

Inhalt

Schwerpunkt: Pflegestützpunkte: Bedarf und Aufgaben in der Langzeitversorgung

verantwortlich für den Schwerpunkt: Prof. Dr. Ulrike Höhmann

Einführung195

Andreas Büscher, Doris Schaeffer

Zugänglichkeit und Nachhaltigkeit in der Langzeitversorgung – der Aufbau
von Pflegestützpunkten vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen197

Ulrike Höhmann

Pflegestützpunkte als Brücken im System: Anmerkungen zu
Vernetzungschancen215

Christopher Kofahl, Daniel Lüdecke, Hanneli Döhner

Der Einfluss von Betreuungsbedarf und psychosozialen Determinanten auf
Belastung und Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen alter Menschen.
Ergebnisse aus der deutschen Teilstichprobe des Projekts EUROFAMCARE236

Beiträge

André Fringer, Georg Franken, Wilfried Schnepf

Zur Darstellung von Angehörigenpflege und Ehrenamt in lokalen Printmedien:
Inhaltsanalytische Untersuchung am Beispiel eines Modellprojekts254

Peter Luschin

Die Neustrukturierung der Sozialbetreuungsberufe in Österreich269

Buchrezensionen

„Man sieht nur, was man weiß“. NS-Verfolgte im Alter. Fallgeschichten und Lernmaterialien282

Die initiale Hilfsmittelversorgung für Patienten nach hüftnaher Femurfraktur – eine Vergleichsstudie über drei Mobilitätshilfsmittelgruppen im quasi-experimentellen Design zu drei Messzeitpunkten – im Fokus der Sicherheit, Wirksamkeit und Lebensqualität283

Mitgliederinformationen285

Berichte und Meldungen288

Schwerpunkt:

Pflegestützpunkte: Bedarf und Aufgaben in der Langzeitversorgung

Ulrike Höhmann

Einführung

Mit der Einführung von Pflegestützpunkten werden Hoffnungen verbunden, lange angemahnte Problemlösungen für die Versorgungsdefizite alter, chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen endlich in greifbare Nähe zu rücken: eine bedarfs-/bedürfnisgerechte ambulante, wohnortnahe integrierte Unterstützung und Versorgung.

Um dieser Zielsetzung näher kommen zu können, besteht die Notwendigkeit, Problemlagen der Versicherten sowie gesetzliche Aufgaben und Rahmenbedingungen der Arbeit von Pflegestützpunkten auf einander zu beziehen. Erst dann können die Verwirklichungschancen der im Profil breit angelegten Aufgaben und Ziele von Pflegestützpunkten abgeschätzt und gezielt befördert werden.

Als besonders anspruchsvoll ist in diesem Zusammenhang ihr Auftrag zu werten, sowohl auf individueller Ebene der Versicherten und ihrer Angehörigen, als auch auf der Systemebene des Gesundheits- und Sozialsystems Wirksamkeit entfalten zu sollen. Die langjährige Beobachtung bisheriger, zu Teilen mit explizit oder implizit ähnlicher Zielsetzung konzipierten „Brückungsinstanzen“, wie der IAV, BEKO¹ und Koordinationsstellen weist darauf hin, dass es bei der Umsetzung solcher Anforderungen schwierige Hürden zu meistern gilt. Solche Umsetzungsschwierigkeiten werden auch – trotz neuer, veränderter rechtlicher, professioneller und wettbewerblicher Rahmenbedingungen – für eine zielgenaue Etablierung von Pflegestützpunkten Beachtung finden müssen. In diesem Sinne ist von einer detaillierten Auswertung der wissenschaftlichen Begleitung der 16 deutschen Modellstützpunkte, die in verschiedenen Konstellationen unter je spezifischen Rahmenbedingungen arbeiten, konzeptionelle Hilfestellung zur Stärkung von Entwicklungschancen zu erhoffen.

Eine Vielzahl interessierter Visionen, die besonders von den Berufsgruppen der Pflege, Gerontologie und Sozialarbeit formuliert werden, helfen das Konzept populär

¹ IAV (Informations-/Anlauf/und Vermittlungsstellen Baden-Württemberg) BEKO (Beratungs- und Koordinationsstellen z.B. Rheinland Pfalz)

zu machen. Sie kämpfen damit oft um einen „Teil des Kuchens“ oder bleiben zuweilen im Erfüllungsgehorsam ökonomischer Kalküle stecken. Das ist verständlich und gehört zum politischen Geschäft!

Die Schwerpunktbeiträge dieses Heftes enthalten ausgewählte Diskussionsstränge, die jenseits unmittelbarer Durchführungsinteressen die Bedarfs- und Bedürfnislage der Zielgruppe der „Versicherten“ in den Blick nehmen und diese vor dem Hintergrund des aktuell erkennbaren Leistungspotentials der Pflegestützpunkte diskutieren. Alle drei fokussieren eine Langzeitperspektive und stellen verschiedene Hintergrundüberlegungen für die jetzt noch beeinflussbare Aufbauarbeit der Pflegestützpunkte zur Verfügung.

Andreas Büscher und Doris Schaeffer diskutieren auf der Grundlage von Veröffentlichungen der EU, OECD und WHO zentrale Fragen, die international für ähnlich motivierte Instanzen wie Pflegestützpunkte – Community Care Access Centers – behandelt werden. Zwei Beispiele eines kanadischen und australischen Centers verweisen auf Chancen und Grenzen der dortigen Praxis. In der Quintessenz sehen sie für die Arbeit der deutschen Stützpunkte vor allem die Herausforderung, nachhaltig eine integrierte ambulante Langzeitversorgung zu sichern und für alle Gruppen die erforderliche Zugänglichkeit zu gewährleisten.

Ulrike Höhmann nimmt unter Bezug auf organisationssoziologische Überlegungen die Chancen der Pflegestützpunkte in den Blick, ihre Vernetzungsaufgaben zu erfüllen. Ausgehend von zentralen Diskrepanzen zwischen den Bedürfnissen potentieller Nutzer und dem weitgehend ökonomisch vorstrukturierten ambulanten Versorgungssetting, verweist der Beitrag auf ausgewählte ambivalente Entwicklungspotentiale, die im Rahmen einer wirksamen, nutzergerechten Stützpunktarbeit austariert werden müssen.

Christopher Kofahl, Daniel Lüdecke und Hanneli Döhner nehmen eine weitere Perspektive ein: Auf der Basis der deutschen Stichprobe der EUROFAMCARE Daten zeigen sie dominante Risikofaktoren für hohe Belastungen pflegender Angehöriger auf. Als besonders entlastend gelten soziale Unterstützung und eine hohe persönliche Bewältigungskompetenz. Bezogen auf die Arbeit von Pflegestützpunkten wird damit besonders deren Aufgabenschwerpunkt der Knüpfung und Unterstützung niederschwelliger persönlicher Netzwerke angesprochen.

Die Beiträge liefern einige Mosaiksteine, die bei der anstehenden Konzeption und Weiterentwicklung von Pflegestützpunkten von Bedeutung sind. Es bleibt zu hoffen, dass Pflegestützpunkte so mehr werden können als ein Heftpflaster auf eine tief klaffende Wunde, die eigentlich genäht werden müsste.

Prof. Dr. Ulrike Höhmann

Evangelische Fachhochschule Darmstadt, FB Pflege- und Gesundheitswissenschaften
Zweifalltorweg 12, 64293 Darmstadt, hoehmann@efh-darmstadt.de

Andreas Büscher, Doris Schaeffer

Zugänglichkeit und Nachhaltigkeit in der Langzeitversorgung – der Aufbau von Pflegestützpunkten vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen

Access to and sustainability in long-term care - the establishment of community care access centres in Germany and international experiences

This paper aims at reflecting the ongoing establishment of community care access centres in Germany in the light of international long-term care debates. A brief overview of long-term care discussions of international organisations such as the EU, WHO and OECD will be provided. This perspective will be expanded by two examples from Australia and Canada, where the establishment of community care access points/centres followed similar intentions compared to those on the German agenda. Core aspects of the international discussion are the issues of how accessibility and sustainability of long-term care services can be ensured, promoted and improved. The implications of these discussions for the further establishment and development of community care access centres in Germany will be illustrated in the concluding chapter.

Keywords

Community Care Access Centres, Long-term care, Long-term care insurance, Accessibility, Sustainability, home and community care

In diesem Beitrag wird der Versuch unternommen, den Aufbau von Pflegestützpunkten in Deutschland vor dem Hintergrund der internationalen Diskussion zur Langzeitversorgung (long-term care) zu reflektieren. Dazu wird ein kurzer Überblick über die Diskussionen internationaler Organisationen wie der EU, WHO und OECD gegeben. Die internationale Perspektive wird anschließend erweitert um zwei Beispiele aus Australien und Kanada, wo durch die Etablierung von Community Care Access Centres ähnliche Anliegen verfolgt wurden, wie sie derzeit in Deutschland auf der Agenda stehen. Im Zentrum der internationalen Diskussion steht die Frage, wie die Zugänglichkeit zu und Nachhaltigkeit von Langzeitversorgungssystemen sichergestellt, gefördert und verbessert werden können. Die

eingereicht 27.4.2009

akzeptiert 29.5.2009 (nach Überarbeitung)

Implikationen dieser Diskussion für den weiteren Aufbau und die Evaluation von Pflegestützpunkten in Deutschland werden abschließend reflektiert.

Schlüsselwörter

Pflegestützpunkte, Langzeitversorgung, Pflegeversicherung, Zugänglichkeit, Nachhaltigkeit, ambulante pflegerische Versorgung

Nach eher zögerlichem Beginn schreitet der Aufbau von Pflegestützpunkten in Deutschland nunmehr mit Ausnahme von Sachsen und Sachsen-Anhalt kontinuierlich voran (Michell-Auli/Tebest 2009). Somit scheinen sich die Pflegestützpunkte als ein weiterer Baustein im Gesamtsystem der pflegerischen Langzeitversorgung in Deutschland zu etablieren und zur Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur beizutragen.

Mit der Etablierung von Pflegestützpunkten wird das Ziel verfolgt, eine flächendeckende Infrastruktur zur Pflegeberatung aufzubauen sowie die lokal vorhandenen Versorgungsangebote nutzerorientiert zu koordinieren und zu vernetzen, um pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen eine angemessene Unterstützung bei der Gestaltung und Organisation der pflegerischen Versorgung zukommen zu lassen. Die Pflegestützpunkte können somit einerseits als Antwort auf erkannte Lücken im bestehenden System der pflegerischen Versorgung verstanden werden. Denn dort fehlen bislang geeignete Beratungs- und Unterstützungsstrukturen, die Pflegebedürftigen den Zugang zur pflegerischen Versorgung ebnen und sicherstellen, dass sie dort eine bedarfsgerechte Antwort auf ihre Probleme erhalten. Andererseits sind die Pflegestützpunkte aber auch als Vorbereitung auf den zu erwartenden Anstieg des Pflegebedarfs und als Unterstützung der häuslichen pflegerischen Versorgung zu sehen.

Die Gründe, die dazu geführt haben, dass die Pflegestützpunkte Aufnahme in das Pflegeweiterentwicklungsgesetz gefunden haben, weisen auf Probleme hin, die keineswegs nur in Deutschland anzutreffen sind. Auch in anderen Ländern hat es in den letzten Jahren zahlreiche Überlegungen und Maßnahmen zum Aufbau der langzeitpflegerischen Versorgung wie auch zur Schaffung geeigneter Zugangswege inklusive entsprechender Beratungsstrukturen gegeben. Ziel dieses Beitrags ist es, die wesentlichen Aspekte der internationalen Diskussion zur Langzeitversorgung aufzuzeigen und den Aufbau von Pflegestützpunkten in Deutschland vor diesem Hintergrund zu reflektieren.

Steigender Bedarf an Langzeitversorgung

Auch wenn es mittlerweile fast schon zur Allgemeinbildung gehört, so ist es doch empfehlenswert, sich den zukünftigen Bedarf an langzeitpflegerischer Versorgung noch einmal zu vergegenwärtigen. Für Deutschland gibt es unterschiedliche Schätzungen, die aber im Kern alle darauf hinauslaufen, dass die Anzahl pflegebedürftiger Menschen in Zukunft deutlich steigen wird. Die statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2008) gehen davon aus, dass die Zahl Pflegebedürftiger in Deutschland von derzeit 2,2 Millionen bis zum Jahr 2030 auf 3 bis 3,4 Millionen Menschen anwachsen wird.

Auch innerhalb der EU spielen Prognosen über die zukünftige Anzahl hilfs- und pflegebedürftiger Menschen eine bedeutende Rolle. Da es hier keinen einheitlichen Begriff von Pflegebedürftigkeit gibt, sind die Grundlagen der Prognosen etwas problematischer als in Deutschland. Dort bezieht man sich auf die Einschätzung der Abhängigkeit von der Hilfe anderer. Der Prognose der Europäischen Kommission zufolge wird die Anzahl längerfristig hilfeabhängiger älterer Menschen bis zum Jahr 2050 um 30% bis zu mehr als 100% steigen (European Commission 2008). Die große Spannweite erklärt sich durch die Annahmen, die der Prognose zugrunde liegen. So wird für den optimistischen Fall angenommen, dass der Anstieg der Lebenserwartung auch von einer Ausdehnung der beschwerdefreien Lebenszeit begleitet ist und nicht mit einer Erhöhung der Abhängigkeit von der Hilfe anderer einhergeht. Im ungünstigen Fall ist zu erwarten, dass sie zu einer erheblichen Zunahme an Abhängigkeit und Beeinträchtigung führen wird.

Für die Abschätzung der gesellschaftlichen Folgen ist allerdings nicht nur die bloße Zahl an Pflegebedürftigen relevant, sondern sind auch gesellschaftliche Entwicklungen einzubeziehen, die sich auf die Bewältigung dieses Bedarfs auswirken. Einer Eurobarometer-Umfrage zu Folge ziehen 80% der Befragten eine Versorgung in ihrer häuslichen Umgebung vor und erwarten diese auch. Der Großteil von ihnen geht von einer Versorgung durch Familienangehörige aus (European Commission 2008). Eine der entscheidenden Größen für die Planung von Langzeitversorgungssystemen stellt daher das Ausmaß der informell geleisteten Pflege dar, weil diese nach wie vor den mit Abstand größten Teil der pflegerischen Versorgung ausmacht. Ein Blick in die aktuelle Pflegestatistik zeigt, dass sich der Anteil informell geleisteter Pflege gegenüber anderen Versorgungsformen aktuell zwar nicht, wie oftmals angenommen, verringert hat (Statistisches Bundesamt 2008). Allerdings ist unklar, ob das künftig auch so bleiben wird.

Wie sich das Verhältnis zwischen formeller (also institutionalisierter Dienstleistungen) und informeller (innerhalb natürlicher sozialer Beziehungen geleisteter) Pflege entwickelt, wird einen nicht unerheblichen Einfluss darauf haben, wie Langzeitversorgungssysteme zukünftig zu gestalten sind. Die Enquete-Kommission demografischer Wandel hat dazu bereits Szenarien für Deutschland entwickelt, die alle zu dem Ergebnis kommen, dass der Bedarf an formellen Versorgungsangeboten deutlich steigen wird (Deutscher Bundestag 2002, Landtag NRW 2005). Auch auf internationaler Ebene wird von einer erheblichen Steigerung des Bedarfs an formeller bzw. professioneller Pflege ausgegangen, der mit enormen Kostensteigerungen verbunden ist (Comas-Herrera/Wittenberg 2003).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Notwendigkeit, sich mit zukunftsfähigen Strukturen für die pflegerische Langzeitversorgung zu befassen, offensichtlich ist und die Frage, wie Pflegebedürftige Zugang zu einer bedarfsgerechten langzeitpflegerischen Versorgung finden, zunehmend dringlicher wird.

Internationale Diskussion zur Langzeitversorgung

International ist in den letzten fünf bis zehn Jahren eine sehr lebhaft sozialpolitische Diskussion zur Langzeitversorgung (long-term care) geführt worden. Dies zeigt sich allein an den Publikationen internationaler Organisationen wie der WHO und der OECD (OECD 2005; WHO 2002, 2003a, 2003b). Die Europäische Kommission hat das Thema in das gegenseitige Informationssystem zu Fragen der sozialen Sicherung MISSOC aufgenommen. Wichtige Impulse sind auch von der gemeinsamen Konferenz der EU und der AARP (American Association of Retired Persons) ausgegangen, die 2006 in Luxemburg unter dem Titel: „The cross-atlantic exchange to advance long-term care“ stattgefunden hat.

Den aktuellsten Überblick über die europäische Diskussion zur Langzeitversorgung ermöglicht ein Dokument des Directorate General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities der Europäischen Kommission zu ‚Long-term care in the European Union‘ (European Commission 2008). Darin wird Long-term care definiert als „übergreifendes Politikfeld, welches eine Reihe an Diensten und Dienstleistungen für Personen zusammenfasst, die abhängig von Unterstützung bei den grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens sind“ (European Commission 2008, 3). Als zentrale gemeinsame Ziele innerhalb der EU werden der Aufbau und die Etablierung eines zugänglichen, qualitativ hochwertigen und nachhaltigen Gesundheits- und Langzeitversorgungssystems benannt. Diese Ziele werden nachfolgend eingehender betrachtet.

Zugänglichkeit der Langzeitversorgung

Als zentral wird die Frage des Zugangs zu Leistungen der Langzeitversorgung (Access) erachtet. Dahinter verbirgt sich eine Reihe unterschiedlicher Herausforderungen. Prioritär ist aus politischer Sicht die Finanzierung der Langzeitversorgung, die europaweit noch keineswegs durchgängig gewährleistet ist. Die in Deutschland eingeführte Pflegeversicherung wird international als Errungenschaft angesehen, da sie gesetzlich eine finanzielle Absicherung des Pflegerisikos garantiert. Allerdings muss einschränkend daran erinnert werden, dass es sich bei der Pflegeversicherung nur um eine Mindestsicherung handelt (Teilkasko-System) und viele Diskussionen darum kreisen, welcher Teil abgesichert ist und welcher nicht. Dennoch: ein solcher Versicherungsschutz existiert in vielen anderen Ländern nicht. Daher besteht die zentrale Frage unter Zugangsgesichtspunkten zur Langzeitversorgung darin, ob und in welcher Form eine finanzielle Absicherung existiert und in welcher Höhe und welcher Form finanzielle Mittel bereit stehen.

Die Frage der Zugänglichkeit zur Langzeitversorgung hat aber noch andere Dimensionen. Anzuführen sind regionale Unterschiede in der Art und Dichte der verfügbaren pflegerischen Unterstützungsoptionen ebenso wie Passungsprobleme zwischen dem regional gegebenen Versorgungsbedarf und dem vorhandenen Angebot. Darüber hinaus kann der Zugang zu notwendigen Leistungen daran scheitern, dass aufgrund infrastruktureller Defizite nur bestimmte Arten von Hilfen zur Verfügung stehen (wie es

in Deutschland etwa durch das enge Leistungsspektrum in der ambulanten Pflege der Fall ist), komplizierte Verfahren vor der Inanspruchnahme von Leistungen zu durchlaufen sind (z.B. Antragstellungen und Begutachtungen) oder – nicht weniger wichtig – weil die Unübersichtlichkeit und Intransparenz des Versorgungssystems es den Nutzern erschwert, problemlos den richtigen Eintritt und die geeignete Stelle für ihr Anliegen und das ihrem Bedarf entsprechende Angebot zu finden. Oft scheitern sie an Zugangshürden oder aber verlieren sich in der Instanzenvielfalt des Versorgungssystems und diese Gefahr wächst, je mehr die Angebotsvielfalt zunimmt.

Der Zugang zum Versorgungssystem und geeigneten Versorgungsangeboten wird zudem dadurch behindert, dass zu wenig Informations- und Beratungsangebote für die Bevölkerung über das Versorgungssystem und die Möglichkeiten der Langzeitversorgung existieren. Letzteres ist ein Grund, weshalb in Deutschland die Einrichtung von Pflegestützpunkten forciert wird.

Qualität und Bedarfsgerechtigkeit der Langzeitversorgung

Obwohl die Wichtigkeit der Langzeitversorgung angesichts des prognostizierten Bedarfszuwachs mittlerweile unbestritten ist, bestehen noch zahlreiche Herausforderungen auf der Ebene der Qualität und Nachhaltigkeit. So stehen der Kommission zufolge in vielen Ländern Strukturdefizite (etwa bei der Versorgung demenziell Erkrankter) einer adäquaten Versorgungsqualität entgegen. Anzuführen ist jedoch auch die unzureichende Bedarfsgerechtigkeit (für Deutschland: SVR 2001). Nochmals sei hier daran erinnert, dass Pflegebedürftige mehrheitlich einer häuslichen Versorgung den Vorzug vor einer stationären geben. Der Unterstützung häuslicher Pflegearrangements und dem Ausbau der ambulanten Versorgung wird daher international hohe Priorität beigemessen. Er ist aber vielerorts noch nicht soweit vorangekommen wie es erforderlich wäre, so dass auch hier noch Zugangshürden und Qualitätsprobleme infolge infrastruktureller Defizite bestehen. Hinzu kommen Konzept- und Qualifikationsdefizite (siehe dazu SVR 2007; Schaeffer et al. 2008), die sich wiederum in Qualitätsmängeln niederschlagen.

Aus diesem Grund wurden in vielen Ländern Initiativen zur Qualitätsverbesserung und -transparenz initiiert und verschiedene Struktur-, Prozess und Ergebnisindikatoren definiert (OECD 2005). Dabei wurde deutlich, dass die Definition von Qualitätsmaßstäben nicht einfach ist, insbesondere deshalb, weil ein Großteil der Langzeitversorgung in der häuslichen Umgebung durch pflegende Angehörige erfolgt und die oftmals nur für den stationären Bereich entwickelten Qualitätsmaßstäbe nur bedingt geeignet sind, tragfähige Aussagen zur Qualität der häuslichen Versorgung zu machen.

Die Pflegestützpunkte werden für die Sicherung von Qualitätstransparenz im ambulanten Sektor künftig sicher eine wichtige Rolle spielen, u.a. weil sie Beschwerden vor Ort entgegennehmen und damit auch Einblick in das Spektrum möglicher Probleme erhalten. Dabei wird zu prüfen sein, ob sich bestimmte Muster oder Problemkonstellationen abzeichnen, die entsprechend nach Maßnahmen verlangen.

Nachhaltigkeit der Langzeitversorgung

Weitere Herausforderungen bestehen bei der Sicherung von Nachhaltigkeit. Darunter fallen der Europäischen Kommission zufolge mehrere Aspekte, allem anderen voran die Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung. Sie ist international – wie zuvor angedeutet – ein Schlüsselthema bei der Konzeption von Langzeitversorgungssystemen.

Nachhaltigkeit hat jedoch auch systemische Dimensionen. In diesem Zusammenhang wird von der Kommission besonders auf die hohe Bedeutung von Koordination und Integration verwiesen (EU 2008). Nicht nur in Deutschland, auch in vielen anderen Ländern ist das Gesundheitswesen durch langjährig gewachsene Desintegrationserscheinungen geprägt, die gerade Pflegebedürftige empfindlich treffen. Denn oft leiden sie unter komplexen Problemlagen, die an der Schnittstelle zwischen dem desintegrierten Gesundheits- und Sozialwesen liegen und an deren Bewältigung mehrere Gesundheitsprofessionen, unterschiedliche soziale Helfergruppen und eben auch pflegende Angehörige, also informelle Helfer beteiligt sind. Agieren sie nicht miteinander, sondern gegeneinander, zieht dies meist Versorgungsbrüche nach sich. Hinzu kommt, dass die informellen Helfer in der Praxis meist diejenigen sind, denen die Gesamtverantwortung über das Versorgungsgeschehen obliegt. Die Koordination der Versorgung so auszurichten, dass ihre Rolle respektiert und sie konstruktiv einbezogen werden, stellt in allen Gesundheitssystemen eine große Herausforderung dar.

Als nicht weniger große Herausforderung wird die Ermöglichung von Versorgungskontinuität bezeichnet. Denn Pflegebedürftige benötigen meist ein Kontinuum an langfristig tragfähigen Versorgungs- und Unterstützungsleistungen (EU 2008), das eine ganze Fülle von Diensten umfasst. Ganz in diesem Sinn definiert Evashwick (2005: 4) Langzeitversorgung als „ein klientenorientiertes System bestehend sowohl aus verschiedenen Diensten wie auch integrierenden Mechanismen, welches die Klienten durch ein umfassendes Spektrum an gesundheitlichen, psychiatrischen und sozialen Diensten über eine Zeitspanne führt und ihren Versorgungsweg nachvollziehen kann und dabei verschiedene Intensitätsstufen einschließt“. Ein solches Verständnis kann hilfreich dabei sein, nicht die Akteurs-, sondern die Nutzerperspektive in den Mittelpunkt zu stellen und zum Ausgangspunkt der Versorgungsorganisation und -steuerung zu machen. Eine solche auf Kontinuität und Nutzerorientierung zielende Versorgungssteuerung erfordert allerdings ein systematisches Assessment. In Deutschland wurde dazu jüngst mit der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und dem darauf aufbauenden Begutachtungsinstrument ein Versuch vorgelegt, dessen gesetzliche Verankerung allerdings noch aussteht (BMG 2009, Wingenfeld et al. 2008).

Nachhaltigkeit verlangt außerdem – so die Kommission – dem steigenden Bedarf an Prävention und Rehabilitation stärkere Beachtung zu schenken, um so einerseits den Anteil derjenigen, die auf Langzeitversorgung angewiesen sind, zu reduzieren und andererseits Verschlimmerungen bei vorhandenen Gesundheits- und Funktionseinbußen, auch Pflegebedürftigkeit, zu verhindern und soziale Teilhabe zu ermöglichen.

Nachhaltigkeit setzt als weiteres die Sicherung ausreichenden und adäquat qualifizierten Personals voraus, denn in vielen Ländern zeichnet sich derzeit bereits Personal-

mangel in der Langzeitversorgung ab, speziell in der Pflege (EU 2008). Verschärft wird er dadurch, dass die Langzeitversorgung nicht unbedingt als attraktives Betätigungsfeld wahrgenommen wird und die bestehenden Ausbildungen nur unzureichend für dieses Feld qualifizieren.

Soweit eine kurze Übersicht über die derzeitige Diskussion zur Langzeitversorgung innerhalb der europäischen Union. Sie verdeutlicht, dass die Weiterentwicklung dieses Versorgungsbereichs dringlicher denn je ist und vor ganz unterschiedlichen Herausforderungen steht. Nachfolgend sollen nun zwei außereuropäische Beispiele – eines aus Australien und eines aus Kanada – dargestellt werden, in denen sich etliche der skizzierten Aspekte wieder finden, die aber vor allem die Brücke zur deutschen Auseinandersetzung über die Pflegestützpunkte schlagen. Denn sie zielen – ähnlich wie die Stützpunkte und doch mit anderem Modell – darauf, die Zugangswege zur Langzeitversorgung zu vereinfachen und eine dem individuellen Bedarf angemessene Versorgung durch Community Care Access Points zu ermöglichen.

Pflegeinfrastrukturentwicklung in Australien und Kanada

Sowohl im australischen Bundesstaat Victoria als auch in der kanadischen Provinz Ontario sind in den letzten Jahren wichtige Impulse zur Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur durch den Aufbau von Community Care Access Points erfolgt. Beide Beispiele werden nachfolgend kurz dargelegt.

Community Care Access Points in Australien

Mit dem Aufbau von Community Care Access Points in Victoria/Australien war die Zielsetzung verbunden, den Eintritt in das System ambulanter Dienstleistungen durch Vereinfachung der Zugangswege zu erleichtern (State Government of Victoria 2008). Die Entwicklung ist vor dem Hintergrund des ‚Home and Community care Programs‘ in Australien zu sehen, im Zuge dessen das Angebot ambulanter Dienstleistungen an Quantität und Vielfalt gewann, jedoch auch die Komplexität der Zugangswege zu diesen Diensten zugenommen hat. So entstanden für hilfs- und pflegebedürftige Menschen durch die Expansion an Diensten vielfältige Eintrittsmöglichkeiten (multiple points of entry) in die Langzeitversorgung, die den Zugang allerdings eher erschweren, denn erleichtern, da die Angebots- und Zugangsvielfalt für mehr Unsicherheit und Desorientierung als für Klarheit und Orientierung sorgte.

In Reaktion darauf wurde beschlossen, im Bundesstaat Victoria die Nutzung ambulanter Dienste zu vereinfachen: Nutzer und ihre Angehörigen sollten künftig über verfügbare Dienstleistungen informiert und diese zeitnah und unkompliziert in Anspruch nehmen können. Zur Umsetzung dieses Ziels wurden sogenannte Community Care Access Points (CCAP) eingerichtet, die für die Nutzer als Anlaufstelle und zugleich als Eintrittsort in das Versorgungssystem dienen sollten. Als Zielgruppe wurden diejenigen definiert, die ein erhöhtes Risiko aufweisen, vorzeitig und ohne zwingenden Be-

darf in die institutionelle Langzeitversorgung überwiesen zu werden. Mit den CCAPs wurde also versucht – wie hier sichtbar wird – vorzeitige, kostenintensive Institutionalisierung zu vermeiden und stattdessen einen Verbleib in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

In den CCAP sollte nach dem so genannten ‚no wrong door‘-Prinzip vorgegangen werden, d.h. Nutzer sollten mit allen Anliegen auf Gehör stoßen und nicht abgewiesen werden. Zugleich sollten sie eine problemangemessene Antwort erhalten und dazu ggf. direkt und ohne Umwege an die für sie richtige Stelle im Versorgungssystem übermittelt werden. Um diesen Anspruch zu realisieren, wurde als Voraussetzung angesehen, alle Anfragen der Nutzer ernst zu nehmen, ihren Bedarf systematisch abzuklären, begründete Entscheidungen für die Übermittlung an weiterversorgende Stellen zu treffen und den Zuweisungsprozess bzw. die Arbeit der CCAP zu evaluieren (State Government of Victoria 2008).

Als Evaluations- bzw. Ergebniskriterien wurden die erworbenen Kenntnisse der Nutzer über verfügbare Dienste und Zugangsbedingungen, über die Prozesse, die zum Eintritt in das System und zur Bedarfsfeststellung erforderlich sind, sowie die Rechte und Pflichten bei der Inanspruchnahme von Diensten festgelegt. Der letztgenannte Aspekt ist bedeutsam, da die Gewährung von Leistungsansprüchen in Australien an ein umfassendes Assessment gebunden ist. Es wird durch so genannte Aged Care Assessment Teams (ACAT) durchgeführt (OECD 2005) und garantiert, dass eine systematische, individuelle Bedarfseinschätzung erfolgt.

Zu den Standards der Arbeitsweise der CCAP gehört, dass sie leicht identifizierbar und gut erreichbar sein müssen, Erstkontakt ermöglichen, eine systematische Erstidentifikation des Bedarfs vornehmen, direkte Zugangswege zum Versorgungssystem ebnen und dabei Sorge für eine zielgerichtete und bedarfsgerechte Unterstützung tragen, sich für das gesamte Spektrum an Problemen und Bedarfslagen zuständig fühlen (z.B. Leben mit Demenz, Kontinenzförderung und -beratung), sich lokal gut vernetzen und tragfähige Allianzen mit professionellen Akteuren herstellen, umfassende lokale Öffentlichkeitsarbeit leisten und zur elektronischen Verarbeitung von Patientendaten fähig sind.

Die modellhafte Einführung der CCAP wurde wissenschaftlich begleitet und evaluiert (State Government of Victoria 2008). Dabei wurden umfangreiche Daten zum Nutzerverhalten und zu Pflegeverläufen erhoben: so wurden u.a. die Eintritts- und Versorgungswege von 229.000 Personen analysiert, die in den Jahren 2005 und 2006 Leistungen der ambulanten Versorgung in Anspruch genommen haben. Dabei galt das Interesse der Evaluation folgenden Fragen

- wie häufig und in welcher Weise die CCAP in Anspruch genommen wurden (volume of inquiry)
- welches Spektrum an Fragen und Inhalten bearbeitet wurde, z.B. welche Versorgungspakete zusammengestellt oder modifiziert wurden und welchen Zeitaufwand die Bearbeitung der Anliegen der Ratsuchenden in den CCAP erforderte

- welchen zusätzlichen Nutzen die CCAP gegenüber der bestehenden Infrastruktur haben
- welche administrativen Prozesse notwendig sind, ebenso die Frage, ob und in welcher Form zwischen verschiedenen Anbietern überwiesen wird sowie ob und falls ja, welche notwendigen Verfahren und Verfahrensanweisungen/Standardisierungen neu erfolgen müssen
- welche finanziellen, personellen und qualifikatorischen Ressourcen zum Betreiben der CCAP erforderlich sind.

Die Evaluation brachte eine Reihe interessanter Ergebnisse hervor (State Government of Victoria 2008). Eines der wesentlichen bestand darin, dass die Heterogenität der im ambulanten Versorgungssektor vorfindbaren Probleme und Bedarfslagen erstmals sichtbar wurde. Sie zeigte sich u.a. in den vielfältigen Versorgungswegen und dem breiten Spektrum an Fragen und Hilfeanliegen, die an die CCAP herangetragen wurden. Die Evaluationsergebnisse zeigen darüber hinaus die hohe Bedeutung des Familien- und Freundeskreises bei der Entscheidung für bestimmte Versorgungsarrangements.

