigenes Personal angeboten werden sollte und nicht durch von ihnen unabhängige Strukturen, die sie noch dazu wesentlich mitfinanzieren sollten. Als Kompromiss wurde der Gesetzentwurf da-

eingereicht 09.10.2012

akzeptiert 05.04.2013

hingehend geändert, dass die Entscheidung über die Errichtung von Pflegestützpunkten in die Kompetenz eines jeden Bundeslandes gegeben wurde.

Der Auf- und Ausbau der Pflegestützpunkte kam in der Folgezeit nur sehr schleppend voran (SVR-G 2012: 115). Da die Entscheidung über die Errichtung von Stützpunkten auf die Bundesländer verlagert war, zeigten sich zudem erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern. Während Rheinland-Pfalz innerhalb kurzer Zeit ein flächendeckendes Netz an Pflegestützpunkten vorweisen konnte, entschied sich die sächsische Landesregierung grundsätzlich gegen den Aufbau von Pflegestützpunkten. Andere Länder sprachen sich zwar grundsätzlich für den Aufbau von Pflegestützpunkten aus, überantworteten die weiteren Entscheidungen aber an die Verbände der Pflegekassen und kommunalen Spitzenorganisationen auf Landesebene, so beispielsweise das Land Niedersachsen.

Obwohl das PfWG Mitte 2008 in Kraft trat, lagen bis Mitte 2012 nur sehr wenige empirische Studien über den erreichten Stand des Aufbaus von Pflegestützpunkten und deren Arbeit in veröffentlichter Form vor (vgl. u.a. Döhner et al. 2011; Ramboll 2011). Bezeichnend ist in diesem Zusammenhang, dass in einer Antwort auf eine parlamentarische Anfrage zum Stand der Errichtung von Pflegestützpunkten vom 25.06.2010 die Bundesregierung nicht in der Lage war, genaue Angaben zur Zahl der bundesweit bereits errichteten Pflegestützpunkte zu machen (Bundesregierung 2010). Auch der Anfang 2012 erschienene fünfte Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und der pflegerischen Versorgung bot nur Daten zur Anzahl der auf Grund des Volumens der Anschubfinanzierung „möglichen Pflegestützpunkte“, nicht jedoch zum tatsächlichen Stand der bundesweiten Umsetzung des § 92c SGB XI und der Zahl der bisher tatsächlich errichteten Pflegestützpunkte (Bundesregierung 2012: 16-18).

Vor dem Hintergrund dieser unbefriedigenden Datenlage wurde im April 2011 eine Online-Befragung aller Pflegestützpunkte in den Bundesländern Niedersachsen und Rheinland-Pfalz durchgeführt. Ziel der Befragung war es, Daten zum Stand des Auf- und Ausbaus sowie zu ausgewählten Aspekten der Arbeit von Pflegestützpunkten zu gewinnen.¹

2. Methodisches Vorgehen

2.1 Zur Auswahl der beiden Bundesländer

Im Folgenden wird zunächst die Auswahl der beiden Bundesländer begründet und anschließend die Methodik der Untersuchung vorgestellt.

Die bisherigen empirischen Studien zum Themenfeld setzten entweder rein qualitative Methoden der empirischen Sozialforschung ein (Röber/Hämel 2011) oder einen

¹ Die Befragung erfolgte im Rahmen einer Abschlussarbeit im Bachelorstudiengang Pflege der Fachhochschule Hannover.

Mix aus qualitativen und quantitativen Methoden (Döhner et al. 2011; Ramboll 2011; ZES 2011). Eine quantitative Befragung aller Pflegestützpunkte eines Flächenlandes wurde bis Mitte 2012 – der Publikationslage nach zu urteilen – noch nicht durchgeführt. Dies erscheint aber insofern geboten, als davon auszugehen ist, dass sich Stadtstaaten und Flächenstaaten insbesondere im Hinblick auf den Versorgungs- und Beratungsbedarf wie auch die Versorgungsstrukturen deutlich unterscheiden können. Da bekannt ist, dass es zwischen den Bundesländern zum Teil erhebliche Unterschiede beim Auf- und Ausbau von Pflegestützpunkten gibt, erscheint zudem eine vergleichende Untersuchung mehrerer Flächenländer sinnvoll.

Für die vorliegende Untersuchung wurden die beiden Bundesländer Niedersachsen und Rheinland-Pfalz ausgewählt. Beides sind Flächenstaaten, sie unterscheiden sich allerdings sowohl im Hinblick auf die Existenz von Vorstrukturen als auch die gewählte Strategie der Umsetzung des § 92c SGB XI (s. Tabelle 1). Im Folgenden werden einige der wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Bundesländern bei der Umsetzung des § 92c SGB XI vorgestellt:

- *Vorstrukturen:* Während in Niedersachsen vor 2008 keine den Pflegestützpunkten vergleichbaren Strukturen vorhanden waren, konnte die Umsetzung des § 92c SGB XI in Rheinland-Pfalz auf ein bereits 1995 eingeführtes und ausgebautes Netz von „Beratungs- und Koordinierungsstellen“ (Beko-Stellen) aufbauen.
- *Allgemeinverfügung oder Verhandlungsweg:* Die Landesregierung von Rheinland-Pfalz machte sofort nach Inkrafttreten des PFWG von der Möglichkeit einer staatlichen Anordnung zur Errichtung und Finanzierung von Pflegestützpunkten Gebrauch und erließ am 1.08.2008 eine entsprechende Allgemeinverfügung. Vor dem Hintergrund dieser Allgemeinverfügung konnten die Verhandlungen mit den Verbänden der Pflegekassen relativ zügig abgeschlossen werden. Ein Landesrahmenvertrag zur Einrichtung und Finanzierung von Pflegestützpunkten wurde am 13.10.2008 unterzeichnet. Die niedersächsische Landesregierung entschied sich gegen eine verbindliche Vorgabe zur Einrichtung von Pflegestützpunkten durch das Land und setzte stattdessen auf das Zustandekommen einer Vereinbarung zwischen den kommunalen Spitzenverbänden des Landes und den Verbänden der Pflegekassen. Eine entsprechende Rahmenvereinbarung wurde nach längeren Verhandlungen erst am 28.05.2009 unterzeichnet.
- *Richtwerte für die Versorgungsdichte:* Auch bei der Frage von Richtwerten für die anzustrebende Versorgungsdichte unterscheiden sich beide Länder deutlich. Die rheinland-pfälzische Landesregierung gab eine eindeutige Zielgröße vor: Es sollte eine Versorgungsdichte von einem Pflegestützpunkt je 30.000 Einwohnern erreicht werden. Dieser Wert galt bereits zuvor als Zielgröße für die Einrichtung von Beko-Stellen (§ 5 Abs. 2 LPflegeASG).² Die niedersächsische Landesregierung sprach sich zwar für die Einrichtung von Pflegestützpunkten aus, überließ die Regelung der Einzelheiten jedoch den Vertragsparteien der Landesrahmenvereinbarung. Diese vereinbarten, dass

² Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASG) vom 25. Juli 2005, GVBl 2005, 299.

mindestens ein Pflegestützpunkt je Landkreis bzw. kreisfreier Stadt errichtet werden soll. Diese sehr unterschiedlichen Vorgehensweisen führten zu sehr unterschiedlichen Versorgungsdichten. Während Mitte 2011 in Rheinland-Pfalz 135 Pflegestützpunkte bestanden und damit eine Versorgungsdichte von einem Pflegestützpunkt je 29.600 Einwohnern erreicht war, verfügte Niedersachsen mit lediglich 23 Pflegestützpunkten nur über eine Versorgungsdichte von einem Pflegestützpunkt je 343.000 Einwohner.

Zu diesen sehr deutlichen Unterschieden hat sicherlich beigetragen, dass es in Rheinland-Pfalz mit dem ausgebauten Netz von Beko-Stellen bundesweit einmalig entwickelte Vorstrukturen gab. Da die Beko-Stellen viele Aufgaben, die das Gesetz den Pflegestützpunkten zuweist, bereits wahrgenommen haben, konnten sie relativ einfach in Pflegestützpunkte umgewandelt werden. Auch die Vorgabe einer Versorgungsdichte von einem Pflegestützpunkt für 30.000 Einwohner war insofern leicht erreichbar, als sie – wie bereits erwähnt – auch schon für die Beko-Stellen galt.

| | Niedersachsen | Rheinland-Pfalz |
|--|---|--|
| Vorstrukturen (vor Inkrafttreten des PfWG 2008) | -1 | Beratungs- und Koordinierungsstellen (seit 1995) |
| Allgemeinverfügung | - | 1.08.2008 |
| Landesrahmenvertrag | 28.05.2009 unterzeichnet | 13.10.2008 unterzeichnet |
| Richtwert zur Versorgungsdichte | es wird angestrebt: ein Pflegestützpunkt je Landkreis/kreisfreier Stadt | 1 Pflegestützpunkt je 30.000 Einwohner |
| Zahl der errichteten Pflegestützpunkte | 23 (Mai 2011) | 135 (Juni 2011) |
| Erreichte Versorgungsdichte (Einwohner je Pflegestützpunkt) | 1 : 343.000 (ca. 7,9 Mio. Einw.) | 1 : 29.600 (ca. 4,0 Mio. Einw.) |
| Vorgaben zur personellen Ausstattung je Pflegestützpunkt | mind. 2 Teilzeitkräfte mit jeweils mind. 50% einer Vollzeitbeschäftigung | 1,5 Vollzeitstellen |
| Finanzierung der Sachkosten der Pflegestützpunkte | gemeinsame Finanzierung durch kommunale Gebietskörperschaften und Pflegekassen (Beteiligung der Pflegekassen: max. 2,1 Mio. Euro insgesamt) | 50% Pflegekassen |
| 50% Land und kommunale Gebietskörperschaften Finanzierung der Personalkosten der Pflegestützpunkte (gemäß Landesrahmenvertrag) | | Anstellungsträger |

1) In Niedersachsen gab es vor Inkrafttreten des PfWG 2008 keine den Pflegestützpunkten vergleichbaren Vorstrukturen, wohl aber in einigen Landkreisen kommunale Stellen, die teilweise auch Aufgaben der Pflegeberatung wahrnahmen. Seniorenservicebüros wurden erst als Reaktion auf das PfWG von der Landesregierung beschlossen und sollten nicht als Ersatz für Pflegestützpunkte dienen.

Tab. 1: Vergleich ausgewählter Eckpunkte der Versorgung mit Pflegestützpunkten in den Bundesländern Niedersachsen und Rheinland-Pfalz (Stand: Mitte 2011)

2.2 Zur Methodik der Online-Befragung

Die Befragung wurde als Vollerhebung mittels Online-Fragebogens konzipiert. Die Erstellung des Fragebogens und die Auswertung der Befragung erfolgten mittels Eva-Sys, einer Software, die sowohl für Lehrevaluationen als auch für andere Befragungen einsetzbar ist.

Der Fragebogen umfasst acht Variablen mit insgesamt 30 Items. Die Variablen beziehen sich auf folgende Bereiche: Grundlagen zum Aufbau (7 Items), Erreichbarkeit (6 Items), Personal (3 Items), Öffentlichkeitsarbeit (3 Items), Pflegeberatung (2 Items), Kontakte mit Rat- und Hilfesuchenden (3 Items), Vernetzung und Zusammenarbeit (3 Items) sowie Dokumentation (3 Items). Die Befragung erfolgte überwiegend mit geschlossenen, teilweise auch halboffenen Fragen. Der Fragebogen und das Verfahren der Beantwortung wurden in einem Pretest von Studierenden der Pflegestudiengänge, Hochschullehrerinnen und der Leiterin eines niedersächsischen Pflegestützpunktes geprüft und anschließend auf Grundlage der Rückmeldungen überarbeitet.

In der Vorbereitungsphase wurden alle bestehenden Pflegestützpunkte beider Bundesländer schriftlich informiert und zu einer Teilnahme eingeladen. Die Befragung fand im Zeitraum vom 04. April 2011 bis 09. Mai 2011 statt. Die Online-Befragung erfolgte TAN-basiert, um sicherzustellen, dass jede befragte Person nur einen Fragebogen ausfüllt. Alle Befragten erhielten eine individuelle Transaktionsnummer (TAN), die ihnen einmalig Zugang zum Online-Fragebogen ermöglichte.

In Niedersachsen beteiligten sich 11 von 23 Pflegestützpunkten an der Onlinebefragung. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 47,8%. In Rheinland-Pfalz nahmen 44 von 135 Pflegestützpunkten teil, was einer Rücklaufquote von 32,6% entsprach. Der Gesamt rücklauf der Umfrage für beide Bundesländer lag bei 34,8%.

Da in der Befragung auch Zahlenangaben für Leistungskennzahlen der Vergangenheit erbeten wurden, stellte sich die Frage, auf welcher Grundlage derartige Angaben erfolgen würden und wie zuverlässig sie einzuschätzen sind. Es wurde darum auch danach gefragt, worauf die im Fragebogen gemachten Angaben beruhen. Als Antwortoptionen waren gegeben: Statistische Werte, Schätzungen, keine Angaben möglich.

In Niedersachsen gaben 63,6% der Befragten „statistische Werte“ und 36,4% „Schätzungen“ an. In Rheinland-Pfalz nannten 63,6% der Befragten „statistische Werte“ und 34,1% „Schätzungen“ als Grundlage der Beantwortung des Fragebogens. Mit „keine Angaben möglich“ antworteten lediglich 2,3% der rheinland-pfälzischen Stützpunkte.

Zugleich wurde auch danach gefragt, ob Daten über die Beratungsprozesse systematisch dokumentiert werden und – wenn ja – in welcher Form. In beiden Ländern gaben 100% der befragten Stützpunkte an, Daten über die erfolgten Beratungen zu dokumentieren. In Niedersachsen erfolgte die Dokumentation in 72,7% der Stützpunkte im PC und 27,3% in Papierform, in Rheinland-Pfalz erfolgte die Dokumentation zu 45,5% mittels PC und zu 54,5% in Papierform.

Es kann somit mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die in der Befragung angegebenen Zahlenwerte über Leistungskennzahlen auf den Daten einer systematischen Dokumentation basierten und als vertrauenswürdig gelten können.

3. Ergebnisse

3.1 Organisatorische Rahmenbedingungen

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der Befragung vorgestellt.

Gefragt wurde nach dem Vorhandensein und der Art von Vorstrukturen, den Initiatoren und Trägern der Pflegestützpunkte sowie dem Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme.

In Rheinland-Pfalz gaben 100% der Befragten an, dass ihr Stützpunkt auf Vorstrukturen aufbaut, in Niedersachsen waren es immerhin 63,6% bzw. sieben Pflegestützpunkte. Diese Ergebnisse wurden durch eine weitergehende Frage im Rahmen des Fragebogens präzisiert: Alle Stützpunkte, die mit „Ja“ geantwortet hatten, sollten angeben, auf welchen Vorstrukturen ihr Stützpunkt aufbaut. Es waren Mehrfachnennungen möglich.