Ein weiteres erfreuliches Ergebnis war, dass die Leistungserbringer die CCAP aktiv in ihren Aufgaben unterstützten und gezielt Nutzer/innen an die CCAP verwiesen. Auch die Überweisung zwischen verschiedenen Leistungserbringern hat gut funktioniert. Voraussetzung für die gelungene Zusammenarbeit ist eine sorgfältige und nach einheitlichen Kriterien durchgeführte Dokumentation der jeweils durchgeführten Einschätzungen und Interventionen.

Die Evaluation der modellhaften Einführung der CCAP kommt zu dem Resultat, dass die CCAP insbesondere für Menschen, die noch keinen Kontakt zur Langzeitversorgung hatten, der Erstkontakt entscheidend ist und die CCAP für diese Personengruppe einen leicht zu identifizierenden Ort darstellen, an dem verlässliche und einheitliche Informationen sowie eine hilfreiche Unterstützung auf dem Weg in das Versorgungssystem erhältlich sind. Für künftig wichtig wird die Kooperation der CCAP mit den Hausärzten erachtet, da sie für viele Menschen die primäre Vertrauensperson sind.

Vom Community Care Access Centre zum Local Health Integration Network in Ontario, Kanada

Bereits seit 1997 existieren im kanadischen Bundesstaat Ontario so genannte Community Care Access Centres (CCAC), deren Aufgabenspektrum und Anliegen denen der australischen CCAP sehr ähnlich sind. Begründet wurden die CCACs, um dem zunehmenden Bedarf an einer kontinuierlichen, vor allem häuslichen Versorgung zu begegnen und der Bevölkerung von Ontario ein umfassendes Unterstützungsangebot zu machen, welches im Bedarfsfall auch die Vermittlung in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung umfasst (Witmer 2000). Im Unterschied zu Australien wurde in Ontario konsequent die single-entry point-Strategie umgesetzt, d.h. die CCACs fungieren tat-

sächlich als einziger Eintrittsort und Zugangsweg in das System. Eine direkte Kontaktaufnahme zu Leistungserbringern und Leistungsnutzung ohne Vermittlung durch die CCAC ist nicht möglich.

Gewissermaßen fungieren die CCACs also als gatekeeper: sie öffnen oder verschließen den Zugang zu allen Versorgungseinrichtungen. Sie sind daher wichtige Instanzen im Versorgungssystem und eng mit allen lokalen Einrichtungen und Diensten vernetzt, die für die Planung und Zusammenstellung von Versorgungsarrangements wichtig sind. Die Arbeitsweise der CCACs stellt sich ähnlich wie die der australischen CCAPs dar: Zu Beginn wird ein systematisches Assessment zur individuellen Bedarfsermittlung durchgeführt, auf dessen Basis eine zielgerichtete Planung geeigneter Unterstützungsmaßnahmen erfolgt, ggf. bedarfsgerechte Versorgungspakete konzipiert werden und der Zugang zu den dafür erforderlichen Diensten – seien sie stationär oder ambulant – geëbnet wird. Das Assessment durch die CCAC bestimmt auch über die Berechtigung zum Erhalt und den Zugang zu Leistungen. Entsprechend wird über die CCACs etwa auch die Anmeldung für und der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung vorbereitet oder die Mobilisierung ambulanter Hilfen eingeleitet. Zur Aufgabe der CCACs gehört auch die Unterstützung bei administrativen Fragen so etwa bei dem Stellen von Anträgen (OACCAC 2009).

Für den ambulanten Bereich koordinieren die CCACs das ganze Spektrum an möglichen Diensten, die für die häusliche Versorgung zur Verfügung stehen. Dazu gehören Pflege, direkte körperliche Unterstützung (z.B. beim Baden oder Anziehen, die in Ontario getrennt von Pflege ausgewiesen wird), Ergo- und Physiotherapie, Logopädie, Sozialarbeit, Ernährungsberatung sowie medizinische und pflegerische Hilfsmittel. Daneben bieten die CCACs die Organisation und Vermittlung kommunaler Hilfen an, zu denen Mahlzeitendienste, hauswirtschaftliche Hilfen, Transportdienste, gemeinsame kommunale Mahlzeitenprogramme (community dining programmes), Besuchsdienste (friendly visiting), Wohnungsunterstützung sowie Tagesprogramme gehören. Darüber hinaus stehen (regional unterschiedlich) spezialisierte Dienste für Menschen mit Schädel-Hirn-Verletzungen, psychischen Problemlagen, Suchtgefahren, Demenz oder nach einem Schlaganfall zur Verfügung. Der Erwähnung bedürfen auch die so genannten ‚Community Care Clinics‘, die unterschiedliche Therapien wie intravenöse Therapien, Wundversorgung, Rehabilitation u.a. anbieten und die ebenfalls nur über die CCACs in Anspruch genommen werden können. Auch kranke und pflegebedürftige Kinder können berechtigt sein, bestimmte Leistungen wie Logopädie, Ergo- und Physiotherapie sowie Pflege zu erhalten, um die Teilnahme am Schulunterricht zu ermöglichen. Über die Berechtigung entscheiden die CCACs.

Die in den CCACs tätigen Mitarbeiter verfügen allesamt über eine Ausbildung als Case Manager (Salfi/Joshi 2003) und haben einen unterschiedlichen professionellen Hintergrund in der Pflege, der Sozialarbeit, Physiotherapie oder anderer Gesundheitsberufe, wobei die einzelnen CCAC ihr Anforderungsprofil gesondert festlegen. Die Tätigkeit der Case Manager ist Gegenstand verschiedener Forschungsprojekte, die sich z.B. mit Entscheidungsprozessen und -hilfen befassen (Busby/Carter 2006) oder die

Rollenveränderungen untersuchen, die mit der Einführung von Marktprinzipien in die häusliche Versorgung einhergehen und dramatische Konsequenzen für die Case Manager haben (Randall 2007).

Trotz des sehr breit und umfassend angelegten Konzepts, mit dem überwiegend positive Erfahrungen gesammelt wurden, gibt es auch in Kanada eine Reihe offener Fragen (OACCAC 2008). Dazu zählen die Fragen, ob und an welche prioritären Personengruppen die CCACs sich richten oder wie Interventionen zur häuslichen Versorgung konzipiert werden sollten. Zudem besteht ein Erkenntnisbedarf zum Einfluss sozialer Determinanten auf das Versorgungssystem. Diese Fragen, die sich im Laufe der Jahre durch die Arbeit der CCACs aufgeworfen wurden, verdeutlichen die Wichtigkeit und den Bedarf an kontinuierlicher Forschung zur häuslichen Versorgung, um die Versorgungsgestaltung möglichst zielgerichtet planen und umsetzen zu können.

Die derzeit größte Herausforderung für die CCACs in Ontario stellt die Umgestaltung des Gesundheitswesens dar, deren zentrales Element die Gründung umfassender regionaler integrierter Gesundheitsnetzwerke (Local Health Integration Networks – LHIN) ist (Ontarios Local Health Integration Network 2008; Mercer 2008, Eliasoph et al. 2007). Durch diese im März 2006 etablierten Netzwerke sollen auf die Besonderheiten des regionalen Bedarfs abgestimmte Versorgungsstrukturen aufgebaut, der Fragmentierung durch Integration begegnet und zudem die ambulante Versorgung gestärkt werden. Für die CCACs ist diese Reform mit weitreichenden Auswirkungen verbunden. Denn aus vormals 42 bestehenden CCACs sind seither 14 zu bilden, deren Einzugsbereich identisch mit denen der Local Health Integration Networks ist. Um das zu ermöglichen, sind für sie zusätzlich zur Netzbildung und Bündelung aller regionalen Versorgungsleistungen in einer integrierten Struktur vielfältige Organisationsveränderungen zu bewältigen, bei denen unterschiedliche Organisationskulturen, Arbeitsweisen, Kommunikationswege, Dienstleistungsphilosophien und Führungsstile zu vereinheitlichen sind (Mercer 2008).

Insgesamt kann das Modell der CCACs in Ontario als Beispiel für einen Ansatz gesehen werden, der Desintegration und Fragmentierung strukturell zu überwinden versucht und konsequent auf die Förderung häuslicher, gemeindebezogener und ambulanter Versorgungsansätze setzt. Diese Bedeutung der CCACs für die Stärkung der häuslichen Versorgung wurde durch die Regierung von Ontario erst kürzlich noch einmal betont und als zukünftige Strategie bestätigt (Ministry of Health and Long-Term Care 2008). Daneben zeigen die Erfahrungen aus Kanada jedoch auch, wie einfache, direkte und damit nutzerfreundliche Zugangswege zur Langzeitversorgung geschaffen werden können und wie dies eng mit der Sicherung von Bedarfsgerechtigkeit zu verbinden ist.

Desintegration überwinden und Langzeitversorgung zugänglich machen – die Herausforderung für Pflegestützpunkte

Die Beispiele aus Australien und Kanada sowie die Übersicht über die internationale Diskussion zur Langzeitversorgung weisen auf eine Reihe von Aspekten, die bei der zukünftigen Gestaltung der Langzeitversorgung im Allgemeinen und der Pflegestützpunkte im Besonderen zu beachten sind. Fragen danach, wie die Langzeitversorgung nachhaltig und qualitativ hochwertig weiterentwickelt werden kann und welche Bedeutung den Pflegestützpunkten dabei zukommt, wie der Vorrang der ambulanten Versorgungsstrukturen unterstützt werden kann, wie sich die Erreichbarkeit von Hilfen verbessern lässt und wie die auch in Deutschland vorfindbare Desintegration im Gesundheitswesen zu überwinden ist, stehen dabei zur Lösung an und werden nun diskutiert.

Pflegestützpunkte als Teil und Ergänzung der Langzeitversorgung

Obwohl in Deutschland mit der Einführung der Pflegeversicherung wie auch dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz wichtige Weichen für die pflegerische Langzeitversorgung gestellt wurden, ist die Diskussion über diesen Versorgungssektor hierzulande eher blass. Allein der Terminus Langzeitversorgung ist (noch) ungebräuchlich und wenn über diesen Sektor debattiert wird, dann vorrangig über die vollstationäre (Alten-) Pflege, die jedoch nur einen Teil der Langzeitversorgung ausmacht. Demgegenüber steht, wie die anfänglichen Ausführungen gezeigt haben, international eine lebhafte Debatte über long-term care, nicht einzig auf politischer, sondern auch auf wissenschaftlicher Ebene. Diese Debatte hierzulande intensiver aufzugreifen, scheint uns ratsam, weil sie – wie wir verdeutlichen wollten – neue Perspektiven auf manche hierzulande tendenziell verengt geführte Diskussion wirft, aber auch, weil sie in Deutschland erreichte Fortschritte sichtbar macht. Allen voran ist hier auf die international als vorbildlich geltende finanzielle Absicherung und dadurch ermöglichte Nachhaltigkeit angespielt. Freilich weist sie auch auf in Deutschland noch bestehende Herausforderungen, insbesondere bei der Sicherung des Zugangs, der Qualität, Koordination und Bedarfsgerechtigkeit der Langzeitversorgung.

Wichtiger noch ist uns, darauf aufmerksam zu machen, dass auch die Debatte über die Stützpunkte enger mit der über die Langzeitversorgung verknüpft werden sollte. Sie wird derzeit eher isoliert von anderen Versorgungsherausforderungen und weitgehend reduziert auf den Ausbau von Beratung und Case Management geführt. So unbestritten wichtig und richtig dies auch ist – der eigentliche Stellenwert der mit den Stützpunkten initiierten Innovation wird erst deutlich, wenn diese neuen Einrichtungen im Kontext der Langzeitversorgung betrachtet werden. So besetzen die Pflegestützpunkte eine wichtige Infrastrukturergänzung des auch in Deutschland noch in Entwicklung befindlichen Langzeitversorgungssystems dar, sind aber auch neues Element zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Langzeitversorgung, dem zugleich hohe Bedeutung für die Stärkung von Patientenorientierung bzw.

Nutzerkompetenz (SVR 2003, Bauer et al. 2005) zukommt. Denn als niedrigschwellige Anlaufstellen rund um Pflege und dauerhafte Gesundheitseinbußen können sie zur Kompetenzförderung durch Information und Beratung – auch bei bislang nicht erreichten Nutzergruppen – beitragen. Darüber hinaus können sie wichtige präventive Funktion einnehmen (z.B. vermeidbare Institutionalisierungen verhindern), vor allem aber die individuelle Versorgungsorganisation unterstützen, Zugangshürden zu Versorgungsmaßnahmen ausräumen und unkomplizierte Wege zur und durch die Versorgung ebnen. Dies umgesetzt können sich die Stützpunkte zu einem wichtigen Baustein der Langzeitversorgung entwickeln und einen substanziellen Beitrag auf die gesellschaftlichen Herausforderungen des demografischen und epidemiologischen Wandel leisten (Schaeffer/Kuhlmeier 2008).

Vorrang der ambulanten Versorgung und lokale Verankerung

Auch in Deutschland besteht die große Herausforderung darin, dem Wunsch der Nutzer entsprechend die häusliche/ambulante pflegerische Langzeitversorgung weiterzuentwickeln, nicht zuletzt aus Kostengründen. Denn die zu erwartenden Bedarfssteigerungen werden aus finanziellen Gründen nicht durch stationäre Lösungen aufzufangen sein, ebenso wenig durch professionelle ambulante Pflege. Daher ist die Stärkung informeller Hilfefunktionen unverzichtbar, zumal sie – wie mehrfach betont wurde – dem Wunsch der Nutzer entspricht. Dafür, wie die auch in Deutschland seit langem geforderte Förderung der häuslichen Versorgung und informeller Hilfe/pflegender Angehöriger erfolgen kann, die ja auch als Ziel mit der Einrichtung der Pflegestützpunkte verfolgt wird, bieten sowohl das kanadische wie das australische Beispiel eine ganze Reihe von Anregungen. So zeigen sie u.a., dass häusliche Versorgungsarrangements auch in schwierigen Phasen des Pflegeverlaufs durch supervidierende Unterstützung und gut zusammengestellte Maßnahmenpakete aufrechterhalten werden können und (vorzeitige) Institutionalisierungen vermeidbar sind.

Voraussetzung dazu ist allerdings, dass sich auch die Stützpunkte ähnlich wie die CCACs oder CCAPs dem Vorrang einer ambulanten Versorgung verschreiben und gezielt der Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements sowie den vielfältigen sich dabei stellenden individuellen Problemen widmen. Dazu ist – wie die Beispiele zeigen – eine systematische Arbeitsweise und Dokumentation des Geschehens erforderlich. In beiden Beispielen wird ein systematisches Assessment zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung wie auch eine systematische (möglichst in elektronischer Form vorliegende) Dokumentation als zentrales Element der Arbeitsweise angesehen. Sie gelten zugleich als Voraussetzung, um nutzerorientiert vorgehen und bedarfsgerechte Lösungs- und Versorgungsvorschläge erarbeiten zu können. Für die Arbeitsweise der Pflegestützpunkte sind diese Anregungen von hohem Wert, ebenso die dem australischen Beispiel zu entnehmende Philosophie, jedem Nutzeranliegen Gehör zu schenken und es ernst zu nehmen.

Die australischen Erfahrungen weisen auf einen weiteren Punkt. Sie zeigen, dass die Qualitätsbemühungen wichtige Impulse durch Einrichtungen wie die CCAPs oder

auch Stützpunkte erhalten können, weil sie Einblick in das häusliche bzw. informelle Versorgungsgeschehen erhalten und zur Qualitätstransparenz beitragen können. Ebenso eröffnet sich ihnen das ganze Spektrum an Problemen, das eine häusliche Versorgung mit sich bringt – so auch die unterschiedlichen Dimensionen des Bedarfs an Unterstützung, allerdings auch in bestehende Versorgungslücken, die einer bedarfsgerechten Versorgung entgegen stehen. Daher wird notwendig sein, dass sich die Stützpunkte nicht nur auf individueller, sondern auch struktureller Ebene engagieren: sich für den Ausbau zur häuslichen Langzeitversorgung beitragender, wohnortnaher Hilfen einsetzen und bestehende Versorgungslücken aufdecken und zu schließen versuchen. Dass dies keine einfache Aufgabe sein wird, ist unbestritten, dass sie machbar ist, belegen die Erfahrungen in Kanada, wo den CCACs hohe Bedeutung für die Schaffung wohnortnaher integrierter Versorgungsnetze zukommt.

Zugänglichkeit sicherstellen

In engem Zusammenhang mit der Bedarfsgerechtigkeit steht die Sicherung von Zugänglichkeit. Nicht nur die internationalen auch die hiesigen Erfahrungen zeigen, dass der Zugang zu Leistungen des (Langzeit-)Versorgungssystems durch vielerlei Hürden – allen voran die aus dem Angebotszuwachs erwachsene Desintegration und Unübersichtlichkeit – behindert wird und allein dies einer bedarfsgerechten und auch nutzerorientierten Versorgung entgegen steht. Die dargelegten Beispiele zeigen unterschiedliche Wege auf, wie die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der Versorgung verbessert werden können, wobei die Frage des Eintrittsortes in das Versorgungssystem eine zentrale ist. In Kanada wurde dabei konsequent eine „Single-entry-point“-Strategie verfolgt, in der die Community Care Access Centres der einzige Zugangsweg zur (Langzeit-)Versorgung sind und eine bedeutsame Position als gate keeper einnehmen. In Australien wurde hingegen versucht, die Zugangsprinzipien so zu gestalten, dass Wege in das System gebahnt werden, ohne dies mit gate keeper Funktionen im Sinn der Entscheidung über die Leistungsberechtigung zu verknüpfen.

Wie auch immer, beide Beispiele zeigen, dass die Eröffnung von einfachen Eintritts- und direkten Zugangsmöglichkeiten zum sowie die Ebnung von gangbaren Pfaden durch das (Langzeit-)Versorgungssystem essentiell für eine bedarfsgerechte Langzeitversorgung sind und damit auch für Deutschland Vorbildfunktion einnehmen können. Auch in den Stützpunkten kann es nicht nur darum gehen, Wissen und Information über das Versorgungssystem bereitzustellen und zu hoffen, allein mit Kompetenzförderung Zugangs- und Nutzungsprobleme lösen zu können. Vielmehr wird in Anbetracht der Vulnerabilität der Nutzer, die meist unter komplexen Gesundheitsproblemen leiden und hochgradig belastet sind, anwaltschaftliche Unterstützung, Hilfe bei der Versorgungsorganisation und die Bahnung von unkomplizierten Wegen in und durch das Versorgungssystem, eine wichtige Rolle spielen. Wie vielfältig die damit verbundenen Aufgaben sind, deuten beide Beispiele an. Auch in der hiesigen Diskussion wächst das Bewusstsein darüber, was sich daran zeigt, dass die lange Jahre vergeblich geführte Diskussion über die Einführung von Case Management nun eine Wende ge-

nommen hat, denn Case Management soll in den Stützpunkten künftig hohen Stellenwert erhalten. Case Management eng mit der Sicherung des Zugangs zu Hilfen zu verknüpfen, ebenso damit bislang tendenziell unterversorgten Gruppen Eintritt in das Versorgungssystem zu ermöglichen, wird eine wichtige Aufgabe der Stützpunkte sein. Um sie erfüllen zu können, müssen die Stützpunkte selbst allerdings auch gut zugänglich sein.

Eine weitere wichtige Aufgabe wird – wie die aktuelle Diskussion und auch die Erfahrungen in dem derzeit laufenden Modellversuch andeuten – darin bestehen, bei der Umsetzung von Case Management die für dieses konsequent auf Patienten- bzw. Nutzerorientierung setzende Konzept typischen Prinzipien und Leitmaximen zu bewahren. Am ehesten ist dies – wie die kanadischen und australischen Erfahrungen zeigen – durch eine solide Qualifikation gewährleistet. Dass Case Management eine anspruchsvolle Aufgabe darstellt, die – egal welchen professionellen Hintergrund die Case Manager mitbringen, einer wissenschaftlich gestützten Qualifikationsbasis bedarf, ist international unstrittig. Es bleibt zu hoffen, dass sich diese Erkenntnis auch hierzulande durchsetzt.

Desintegration überwinden

Eine wichtige Rolle spielt in der internationalen Diskussion das Thema Integration und Koordination (OECD 2005). Auch in der deutschen Auseinandersetzung hat es hohen Stellenwert, denn die Versorgung chronisch Kranker und Pflegebedürftiger ist hier – trotz zahlreicher Reformen – durch zahlreiche Desintegrationserscheinungen gekennzeichnet. Eine der Ursachen dafür stellt die noch unzureichende Anpassung an die Zunahme chronischer Erkrankungen dar, die mit unterschiedlichsten langfristigen Versorgungserfordernissen und in den Spätphasen oft auch mit dauerhafter Pflegebedürftigkeit einhergehen. Welche Herausforderungen sie für die Systemgestaltung aufwerfen, ist international (Kane et al. 2005) und national (Schaeffer 2004, 2009; Schaeffer/Moers 2003) hinreichend beschrieben, aber bislang nicht ausreichend umgesetzt. Desintegrationserscheinungen zeigen sich hierzulande an vielen Stellen, sind aber besonders im ambulanten Versorgungssektor unübersichtbar, weil das Angebot an Diensten dort in den vergangenen Jahren – u.a. ausgelöst durch die Pflegeversicherung – enorm gewachsen und parallel dazu die Unübersichtlichkeit und Fragmentierung gestiegen ist. Die Herstellung stimmiger integrierter Versorgungspakete und die Koordination von Leistungen stellt daher speziell im ambulanten Sektor eine große Herausforderung dar, die offensichtlich – so die kanadischen Erfahrungen – um so schwieriger zu bewältigen ist, wenn die vorhandenen Dienste sich nicht zu einem integrierten Versorgungsnetz zusammenfügen.

Die CCACs in Kanada stellen ein zukunftsweisendes Modell dafür dar, wie die Fragmentierung in der ambulanten (Langzeit-)Versorgung und die Trennung zwischen den Versorgungsbereichen (etwa dem Gesundheits- und Sozialwesen, aber auch dem Rehabilitations- und Pflegesektor) überwunden werden kann. Das Modell zeigt zugleich, welchen wichtigen Beitrag integrierte Versorgungsansätze dazu leisten. Wichtig ist aller-

dings, sich die dem kanadischen System zugrunde liegenden Überlegungen zu vergegenwärtigen. Die Ansiedlung der Langzeitversorgung (und der dazu gebildeten Versorgungsnetze) unter dem Dach der primären Gesundheitsversorgung ist von der Überzeugung geleitet, dass die Problemlagen, die zur Inanspruchnahme gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung führen, nicht klar zu trennen sind und daher auch systemisch nicht getrennt werden sollten. Die Gründung der „Local Health Integration Networks“ stellt eine logische Konsequenz dieser Überlegung dar und schafft eine Infrastruktur, wie sie etwa auch in Finnland durch die dortigen kommunalen Gesundheitszentren besteht. Auch in Großbritannien wird seit einiger Zeit versucht, diesen Weg konsequent zu beschreiten. Unter dem Titel: „Raising the profile of long-term conditions care“ werden Kriterien und Ansatzpunkte dafür formuliert, wie eine nutzerorientierte Versorgung aussehen muss, um Menschen mit langfristigen Versorgungsbedarf adäquate Hilfen anbieten zu können. Der Fokus liegt dabei wie auch in Kanada auf den Problemen der Patienten bzw. Nutzer und den aus ihnen erwachsenen Konsequenzen für die System- und Versorgungsgestaltung (Department of Health 2008) und nicht – wie hierzulande oft – auf den Erfordernissen der Systemgestaltung.

Evaluation und kontinuierliche Forschung

Abschließend ist ein anders gelagerter Punkt anzusprechen. In beiden dargestellten Beispielen spielt Forschung eine wichtige Rolle. Beide Modelle wurden ausführlich evaluiert und in Kanada ist selbstverständlich, dass die CCACs – wie die ambulante Versorgung generell – Gegenstand reichhaltiger und kontinuierlicher (Pflege-)Forschung sind (Coyte/McKeever 2001). Das scheint uns auch für Deutschland erstrebenswert und erforderlich, denn die ambulante Pflege bzw. die häusliche (informelle) Versorgung ist hier bislang erst selten Gegenstand von Drittmittelforschung. Auch die Frage, ob die Einführung der Pflegestützpunkte über den seit 2008 geförderten Modellversuch hinaus, dessen Aufgabe einzig in der wissenschaftlichen Begleitung besteht, Gegenstand systematischer Evaluation und empirischer Analyse wird, ist bislang offen. Eine systematische Evaluation ist – wie mit den Beispielen gezeigt werden sollte – jedoch unabdingbar, um eine zielkonforme Umsetzung der für die Weiterentwicklung der Langzeitversorgung wichtigen Pflegestützpunkte zu ermöglichen und Impulse für die weitere Gestaltung dieses neuen Bausteins dieses künftig weiter an Bedeutung gewinnenden Versorgungssektors zu erhalten. Wichtige Fragen der Evaluation bestehen darin, wie die Anregungen aus Australien und Kanada zeigen, über die Anliegen der Ratsuchenden hinaus weitere Aspekte zu untersuchen, etwa um empirisches Wissen über die ratsuchenden Nutzer zu erhalten, über typische Bedarfskonstellationen unterschiedlicher Nutzergruppen, ebenso über typische Versorgungsarrangements und die für die Herstellung benötigten zeitlichen und personellen Ressourcen oder über die Such- und Versorgungswege von Nutzern.

Eine systematische Evaluation ist, wie abschließend festzuhalten ist, allerdings nur ein Schritt – ein zweifelsohne überaus wichtiger, nicht zuletzt um eine evidenzbasierte Politikgestaltung zu ermöglichen – doch müssen ihm weitere folgen. Mit anderen Wor-

ten: um den vielfältigen in der ambulanten und stationären Langzeitversorgung – auch in den neuen Pflegestützpunkten – bestehenden Herausforderungen mit zukunftsweisenden Lösungen begegnen zu können, ist der Aufbau einer kontinuierlichen Forschung (und Forschungsförderung) unverzichtbarer.

Mit der Etablierung von Pflegestützpunkten wird in Deutschland ein Weg eingeschlagen, der vor dem Hintergrund der internationalen Diskussion zur Langzeitversorgung als innovativ gelten kann. Ob er innovativ bleibt und dem internationalen Diskurs standhält, wird nicht zuletzt davon abhängen, ob die Stützpunktedebatte enger mit der über die Weiterentwicklung der Langzeitversorgung verknüpft wird, wie die Integration der Stützpunkte in die regionale oder lokale Langzeitversorgungsstruktur gelingt und welche Wirkung die Stützpunkte entfalten, doch ebenso, wieweit die internationalen Erfahrungen aus Ländern mit Erfahrungsvorsprung wie Kanada und Australien rezipiert und ausgewertet werden.

Literatur

- Bauer, U./Rosenbrock, R./Schaeffer, D. (2005): Stärkung der Nutzerposition im Versorgungswesen – gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit. In: Iseringhausen, O./Badura, B. (Hrsg.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Bern: Huber: 187-201
- Bundesministerium für Gesundheit (2009): Bericht der Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: BMG
- Busby, C.R./Carter, M.W. (2006): A decision tool for negotiating home care funding levels in Ontario. In: Home Health Care Services Quarterly 25: 91-106
- Comas-Herrera, A./Wittenberg, R. (Ed.) (2003): European Study of long-term care expenditure: Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs. Report to the European Commission. PSSRU Discussion Paper 1840
- Coyte, P.C./McKeever, P. (2001): Home Care in Canada: Passing the buck. In: Canadian Journal of Nursing Research 33(2):11-25
- Department of Health (2008): Raising the profile of long term conditions care. A compendium of information. Abrufbar unter: <http://www.dh.gov.uk/publications> [letzter Zugriff: 13.03.09]
- Deutscher Bundestag: (2002): Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege. In: Enquetebericht „Demographischer Wandel“. Berlin: BT-Drucksache 14/8800: 240-243
- Eliasoph, H./Monaghan, B./Beaudoin, R./Cushman, R./DuBois-Wing, G./Emery, M.J./Fenn, W.M./Hanmer, S.J./Huras, P./Lowi-Young, M./Mandy, P./Trimnell, J./Switzer, G./Woolgar, T./Butler, J. (2007): „We are all in this together“: Integrated Health Services Plans in Ontario. In: Healthcare Quarterly 10(3): 82-87
- European Commission (2008): Long-term care in the European Region. Brüssel: Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG. Abrufbar unter: http://www.ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf [letzter Zugriff: 14.04.2009]
- Evashwick, C. (2005): The continuum of long-term care. 3rd edition. New York: Thomson Delmar Learning
- Kane, R.L./Priester, R./Totten, A.M. (2005): Meeting the challenges of chronic illness. Baltimore: John Hopkins University Press
- Landtag NRW (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags von NRW. Düsseldorf

- Mercer, K. (2008): Facilitating organizational mergers: amalgamation of community care access centres. In: *Journal of Health Services Research & Policy* 13, Supplement 1: 46-51
- Michell-Auli, P./Tebest, R. (2009): Pflegestützpunkte werden gebraucht. In: *Pro Alter* 1/09: 29-33
- Ministry of Health and Long-Term Care (2008): Ontario strengthens home care services. Abrufbar unter: http://www.health.gov.on.ca/english/media/news_releases/archives/nr_08/dec/nr_20081215_2.html [letzter Zugriff: 24.04.09]
- OACCAC (Ontario Association of Community Care Access Centres) (2008): Report on the Ontario home and community care research forum. Abrufbar unter: <http://www.ccac-ont.ca/upload/oaccac/general/finalreportofresearchforum14october2008.pdf> [letzter Zugriff: 08.04.09]
- OACCAC (2009): Understanding your options. Abrufbar unter: <http://www.ccac-ont.ca/Content.aspx?EnterpriseID=7&LanguageID=1&MenuID=144> [letzter Zugriff: 14.04.2009]
- Ontario Local Health Integration Networks (2009): About LHINs. Abrufbar unter: http://www.lhins.on.ca/aboutlhin.aspx?ekmensele=e2f22c9a_72_184_btnlink [letzter Zugriff: 08.04.09]
- OECD (2005): Long-term care for older people. The OECD health project. Paris: OECD
- Randall, G. (2007): Competition, organizational change, and conflict: the changing role of case managers in Ontario's homecare system. In: *Care Management Journals* 8(1): 2-7
- Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Kurzfassung. Abrufbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht00/kurzf-de00.pdf> [letzter Zugriff: 23.04.2009]
- Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003. Kurzfassung. Abrufbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht03/kurzf-de03.pdf> [letzter Zugriff: 23.04.2009]
- Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Kurzfassung. Berlin
- Salfi, J./Joshi, A. (2003): A critical analysis of the broker and strengths models of case management: identifying a potential framework for community case managers. In: *Care Management Journals* 4(2): 66-72
- Schaeffer, D. (2004): Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit. Bern: Huber
- Schaeffer, D. (Hrsg.) (2009): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber
- Schaeffer, D./Büscher, A./Ewers, M. (2008): Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmeier, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber: 352-369
- Schaeffer, D./Kuhlmeier, A. (2008): Pflegestützpunkte als neue ambulante Versorgungszentren für Menschen mit Pflegebedarf. In: *Pflege & Gesellschaft* 13(1): 90-91
- Schaeffer, D./Moers, M. (2008): Überlebensstrategien ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. In: *Pflege & Gesellschaft* 13(1): 6-31
- State Government of Victoria (2008): Access Points Mapping Project Report. A national community care access points initiative. Melbourne: Aged Care Branch, Rural and Regional Health and Aged Care Services Division, Victorian Government Department of Human Services. Abrufbar unter: http://www.health.vic.gov.au/hacc/downloads/pdf/accesspoints_mappingproject.pdf [letzter Zugriff: 08.04.2009]
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008): Demografischer Wandel in Deutschland - Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2008): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- WHO (2002): Ethical choices in long-term care: what does justice require? Geneva: World Health Organization
- WHO (2003a): Long-term care in developing countries. Ten case studies. Geneva: World Health Organization

- WHO (2003b): Key policy issues in long-term care. Geneva: World Health Organization and JCD-Brookdale Institute
- Wingenfeld, K./Büscher, A./Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1: Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstrumentes. Bielefeld/Münster.
- Witmer, E. (2000): Bringing healthcare closer to home: one province's approach to home care. In: Healthcare Papers 1(4): 98-102

Dr. Andreas Büscher

Prof. Dr. Doris Schaeffer

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Korrespondenzadresse:

Dr. Andreas Büscher, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Postfach 100131, 33501 Bielefeld, Andreas.buescher@uni-bielefeld.de

Ulrike Höhmann

Pflegestützpunkte als Brücken im System: Anmerkungen zu Vernetzungschancen

Community Care Access Centers: Can They Bridge The System Gap?

The paper discusses contradictory influences, which „Pflegestützpunkte“ have to face, by realizing their task to build up intersectional ambulant care networks. It concludes with recommendations for bridging interprofessional and interinstitutional gaps to realize a client oriented continuity of care.

Keywords

Community Care Access Centers, home care networks, case management, interorganisational cooperation, fragmented care, long-term care insurance

Der Beitrag thematisiert widersprüchliche Rahmenbedingungen und Voraussetzungen auf Seiten der Klienten und Leistungsanbieter sowie daraufbezogene Empfehlungen für die Realisierung des sektorübergreifenden Vernetzungsauftrages von Pflegestützpunkten.

Schlüsselbegriffe

Pflegestützpunkte, interorganisationale Vernetzung, Pflegeversicherung, Versorgungsbrüche, sektorübergreifende Kooperation, ambulante pflegerische Versorgung,

eingereicht 29.4.2009

akzeptiert 8.6.2009 (nach Überarbeitung)

Motto: „Die gern bemühte Macht der Zeit oder des Geldes betrügt uns unzählige Male darum, den wirklichen Gründen von Milderungen oder Erhaltung der Gesinnung oder fest gewordenen Gewohnheiten nachzuforschen.“ (Simmel G. 1908, S. 460 Soziologie: Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung. Berlin. Duncker & Humblot)

1. Einleitung

Nach langem Reformstau taucht mit dem Begriff „Pflegestützpunkt“ ein Hoffnungsträger zur Bearbeitung komplexer Probleme auf, für die seit den achtziger Jahren regelmäßig Lösungen angemahnt wurden. Im Mittelpunkt standen:

1. Fehlende Bedarfsgerechtigkeit, Flexibilität und Vernetzung von ambulanten und sektorübergreifenden Präventions-, Rehabilitations-, Pflege- und Betreuungsangeboten für verlaufsbezogen wechselnde Unterstützungserfordernisse bei Einschränkungen im Alltag,
2. Überwindung von sachlichen, zeitlichen, institutionellen und konzeptionellen Versorgungsbrüchen zwischen den einzelnen Leistungserbringern,
3. Fehlende passgenaue Information, Beratung und Schulung von Pflegebedürftigen resp. ihrer Pflegepersonen zu präventiven, kurativen und rehabilitativen pflegfachlichen Fragen, aber auch zur Unterstützung bei der Auswahl und Koordination verschiedener Hilfsangebote und zur Stärkung von Selbstmanagementkompetenzen, z.B. im Sinne von Case Management Ansätzen.

Zur Realisierung solcher Entwicklungs- und Koordinationsaufgaben wurde in der Regel die Kommune in Kooperation mit den unterschiedlichen Leistungserbringern in der Verantwortung gesehen. Als Voraussetzung zur Erfüllung dieses Gestaltungsauftrages wird eine in der Sozialplanung übliche Bedarfs- und Leistungsanalyse, ein community health assessment gefordert (z.B. Brandt et al. 1992; Schaeffer 1994, BAGS 1993; Deppe/Priester 1989; MAGS BW 1992; Badura/ Feuerstein 1994; Sachverständigenrat 1987; 2003, 2007; VDR 1991), deren Erstellung jedoch auch heute allenfalls modellhaft erfolgt. Vor diesem Problemhorizont weist das aktuelle Gesetz (SGB XI § 92c) den neuen Pflegestützpunkten Zentralaufgaben auf zwei grundsätzlich unterschiedlichen Ebenen zu:

1. Auf der Ebenen des Einzelfalls, die umfassende unabhängige Auskunft und Beratung zu Rechten und Pflichten, zur Auswahl und Inanspruchnahme der rechtlichen Sozialleistungen und Hilfen.
2. Wiederum vorrangig auf der Ebene des Einzelfalls, die Koordinierung aller sektorübergreifend unterschiedlichen in Betracht kommenden Hilfs- und Unterstützungsangebote sowie Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen.
3. Auf der Systemebene, die Vernetzung abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote, sowie nach § 92b den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung.

Angebunden sind die Pflegestützpunkte grundsätzlich an Pflegekassen¹, sie sollen überall unter Anknüpfung an regionale Strukturen, neutral, wohnortnah, und angelehnt an die Bedürfnisse der Versicherten beraten und Unterstützungsmöglichkeiten vermitteln. Ihr Hilfeprogramm ist damit als „Multitalent“ auf der Einzelfall- und Systemebene konzipiert, zur Brückung institutioneller und konzeptioneller Versorgungsbrüche.

Die pflegebezogene praxisnahe Diskussion (beispielhafter Überblick: Sonderheft „Pflege“ (2008) der Zeitschrift „Case Management“) fokussiert neben dem Hinweis auf viele realistische Verbesserungschancen der Versorgung, vorrangig für die Arbeit auf der Einzelfallebene folgende Problemschwerpunkte:

1. die fehlende Neutralität durch die Anbindung von Pflegestützpunkten an Pflegekassen, mit der Gefahr einer Überstrapazierung von Gate-Keeping Funktionen der Pflegeberater oder Case Manager,
2. die Skepsis, ob erstens die konzipierten Beratungsleistungen hinreichend pflegefachliche Aspekte berücksichtigen und zweitens ob eine längerfristige Unterstützung der Versicherten durch ein bedarfsgerechtes Case Management realisierbar ist,
3. den Hinweis auf fehlende regionale Planungsdaten zu spezifischen Bedarfslagen und Leistungsangeboten, im Sinne eines „community health assessments“,
4. sowie Hinweise zu noch fehlenden „Ausführungsbestimmungen“ zu den einzelnen gesetzlichen Aufgabenbereichen.

Insgesamt ist die Thematisierung noch offener Fragen, vor allem in Veröffentlichungen der Pflege und Sozialarbeit, mit wenigen Ausnahmen, – je nach Interessenlage – geprägt von Diktionen der hoffnungsvollen aber auch interessierten Machbarkeit, teils bleibt sie jedoch in blindem Vollzugsgehorsam stecken.

Ein reflexiver Rekurs auf Strukturprobleme von Vorläufermodellen (z.B. ISPO 1995; Döhner et al. 1994; Zimborski 1994; Schmidt-Ohlemann/Bastian 1994) wie z.B. der BEKO, IAV und kommunalen Koordinationsstellen findet in der Fachdebatte kaum statt. Immer noch verfügen wir über zu wenig empirisches Wissen über ihren Wirkungsgrad und ihre langfristigen nutzerorientierten Strukturentwicklungserfolge (z.B. Wissert 2005). Auch Pflegestützpunkte als Vernetzungsvariante müssen sich fragen lassen, ob es ihnen – trotz allen Engagements Einzelner – systematisch gelingen wird, ihre beiden zentralen Aufgaben zu meistern: ihren Auftrag, ein individuell bedürfnisgerechtes Leistungspaket im Einzelfall zu schnüren und ihrem wohl innovativsten, Systemgrenzen überschreitenden und Versorgungssystem gestaltenden Vernetzungsanspruch einzelwirtschaftlicher Unternehmen.

In Fortführung des Argumentes von Gerlinger/Röber (2009) „Wasch mir den Pelz, aber mach mich nicht nass“, zielt der Beitrag darauf ab, wichtige strukturelle Umsetzungsprobleme in der konzeptionellen Anlage der Pflegestützpunkte aufzuzeigen, die

¹ Pflegekassen hatten auch bisher leistungsrechtliche Informations- und Beratungspflicht.

es systematisch erschweren, ihr systembezogenes Ziel zu erreichen, nämlich „mit sozialräumlich aufgebauten Case Managementstrukturen die einzelnen Akteurslogiken der Leistungsanbieter zu überwinden, um abgestimmte, für die Betroffenen notwendige Leistungen aus einer Hand zu bekommen“ (Schiffer 2008: 116). Die Thematisierung von Sollbruchstellen verweist auf notwendige Gestaltungserfordernisse, damit das Konzept der Pflegestützpunkte seine inhärenten Chancen voll entfalten kann nicht im Feld symbolischer Politik stecken bleibt oder der Definitionsmacht einzelner professioneller Interessengruppen anheimfällt.

Die Argumentation begrenzt sich auf das ambulante Feld und fokussiert die Sicherstellung des alltags- und pflegebezogenen Unterstützungsbedarfs. Der folgende Abschnitt stellt grundlegenden Bedürfnissen potentieller Nutzer die Grundstrukturen des ambulanten Versorgungssettings gegenüber. Der dritte Abschnitt prüft angelehnt an eine neo-institutionalistische Sicht von Organisationen, vorrangig Realisierungsprobleme zentraler systembezogener Versprechungen der Pflegestützpunkte. Das Fazit (Abschnitt 4) verweist auf einige ambivalente Entwicklungslinien, die dem Vernetzungsauftrag unter gegebenen Bedingungen inhärent sind und der Austarierung bedürfen.

2. Rahmen der Vernetzung: Charakteristika ambulanter Pflegesituationen und Leistungsstruktur der Pflegestützpunkte

Auf der Grundlage ausgewählter empirischer Daten skizziert dieser Abschnitt zentrale Eckpunkte des Handlungsrahmens von Pflegestützpunkten: den grundlegenden Bedürfnissen der Nutzer werden Angebotsmerkmale ambulanter Leistungsanbieter gegenübergestellt und diese im Lichte der Strukturmerkmale von Pflegestützpunkten diskutiert.

2.1 Die potentiellen Pflegebedürftigen. Prävalenz von Pflegebedürftigkeit, Arztvertrauen und Inanspruchnahme von Rehabilitationsleitungen

Bei konstanter Prävalenzrate zwischen 1999-2005 sind zur Zeit im 72sten Lebensjahr erstmals 5% der Bevölkerung pflegebedürftig, eine Prävalenz von 20 % erreichen Frauen erst zwischen dem 81sten und 82sten Lebensjahr, Männer ca. ein Lebensjahr später. Die zukünftig absolut und relativ zunehmende ältere Bevölkerung hat die Chance, gesünder zu altern und den Eintritt von Pflegebedürftigkeit in immer spätere Lebensabschnitte hinauszuschieben als vorherige Generationen (Hoffmann/Nachtmann 2007; Menning 2007; Blinkert 2008; BMFSJ 2002, 2005).

Als genereller Vertrauenspartner – auch – bei funktionellen Problemen z.B. mit dem Treppensteigen (68,1%), mit Alltagstätigkeiten (65,9%) oder bei gesundheitsbedingter Einschränkung sozialer Kontakte² gilt der Hausarzt: Ihm sprechen ca. 2/3 der über 60jährigen großes/bzw. sehr großes Vertrauen bei der Lösung dieser Probleme zu. Nur

zwischen 12-16% schreiben ihm dafür gar keine Kompetenz zu (eigene Auswertungen, Allbus 2004). Dieses hohe Arztvertrauen ist sowohl methodisch als auch systemimmanent erklärbar: andere Berufsgruppen wurden nicht abgefragt und verfügen nicht über strukturierte Zugangswege. Interessant wäre es, die „Nicht-Vertrauenden“ einer Detailanalyse zu unterwerfen, die aber aufgrund der Allbus Datenlage wenig ergiebig ist. Gleichwohl bleibt offen, ob dieses Vertrauen richtig adressiert ist, denn wie der Alterssurvey (DZA 2002: 4) zeigt, sinkt trotz steigenden Bedarfs und steigender Bereitschaft, sich mehr seiner Gesundheit zu widmen, die Inanspruchnahme von Physiotherapie oder Rehabilitationsleistungen in dieser Altersgruppe. Schmidt-Ohlemann (2006) weist darüber hinausgehend darauf hin, dass die Versicherten oftmals nur mit unverhältnismäßig hohem Mehraufwand gegenüber Ärzten und Kostenträgern ihren Anspruch auf eine adäquate Hilfsmittelversorgung geltend machen können. So bleiben aller Vermutung nach Rehabilitationspotentiale dieser Altersgruppe auch im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit unter den bestehenden Strukturen ungenutzt. Wie dabei das Ordnungsverhalten der Ärzte, Engpässe, Fehlleistungen der Therapieangebote und/oder die eigene Inanspruchnahmebereitschaft der Betroffenen zusammenspielen, bedarf intensiverer Betrachtungen.

2.2 Die ambulanten Pflegedienste (nach SGB XI)

Folgende Grunddaten aus den Pflegestatistiken des Bundes von 1999 bis 2007 verweisen auf weitere Merkmale ambulanter Pflegesituationen (s. Tabelle 1).

Folgende Entwicklungslinien treten besonders hervor: Die Flexibilisierung ambulanter Pflegedienste, scheint weniger einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Diversifizierung als kostenökonomisch vorstrukturierten Entwicklungen geschuldet, wobei partielle Überschneidungen auftreten können:

Zwischen 1999 und 2007 stieg die Zahl ambulanter Pflegedienste um 6,5%. Sie betreuten damit 2007 im Schnitt 13,8% mehr Patienten als 1999 (43,7 statt 38,4). Ihre Gesamtbeschäftigtenzahl hat im selben Zeitraum um 28,5% zugenommen, allerdings in differenzierter Form. Ein „Extremgruppenvergleich“ verdeutlicht dies:

Erheblich unterproportionale Zuwächse weisen die Vollzeitkräfte (+9,6%) auf und erheblich überproportionale die geringfügig Beschäftigten (+35,5%). So sinkt der Anteil des Vollzeitpersonals in ambulanten Diensten um 4,5% und der geringfügig Beschäftigter steigt um 1,2%.

Auch die „Falllast“ zwischen Vollzeit- und geringfügig Beschäftigten änderte sich: bei einer insgesamt sinkenden Caseload pro Beschäftigter von -5,3% zwischen 1999 und 2007 bedeutete dies für die Vollzeitkräfte einen Anstieg von +11% und für die geringfügig Beschäftigten eine Minderung von -6,6%.

2 Die interessante Frage nach medizinischen Diagnosen steht hier und im folgenden nicht im Vordergrund, sondern Aspekte der Pflegebedürftigkeit, die sich aus (unterschiedlichen) fehlenden Ressourcen zur selbständigen Aufrechterhaltung des Alltags ergibt (vgl. Wingenfeld/Büscher 2009).

Tab. 1: Veränderung der (ambulanten) Pflegestrukturen zwischen 1999 und 2007

Situation Pflegebedürftige	Absolut- zahlen 1999	Absolut- zahlen 2007	Änderung in % Basis 2007:1999
Pflegebedürftige Insgesamt	2.016.091	2.246.829	+11
Zuhause Versorgte	1.442.880	1.537.518	+6,5
Nur von Angehörigen zuhause versorgt	1.027.591	1.033.286	+0,5
Von ambulanten Diensten zuhause versorgt	415.289	504.232	+21,4
Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen	573.211	709.311	+23,7
Anzahl ambulanter Dienste	10820	11529	+6,5
Personal in ambulanten Diensten	183.782	236.162	+28,5
Personal in ambulanten Diensten: Vollzeit	56.914	62.405	+9,6
geringfügig Beschäftigt	39.126	53.034	+35,5
Fallzahl von ambulanten Pflegediensten Versorgte pro Beschäftigte	2,25	2,13	-5,3
Fallzahl von ambulanten Pflegediensten Versorgte pro: Vollzeitkraft	7,3	8,1	+11,0
geringfügig Beschäftigter	10,6	9,5	-6,6
Veränderung der Relationen 1999-2007	% 1999	% 2007	Veränderung 1999-2007 in %
Zuhause Versorgte als % von Gesamtzahl Pflege- bedürftiger	71,6	68,4	-3,2
Nur von Angehörigen zuhause Versorgte als % von allen Pflegebedürftigen	50,9	45,9	-5
Von ambulanten Diensten zuhause Versorgte als % von allen Pflegebedürftigen	20,5	22,4	+1,9
Vollzeitpersonal in ambulanten Diensten als % vom Gesamtpersonal	30,9	26,4	-4,5
Geringfügig Beschäftigte in ambulanten Diensten als % vom Gesamtpersonal	21,2	22,4	+1,2

Quelle: Pflegestatistik 1999- 2007, eigene Berechnungen (Rundungsfehler bis 0,1%)

Ein Drittel der Beschäftigten (33,1%) waren im Jahr 2007 dreijährig ausgebildete Krankenschwestern/-pfleger, ca. 1/5 AltenpflegerInnen (19%). Beide waren nur zu ca. einem Drittel (32,1%, bzw. 34,3%) vollzeitbeschäftigt, Beschäftigte in Helferberufen nur zu ca. einem Viertel.

Unter Bezugnahme auf die Befunde von Slotala/Bauer (2009: 61ff), die eine starke ökonomisch bedingte Standardisierung der Leistungen herausarbeiten, ergeben sich Anhaltspunkte dafür, dass Pflegearbeit sich in Zukunft noch stärker ökonomisiert und sich auf kosteneffiziente Angebote reduziert, verhältnismäßig dequalifiziert und partialisert eingesetzt wird. So zeigt sich aus Angehörigersicht, dass trotz Inanspruchnah-

me von Sachleistungen ambulanter Pflegedienste, die Belastung der Hauptpflegeperson kaum reduziert wird (BMFSFJ 2005: 12).

Verschiedene Untersuchungsergebnisse verweisen darüberhinaus auf eine relative Konzeptionslosigkeit ambulanter Pflegedienste, wenn es um bedürfnisgerechte Weiterentwicklung von Leistungsangeboten geht. Es lässt sich schlussfolgern, dass unter bestehenden Bedingungen ambulante Pflegedienste kaum in der Lage sind, ihren starren „Programmcharakter“ aufzuweichen.

Ob und in wieweit Pflegestützpunkte bei ihren Vermittlungstätigkeiten über diese Angebotsstruktur hinaus auf neue, sich marktförmig entwickelnde, u.U. niederschwellige „Zukaufangebote“ unter den bestehenden Geld- und Sachleistungsregularen zurückgreifen können, bleibt abzuwarten. Die Datenlage dazu variiert regionenspezifisch.

Trotz sinkender relativer Bedeutung bleiben die privaten Unterstützungsnetze überwältigender Hauptträger von Pflegeleistungen. Auf welche Potentiale stoßen Pflegestützpunkte dort?

2.3 Die privaten Netze

Zuhause versorgte Pflegebedürftige

Hinter dem zwischen 1999-2007 sichtbaren Zuwachs von 6,5% zuhause gepflegter Menschen (vgl. Tabelle 1) verbirgt sich eine differenzierte Entwicklung: Dieser Anstieg von 6,5% ist erheblich unterproportional zum Gesamtzuwachs der Pflegebedürftigen, der im Schnitt bei 11% liegt. So stieg der Anteil von ambulanten Diensten zuhause Versorgter um 21,4%, der ausschließlich vom privaten Netz Versorgten jedoch nur um 0,5%. Heime entwickeln sich im Gegenzug sogar noch stärker zu Lebensorten für Pflegebedürftige (Anstieg +23%).

Der Trend bedeutet: Der steigende Pflegebedarf wird zunehmend durch berufliche Leistungserbringer abgedeckt. Der Anteil ambulant Gepflegter sinkt insgesamt (-3,2%). Der Anteil nur von Angehörigen Versorgter fällt überproportional (5%). Der von ambulanten Diensten versorgten Pflegebedürftigen steigt hingegen um 1,9%.

Gründe dafür sehen die meisten Untersuchungen unabhängig von demographischen und pflegeverlaufsbezogenen Faktoren vor allem in unten erläuterten Milieukonstellationen, aber auch in sich (nur) zögerlich nutzerrelevant flexibilisierenden Angeboten ambulanter Pflege (z.B. BMFSJ 2005; Blinkert 2008). Bisherige Angebotsdiversifizierungen betreffen oft Zuzahlungsbereiche und den Einsatz meist osteuropäischer „Mitwohnhilfen“.

Potentiale und Restriktionen der Netze

Mitglieder privater Netze bleiben in der Regel zentrale Vermittlungsbeteiligte aller Vernetzungs- und Koordinationstätigkeiten: 2003 lebten immerhin ca. 1/3 (31%) der am-

bulant versorgten Pflegebedürftigen in Einpersonenhaushalten mit Betreuungspersonen, die meist nur kurz entfernt wohnen. Bei 8% aller Pflegearrangements waren Freunde bzw. Nachbarn die Träger. 1991 lebten erst 20% in Einfamilienhaushalten und 4% der Pflegearrangements wurden aus informellen Netzen gebildet (BMFSFJ 2005: 10f).

Allerdings nimmt bislang ca. die Hälfte der privaten Hauptpflegepersonen niemals eine Beratung in Anspruch, trotz fehlender Informationen zu Leistungsansprüchen und Unterstützungsmöglichkeiten (BMFSFJ 2005: 11). Besondere Hürden bestehen für die enorm belasteten Hauptpflegepersonen von langfristig zu betreuenden z.B. dementiell erkrankten Menschen. Abzuwarten bleibt, wie sich das Angebot und die Nutzung der seit Juli 2008 mittlerweile ca. 50000 eingesetzten „Betreuungsassistenten“ für dementiell Erkrankte auswirken wird (www.bmg.bund.de, Stand 20.1.2009). Ohne die ambivalenten Wirkungen diskutieren zu können, gibt das Modellprojekt zum „Pflegebudget“ (Klie et al. 2008) jedoch empirische Hinweise auf eine enorme Entlastungswirkung für Betroffene und Angehörige durch die Möglichkeit, mit flexibel einsetzbaren Geldleistungen in Sachleistungshöhe – begleitet durch Case Manager – individuell bedarfsgerechte Leistungen flexibel dazukaufen zu können und damit eine höhere Lebensqualität, eine geringere Angehörigenbelastung und ein längeres Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit zumindest für definierte Teilpopulationen zu erreichen (BMFSFJ 2005, Klie et al. 2008). „Hinzugekauft“ wurden neben klassischer Pflege vor allem individuelle „niederschwellige“ Entlastungen und Stützen.

Unter bestehenden Finanzierungsmodi bleiben jedoch solche Ergänzungsmöglichkeiten als Regelmodell für künftige Generationen problematisch. Denn künftige Generationen (Rentenjahrgänge 1942- 1946 bis 1957-1961) können keinen Nettorentenzuwachs erwarten: Prognostiziert werden, minimal steigende durchschnittliche Nettorenten für Frauen (auf ca. 630,00 €) und geringfügig sinkende Nettorenten der dann über 65 jährigen Männer (auf ca. 1070,00 €) (AVID 2005), bei dann insgesamt steigender Altersarmut auf über 11%. Unter diesen Bedingungen werden Freunde und Bekannte zunehmend bedeutsamere Unterstützungsgeber in Ergänzung zu professionellen Diensten: Auswertungen der European Social Survey Daten (Höhmann 2008) zeigen, dass ca. 11% der Pflegebedürftigen stunden- oder wochenweise von solchem informellem Netz mit betreut oder versorgt werden. Im Kontext einer lebenszyklisch bedingten verhältnismäßig geringen Kontaktintensität der über 60jährigen verweist Tabelle 2 allerdings an den Extrempolen auf exemplarisch interessante Befunde:

1. Bei Einschränkungen gelingt es Betroffenen offenbar, die täglichen Kontakte zu Freunden/Nachbarn zu verdoppeln.
2. Es existiert ein deutliches Einsamkeitspotential älterer Menschen, das bei gesundheitlichen Problemen hochprekär werden kann.

Dieses Einsamkeitspotential steigt sogar im Stadt-Land Gefälle: Denn die über 75 jährigen geben in kleinen Orten unter 2000 Einwohnern zu 10% und in Städten über 100.000 Einwohner „nur“ zu 7,3% an, nie Kontakt zu Verwandten und/oder Freun-

Tab. 2: Kontaktintensität mit Freunden/Familie nach gesundheitlichem Problem³:
Einschränkung der Alltagstätigkeit % von N=868, Quelle Allbus
(2004/Stichprobe: > 60jährige)

Kontakthäufigkeit	Besuch von Familie/Verwandten		Besuch von Freunden/Nachbarn	
	Probleme mit Alltagstätigkeit		Probleme mit Alltagstätigkeit	
	Keine	starke	Keine	starke
Täglich	10,9	12,4	5,5	10,9
1x wöchentlich	42,6	40,4	39,5	35,3
1x monatlich	29,7	28,0	32,8	28,4
Seltener	14,1	12,0	16,8	18,9
Nie	2,7	7,3	5,5	6,5

den zu haben. Regionale aber auch vor allem milieubezogene Differenzierungsprozesse (BMFSEJ 2005; Blinkert 2008), wie „umgekehrte Privilegierungen“ werden für die Vermittlungsarbeit von Pflegestützpunkten gleichfalls relevant:

1. Bei schwerer Pflegebedürftigkeit gilt weniger der Schweregrad einer Erkrankung als Triggerkriterium für die Möglichkeit zu Hause bleiben zu können, als vielmehr ein leistungsfähiges privates Netz, das die fehlende Flexibilität und Angebotspalette der professionellen Dienste alltagswirksam ausgleicht und ergänzt.
2. Die Chancen auf dieses private Netz sind jedoch ungleich verteilt: diejenigen, die integriert in Familien mit traditionellen, familialen Lebensentwürfen leben, deren Kinder weniger gut ausgebildet, weniger mobil sind, werden eher von ihnen zuhause gepflegt. Dort stehen dann oft mehr Schultern zur Verfügung, auf die die Unterstützungsarbeit verteilt werden kann.
3. Weitere Projektergebnisse geben Hinweise darauf, dass gerade ärmere Menschen, bzw. Menschen aus traditionellen Unterschichtmilieus weniger von professioneller Pflege profitieren: sie können solche Angebote schlechter nutzen und die Pflegekräfte können die je spezifischen Ressourcen dieser Gruppen nur schwer entdecken und fördern (z.B. Heusinger 2009, Flieder 2009).
4. Pflegebedürftige mit modernen Lebensentwürfen sehen hingegen intensive Hilfekontakte zu ihren Kindern und Familien meist wegen hoher Opportunitätskosten als unrealistisch an. Im bürgerlichen Milieu findet sich zum geringsten Anteil, nämlich nur zu 18%, die Präferenz für eine häusliche Pflege ohne professionelle Hilfe, wohingegen dies in traditionellen Unterschichtmilieus zu 48% geschieht. Umgekehrt ist in bürgerlichen Milieus die Präferenz für eine eher stationäre Versorgung ebenfalls am höchsten mit ca. einem Drittel der Befragten (Blinkert 2008). Vor dem Hintergrund der skizzierten Situationsbestandteile werden im Folgenden die „Leistungsversprechen“ von Pflegestützpunkten diskutiert.

3 Ähnliche Antwortmuster gelten auch bei anderen Problemen: Treppensteigen, eingeschränkte Kontaktmöglichkeiten durch gesundheitliche Probleme, schlechter Gesundheitszustand, u.a.

3. Pflegestützpunkte als Vernetzungsagenturen

Die Vernetzungsversprechen der Pflegestützpunkte, sind im Hinblick auf ihre Verwirklichungschancen kritisch zu befragen.

„Vernetzung“, als eine oft mit „vielen positiven Erwartungen überladene Problemlösungsstrategie“ (Santen/Seckinger 2003:9) ist im Feld ambulanter Hilfsstrukturen nach einer Synopse von v. Kardorff (1998: 210) zu verstehen als zielgerichtete, systematisierte, interorganisationale Koordination und Kooperation, im Sinne eines „bedarfsgerecht organisierte(n) Zusammenwirken(s) verschiedener aufeinander abgestimmter Angebote in einer Versorgungsregion“. Vernetzungsaktivitäten bedürfen der Klärung ihrer Ziele und Rahmenbedingungen mindestens auf den folgenden Ebenen (vgl. z.B. Groß et al. 2005; v.Kardorff 1998; Sydow/Windeler 1997): auf der Planungsebene, der Ebene von Institutionen der Leistungserbringung, der Ebene der konkreten Vernetzungsakteure. Um das beabsichtigte „Zusammenwirken“ zu erreichen, verweisen die genannten Autoren im Einklang mit vielen anderen (z.B. Schweitzer 1998; BMFSJ 2002; Neuburger 1997; Krauss 1984; Hornby 1993; Feuerstein 1994; Höhmann et al. 1998; Höhmann 2002; Dumas 1999; Schaeffer 2005) auf eine weitere *conditio sine qua non*: ein gemeinsames konzeptionelles Grundverständnis der Netzwerkmitglieder im Hinblick auf ihre Zentralfunktionen. Nur unter Rückgriff darauf, können die Beteiligten ihre jeweils spezifischen Zielvorstellungen, Behandlungsstrategien, Maßstäbe der Problembewertung und Ergebnismessung usw. regelhaft aushandeln und abstimmen, sich wechselseitig vertrauen und so ihre Leistungen systematisch problemlösend verknüpfen.

Die exemplarisch von Schiffer geäußerten programmatischen Erwartungen an Pflegestützpunkte legen nahe, die oben genannten Voraussetzungen ernst zu nehmen: *„Durch die hier erstmals auf (ausdrücklicher) gesetzlicher Grundlage geschaffene Möglichkeit zur gemeinsamen Koordinierung und Steuerung von Leistungen unterschiedlicher Versorgungsbereiche und unterschiedlicher Träger der Sozialversicherung, der öffentlichen Hand, einschließlich der Kommunen, der medizinischen, pflegerischen und sozialen Leistungserbringer unter Einbindung sozialer sowie bürgerschaftlicher Initiativen und Selbsthilfvereinigungen, wie auch durch gleichzeitige strukturelle Vernetzungen der unterschiedlichen Einrichtungen auf der wohnortnahen Ebene, wird eine an den individuellen Bedürfnissen älterer pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen ausgerichtete Versorgung und Betreuung im wohnortnahen Bereich ermöglicht“.* (Schiffer 2008:117)

Wie die Fachdiskussion zeigt, sind im Hinblick auf diese vier zentralen Erfordernisse jedoch noch viele Fragen offen und müssen gelöst werden, um die erforderliche Netzwerkarchitektur aufzubauen (Schubert 2005). Die These des Beitrags geht jedoch darüber hinaus und argumentiert im Folgenden, dass die bisherige strukturelle Konzeption der Pflegestützpunkte allenfalls eine halbherzige Voraussetzung für ein systematisches Gelingen des angestrebten Vernetzungsauftrages darstellt. Ich skizziere dies entlang dreier zentraler Leistungsversprechen der Pflegestützpunkte.

3.1 Der Standort: Wohnortnähe und organisatorische Anbindung

Die zugesagte und erforderliche Nähe der Pflegestützpunkte zum Lebensraum der Nutzer ist fraglich. Das Gesetz gibt ebenso wenig Anhaltspunkte zur Anzahl und zur Verteilung auf städtische oder ländliche Regionen wie zu Bemessungszahlen. Für Hessen beispielsweise ist nach der Allgemeinverfügung des Sozialministeriums (8.12.2008) zunächst ein Pflegestützpunkt pro kreisfreie Stadt bzw. pro Landkreis vorgesehen. Die Einrichtung soll unter Nutzung bestehender Strukturen (Koordinations-, BEKO, IAV Stellen) erfolgen. Krankenkassen sind einzubinden. Zur Strukturierung der Zusammenarbeit mit schon bestehenden Initiativen einer Region (§ 94, Abs.1a, SGB XI) wird auch eine Vereinsgründung im Sinne des ARGE Modells diskutiert (vgl. Schiffer 2009). Pflegestützpunkte können jeweils eigene Schwerpunktsetzungen ihrer Arbeit vornehmen und unterschiedliche inhaltliche Spezialisierungen wählen. Länderübergreifende Harmonisierungen sind nicht vorgesehen.

Unter Planungsaspekten bleibt im Konzept bisher offen, wie die kleinräumig meist kaum bekannten, differenzierten regionalen Bedürfnisse und Bedarfe erhoben werden sollen, welche Datenbreite und Datentiefe gewünscht ist, wie wer entscheidet, wie diesen Rechnung getragen werden soll und welche Leistungsangebote für eine flächendeckende Sicherstellung des Rechtsanspruchs der Versicherten auf „in Betracht kommende Unterstützungsangebote“, wie das Gesetz es formuliert, zu gewährleisten sind.

Bisher haben Kommune und Kreise in der Regel den Planungs- und Koordinationsauftrag übernommen. Nach dem Gesetz sollen nun Pflegestützpunkte Dritte „einbinden“, sie „auffordern“ und „hinwirken“ auf abgestimmte Angebote. Die eher diffusen Kooperationsaufforderungen gehen einher mit wenig tragfähigen Grundvoraussetzungen für eine gleichmäßige wohnortnahe Strukturentwicklung; Reibungspunkte müssen – mit für Nutzer ungewissem Ausgang – unter den jeweiligen regionalen Besonderheiten ausgehandelt werden. Regionale Unterschiede der Dichte und Breite von formellen Leistungsangeboten und informellen Initiativen, der Kulturen, Interessenkonstellationen und Schlüsselpersonen werden berechtigterweise zu sehr unterschiedlichen Standortwahlen und organisatorischen Anbindungen führen, wie die 16 aktuellen Modellprojekte zeigen, für die es auch gilt die bevölkerungsbezogene Bedeutung im Auge zu behalten.

Erfahrungen aus bisherigen Vernetzungsprojekten (z.B. v. Kardorff 1998; Döhner 2004) verweisen darauf, dass sowohl auf der Ebene der Standortwahl und der organisatorischen Anbindung frühzeitig Formen möglicher Interessenausgleiche für Privilegienverschiebungen zwischen den Leistungsanbietern zu sondieren sind, als auch strukturelle Verankerungs- und Verstetigungsmöglichkeiten einer beginnenden Netzwerkpraxis zu entwickeln sind. Dies allerdings vor dem Hintergrund, dass wir über die Nutzerfreundlichkeit solcher Konstellationen vorerst wenig aussagen können (Wissert 2005).