In Rheinland-Pfalz antworteten 100% mit „Beko-Stelle“ und jeweils 2,3% mit „Beratung innerhalb der Pflege- sowie Krankenkasse“ und „kommunale Koordinationsstelle“. In Niedersachsen antworteten 71,4% mit „Seniorenbüro“, 42,9% mit „Anlaufstelle im Sozialdezernat“ und 57,1% „kommunaler Koordinationsstelle“.

Die Ergebnisse in Rheinland-Pfalz entsprechen weitgehend den gesetzlichen Vorgaben, die den Umbau der seit 1995 bestehenden Beko-Stellen in Pflegestützpunkte vorsahen (Allgemeinverfügung Rheinland-Pfalz). Bei den drei Stützpunkten, die darüber hinaus andere Antworten gewählt haben, wird es sich vermutlich um zusätzliche Vorstrukturen handeln, die neben den Beko-Stellen existiert haben.

In Niedersachsen wurde auch auf Vorstrukturen aufgebaut, allerdings nur zum Teil, weil Niedersachsen noch kein flächendeckendes Netz an Beratungsstellen aufgebaut hatte. Die neuentstandenen Pflegestützpunkte haben sich zum Teil bei Seniorenservicebüros, im Sozialdezernat der jeweiligen Gemeinde oder bei kommunalen Koordinationsstellen angesiedelt. Die bestehenden Vorstrukturen wurden hier allerdings nicht in Pflegestützpunkte umgewandelt, sondern es wurden die Räumlichkeiten mitbenutzt und man arbeitete organisatorisch mit den bestehenden Strukturen zusammen. Bei Seniorenbüros ist allerdings zu bedenken, dass diese von der Landesregierung erst als Reaktion auf das PFWG 2008 beschlossen wurden und ausdrücklich andere Aufgaben als die Pflegestützpunkte wahrnehmen sollen.

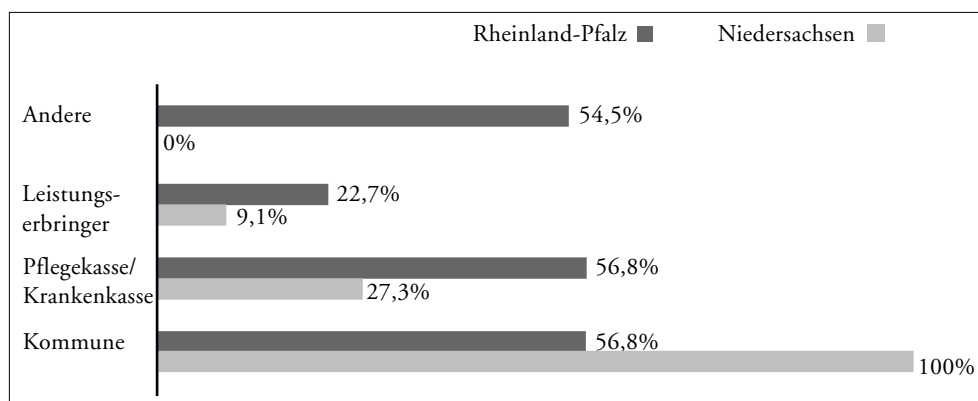
Bei einer Bewertung der deutlichen Unterschiede der Mitte 2011 erreichten Versorgungsdichten beider Länder ist zu berücksichtigen, dass es in Rheinland-Pfalz aufgrund der seit 1995 bestehenden Vorstrukturen leichter und schneller möglich war, ein flächendeckendes Netz von Pflegestützpunkten aufzubauen. In Niedersachsen ist der

Aufbau von Pflegestützpunkten schwieriger, da in vielen Kommunen noch keine Vorstrukturen vorhanden waren.

Die Ergebnisse können auch dahingehend gedeutet werden, dass das Ziel, keine Doppelstrukturen zu schaffen, in Rheinland-Pfalz offenbar konsequenter umgesetzt und weitgehend erreicht wurde. In Niedersachsen kann es durch die parallele Vorhaltung von Pflegestützpunkten und Seniorenservicebüros bei den Rat- und Hilfesuchenden zu Unklarheiten in der Frage führen, an welche Beratungsstelle sie sich wenden sollen. Die Antworten eines Teils der niedersächsischen Pflegestützpunkte legen zudem die Annahme nahe, dass auch innerhalb der Beratungsstrukturen keine eindeutige Trennung erfolgt bzw. möglich ist.

Auf die Frage nach den *Initiatoren* des Pflegestützpunktes wurden in Niedersachsen zu 100% die Kommunen genannt (Abbildung 1). Dies liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit darin begründet, dass ihnen laut Rahmenvereinbarung die Entscheidung zur Errichtung von Pflegestützpunkten obliegt. Die Pflege- und Krankenkassen wurden zu 27,3% und die Leistungserbringer zu 9,1% als Initiatoren genannt. Der relativ hohe Anteil der Pflege- und Krankenkassen dürfte darauf zurückzuführen sein, dass zwar die Kommunen über den Aufbau von Pflegestützpunkten entscheiden, sie sich im Anschluss daran aber mit den Pflege- und Krankenkassen über ein Konzept einigen müssen (§§ 1 und 5 Rahmenvereinbarung Niedersachsen).

Bei der Gestaltung des Fragebogens wurde nicht berücksichtigt, dass sich das Land Rheinland-Pfalz durch die Allgemeinverfügung selber als Initiator festgelegt hat. Eine entsprechende Antwortmöglichkeit stand jedoch im Fragebogen nicht zur Verfügung. So blieb als Antwort nur die Möglichkeit „Andere“ zu nennen. Es muss wohl davon ausgegangen werden, dass bei einer hohen Zahl der Nennungen „Andere“ vor allem das Land gemeint war.



Frage: Von wem ging die Initiative zur Errichtung Ihres Pflegestützpunktes aus?
(Mehrfachnennung möglich)

Abb. 1: Initiatoren bei der Errichtung des Pflegestützpunktes

Interessant ist jedoch, dass – obwohl Rheinland-Pfalz den Weg einer Allgemeinverfügung gegangen ist und Niedersachsen den Weg einer Verhandlungslösung mit den Krankenkassen wählte – die Pflegekassen in Rheinland-Pfalz deutlich häufiger als Initiatoren genannt wurden. Die Erklärung für die relativ geringe Häufigkeit der Nennung von Pflegekassen/Krankenkassen als Initiatoren in Niedersachsen dürfte darin zu finden sein, dass Pflegekassen der Einrichtung von Pflegestützpunkten tendenziell ablehnend gegenüber standen, insbesondere weil sie die von ihnen verpflichtend anzubietende Pflegeberatung in eigener Regie und in den eigenen Räumen durchführen wollten (vgl. u.a. GKV 2008: 113). Im niedersächsischen Modell haben die Pflegekassen deutlich mehr Möglichkeiten, einen forcierten Auf- und Ausbau von Pflegestützpunkten zu verzögern, als dies bei einer Allgemeinverfügung nach rheinland-pfälzischem Vorbild gegeben ist.

Sehr deutliche Unterschiede zeigen sich in der Trägerschaft der Pflegestützpunkte (Abbildung 2). In Niedersachsen werden weit überwiegend die Kommunen (81,9 %) ansonsten nur die Kranken-/Pflegekassen (18,1 %) als Träger genannt. In Rheinland-Pfalz sind offensichtlich mehr Träger an den Stützpunkten beteiligt. Allerdings hätten auch hier von allen Stützpunkten die Kommunen, das Land und die Kranken- und Pflegekassen genannt werden müssen, da sie im Landesrahmenvertrag gefordert sind (§ 2 Landesrahmenvertrag Rheinland-Pfalz).

Unabhängig davon wird aber deutlich, dass es Rheinland-Pfalz als einzigem Bundesland gelungen ist, die freien Träger mit in die Trägerschaft der Stützpunkte einzubeziehen (Klie 2009: 32). Gemäß § 4 Landesrahmenvertrag soll den Leistungserbringern die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglicht werden. Dies wurde den Ergebnissen der Befragung nach offenbar auch weitgehend umgesetzt.

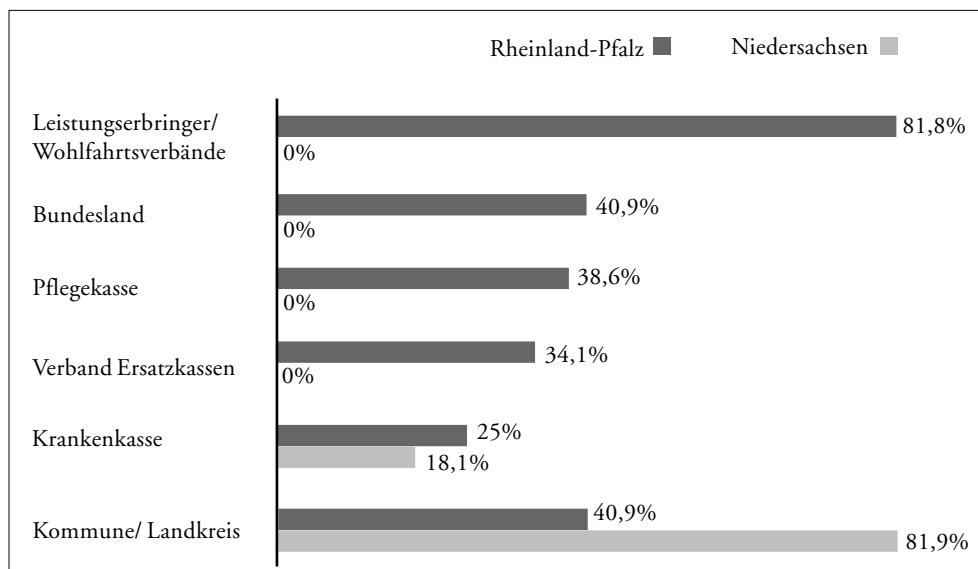
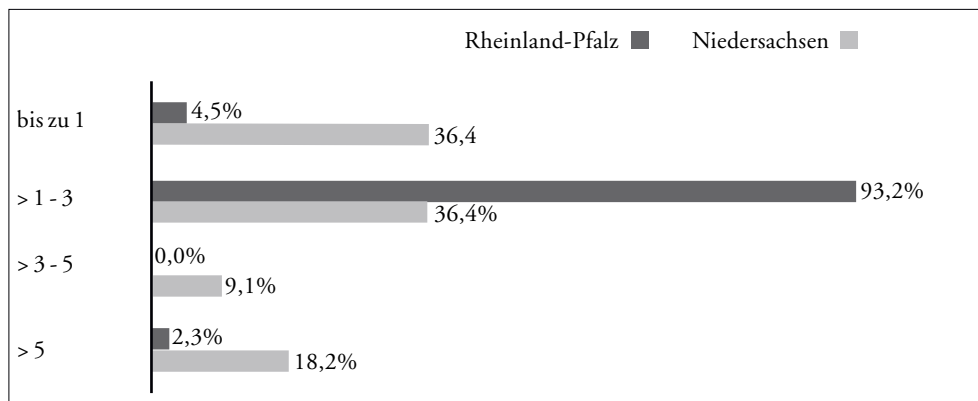


Abb. 2: Träger der Pflegestützpunkte

Die personelle Besetzung der Pflegestützpunkte ist in den beiden Rahmenverträgen auf Landesebene geregelt. Der Landesrahmenvertrag sieht für Rheinland-Pfalz eine Besetzung von 1,5 Vollzeitstellen pro Stützpunkt vor. Entsprechend gaben 93,2% der dortigen Stützpunkte auch an, mit ein bis drei Vollzeitstellen ausgestattet zu sein (Abbildung 3). Lediglich 2,3% der Stützpunkte waren mit mehr als fünf Vollzeitstellen besetzt. Die Besetzung der niedersächsischen Pflegestützpunkte war dagegen heterogener. So gaben jeweils 36,4% an, mit lediglich bis zu einer Stelle bzw. 1-3 Stellen ausgestattet zu sein. Immerhin 18,2% (3 Stützpunkte) gaben mehr als fünf Vollzeitstellen an.

Die Unterschiede dürften in einem engen Zusammenhang zu den jeweiligen vertraglichen Vereinbarungen auf Landesebene stehen. Der Landesrahmenvertrag Rheinland-Pfalz fordert eine Besetzung von 1,5 Vollzeitstellen pro Pflegestützpunkt. Die niedersächsische Rahmenvereinbarung legt fest, dass in den Pflegestützpunkten mindestens zwei in der Beratung geschulte Mitarbeiter mit jeweils zumindest 50% einer Vollzeitkraft einzusetzen sind.

Die von drei niedersächsischen Stützpunkten angegebene Besetzung mit mehr als fünf Vollzeitstellen könnte damit zusammenhängen, dass es bei einer Reihe von Pflegestützpunkten durch organisatorische Einheit mit anderen Beratungsstellen wie Seniorenservicebüros und kommunalen Beratungsstellen keine eindeutige Abgrenzung von Aufgabenbereichen gibt. Es ist zu vermuten, dass bei der Angabe von mehr als fünf Stellen, auch Personal mitgezählt wurde, das in den in organisatorischer Einheit befindlichen anderen Beratungsstellen beschäftigt ist. Filtert man diese drei niedersächsischen Stützpunkte heraus, so ergibt die Befragung eine weitgehend gleiche quantitative Personalausstattung von Pflegestützpunkten in beiden Ländern.



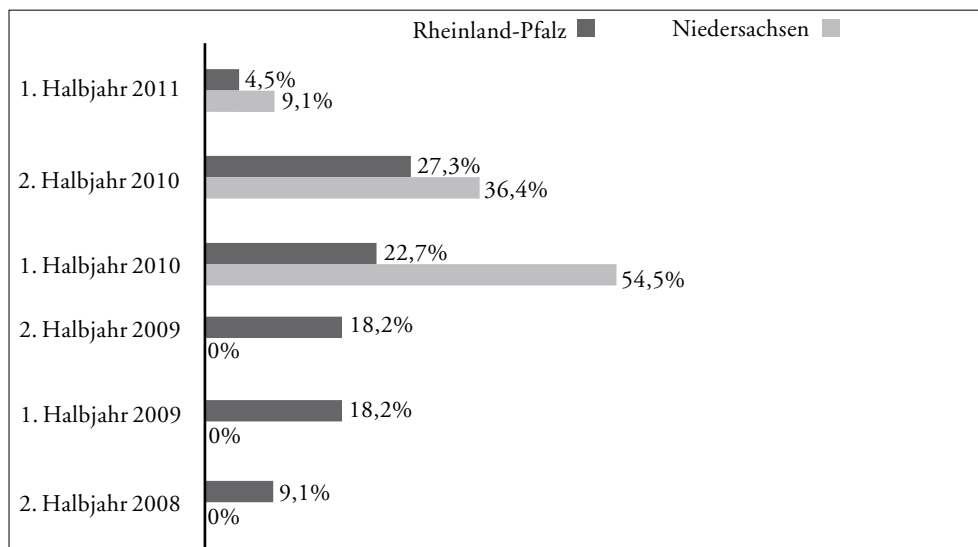
Frage: Wie viele Personalplanstellen hält Ihr Pflegestützpunkt vor (Vollzeitstellen)?