Unter der Maßgabe, dass Pflegestützpunkte zur Zeit sehr unterschiedliche Schwerpunkte setzen können, bleibt darüber hinaus ungelöst, wie Nutzer den für sie passend spezialisierten Stützpunkt finden können und wie Hürden der Auffindung abgebaut

werden können. Im Blick sollten dabei vor allem vulnerable Gruppen bleiben, wie z.B. die in ländlichen Gebieten, von Einsamkeit bedrohten Pflegebedürftigen aber auch alleinstehende Menschen aus bürgerlichen Milieus, die vorrangig auf externe Hilfen angewiesen sind. In diesem Zusammenhang gilt es außerdem sicherzustellen, dass Laieninitiativen oder Selbsthilfeorganisationen nicht zu wohnortnahen „Abschiebeinstitutionen“ für „hoffnungslose“ und zu komplexe Fälle werden.

3.2 Die Pflegeberatung: Neutralität

Das Neutralitätsgebot (§ 7a SGB XI) erscheint durch die Anbindung der Pflegeberaterinnen an die Pflegekassen unter mehreren Aspekten gefährdet: Auf der Ebene des Einzelfalls betrifft dies die Furcht einer Überbetonung der gate keeper Funktion mit einer Steigerung des Selbstfinanzierungsanteils von Unterstützungsangeboten. Zu bedenken ist aber ebenso die Versuchung Leistungsverschiebungen z.B. zugunsten anderer Kostenträger, der Kommunen oder der Krankenkassen zu erwirken (z.B. beim Anlegen von Kompressionsstrümpfen), mit u.U. langfristig negativen Kostenfolgen für die Pflegekasse (Gerlinger/Röber 2009).

Sollten Pflegestützpunkte, sofern keine unzulässige Beeinträchtigung des Wettbewerbes vorliegt, auch wie die IAV oder BEKO Stellen etc. an kommunale, private oder freigemeinnützige Pflegedienste angebundener werden, bleibt zweifelhaft, ob die Einzelfallberatung unabhängig von den systembezogenen Interessen der Trägerorganisationen geschehen kann. Die im professionellen Case Management regelhafte Abstimmung des Versorgungsplans mit allen Beteiligten muss sich hier erst in zwei Richtungen bewähren: im Hinblick auf die Nutzer und die anderen beteiligten Netzwerkakteure: Denn Pflegestützpunkte können als Vermittlungsinstanz nur wirksam arbeiten, wenn sie das Laiensystem und die Nutzer mit ihren Perspektiven und Problemsichten systematisch einbinden. So sollten sie darauf achten, dass nicht im „Namen“ eines professionellen Netzwerkkonsenses, die Vorstellungen der Betroffenen wegdefiniert werden, – eine Gefahr, auf die die jüngste Begleitforschung zu unabhängigen Patientenberatungsstellen deutlich hinweist (Düver 2009). Erforderlich sind dazu neben kommunikativen Regulierungen ein transparentes gemeinsames Versorgungskonzept, mit dem Netzwerkziele und -leistungen nachvollziehbar die Bedürfnislagen der Nutzer fokussieren, damit nicht, wie Luhmann es für den Programmcharakter moderner Hilfesysteme formuliert, beim Verfehlen von „Auslösebedingungen“ der Hilfebedarf unsichtbar gemacht wird (Luhmann 1973).

Neben der „Neutralitätsbedrohung“ durch Trägerinteressen, ergibt jedoch eine weitere, subtilere Form sich aus den jeweiligen Qualifikationsprofilen der Pflegeberater: je nach Berufssozialisation (Versicherungsfachangestellte, Pflegefachkräfte, Sozialarbeit) werden trotz der vom GKV Spitzenverband geforderten Fortbildungen, ein erwartbar unterschiedlicher professioneller Blick auf den Bedarf der Ratsuchenden gerichtet und Lösungsprioritäten vorgeschlagen (z.B. English National Board 1999).

Beide Argumente verweisen darauf, dass erst auf der Grundlage eines explizit bekannten und akzeptierten Orientierungsrahmens es regelhaft gelingen wird, auch dann vertrauensvoll zu inhaltlich nutzergerechten Arbeitsteilungen und Entscheidungen zu gelangen, wenn fachliche Spezialisierungen eine Detailkontrolle nicht erlauben. Verschiedene Interventionen können so systematisch im „Sinne“ der gemeinsamen Prinzipien erfolgen. Transparenz und Überprüfbarkeit wird für alle Beteiligten erleichtert – auch für die Nutzer. Allerdings sind solche über das akutmedizinische Paradigma hinausgehende verbindliche Versorgungskonzepte erst zu erarbeiten. Sie müssen transparent Auskunft darüber geben,

- auf welche Inhalte und Lebensbereiche sich Beratung, Koordination und Vernetzung – also die Bedarfs- / bzw. Bedürfnisgerechtigkeit beziehen sollen,
- welche Interventionen, welche Ziele und welche Outcomes sektorübergreifend als qualitativ gut bewertet werden, und damit
- welche „Bedarfe“ und Bedürfnisse,
- welche Leistungen fachlich und lebensweltangemessen begründen,
- wer
- wie darüber entscheiden soll und
- wer mit welchen Interventionen darauf reagieren soll?

Ohne konzeptionelle Klärung ist zu befürchten, dass leistungsrechtliche Einschlusskriterien, wie z.B. der Pflegebedürftigkeitsbegriff oder Begutachtungsrichtlinien normativ die Funktionen eines fachtheoretisch legitimierten inhaltlichen Konsenses bekommen und damit dann verfahrenstechnisch sowohl „Bedürfnisgerechtigkeit“ als auch „Neutralität“ „nachgewiesen“ werden. Gesundheitsbezogene Fachlichkeit erschöpft sich dann im Befolgen vorgegebener Regeln verschiedener leistungsrechtlicher Ansprüche (z.B. SGB XI, V, IX, II) oder einfach in der unhinterfragten Logik unterschiedlicher Assessmentinstrumente (Bartholomeyczik/Halek 2004). Eine Integration von u.U. widersprüchlichen Einzelwahrnehmungen wird nicht angestrebt. Fast zwangsläufig reproduzieren die Professionellen dann „Zuständigkeitsgrenzen“ der segmentierten Einzelprogramme, die es nahelegen, nicht anspruchsbegründende Bedürfnisse der Betroffenen an weitgehend noch unregulierte Marktangebote zu verweisen. Unabhängig von negativen Effekten auf die Klienten birgt ein solches Vakuum gerade für die Pflegeberufe die Gefahr, sich auf eine „verhaltensorientierte Pflege“ (Wittneben) zu reduzieren.

Einige Vorschläge zu Grundelementen eines solchen Orientierungsrahmens für berufs- und einrichtungübergreifende Settings sind in der Fachliteratur diskutiert (Höhmann 2002, 2009; Lohr 2003; Höhmann/Anton 2004; Gerwin/Lorenz-Krause 2005).

Offen bleibt im Konzept der Pflegestützpunkte bislang, wie diese an ihren inneren inhaltlichen Arbeitsvoraussetzungen arbeiten können und wollen. Die fachliche Notwendigkeit dazu besteht.

3.3 Die Vermittlung von Unterstützungsleistungen: an individuellen Bedürfnissen ausgerichtet

Abzuwarten bleibt, ob die gesetzlichen Enablingstrukturen eine Verwirklichung dieses weitreichenden Auftrages zur Sicherstellung institutioneller und konzeptioneller Versorgungszusammenhänge ermöglichen.

Das Bundesgesetz (BTD 16/7439: 48f) geht von einer Case Load von ca. 100 Fällen pro Pflegeberater aus.

Grundlage für die „Bedarfsfeststellung“ ist das vom MDK erstellte Gutachten anhand des gesetzlichen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Unabhängig von dessen Neukonzeption wird der individuelle Versorgungsplan (§7 a SGB XI) im inhaltlichen Verständnis der Pflegeberatung des Pflegestützpunktes jedoch darüber hinaus denken und psychosoziale Kontextfaktoren berücksichtigen – ebenso wie andere individuelle Bedürfnisse. Gleichwohl behält dieser Versorgungsplan empfehlenden Charakter. Über die Gewährung von Hilfen entscheidet die Pflegekasse.

Die in Abschnitt 2 dargelegten Lebenssituationen der älteren Menschen verweisen darauf, dass oft gerade niederschwellige Unterstützungsleistungen, Angehörigenentlastung, sehr spezialisierte Pflegekompetenzen, Beratungen oder auch mehrfache Einsätze am Tag als erforderlich identifiziert werden, um einen längerfristigen Verbleib in der eigenen Wohnung zu ermöglichen. Neben den vielfach diskutierten engen Finanzierungsregeln und einigen unrealistischen Zuzahlungserfordernissen für die Betroffenen, bleibt unklar, wie und woher der Pflegeberater, entsprechende regionale Leistungsangebote aus dem Boden stampfen soll.

Aufgrund fehlender direkter Planungskompetenzen können Mitarbeiter der Pflegestützpunkte sowohl durch ihre Einbindungspraxis der vorhandenen Versorgungsangebote als auch über ihren strategischen Informationspool, vielfältige Entwicklungsanreize setzen für eine funktional bedürfnisgerechte Diversifizierung und Abstimmung regionaler Leistungsangebote (vgl. Giddens 1988: 78). Gelingen wird dies jedoch nur, wenn es im Interesse der einzelnen Anbieter liegt. Vertragliche Absicherungen und Erleichterungen, z.B. in Form angestrebter integrierter Versorgungsverträge sind bisher allerdings noch nicht in relevantem Rahmen mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen worden (Gerlinger/Röber 2009).

Zur Initiierung einer Strukturentwicklung bleiben die Mitarbeiter über die Masse auf kommunikative Aushandlungs- und Abstimmungsprozesse angewiesen, die sich im Rahmen unterschiedlicher von Spezialisierungen und Wettbewerbsstrukturen regional stabiler Kulturen, Verflechtungen, Routinen und Strategien von Arbeitsgemeinschaften, runden Tischen oder Planungskonferenzen der verschiedenen Leistungsanbieter bewähren müssen und die Gleichzeitigkeit von unterschiedlichen Beziehungsprozessen im Blick haben müssen.

So gilt es auf der Ebene von Trägern und Institutionen der Leistungserbringung die asymmetrischen Netzwerkinteressen und -bereitschaften der horizontal und vertikal miteinander im Austausch stehenden Akteure in ihrem regional und historisch ge-

wachsenen Verhältnis von Eigenständigkeit und Abstimmung auszutarieren (Ortmann et al. 1997; Santen/Seckinger 2005). Erschwert wird dies durch die – seitens der Pflegestützpunkte weitgehend unbeeinflussbaren – strukturellen und funktionalen Unterschiede der Finanzierungsmodi und Aufgaben, aber auch durch die unterschiedlichen Sprachen, Wissenskörper und Kulturen der beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen, die in unterschiedlichen Bewertungsmaßstäben, Handlungsrouninen und -strategien etc. sichtbar werden und in verschiedenen Zielprioritäten in den Vordergrund stellen, wie z.B.

- gemeinsame fachliche Absprachen für die Betreuung/Übernahme/Beratung von Patienten/Angehörigen,
- Ermittlung regionaler Planungsinformationen,
- Kosten- und Strategieabsprachen,
- Lukrative Ausdifferenzierungen,
- Abschottung vor Konkurrenz,
- Erhöhung von Angebotstransparenz und anwaltschaftliche Funktionen im Sinne des Verbraucherschutzes (BMFSFJ 2005:16ff).

Erst ein Interessenausgleich auf der Organisationsebene und die Beeinflussung eines inhaltlich dysfunktionalen Gefälles der Definitionsmacht der einzelnen Netzwerkmitglieder können der Gefahr vorbeugen, dass die stärkeren Partner das gesamte Netzwerk mit ihren fachlichen und ökonomischen Kontroll- und Herrschaftsansprüchen überziehen und selbst zum Hauptinteressenträger mutieren (vgl. Ortmann et al. 1997; Santen/Seckinger 2005). Ihre institutionellen Handlungslogiken, Zielvorstellungen, Erfolgsmaßstäbe und Lösungsstrategien, dominieren schnell die neue Netzwerkpraxis und werden dann für alle als verbindlich erklärt. Die Beiträge weniger ressourceträchtiger Netzwerkmitglieder, die aber für die Nutzer gleichwohl bedeutsam sind, bleiben auf der Strecke. Solche meist schleichenden Ausschließungsprozesse verwischen das Spezialwissen einzelner Mitglieder und mindern langfristig die Gesamtleistung, unter Umständen auch die öffentliche Legitimation des Netzwerkes (Sofaer 1994).

Darüber hinaus bedarf es der sensiblen Beobachtung, ob und inwieweit Vernetzungsansprüche interne Handlungsrouninen der Leistungserbringer berühren, aber auch ob die im Netzwerk angestrebten Abstimmungen bzw. Problemlösungen im Handlungshorizont und im Arbeitsverständnis der beteiligten Akteure liegen. Der Rollenspatag zwischen beruflicher Orientierung, Klientenerwartungen, Einrichtungsinteressen und gesetzlichem Auftrag muss in Balance gehalten werden. Gemeinsame Vernetzungsarbeit setzt Veränderungsbereitschaft voraus. Alte Routinen müssen durch neue Strategien ersetzt werden. Die mit solcher Konzeptarbeit verbundenen persönlichen und beruflichen Entwicklungschancen der Akteure sind oft verbunden mit einer Kehrseite: dem Anspruch, damit nun systembedingte interne und externe Sollbruchstellen personal brücken zu müssen. Ohne entsprechende Rückendeckung der Einrichtungen neigen die Mitarbeiter dazu, selbst Verantwortung für die erfolgreiche Gestaltung individuell nicht beeinflussbarer Rahmenbedingungen zu übernehmen. Überforderung dabei droht am ehesten definitionsschwächeren, weniger ressourcenmächtigen Mitgliedern, deren vitale Interessen ohne Kompensationszusagen der Stär-

keren berührt sind. Wird ihre Ambiguitätstoleranz überstrapaziert, ziehen sie sich im Konfliktfall aus der Netzwerkarbeit zurück. Damit stabilisiert sich jedoch wiederum die Position ohnehin definitionsmächtiger Mitglieder. Diese können dann netzwerk-induzierte Veränderungsanforderungen abwehren und alte Routinen in neuen Schläuchen ohne belastende Rollenkonflikte praktizieren. Gleichwohl sind solch unerwünschten Machtstabilisierungen auch als Kehrseite dessen zu rezipieren, dass Innovationen auf „mächtige“ Akteure als initiale Schrittmacher angewiesen sind (Schweitzer 1998; Sofaer 1994).

Pflegestützpunkte stehen nun vor der Aufgabe bedürfnisangemessene und organisationsbezogene günstige Netzwerkstrukturen zu schaffen (Spiekermann 2005, Schubert 2005), die im Sinne von Seckinger/Santen (2005) ein stabiles Eigenleben entwickeln und die neue Funktionalität einer konzeptionell gestützten Brückungspraxis in den Vordergrund rücken. Neben einem funktionierenden Interessenausgleich ist dazu eine sorgfältige kommunikative Absicherung erforderlich. Der Selbstverpflichtung der Akteure zur Einleitung wechselseitiger Verstehens-, Einigungs- und Vertrauensprozesse kommt herausragende Bedeutung zu (English National Board 1999; V. Kardorff 1998; Schubert 2005). Ihre Konstitution bedarf „dialogischer“ Absicherungen (Spieß 1996), die auf das wechselseitige Kennenlernen der unterschiedlichen Perspektiven, Denk- und Handlungsweisen, als notwendige Voraussetzung für abgestimmte Handlungsstrategien abzielen. Ein gemeinsamer Orientierungsrahmen bekommt dabei die Funktion eines vertrauensbildenden Mediums zur regelhaften inhaltlichen Steuerung gleichgerichteter Arbeitsbeiträge.

Weniger ambitionierte „instrumentelle“ Kommunikations- und Kooperationsformen (Spieß 1996) verbleiben hingegen im Rahmen der Spielregeln dominierender Interessen und etablierter Handlungsmuster der Professionen und Einrichtungen – und damit in ihrer Reichweite untauglich zur Sicherung konzeptioneller Versorgungszusammenhänge. Allerdings sind instrumentelle Einigungen wie Döhners (2004) Synopse unterschiedlicher Vernetzungsinitiativen zeigt, relativ schnell realisierbar: Unter Wahrung etablierter Interessen ließen sich Zeitabläufe bei der Informationsübermittlung, Diagnose, Zuweisung, Verlegung, Entlassung, der Feststellung von Pflegebedürftigkeit, bei Kostenzusagen, Hilfsmittelbeschaffungen, Erstübernahme von Pflegebedürftigen etc. verbessern. Jedoch sagt die zeitliche Beschleunigung nichts über die inhaltliche Qualität und nutzerrelevante Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit aus. Vielmehr gelang es zuweilen unverzichtbaren, mächtigen Netzwerkmitgliedern bei Konflikten ihre zentralen Privilegien beizubehalten und somit die bestehenden Abhängigkeiten und Routinen zu stabilisieren, ohne die angestrebte inhaltliche Integration der Gesamtleistungen zu erhöhen.

Bisher ist offen, ob Pflegestützpunkte auf dieser interorganisationalen Ebene über die notwendigen Mittel verfügen, institutionelle und konzeptionelle Vernetzungserfordernisse und -chancen, interne Akteurslogiken und -zwänge sowie dysfunktionale Entwicklungen zu erkennen, um aus „alten“ parallelen Versorgungsleistungen, „neue“ integrierte zu schaffen.

Gelingt dies nicht, droht Pflegestützpunkten das Schicksal, einer weiteren Legitimationsinstanz, in der Abstimmungs- und Diversifizierungsfragen zwar hin und her gewälzt, bestehende Fragmentierungen und Ungleichheiten aber nicht regelhaft verändert werden.

4. Fazit

Pflegestützpunkte sollen Koordinationsdefizite lösen, die maßgeblich in den Strukturen des Gesundheits- und Sozialsystems begründet liegen. Zur Erfüllung eines systematischen Vernetzungsauftrags fehlen ihnen noch zentrale Verwirklichungsbedingungen. Den individuell stark differenzierten Lebenslagen der Betroffenen stehen vorrangig an starren Erlössystemen finanzierungstechnisch vorstrukturierte und standardisierte Leistungspakete ambulanter Pflegedienste mit noch unzureichender Bedürfnisgerechtigkeit gegenüber. Abzuwarten bleibt, ob es Pflegestützpunkten durch eine eigene Politikwirkung gelingt, neue Angebote im gegebenen Sach- und Geldleistungssystem der Pflegekassen in großem Umfang aus dem Boden stampfen können. Zur Erfüllung ihres Netzwerkauftrags benötigen sie jedoch zusätzliche Netzbestandteile, um damit die differenzierten Eigenpotentiale der Betroffenen zu stärken und eine demographie- und lebensweltbedingt zunehmende Abhängigkeit von professionellen Unterstützungsleistungen abzumildern.

Ohne weiterer regulative Unterstützung seitens der Politik bleiben die Chancen von Pflegestützpunkten im Vernetzungsprozess eine inhaltliche Abstimmung und Leistungsharmonisierung zu erreichen, bis auf weiteres auf nicht planbare Anbieter- und Akteurskonstellationen angewiesen, die sich – unter Wahrung ihrer Interessen – auf Kooperationsratsverpflichtungen oder Routineveränderungen einlassen.

Kurzum: Pflegestützpunkte stehen vor strukturellen Umsetzungshürden ihrer Vernetzungsaufgaben, die sie lösen müssen, um auf der Einzelfallebene ihr Entlastungs- und Verbesserungspotential regelhaft realisieren zu können. Neben deren Bearbeitung wird ein Gelingen maßgeblich dadurch beeinflusst, ob sie unter gegebenen Rahmenbedingungen die Spannung zwischen drei zentralen widerstreitenden Entwicklungslinien beim Aufbau einer tragfähigen Netzwerkstruktur auszubalancieren können:

1. Bedarfsgerechte Differenzierung und Innovationschancen vs. Standardisierung und Stabilisierung der Fragmentierung

Abzuwarten bleibt, wie sich das Verhältnis zwischen neuen „Marktanreizen“ durch Pflegestützpunkte und der „Nachfragemacht“ kritischer Konsumenten auf eine potentiell bedürfnisgerechtere Angebotsdiversifizierung von Leistungen entwickelt. Dies geschieht unter der Befürchtung, dass zunehmender ökonomischer Druck, eine Konkurrenzsteigerung und eine damit verbundene Tendenz zu noch höherer kostenökonomischer Standardisierung des Leistungsangebotes begünstigen (z.B. Walgenbach 1995).

Netzwerkmitglieder werden Absprachen zu ihren „Zentralprozessen“ nur dann wechselseitig einhalten und Leistungsprozesse anderer Erbringer nahtlos fortführen,

wenn diese hinreichend „nachvollziehbar“ und transparent sind. Allerdings mindert zu große Transparenz den professionellen Nimbus und das Vertrauen der Anderen in die eigene Expertise (z.B. Sofaer 1994, Spiekermann 2005).

Rollenkonflikte der Vernetzungsakteure in Humandienstleistungsberufen gelten mit Habermas (1965) als grundsätzlich unauflösbar. Eine gestützte Reflexion kann die unterliegenden Konfliktlinien zwar nicht außer „Geltung“, jedoch außer „Anwendung“ setzen, um unter geltenden Strukturbedingungen unvermeidliche Widersprüche im Einzelfall erträglicher zu gestalten (vgl. Fraser/Strang 2004). Voraussetzung dazu sind Handlungs- und Entscheidungsspielräume der Entscheider: zum einen dürfen sie nicht in vermeintlich klaren Verfahrenstechniken und Verhaltensnormen erstickt werden und so die Begründungs- und Aushandlungskompetenz systematisch schwächen, zum anderen öffnen sie jedoch das Tor zur Überforderung (Darmann-Finck 2006).

2. Qualitätsgewinn durch Netzwerke vs. Schließungsstrategien

Vor allem neoinstitutionalistische und strukturationstheoretische Ansätze der Organisationssoziologie sehen Qualitätspotentiale von interorganisationalen Netzwerken nicht unkritisch (Walgenbach 1995; Ortman et al. 1997). Sie beschreiben, dass Problemlösungsverfahren (z.B. Assessments mit reduziertem Pflegebedürftigkeitsbegriff, Benchmarkings) oft inhaltsleer als reine Nachahmungen von definitionsmächtigen Einrichtungen in die Netzwerkpraxis übernommen werden, ohne wirksame Problemlösungen im neuen Zusammenhang anzubieten. Solche Nachahmungseffekte stabilisieren die Paradigmen der Urheber, ihre Alltagsroutinen und fachlichen Orientierungsmuster, ohne den darüberhinaus gehenden Zielen des Netzwerkes Rechnung zu tragen. Ihr Einsatz konterkariert die ursprünglichen Gründungsziele der Netzwerke dann selbst (Ortman 1976).

Zudem thematisieren Professionalisierungstheorien und institutionenbezogene Qualitäts- und Wettbewerbsmodelle im Gesundheits- und Sozialbereich den Reiz für Netzwerkmitglieder, ihre etablierten Kontakte und Verfahren als Sozialkapital zur Abschottung gegen Nichtmitglieder einzusetzen: als internen Qualitätsvorteil aber auch als Immunisierungsstrategie gegen fachliche Kritik von außen. Solche Schließungsmechanismen bergen Ambivalenzen: der Chance einer gezielten, fachlich ambitioniert abgestimmten Praxis der Mitglieder – sowohl zum Wohle der Nutzer als auch zur Stützung der eigenen Arbeitszufriedenheit und zur sinnvollen Ressourcennutzung des Sozial- und Gesundheitssystems – steht die Gefahr gegenüber, dass sich das Netzwerk als ganzes so nach außen immunisiert. Fremde Anfragen, Maßstäbe, Sichtweisen, Ziele, Maßstäbe und Lebensvorstellungen werden dabei auf Dauer in die relative Bedeutungslosigkeit verbannt – unter Umständen auch die der Nutzer der Netzwerke (Turner 2005).

3. Bedarfs-/Bedürfnisgerechte Problemlösungen vs. „Unsichtbarkeit“ von Problemlagen

Auch ein neuer, problemnäher formulierter Pflegebedürftigkeitsbegriff löst die Logik

von Hilfesystemen nicht ab, nach der Problemlagen im Hinblick auf ihre Passung zu hilfeauslösenden Programmregeln zurechtzustutzen sind (Luhmann 1973). Selbst wenn Pflegestützpunkte Marktanziehe zur Entwicklung neuer Angebote setzen, so stehen auch sie vor der Frage, wie sie „Bedürfnisgerechtigkeit“ einlösen. Entwickeln sie Kompetenzen zur „Dehnung“ oder zur „Schrumpfung“ ihrer Bedarfsdefinitionen als „Auslöseregeln“? Es ist zu befürchten, dass auch Pflegestützpunkte die aktuelle Praxis fortführen (müssen?), nach der besonders bei „komplexen“ Fällen spezifische Bedarfe zwar identifiziert werden, sie jedoch ohne bedürfnisgerechte Hilfestellung als ungelöste Fälle „zu den Akten kommen“, damit unsichtbar gemacht werden (Luhmann 1973) – oder an Selbsthilfegruppen verwiesen werden.

Diese Prozesse haben besondere Bedeutung für soziale ungleiche Chancen, passgenaue Hilfe zu erhalten. Denn je informierter Verbraucher sind, desto eher können sie sich in der gesetzlich gewünschten Pluralität der verschiedenen Spezialisierungen und Schwerpunktsetzungen der unterschiedlichen Pflegestützpunkte zurechtfinden: Sie können im Vorfeld der Suche von Navigationsunterstützung schon informierte Entscheidungen treffen darüber, wo und wer der für meine Probleme „richtige“, optimale, kompetenteste, am neutralsten agierende Pflegestützpunkt ist und den Pflegeberatern in den „richtigen“ Bedarfskategorien ihre Bedürfnisse vermitteln.

Der Wirkungsgrad von Pflegestützpunkten wird also abhängen von ihrer nur in Teilen selbstbeschaffbaren Ausstattung mit strukturellen Ressourcen, die es ihnen erlauben, auch unter den exemplarisch skizzierten, widersprüchlichen Handlungszusammenhängen ihre Vernetzungsaufgaben regelhaft auszubalancieren.

Ein niederschwelliges, reflexives Monitoring kann – unter der Perspektive des Verbraucherschutzes – helfen, die Bewältigung der Spannungslinien zu überwachen und aufgabenorientierte Steuerungsoptionen aufzeigen, die nicht einfach im Rahmen mimetischer Prozesse dem unerschöpflichen Arsenal der Betriebswirtschaft entspringen. In den Blick zu nehmen wären dabei in Anlehnung an Santen/Seckinger (2005) die ineinandergreifenden Entwicklungen der folgenden Netzwerkebenen:

- Die Beziehungen zwischen den institutionalisierten professionellen und nicht professionellen Versorgungserbringern (innerhalb und außerhalb des Netzwerkes)
- Die Beziehungen zwischen den kooperierenden Professionellen bzw. Laien und ihren jeweiligen „Herkunftsorganisationen“
- Die Beziehungen zwischen den kooperierenden Personen und dem Gesamtnetzwerk
- Die Beziehungen zwischen den einzelnen Organisationen und dem Netzwerk
- Die Beziehungen zwischen den kooperierenden Personen.

Gespannt darf man auf Hilfestellungen und Umsetzungsvorschläge aus den Ergebnissen der 16 begleiteten Modellprojekten sein und auf den politischen Willen daraus Konsequenzen zu ziehen.

Literatur

- BAGS - Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (1993): Kohärente Planung zwischen ambulanten, teilstationärem und stationärem Sektor zur Vermeidung von Fehlallokationen. Abschlussbericht. Berlin: IGES, Friedrichshafen: Dornier
- Bartholomeyczik, S. (2004): Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit. In: Bartholomeyczik, S./Halek, M. (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege. Hannover: Schlütersche: 11-20
- Blinkert, B. (2008): Begleitforschung zur Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit Integriertem Case Management. Kurzbericht. Freiburg: FIFAS
- BMFSFJ (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Bonn
- BMFSFJ (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten. Berlin: BMFSFJ
- Brandt, F./Göpfert, D./Schweikart, R. (1992): Pflege Alter Menschen. Abschlussbericht: Saarbrücken: ISPO-Institut
- Darmann-Fink, I. (2006): Bildungskonzepte und Pflegekompetenz. Pflege 19 (3): 188-196
- Deppe, H.U.; Priester, K. (1989): Perspektiven ambulanter Pflege in Hessen. HLT Report 252. Wiesbaden: HLT
- Döhner, H.; Kofhal, C.; Dahl, F. (2004): Vernetzte Versorgung für ältere Menschen. Münster: LIT
- Düver, S. (2009): Nutzerorientierung aus Sicht der PatientInnen. In: Mozygamba, K./Mümken, S./Krause, U. et al. (Hrsg.) Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitsversorgung. Bern: Huber: 83-92
- Dumas, L. (1999): Managed care and advocacy - basic contradictions in a failing health care system. National Academies of Practice Forum (1) : 279-283
- DZA – Deutsches Zentrum für Altersfragen (2002): Alterssurvey: Gesundheit und Gesundheitsversorgung/Tätigkeiten und Engagement in der 2. Lebenshälfte/Familie und Generationen im Wandel. Berlin
- English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting (1999): Shared Learning and Clinical Teamwork. London: English Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting
- Fraser, K.D; Strang, V. (2004): Decision Making and Nurse Case Management. Advances in Nursing Science 27 (1): 32-43
- Feuerstein, G. (1994): Systemintegration und Versorgungsqualität. In: Badura, B./Feuerstein, G./Schott, T.(Hrsg.): System Krankenhaus. Weinheim: Juventa: 41-67
- Flieder, M. (2009): Lebenslagen und Pflegesituationen von Menschen am Rande der Gesellschaft. In: Pflegen, Heft 1/ 2009: 14-22
- Gerlinger, T.; Röber, M. (2009): Anlaufstelle mit Hindernissen. In: CNE.fortbildung, 9-12
- Gerwin, B.; Lorenz-Krause, R. (2005): Pflege- und Krankheitsverläufe aktiv steuern und bewältigen. Münster: LIT
- Giddens, A. (1988): Die Konstitution der Gesellschaft. Frankfurt: Suhrkamp
- Groß, D.; Holz, G.; Boeckh, J. (2005): Qualitätsentwicklung lokaler Netzwerkarbeit. Ein Evaluationskonzept und Analyseraster zur Netzwerkentwicklung. Frankfurt
- Habermas, J. (1965): Erkenntnis und Interesse. In: Müller, A. (1983) (Hrsg.) Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie. Münster: Waxmann, 149-161
- Heusinger, J. (2009): Wer wird wie gepflegt? In: Pflegen, Heft 1/2009: 8-13
- Höhmann, U.; Müller-Mundt, G.; Schulz, B. (1998): Qualität durch Kooperation. Frankfurt: Mabuse
- Höhmann, U. (2002): Spezifische Vernetzungserfordernisse für chronisch kranke, langzeitpflegebedürftige Menschen. In: DZA (Hrsg.): Expertisen zum 4. Altenbericht. Band III. Hannover: Vincentz, 289-428
- Höhmann, U.; Anton, H. (2004): Initiierung von Vernetzungsstrukturen zwischen ambulanten und stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in der Stadt Offenbach. Sozialamt der Stadt Offenbach
- Höhmann, U. (2005): Gelingende Netzwerke an der Schnittstelle von Sozial- und Gesundheitssektor. In: Tagungsdokumentation der Landeshauptstadt Wiesbaden vom 28.9.2005: 103-113