Abb. 3: Personalplanstellen in Pflegestützpunkten

Wie zu erwarten, gab es deutliche Unterschiede beim Arbeitsbeginn. Die Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz haben ihre Arbeit wesentlich früher aufgenommen als dies in Niedersachsen der Fall war (Abbildung 4). In Niedersachsen begannen die Stützpunkte erst im Jahr 2010. Zu diesem Zeitpunkt waren in Rheinland-Pfalz bereits

knapp die Hälfte (= 45,5%) der Pflegestützpunkte in Betrieb. Der deutliche zeitliche Unterschied kann sicherlich vor allem damit erklärt werden, dass in Rheinland-Pfalz eine Allgemeinverfügung der Landesregierung bereits zum 1.8.2008 erlassen und ein Landesrahmenvertrag Mitte Oktober 2008 unterzeichnet wurde. In Niedersachsen gab es keine Allgemeinverfügung, und die Verhandlungen über eine Landesrahmenvereinbarung konnten erst Ende Mai 2009 abgeschlossen werden.

Der Zeitpunkt, an dem die Pflegestützpunkte ihre Arbeit aufnahmen, ist auch von Bedeutung für die Interpretation der Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte durch Ratsuchende, auf die an späterer Stelle noch eingegangen wird. Man kann sicherlich davon ausgehen, dass ein Pflegestützpunkt mit kurzer Betriebszeit einen geringeren Zulauf hat als ein Pflegestützpunkt, der bereits seit längerem arbeitet und dementsprechend auch bekannter ist.



Frage: Wann hat Ihr Pflegestützpunkt den Betrieb aufgenommen? (Zeitpunkt, seit dem Versicherte persönlich beraten werden können)

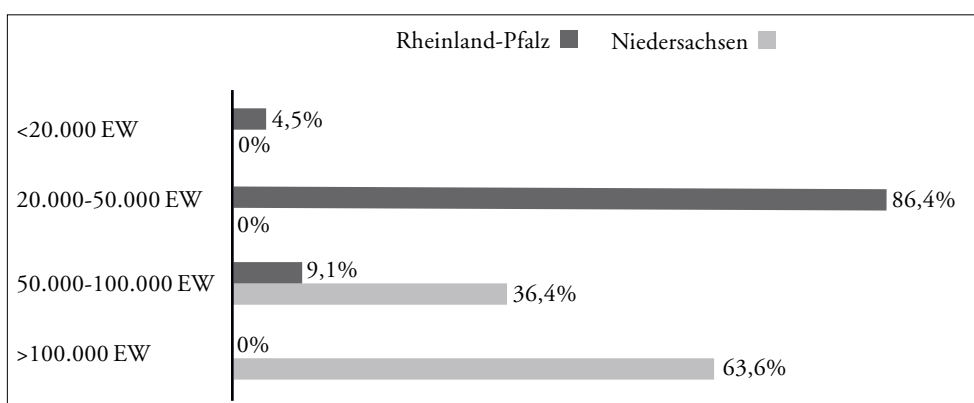
Abb. 4: Arbeitsbeginn der Pflegestützpunkte

3.2 Einzugsgebiet und Erreichbarkeit

Gefragt wurde nach dem Einzugsgebiet von Pflegestützpunkten, Öffnungszeiten allgemein und nach 16 Uhr, Terminangeboten außerhalb der Öffnungszeiten, Beratung in der Häuslichkeit und eventuell vorhandenen Außenstellen.

Passend zum erheblichen Unterschied in der Zahl der Pflegestützpunkte je Einwohner zeigen die Befragungsergebnisse auch deutliche Unterschiede in der Größe des zu betreuenden Einzugsgebietes (Abbildung 5). Während die befragten Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz zu 86,4% angaben, ein Einzugsgebiet von 20.000-50.000 Einwohnern zu haben, hatte erwartungsgemäß keiner der antwortenden Pflegestützpunkte aus Niedersachsen ein Einzugsgebiet von weniger als 50.000 Einwohnern. Fast

zwei Drittel hatten ein Einzugsgebiet von mehr als 100.000 Einwohnern und 36,4% eines mit 50.000-100.000 Einwohnern. Das Ziel einer wohnortnahen Versorgung mit Pflegestützpunkten dürfte in Rheinland-Pfalz bereits erreicht sein, Niedersachsen ist hingegen für den überwiegenden Teil der Bevölkerung noch weit davon entfernt.



Frage: Wie hoch ist die Anzahl der Einwohner im Einzugsgebiet Ihres Pflegestützpunktes?

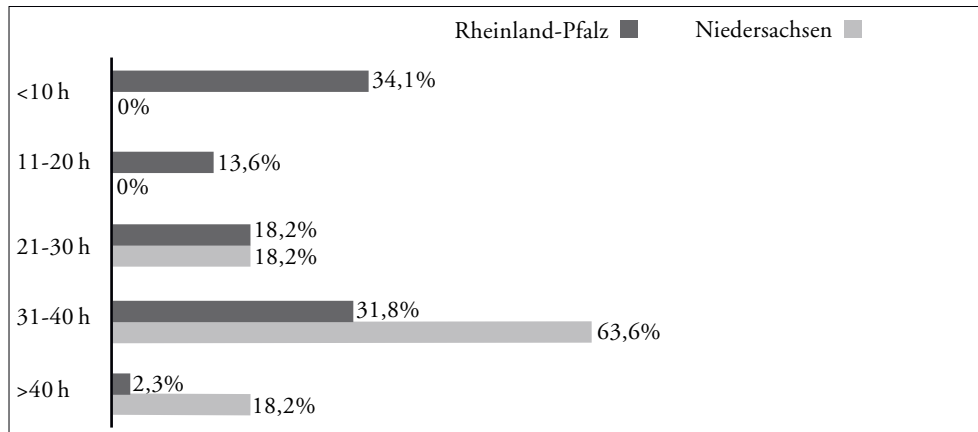
Abb. 5: Größe des Einzugsgebietes

Eine Möglichkeit, längere Anfahrtswege für die Nutzer zu vermeiden, ist die Einrichtung von Außenstellen, insbesondere in ländlichen Regionen. Von dieser Möglichkeit wurde in Niedersachsen 2011 deutlich häufiger Gebrauch gemacht als in Rheinland-Pfalz. Während die befragten niedersächsischen Pflegestützpunkte zu 45,5% angaben, eine Außenstelle zu betreiben, waren es unter den rheinland-pfälzischen Stützpunkten lediglich 27,3%. Dieses Ergebnis vervollständigt einerseits das Bild einer insgesamt niedrigeren Versorgungsdichte in Niedersachsen, zeigt aber andererseits auch das Bestreben, unter den gegebenen Rahmenbedingungen zumindest partiell zu einer Verbesserung der Angebotsstrukturen zu kommen.

Auch bei den Öffnungszeiten zeigen sich Unterschiede zwischen den beiden Bundesländern. Insgesamt kann festgestellt werden, dass die befragten niedersächsischen Pflegestützpunkte 2011 längere Öffnungszeiten anboten als die rheinland-pfälzischen Stützpunkte (Abbildung 6). Immerhin 18,2% der niedersächsischen Stützpunkte gaben an, mehr als 40 Stunden pro Woche geöffnet zu haben, und 63,6% waren zu 31-40 Stunden geöffnet. Bei den rheinland-pfälzischen Stützpunkten waren lediglich 2,3% länger als 40 Stunden und 31,8% 31-40 Stunden pro Woche geöffnet. 34,1% hatten Öffnungszeiten von weniger als 10 Stunden pro Woche.

Eine Erklärung für die Unterschiede dürfte sicherlich darin zu finden sein, dass § 4 der niedersächsischen Rahmenvereinbarung Öffnungszeiten von mindestens 30 Stunden pro Woche an fünf Tagen verlangt. Zudem ist zu vermuten, dass auch die Öffnungszeiten der Außenstellen bei der Nennung mit einbezogen wurden. Da nach den Öffnungszeiten der Außenstellen nicht gefragt wurde, kann eine Differenzierung nach Haupt- und Außenstellen leider nicht vorgenommen werden.

Die durchschnittlich geringeren Öffnungszeiten der rheinland-pfälzischen Stützpunkte stehen nicht im Widerspruch zum Landesrahmenvertrag, da dieser keine Vorgaben zu Mindestöffnungszeiten enthält. Allerdings ist sicherlich zu berücksichtigen, dass auch bereits bei den Beko-Stellen die aufsuchende Beratung in der eigenen Häuslichkeit zum Leistungsangebot gehörte und von daher vermutlich der darauf entfallende Anteil der Arbeitszeit höher als in Niedersachsen liegt.



Frage: Büro-/Sprechzeiten in Stunden pro Woche?

Abb. 6: Öffnungszeiten

Insbesondere für die Beratung berufstätiger pflegender Angehöriger ist das Angebot von Öffnungszeiten nach 16 Uhr von besonderer Bedeutung. Auf die Frage nach einem solchen Angebot gaben 100% der niedersächsischen Stützpunkte an, Sprechzeiten nach 16 Uhr anzubieten. In Rheinland-Pfalz waren es 61,4%. Auch hier dürften die jeweiligen Rahmenverträge eine wesentliche Rolle spielen. Die niedersächsische Rahmenvereinbarung verlangt, dass mindestens an einem Wochentag eine Öffnung bis 18 Uhr sichergestellt werden muss. In Rheinland-Pfalz sind keine Öffnungszeiten nach 16 Uhr vorgegeben.

Es wurde auch nach Beratungstermine außerhalb der regulären Öffnungszeiten gefragt. In beiden Ländern gaben 100% der befragten Stützpunkte an, diese anzubieten.

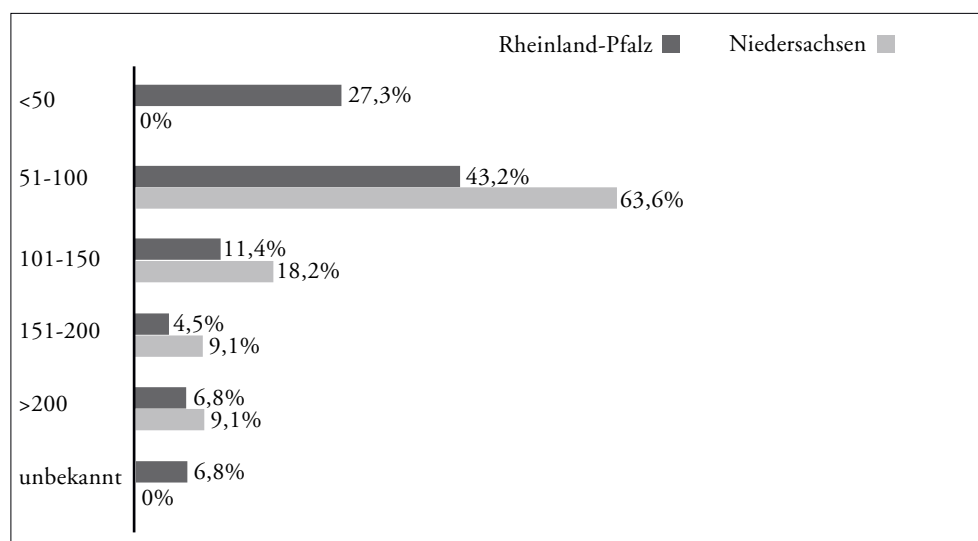
Alle befragten Pflegestützpunkte in Niedersachsen und Rheinland-Pfalz gaben an, auch aufsuchende Beratung im häuslichen Umfeld durchzuführen. Da der zeitliche Umfang nicht abgefragt wurde, können keine genauen Angaben dazu gemacht werden. Allerdings erscheint es plausibel anzunehmen, dass Häufigkeit und zeitliches Volumen in Rheinland-Pfalz höher sind als in Niedersachsen. Während die niedersächsische Rahmenvereinbarung diese Leistungsform überhaupt nicht erwähnt, schreibt § 4 des Landesrahmenvertrages Rheinland-Pfalz vor, dass die Pflegeberatung auf Wunsch auch in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der die Rat- und Hilfesuchenden leben, durchgeführt werden soll.

3.3 Kontakte mit Rat- und Hilfesuchenden

Die Fragen bezogen sich auf Gesamt- und Folgekontakte von Rat- und Hilfesuchenden pro Monat sowie die Art der Erhebung dieser Daten. Es wurde nach der durchschnittlichen Zahl der Gesamtkontakte pro Monat und der Häufigkeit von Folgekontakten gefragt.

Als häufigstes wurden in beiden Ländern 51-100 Kontakte pro Monat genannt. Insgesamt lag die Zahl der Gesamtkontakte in den niedersächsischen Pflegestützpunkten im Schnitt höher als in Rheinland-Pfalz, was sicherlich vor allem durch die geringere Versorgungsdichte und größeren Einzugsgebiete sowie die längeren Öffnungszeiten in Niedersachsen erklärt werden kann.

Die Antworten auf die Frage nach der Häufigkeit von Folgekontakten, gemessen in Prozent der Erstkontakte, fielen in beiden Ländern sehr heterogen aus. Sie reichten von 0-10% bis zu 81-90% der Erstkontakte. Bei der Mehrzahl der Pflegestützpunkte bewegte sich der Anteil der Folgekontakte im Bereich von 31-80% der Erstkontakte. In Niedersachsen erfolgten 72,8% der Nennungen in diesem Bereich und in Rheinland-Pfalz 63,7%. Das Ergebnis kann als Bestätigung dafür gedeutet werden, dass die in den Pflegestützpunkten anfallenden Beratungsbedarfe in hohem Maße komplexer Natur sind und nicht mit einer einzelnen Auskunft oder einem einzigen Beratungsgespräch befriedigt werden können.

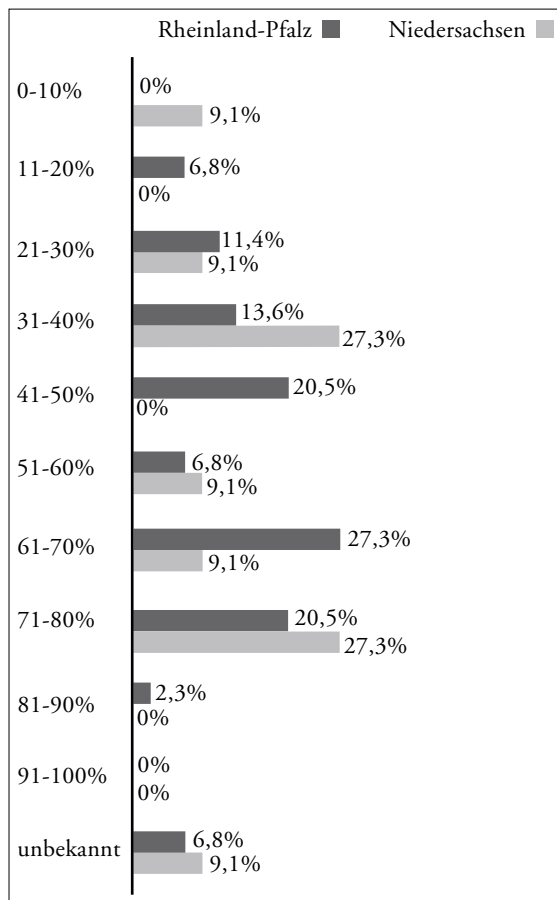


Frage: Wie viel Gesamtkontakte mit Rat- und Hilfesuchenden haben Sie durchschnittlich im Monat?

Abb. 7: Gesamtkontakte pro Monat

3.4 Pflegeberatung und Qualifikation der PflegeberaterInnen

Den Pflegestützpunkten ist durch Gesetz vor allem die Aufgabe einer individuellen Pflegeberatung im Sinne des § 7a SGB XI übertragen. Auf die Frage, ob eine Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI im Pflegestützpunkt durchgeführt wird, antworteten



Frage: Bei wie viel Prozent der Erstkontakte kommt es zu Folgekontakten?

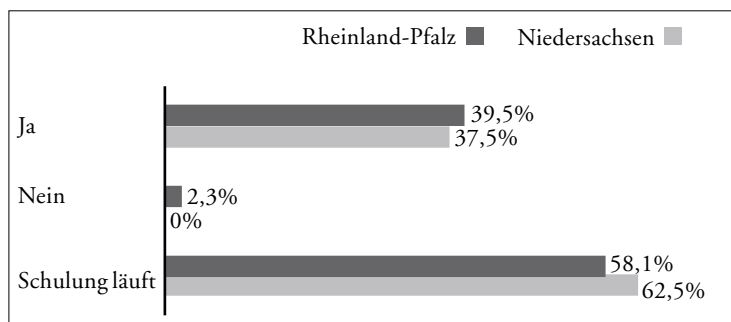
Abb. 8: Folgekontakte

97,7% der befragten rheinland-pfälzischen und 72,7% der niedersächsischen Stützpunkte mit „Ja“. Der Unterschied zwischen beiden Ländern lässt sich unter anderem auch mit den jeweiligen Rahmenverträgen auf Landesebene erklären. Der Landesrahmenvertrag für Rheinland-Pfalz legt fest, dass Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in den Pflegestützpunkten durchgeführt wird. Die niedersächsische Landesrahmenvereinbarung weist die Aufgabe der Pflegeberatung hingegen primär den Pflegekassen zu. Pflegestützpunkten wird im Grunde nur die Aufgabe einer ersten Anlaufstelle und Weitervermittlung an die Pflegekassen zugewiesen. Die entsprechende Passage lautet: „Die Pflegekassen führen auf Initiative des Pflegestützpunktes Pflegeberatungen im Sinne des § 7 a SGB XI durch. Diese können auch im Stützpunkt erfolgen. Der Pflegestützpunkt erhält durch die Pflegekasse eine Information über die Durchführung“ (§ 2 Abs. 3 Landesrahmenvereinbarung Niedersachsen). Die Durchführung von Pflegeberatung ist den Pflegestützpunkten somit zwar nicht verboten, ihnen wird aber eine nachgeordnete Rolle zugewiesen.

Vor diesem Hintergrund erscheint es darum durchaus bemerkenswert, dass dennoch immerhin fast drei Viertel der befragten Pflegestützpunkte in Niedersachsen angaben, selbst Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durchzuführen.

Ein wichtiges Element der Qualitätssicherung für Pflegestützpunkte und Pflegeberatung ist die gesetzliche Forderung nach einer speziellen Qualifizierung der Personen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durchführen. Einem gesetzlichen Auftrag folgend hat der GKV-Spitzenverband Richtlinien für die Qualifikation von Pflegeberaterinnen im Sinne des § 7a SGB XI vorgegeben (GKV-Spitzenverband 2008). Das PFWG gewährte eine Übergangsfrist bis zum 30. Juni 2011, bis zu der spätestens alle Pflegeberaterinnen die vorgegebenen Qualifikationsanforderungen zu erfüllen hatten (§ 7a Abs. 3 Satz 4 SGB XI).

Da die Befragung im April 2011 durchgeführt wurde, war noch nicht zu erwarten, dass alle in der Pflegeberatung tätigen Beschäftigten über eine entsprechende Weiterbildung verfügten. Allerdings sollte bereits ein sehr hoher Grad der Erfüllung dieser Anforderung erreicht worden sein. Auf die entsprechende Frage gaben die rheinland-pfälzischen Pflegestützpunkte an, dass 39,5% ihrer Pflegeberaterinnen bereits eine abgeschlossene Weiterbildung besitzen und bei 58,1% eine entsprechende Weiterbildung noch läuft (Abbildung 9). Die niedersächsischen Stützpunkte gaben an, dass 37,5% eine Weiterbildung abgeschlossen haben und diese bei 62,5% noch läuft. Die Ergebnisse lassen die Annahme begründet erscheinen, dass die vom Gesetz geforderten Anforderungen an die Qualifizierung der Pflegeberaterinnen in Pflegestützpunkten in diesen beiden Bundesländern nach Ablauf der Übergangsfrist vollständig erfüllt wurden.



Frage: Sind Ihre Pflegeberaterinnen nach den Empfehlungen des GKV Spitzenverbandes geschult?

Abb. 9: Schulung der Pflegeberaterinnen

3.5 Systembezogene Aufgaben

Um die Aufgabe der individuellen Beratung und Unterstützung wahrnehmen zu können, brauchen Pflegestützpunkte Kenntnisse über das regionale Versorgungssystem und eine Vernetzung mit anderen regionalen Akteuren und Versorgungseinrichtungen. Dementsprechend wurde auch danach gefragt, ob eine Erhebung der regionalen Hilfs- und Unterstützungsangebote durch den Pflegestützpunkt und Zusammenarbeit mit anderen Pflegestützpunkten und Organisationen erfolgt.

Die weit überwiegende Mehrheit der befragten Stützpunkte gab in beiden Bundesländern an, eine Erhebung regionaler Hilfs- und Unterstützungsangebote durchzuführen. In Niedersachsen waren es 90,9% der teilnehmenden Pflegestützpunkte und in Rheinland-Pfalz 88,6%.

In beiden Ländern gaben die befragten Stützpunkte ein hohes Maß an Vernetzung an. Die Frage nach einer Vernetzung mit anderen Pflegestützpunkten bejahten 100% der rheinland-pfälzischen Stützpunkte und 72,7% der niedersächsischen. Die höhere Quote in Rheinland-Pfalz lässt sich nicht zuletzt mit entsprechenden Vorgaben auf Landesebene erklären. Der Landesrahmenvertrag gibt in § 8 vor, dass in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Kooperationsgemeinschaften zu bilden sind, die unter anderem dafür zu sorgen haben, dass Pflegestützpunkte zusammenarbeiten. Ange-

sichts der Tatsache, dass Niedersachsen über kein flächendeckendes Netz an Pflegestützpunkten verfügt und von daher Pflegestützpunkte zumeist weit von einander entfernt arbeiten, ist ein Ergebnis von 73% durchaus bemerkenswert. Zumal die Vernetzung der Pflegestützpunkte untereinander im Rahmenvertrag nicht gefordert wird. Das Ergebnis deutet insofern auf ein erhebliches Maß an Eigeninitiative hin.

Da die Möglichkeiten einer Vernetzung mit anderen Institutionen und Akteuren vielfältig sind, wurde die Frage nach den übrigen Netzwerkpartnern als offene Frage gestellt. In Niedersachsen nannten fünf von 11 Pflegestützpunkten als weitere Netzwerkpartner „ambulante Pflegedienste“, vier nannten „Pflege- und Altenheime“. Die Vernetzung mit der „Kommune“ wurde zweimal benannt. Zwei Pflegestützpunkte nannten jeweils „Seniorenbüro“, „Pflegekasse“ und „Mehrgenerationenhaus“. Jeweils nur einmal wurde „Sozialamt“, „teilstationäre Betreuung“, „Hausarzt“, „gerontopsychiatrischer Kreis“, „Selbsthilfegruppe“, „Hospiz“ und „Palliativverein“ angegeben.

In Rheinland-Pfalz nannten 27 von 44 Pflegestützpunkten „ambulante Pflegedienste“ und 25 nannten „Pflege- und Altenheime“. 11 Pflegestützpunkte gaben die „Kommune“ und jeweils zehn gaben „Netzwerk Demenz“ und „Sozialamt“ an. Die Vernetzung mit „Seniorenhilfen“, „Ärzten“, „Krankenhäusern“, den „Sozialdiensten der Krankenhäuser“ und den „Betreuungsbehörden“ wurde jeweils von acht Pflegestützpunkten genannt. Sieben Pflegestützpunkte nannten eine Zusammenarbeit mit den „Krankenkassen“, sechs nannten das „Gesundheitsamt“ und die „Pflegekassen“, fünf nannten die „teilstationäre Betreuung“ und vier die „Wohlfahrtsverbände“. Als weitere Netzwerkpartner wurden jeweils dreimal der „MDK“, das „Amtsgericht“ und andere Pflegestützpunkte genannt. Jeweils zwei Stützpunkte gaben „Hospiz“, „Sozialdienst“ und „Selbsthilfegruppe“ an. 20 von 44 Pflegestützpunkten antworteten, dass es „zu viele Netzwerkpartner“ gibt, um sie alle in dem Fragebogen anzugeben. Ein Pflegestützpunkt beanstandete „zu wenig Platz“ auf dem Fragebogen an, um sämtliche Netzwerkpartner aufzuzählen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflegestützpunkte in beiden Bundesländern mit zahlreichen Netzwerkpartnern zusammenarbeiten. In Rheinland-Pfalz ist die angegebene Vielfalt offenbar deutlich größer, was sicherlich vor allem durch die langjährig bestehenden Vorstrukturen der Beko-Stellen zu erklären ist. Die niedersächsischen Pflegestützpunkte konnten zwar häufig auch auf Vorstrukturen aufbauen, wie beispielsweise kommunale Beratungsstellen, befinden sich beim Aufbau spezifischer Netzwerke für die Versorgung Pflegebedürftiger aber verglichen mit Rheinland-Pfalz eher noch in einer Aufbauphase.

4. Diskussion

Die vorliegende Untersuchung lässt sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten zwischen beiden untersuchten Bundesländern beim Auf- und Ausbau von Pflegestützpunkten erkennen.

Der wohl wichtigste Unterschied zwischen beiden Ländern dürfte sein, dass es in Rheinland-Pfalz seit 1995 ein System von Beratungs- und Koordinierungsstellen (Beko-Stellen) gab, die bereits seit langem wesentliche Aufgaben wahrgenommen hatten, die durch das PfWG 2008 den neu zu schaffenden Pflegestützpunkten zugewiesen wurden. Rheinland-Pfalz brauchte insofern nur die bestehenden Beko-Stellen in Pflegestützpunkte umzuwandeln und konnte binnen kürzester Zeit bereits ein wohnortnahes und weitgehend flächendeckendes System von Pflegestützpunkten vorweisen. Die 2011 erreichte Versorgungsdichte von einem Pflegestützpunkt für ca. 30.000 Einwohner basierte darauf, dass eine solche Verhältniszahl durch Landesgesetz bereits für die Beko-Stellen vorgegeben war.

Niedersachsen konnte hingegen auf keine den Beko-Stellen vergleichbaren Vorstrukturen zurückgreifen und musste die Frage entscheiden, ob überhaupt Pflegestützpunkte errichtet werden sollen und – wenn ja – auf welchem Weg. Während die rheinland-pfälzische Landesregierung den Weg einer Allgemeinverfügung ging, in der die Errichtung von Pflegestützpunkten landesweit verbindlich vorgegeben wurde, sprach sich die niedersächsische Landesregierung zwar grundsätzlich für die Errichtung von Pflegestützpunkten aus, übertrug die Entscheidung über die Ausgestaltung eines Systems von Pflegestützpunkten aber auf Verhandlungen zwischen den Verbänden der Pflegekassen und kommunalen Spitzenorganisationen im Lande. Dieser Weg war offensichtlich nicht geeignet, einen schnellen und umfassenden Auf- und Ausbau von Pflegestützpunkten zu erreichen. Mitte 2011 wies Niedersachsen lediglich eine Versorgungsdichte von einem Pflegestützpunkt für ca. 343.000 Einwohner auf und kam damit nur auf ein Zehntel der in Rheinland-Pfalz bereits realisierten Dichte.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied zeigt sich in der Einbindung der verschiedenen Akteure des pflegerischen Versorgungssystems in die Trägerschaft von Pflegestützpunkten. Offensichtlich ist es in Rheinland-Pfalz weit besser als in Niedersachsen gelungen, eine Vielzahl von Akteuren einzubeziehen, insbesondere auch die Wohlfahrtsverbände. Anders hingegen in Niedersachsen, wo nur Kommunen und Krankenkassen/Pflegekassen als Träger genannt wurden.

Sofern sich in der Ausgestaltung der konkreten Arbeit der Pflegestützpunkte Unterschiede zeigten, dürften diese überwiegend durch die zuvor angesprochenen Vorstrukturen und Grundsatzentscheidungen der jeweiligen Landesregierung beeinflusst sein. Entsprechende Unterschiede zeigten sich beispielsweise bei dem Arbeitsbeginn von Pflegestützpunkten, der Größe des Einzugsgebietes, den Öffnungszeiten, der Häufigkeit der Vorhaltung von Außenstellen oder Gesamtzahl von Kontakten mit Rat- und Hilfesuchenden. Sofern sich hier Unterschiede ergaben, können sie weitgehend auf die spätere Vereinbarung eines Landesrahmenvertrages in Niedersachsen und die sehr unterschiedliche Versorgungsdichte in beiden Ländern zurückgeführt werden. Auch die deutlichen Unterschiede im Ausmaß der Vernetzung und der Zahl von Netzwerkpartnern dürfte vor allem damit zu erklären sein, dass die rheinland-pfälzischen Stützpunkte auf die seit langem bestehenden Netzwerkstrukturen der Beko-Stellen zurückgreifen konnten.

Bei der Ausgestaltung der internen Strukturen und der konkreten Arbeitsweise zeigen sich dagegen deutliche Ähnlichkeiten und Parallelen, so beispielsweise beim hohen Grad der Qualifizierung von Pflegeberaterinnen, der systematischen Dokumentation von Beratungsprozessen und Erhebung von regionalen Versorgungsstrukturen. Dies kann als Hinweis auf ein stark ausgeprägtes Engagement der Beschäftigten in Pflegestützpunkten gedeutet werden, die sich – im Falle Niedersachsens – auch von äußeren Erschwernissen nicht davon abbringen lassen, ein System wohnortnaher Beratung und Unterstützung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen auf- und auszubauen.

Die hier vorgestellte Befragung konnte nur zwei Bundesländer einschließen und lässt somit keine Schlussfolgerungen für die bundesweite Umsetzung zu. Erkenntnisse über den bundesweiten Stand der Umsetzung wären allerdings dringend erforderlich, und insofern bleibt festzustellen, dass eine bundesweite, alle Bundesländer einschließende Evaluation der Umsetzung des § 92c SGB XI dringend erforderlich ist.