- Höhmann, P. (2008): Die Situation älterer Menschen unter veränderten demographischen und sozialen Bedingungen. Expertise für die EKHN. Darmstadt
- Höhmann, U. (2009): Voraussetzungen und Möglichkeiten berufs- und einrichtungsübergreifender Kooperation zur Verbesserung der Versorgungsqualität pflegebedürftiger Menschen. In: Stemmer, R. (Hrsg.) Qualität in der Pflege trotz knapper Ressourcen. Hannover: Schlütersche: 11-28
- Hoffmann, E.; Nachtmann, J. (2007): Report Altersdaten, Gerostat 3/ 2007. Berlin
- Hornby, S. (1993): Collaborative Care. London : Blackwell
- ISPO- Institut (1995) : Dokumentation – Fachtagung : IAV Stellen im Spannungsfeld zwischen Kommunen, Wohlfahrtspflege und Pflegekassen. Saarbrücken : ISPO- Institut
- Kardorff v, E. (1998): Kooperation, Koordination und Vernetzung. Anmerkungen zur Schnittstellenproblematik in der psychosozialen Versorgung. In: Röhrle, B.; Sommer, G.; Nestmann, F. (Hrsg.): Netzwerkkintervention. Tübingen: Klett
- Klie, T.; Pfundstein, T.; Schuhmacher, B. et al. (2008): Das Pflegebudget. Abschlussbericht. Freiburg: Ev. Fachhochschule
- Kraus, W. (1984): Collaboration in Organisations. New York: Human Sciences Press
- Lohr, C. (2003): Neue Kooperationsstrukturen. In: LWV Info 4: 32- 33
- Luhmann, N. (1973): Formen des Helfens im Wandel der Zeit. In: Otto, H.U.; Schneider, S. (Hrsg.): Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit I. Neuwied: Lichterhand: 21-43
- MAGS - Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.) Pflege älterer Menschen. Abschlussbericht. Stuttgart
- Menning, S. (2007): Report Altersdaten, Gerostat 02/07. Berlin
- Neuberger, O. (1997): Individualisierung und Organisierung. In: Ortmann, G./; Sydow, J.; Türk, K. (Hrsg.) Theorien der Organisation. Opladen: Westdeutscher Verlag: 487- 522
- Ortmann, G. (1997): Unternehmensziele als Ideologie. Köln: Kiepenheuer&Witsch
- Ortmann, G.; Sydow, J.; Windeler, A. (1997): Organisation als reflexive Strukturation. In: Ortmann, G.; Sydow, J.; Türk, K. (Hrsg.): Theorien der Organisation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 315- 354
- Santen van, E.; Seckinger E. (2003): Kooperation – Mythos und Realität einer Praxis. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Santen van, E.; Seckinger E. (2005): Fallstricke im Beziehungsgeflecht: die Doppelleben interinstitutioneller Netzwerke. In: Bauer/Otto, a.a.O. : 201- 220
- Schaeffer, D. (1994) Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Pflege. WZB Paper. Berlin: Wissenschaftszentrum
- Schaeffer, D. (2005): Der Patient als Nutzer. Bern: Huber
- Schiffer, P.-J. (2009): Interview mit Michael Monzer. In: Case Management 5 (2), 116-117
- Schmidt-Ohlemann, M. (2006): Für eine optimierte Versorgung mit Hilfsmitteln. Expertise für die deutsche Vereinigung für Rehabilitation. Heidelberg: DVfR
- Schubert, H. (2005): Das Management von Netzwerkakteuren im Sozialraum. In: Bauer, P.; Otto, U. (Hrsg.) Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Tübingen: DGVV Verlag, 73-103
- Schweitzer, J. (1998): Gelingende Kooperation. Weinheim: Juventa
- Slotala, L.; Bauer, U. (2009): „Das sind bloß manchmal die fünf Minuten, die fehlen. In: Pflege und Gesellschaft 14 (1), 54-66
- Sofaer, S. (1994): Applying Organisational Theory to Improve the Continuity of Health Services for Older Persons. Journal of Applied Gerontology 13 (1): 73-85
- Spieß, E. (1996): Kooperatives Handeln in Organisationen. München: Hampp
- Sydow, J.; Windeler, A. (1997): Management Interorganisationaler Beziehungen. Opladen: Westdeutscher Verlag
- SVR – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1987) (2003)(2007): Jahresgutachten. Baden-Baden: Nomos
- Turner, B. (2005): The New Medical Sociology. London: W.W. Norton& Company
- VDR/Reha Kommission (1991): Bericht der Reha-Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation. Frankfurt: VDR

- Walgenbach, P. (1995): Institutionalistische Ansätze in der Organisationstheorie. In: Kieser, A. (Hrsg.): Organisationstheorien. Stuttgart: Kohlhammer, 2. Aufl.: Kap. 9
- Wingenfeld, K.; Büscher A. (2009): Pflegebedürftigkeit aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. In: Die Schwester/ Der Pfleger 48 (1), 60-62
- Wissert, M (2005): Netzwerkarbeit in „unabhängigen“ Case -Management Stellen. In: Bauer/Otto a.a.O., 221-243
- Zimborski, J. (1994): Verbesserung der Versorgung alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen. Bericht über das Ergebnis des Modellversuchs des Landes Baden Württemberg. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 45 (10), 692-695

Prof. Dr. Ulrike Höhmann

Ev. Fachhochschule Darmstadt, FB Pflege- und Gesundheitswissenschaften
Zweifalltorweg 12, 64293 Darmstadt, hoehmann@efh-darmstadt.de

Christopher Kofahl, Daniel Lüdecke, Hanneli Döhner

Der Einfluss von Betreuungsbedarf und psychosozialen Determinanten auf Belastung und Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen alter Menschen. Ergebnisse aus der deutschen Teilstichprobe des Projekts EUROFAMCARE

The impact of care needs and psychosocial determinants on burden and well-being of family carers of older dependent people. Results from the German sample of the EUROFAMCARE-project

Most of the old depended people with chronic diseases and daily life limitations are cared-for by their family members. The situation of these family carers was the objective of the EU funded project EUROFAMCARE (2003-2005). On the basis of the German sample of 1,003 family carers of dependent persons 65 and older we analysed the influence of different factors and determinants on perceived care-givers' burden. We found that ADL- and IADL-limitations were only one factor among several others which increase the risk of perceiving burden. Coping and support by others is decreasing the perceived burden significantly. The variables

eingereicht 7.1.2009

akzeptiert 8.6.2009 (nach Überarbeitung)

„degree of kinship“, „age“ and „sex“ have a significant impact on the self-assessed burden, quality of life and health. Support measures for family carers are only very rarely used, however, if used, they are valued very high.

Keywords

family care, old people, burden, care-giving

Die meisten älteren Menschen, die aufgrund chronischer Erkrankungen und Alltagseinschränkungen von der Hilfe Dritter abhängig sind, werden von Mitgliedern der eigenen Familie betreut und gepflegt. Die Situation der Angehörigen von über 64-jährigen Hilfs- und Pflegebedürftigen war Gegenstand des EU-Projektes EUROFAMCARE (2003-2005). Auf der Basis der deutschen Stichprobe von 1.003 Angehörigen wurde untersucht, welche Faktoren in der Betreuung ihrer hilfs- und pflegebedürftigen Familienmitglieder Risikofaktoren für eine überdurchschnittlich erhöhte Belastung darstellen. Dabei stellen Einschränkungen in der Alltagsbewältigungskompetenz nur eine unter mehreren Variablen mit Belastungsrisiko dar. Soziale Unterstützung und eine gute persönliche Bewältigungskompetenz stellen signifikant entlastende Faktoren dar. Darüber hinaus haben auch das Verwandtschaftsverhältnis sowie Alter und Geschlecht einen hohen Anteil an der empfundenen Belastung, Lebensqualität und Gesundheit. Unterstützungsangebote für betreuende Angehörige werden allerdings kaum genutzt, im Falle der Nutzung aber als sinnvoll und hilfreich bewertet.

Schlüsselwörter

pflegende Angehörige, Belastung, Entlastung, Familie, alte Menschen

1. Einleitung

Alte Menschen stellen die größte Risikogruppe für chronische Erkrankungen und Behinderungen dar. Aufgrund ihrer erhöhten Vulnerabilität und oftmals wechselwirksam ineinander greifender Erkrankungen und Krankheitsfolgen stellen Betroffene ihre primären sozialen Systeme – Familie und Freunde – vor große Herausforderungen. Die Inanspruchnahme der innerfamiliären Hilfsleistungen schreitet häufig in kleinen Schritten voran. In den ersten Monaten und Jahren lassen sich oft die Handreichungen und Hilfestellungen noch gut mit dem persönlichen Alltag der Helfenden vereinbaren. Erst allmählich steigt der Unterstützungsbedarf, – sofern nicht akute, kritische Lebensereignisse wie z.B. ein Schlaganfall eintreten. So ist der Weg bis ggf. hin zur Schwerstpflege in vielen Fällen ein schleichender, oft unreflektierter Prozess (Kofahl et al. 2005).

Das von der EU geförderte europäische Projekt EUROFAMCARE¹ hat die Situation pflegender Angehöriger älterer Menschen in 23 europäischen Ländern untersucht (Mestheneos/Triantafyllou 2005), und vertiefende Studien in sechs Ländern durchgeführt (Lamura et al. 2008). Ergebnisse zu Pflegebedarfen, daraus folgende Belastun-

¹ EUROFAMCARE wurde gefördert durch die EU (Vertrag: QLK6-CT-2002-02647) und koordiniert durch das Institut für Medizin-Soziologie, Universität Hamburg (H. Döhner): www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare.

gen, Möglichkeiten der Entlastung sowie daraus resultierende sozialpolitische Konsequenzen werden in diesem Artikel vorgestellt. Im Folgenden werden wir uns auf ausgewählte Aspekte der familialen Pflege konzentrieren, die für die zukünftige Entwicklung der Pflege älterer Menschen in Deutschland insgesamt und die Rolle der pflegenden Angehörigen insbesondere bedeutsam sind (Döhner et al. 2008).

Auf der Grundlage der deutschen EUROFAMCARE-Daten untersuchen wir die folgenden Fragen:

- a) Welchen Einfluss haben funktionelle und kognitive Einschränkungen sowie Verhaltensprobleme von hilfs- und pflegebedürftigen älteren Menschen auf die empfundene Belastung von betreuenden Angehörigen, und welchen Einfluss haben dabei soziale Unterstützung und persönliche Bewältigungskompetenz?
- b) Welche Unterschiede existieren zwischen betreuenden Ehepartnern und betreuenden (Schwieger-)Kindern sowie zwischen den Geschlechtern bzgl. der empfundenen Belastung und Inanspruchnahme sozialer Unterstützung?
- c) Welche professionellen Hilfsangebote für Angehörige werden von diesen wahrgenommen?

2. Stand der Forschung

Wegen der Zunahme älterer Menschen bei gleichzeitig steigender Lebenserwartung und dem damit verbundenen steigenden Hilfebedarf nimmt das Thema der familialen Pflege seit Ende der 80er Jahre einen wachsenden Raum in der sozial-, gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Forschung ein (Blinkert/Klie 2005; Meyer 2006; Döhner/Rothgang 2006; Döhner et al. 2007; Nolan et al. 2008). Die alltäglichen Verrichtungen des täglichen Lebens können sowohl aus physischen Gründen wie Sturzneigung, Bettlägerigkeit, Rollstuhlabhängigkeit oder anderen Mobilitätsdefiziten eingeschränkt sein als auch aufgrund kognitiver Defizite oder sensorischer Probleme wie reduzierter Sehfähigkeit oder Schwerhörigkeit. Die Betreuungsgründe sind in der Regel multifaktoriell, d.h. fast immer greifen mehrere Gründe ineinander und sind damit in der Regel ausschlaggebend dafür, wie belastend die häusliche Pflege von den Betroffenen wahrgenommen wird (vgl. auch Halsig 1998; Boeger et al. 1998; Mnich/Döhner 2005).

Die eigenen Angehörigen zu pflegen ist – ungeachtet aller positiven Aspekte der innerfamilialen Solidarität – eine Leistung, die mit hohen Belastungsrisiken verbunden ist. Gleichzeitig ist die Belastbarkeit vieler Pflegepersonen eingeschränkt – meist aus altersassoziierten Gründen. Für die Zukunft der familialen Pflege sind deshalb zwei Tendenzen von besonderer Bedeutung:

- a) Es werden immer häufiger ältere Menschen Gleichaltrige betreuen – als Ehepartner, Lebensgefährten, Freunde oder Nachbarn (Kofahl et al. 2007).
- b) Das Auftreten von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit verschiebt sich bei vielen Menschen ins höhere Alter. Einige von ihnen werden dann als hochbetagte Eltern oder

Schwiegereltern von ihren (Schwieger-)Kindern betreut, die bereits selbst das Seniorenalter erreicht haben. Die geburtenstarken 1960er bis Anfang 1970er Jahrgänge werden sich voraussichtlich innerhalb ihrer Altersgruppen deutlich mehr umeinander sorgen (müssen), als noch heute die 20er und 30er Jahrgänge.

Diese Konstellationen bedeuten ein erhöhtes Risiko für die Gesundheit der Pflegepersonen (Henwood 1998; Schulz et al. 1999), bei insgesamt reduzierter Lebensqualität (Pearlin et al. 1990; Gräbel 1996; Schacke et al. 1998). Angehörige demenziell Erkrankter sind hier in besonderem Maße betroffen (Jerrom et al. 1993; Grafstrom et al. 1994; Gräbel 1998; Bertrand et al. 2006). Bei letzteren schlagen sich auffällige Verhaltensweisen – so genannte nicht-kognitive Symptome oder „herausforderndes Verhalten“ – besonders gravierend nieder, wie z.B. Agitiertheit, Herumlaufen, Rufen und Schreien sowie fehlende Steuerbarkeit aufgrund mangelnder Problemeinsicht (Kurz 1998; Weyerer et al. 2006; BMG 2007a; Kofahl 2007). Die dritte Repräsentativerhebung zu den „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten“ (MuG III) zeigte eine signifikant höhere Belastung der pflegenden Angehörigen Demenzkranker, wenn diese weiblichen Geschlechts waren, keine Pflegeerfahrung hatten und die Pflege- und Beaufsichtigungsbedürftigkeit zunahm, insbesondere aber bei Vorliegen nicht-kognitiver Symptome und mangelnder sozialer Unterstützung; – der letztgenannte Aspekt erwies sich dabei als entscheidender Prädiktor für ein instabiles Pflegearrangement (Schäufele et al. 2005).

Darüber hinaus wurde in verschiedenen Studien gezeigt, dass 40-70% der pflegenden Angehörigen unter depressiven Symptomen leiden und diese Symptome in Zusammenhang mit der subjektiv wahrgenommenen Belastung durch die Pflege stehen (Schulz et al. 1995; Pinquart/Sörensen 2003; Sherwood et al. 2005). Weibliche pflegende Angehörige haben gegenüber männlichen Pflegepersonen wesentlich häufiger ein depressives Syndrom, erfahren mehr Stress durch die Pflege und haben eine schlechtere Lebensqualität (Miller/Cafasso 1992; Yee/Schulz 2000; Pinquart/Sörensen 2006).

Nur wenige Studien vergleichen die Situation von älteren pflegenden Angehörigen (meist Ehepartner) und jüngeren pflegenden Angehörigen (Kinder der Betroffenen). Es ist jedoch anzunehmen, dass mit der im Alter wachsenden Morbidität und dem daraus resultierenden eigenen Hilfebedarf sich auch die Belastung durch die Pflege eines Angehörigen mit ihren negativen psychischen und physischen Konsequenzen stärker auswirkt. Sewitch et al. (2006) konnten zeigen, dass die Ehepartner von älteren Patienten ein deutlich höheres Risiko für eine Verschlechterung der Lebensqualität und der generellen Gesundheit hatten als die erwachsenen Kinder der Patienten. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Zank et al. (2006). In einer multivariaten Untersuchung von Kofahl et al. (2007) konnte dieser Unterschied jedoch überwiegend durch die höheren gesundheitlichen Einschränkungen der älteren pflegenden Partner erklärt werden. Kinder und Eheleute zeigten nach Kontrolle der Variable „Gesundheitsstatus“ ähnliche Belastungen, signifikant davon abweichend waren allerdings die geringere Belastung und höhere Lebensqualität der Verwandten zweiten und dritten Grades, der

Freunde und Nachbarn. In der Rollenverstrickung der gegenseitig voneinander abhängigen Familienmitglieder die Grenzen der eigenen Handlungsmöglichkeiten zu erkennen sowie die eigene Erschöpfung wahrzunehmen und anzuerkennen, ist oft schwierig (Dräger et al. 2003). Vermutlich neigen auch deshalb viele Angehörige – bewusst oder unbewusst – zur Selbstüberforderung (Decker et al. 1999).

3. Methodisches Vorgehen der EUROFAMCARE Studie

In sechs Ländern (Deutschland, Griechenland, Italien, Polen, Schweden, Vereinigtes Königreich) wurden die Erfahrungen von 5.923 betreuenden Angehörigen vor Ort erhoben. In die Untersuchung eingeschlossen wurden die Hauptpflegepersonen von Betreuungsbedürftigen, die 65 Jahre oder älter waren und mindestens 4 Stunden wöchentlich persönliche Pflege oder Betreuung durch ihren Angehörigen erhielten. Das besondere an diesem Vorgehen war die Direktrekrutierung von betreuenden Angehörigen unabhängig von den Hilfs- und Pflegebedürftigen selbst. Somit konnte eine Vorselektion durch besondere Pflegebedarfe oder -grade der Unterstützungsbedürftigen vermieden werden.

Die Datenerhebung erfolgte auf Basis einer gemischten Rekrutierungsstrategie. In Deutschland sollten Interviewer an vier universitären Zentren 1.000 betreuende Angehörige in jeweils drei Regionen (Metropole, städtisch, ländlich) befragen. Dazu wurden unterschiedliche Zugänge gewählt: Kooperation mit Sozial- und Gesundheitsdiensten, Ärzten, Apotheken, Alzheimergesellschaften, Wochenblättern und Tageszeitungen, Mund-zu-Mund-Propaganda etc.. Der gewünschte Stichprobenumfang konnte in Deutschland mit dieser Methodik jedoch nur zu einem Viertel erreicht werden. Daraufhin wurde ein Sozialforschungsinstitut mit einem bundesweit verteilten Interviewerstamm mit der Durchführung beauftragt. Dessen Interviewer führten schließlich 734 Interviews durch, womit die Gesamtstichprobengröße von 1.003 Personen erreicht wurde. Der Vergleich der Randverteilungen der deutschen EUROFAMCARE-Daten mit denen der 2002 durchgeführten repräsentativen MuG III-Studie (Schneekloth et al. 2005) zeigte eine weitgehende Übereinstimmung in den Pflegesituationen sowie den Charakteristika der Pflegenden und Pflegebedürftigen (Lüdecke/Mnich 2008).

Für den Erhebungsbogen wurden bevorzugt Skalen eingesetzt, die sich bereits in internationalen Studien bewährt haben. Zur systematischen Einschätzung des Unterstützungsbedarfes der Betreuungsbedürftigen wurden Instrumente des Geriatrischen Assessments herangezogen (McKee et al. 2007; Lamura et al. 2008). Für den ADL-Status wurde der Barthel-Index (Mahoney/Barthel 1965) eingesetzt, IADL wurde mit Items aus dem OARS (Fillenbaum/Smyer 1981) erfasst. Kognitive Probleme wurden durch Fragen nach Gedächtnisproblemen und einer möglichen Demenzdiagnose erhoben. Die Erhebung möglicher Verhaltensauffälligkeiten erfolgte auf der Basis einer aus drei Items bestehenden Kurzversion des BISID (Behavioural and Instrumental Stressors in Dementia; Keady et al. 1996).

Die Pflegebelastung wurde mit dem in verschiedenen Sprachen vorliegenden COPE-Index (McKee et al. 2003, 2007; Balducci et al. 2008) gemessen. Er enthält eine Belastungsskala („negative impact“), eine Wertschätzungsskala („positive value“) sowie die Beurteilung der Qualität der Unterstützung, Wohlbefinden und Lebensqualität wurden erhoben mit dem World Health Organisation-5 Well-Being Index (WHO 1998; Bech 2004) und zwei Items aus dem SF36 (Brazier et al. 1992).

Die Dateneingabe erfolgte mit Data Entry™ 3.0, die Auswertung mit SPSS™ 13 und 15. Es wurden non-parametrische bi- und multivariate Verfahren angewandt. Zusammenhänge wurden mit Kontingenzkoeffizienten und Spearman-Korrelationen (ρ) bestimmt, Gruppenvergleiche mit dem Mann-Whitney U-Test oder Chi-Quadrat-Test statistisch geprüft, multifaktorielle Modelle mit binär-logistischen Regressionen.

4. Ergebnisse

Die interviewten 1.003 betreuenden Angehörigen waren im Durchschnitt 54 Jahre alt (18 bis 89 Jahre; $SD^2 = 13,4$ Jahre) und zu 76% Frauen. 42% waren berufstätig mit durchschnittlich 32 Wochenstunden ($SD = 13$ h). Die unterstützungsbedürftigen Familienmitglieder waren im Mittel 80 Jahre alt (65 bis 103 Jahre; $SD = 8,3$) und zu 69% Frauen. 72% der betreuten älteren Menschen wurden von ihren Angehörigen als mäßig bis stark hilfsbedürftig eingeschätzt. Knapp 60% der Angehörigen aller Befragten erhielten Leistungen der Pflegeversicherung (davon: 33% Pflegestufe 1, 42% Pflegestufe 2 und 25% Pflegestufe 3 bzw. 3+). Gut 30% hatten (noch) keinen Antrag gestellt, und bei etwa 10% wurde die Einstufung abgelehnt oder das Verfahren lief noch.

4.1 Betreuungsgründe und daraus resultierende Belastungen

Die am häufigsten genannten Gründe für die Unterstützung durch die Angehörigen sind eingeschränkte Mobilität und/oder körperliche Beeinträchtigungen. Die in Tabelle 1 aufgelisteten Hauptbetreuungsgründe entstammen Freitextangaben der Angehörigen, die kategorisiert wurden.

Den meisten der hier vorliegenden Betreuungsgründe liegen chronische Erkrankungen und Behinderungen zugrunde. Die Hilfs- und Pflegebedürftigen sind überwiegend in körperlichen Bereichen eingeschränkt, mehr als ein Viertel ist immobil/mobilitätseingeschränkt. Damit ist der Hilfs- und Pflegebedarf nachhaltig und erfordert eine auf Dauer angelegte Unterstützung.

Gedächtnisprobleme, kognitive Einschränkungen oder Demenz wurden nur von knapp 15% der Befragten als Hauptbetreuungsgrund angegeben. Das ist etwas überraschend, denn immerhin haben 34% der Betreuten eine ärztlich diagnostizierte Demenz und weitere 22% Gedächtnisprobleme, die diagnostisch allerdings nicht abgeklärt sind. Hier ist jedoch zwischen den in der Stichprobe enthaltenen 95 Heimbewoh-

2 SD = Standardabweichung (Standard Deviation)

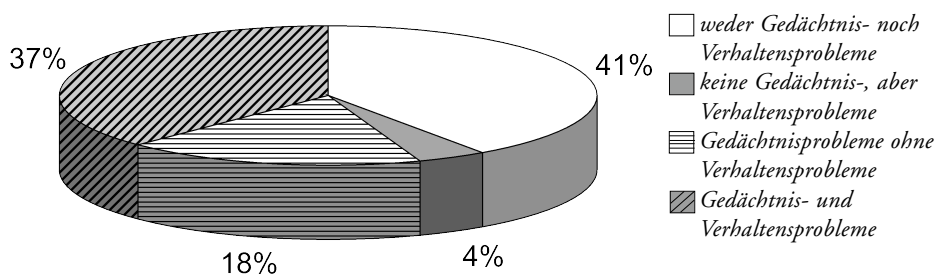
Tab. 1: Hauptbetreuungsgrund (N = 1.003)

Hauptbetreuungsgrund	%
Mobilität	27,9
körperliche Erkrankung/Behinderung	24,8
Gedächtnisprobleme/kognitive Einschränkungen	14,9
„Alters-Verfall“/Hochaltrigkeit	12,1
keine Selbstversorgungskompetenz	10,0
sensorische Probleme	3,8
soziale Gründe, Einsamkeit	2,2
Gefühl der Unsicherheit	1,7
psychische/psychiatrische Probleme oder Erkrankungen	1,5
andere Gründe	1,1

nern und den 908 zu Hause Lebenden (davon 26 im Betreuten Wohnen) zu unterscheiden: bei den Heimbewohnern haben 58% eine Demenzdiagnose und weitere 22% wie auch immer geartete Gedächtnisprobleme, während bei den häuslich Betreuten „nur“ 31% eine Demenzdiagnose aufweisen. In dieser Gruppe haben nach Angaben der Pflegenden etwa die Hälfte (47%) keine Gedächtnisprobleme.

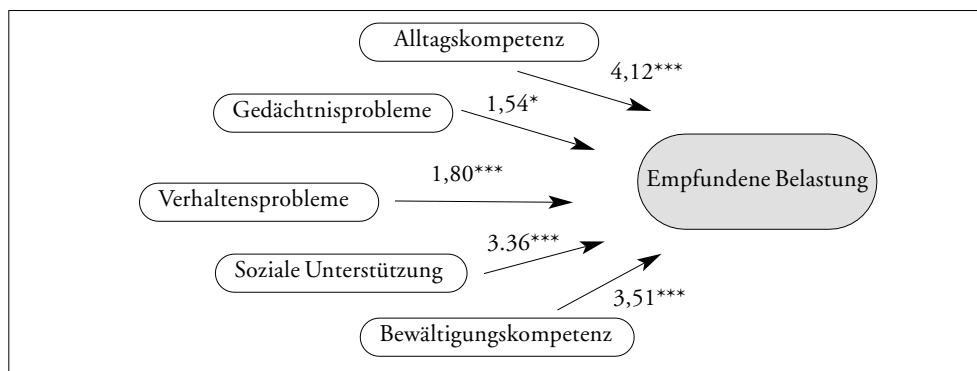
Insbesondere in den mittleren Stadien werden Demenzen häufig von nicht-kognitiven Symptomen begleitet, also von Auffälligkeiten oder Problemen im Verhalten, das auch als „herausforderndes Verhalten“ beschrieben wird (BMG 2007a). Deshalb wurden alle 1.003 Angehörigen nach derartigen „Verhaltensproblemen“ gefragt. 33% von ihnen gaben Umherwandern oder selbstgefährdendes Verhalten an, 58% mangelnde Problemeinsicht und unkooperatives Verhalten sowie 38% Verhalten, das bei den befragten Angehörigen Bestürzung oder Peinlichkeit auslöst. Diese „Verhaltensprobleme“ schlagen sich auf die Lebensqualität der Angehörigen nieder, wenngleich auch nicht in einem so hohen Maße wie von anderen Studien berichtet (vgl. Weyerer et al. 2006). So ist die Korrelation der Verhaltensprobleme nach BISID 3-Item-Version mit dem WHO-5 Well-Being Index (WHO 1998) mit $\rho = 0,22$ zwar hochsignifikant, aber letztlich moderat. Die Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Gedächtnis- und Verhaltensprobleme. Letztere wurden hier definiert durch mindestens 3 Punkte auf der von 0-9 Punkte reichenden BISID-Skala, d.h. etwa 41% der Betreuungsbedürftigen wurden als verhaltensauffällig eingestuft.

Abb. 1: Von den Angehörigen beschriebene Gedächtnis- und Verhaltensprobleme (N=990)



Ein deutlicher Zusammenhang ($\rho = 0,41$) besteht zwischen Verhaltensproblemen (BISID-Skala) und empfundener Pflegebelastung (Belastungsskala des COPE-Index). Als eine vermutliche Konsequenz daraus ergibt sich eine erhöhte Bereitschaft zu einer Unterbringung im Pflegeheim. Während 48% der Angehörigen der Verhaltensunauffälligen eine Heimunterbringung kategorisch ausschließen, sind es bei den Verhaltensauffälligen nur 39%. In ähnlicher Größenordnung zeigt sich auch eine reduzierte Bereitschaft, die Betreuung auch in Zukunft fortzuführen. Dies ist sogar etwas ausgeprägter, wenn Verhaltensprobleme benannt werden, ohne dass Gedächtnisprobleme oder eine Demenzdiagnose vorliegen. Neben einigen (wenigen) psychiatrischen Erkrankungen gibt es Hinweise darauf, dass hier vermutlich Familienkonflikte und unharmonische Beziehungen zwischen der betreuenden und der betreuten Person einen Einfluss haben. Insgesamt stellte sich heraus, dass Verhaltensprobleme in der multifaktoriellen Regressionsanalyse sowohl an der empfundenen Belastung als auch an der Lebensqualität einen höheren Erklärungsanteil haben als kognitive Symptome wie das Kernsymptom „Gedächtnisprobleme“. In Abbildung 2 sind die Ergebnisse zu den häuslichen Betreuungskonstellationen wiedergegeben. Die Pflegeheimbewohner wurden in dieser Berechnung ausgeschlossen, um einen Einfluss der professionellen stationären Pflege auszuklammern.

Abb. 2: Einfluss verschiedener Dimensionen des Betreuungssettings auf das Belastungsempfinden der Betreuungsperson. Binärlogistische Regression, nur zu Hause Lebende, $n = 834$, Odds Ratios



Alltagskompetenz: Barthel-Index + IADL

Gedächtnisprobleme: „Hat Ihre ANGEHÖRIGE/R irgendwelche Gedächtnisprobleme?“

Verhaltensprobleme: 3-Item-Version der BISID-Skala

Soziale Unterstützung: „Fühlen Sie sich in Ihrer Rolle als Betreuende/r insgesamt ausreichend unterstützt?“

Bewältigungskompetenz: „Denken Sie, dass Sie mit Ihrer Rolle als Betreuende/r gut zurechtkommen?“

4.2 Psychosoziale Determinanten der Belastung von betreuenden Ehepartnern und (Schwieger-)Kindern

Zur Erklärung der Einflüsse auf die Belastungen pflegender Angehöriger wurden für die folgenden Analysen binär-logistische Regressionen für verschiedene Gruppen von Pflegenden verwendet, wobei hier primär auf die sozialen Determinanten der Betreu-

ungssituation fokussiert wird. Als Untersuchungsuntergruppen werden die Gruppe der Ehepartner ($n = 184$) und die Gruppe der Kinder ($n = 625$) betrachtet. Die Gruppe „Kinder“ beinhaltet auch die Schwiegerkinder ($n = 90$).

Wie bereits in der in Abbildung 2 dargestellten logistischen Regression zeigt sich auch hier, dass die eingeschränkte Alltagskompetenz des Pflegebedürftigen nur einer von mehreren Faktoren ist, die unabhängig von Alter und Geschlecht des pflegenden Angehörigen und seinem Verwandtschaftsverhältnis zur älteren Person einen Einfluss auf die Belastung der Pflegenden ausüben. Ein starker Zusammenhang existiert zwischen der empfundenen Belastung und dem Zurechtkommen mit der Rolle des Betreuenden ($\rho = -0,41$; $p=0,000$) sowie mit der erfahrenen Unterstützung durch Familie oder das soziale Umfeld ($\rho = -0,42$; $p=0,000$).

Deutlich zu erkennen sind auch Unterschiede zwischen pflegenden Ehepartnern und pflegenden Kindern (Tabelle 2). Letztere sind meistens zusätzlich durch berufliche Tätigkeiten oder andere Familienaufgaben wie Kindererziehung beansprucht (Lüdecke et al. 2007). Bei den Ehepartnern erhöhen vorwiegend Überforderungen mit der Situation und mangelnde Unterstützung das Belastungsrisiko. Dies zeigt sich auch bei den Kindern, allerdings trägt hier insbesondere der Pflegebedarf zur Belastung bei. Zwar mögen sich hier auch Schwierigkeiten, Beruf, Familie und Pflege zu vereinbaren als Stressoren niederschlagen, Karriereeinschränkungen als mögliche Konsequenz zeigen sich allerdings nicht.

Die beiden Tabellen 2 und 3 zeigen in Form von Odds-Ratios (OR) mit 95%-Konfidenzintervallen (KI) wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, sich bei Eintreten der unten dargestellten Faktoren stark belastet zu fühlen. So ist z.B. bei den Kindern die Wahrscheinlichkeit einer hohen Belastung 3,4-fach erhöht, wenn die Alltagskompetenz der Betreuten überdurchschnittlich eingeschränkt ist, während bei den Ehepartnern in diesem multivariaten Modell kein signifikanter Effekt durch diese Variable abgebildet wird. Bei den Ehepartnern zeigen sich die höchsten Odds Ratios bei der Bewältigungskompetenz und bei der erlebten Unterstützung.

Innerhalb der Gruppe der pflegenden Kinder lassen sich geschlechtsspezifische Differenzen feststellen (Tabelle 3). Bei den Söhnen stehen ein hoher zeitlicher Aufwand und Mangel an Unterstützung im Vordergrund. Zweifel daran, mit der Rolle des Betreuende nicht zurecht zu kommen, zeigen sich bei ihnen nicht, - ganz anders als bei den Töchtern. Bei diesen ist das größte Belastungsrisiko mit der persönlichen Bewältigung der Betreuungssituation verbunden. Bei dieser Stichprobe kommt hinzu, dass die Töchter einem durchschnittlich größeren Betreuungsbedarf ihrer Eltern begegnen als die Söhne.

Einschränkungen in Berufsleben oder Karriere aufgrund der Betreuung als beeinflussender Faktor zeigten sich auch nach Unterscheidung zwischen den Geschlechtern weder bei den weiblichen noch männlichen Befragten dieser Stichprobe, - zumindest nicht in signifikantem Ausmaß.