5. Limitationen

Da es sich um eine Befragung mit freiwilliger Teilnahme handelte und insgesamt lediglich 35% der befragten Pflegestützpunkte teilnahmen, können systematische Verzerrungen der Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden. So kann beispielsweise nicht ausgeschlossen werden, dass vor allem Pflegestützpunkte antworteten, die bei der Erhebung des regionalen Versorgungsbedarfes und der regionalen Vernetzung besonders engagiert waren und deren Qualifikationsstrukturen den Vorgaben bereits weitgehend entsprachen. Mit dem Problem systematischer Verzerrungen durch systematisch unterschiedliches Antwortverhalten dürften allerdings auch zukünftige Befragungen zumindest in Flächenländern konfrontiert sein, sofern sie auf die Freiwilligkeit der befragten Stützpunkte angewiesen sind.

Literatur

- Bundesregierung (2010): Stand des Aufbaus von Pflegestützpunkten nach § 92c des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Hilde Mattheis, Petra Ernstberger, Iris Gleicke, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD. Bundestags-Drucksache 17/2291 vom 25.06.2010
- Bundesregierung (2012): Fünfter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Bundestags-Drucksache 17/8332 vom 12.01.2012
- Döhner, H.; Gerlach, A.; Köpke, S.; Lüdecke, D. (2011): Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg. Online verfügbar unter: <http://www.chemie.uni-hamburg.de/igtw/Gesundheit/images/pdf/abschlussbericht.pdf> (15.07.2012)
- GKV, Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (2008): Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen zugleich Spitzenverbände der Pflegekassen zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Stand: 16.01.2008. Online verfügbar unter:

- http://www.gkv.info/gkv/fileadmin/user_upload/PDF/Pflegeversicherung/gesamtstellungnahme_20080116_2_.pdf (Date Accessed).
- GKV-Spitzenverband (2008): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008. Online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/richtlinien_zur_pflegerberatung_und_pflegebeduerftigkeit/2008_-_08-29_Empfehlungen__7a_Abs3.pdf (15.07.2012).
- Klie, T. (2009): Aktuelles zu Pflegestützpunkten – Länder tun sich weiterhin schwer. In: Case Management, Jg. 6, Heft 1, S. 32-33
- Ramboll, Ramboll Management Consulting GmbH (2011): Evaluation von Pflegestützpunkten im Lande Brandenburg. Online verfügbar unter: http://www.masf.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/Evaluationsbericht_PSP_Brandenburg_final.pdf (14.07.2012)
- Röber, M.; Hämel, K. (2011): Strukturprobleme bei der Implementierung von Pflegestützpunkten in Hessen. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 16, Heft 2, S. 138-153
- SVR-G, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Bonn: SVR-G
- ZES, Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (2011): Innovationsförderung und Strukturverbesserung – Evaluation der Pflegestützpunkte und weiterer Beratungsstellen im Lande Bremen. Online verfügbar unter: <http://www.zes.uni-bremen.de/ccm/research/projekte/innovationsfoerderung-und-strukturverbesserung---evaluation-der-pflegestuetzpunkte-und-weiterer-beratungsstellen-im-lande-bremen/?selectedTab=desc> (15.07.2012)

Tanja Hildebrandt, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Bachelor of Arts in Nursing
Sarah Leiffermann, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Bachelor of Arts in Nursing
Meike Tarwitz, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Bachelor of Arts in Nursing
Prof. Dr. Michael Simon

Kontaktadresse:

Tanja Hildebrandt, Hunteweg 29, 37081 Göttingen, tanja.hildebrandt@yahoo.de

Beitrag

Lena Dorin, Sabine Metzging, Elzbieta Krupa und Andreas Büscher

Erholungszeiten für Familien von Schwerpflegebedürftigen: Inanspruchnahme und Potenzial von Tages- und Kurzzeitpflege

Time to recover for families caring for patients with severe care needs: Utilization and potential future-use of day and short-term care

Background and research question: Caring for a person with severe care needs is often a demanding task for family members. This paper focuses on the knowledge, utilization, and the potential use of two respite care offers day and short-term care. At the moment, utilization of both day and short-term care is rising in Germany. The research question investigates which offers are accepted; to which degree among individuals with severe care needs and their family members, and which factors influence utilization. Method: Basis for the analysis is data from a survey by the „health care monitor“. Descriptive analyses and logistic regressions are used. Result: The results show that every other respondent opposes day care; one in four rejects short-term care. Most are informed about day and short-term care. The potential use of day and short-term care is higher than the previous utilization. One result of the regression is that the chance for future utilization of day and short-term care is significantly higher in cases of a bad health status of the caring family member. The same results apply for the utilization of short-term care.

Keywords

short-term care, day care, respite care

Hintergrund und Fragestellung: Die Pflege eines schwerpflegebedürftigen Angehörigen stellt eine häufig längerfristige und in vielerlei Hinsicht herausfordernde Aufgabe dar. Dieser Artikel beschäftigt sich mit der Kenntnis, der Nutzung und dem Potenzial von zwei Angeboten, die Erholungszeiten für Angehörige ermöglichen: der Tages- und der Kurzzeitpflege. Aktuell ist ein Anstieg der Nutzung dieser Unterstützungsangebote zu verzeichnen. Die Fragestellung ist, welches Angebot wie von Schwerpflegebedürftigen und ihren Familien angenommen wird und welche Faktoren die Entscheidung zur Nutzung der Tages- oder Kurzzeitpflege beeinflussen. Methode: Grundlage für die Analyse sind Primärerhebungsdaten aus dem Gesundheitsmonitor. Neben einer deskriptiven Analyse werden logistische Regressionen verwendet. Ergebnis: Jeder zweite Antwortende lehnt die Tagespflege ab, gleiches gilt für mehr als jeden Vierten in Bezug auf die Kurzzeitpflege. Die Kenntnis über die beiden Unterstützungsangebote ist weit verbreitet. Das Potenzial beider Angebote übersteigt die

eingereicht 23.02.2013
akzeptiert 14.06.2013

bisherige Nutzung. Die Regressionen zeigen unter anderem, dass die Chance für die zukünftige Inanspruchnahme der Tages- und Kurzzeitpflege signifikant häufiger in den Pflegearrangements besteht, in denen der Gesundheitszustand des Angehörigen schlecht ist. Gleiches trifft für die bisherige Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege zu.

Schlüsselwörter

Kurzzeitpflege, Tagespflege, Entlastung

1. Einleitung

Die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit stellt eine der bedeutenden Herausforderungen des demografischen Wandels dar. Nach wie vor spielen Familien dabei eine entscheidende Rolle. Die Unterstützungsangebote für diese Familien und die Gewinnung von Erkenntnissen zu ihrer Situation in häuslichen Pflegearrangements stehen im Zentrum dieses Beitrags.

2. Schwerpflegebedürftige in Deutschland

Insgesamt leben in Deutschland rund 2,5 Millionen Pflegebedürftige. Etwa jeder Dritte von ihnen ist als schwerpflegebedürftig in Pflegestufe II eingestuft und hat somit einen vom medizinischen Dienst der Krankenversicherung festgestellten täglichen Hilfebedarf (bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung) von mehr als drei Stunden (StBA 2013). Rund 70 Prozent der Schwerpflegebedürftigen werden zu Hause betreut, versorgt und gepflegt. Von diesen werden gut zwei Drittel allein durch Angehörige versorgt, knapp ein Drittel nimmt einen Pflegedienst in Anspruch (ebd.).

2.1 Die Rolle der Familie für Pflegebedürftige

Pflegebedürftige wünschen sich überwiegend, auch mit Einschränkungen weiter im gewohnten Umfeld zu leben und dort betreut zu werden (Schneekloth/Wahl 2005). Grundvoraussetzung hierfür ist in den allermeisten Fällen familiäre Unterstützung. Die Bedeutung der Familienmitglieder ist groß: sie versorgen ihre pflegebedürftigen Angehörigen oft zu Beginn der Pflegebedürftigkeit allein (Büscher/Schnepp 2011). Auch wenn ein Pflegedienst hinzugezogen wird, sind sie weiterhin meist stark in die Versorgung und Pflege eingebunden (ebd.). Insbesondere, wenn der Pflegebedarf steigt und die Betreuungsanforderungen intensiver werden, ist ein Verbleib zu Hause ohne Familie derzeit kaum sicherzustellen (Garms-Homolová 2008). Rund 97 Prozent der zu Hause lebenden Schwerpflegebedürftigen können aktuell mindestens einmal wöchentlich auf Hilfe aus der Familie, von Nachbarn oder Freunden zurückgreifen (Dorin/Büscher 2012).

2.2 Herausforderungen für pflegende Familien

Angehörige, die sich um pflegebedürftige Partner oder Eltern kümmern, tun dies durchschnittlich über 42 Stunden pro Woche (Schneekloth/Wahl 2005). Ihr Zeiteinsatz für die Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung entspricht damit einer Vollzeitbeschäftigung. Zu einer ähnlichen Einschätzung des zeitlichen Aufwands kommt die europäische Vergleichsstudie EUROFAMCARE, die im Durchschnitt 39,5 Wochenstunden ermittelt (Kofahl/Mnich 2005).

Teilweise haben Familienmitglieder weitere Anforderungen zu bewältigen, beispielsweise die Übernahme von Verantwortung für eigene minderjährige Kinder (Kofahl et al. 2009). Diejenigen, die einen Pflegebedürftigen mit einer Demenzerkrankung betreuen oder selbst durch eine eigene Erkrankung eingeschränkt sind, berichten ebenfalls häufiger von sehr belastenden Alltagssituationen (Kofahl et al. 2007). So spürt jeder zweite Schwerpflegebedürftige, dass Angehörige manchmal oder häufig „überfordert oder genervt“ sind (Dorin/Büscher 2012: 256). Beinahe jeder Dritte fühlt sich zudem einsam oder verlassen. Persönliche Gespräche vermissen 42 Prozent. Etwas mehr als ein Drittel der engsten Angehörigen hat einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand. 41 Prozent der Schwerpflegebedürftigen haben daher manchmal oder häufig Angst, dass ihre nächste Kontaktperson sie in Zukunft nicht mehr so unterstützen kann, wie sie es derzeit tut (ebd.).

Ein insgesamt überschaubarer Betreuungsaufwand, der auf mehrere Familienmitglieder aufgeteilt ist, wird in Versorgungssituationen als entlastend wahrgenommen (Schneekloth/Wahl 2005). Ausschlaggebend für die empfundene Belastung ist jedoch, wie die Familien ihre individuelle Situation subjektiv erleben (Balducci et al. 2008).

2.3 Bekanntheit von Unterstützungsangeboten

Im Ergebnis einer Befragung der Angehörigen von ambulant versorgten Pflegebedürftigen mit und ohne Demenz in Deutschland sind die bekanntesten Unterstützungsangebote ambulante Pflegedienste, Tages- und Kurzzeitpflege (Frey/Hesse 2011). Allerdings zeigen sich in den befragten Gruppen signifikante Unterschiede in Bezug auf das Wissen um die Unterstützungsangebote. So kennen Angehörige von demenzerkrankten Pflegebedürftigen die Tagespflege zu fast 57 Prozent. Im Vergleich dazu ist das Angebot mehr als sieben von zehn Angehörigen von Pflegebedürftigen ohne Demenz bekannt. Über das Angebot der Kurzzeitpflege sind Angehörige von Pflegebedürftigen mit Demenz mit über 76 Prozent etwas häufiger informiert, als Angehörige, die ein Familienmitglied ohne Demenz betreuen (71%) (ebd.).

2.4 Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Tagespflege

Im Jahr 2011 nutzten fast 44.000 Pflegebedürftige in Deutschland die Tagespflege und fast 20.000 die Kurzzeitpflege (StBA 2013). Verglichen mit aktuell über einer halben Million Menschen, die Unterstützung durch einen Pflegedienst erhalten, fällt die In-

anspruchnahme von Tages- und Kurzzeitpflege eher gering aus (ebd.). Aber es sind deutliche Steigerungen zu erkennen. Die Kurzzeitpflege haben 2011 zehn Prozent mehr Pflegebedürftige in Anspruch genommen als zwei Jahre zuvor. Im gleichen Zeitraum stieg die Nutzung der Tagespflege um über 40 Prozent. Insbesondere in internationalen Publikationen werden entlastende Angebote wie die Tages- und Kurzzeitpflege als „respite care“ beschrieben und als wichtige Ressourcen für Angehörige eingestuft (z. B. Colombo et al. 2011). Welche Rolle diese Unterstützungsmöglichkeiten allerdings für Schwerpflegebedürftige und ihre Familien spielen, ist bislang wenig erforscht. In diesem Beitrag sollen einige Erkenntnisse zu diesem Bereich vorgestellt werden. Im Fokus stehen dabei die Fragen,

- wie verbreitet die Inanspruchnahme von Tages- und Kurzzeitpflege bei Schwerpflegebedürftigen und ihren Familien ist,
- welches Potenzial in Bezug auf eine mögliche zukünftige Nutzung besteht und
- welche Faktoren mit der Nutzung und dem Potenzial für eine zukünftige Nutzung der Tages- und Kurzzeitpflege assoziiert sind.

3. Methodik

Im Rahmen der Publikationsreihe Gesundheitsmonitor, einem gemeinsamen Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Krankenkasse BARMER GEK, wurde eine Sonderbefragung zu ambulanten Pflegearrangements von Schwerpflegebedürftigen durchgeführt. Hierfür sind bundesweit 2.524 Fragebögen im Februar 2012 an Versicherte der BARMER GEK mit Pflegestufe II verschickt worden. Befragt wurden alle Schwerpflegebedürftigen, die in den letzten zwölf Monaten vor Fragebogenversendung von Pflegestufe I in Pflegestufe II hochgestuft wurden und zum Zeitpunkt der Befragung nicht im Pflegeheim lebten. 1.152 Fragebögen wurden ausgefüllt zurückgesandt, was einer Rücklaufquote von 45,6 Prozent entspricht. Aus den Analysen sind die unter 35-Jährigen – darunter vor allem Kinder – ausgeschlossen worden, da sie einen anderen Versorgungsbedarf haben als die eigentliche Zielgruppe der Untersuchung. Ausgewertet werden daher insgesamt 1.115 Fragebögen.

Da davon auszugehen war, dass aufgrund ihrer gesundheitsbedingten Einschränkungen nicht alle Schwerpflegebedürftige allein den Fragebogen ausfüllen können, wurde die Möglichkeit gegeben, auch mit oder durch Angehörige zu antworten. Es wurde erfragt, wer den Fragebogen ausgefüllt hat. Die Fragebogenentwicklung erfolgte im Rahmen des Gesundheitsmonitors. Da kein entsprechendes Erhebungsinstrument vorlag, wurde auf der Grundlage der Erkenntnisse zu ambulanten Pflegearrangements und zum Inanspruchnahmeverhalten von ambulanten Unterstützungsleistungen ein neuer Fragebogen entwickelt. Die Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung wurden hierbei ebenfalls einbezogen. Datenschutzrechtlichen Bestimmungen und weitere ethische Aspekte wurden im Rahmen dieser Untersuchungen durch Einhaltung der strengen Auflagen, die für eine Pflegekasse als Körperschaft öffentlichen Rechts gelten, berücksichtigt.

Diese Veröffentlichung basiert auf der Analyse dieser Befragungsdaten und fokussiert die Unterstützungsangebote Tages- und Kurzzeitpflege.