Tab. 2: Faktoren, die die empfundene Belastung bei pflegenden Kindern und Partnern beeinflussen (n = 770)

Variable	Kinder, n = 602		Partner, n = 168	
	OR	KI 95%	OR	KI 95%
Eingeschränkte Alltagskompetenz (Betreuungsbedarf) (<i>Barthel-Index + IADL</i>)	3,4***	2,3-5,0	1,6 n.s.	0,7-3,6
Einschränkungen in Berufsleben oder Karriere aufgrund der Betreuung	1,4 n.s.	0,9-2,2	1,1 n.s.	0,5-2,4
Keine Vertretung verfügbar	1,8***	1,2-2,6	1,3 n.s.	0,6-2,8
Hoher zeitlicher Betreuungsaufwand (Stunden pro Woche, Median-dichotomisiert)	2,1***	1,3-3,1	1,1 n.s.	0,4-2,9
Kommt mit der Rolle des Betreuenden nicht gut zurecht	3,4***	1,6-7,1	8,0*	1,0-66,3
Fühlt sich in der Rolle des Betreuenden nicht unterstützt	2,6***	1,8-3,9	3,9***	1,7-9,0
Gemeinsamer Haushalt	1,0 n.s.	0,6-1,7	2,1 n.s.	0,5-9,9

Tab. 3: Faktoren, die die empfundene Belastung bei pflegenden Kindern beeinflussen (n = 602)

Variable	Töchter, n = 465		Söhne, n = 137	
	OR	KI 95%	OR	KI 95%
Eingeschränkte Alltagskompetenz (Betreuungsbedarf)	3,7***	2,3-5,8	2,3*	1,0-5,3
Einschränkungen in Berufsleben oder Karriere aufgrund der Betreuung	1,3 n.s.	0,8-2,2	1,7 n.s.	0,7-4,4
Keine Vertretung verfügbar	1,9***	1,2-3,0	1,8 n.s.	0,8-4,1
Hoher zeitlicher Betreuungsaufwand	1,7*	1,1-2,8	2,8*	1,2-6,5
Kommt mit der Rolle des Betreuenden nicht gut zurecht	4,8***	1,9-12,3	1,2 n.s.	0,3-4,7
Fühlt sich in der Rolle des Betreuenden nicht unterstützt	2,6***	1,7-4,2	2,9**	1,2-6,6
Gemeinsamer Haushalt	1,1 n.s.	0,6-1,9	0,9 n.s.	0,3-2,6

Viele der eingangs dargestellten Untersuchungen zeigen, dass Pflegende im Vergleich zu Nicht-Pflegenden unter stärkeren gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden. Theoretisch sollten demzufolge diejenigen, die Pflege und Erwerbstätigkeit vereinbaren und damit einer Doppelbelastung ausgesetzt sind, auch gesundheitlich besonders belastet sein. Doch spiegeln unsere Daten ein eher gegenteiliges Bild: die erwerbstätigen Kinder haben eine bessere Gesundheit (Mann-Whitney U = 39741, Mittlerer Rang = 338:285; p = 0,000) als die nicht (mehr) Erwerbstätigen (vgl. hierzu auch Schulze et al. 2004). Allerdings ist dieser Effekt auch Altersunterschieden geschuldet, denn die erwerbstätigen Kinder sind mit durchschnittlich 47,8 Jahren deutlich jünger als die nicht (mehr) erwerbstätigen mit durchschnittlich 55,4 Jahren.

4.2 Unterstützung und Entlastung von betreuenden Ehepartnern und (Schwieger)Kindern

77,3% aller Betreuungsbedürftigen benötigten Unterstützung im Bereich der basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (Waschen, Anziehen, Essen, zur Toilette gehen...). Im Vergleich zu den pflegenden Kindern betreuen deutlich mehr Ehepartner Angehörige mit einem vollständigen Hilfebedarf³. Das Verhältnis beträgt hier 34,7 % zu 54,4 % ($p = 0,000$). Während sich hinsichtlich der Inanspruchnahme professioneller Dienste kaum Unterschiede zwischen Kindern und Ehepartnern zeigen, greifen aber fast doppelt soviel pflegende Kinder auf die Unterstützung aus informellen Netzwerken zurück als Ehepartner. Der Vergleich der Geschlechter zeigt, dass informelle Hilfen von den Männern intensiver genutzt werden als von den Frauen (Tabelle 4).

Tab. 4: Körperbezogene Unterstützung, nach Generationenverhältnis und Geschlecht (in %, Mehrfachnennungen möglich, N = 649 Konstellationen mit teilweisem bis vollständigem körperlichen Hilfebedarf)

Wer hilft im Bereich körperlicher Unterstützung?	(Schwieger) Töchter (n = 379)	(Schwieger) Söhne (n = 102)	Ehefrauen (n = 120)	Ehemänner (n = 48)	p (2-seitig)
Pflegender selbst	84,4	75,5	91,7	85,7	**
Informelle Unterstützung	24,8	39,2	14,2	20,4	***
Professionelle Hilfen	37,0	35,3	35,8	28,6	n.s.

In etwa jede dritte Betreuungskonstellation sind professionelle Dienste involviert. Dabei fällt auf, dass die Ehemänner etwas seltener auf professionelle Hilfe zurückgreifen als die Kinder oder Ehefrauen, obgleich auch sie mehrheitlich einem vollständigen Hilfebedarf ausgesetzt sind (29 von 48). Bei diesen Hilfen handelt es sich um Dienste für die Hilfs- und Pflegebedürftigen. Sie können für die Pflegenden eine indirekte Entlastung darstellen. Doch wie ist es um die direkte Unterstützung für die betreuenden Angehörigen selbst bestellt?

Angebote, die sich direkt an Angehörige richten, gibt es in vielfältiger Weise. Mit Hilfe einer Übersichtsliste aller möglichen Dienste, Angebote und Maßnahmen (s. Tabelle 5) wurden die pflegenden Angehörigen systematisch befragt, welche Angebote schon einmal von ihnen in Anspruch genommen wurden und ob diese ihren Unterstützungs- oder Hilfebedarf gedeckt hätten. Derartige Dienste – insbesondere Informationen zu Erkrankungen sowie Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu ihrer eigenen Entlastung – wurden als außerordentlich wichtig bewertet. Umso erstaunlicher ist, wie selten diese Angebote von den hier Befragten genutzt werden.

Das Ergebnis fällt ernüchternd aus: 78% der pflegenden Angehörigen haben keines der Angebote in den vergangenen sechs Monaten genutzt; insbesondere in den psychosozialen und Selbsthilfebereichen ist die Nutzung verschwindend gering. Tabelle 5 gibt den Anteil der Nutzer bezogen auf das jeweils dargestellte Angebot wieder und zeigt in der rechten Spalte den Anteil der Nutzer, deren Bedarf durch den jeweiligen Dienst/das Angebot gedeckt wurde.

³ Kategorien des Hilfebedarfs: vollständig, teilweise, kein Hilfebedarf

Tab. 5: Nutzung von Diensten (N = 1.003)

Welche Dienste nutzen Angehörige?	Anteil der Nutzer in %	deckt den Bedarf (% der Nutzer)*
Medizinische Beratung für die Betreuenden (z.B. durch Hausarzt, Neurologe, Krankenhaus)	8,9	89,8
Sozialrechtliche Beratung (z. B. durch Kranken-/Pflegekassen, Rentenversicherungsträger)	6,1	86,9
Pflegeberatungsstellen der Kommunen, Kassen, Anbieter (Sozialstationen)	4,5	84,1
Angehörigengruppe	3,7	91,9
Internet	3,2	96,8
Selbsthilfegruppe	2,8	92,6
Kurse für Laienpfleger	2,1	95,2
Betreuungsrechtliche Beratung (z. B. durch Betreuungsverein, Landesbetreuungsstelle)	2,0	85,0
Sozialer Hausbesuch (z.B. über die Bezirkliche Altenhilfe oder Sozialamt)	1,2	91,7
Besondere Betreuungsdienste (Übernahme der Betreuung durch Dritte)	1,0	80,0
Sozial-psychologische Beratung (z.B. durch Initiativen, Vereine, öffentliche und private Beratungsstellen)	0,9	100
Telefon-Seelsorge/-Hotline	0,4	100

* Variable: „Wurde Ihr Bedarf und der Ihres/r ANGEHÖRIGEN gedeckt?“ > meistens ja / meistens nein

In den Fällen, in denen spezifische Angebote für betreuende Angehörige von diesen wahrgenommen werden, sehen die Nutzer ihre Bedarfe durch diese Maßnahmen in 80 % bis 100 % aller Fälle gedeckt.

5. Diskussion der Ergebnisse und Ausblick

Die Ergebnisse spiegeln deutlich die große Bedeutung sozialer Faktoren und Determinanten für das Belastungsempfinden von betreuenden/pflegenden Angehörigen wider. Belastung wurde hier gemessen mit der Skala „negative impact“ aus dem COPE-Index und bildet somit die persönliche subjektive Einschätzung ab. Objektive Parameter wie beispielsweise (Folge-)Erkrankungen, Krankheitstage, körperliche oder funktionelle Beschwerden werden hier nicht explizit erfasst, – sie gehen allenfalls als Korrelate zwischen gesundheitlichen Beschwerden und Wohlbefinden ein.

Der Bedarf an Unterstützung und Pflege auf Seiten der älteren Familienmitglieder stellt unstrittig die Hauptvariable dar, die sich auf Seiten der Betreuenden belastend auswirkt. Sie kann aber durch soziale Unterstützung und durch persönliche Bewältigungsressourcen erheblich kompensiert werden. Auch hier ist bei der Bewertung der Analysen entscheidend, dass es sich bei der Frage der erlebten sozialen Unterstützung und der Bewältigungskompetenz um individuelle subjektive Einschätzungen handelt

und nicht um quantifizierbare Abbilder der sozialen Unterstützungsnetzwerke. Im Wesentlichen dürfte es sich hierbei um die empfundene Qualität der sozialen Unterstützung handeln und weniger um die Quantität. Das heißt, ein Mehr an Unterstützung muss nicht zwangsläufig mit Belastungsreduktion einhergehen, vielmehr scheint die bedarfsgerechte Unterstützung und möglicherweise auch deren Zuverlässigkeit und Verbindlichkeit zur Entlastung beizutragen.

Die Bedeutung der Unterstützungspotenziale steht letztlich im Zusammenhang mit dem Grad der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit der Betreuten. Wie bereits in der MuG III-Teilstudie „Demenz“ (Schäufele et al. 2005) zeigt sich auch in unseren Analysen, dass die professionelle Pflege kein Garant für eine niedrigere Belastung der Pflegepersonen gegenüber denjenigen ist, die nicht auf professionelle Hilfe zurückgreifen. Bei den 266 Angehörigen, die professionelle häusliche Pflege in Anspruch nehmen, ist das Verhältnis der Hoch- zu Niedrigbelasteten 70:30, bei den anderen beträgt es 50:50 ($\chi^2 = 32,9$; $p = 0,000$). Dies entwertet jedoch in keiner Weise die Notwendigkeit und Qualität professioneller Hilfen, sondern spricht u.E. eher dafür, dass professionelle Dienste erst dann in Anspruch genommen werden, wenn der Unterstützungsbedarf ein Ausmaß erreicht hat, das mit den eigenen Ressourcen der betreffenden Betreuungsperson und ihres familialen Netzwerkes allein nicht mehr bewältigt werden kann. Ohne die professionelle Hilfe wäre die Belastung vermutlich noch höher und vor diesem Hintergrund eine Heimeinweisung wahrscheinlicher.

Der Vergleich der betreuenden Eheleute mit den betreuenden (Schwieger-)Kindern zeigt eine etwa gleich häufige Inanspruchnahme *professioneller* Hilfen. Unterschieden nach Geschlechtern stellt hier nur die Gruppe der Ehemänner eine Ausnahme dar: Sie nehmen weniger professionelle Unterstützung in Anspruch. Deutliche Unterschiede werden allerdings bei der informellen Unterstützung sichtbar. Insbesondere die Ehefrauen sind hiervon besonders betroffen, nur jede siebte von ihnen greift auf Unterstützung aus dem informellen Netzwerk zurück, bei den (Schwieger-)Söhnen sind es im Gegensatz dazu fast 40%. Es ist zu vermuten, dass ein Teil der Eheleute deshalb die Hauptbetreuungsperson sind, weil sie auf keine weiteren Unterstützungspotenziale zurückgreifen können. Dies könnte erklären, warum das „Zurechtkommen mit der Rolle des Betreuenden“ sowie die „mangelnde Unterstützung in der Rolle des Betreuenden“ die Hauptrisikofaktoren für eine hohe Belastung von Ehepartnern darstellen, wobei der tatsächliche Hilfebedarf im Gegensatz zu den (Schwieger-)Kindern keine bedeutende Rolle spielt.

Der Vergleich der Geschlechter zeigt in beiden Generationen, dass *informelle* Hilfen von den Männern intensiver genutzt werden als von den Frauen (Tabelle 4). Eine Erklärung könnte sein, dass Männer dazu neigen, sich erst dann auf die Betreuungsrolle einzulassen, wenn sie selbst innerhalb ihres familialen Netzes Unterstützung finden (Lüdecke et al. 2007). Eine andere Hypothese wäre, dass Männer eher als Frauen delegieren und sich eher auf organisatorische Aufgaben zur Unterstützung der Pflege beschränken (ebd.), vielleicht auch eher bereit sind, bei pflegerischen Aufgaben Hilfe anzunehmen (vgl. auch Reichert et al. 2002).

Überhaupt scheinen die Aspekte „Bewältigungskompetenz“ gepaart mit „sozialer Unterstützung“ von großer Bedeutung für die Bewältigung auch hoher Anforderungen zu sein wie sie z.B. bei den erwerbstätigen Betreuenden unterstellt werden. Interessanterweise sind ja gerade die beruflich Aktiven – natürlich auch aufgrund ihres jüngeren Alters – tendenziell weniger belastet als die Nicht-Erwerbstätigen. Dieses Phänomen wurde auch schon von Reichert/Maly-Lukas (2002) beobachtet. Sie erklären dies mit der Berufstätigkeit als Ausgleich und Gegengewicht zu den Belastungen der Pflege. Wir sehen hier außerdem einen möglichen „Sozialdrift“ als eine weitere Erklärung: Die sozial besser Stehenden verfügen tendenziell über bessere Selbstmanagement-Strategien und somit vermutlich auch über ein effizienteres Management der Betreuungssituation. Bei den sozial schlechter Stehenden ist die Wahrscheinlichkeit beeinträchtigter Gesundheit und Überforderung höher und auch das Risiko der Arbeitslosigkeit sicherlich größer. Vor diesem Hintergrund wären sie dann auch eher für die Betreuung der Angehörigen verfügbar, da sie ja – salopp formuliert – kaum „nein“ sagen können, wenn sie denn schon tagsüber zu Hause sind.

Die starken Anteile der psychosozialen Variablen „soziale Unterstützung“, „Bewältigungskompetenz“ und „Verhaltensauffälligkeiten“ sprechen für eine genauere Fokussierung auf das Verhältnis zwischen Pflegendem und Gepflegtem sowie ihrer Interaktion untereinander. Die hohen Werte bei diesen Faktoren, die in der multifaktoriellen Analyse zum Vorschein kommen, zeigen die hohe Relevanz einer psychosozialen Beratung und ggf. Schulung unter besonderer Berücksichtigung des sozialen Netzes und der persönlichen psychologischen Fähigkeiten. Verschiedene Studien konnten positive Effekte von Beratungs- und Schulungsprogrammen für Angehörige Demenzkranker nachweisen wie insbesondere eine deutlich verzögerte Heimunterbringung (Mittelman et al. 1996; Brodaty et al. 1997; Kurz 2005). Die Verweildauer in der Häuslichkeit ist bis zu doppelt so hoch wie in den jeweiligen Kontrollgruppen. In einer Übersichtsarbeit von Brodaty et al. (2003), die 30 Studien einschloss, wurden als weitere Effekte geringerer psychischer Stress und bessere Gesundheitskompetenz bei den betreuenden Angehörigen sowie Verbesserungen in der Stimmung der betroffenen Demenzkranken festgestellt, jedoch keine Abnahme der Pflegebelastung als solche.

Grundsätzliches Problem bei der Aktivierung dieser Potenziale bleibt jedoch die so außerordentlich geringe Inanspruchnahme von Angeboten für betreuende Angehörige, – trotz der breiten Palette der Möglichkeiten. Die Gründe für die Nicht-Nutzung sind vielfältig, weitgehend bekannt – und durchaus vergleichbar mit der Situation auch in anderen Ländern, sofern sie über Hilfsangebote verfügen (Brodaty et al. 2005; Lamura et al. 2006). In der Regel lauten die Empfehlungen, eine bessere Werbung für die Angebote zu machen, die entsprechenden Erkrankungen zu destigmatisieren, seitens der Sozial- und Gesundheitsdienste eine stärkere Bedarfs- und Familienorientierung zu entwickeln, die Gesundheitsdienstleister wie insbesondere die Ärzteschaft zu ermutigen, verstärkt auf Unterstützungs-, Beratungs- oder Schulungsangebote sowie auf die Möglichkeiten der Selbsthilfe in Gruppen und Organisationen hinzuweisen.

Das Gesetz zur Reform der Pflegeversicherung (BMG 2007b) bietet seit dem 1. Januar 2009 mehrere Ansatzpunkte, die Angehörigen von Hilfs- und Pflegebedürftigen zu erreichen und sie über Unterstützungsangebote zu informieren. Wie umfassend die derzeit zu schaffenden Pflegestützpunkte und/oder Pflegeberatungsangebote einen solchen Auftrag annehmen und erfüllen können, und welche Akzeptanz Pflegestützpunkte und Pflegeberatung bei den Betroffenen erfahren, wird zu einem späteren Zeitpunkt die Evaluation zeigen. Immerhin ist wohl davon auszugehen, dass mit der offiziellen Anerkennung eines erhöhten Betreuungsbedarfs auch bei Pflegestufe „0“ und der damit verbundenen Möglichkeit, einen Betreuungsbetrag zu erhalten (BMG 2008), die Schwelle der Inanspruchnahme formaler Unterstützung weiter sinken wird. Damit kann die Hoffnung verknüpft werden, dass sich die Bekanntheit von Unterstützungsangeboten für Angehörige in weite Bereiche der Gesellschaft verbreiten und deren Akzeptanz steigen wird. Es bleibt darüber hinaus zu hoffen, dass im Rahmen der öffentlichen Diskussion um die Hilfsangebote auch diejenigen, die erst am Anfang einer möglichen Pflegekarriere stehen, präventiv von frühzeitigen Beratungs- und Informationsangeboten profitieren können.

5. Literatur

- Balducci, C./Mnich, E./McKee, K./Lamura, G./Beckmann, A./Krevers, B./Wojzel, 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. *The Gerontologist*, 48(3), 276-286
- Bech, P. (2004): Measuring the dimensions of psychological general well-being by the WHO-5. *Quality of Life Newsletter*, 32, 15-16
- Bertrand, R. M./Fredman, L./Saczynski, J. (2006): Are all caregivers created equal? Stress in caregivers to adults with and without dementia. *J Aging Health*, 18(4), 534-551
- Blinkert, B./Klie, T. (2005): Solidarität in Gefahr? – Veränderungen der Pflegebereitschaften und Konsequenzen für die Altenhilfe und Pflege. In: Klie, T./Buhl, A./Entzian, H./Hedtke-Becker, A./Wallrafen-Dreisow, H. (Hrsg.): *Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen*. Frankfurt/Main: Mabuse, 293-315
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. (Hrsg.) (2007a): *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_1119298/SharedDocs/Publikationen/Forschungsberichte/f007.param=.html, (Stand: 2007-11-05)
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. (2007b): *Gesetzesentwurf zur Reform der Pflegeversicherung*. www.bmg.bund.de/cln_041/nn_600148/SharedDocs/Gesetzestexte/Entwurfe/PfWG-E,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/PfWG-E.pdf; (Stand: 2007-11-06)
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. (2008): http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168248/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/D/GlossarBegriff-Demenz.html (Stand: 2008-12-10)
- Boeger, A./Pickartz, A. (1998): Die Pflege chronisch Kranker in der Familie - Psychosoziale Beeinträchtigungen und Wohlbefinden bei pflegenden Frauen. In: *Pflege* 11(6), 319-323
- Brazier, J. E./Harper, R./Jones, N. M./O’Cathain, A./Thomas, K. J./Usherwood, T./Westlake, L. (1992): Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*, 305(6846), 160-164
- Brodsky, H./Green, A./Koschera, A. (2003): Meta-Analysis of Psychosocial Interventions for Caregivers of People with Dementia. *J Am Geriatr Soc*, 51(5): 657-64
- Brodsky, H./Gresham, M./Luscombe, G. (1997): The Prince Henry Hospital dementia caregivers’ training programme. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(2), 183-192

- Brodsky, H./Thomson, C./Thompson, C./Fine, M. (2005): Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6), 537-546
- Decker, L. et al. (1999): Die Verantwortung für die Anleitung der Angehörigen liegt bei den Pflegenden. In: *Pflegezeitschrift* 7/99, 52 Jg., 474-477
- Döhner, H./Kofahl, C./Lüdecke, D./Mnich, E. (2008) (Hrsg.): Supporting Family Carers of Older People in Europe - Family Care for Older People in Germany (vol. 10). Hamburg: LIT-Verlag
- Döhner, H./Lamura, G./Lüdecke, D./Mnich, E. für die EUROFAMCARE-Gruppe. (2007): Pflegebereitschaft in Familien – Entwicklungen in Europa. In: Igl, G./Naegel, G./Hamdorf, S. (Hrsg.): Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen. Reihe: Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa. Bd. 2, Hamburg: LIT Verlag, 166-179
- Döhner, H./Rothgang, H. (2006): Pflegebedürftigkeit - Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege. In: *Bundesgesundheitsblatt* 6, 583-594
- Dräger, D./Geister, C./Kuhlmeier, A. (2003): Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Situation pflegender Töchter - Die Rolle der professionellen Pflegedienste. In: *Pflege* 16, 342-348
- Fillenbaum, G.G./Smyer, M.A. (1981): The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *J Gerontol.* 1981 Jul; 36(4), 428-34
- Grafstrom, M./Fratiglioni, L./Winblad, B. (1994): Caring for an elderly person: predictors of burden in dementia care. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 9, 373-379
- Gräfel, E. (1996): Körperbeschwerden und Belastung pflegender Familienangehöriger bei häuslicher Pflege eines über längere Zeit hilfsbedürftigen Menschen. In: *Psychother Psychosom med. Psychol* 46, 189-193
- Gräfel, E. (1998): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter - Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. In: *Z Gerontol Geriat* 31, 57-62
- Halsig, N. (1998): Die psychische und soziale Situation pflegender Angehöriger - Möglichkeiten der Intervention. In: Kruse, A. (Hrsg.): *Psychosoziale Gerontologie*. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hofgrefe, 211-231
- Henwood, M. (1998): *Ignored and invisible? - Carers' experience of the NHS*. London: Carers National Association
- Jerrom, B./Mian, I./Rukanyake, N.G./Prattero, D. (1993): Stress on relatives of caregivers of dementia sufferers and predictors of breakdown of community care. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8, 331-337
- Keady, J./Nolan, M. (1996): Behavioural and instrumental stressors in Dementia (BISID): refocussing the assessment of caregiver need in dementia. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 1996 Jun; 3(3), 163-72
- Kofahl, C. (2007): Wie beeinflussen verschiedene Unterstützungsbedarfe älterer Menschen das Wohlbefinden der betreuenden Angehörigen? – Ergebnisse des EU-Projekts EUROFAMCARE. In: *Alzheimer's Disease International*. (Hrsg.): *Demenz – eine Herausforderung für das 21. Jahrhundert – 100 Jahre Alzheimer-Krankheit*. Berlin: CTW, 259-265
- Kofahl, C./Arlt, S./Mnich, E. (2007): „In guten wie in schlechten Zeiten.“ – Zu den Unterschieden und Gemeinsamkeiten von pflegenden Ehepartnern und anderen pflegenden Angehörigen in der deutschen Teilstudie des Projektes EUROFAMCARE. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 20(4), 211-225
- Kofahl, C./Nolan, M./Mestheneos, E./Triantafyllou, J./für die EUROFAMCARE-Gruppe (2005): Welche Unterstützung erfahren betreuende Angehörige älterer Menschen in Europa? In: Klie, T./Buhl, A./Entzian, H./Hedtke-Becker, A./Wallrafen-Dreisow, H. (Hrsg.): *Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen V..* Frankfurt/Main: Mabuse, 241-258
- Kurz, A. (1998): „BPSSD“: Verhaltensstörungen bei Demenz – Ein neues diagnostisches und therapeutisches Konzept. In: *Nervenarzt* 69, 269-273
- Kurz, A. (2005): Psychoedukative Angehörigenarbeit bei dementiellen Erkrankungen. 2. Deutscher Psychoedukations-Kongress „Psychoedukation zwischen Neurobiologie und Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen“. *Book of abstracts*. 91-92

- Lamura, G./Döhner, H./Kofahl, C. (Eds.) (2008): Family Carers of Older People in Europe. A Six-Country Comparative Study. Reihe: Supporting Family Carers of Older People in Europe. Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspectives (vol. 9). Hamburg: LIT-Verlag
- Lamura, G./Mnich, E./Wojszel, B./Nolan, M./Krevers, B./Mestheneos, L./Döhner, H. (2006): Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen - Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE. In: *Z Gerontol Geriat* 39, 429-442
- Lüdecke, D./Mnich, E. (2008): Characteristics of the sample. In: Döhner, H./Kofahl, C./Lüdecke, D./Mnich, E. (Hrsg.): *Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. The National Survey Report for Germany*. LIT Verlag, Hamburg, 107-124
- Lüdecke, D./Mnich, E./Melchiorre, G.M./Kofahl, C. (2007): Familiäre Pflege älterer Menschen in Europa unter einer Geschlechterperspektive. In: *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien*, 2006(2+3), 85-101
- Mahoney, F./Barthel, D. (1965): Functional evaluation: The Barthel Index. In: *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61
- McKee, K./Balducci, C./Krevers, B./Mnich, E./Prouskas, C./Wojszel B. (2007): The EUROFAMCARE Common Assessment Tool (CAT) - Item and scale development and description. In: Lamura, G./Döhner, H./Kofahl, C. (Hrsg.): *Supporting Family Carers of Older People in Europe. Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspectives (vol. 9)*. Hamburg: LIT-Verlag, 49-73
- McKee, K.J./Philp, I./Lamura, G./Prouskas, C./Öberg, B./Krevers, B./Spazzafumo, L./Bien, B./Parker, C./Szczerbinska, K./COPE Partnership. (2003): The COPE Index - a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. In: *Aging & Mental Health* 7(3), 39-52
- Mestheneos, E./Triantafillou, J. (2005): *Supporting Family Carers of Older People in Europe - The Pan-European Background Report*. Reihe: Supporting Family Carers of Older People in Europe - Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspectives. Bd. 1, Hamburg: LIT Verlag
- Meyer, M. (2006): *Pflegende Angehörige in Deutschland – Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen*. Reihe: Gerontologie. Bd. 10, Münster: LIT Verlag
- Miller, B./Cafasso, L. (1992): Gender differences in caregiving: fact or artifact? *Gerontologist*, 32(4), 498-507
- Mittelman, M.S./Ferris, S.H./Shulman, E./Steinberg, G./Levin, B. (1996): A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. vol. 276(21), 1725-1731
- Mnich, E./Döhner, H. (2005): Pflegende Angehörige in Deutschland – Welche Bedarfe an unterstützenden und entlastenden Angeboten werden durch die Pflegesituation bestimmt?. In: Klie, T./Buhl, A./Entzian, H./Hedtke-Becker, A./Wallrafen-Dreisow, H. (Hrsg.): *Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen*. Frankfurt/Main: Mabuse, 259-272
- Nolan, M./Mestheneos, L./Kofahl, C./Johansson, L./Melchiorre, M.G./Pedich, W. (2008): Issues and challenges in carer support - A consideration of the literature. In: Lamura, G./Döhner, H./Kofahl, C. (Eds.): *Family Carers of Older People in Europe. A Six-Country Comparative Study*. Reihe: Supporting Family Carers of Older People in Europe. Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspectives (vol. 9). Hamburg: LIT-Verlag, 17-47
- Pearlin, L.I./Mullan, J.T./Semple, S.J./Skaff, M.M. (1990): Caregiving and the stress process - An overview of concepts and their measures. In: *J Gerontol* 30, 583-593
- Pinquart, M./Sörensen, S. (2003): Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 58(2), 112-128
- Pinquart, M./Sörensen, S. (2006): Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 61(1), 33-45
- Reichert, M./Maly-Lukas, N. (2002): *Gesundheitsgefährdungen, Erkrankungen und Ressourcen von pflegenden Angehörigen in NRW. - Expertise - vorgelegt der Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ des Landtages Nordrhein-Westfalen*

- Schacke, C./Zank, S. (1998): Zur familiären Pflege demenzkranker Menschen – Die differentielle Bedeutung spezifischer Belastungsdimensionen für das Wohlbefinden der Pflegenden und die Stabilität der häuslichen Pflegesituation. In: *Z Gerontol Geriat* 31, 355-361
- Schäufele, M./Köhler, L./Teufel, S./Weyerer, S. (2005): Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Privathaushalten: Potenziale und Grenzen. In: Schneekloth, U./Wahl, H. W. (Hrsg.) *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 Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*, München: Eigenverlag; 99-143
- 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 Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*, München: Eigenverlag
- Schulz, R./O'Brien, A. T./Bookwala, J./Fleissner, K. (1995): Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*, 35(6), 771-791
- Schulz, R./Beach, S. R. (1999): Caregiving as a risk factor for mortality - The Caregiver Health Effects Study. In: *Journal of the American Medical Association* 282(23), 2259-2260
- Sewitch, M. J./Yaffe, M. J./McCusker, J./Ciampi, A. (2006): Helping family doctors detect vulnerable caregivers after an emergency department visit for an elderly relative: results of a longitudinal study. *BMC Fam Pract*, 7, 46
- Sherwood, P. R./Given, C. W./Given, B. A./von Eye, A. (2005): Caregiver burden and depressive symptoms: analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. *J Aging Health*, 17(2), 125-147
- Weyerer, S./Schäufele, M./Hendlmeier, I./Kofahl, C./Sattel, H. (2006): *Demenzkranken Menschen in Pflegeeinrichtungen – Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- World Health Organisation (1998): *WHO Info Package: Mastering depression in primary care (Version 2.2)*. Geneva
- Yee, J. L./Schulz, R. (2000): Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *Gerontologist*, 40(2), 147-164
- Zank, S./Schacke, C./Leipold, B. (2006): Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZAD). *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(4), 296-305

Christopher Kofahl

Dipl.-Psych., Leiter der Arbeitsgruppe Patientenorientierung und Selbsthilfe, project manager and researcher EUROFAMCARE

Daniel Lüdecke

Dipl.-Gerontologe, wissenschaftlicher Mitarbeiter in der AG Sozialgerontologie, researcher EUROFAMCARE

Dr. Hanneli Döhner

Leiterin der Arbeitsgruppe Sozialgerontologie, co-ordinator EUROFAMCARE

Alle drei wissenschaftliche Mitarbeiter im
 Institut für Medizin-Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
 Martinistr. 52, D-20246 Hamburg
 kofahl@uke.uni-hamburg.de

Beiträge

André Fringer, Georg Franken, Wilfried Schnepf

Zur Darstellung von Angehörigenpflege und Ehrenamt in lokalen Printmedien: Inhaltsanalytische Untersuchung am Beispiel eines Modellprojekts

The image of family care and voluntary activities in local print media: content analysis based on a model project

Voluntary activity to support family care becomes more and more socially relevance. Community orientated programs in this field need continuous advertisement to recruit volunteers and to get service receiver. 55 newspaper articles were examined with a qualitative content analysis to detect the underlying image of such a project. Result of this study is that the image of voluntary activity and family care have a predominantly negative connotation.

Keywords

family care, informal carer, volunteers, local newspaper, community program

Bürgerschaftliches Engagement zur Unterstützung pflegender Angehöriger erfährt eine wachsende gesellschaftliche Bedeutung. Gemeindebezogene Hilfsangebote dieser Art sind auf eine kontinuierliche Werbung um ehrenamtliche Helfer und Leistungsnehmer durch die regionale Presse angewiesen. Anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse wurden 55 Zeitungsartikel bezüglich der inhaltlichen Darstellung eines solchen Projektes untersucht. Ergebnis der Untersuchung ist die Feststellung, dass pflegende Angehörige und das Ehrenamt in diesem Bereich überwiegend negativ dargestellt werden.

Schlüsselwörter

Angehörigenpflege, informelle Pflege, Ehrenamt, lokale Printmedien,

1. Einführung und Problemskizze

Printmedien sind ein nicht zu unterschätzendes Informationsmedium. Artikel über Themen und Ereignisse dienen der Leserschaft und somit der Öffentlichkeit, um sich ein moralisches Urteil zu bilden. Welche Themen für die Öffentlichkeit als wichtig und

eingereicht 10.4.2008

akzeptiert 14.7.2008 (nach Überarbeitung)

relevant erachtet werden, hängt von der Entscheidungshoheit der Journalisten, den Redaktionen und den Nachrichtenagenturen ab. Die Medien als Informationsvermittler stellen eine Art Filter in der Flut der Nachrichten dar (Walker et al. 2005). Nachrichten und Informationen zu Gesundheit und Pflege sind in den Medien allgegenwärtig. Jedoch wird der Pflege als eigenständigem Meinungs- und Informationsträger nur wenig Raum gegeben, sich entsprechend positionieren zu können. Sie wird häufig übersehen und des weiteren tendiert die Pflege dazu, ihre Tätigkeiten und die Bedeutung ihrer Arbeit in der Öffentlichkeit nicht transparent zu machen. Trotz Pflegeversicherung zählt die Pflege zu den „weichen“ Themen, die nicht gerne thematisiert werden (Balzer 2005). Überwiegend ist der Öffentlichkeit nicht bekannt, was Pflege als Fachdisziplin und deren Tätigkeit auszeichnet. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass Pflege in Gesundheitsreportagen fast überhaupt nicht vorkommt. Die Verantwortung dieser als mangelhaft zu bezeichnenden Berichterstattungen über die Pflege in Printmedien trägt die Berufsgruppe selbst. Die Notwendigkeit der Öffentlichkeitsarbeit mittels Printmedien und die damit verbundenen Möglichkeiten werden von den Angehörigen der Berufsgruppe nicht adäquat eingeschätzt. Darüber hinaus kann festgestellt werden, dass die Pflegefachkräfte sich nicht um einen professionellen Umgang mit den Medien bemühen und oft nicht wissen, wie ein solcher auszusehen hat (Buresh et al. 2006). Dies zeigt auch eine von uns durchgeführte Recherche in den Datenbanken „Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature“ (CINAHL) und Medline. Sie ergab mit den Schlagworten *discourse, media, newspaper, nursing, community, programe and image* einige wenige Publikationen, die pflegebezogene Nachrichten in Printmedien zum Gegenstand der Untersuchung hatten.