Für die Befragung wurden die Angebote zur Entlastung wie folgt beschrieben:

- *Tagespflege*: Bei der Tagespflege werden die Pflegebedürftigen tagsüber in einer Einrichtung gepflegt und betreut. Es werden Abhol- und Bringdienste sowie die Verpflegung organisiert.
- *Kurzzeitpflege*: Kurzzeitpflege ist der vorübergehende (pro Jahr maximal vierwöchige) Aufenthalt in einem Pflegeheim, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt oder wenn in der häuslichen Pflege die pflegende Person vorübergehend ausfällt.

In einer deskriptiven Analyse der Daten (Variablen siehe Tabelle 1) werden zunächst Unterschiede in der bisherigen Nutzung, das Potenzial für eine zukünftige Nutzung und die Kenntnis von Tages- und Kurzzeitpflege nach Alter, Geschlecht und der vergangenen Zeit seit Höherstufung sowie die unterschiedlichen Bogenausfüller verglichen (Ergebnisse siehe Tabelle 2).

| Variablenname | Variablenbeschreibung | Ausprägungen |
|---|--|--|
| Alter | Alter des Pflegebedürftigen | 1 = bis 70 Jahre 2 = 71-80 Jahre 3 = 81 Jahre und älter 4 = keine Angabe |
| Geschlecht | Geschlecht des Pflegebedürftigen | 1 = weiblich 2 = männlich 3 = keine Angabe |
| Höherstufung | Zurückliegender Zeitraum seit Höherstufung | 1 = 7-12 Monate 2 = 3-6 Monate 3 = weniger als 3 Monate 4 = keine Angabe |
| Bogenausfüller | Wer hat den Fragebogen ausgefüllt? | 1 = Pflegebedürftiger allein 2 = Pflegebedürftiger und Angehöriger gemeinsam 3 = Angehöriger allein 4 = keine Angabe |
| Kenntnis, Nutzung, Potenzial, Ablehnung | Nutzung und Kenntnis von Unterstützungsangeboten (Auflistung und Beschreibung der Angebote oberhalb der Tabelle 1) | 1 = kenne ich nicht 2 = nutze ich nicht, möchte ich aber nutzen 3 = nutze ich nicht, möchte ich auch nicht nutzen 4 = nutze ich 5 = keine Angabe |

Tab. 1: Variablen für die deskriptive Analyse

3.1 Mit der Inanspruchnahme und dem Potenzial von Tages- und Kurzzeitpflege assoziierte Faktoren

Welche Faktoren einen Einfluss auf die bisherige und zukünftige Inanspruchnahme haben, wird in vier (nominal skalierten) logistischen Regressionsmodellen ermittelt. Als abhängige Variablen sind hierfür die bisherige Nutzung und das Potenzial einer zukünftigen Nutzung gegenüber der Ablehnung einer Nutzung, jeweils in separaten Mo-

dellen für die Tages- und für die Kurzzeitpflege, untersucht worden. Sowohl die bisherigen, als auch die potenziellen Nutzer, wurden jeweils zu der Gruppe derjenigen kontrastiert, die dem Angebot ablehnend gegenüber stehen.

Als unabhängige Variablen wurden zeitgleich in die Modelle die Präsenz von Einsamkeit und das Vermissen von Gesprächen durch den Pflegebedürftigen, die von Pflegebedürftigen wahrgenommene Überforderung des Pflegenden und die Furcht vor Verlust seiner Unterstützung sowie der Gesundheitszustand und die Berufstätigkeit des nächsten Angehörigen eingeschlossen. Weiterhin wurden die Angaben zu Anpassungen bzgl. ambulanter Pflegeleistungen sowie Alter und Geschlecht des Pflegebedürftigen einbezogen (Variablenbeschreibung unterhalb Tabelle 3).

In den Regressionsmodellen wird ermittelt, welche der genannten Faktoren relevant dafür sind, ob Kurzzeit- oder Tagespflege bereits in Anspruch genommen wird, bzw. ob eine zukünftige Nutzung für den Schwerpflegebedürftigen und seine Angehörigen in Frage kommt. Hierfür wurde nur die größte Subgruppe der Antwortenden einbezogen, in der die Schwerpflegebedürftigen gemeinsam mit ihren Angehörigen den Fragebogen ausgefüllt haben. Die Entscheidung für die Subgruppenanalyse ist damit zu begründen, dass davon auszugehen ist, dass der Entschluss zur Nutzung von Unterstützungsangeboten meistens nicht von Pflegebedürftigen oder Angehörigen allein, sondern von beiden gemeinsam getroffen wird. Die Analyse dieser Subgruppe der Antwortenden bildet also vermutlich die Entscheidungsrealität am besten ab.

4. Ergebnisse

Im Durchschnitt sind die in der Befragung erfassten Pflegebedürftigen 79,7 Jahre alt; 58,1 Prozent sind weiblich. Im Folgenden soll zunächst dargestellt werden, wie bekannt die Tages- und Kurzzeitpflege den Antwortenden sind und wie häufig sie bereits zum Befragungszeitpunkt genutzt werden. Ebenso soll analysiert werden, wie viele sich eine Nutzung in Zukunft vorstellen können und wie weit die Ablehnung einer Inanspruchnahme verbreitet ist (Abbildung 1).

Erfahrungen durch eine Betreuung in der Tagespflege haben bislang rund vier Prozent der Schwerpflegebedürftige gemacht. Mehr als dreimal so viele könnten sich vorstellen, in Zukunft eine Tagespflegeeinrichtung zu besuchen. In knapp der Hälfte der befragten Pflegearrangements wird das Angebot abgelehnt. Über 65 Prozent der Befragten geben an, das Unterstützungsangebot zu kennen.

Fast jeder fünfte Schwerpflegebedürftige hat bereits Kurzzeitpflege in Anspruch genommen, somit deutlich mehr als die Tagespflege. Rund jeder vierte der Befragten möchte das Angebot in Zukunft nutzen. Eine etwas größere Gruppe lehnt dies ab. Über 90 Prozent der Befragten, die hier eine Angabe gemacht haben, wissen, dass es Kurzzeitpflege gibt (entspricht 71,6% aller Befragten).

Die Unterschiede in der Nutzung, dem Potenzial, der Ablehnung und der Kenntnis, in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht des Pflegebedürftigen, der vergangenen

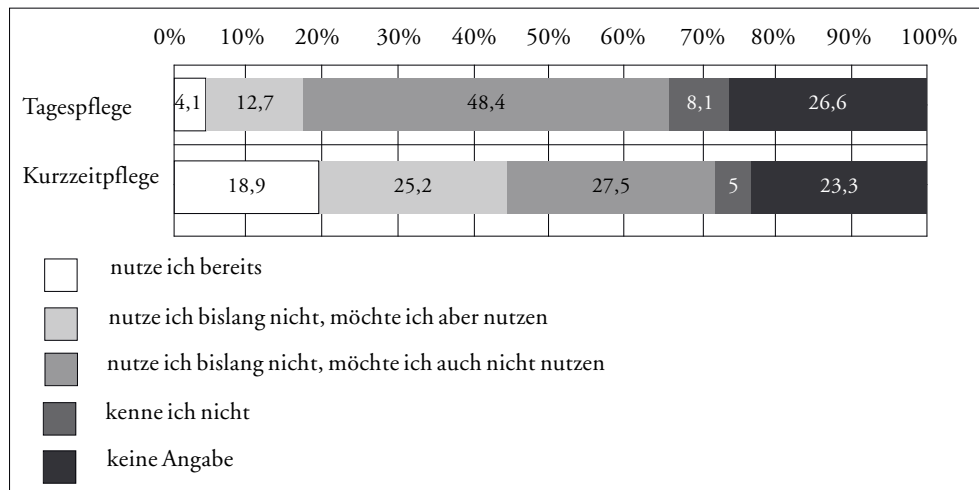


Abb. 1: Nutzung, Potenzial und Kenntnis von Tages- und Kurzzeitpflege

Zeit seit der Höherstufung in die Pflegestufe II und der antwortenden Person(en), soll Tabelle 2 zeigen.

Die Ablehnung beider Entlastungsangebote ist weit verbreitet. Fast jeder zweite Befragte lehnt die Kurzzeitpflege ab, mehr als jeder vierte die Tagespflege (vgl. Tabelle 2). Die Tagespflege wird am häufigsten in der Gruppe abgelehnt, in der der Pflegebedürftige gemeinsam mit seinem Angehörigen geantwortet hat. Je länger die Höherstufung zurückliegt, desto weiter verbreitet ist diese kritische Einstellung gegenüber der Tagespflege.

Das Angebot der Tagespflege nutzen bislang etwas mehr schwerpflegebedürftige Männer als Frauen. Auch das Potenzial ist unter Männern weiter verbreitet. Sowohl die bisherige als auch die erwartete zukünftige Nutzung ist in der Altersgruppe der 71- bis 80-Jährigen Schwerpflegebedürftigen am höchsten. Die bisherige Nutzung ist auch dann am höchsten, wenn der Schwerpflegebedürftige allein geantwortet hat. Diese Gruppe ist allerdings die kleinste und gleichzeitig diejenige mit den meisten Missings. Auffällig ist, dass sich fast jeder sechste der allein antwortenden Angehörigen eine zukünftige Inanspruchnahme der Tagespflege vorstellen kann, aber nur rund jeder fünfzehnte der allein antwortenden Schwerpflegebedürftigen. Es zeigt sich eine weitere Differenz bei der Bekanntheit der Tagespflege: während nur gut fünf Prozent der allein ausfüllenden Angehörigen die Tagespflege unbekannt ist, trifft dies für rund jeden zehnten Schwerpflegebedürftigen zu, der ohne Hilfe geantwortet hat (siehe Tabelle 2).

Bislang wurde die Kurzzeitpflege in fast jedem fünften Pflegearrangement genutzt. Das Potenzial für eine zukünftige Nutzung wird in jedem vierten gesehen. Unter allein antwortenden Angehörigen besteht das größte Potenzial. In dieser Gruppe ist auch die Kenntnis am weitesten verbreitet. Die Nutzung und das Potenzial sind bei Männern mit 21 bzw. 28 Prozent etwas höher als bei Frauen mit knapp 18 bzw. 24 Prozent. Kurz-

| | | Nutzung | Potenzial | Ablehnung | Unkenntnis | keine Angabe | gesamt |
|----------------|-----------------------------------|----------------|------------|------------|------------|--------------|------------|
| | | Tagespflege | | | | | |
| Geschlecht | weiblich | 20 (3,1)* | 72 (11,1) | 322 (49,7) | 64 (9,9) | 170 (26,2) | 648 (100) |
| | männlich | 26 (5,6) | 70 (15,1) | 217 (46,7) | 26 (5,6) | 126 (27,1) | 465 (100) |
| | keine Angabe | 0 | 0 | 1 (50,0) | 0 | 1 (50,0) | 2 (100) |
| Alter | bis 70 Jahre | 6 (3,5) | 24 (14,0) | 97 (56,4) | 16 (9,3) | 29 (16,9) | 172 (100) |
| | 71-80 Jahre | 15 (4,3) | 54 (15,6) | 168 (48,6) | 28 (8,1) | 81 (23,4) | 346 (100) |
| | 81 Jahre und älter | 25 (4,2) | 64 (10,7) | 275 (46,1) | 46 (7,7) | 187 (31,3) | 597 (100) |
| | keine Angabe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bogenausfüller | Pflegebedürftiger | 10 (6,5) | 10 (6,5) | 64 (41,3) | 18 (11,6) | 53 (34,2) | 155 (100) |
| | Pflegebedürftiger mit Angehörigem | 19 (3,1) | 76 (12,2) | 326 (52,4) | 55 (8,8) | 146 (23,5) | 622 (100) |
| | Angehöriger | 17 (5,5) | 53 (17,1) | 141 (45,5) | 16 (5,2) | 83 (26,8) | 310 (100) |
| | keine Angabe | 0 | 3 (10,7) | 9 (32,1) | 1 (3,6) | 15 (53,6) | 28 (100) |
| Höherstufung | vor 7-12 Monaten | 26 (3,8) | 86 (12,5) | 351 (51,2) | 53 (7,7) | 170 (24,8) | 686 (100) |
| | vor 3-6 Monaten | 16 (4,3) | 49 (13,1) | 172 (46,1) | 32 (8,6) | 104 (27,9) | 373 (100) |
| | vor weniger als 3 Monaten | 3 (7,1) | 6 (14,3) | 13 (31,0) | 5 (11,9) | 15 (35,7) | 42 (100) |
| | keine Angabe | 1 (7,1) | 1 (7,1) | 4 (28,6) | 0 | 8 (57,1) | 14 (100) |
| gesamt | | 46 (4,1) | 142 (12,7) | 540 (48,4) | 90 (8,1) | 297 (26,6) | 1115 (100) |
| | | Kurzzeitpflege | | | | | |
| Geschlecht | weiblich | 114 (17,6) | 152 (23,5) | 190 (29,3) | 38 (5,9) | 154 (23,8) | 648 (100) |
| | männlich | 97 (20,9) | 128 (27,5) | 117 (25,2) | 18 (3,9) | 105 (22,6) | 465 (100) |
| | keine Angabe | 0 | 1 (50,0) | 0 | 0 | 1 (50,0) | 2 (100) |
| Alter | Bis 70 Jahre | 29 (16,9) | 46 (26,7) | 65 (37,8) | 9 (5,2) | 23 (13,4) | 172 (100) |
| | 71-80 Jahre | 56 (16,2) | 105 (30,3) | 97 (28,0) | 19 (5,5) | 69 (20,0) | 346 (100) |
| | 81 Jahre und älter | 126 (21,1) | 130 (21,8) | 145 (24,3) | 28 (4,7) | 168 (28,1) | 597 (100) |
| | keine Angabe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bogenausfüller | Pflegebedürftiger | 12 (7,7) | 21 (13,5) | 50 (32,3) | 15 (9,7) | 57 (36,8) | 155 (100) |
| | Pflegebedürftiger mit Angehörigem | 112 (18,0) | 168 (27,0) | 184 (29,6) | 31 (5,0) | 127 (20,4) | 622 (100) |
| | Angehöriger | 85 (27,4) | 89 (28,7) | 65 (21,0) | 10 (3,2) | 61 (19,7) | 310 (100) |
| | keine Angabe | 2 (7,1) | 3 (10,7) | 8 (28,6) | 0 | 15 (53,6) | 28 (100) |
| Höherstufung | vor 7-12 Monaten | 131 (19,1) | 174 (25,4) | 200 (29,2) | 34 (5,0) | 147 (21,4) | 686 (100) |
| | vor 3-6 Monaten | 72 (19,3) | 95 (25,5) | 94 (25,2) | 20 (5,4) | 92 (24,7) | 373 (100) |
| | vor weniger als 3 Monaten | 6 (14,3) | 9 (21,4) | 10 (23,8) | 2 (4,8) | 15 (35,7) | 42 (100) |
| | keine Angabe | 2 (14,3) | 3 (21,4) | 3 (21,4) | 0 | 6 (42,9) | 14 (100) |
| gesamt | | 211 (18,9) | 281 (25,2) | 307 (27,5) | 56 (5,0) | 260 (23,3) | 1115 (100) |

* Werte in Klammern entsprechen den Prozentzahlen

Tab. 2: Nutzung, Potenzial, Ablehnung und Unkenntnis von Tages- und Kurzzeitpflege nach Geschlecht, Alter, Bogenausfüller und Höherstufungszeitpunkt in absoluten Zahlen und Prozent

zeitpflege wird in der Gruppe der Ältesten (über 81 Jahre) am häufigsten genutzt. Das Potenzial für eine zukünftige Inanspruchnahme ist in der Gruppe der 71 bis 80 Jährigen am höchsten.

4.3 Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen

| V | Tagespflege | | | | | | Kurzzeitpflege | | | | | |
|----|------------------------|---------------|---------------------|----------------------|---------------|---------------------|------------------------|---------------|---------------------|----------------------|---------------|---------------------|
| | Potenzial ¹ | | | Nutzung ¹ | | | Potenzial ¹ | | | Nutzung ¹ | | |
| | OR | KI | p-Wert ² | OR | KI | p-Wert ² | OR | KI | p-Wert ² | OR | KI | p-Wert ² |
| 1 | 0,918 | 0,513 - 1,646 | 0,775 | 0,491 | 0,171 - 1,407 | 0,185 | 0,759 | 0,467 - 1,234 | 0,266 | 0,750 | 0,432 - 1,300 | 0,305 |
| 2 | 0,851 | 0,384 - 1,884 | 0,690 | 0,395 | 0,080 - 1,952 | 0,254 | 0,731 | 0,377 - 1,416 | 0,353 | 0,746 | 0,358 - 1,555 | 0,434 |
| 3 | 1,110 | 0,588 - 2,096 | 0,747 | 0,657 | 0,213 - 2,027 | 0,465 | 0,846 | 0,494 - 1,448 | 0,541 | 0,671 | 0,362 - 1,245 | 0,206 |
| 4 | 0,556 | 0,290 - 1,066 | 0,077 | 1,113 | 0,310 - 3,997 | 0,869 | 0,916 | 0,491 - 1,711 | 0,784 | 1,070 | 0,555 - 2,064 | 0,839 |
| 5 | 0,472 | 0,250 - 0,889 | 0,020* | 0,542 | 0,177 - 1,656 | 0,282 | 1,159 | 0,656 - 2,047 | 0,611 | 0,619 | 0,340 - 1,126 | 0,116 |
| 6 | 0,909 | 0,487 - 1,700 | 0,766 | 1,297 | 0,401 - 4,197 | 0,665 | 0,541 | 0,311 - 0,940 | 0,029* | 0,512 | 0,279 - 0,940 | 0,031* |
| 7 | 0,792 | 0,428 - 1,463 | 0,456 | 0,943 | 0,308 - 2,881 | 0,918 | 0,622 | 0,359 - 1,078 | 0,090 | 0,794 | 0,439 - 1,436 | 0,446 |
| 8 | 0,576 | 0,310 - 1,070 | 0,081 | 1,054 | 0,307 - 3,617 | 0,933 | 0,999 | 0,549 - 1,817 | 0,998 | 0,535 | 0,292 - 0,980 | 0,043* |
| 9 | 1,480 | 0,748 - 2,930 | 0,260 | 0,812 | 0,262 - 2,520 | 0,718 | 2,148 | 1,207 - 3,824 | 0,009* | 1,280 | 0,685 - 2,389 | 0,439 |
| 10 | 2,371 | 1,303 - 4,313 | 0,005* | 1,034 | 0,318 - 3,367 | 0,956 | 1,928 | 1,102 - 3,373 | 0,021* | 1,921 | 1,052 - 3,509 | 0,034* |

Legende: V = unabhängige Variablen; OR = odds ratio; KI = Konfidenzintervall; * = statistisch signifikant

¹Im Vergleich zu den Antwortenden, die das Angebot ablehnen

²Signifikanzniveau von 5 %

Tab. 3: Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen: Einfluss der Variablen auf die Nutzung/das Potenzial von Tages- und Kurzzeitpflege

Unabhängige Variablen in den Modellen und ihre Ausprägungen:

1. Frauen (Referenzgruppe: Männer)
2. Bis zu 70-Jährige (Referenzgruppe: über 80-Jährige)
3. 71-80-Jährige (Referenzgruppe: über 80-Jährige)
4. Pflegebedürftiger hat sich nie/ selten einsam und verlassen gefühlt (Referenzgruppe: manchmal/ häufig)

5. Pflegebedürftiger spürte nie/ selten, dass der Angehörige überfordert oder genervt war (Referenzgruppe: manchmal/ häufig)
6. Pflegebedürftiger hatte nie/ selten Angst vor Verlust der Unterstützung durch die nächste Kontaktperson (Referenzgruppe: manchmal/ häufig)
7. Pflegebedürftiger hat den Kontakt zu anderen Menschen oder persönliche Gespräche nie/selten vermisst (Referenzgruppe: manchmal/ häufig)
8. Pflegedienst unterstützt genauso häufig wie vor der Höherstufung (Referenzgruppe: Pflegedienst kommt häufiger)
9. Pflegenden Angehörigen nicht berufstätig (Referenzgruppe: berufstätig)
10. Gesundheit des Angehörigen schlecht (Referenzgruppe: gut)

Die vier Regressionsanalysen zeigen die Zusammenhänge zwischen den Einflussvariablen und der Nutzung bzw. dem Potenzial einer möglichen zukünftigen Nutzung von Tages- und Kurzzeitpflege im Vergleich zur Ablehnung des jeweiligen Angebotes.

Als bedeutend erweist sich der Gesundheitszustand des Angehörigen. Ist dieser schlecht, so verdoppelt sich die Chance signifikant, dass die Tages- (OR: 2,4) und Kurzzeitpflege (OR: 1,9) möglicherweise in Zukunft genutzt werden. Auch in Bezug auf die bisherige Nutzung der Kurzzeitpflege zeigt sich ein ähnlicher Zusammenhang.

Antwortende, die angeben, dass sie nie oder selten gespürt haben, dass der Angehörige überfordert war, denken seltener darüber nach, in Zukunft die Tagespflege zu nutzen im Vergleich zu denjenigen, die das Gefühl der Überforderung manchmal oder sogar häufig gespürt haben (OR: 0,5).

Mit der möglichen zukünftigen Nutzung der Kurzzeitpflege ist neben dem schlechten Gesundheitszustand auch die Berufstätigkeit des Angehörigen assoziiert. Während allerdings der schlechte Gesundheitszustand die Chance erhöht, dass in Zukunft die Kurzzeitpflege genutzt wird, wird eine zukünftige Einbeziehung von Kurzzeitpflege eher in den Pflegearrangements angegeben, in denen die Angehörigen nicht (mehr) berufstätig sind (OR: 2,1). Die Chance, dass über eine zukünftige Nutzung der Kurzzeitpflege nachgedacht wird, ist in den Pflegearrangements nur halb so hoch (OR: 0,5), in denen die Angehörigen nie oder selten überfordert oder genervt wirken im Vergleich zu den Arrangements, in denen dieses manchmal oder häufig von den Pflegebedürftigen wahrgenommen wird.

Auch die bisherige Nutzung der Kurzzeitpflege ist in den Pflegearrangements geringer, in denen die Pflegebedürftigen nicht von einer Überforderung der Angehörigen berichten (OR: 0,5). Ebenfalls seltener wird bislang die Kurzzeitpflege in Anspruch genommen, wenn der Pflegedienst seit der Höherstufung von Pflegestufe I in II genauso häufig kommt wie zuvor (OR: 0,5).

Lediglich im Modell zur bisherigen Nutzung der Tagespflege zeigte sich keine der Variablen signifikant. Dies überrascht allerdings nicht, da die Fallzahl mit einer Nutzung von Tagespflege in lediglich 46 Pflegearrangements gering ist (siehe Tabelle 2).

5. Diskussion

Tages- und Kurzzeitpflege sind in Deutschland Angebote, die Familien mit Pflegebedürftigen entlasten sollen. Sie werden durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz seit 2009 stärker finanziell gefördert. Insbesondere für Familien von Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen wird oft ein „professionelles Unterstützungsnetzwerk“ gefordert, das entlasten und einem (frühzeitigen) Umzug in ein Pflegeheim vorbeugen soll. Doch wie bekannt das Angebot unter den Schwerpflegebedürftigen und ihren Familien ist und in wie weit sie sich vorstellen können, das Angebot in Zukunft in Anspruch zu nehmen, ist bislang wenig erforscht. Nachfolgend sollen die Analysen und präsentierten Ergebnisse in Bezug auf ihre Bedeutung für die Betroffenen diskutiert und Implikationen für die Pflege, die Beratung und die zukünftige Ausgestaltung der Angebote aufgezeigt werden.

5.1 Methodendiskussion

Die Befragung von Schwerpflegebedürftigen und ihren Familien ist generell schwierig, da es sich um eine vulnerable Gruppe mit vielfältigen Belastungen und gesundheitlichen Einschränkungen handelt. Erkenntnisse über diese Gruppe sind gleichzeitig notwendig, nicht zuletzt, um Unterstützungsangebote am Bedarf und an der Lebenswirklichkeit zu orientieren.

Als Limitation ist zunächst die hohe Anzahl von Missings, insbesondere bei der Frage zu Nutzung, Potenzial, Kenntnis und Ablehnung der Kurzzeit- und Tagespflege, zu nennen. Die Frage erforderte die Einstufung in die vier Kategorien zu insgesamt sieben Unterstützungsangeboten. Möglicherweise war der Aufbau dieser Frage zu komplex für die Antwortenden. Die Entscheidung, nicht je Unterstützungsangebot eine separate Frage zu stellen, wurde getroffen, damit der Fragebogen insgesamt einen überschaubaren Umfang behielt. Die Kürze des Fragebogens wurde angestrebt, um einen möglichst hohen Rücklauf zu erzielen. Es konnte eine Rücklaufquote von über 45 Prozent erreicht werden. Möglicherweise hätte eine Aufteilung in einzelne Fragen die Komplexität verringert und somit die Missings reduziert.

In die Regressionsmodelle wurde nur die Gruppe einbezogen, in der die Schwerpflegebedürftigen gemeinsam mit ihren Familienmitgliedern geantwortet haben. So wurde die Fallzahl zwar kleiner, es konnte aber eine Verzerrung durch das unterschiedliche Antwortverhalten der allein antwortenden Schwerpflegebedürftigen bzw. der allein antwortenden Angehörigen ausgeschlossen werden. Diese Gruppe wurde gewählt, da die Entscheidungen, die das Pflegearrangement betreffen, meist gemeinsam getroffen werden (Dorin/Büscher 2012).

5.2 Diskrepanz zwischen Kenntnis und Nutzung

Die Kenntnis der beiden Unterstützungsangebote ist hoch. Fast allen ist die Kurzzeitpflege bekannt, fast neun von zehn Befragten, die hier Angaben gemacht haben, ken-

nen das Angebot der Tagespflege. Sowohl die bisherige als auch die mögliche zukünftige Nutzung der Kurzzeitpflege ist wesentlich häufiger als die der Tagespflege.

Auffällig ist, dass die Pflegestatistik für das Jahr 2011 unter allen Pflegebedürftigen mehr als doppelt so viele Inanspruchnahmen von Tagespflege im Vergleich zur Kurzzeitpflege ausweist. In den befragten Arrangements von Schwerpflegebedürftigen überstieg die bisherige Nutzung der Kurzzeitpflege jedoch die der Tagespflege um mehr als das Vierfache. Eine Ursache für diese Diskrepanz könnte darin liegen, dass die Kurzzeitpflege bei den befragten Schwerpflegebedürftigen schon einmal als Notfalllösung dienen musste, als der nächste Angehörige ausgefallen ist. Diese (möglicherweise einmalige) Nutzung kann schon einige Zeit zurückliegen. Die Tagespflege wird meist längerfristig und nicht einmalig in Anspruch genommen.

Fast die Hälfte der Schwerpflegebedürftigen möchte die Tagespflege auch in Zukunft nicht nutzen, bei der Kurzzeitpflege zeigt nur knapp ein Drittel diese ablehnende Haltung. Deutlich mehr Pflegebedürftige könnten sich vorstellen, in Zukunft Tages- oder Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen, als dies bislang getan haben. Diese Diskrepanz zwischen der weit verbreiteten Kenntnis, der viel geringeren bisherigen Nutzung und Bereitschaft einer zukünftigen Inanspruchnahme kann verschiedene Ursachen haben. Zum einen ist – vor allem in Bezug auf die Tagespflege – in Deutschland nicht von einem flächendeckenden Angebot auszugehen. Dies unterscheidet das Angebot von dem ambulanten Pflegedienste. Hier kann weitestgehend von einer bundesweiten Abdeckung gesprochen werden (Schaeffer et al. 2008). Nicht allen Pflegebedürftigen steht wohnortnah eine Tagespflegeeinrichtung zur Verfügung (Schneekloth/Wahl 2005), da die Hol- und Bringdienste auf einen bestimmten Umkreis um die Einrichtung beschränkt sind. Zum anderen könnten auch finanzielle Gründe, zum Beispiel die Angst vor Zuzahlungen, ausschlaggebend sein, die Angebote zwar zu kennen, aber nicht zu nutzen.

5.3 Einschätzung von Betroffenen und ihren Familien

Es haben sich Unterschiede in der Einschätzung durch die Schwerpflegebedürftigen selbst, ihrer Angehörigen und den gemeinsam Antwortenden gezeigt. So ist die Ablehnung der Unterstützungsangebote dann am höchsten, wenn gemeinsam geantwortet wird. Vielleicht fokussieren sich in diesen Arrangements die Schwerpflegebedürftige und ihre pflegenden Familienmitglieder stark aufeinander. Dies führt möglicherweise zu einer Abschottung gegenüber (professionellen) Unterstützungsangeboten. Eine mögliche zukünftige Inanspruchnahme wird von den Angehörigen häufiger angegeben. Charakterisiert man die Angebote, so fällt auf, dass sowohl die Kurzzeit- als auch die Tagespflege Angebote sind, in denen der Pflegebedürftige das familiäre Umfeld verlassen muss. Gerade dieses soll den Familienmitgliedern eine Erholungszeit bieten. Es ermöglicht ihnen, für ein paar Stunden oder Tage völligen Freiraum zu haben und Zeit auch außer Haus zu verbringen (Chappel et al. 2001). Ein Pflegedienst bietet im alltäglichen Einsatz oft keine wirklichen Erholungsphasen, da die Einsätze zeitlich meist zu kurz sind. Möglicherweise ist gerade dies ein Grund für die zögerliche Nutzung und

vor allem für die Ablehnung seitens der Schwerpflegebedürftigen. Denn, insbesondere bei der erstmaligen Inanspruchnahme, ist der Schwerpflegebedürftige nicht nur außerhalb seines gewohnten Umfelds, sondern auch ohne die Verfügbarkeit der engsten Bezugsperson(en) und ohne Bezug zu den professionell Betreuenden. Bei der Inanspruchnahme von den sogenannten zusätzlichen Betreuungsangeboten hat sich ebenfalls herausgestellt, dass ein Teil der Pflegebedürftigen nicht von unbekanntenen Personen betreut werden möchte (BMG 2011). Unklar bleibt in diesem Zusammenhang, ob dies explizit von den Pflegebedürftigen so geäußert wird, oder ob die Pflege von den Familienmitgliedern aufgrund einer starken persönlichen Beziehung und eines hohen Verantwortungsbewusstseins ungern „abgegeben“ wird (Dräger et al. 2013).