2. Literaturübersicht

In einer Inhaltsanalyse zur Darstellung der „Community Health Nurses“ in 2561 Zeitungsartikeln fanden Kalisch et al (1984) heraus, dass das Erscheinungsbild der Pflege als verschwindend gering zu beurteilen ist. Eine weitere Studie, die allgemein das Vorkommen der Pflege als Thema in Printmedien untersuchte, bestätigt dieses Ergebnis. Mittels einer Inhaltsanalyse von 20.000 Artikeln in 16 verschiedenen US-amerikanischen Zeitschriften im Zeitraum eines Monats konnte nachgewiesen werden, dass nur 4% der identifizierten Artikel Berichterstattungen über pflegerische Themen waren und bezüglich der Inhalte eine Referenzperson aus der Pflege aufweisen konnten. Darüber hinaus fiel auf, dass die Artikel ausschließlich als Bestandteil der Nebenberichterstattungen erschienen sind. Des Weiteren wird in den Nachrichten über und nicht von der Pflege berichtet (Woodhull 1998). Die Forscherin kommt zu dem Schluss, dass eine entsprechende Schulung zum Umgang mit den Medien für Pflegekräfte notwendig ist, um die Darstellung der Pflege in Printmedien zu verbessern. In einer anderen Untersuchung über Medienanwaltschaft zur Unterstützung von sozialen und öffentlichen politischen Initiativen eines gemeindebezogenen Pilotprojekts fand Holder et al. (1997) heraus, dass ein professioneller Umgang mit Medien die Anzahl erwünschter Nachrichten erhöht und zu einer größeren Wahrnehmung des Projekts in der Öffent-

lichkeit führt. Die Medien, in diesem Zusammenhang als Unterstützungshilfen, nahmen für das kommunale Präventionsprojekt eine bedeutende Rolle ein. Der systematische Medienkontakt ist nach Ansicht der Autoren effektiver als kostenaufwendige Aufklärungs- und Informationskampagnen, z.B. mittels Flyer. Investiert man ihrer Ansicht nach entsprechend Zeit in die Interaktion mit Reportern und lernt deren Arbeitsweise kennen, so wirkt sich dies unterstützend auf die Ziele und Ergebnisse pflegebasierter Programme aus (Davidhizar et al. 2000; Holder et al. 1997).

Eine Analyse von Zeitungsartikeln über den Streik psychiatrischer Pflegefachkräfte in Australien ergab, dass die Berichterstattung für die Pflege und Patienten überwiegend nachteilig ausfiel. Die Autoren identifizierten die Pflegefachkräfte als Mitschuldige für die negative Darstellung, da sie die Berichterstattung stillschweigend mitgetragen haben. Die Autoren weisen darauf hin, dass Pflegefachkräfte einen wichtigen Beitrag leisten können, wenn es um die Richtigkeit der Informationen, um die Gegendarstellung von falschen Informationen und um die Darstellung von Fakten geht (Farrow et al. 2005).

Eine qualitative Inhaltsanalyse zur Genauigkeit der Informationsdarstellung sowie zum Informationsgehalt von Zeitungsartikeln am Beispiel der Berichterstattung zur Patientensicherheit in australischen Krankenhäusern zeigt, dass die Titel, Anlesetexte und Nachrichtentexte primär attraktiv anstatt informativ und somit eher emotionalisierend als aufklärend formuliert waren. Auf gesellschaftlichen Klischees basierend, erkaufen sich die Journalisten nach Ansicht der Autoren das Interesse der Leserschaft. In Bezug auf den Informationsgehalt der Artikel kommen die Forscher zu der Schlussfolgerung, dass diese oft nicht zur Meinungsbildung beitragen würden. Erklärungsansatz für dieses Ergebnis ist aus Sicht der Forscher das journalistische Format. Dies zeichnet sich durch begrenzte Vorgaben in der Berichterstattung, die Anzahl von Wörtern, Vorgaben des Layouts und ein spezifischer Schreibstil der Redaktionen aus, was sich schlussendlich nachteilig auf den Informationsgehalt auswirkt (Walker et al. 2005).

Hubbel et al. (2003) fand heraus, dass lokale Initiativen und Projektziele erfolgreich über lokale Printmedien gefördert und realisiert werden können. Die Redaktionen stützen sich in der Berichterstattung häufig auf Pressemeldungen, die ihnen zur Verfügung gestellt werden. Eine Inhaltsanalyse von 173 Zeitungsartikeln zum Thema „Community partnerships and health improvement projects“ zeigt jedoch, dass das zur Verfügung stellen von Referenzpersonen zu spezifischen Themengebieten für die Journalisten eher von Wert ist, als ausformulierte Presstexte (ebenda.).

3. Hintergrund der Studie und Fragestellung

Angesichts der demografischen Veränderungen auf vielen gesellschaftlichen Ebenen wurde versucht, mit Modellprogrammen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherungen nach § 8 Abs. 3 SGB XI neue Wege in der Versorgung der häuslichen Pflege zu beschreiten, nämlich „private Pflege durch Freiwillige¹ zu unterstützen und so eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung zu entwickeln“ (Bu-

bolz-Lutz et al. 2006: 10). Allein in Nordrhein-Westfalen gibt es rund 730 anerkannte bürgerschaftliche Initiativen (Stand November 2007) für niedrighschwellige Entlastungsangebote. Rund 161 dieser Einrichtungen bieten Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger. Diese „neuen“ Angebotsstrukturen werden nicht als Ersatz der professionellen Gesundheitsanbieter gesehen, sondern als zusätzliche Säule im Bereich der ambulanten Hilfen (Fringer 2008).

Die vorliegende Untersuchung ist Teil einer größeren Studie, die im Zeitraum von 2005 bis 2008 am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke im Rahmen eines Modellprogramms (zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherungen nach § 8 Abs. 3 SGB XI) durchgeführt wurde. Bei dem Modellprojekt handelte es sich um ein niedrighschwelliges Entlastungsangebot für pflegende Angehörige. Das Projekt zeichnet sich durch Qualifizierungsmaßnahmen der Ehrenamtlichen, die Beratung der Leistungsnehmer und die Entlastung der Angehörigen aus. Durch den Einsatz der geschulten und in die Häuslichkeit vermittelten freiwilligen Helfer soll einem Heimeinzug entgegengewirkt bzw. dieser verhindert werden. Aufgrund der vorliegenden Projekterfahrungen zeigt sich, dass das Entlastungsangebot sich in die Angebote der Pflege- und Hilfeanbieter einreicht und ähnlichen Marktbedingungen ausgesetzt ist, wie die der professionellen Anbieter auch. So muss um Leistungsempfänger geworben werden, damit die zur Verfügung stehenden freiwilligen Helfer ihre Engagementbereitschaft ausüben können oder sind genügend Anfragen für die Leistungsanspruchnahme vorhanden, so müssen wiederum ausreichend Ehrenamtliche zur Verfügung stehen. Diese Gratwanderung zwischen den „Kunden“ einerseits und den bürgerschaftlich Engagierten andererseits macht deutlich, wie sehr sich ambulante Pflegedienste und niedrighschwellige Entlastungsangebote ähneln, vor allem solche, die sich nach Beendigung der Projektphase finanziell selbst tragen sollen. So wurde im Projektverlauf deutlich, dass das Modellprogramm maßgeblich von seiner öffentlichen Wahrnehmung abhängig ist und die lokalen Printmedien einen herausragenden Stellenwert für den Erfolg der Projektentwicklung eingenommen haben. Nur durch eine intensive Öffentlichkeitsarbeit konnten potenzielle Ehrenamtliche und Leistungsnehmer in ausreichender Zahl erreicht und akquiriert werden.

Mittels der vorliegenden Studie sollen das Bild über die häusliche Pflege und der des Ehrenamts in lokalen Printmedien am Beispiel eines Modellprojekts untersucht werden, um einen Eindruck zu erhalten, wie die beiden Bereiche in der Öffentlichkeit dargestellt werden. Folgende Fragestellung war diesbezüglich handlungsleitend: Welches Bild wird über Zeitungsartikel von der häuslichen Pflege und der des Ehrenamts in lokalen Printmedien vermittelt?

1 Im Folgenden werden die Begriffe Ehrenamt, bürgerschaftliches Engagement und freiwillige Helfer als Synonyme verwendet. Den Autoren ist bekannt, dass diese Bezeichnungen in der wissenschaftlichen Literatur kontrovers diskutiert werden. Diese Diskussion ist nicht Bestandteil dieses Artikels und soll an andere Stelle erfolgen.

4. Methodik

Aufgrund der zuvorbenannten Forschungsfragen wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Der Fokus liegt dabei auf der inhaltsanalytischen Auseinandersetzung mit dem zur Verfügung stehenden Material. Aus diesem Grund wurde für die Inhaltsanalyse die „inhaltliche Strukturierung“ nach Mayring (2002) gewählt, da diese Form der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse „wesentlich stärker beschreibend und weniger theorieorientiert“ ist (Kuckartz 2005: 97).

Die Projektkoordination stellte für die Untersuchung alle Zeitungsartikel innerhalb des Zeitraums Mai 2005 bis April 2007 zur Verfügung. Nach Durchsicht und Entfernung aller Dubletten umfasste der Datensatz $N = 61$ Presseartikel. Die Überprüfung auf Vollständigkeit mittels Abgleich von Pressedatenbanken konnte aufgrund begrenzter Zeitvorgaben nicht realisiert werden.

In die Untersuchung eingeschlossen wurden alle Artikel, bei denen das Datum und der Name der Zeitung nachvollziehbar waren. Ausgeschlossen wurden Pressemeldungen, die nicht die zuvorbenannten Kriterien erfüllten, weiterhin Internetmeldungen und Nachrichtenbeiträge, die nur einen indirekten Bezug zum Projektgegenstand hatten. Nach Prüfung aller Datensätze wurden insgesamt $n = 55$ Nachrichten in die Inhaltsanalyse eingeschlossen.

Das Material besteht ausschließlich aus journalistischen Beiträgen. Außer einer Meldung sind alle Nachrichten auf den Lokalseiten der jeweiligen Zeitschriften erschienen. Inhaltlich handelt es sich bei den Artikeln überwiegend um tatsachenbetonte (Mast 2004) bzw. informierende Darstellungen (La Roche 1999). Die Berichterstattungen wurden zeitnah zu den Anlässen publiziert. Formal lassen sich die Daten in Nachrichten ($n = 50$), Sachinterviews ($n = 2$), Reportagen ($n = 1$) und Features ($n = 2$) einteilen.

Die Kopien der Zeitungsartikel wurden mittels einer Texterkennungssoftware digital aufbereitet, sodass die Nachrichtentexte mittels der qualitativen Datenanalysesoftware MAXQDA2007 systematisch verwaltet und die Inhaltsanalyse somit computerunterstützt durchgeführt werden konnte.

5. Ergebnisdarstellung

Im Folgenden werden einige Ergebnisse skizziert dargestellt. Zuerst wird die Darstellung der Pflege und des weiteren die Darstellung des Ehrenamts in den Printmedien präsentiert. Im Zeitraum Juni 2005 bis Juni 2007 wurden in $n = 7$ Zeitungen die zugrunde liegenden $n = 55$ Nachrichten publiziert (siehe Tabelle 1). Tabelle 1 illustriert das Publikationsaufkommen pro Quartal nach Zeitungsnamen.

Stellt man die Publikationshäufigkeit pro Quartal in einer Verlaufskurve dar und legt die Anzahl der Leistungsempfänger ($\bar{x} = 17,3$ pro Monat; Min = 5; Max = 29) sowie die der Ehrenamtlichen ($\bar{x} = 23$ pro Monat; Min = 8; Max = 34) gegenüber, so wird

Tab 1: Nachrichten pro Zeitung, dargestellt in Quartalszeiträumen

Datum	Gesamt	WAZ	WP	WR	RN	Andere
Jun 05	2	1			1	
Jul 05 – Sep 05	6	1	2	2	1	
Okt 05 – Dez 05	1				1	
Jan 06 – Mrz 06	15	3	4	2	3	3
Apr 06 – Jun 06	6		4	2		
Jul 06 – Sep 06	4		2	1		1
Okt 06 – Dez 06	5		2	1		2
Jan 07 – Mrz 07	6		3	2	1	
Apr 07 – Jun 07	10	2	1		2	5
Gesamt	55	7	18	10	9	11

WAZ = Westfälische Allgemeine Zeitung

WP = Westfälische Post

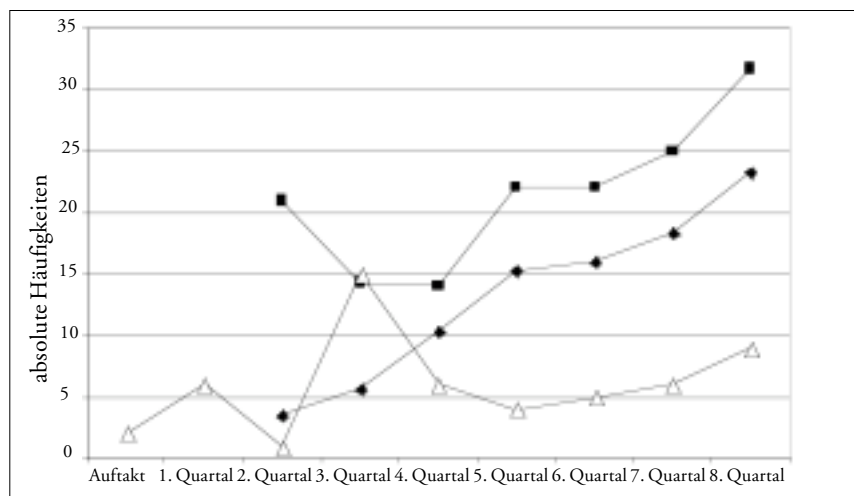
WR = Westfälische Rundschau

RN = Rubr Nachrichten

Andere = Stadtanzeiger, Sonntagskurier und Witten-Aktuell

deutlich (Abbildung 1), dass die Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit in Verbindung mit der Anzahl der Ehrenamtlichen zu stehen scheinen, da der Verlust von freiwilligen Helfern zu einem Anstieg der Publikationen geführt hat. Somit dient die Pressearbeit hauptsächlich der Anwerbung von freiwilligen Helfern oder Leistungsnehmern. Da ab dem 5. Quartal die Anzahl der Ehrenamtlichen und die der Leistungsnahmer parallel zur Anzahl der Artikel verläuft, kann daraus abgeleitet werden, dass eine kontinuierliche Werbung um freiwillige Helfer und Leistungsempfänger für die Projektexistenz notwendig ist.

Abb. 1: Gegenüberstellung Anzahl der Leistungsnahmer, Ehrenamtliche und Anzahl der Zeitungspublikationen



- ◆ Leistungsempfänger
- Ehrenamtliche
- △ Zeitschriften

5.1 Zur Darstellung der Pflege in den Printmedien

Ergebnis der Untersuchung zum Bild der Pflege in den Printmedien ist die Feststellung, dass das Bild von den pflegenden Angehörigen, zur Pflegebedürftigkeit und allgemein der Pflege überwiegend negativ dargestellt wird. So werden z.B. pflegende Angehörige in einer Pressemeldung als Pflegedienst bezeichnet. Es sind oftmals die Töchter und Frauen, die sich um die Pflege des Angehörigen kümmern. Als Motive zur Übernahme der Pflege wird in den Artikeln von moralischen Verpflichtungen gegenüber dem Verwandten gesprochen oder damit eine Heimeinweisung des pflegebedürftigen Angehörigen verhindert wird. In diesem Zusammenhang wird auch darauf hingewiesen, dass ambulante Pflegedienste zwar regelmäßig, aber nur exakt definierte Aufgaben in der häuslichen Pflege übernehmen, wie folgendes Zitat deutlich macht:

„Ambulant vor stationär“, diesen Leitsatz hat der Gesetzgeber mit Einführung der Pflegeversicherung aufgestellt. Ambulante Pflegedienste erledigen regelmäßig exakt definierte Aufgaben. Doch wenn die Profis wieder wegfahren, stehen die Angehörigen oft allein da. „Zwar brauchen die meisten Pflegebedürftigen keine Betreuung rund um die Uhr“, sagt „Mobile“-Projektleiter Name², „aber die Angehörigen haben immer ein schlechtes Gefühl, wenn sie sich Zeit für sich nehmen.“ (Westfalen Post 2005)

Für die Angehörigen bedeutet der Beginn der häuslichen Pflege eine neue anspruchsvolle Situation. Diese sollte durch entsprechende Informationen vorbereitet werden. Das Bild über die Situation der pflegenden Angehörigen wird hauptsächlich anhand von Belastung, die durch die Pflege entsteht, gezeichnet. Als weitere Beeinträchtigung wird die Reaktion des sozialen Umfelds auf die Pflegebedürftigkeit benannt. Auch die Länge der Pflegesituation wird als besonders belastend hervorgehoben. In den Zeitungsartikeln wird weiter berichtet, dass Familienmitglieder ihre Bedürftigen oft bis zur eigenen Überforderung pflegen, bis sie schließlich selbst pflegebedürftig sind. In diesem Zusammenhang werden dann praktische Anleitungen und der Einbezug unterstützender Hilfen als entsprechendes Angebot benannt. Der Einbezug bzw. die Inanspruchnahme nicht-familiärer Hilfen wird als Hemmschwelle bezeichnet und die Überforderung der pflegenden Angehörigen führt dazu, dass externe Hilfen nicht in Betracht gezogen werden können. Diesbezüglich wird in den Zeitungsartikeln auch darauf hingewiesen, dass die Leistungen der Pflegeversicherung einem jedem Bedürftigen legitim zur Verfügung stehen und in Anspruch genommen werden sollten, wie folgender Zeitungsausschnitt zeigt:

Der Pflegewissenschaftler der [Name der Universität] versuchte gestern bei Mobile, der Caritas-Einrichtung, die wie auch andere Institutionen pflegende Angehörige berät, einen Teil dieser Unsicherheit zu nehmen. Und immer wieder betonte er, dass man sich nicht als Bittsteller fühlen sollte. „Sie wollen keine Almosen. Sie haben ein Recht darauf, denn sie haben dafür eingezahlt.“ (Westfälische Allgemeine Zeitung 2007)

² Als Teil einer größeren Studie ist der „Informed Consent“ auch für diese Untersuchung verbindlich. Aus diesem Grund werden alle Namen die in den Zitaten vorkommen, aus Rücksicht der betroffenen Personen nicht benannt.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass durch die Pressemeldungen überwiegend pflegende Angehörige angesprochen werden. Mittels Veranstaltungen, wie Pflageetage und Pflagemärkte, sollen pflegende Angehörige aufgeklärt, entsprechend vorbereitet, mit weitergehenden Informationen versorgt und beraten werden, da diese 24 Stunden lang in die Pflege zuhause eingebunden sind.

Als weiteren Themenbereich lassen sich in den Artikel generell Aussagen zur Pflegebedürftigkeit identifizieren. So wird deutlich, dass Pflegebedürftigkeit überwiegend mit Demenz gleichgesetzt wird. „Demenz“ ist dabei nicht nur ein Schwerpunkt in der Berichterstattung, sondern ist insgesamt als zentraler Aspekt für pflegerische Themen zu identifizieren, wie folgendes Beispiel verdeutlicht:

Wenn Oma vergisst, wie der Topf auf den Herd kam – Demenz war in diesem Jahr das Schwerpunktthema auf dem Herdecker Pflagemarkt. (Westfalen Post 2006)

Demenz und Pflege werden in der Berichterstattung überwiegend miteinander verknüpft dargestellt. Zugleich wird Pflegebedürftigkeit als natürliches Stadium des Alters in den Zeitungsartikeln hervorgehoben. Auf eine drohende Demenz sollte man sich deswegen entsprechend vorbereiten, wie folgender Auszug verdeutlicht:

[...] „Name“ von Mobile: „Demenz wird nicht immer als richtige Krankheit wahrgenommen. Das wollen wir mit dieser Veranstaltung ändern.“ Und „Name“ ergänzt: „Mit der Demenz ändert sich das gesamte soziale Umfeld eines Menschen. Das belastet pflegende Angehörige stark.“ (Stadtanzeiger 2006).

Die Presse berichtet, dass Demenz und Pflegebedürftigkeit eine besondere Belastung für alle Beteiligten bedeutet. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass das Thema von der Gesellschaft verdrängt wird. Demenz als Problem betrifft alle Menschen, mehr als je zuvor, wird in den Zeitungen berichtet. Oft würde der Begriff „Alzheimer“ für einen lässigen Spruch erhalten, aber es sei ein ernstes Thema. Es wird weiter dargestellt, dass Pflegebedürftigkeit mit Verlusten von Fähigkeiten einhergehe, wie z. B. Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis, Seh- und Hörbehinderungen oder Inkontinenz. Auch die Beeinträchtigung der Autonomie, nicht mehr handeln zu können, wird diesbezüglich hervorgehoben. Als weiterer Verlust wird der Umzug aus der Vertrautheit in eine fremde Umgebung benannt. In diesem Zusammenhang wird die negative Auswirkung der Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds auf die Angehörigen thematisiert. Aus diesen Verlusten resultieren Bedürfnisse nach Wahrnehmung, Bewegung, Kommunikation, Individualität und Autonomie der Angehörigen. Die hohe Anzahl pflegebedürftiger Menschen wird in den Zeitungen verwendet, um dem Thema Nachdruck zu verleihen:

„[...] Die Zahl der Pflegebedürftigen mit anerkannter Pflegestufe allein in Witten liegt jetzt schon bei fast 3000. Die Dunkelziffer dürfte noch dreimal höher liegen.“ (Ruhr Nachrichten 2006)

Allgemein wird Pflege als politisch bedeutsames Thema herausgestellt. Da es alle Menschen betrifft, ist es eine politische Aufgabe und dennoch sei das Thema nicht

wirklich öffentlich präsent (Ruhr Nachrichten 2005a). Allgemein wird von der Pflege als unliebsames Thema berichtet, wie z.B. in der Westfälischen Allgemeinen Zeitung (2006a) zu lesen ist: *„Ich glaube, es ist immer noch eine Hürde, sich mit Pflege zu beschäftigen.“* Die gesellschaftliche Verdrängung und die besondere Belastung für die Beteiligten werden dabei herausgestellt, wie folgendes Beispiel verdeutlicht:

[...] Dabei gibt es Hilfen – doch wer daheim eine demente Mutter oder einen bettlägerigen Vater versorgen muss, hat nur wenig Zeit, sich zu informieren. (Westfälische Allgemeine Zeitung 2006)

Des Weiteren wird auf Versorgungslücken in der ambulanten Pflege hingewiesen und gleichzeitig betont, dass das Projekt die Lücken in der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung nicht abdecken will, sondern es schlicht um die Entlastung der Angehörigen geht. Auf der anderen Seite wird das Projekt jedoch als „typischer lokaler Hilfeanbieter“ bezeichnet, der die Notwendigkeit ergänzender Leistungen für Angehörige abdeckt. Das Ehrenamt wird dabei als dritter Pfeiler in der ambulanten Pflege bezeichnet. In diesem Zusammenhang wird auch der Modellcharakter des Projekts als Modell zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung betont. Die Darstellung der Pflege wird als Thema beschrieben, das unliebsame Begleiterscheinungen aufweist. Insbesondere die MDK-Begutachtung zur Einstufung in eine Pflegestufe wird als Bedrohung für die Angehörigen skizziert:

[...] „Name“ rät pflegenden Angehörigen, sich auf den Besuch des Gutachters vorzubereiten. Antragsteller sollen sich zudem nicht in der Rolle eines Bittstellers sehen. [...]. (Westfälische Allgemeine Zeitung 2007)

Auch Demenz, insgesamt Schwerpunkt der Berichterstattung, wird tendenziell als angstbesetztes Thema in den Zeitungsartikeln hervorgehoben, wie folgendes Beispiel zeigt:

[...] Die Herdecker „Pflegetage“ haben unter der Federführung von „mobile“ und unter dem Dach des Caritas-Verbandes Witten einen Schwerpunkt gesetzt, der von vielen Ängsten besetzt ist. Demenz – das Schwinden der geistigen Kräfte. „Das ist etwas, vor dem so manchem noch mehr graut als vor körperlichen Gebrechen“, so Bürgermeister-Stellvertreter „Name“ [...]. (Westfalen Post 2006)

Wird z.B. über andere pflegerische Bereiche wie Inkontinenz berichtet, so treten diese immer wieder in Verbindung mit dem Thema Demenz auf. Schlussendlich wird vor dem Hintergrund der Pflegebedürftigkeit das Thema Vorsorgevollmacht mittels Patientenverfügung verwendet, um Interessenten für die Themenabende zu erreichen.

In den Presseberichten kann, wie in Tabelle 2 zusammenfassend dargestellt, festgestellt werden, dass die pflegenden Angehörigen als benachteiligte Gruppe mit dem Bedürfnis nach Entlastung präsentiert werden. Überwiegend geht aus den Pressemeldungen hervor, dass das Thema Demenz als Inbegriff für Pflegebedürftigkeit steht, was durch die hohen Zahlen der hiervon Betroffenen entsprechend betont wird. Pflege wird allgemein als politisches Thema und unliebsamer Gegenstand identifiziert.

Tab. 2: Zentrales Ergebnis zur Darstellung der Pflege

Bereiche	Beispiele:
Pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> - Angehörige als Verantwortungsträger durch moralische Verpflichtung. - Vermeidung einer Heimeinweisung, Grenzen professioneller Pflege. - Pflege als Frauentätigkeit in den Familien. - Störung der Alltagsbewältigung, Vereinnahmung durch die Pflege. - Pflege ist gleich Belastung bzw. Überforderung. - Angehörige benötigen Bewältigungshilfen. - Verlust des sozialen Umfeld und Netzen. - Hemmschwelle, Hilfen anzunehmen. ...
Pflegebedürftigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Demenz als Inbegriff von Pflegebedürftigkeit. - Pflegebedürftigkeit heißt Verlust erleiden. - Bedürfnis der Angehörigen nach Individualität und Autonomie. - Hohe Zahl der Pflegebedürftigen als Verstärker. ...
Allgemein zur Pflege	<ul style="list-style-type: none"> - Pflege als politisches Thema. - Versorgungslücken im Gesundheitswesen. - Pflege als unliebsames Thema. - Der MDK-Besuch als Bedrohung. - Demenz als angstbesetztes Thema. - Notwendigkeit der Vorbereitung pflegender Angehöriger auf die häusliche - Pflegesituation. ...

Angstthemen sind des Weiteren die Einstufung des MDK sowie allgemein das Thema Demenz. Bei beiden Aspekten schwingt unterschwellig der Ton der Bedrohung in der Berichterstattung mit.

5.2 Zur Darstellung des Ehrenamts in den Printmedien

Auch bei der Darstellung und Bedeutung des Ehrenamts sowie dessen Aufgaben wird, wie zuvor schon festgestellt und dargelegt, ein eher negatives Bild wiedergegeben. So wird z.B. nach der erfolgreichen Suche und Anwerbung geeigneter Personen von einer „Rekrutierung“ freiwilliger Helfer für den Betreuungsdienst gesprochen (Ruhr Nachrichten 2005). In dem Artikel wird zudem tendenziell deutlich, dass es sich bei dieser Form des Ehrenamts um ein weibliches Ehrenamt handelt. Zwar werden auch Männer als Zielgruppe genannt, aber in der Berichterstattung zeigt sich, dass Männer unterrepräsentiert sind, wie zum Beispiel in den Ruhr Nachrichten (2005) erschienen: [...] *Von 24 Teilnehmern sind nur vier Männer. Auch daran gelte es zu arbeiten, diese Quote zu erhöhen, hieß es.*

Das Profil der Ehrenamtlichen wird in den Medien als Menschen der Altersklasse „50 plus“, Frührentner, Arbeitslose und Menschen, die beruflich Pflegeerfahrungen gemacht haben, dargestellt. Als geeignet werden Interessenten bezeichnet, wenn sie Freude am Umgang mit älteren Kranken haben, belastbar und körperlich fit sind. Sie müssen zuverlässig und zeitlich beanspruchbar sein. Als Motivation zur Ausübung des

Engagements wird in den Zeitungen angegeben, dass es sich um einen sinnvollen Dienst bzw. Tätigkeit am Nächsten handelt, das in einem attraktiven Betätigungsfeld stattfindet. Als freiwilliger Helfer ist man zudem in einem festen Gefüge eingebunden. Mit dem Engagement lässt sich darüber hinaus die Haushaltskasse aufbessern, wie folgendes Beispiel zeigt:

[...] Die Aufwandsentschädigung bessert die Haushaltskasse auf, zudem werden die Beteiligten in ein festes Gefüge eingebunden. (Westfalen Post 2005)

Als Gewinn der Tätigkeit für den Ehrenamtlichen wird stark die Aufwandsentschädigung von 4,- EUR als Zuverdienst betont. Dieses stellt zudem ein steuerfreies „Entgelt“ für den Engagierten dar (Westfälische Allgemeine Zeitung 2005) und beinhaltet somit den Charakter eines Lohnes. Die Aufwandsentschädigung spielt in der Berichterstattung im Projektverlauf eine herausragende Rolle als Leistungsanreiz in der Akquise neuer freiwilliger Helfer. Als weitere Gewinne für den Ehrenamtlichen werden die Schulungen zu pflegebezogenen Themen, regelmäßig stattfindende Gruppentreffen der freiwilligen Helfer und die Begleitung des Ehrenamts mittels Reflexionsrunden hervorgehoben. Zudem gibt es für die Tätigkeit einen Versicherungsschutz während der Tätigkeit. Insbesondere in Zeitungsartikeln, bei denen es primär um die Suche nach Ehrenamtlichen geht, wird folgende Formulierung verwandt:

„Mobile“ bietet den Interessenten neben einem Schulungskurs regelmäßige Gruppentreffen, Begleitung, einen Versicherungsschutz während der Tätigkeit und eine Aufwandsentschädigung in Höhe von vier Euro pro Stunde. (Westfälische Rundschau 2006a)

In Bezug auf die Angehörigenpflege wird die Wirkung des Ehrenamts auch als Gewinn hervorgehoben. So normalisiert sich durch den Einsatz der freiwilligen Helfer die häusliche Situation. Insbesondere die Beziehung zwischen dem Pflegebedürftigen und den Angehörigen wird dabei betont. Der Einsatz durch die freiwilligen Helfer wird als Mittel gegen die drohende soziale Isolation der Angehörigen durch die Pflege hervorgehoben, wie folgendes Beispiel zeigt:

[...] „Oft erleben pflegende Angehörige eine soziale Abkopplung“, [...] „Ihr Leben dreht sich zum Schluss nur noch um die Pflegeperson, die sonstigen sozialen Kontakte schlafen ein.“ Oft brauchen die Pflegenden am Ende selber Hilfe. So früh wie möglich will „Mobile“ hier gegensteuern. (Westfalen Post 2006a)

Der Effekt dieses Gegensteuerns wird als Normalisierung des Lebens in der Familie durch den Einsatz freiwilliger Helfer beschrieben und führt darüber hinaus zu einer Bereicherung des Lebens der Angehörigen. Der Hauptgewinn im Einsatz ehrenamtlich Engagierter wird in der Entlastung und Unterstützung pflegender Angehöriger gesehen und diese sichert schlussendlich die Betreuungskontinuität, weil die Angehörigen wieder Kraft sammeln können. Diese notwendige und durch das Ehrenamt als zuverlässig beschriebene Entlastung wird für die Angehörigen als wohltuend bezeichnet. Sie stellt eine Atempause vom Pflegealltag für die Angehörigen dar, wie im folgenden Zeitungsausschnitt deutlich wird:

Tab. 3: Zentrales Ergebnis zur Darstellung des Ehrenamts

Bereich	Beispiele
Profil des Ehrenamtlichen	<ul style="list-style-type: none"> - Rekrutierung von Ehrenamtlichen. - Das soziale bzw. pflegerische Ehrenamt ist überwiegend weiblich. - Altersklasse „50 plus“, Frührentner, Arbeitslose und ehem. Pflegefachkräfte. - Voraussetzung: Belastbar, Freude im Umgang mit älteren Kranken, Zuverlässigkeit. - Sinnvoller Dienst am Nächsten, attraktives Betätigungsfeld. ...
Gewinn für den Ehrenamtlichen	<ul style="list-style-type: none"> - Aufwandsentschädigung zur Aufbesserung der Haushaltskasse, steuerfreier Zuverdienst. - Gemeinschaft mit Gleichgesinnten. - Schulung zu pflegebezogenen Themen. - Betreuung, Begleitung und Schutz für die Ehrenamtlichen. ...
Angehörigen Pflege und Ehrenamt	<ul style="list-style-type: none"> - Durch Entlastung und Unterstützung zur Normalisierung der häuslichen Situation. - Atempause vom Pflegealltag. - Lockmittel professionelle Themen: Kinästhetik, basale Stimulation, Demenz. - Informationen zur Vorbereitung auf die häusliche Pflege. - Infos gegen Überforderung durch die Pflege. ...