Die leichte Dominanz der männlichen Nutzer in Bezug auf die Nutzung der Tagespflege mag sich daraus ergeben, dass mehr Kinder sie pflegen, die nicht rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Auch möglich ist, dass die jetzt schwerpflegebedürftigen Männer in jüngeren Jahren deutlich häufiger ihre Berufstätigkeit außer Haus ausübten. Daher könnte für sie eher eine Tagespflege ein Anknüpfungspunkt zum früheren Arbeitsalltag darstellen. Den genauen Ursachen müsste weiter nachgegangen werden.

Als relevanter Faktor für die Nutzung der Kurzzeitpflege hat sich ein schlechter Gesundheitszustand des nächsten Angehörigen gezeigt. Das Potenzial der Tages- und Kurzzeitpflege zeigt hier ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang. Kann der nächste Angehörige aufgrund seiner eigenen Gesundheit nicht mehr vollumfänglich unterstützen, ergibt sich häufiger die Notwendigkeit, professionelle Angebote in Anspruch zu nehmen. Gleiches gilt auch für Kurzzeitpflege, wenn die Schwerpflegebedürftigen Angst vor einem Ausfall des pflegenden Familienmitglieds haben.

Das Potenzial der Tagespflege erhöht sich, wenn seit der Höherstufung häufiger die Leistungen eines Pflegedienstes in Anspruch genommen werden (mussten). Hat der Schwerpflegebedürftige gespürt, dass sein Angehöriger manchmal oder häufig genervt oder überfordert war, führt das ebenfalls dazu, dass eine potenzielle zukünftige Nutzung der Tagespflege angegeben wird.

Die beschriebenen Faktoren können als Anzeichen gesehen werden, dass die Bereitschaft zur Nutzung von Unterstützungsangeboten höher ist, wenn ein hoher Hilfebedarf in den Pflegearrangements besteht.

5.4 Barrieren der Inanspruchnahme abbauen

Die Hürde der erstmaligen Inanspruchnahme von Tages- und Kurzzeitpflege könnte verringert werden, in dem es niedrigschwellige Kennenlernangebote gibt. So könnte eine frühzeitige Inanspruchnahme erreicht werden, bevor durch Ängste oder allgemeine Verschlechterung der Pflegesituation zu Hause eine unumgängliche Notwendigkeit zur professionellen Unterstützung entsteht. Die Angestellten der Einrichtungen könnten die Familie beispielsweise zuvor zu Hause besuchen. Auch könnte es ermöglicht werden, dass der nächste Angehörige zu Beginn die Tages- und Kurzzeitpflege gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen kennenlernt. Dies kann beispielsweise durch einen Be-

suchsnachmittag erreicht werden. So kann auch das schlechte Gewissen der Familienmitglieder verringert werden, da sie nun wissen, wo der Pflegebedürftige untergebracht ist und wer sich um ihn kümmern wird. Für den Betroffenen ermöglicht es einerseits die Sicherheit, dass er zunächst nicht auf seine engste Bezugsperson verzichten muss. Zudem erlaubt es den professionell Pflegenden, sowohl den Pflegebedürftigen kennenzulernen als auch im Austausch mit dem Familienmitglied Einblick in Gewohnheiten des Betroffenen zu bekommen. Gerade bei Menschen, die an Demenz erkrankt sind und teilweise nicht mehr sprachlich ihre Wünsche und Bedürfnisse äußern können, ist dies ein großer Vorteil (Zank et al. 2007). Die Finanzierung dieses sektorenübergreifenden Ansatzes ist allerdings durch die aktuellen Rahmenbedingungen nicht gegeben.

Eine weitere Befürchtung von Pflegebedürftigen könnte sein, dass Kurzzeitpflege zur Dauerpflege wird (van Exel et al. 2006). Ein Kennenlernen des Angebots kann der Skepsis entgegenwirken, dass die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege automatisch zu einer dauerhaften stationären Pflege führt.

Auch könnten die erwarteten Kosten eine Hürde der Inanspruchnahme darstellen (Colombo et al. 2011, Mason et al. 2007). Dieser Aspekt wurde im Rahmen dieser Befragung nicht einbezogen und stellt einen weiteren Forschungsbedarf da. Die Unterstützungsangebote im Rahmen der Pflegeversicherung bieten im Unterschied zur Krankenversicherung keine vollständige Kostenübernahme, die Zuzahlungen sind hier nicht auf einen bestimmten Betrag begrenzt (Rothgang et al. 2011). Möglicherweise wissen nicht alle, dass es zusätzliche finanzielle Unterstützung für die Angebote der Tages- und Kurzzeitpflege gibt, auch wenn die Leistungen der Pflegeversicherung schon für einen ambulanten Pflegedienst genutzt werden (BMG 2011). Eine gezielte Information über Kostenübernahmen und verbleibende Eigenanteile könnte hier sehr hilfreich sein. Beratungsangebote, insbesondere von Pflegestützpunkten, sollten neben der reinen Information auch beim Abbau von Hürden bei der (erstmaligen) Inanspruchnahme helfen und den Betroffenen z. B. über Assistenz bei bürokratischem Aufwand ein niedrigschwelliges Kennenlernen ermöglichen.

6. Ausblick

Eine frühzeitige Integration verschiedener Unterstützungsangebote und das dadurch entstehende Hilfenetzwerk kann einer stationären Unterbringung entgegenwirken, da so auch beim Ausfall oder bei geringeren Kapazitäten der familial Pflegenden nicht automatisch eine stationäre Dauerpflege beginnt (van Exel et al. 2008).

Ein Unterstützungsmix für Familien mit (Schwer)pflegebedürftigen könnte auch in Zukunft, wenn unter anderem wegen der gestiegenen Frauenerwerbstätigkeit weniger familiäre Unterstützungsressourcen rund um die Uhr zur Verfügung stehen (Büschler/Schnepp 2011), eine Option sein, einen Umzug ins Pflegeheim zu verhindern. Aufgrund von veränderten Familienstrukturen und erhöhten beruflichen Anforderungen, etwa durch zeitliche und räumliche Flexibilität, werden auch Kinder in Zukunft wahrscheinlich seltener als Hauptpflegepersonen rund um die Uhr zur Verfügung ste-

hen (Schaeffer et al. 2008). Auch hier besteht dringender Handlungsbedarf, denn bedingt durch die demographische Entwicklung ist die Verfügbarkeit familialer Hilfen zunehmend unsicher (Büscher et al. 2011). Inwieweit auch außerfamiliale Personen und die Kombination mit verschiedenen professionellen Angeboten langfristig ambulante Arrangements stabilisieren, sollte zukünftig stärker im Fokus der Forschung stehen.

Sowohl die Kurzzeit- als auch die Tagespflege finden außer Haus statt. Über die Wünsche von Pflegebedürftigen und ihrer Familien liegen in Deutschland bislang wenige Erkenntnisse vor. Weitere Forschungen sind notwendig, um die Erkenntnisse für die Ausgestaltung der entlastenden Angebote nutzen zu können. Vielleicht bevorzugen Familien, dass jemand zu ihnen nach Hause kommt und die Betreuung übernimmt, als dass der Pflegebedürftige den Ort wechseln muss, damit sie eine Erholungszeit haben können. Dies leistet oft nur das informelle Netzwerk aus weiteren Familienmitgliedern und Nachbarn. Daher ist dieses für Erholungsphasen aktuell vermutlich relevanter als die professionellen Angebote der Tages- und Kurzzeitpflege. Es sollte an institutionsübergreifenden Ansätzen gearbeitet werden – sowohl konzeptionell wie auch strukturell – um die Barrieren zwischen ambulanten und teilstationären Angeboten zu überwinden.

Möglicherweise entsprechen die angebotenen Unterstützungsleistungen nicht den Wünschen der Betroffenen. Hier müssen dringend konzeptionelle Anstrengungen unternommen werden, um gezielt die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Familien einzubeziehen und die Angebote so zu gestalten, dass sie für die verschiedenen Gruppen von Pflegebedürftigen attraktive Orte des sozialen Austauschs und der Teilhabe werden. Denn obwohl oft von großer sozialer Isolation und wenig Kontakt mit anderen Menschen berichtet wird, ist dennoch die Ablehnung dieser Unterstützungsangebote weit verbreitet. Warum diese Haltung so häufig eingenommen wird, sollte ebenfalls Gegenstand zukünftiger, auch qualitativer Untersuchungen sein.

Eine Entwicklung hin zu einer Kultur der verstärkten Inanspruchnahme von Hilfen von außen (Heinemann-Koch et al. 2006) in Kombination mit einem stärkeren persönlichen Angebot der Unterstützungsleistungen (van Exel et al. 2008) könnte dazu beitragen, dass pflegende Familienmitglieder entlastet und häusliche Pflegearrangements stabilisiert werden. Möglicherweise sind für Erholungszeiten von pflegenden Angehörigen auch verfügbare niedrigschwellige Angebote notwendig.

Literatur

- Balducci, C./Mnich, E./McKee, K.J./Lamura, G./Beckmann, A./Krevers, B./Wojszel, Z.B./Nolan, M./Prouskas, C./Bien, B./Öberg, B. (2008): Negative Impact and Positive Value in Caregiving: Validation of the COPE Index in a Six-Country Sample of Carers. In: *The Gerontologist* 3, 276-286

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2011): Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Download: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_der_Bundesregierung_ueber_die_Entwicklung_der_Pflegeversicherung_und_den_Stand_der_pflegerischen_Versorgung_in_der_Bundesrepublik_Deutschland.pdf [Stand: 26.05.2013]
- Büscher, A./Astedt-Kurki, P./Paavilainen, E./Schnepf, W. (2011): Negotiations about helpfulness - the relationship between formal and informal care in home care arrangements. In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25, 706-715
- Büscher, A./Schnepf, W. (2011): Die Bedeutung von Familien in der pflegerischen Versorgung, in: Schaeffer, D./Wingefeld, K. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaften*, Weinheim: Juventa, 469-491
- Chappell, N.L./Reid, R. C./Dow, E. (2001): Respite reconsidered: A typology of meanings based on the caregiver's point of view. In: *Journal of Aging Studies* 15, 201-216
- Colombo, F./Llena-Nozal, A./Marcier, J./Tjadens, F. (2011): *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing
- Dorin, L./Büscher, A. (2012): Ambulante Pflegearrangements von Schwerpflegebedürftigen: Präferenzen, Erwartungen, Entscheidungshintergründe, in: Böcken, J./Braun, B./Repschläger, U. (Hg.): *Gesundheitsmonitor 2012*. Gütersloh: Bertelsmann Verlag, 248-270
- Dräger, D./Blüher, S./Kummer, K./Budnick, A. (2013): Subjektive Barrieren der Nutzung von Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige. In: *Pflege und Gesellschaft* 1, 50-64
- Frey, C./Heese, C. (2011): Versorgung und Hilfe bei Demenz – Bekanntheit von Entlastungsangeboten für Angehörige und Versorgungswünsche. In: *Pflege und Gesellschaft* 3, 271-282
- Garms-Homolová, V. (2008): Koproduktion in häuslicher Pflege – informelle Hilfe für Empfänger berufsmäßiger Pflege in elf europäischen Ländern: die AdHOC-Studie. In: Zank, S./Hedke-Becker, A. (Hrsg.): *Generationen in Familie und Gesellschaft im demographischen Wandel*. Stuttgart: Kohlhammer, 146-164
- Heinemann-Knoch, M./Knoch, T./Korte, E. (2006): Zeitaufwand in der häuslichen Pflege: Wie schätzen ihn Hilfe- und Pflegebedürftige und ihre privaten Hauptpflegepersonen selbst ein? In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39, 413-417
- Kofahl, C./Mnich, E. (2005): Pflege von Familienmitgliedern: Entlastungsangebote werden zu wenig genutzt. In: *Pflegezeitschrift* 8, 489-494
- Kofahl, C./Arlt, S./Mnich, E. (2007): «In guten wie in schlechten Zeiten ...»: Unterschiede und Gemeinsamkeiten von pflegenden Ehepartnern und anderen pflegenden Angehörigen in der deutschen Teilstudie des Projektes EUROFAMCARE. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 4, 211-225
- Kofahl, C./Lüdecke, D./Döhner, H. (2009): Der Einfluss von Betreuungsbedarf und psychosozialen Determinanten auf Belastung und Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen alter Menschen. Ergebnisse aus der deutschen Teilstichprobe des Projekts EUROFAMCARE. In: *Pflege und Gesellschaft* 3, 236-253
- Mason, A./Weatherly, H./Spilsbury, K./Arksey, H./Golder, S./Adamson, J./Drummond, M./Glendinning, C. (2007): A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers. In: *Health Technology Assessment* 15, 1-157
- Rothgang, H./Iwansky, S./Müller, R./Sauer, S./Unger, R. (2011): *BARMER GEK Pflegereport 2011*. Schwerpunktthema: zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. St. Augustin: Asgard-Verlag
- Schaeffer, D./Büscher, A./Ewers, M. (2008): Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen, in: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit – Handbuch Gesundheitswissenschaften*, Bern: Huber, 352-369
- Schneekloth, U./Wahl, H. W. (Hrsg.) (2005): *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung*

- in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des BMFSFJ, München
- StBA - Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013): Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden
- van Exel, J./de Graaf, G./Brouwer, W. (2008): Give me a break! Informal caregiver attitudes towards respite care. In: Health Policy 88, 73-87
- van Exel, J./Morée, M./Koopmanschap, M./Schreuder Goedheijt, T./Brouwer, W. (2006): Respite care - An explorative study of demand and use in Dutch informal caregivers. In: Health Policy 78, 194-208
- Zank, S./Schacke, C./Leipold, B. (2007): Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER): Ergebnisse der Evaluation von Entlastungsangeboten. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 4, 239-255

M.Sc. Lena Dorin

Hochschule Osnabrück und Universität Witten/Herdecke, Forschungskolleg Familiengesundheit im Lebensverlauf (FamiLe), Caprivistraße 30a, 49076 Osnabrück,
Dorin@wi.hs-osnabrueck.de
1. Autorin und Korrespondenzadresse

Jun.-Prof. Dr. Sabine Metzging

Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke,
Stockumer Str. 10, 58453 Witten, Sabine.Metzging@uni-wh.de

M.Sc. Elzbieta Krupa

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Eggenreuther Weg
43, 91058 Erlangen, Elzbieta.Krupa@lgl.bayern.de

Prof. Dr. Andreas Büscher

Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Postfach 1940, 49009 Osnabrück, A.Buescher@hs-osnabrueck.de