Freiwillige und geschulte Helferinnen wie „Name“, eine erfahrene Krankenschwester, schenken pflegenden Angehörigen eine Atempause, damit diese für einige Stunden ausspannen können. „Name“ kommt jeden Montag für eineinhalb Stunden zu „Name“, um mit ihr beim Kaffee Neuigkeiten auszutauschen, den wöchentlichen Speiseplan aufzustellen oder an der Ruhr spazieren zu gehen. (Westfälische Rundschau 2007)

Wie aus dem Zitat zu entnehmen ist, handelt es sich bei der freiwilligen Helferin um eine Krankenschwester, die sich nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben in diesem Bereich engagiert. Zwar wird in den Artikeln überwiegend darauf hingewiesen, dass die Ehrenamtlichen zum größten Teil keine pflegerischen Vorerfahrungen aufweisen, jedoch wird in der Westfalen Post (2006) erwähnt, dass in dem Projekt „größtenteils Menschen [arbeiten], die Erfahrung in der Pflege haben, Krankenschwestern und Altenpfleger“. Diesbezüglich wird darauf hingewiesen, dass die freiwilligen Helfer die „professionellen Pflegekräfte nicht ersetzen, sondern unterstützen“ sollen (Westfalen Post 2006a). In diesem Fall wird das Ehrenamt als zusätzliche Unterstützung des professionellen Bereichs bezeichnet. Pressemeldungen, die auf öffentliche Veranstaltungen des Projekts hinweisen, locken den Leser mittels professioneller Themen wie Beratungsangebote, z.B. Kinästhetik, freiheitsentziehenden Maßnahmen und basale Stimulation, wie im folgenden Artikel deutlich wird:

Ergänzt wird die Veranstaltung durch stündliche Programmpunkte, in denen es u. a. um verschiedene Aspekte der Demenz geht, aber auch um Entspannungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Kinästhetik. (Ruhr Nachrichten 2006).

Wiederum sind die Aspekte rund um das Thema Demenz, wie z.B. die Früherkennung von Demenz, die Ernährung von Demenzkranken und das Thema Wohngemeinschaften für Demenzkranke favorisierte Aufhänger der Berichterstattung. Weitere Informationen, die dem Besucher auf den Veranstaltungen angeboten werden, sind Auskünfte zur Vorbereitung der häuslichen Pflege, Hilfsmittel für Senioren und behinderte Menschen sowie Hinweise gegen Überforderung durch die Pflegesituation.

Abschließend kann festgestellt werden, dass nicht nur das Bild der Pflege und zuletzt das des Ehrenamtes ungünstig dargestellt werden (siehe Tabelle 3), sondern zwei benachteiligte Gruppen, nämlich pflegende Angehörige und Ehrenamtliche, stellen eine ideale Ergänzung füreinander dar: Beschäftigungssuchende (bürgerschaftlich Engagierte) unterstützen und entlasten Überlastete (pflegende Angehörige). Pointiert ausgedrückt handelt es sich hier um zwei benachteiligte Gruppen, die sich entsprechend ihrer Bedürfnisse ergänzen.

6. Diskussion und Schlussbetrachtung

Medien müssen, was die Berichterstattung von pflegerelevanten Themen angeht, offensiv angeleitet werden. Die Verantwortung zur Berichterstattung und die Initiative, sich an die Öffentlichkeit zu wenden, trägt grundsätzlich die Pflege selbst (Schmidt 2001). In den Zeitungsartikeln wurde eher einseitig auf die Überforderungen der pflegenden Angehörigen und den Verlusten hingewiesen, die sie durch die Pflege ihrer Familienmitglieder machen. Anstatt die Pflege eines Angehörigen als Belastung darzustellen, sollte vielmehr der sinnstiftende Aspekt für die Angehörigen betont werden, der vor allem auch eine biografische Relevanz für die Familienmitglieder hat (Harmon Hansson 2005). Familienmitglieder beziehen oft zu spät externe Hilfe für die Bewältigung der häuslichen Pflege. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig über zugehende Beratungshilfen zu diskutieren, um positive Impulse in die teils geschlossenen familiären Systeme zu bringen. Dies wird durch die Ergebnisse des Gesamtprojekts deutlich. So konnte herausgefunden werden, dass der Einsatz von freiwilligen Helfern zu neuen Impulsen in den Familien geführt hat.

Interessant ist auch die Feststellung, dass Themen wie der MDK-Besuch als Bedrohung oder Demenz als angstbesetztes Thema in der Analyse identifiziert wurde. Mit Sicherheit gibt es weitere pflegebezogene Themen, die in der Öffentlichkeit mit Ängsten besetzt sind und als Bedrohungen wahrgenommen werden. Insgesamt wird dabei deutlich, wie wichtig Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit ist, um falsche Vorstellungen zu korrigieren.

Die Darstellung des Ehrenamts ist insgesamt nachteilig ausgefallen da das Profil der Ehrenamtlichen auf einige wenige Kriterien reduziert wurden. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass es äußerst schwierig ist, Ehrenamtliche für den Bereich der Pflege zu interessieren. Das Profil der freiwilligen Helfer sollte demnach nicht nur an Begriffen wie „50-plus“ oder „Frührentner“ festgemacht werden, sondern viel mehr die Bedeutung des bürgerschaftlichen Engagements für eine aktive und lebendige Kommune so-

wie einer gesunden nachbarschaftlichen Beziehung herausgestellt werden. In Bezug auf den Gewinn, der mit dem Ehrenamt einhergeht, sollte darauf verzichtet werden, die Möglichkeit des Zuverdienstes hervorzuheben und anstatt dessen vielmehr den Gewinn anhand neuer Erfahrungen, das Einbringen persönlicher Lebenserfahrungen und die Realisierung persönlicher Interessen durch das Engagement festzumachen. Anhand der Ergebnisse wird deutlich, dass das Bild von den pflegenden Angehörigen und dem Ehrenamt eher nachteilig dargestellt wird. Vielmehr sollte die Bedeutung der Angehörigenpflege und des bürgerschaftlichen Engagements herausgestellt werden. So trägt sowohl die grundsätzliche Engagementbereitschaft als auch die Dauer der freiwilligen Tätigkeit signifikant zum persönlichen Wohlbefinden des Engagierten bei. Auch die Bedeutung für das Gemeinwohl wird betont denn das Ehrenamt trägt zu einer besseren Atmosphäre in der Kommune bei (Thoits et al. 2001). Gerade solche Aspekte sind in der Berichterstattung notwendig, um den Mut zur aktiven Teilnahme im Bereich des dritten Sektors und Pflege zu fördern. Als positives Ergebnis kann festgehalten werden, dass sowohl das Thema Pflege als auch die Belastung der pflegenden Angehörigen durch die Pressearbeit in die Öffentlichkeit getragen wurde. Dies ist weiterhin zwingend notwendig, um pflegerische Themen in der Allgemeinheit sichtbar zu machen. Die Berichterstattung sowie Titel und Aufhänger sollten dementsprechende nicht nur lesemotivierend sein, sondern einen entsprechenden Inhalt aufweisen.

Der Bereich der Pflege umfasst Phänomene, die in fast alle Lebensbereiche hineinreichen. Insofern gehört es auch zur Aufgabe der Disziplin Pflege, sich um das Bild der Pflege in der öffentlichen Berichterstattung anzunehmen. Das bedeutet für Pflegeexperten und Wissenschaftler eine aktive Beteiligung in den Medien und eine konstruktive Auseinandersetzung mit diesen z.B. mittels Leserbriefen, Kommentaren in Foren sowie eines akademischen Austauschs mit Journalisten.

Durch diese Untersuchung konnte festgestellt werden, dass Demenz ein dominantes Thema in der Öffentlichkeit ist und dass das Spektrum der Pflegebedürftigkeit mit alten Menschen sowie mit Verwirrtheit assoziiert wird. Insofern ist es wichtig, dass diese Bilder korrigiert werden und Aspekte wie Behinderung, chronische Erkrankung und palliative Pflege öffentlich sichtbar gemacht werden. Pflegebedürftigkeit und der Ort des Verbleibs für eine adäquate Versorgung erfahren in der öffentlichen Diskussion zunehmend eine Beachtung. Diese und weitere Themen müssen nicht nur gesamtgesellschaftlich angegangen werden, sondern auch auf kommunaler Ebene thematisiert werden, um die notwendigen und möglichen Hilfen für die Familien zugänglich zu machen. Der Umgang mit den Medien muss deswegen systematisiert werden, weil er nicht nur effektiver ist und weniger Geld kostet, sondern auch die Qualität und den Informationswert der Berichterstattung steigert (Holder et al. 1997).

Literatur

- Balzer, K. (2005): Der Pflege eine Stimme geben: „Wir müssen sagen, was wir tun“. *Pflegezeitschrift*, 6, 351
- Bubolz-Lutz, E./Kricheldorf, C. (2006): *Freiwilliges Engagement im Pflegemix – Neue Impulse*. Lambertusverlag, Freiburg im Breisgau

- Buresh, B./Gordon, S. (2006): Der Pflege eine Stimme geben. Was Pflegenden wie öffentlich kommunizieren müssen. Verlag Hans Huber, Bern
- Davidhizar, R./Shearer, R. (2000): Getting your nursing program in the „news“. *Journal of Nursing Education*, 39(7), 333-335
- Farrow, T. L./O'Brien, A. J. (2005): Discourse analysis of newspaper of the 2001/2002 Canterbury, New Zealand mental health nurses' strike. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(3), 187-195
- Fringer, A. (2008): Das Ehrenamt – wenn's gut läuft, ein Gewinn für alle. *Pflegen: Demenz*, 6, 44-47
- Harmon Hanson, Shirley May (2005): *Family Health Care Nursing – Theory, Practice & Research*. 3rd Edition. Hrsg.: Harmon Hanson/Gedaly-Duff/Rowe Kaakinen. Verlag: F.A. Davis, Philadelphia
- Holder, H. D./Treno, A. J. (1997): Media advocacy in community prevention: news as a means to advance policy change. *Addiction*, 92 (Supplement 2), 189-199
- Hubbell, A. P./Dearing, J. W. (2003): Local newspapers, community partnership, and health improvement projects: their roles in a comprehensive community initiative. *Journal of Community Health*, 28 (5), 363-376
- Kalisch, P. A./Kalisch, B. J./Petrescu, O. E. (1985): Newspapers and nursing. The print media image of perioperative nurses. *Journal of Association of periOperative Registered Nurses*, 42(1), 30-41
- Kuckartz, U. (2005): *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. VS Verlag, Wiesbaden
- LaRoche, W. von (1999): *Einführung in den praktischen Journalismus*. List Paul Verlag, München
- Mast, C. (2004): Innovationen als Herausforderung für Unternehmenskommunikation und Medien. In: Claudia Mast/ Ansgar Zerfaß (Hrsg.): *Innovationskommunikation als Herausforderung für PR und Journalismus*. Stuttgart (Stuttgarter Beiträge zur Medienwirtschaft Nr. 13), 12/2004, S. 35-48
- Mayring, P. (2002): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 8. Auflage. Beltz Verlag, Weinheim und Basel
- Ruhr Nachrichten (2005): Atempause für pflegende Angehörige. *Lokalnachrichten für Witten*, erschienen am 05.11.2005
- Ruhr Nachrichten (2005a): Von den Leiden des Alters. *Erschienen am 16.09.2005*
- Ruhr Nachrichten (2006): Es kann jeden treffen. *Lokalnachrichten für Witten*, erschienen am 22.02.2006
- Schmidt, K. (2001): A sharper image – Nurses strive to garner more-and more accurate-media coverage. *NurseWeek*, December 10, 2001
- Stadtanzeiger (2006): Herdecker Pflorgetage mit vielen hilfreichen Tipps. *Erschienen am 08.02.2006*.
- Tamlyn, D. (2005): The importance of image. *Canadian Nurse*, 101 (4), 26
- Thoits, P. A./Hewitt, L. N. (2001): Volunteer Work and Well-Being. *Journal of Health and Social Behaviours*, 42(2), 115-131
- Walker, C. F./Jacobs, S. W. (2005): The role of print media in informing the community about safety in public hospitals in Victoria, Australia: the case of 'golden staph'. *International Journal for Quality in Health Care*, 7 (2), 167 – 172
- Westfalen Post (2005): Projekt "Mobile" soll Angehörige entlasten. Neues Caritas-Projekt für die Pflege zuhause mit Modellcharakter. *Überregional*, erschienen am 08.07.2005
- Westfalen Post (2006): Wenn Oma vergisst, wie der Topf auf den Herd kam. *Lokalnachrichten für Herdecke und Wetter*, erschienen am 20.02.2006
- Westfalen Post (2006a): Atempause für Angehörige – „Mobile“ nun auch in Wetter. *Lokalnachrichten für Herdecke/Wetter*, erschienen am 05.05.2006
- Westfalen Post (2007): Betroffene Familien bekommen Hilfe. Mobile unterstützt pflegende Angehörige / Noch Kapazitäten frei. *Überregional*, erschienen am 25.01.2007
- Westfälische Allgemeine Zeitung (2005): Mobile greift Angehörigen unter die Arme. *Erschienen am 23.06.2005*
- Westfälische Allgemeine Zeitung (2006): „Ist heute Mittwoch oder Mai?“ *Überregional*, erschienen am 22.02.2006
- Westfälische Allgemeine Zeitung (2006a): 24 Stunden im Einsatz. *Lokalnachrichten für Witten*, erschienen am 13.03.2006

- Westfälische Allgemeine Zeitung (2007) Ein Pfllegetagebuch hilft. Lokalnachrichten für Witten, erschienen am 13.04.2007
- Westfälische Rundschau (2006): Pflegemarkt: „Besser vorbereitet ins Alter gehen“. Lokalnachrichten für Herdecke und Wetter, erschienen am 20.02.2006
- Westfälische Rundschau (2006a): Für Pflege: „Mobile“ sucht Freiwillige. Lokalnachrichten für Witten, erschienen am 07.02.2006
- Westfälische Rundschau (2007): Bis ins hohe Alter in den eigenen vier Wänden – „Mobile“ bietet in Wetter und Herdecke Entlastung an. Lokalnachrichten für Herdecke und Wetter, erschienen am 12.01.2007
- Woodhull, N. (1998): The Woodhull Study on Nursing and the Media – health care’s invisible partner. Center Nursing Press, Sigma Theta Tau International, Indianapolis

André Fringer, MScN

Universität Witten/Herdecke, Institut für Pflegewissenschaft Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten afringer@uni-wh.de

Georg Franken

Hauptstraße 21, 72827 Wannweil, georg.franken@wannweil.de

Prof. Dr. Wilfried Schnepf

Universität Witten/Herdecke, Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahe Pflege
Institut für Pflegewissenschaft, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten,
schnepf@uni-wh.de

Peter Luschin

Die Neustrukturierung der Sozialbetreuungsberufe in Österreich

New Structure of Social Care Professions in Austria

Social care professions in Austria had the problem, that trainings and professions in social care were sometimes different between the provinces; in some provinces these professions were not recognised, difficult working conditions, low income and the division between the sectors of social professions (law in regional competence) and care professions (law in federal competence) made sometimes difficulties in practical work. The work of these professions is done as well in long – term – care as in work with people with disabilities.

For this reason the federal government and the provinces concluded an agreement in 2005 with the following important aims :

- *Austrian-wide system of trainings and professions in social care is established*

eingereicht 18.1.2008

akzeptiert 3.10.2008 (nach Überarbeitung)

- *Integration of medical care professions*
- *recognition by all provinces*
- *legal transposition until 2007 (province Salzburg until 2008)*
- *Making the social care professions more attractive and creating more mobility on the labour market.*

Keywords

Social care, social care professions, health care professions, long term care, people with disabilities

Die Angehörigen der Sozialbetreuungsberufe hatten bisher in Österreich das Problem, dass Ausbildungen und Tätigkeitskataloge in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich waren; in einigen Bundesländern waren diese Berufe gar nicht geregelt, es gab unterschiedliche Arbeitsbedingungen, niedrige Einkommen und die Teilung zwischen den Sektoren der Sozialberufe (Gesetzgebung grundsätzlich in der Kompetenz der Bundesländer) und den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen (Gesetzgebung in der Kompetenz des Bundes) bereitete einige Schwierigkeiten in der praktischen Arbeit. Die Arbeit dieser Berufszweige erfolgt sowohl in den Bereichen der Langzeitpflege wie auch im Bereich der behinderten Menschen.

Aus diesem Grunde haben der Bund und die Länder im Jahre 2005 eine Vereinbarung über die Sozialbetreuungsberufe mit den folgenden wichtigen Zielsetzungen geschlossen:

- *Schaffung eines österreichweit einheitlichen Systems an Ausbildungen und Tätigkeitskatalogen*
- *Integration von gesundheits- und krankenpflegerischen Tätigkeiten*
- *Regelung in allen Bundesländern*
- *gesetzliche Umsetzung bis 2007 (Land Salzburg bis 2008)*
- *die Sozialbetreuungsberufe sollen attraktiver gestaltet werden und dadurch mehr Mobilität am Arbeitsmarkt erhalten.*

Schlüsselwörter

Soziale Betreuung, Sozialbetreuungsberufe, Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Pflegevorsorge, Menschen mit Beeinträchtigungen

1. Die österreichische Verfassungssituation

Die Kompetenzbestimmungen der österreichischen Bundesverfassung enthalten keinen eigenen Tatbestand für die Bereiche des Behindertenrechtes, der Behindertengleichstellung, der Rehabilitation, der Pflegevorsorge, des Heimrechtes oder der Sozialbetreuungsberufe. Einzelne dieser Themenbereiche sind durch Artikel 10 des Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG) ausdrücklich dem Bund übertragen wie etwa die Sozialversicherung oder der Großteil des Arbeitsrechtes und des Gesundheitswesens. In anderen Bereichen liegt gemäß Art. 12 B-VG die Grundsatzgesetzgebung beim Bund, die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung bei den Ländern wie im Bereich der Sozialhilfe (Armenwesen). Soweit dies jedoch nicht der Fall ist, bleibt die Zuständigkeit für die genannten Rechtsbereiche nach der Generalklausel des Art. 15 B-VG im Bereich der Länder.

Da die österreichische Rechtsordnung also keinen Kompetenztatbestand für das Behindertenrecht, den Bereich der Sozialbetreuungsberufe wie auch die anderen genannten Rechtsmaterien kennt, gehören diese Bereiche zu den so genannten Querschnittsmaterien. Als Folge davon beinhalten eine Vielzahl von Bundes- und Landesgesetzen Rechtsnormen, die für behinderte bzw. pflegebedürftige Menschen wie auch für Beschäftigte in den Sozialbetreuungsberufen von Bedeutung sind. Diese Kompetenzaufteilung hat sich zwar in manchen Bereichen durchaus bewährt und als sachlich begründet erwiesen, in manchen Bereichen führt sie aber zu Schwierigkeiten in der Gesetzgebung, der Rechtsabwicklung und schließlich auch im Alltagsleben der Menschen, die von diesen Regelungen „betroffen“ sind und dies im wahrsten Sinne des Wortes.

Um Probleme in der Gesetzgebung bereinigen und bestimmte dieser Rechtsbereiche umfassend regeln zu können, hat sich in den letzten Jahren der Abschluss von Verträgen gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern als zielführend erwiesen. So wurde zur umfassenden Neuregelung der österreichischen Pflegevorsorge am 6. Mai 1993 der Vertrag zwischen dem Bund und den Ländern über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen, BGBl. Nr. 866/1993, abgeschlossen, der am 1. Jänner 1994 in Kraft trat. In dieser Vereinbarung wurden wichtige Punkte für die Schaffung einer einheitlichen Geldleistung bei Pflegebedarf im gesamten Bundesgebiet sowie der flächendeckende Ausbau der sozialen Dienste durch die Länder bis zum Jahre 2010 vereinbart.

Weitere für den Bereich der Pflegevorsorge bzw. für Menschen mit Beeinträchtigung oder Pflegebedarf bedeutsame Regelungen waren die am 26. Juli 2005 in Kraft getretene Vereinbarung über die Sozialbetreuungsberufe, BGBl. I Nr. 55/2005, die im folgenden näher dargestellt wird, und die im Ministerrat vom 31. Oktober 2007 beschlossene Vereinbarung über die gemeinsame Förderung der 24-Stunden-Betreuung. Von der Einheitlichkeit der letztgenannten Vereinbarung wurde allerdings seitens des Landes Niederösterreich (unterschiedliche Höhe bei den Förderungsbeträgen sowie differente Vermögensgrenze) offensichtlich aus wahltaktischen Gründen schon 1 Tag nach Beschlussfassung im Nationalrat wieder abgegangen, das Land Vorarlberg folgte, sodass von einer Harmonisierung in der Folge nur mehr eingeschränkt gesprochen werden kann. Diese Vorgangsweise stellt allerdings für die Zukunft die Zielsetzung von Art. 15a B-VG-Vereinbarungen als Harmonisierungsinstrument für rechtliche Regelungen zwischen Bund und Ländern im Bereich der Pflegevorsorge doch etwas in Frage.

Auch an den Inhalten einer Vereinbarung über die gemeinsamen Eckpunkte für die bedarfsorientierte Mindestsicherung (Sozialhilfe) wird seitens des Sozialministeriums mit den Ländern seit vielen Jahren gearbeitet und ein baldiger Abschluss wäre aus Sicht der betroffenen Menschen wünschenswert. Ein Inkrafttreten dieser Vereinbarung ist für das Jahr 2009 geplant.

2. Ausgangslage für die Sozialbetreuungsberufe

In der staatsrechtlichen Vereinbarung gemäß Art. 15a des Bundesverfassungsgesetzes über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen sind die Vertragsparteien in Artikel 13 mit dem Titel „Personal“ übereingekommen, dass insbesondere Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Betreuungs-, Pflege- und Therapipersonal sowie für das Personal zur Weiterführung des Haushaltes gefördert und sichergestellt werden sollen. Die Ausbildungsmöglichkeiten sollten so gestaltet werden, dass die Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen gewährleistet ist. Vor allem soll eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen bewirkt werden.

In der Praxis sollten neue Ausbildungsmöglichkeiten geschaffen und neue Sozialbetreuungsberufe durch Adaptierung von zum Teil bisher bereits bestehenden Berufsbildern geschaffen werden. Vier Bundesländer hatten bisher im Rahmen ihrer Kompetenzen gesetzliche Regelungen in der Alten- und/oder Familienbetreuung bzw. in der Heimhilfe erlassen¹, die übrigen fünf Bundesländer nicht. Die Berufsbilder und Ausbildungsanforderungen waren aber uneinheitlich und überschneidend geregelt. Diese Situation hemmte die Mobilität am Arbeitsmarkt und den Zugang zur Beschäftigung. Eine bundesweite Harmonisierung und Anerkennung war daher dringend erforderlich.

Durch die neue Vereinbarung zwischen Bund und Ländern über Sozialbetreuungsberufe sollen die Berufsbilder und -bezeichnungen harmonisiert, einheitliche Qualitäts- und Ausbildungsstandards festgelegt sowie Doppelgleisigkeiten beseitigt werden. Entsprechend den jeweiligen Arbeitsschwerpunkten sind unterschiedliche Ausbildungsinhalte und -niveaus vorgesehen. Die unterschiedlichen Niveaus sollen keiner Hierarchiebildung Vorschub leisten oder Tätigkeitsvorbehalte begründen. Durch das höhere Niveau wird lediglich signalisiert, dass die betreffenden Personen im Hinblick auf die Ausübung gewisser Verrichtungen über vertiefte Kenntnisse verfügen.

Nach der Studie „Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich“ des ÖBIG (Österreichisches Institut für Gesundheitswesen), die im Jahre 2005 im Auftrag des Sozialministeriums erstellt wurde, sind in den Einrichtungen der Alten- und Behindertenbetreuung etwa 46.000 Personen beschäftigt, davon etwa 13.000 in den Sozialbetreuungsberufen (Daten von Ende 2003, Rücklauf 60 %). Insgesamt kann die Zahl der Beschäftigten in diesem Bereich daher auf etwa 70.000 geschätzt werden, davon sind etwa 20.000 in den Sozialbetreuungsberufen tätig. Rund 80 % dieser Personen sind Frauen.

1 A. Oberösterreichisches Altenfachbetreuungs- und Heimhilfegesetz (Oö. AFBHG) v. 2. Mai 2002, LGBl. Nr. 54/2002 v. 1. Juli 2002, (aufgehoben per 1.8.2008),
B. Steiermärkisches Alten-, Familien und Heimhilfegesetz v. 19. September 1995
LGBl. Nr. 6 v. 23. Jänner 1996, (aufgehoben per 18.1.2008)
C. Niederösterreichisches Alten-, Familien- und Heimhilfegesetz v. 30. Mai 1996
LGBl. Nr. 9230 - 0 v. 29. August 1996 (aufgehoben per 1.7.2007),
D. Wiener Heimhilfegesetz v. 18. April 1997
LGBl. Nr. 23 v. 15. Juli 1997, (aufgehoben per 20.2.2008).

3. Einsetzung einer Arbeitsgruppe

Im Jahre 2001 hat die Landessozialreferentenkonferenz der neun österreichischen Bundesländer den Bund ersucht, unter der Leitung des Sozialministeriums eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einzurichten, um einheitliche Ausbildungen und Berufsbilder über die Sozialbetreuungsberufe zu erarbeiten. In der Arbeitsgruppe waren auch das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur und das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (nunmehr Bundesministerium für Gesundheit, Jugend und Familie) sowie externe Experten vertreten. Die Arbeitsgruppe hat das neue System der Sozialbetreuungsberufe und den Text der Bund-Länder-Vereinbarung inklusive der Anlagen 1 und 2, die nähere Ausführungen zu den Ausbildungen der einzelnen Berufszweige und zum Ausbildungsmodul „Unterstützung bei der Basisversorgung einschließlich der Unterstützung bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln“ erarbeitet.

4. Abschluss der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über Sozialbetreuungsberufe zwischen dem Bund und Ländern und bisherige gesetzliche Umsetzung

Die Vereinbarung zwischen Bund und Ländern über Sozialbetreuungsberufe (BGBl. I Nr. 55/2005) wurde am 6. Dezember 2004 seitens des Bundes von Sozialminister Mag. Herbert Haupt und seitens der Bundesländer von den 9 Landeshauptleuten unterzeichnet. Die Vereinbarung ist am 26. Juli 2005 in Kraft getreten und musste bis 26. Juli 2007 (von Salzburg, das der Vereinbarung erst später beigetreten ist, erst bis 8. Juli 2008), von Bund und den Ländern gesetzlich umgesetzt werden.

Die Vereinbarung über Sozialbetreuungsberufe wurde vom Bund bereits umgesetzt. Das Gesundheitsministerium hat die entsprechende Novelle zum Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) mit der Regelung des § 3 Abs. 5 sowie die Gesundheits- und Krankenpflege – Basisversorgungs – Ausbildungsverordnung (BGBl. II Nr. 281/2006) bereits erlassen.

Auch das Bildungsministerium hat den für die Ausbildung erforderlichen Rechtsakt in Form eines Erlasses bereits in Kraft gesetzt, wobei festzuhalten ist, dass die Ausbildung im Bereich der Sozialbetreuungsberufe in Österreich durchweg in Privatschulen erfolgt, die nach dem Privatschulgesetz (PrivatSchG) organisiert sind.

Das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur hat mit Erlass vom 28. Dezember 2006, Zl. BMBWK-21.635/0003-III/3a/2006, MVBl. Nr. 22/2007, unter Bezugnahme auf § 14 Abs. 2 lit. b des PrivatSchG das entsprechende Organisationsstatut (Statutteil im engeren Sinn, Lehrplan, Zeugnisformulare, Prüfungsordnung) für die Schulen für Sozialbetreuungsberufe erlassen.

Bis zum 1. Oktober 2008 waren noch 2 Länder (Tirol und Salzburg) diesbezüglich säumig, wenn man vom Erfordernis der Kundmachung des entsprechenden Landesgesetzes ausgeht.

Im Kompetenzbereich der Länder wurden von Wien, Steiermark, Kärnten, Vorarlberg, Burgenland, Niederösterreich und Oberösterreich bereits die entsprechenden Landesgesetze kundgemacht². Tirol hat im Februar 2008 und Salzburg im Juni 2008 einen Gesetzesentwurf zur Begutachtung ausgesandt.

5. Inhalt der Vereinbarung über Sozialbetreuungsberufe

Die Vereinbarung über Sozialbetreuungsberufe regelt nunmehr österreichweit einheitlich 5 Berufsfelder in 3 unterschiedlichen Qualifikationsebenen.

Die Sozialbetreuungsberufe sind in folgende 3 Qualifikationsniveaus gegliedert (UE = Unterrichtseinheiten, h = Stunden):

1. HelferInnen-Niveau: HeimhelferInnen mit 200 UE Theorie + 200 h Praxis
2. Fachniveau: Fach-SozialbetreuerInnen mit 1.200 UE Theorie + 1.200 h Praxis
3. Diplomniveau: Diplom-SozialbetreuerInnen mit 1.800 UE Theorie + 1.800 h Praxis

Die Ausbildung im Bereich des Fachniveaus beträgt 2 Jahre, im Bereich des Diplomniveaus 3 Jahre und wird an Privatschulen angeboten. An Fort- bzw. Weiterbildung sind für Heimhilfen im Zeitraum von 2 Jahren mindestens 16 Stunden, für Fach- und Diplom – SozialbetreuerInnen mindestens 32 Stunden verpflichtend zu absolvieren. Auf Fach- und Diplomniveau gibt es im Hinblick auf unterschiedliche Zielgruppen und Arbeitsschwerpunkte folgende Spezialisierungen:

1. Altenarbeit
2. Familienarbeit (nur auf Diplomniveau !)
3. Behindertenarbeit
4. Behindertenbegleitung

Sozialbetreuer/innen mit den Ausbildungsschwerpunkten Altenarbeit, Behindertenarbeit und Familienarbeit verfügen neben Kompetenzen der Sozialbetreuung (eigenverantwortlicher Bereich) auch über die Qualifikation als Pflegehelfer/in gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, jene mit Ausbildungsschwerpunkt Behindertenbegleitung sowie HeimhelferInnen über die Berechtigung zur Ausübung von Unterstützung bei der Basisversorgung einschließlich der Unterstützung bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln, dessen Kenntnisse und Fertigkeiten im Rahmen eines Ausbildungsmoduls erworben werden.

2 A. Kärntner Sozialbetreuungsberufegesetz (K-SBBG), LGBl. Nr. 53/2007,
B. Niederösterreichisches Sozialbetreuungsberufegesetz 2007 (NÖ SBBG 2007), LGBl. Nr. 9230 – 0 Stammgesetz 64/07,
C. Vorarlberger Gesetz über Sozialbetreuungsberufe, LGBl. Nr. 26/2007 und Vorarlberger Sozialbetreuungsberufe – Ausbildungsverordnung, LGBl. Nr. 46/2007,
D. Burgenländisches Sozialbetreuungsberufegesetz (Bgl. SBBG), LGBl. Nr. 74/2007,
E. Wiener Sozialbetreuungsberufegesetz (Wr. SBBG), LGBl. Nr. 4/2008 und Wiener Heimhilfe – Einrichtungen – Gesetz (Wr. WHEG), LGBl. Nr. 8/2008,
F. Steiermärkisches Sozialbetreuungsberufegesetz (StSBBG), LGBl. Nr. 4/2008,
G. Oberösterreichisches Sozialberufegesetz (Oö. SBG), LGBl. Nr. 63/2008.

Es liegt bei diesen Berufsfeldern also nunmehr eine echte Kombination eines Sozialbetreuungsberufes mit einem Gesundheits- und Krankenpflegeberuf vor.

In der Ausbildung zur Diplom- bzw. Fach-SozialbetreuerIn mit Schwerpunkt Behindertenbegleitung sowie in der Ausbildung zum Heimhelfer bzw. zur HeimhelferIn ist demgegenüber nur eine Vermittlung von Basisinformationen in detailliert umschriebenen pflegerischen Sachgebieten vorgesehen, da der sozialbetreuerische Arbeitsschwerpunkt dieser Berufsangehörigen keine qualifizierte krankenpflegerische Kompetenz erfordert.

Die pflegerischen Bereiche in diesem Basisausbildungsmodul umfassen folgende Ausbildungsinhalte : Körperpflege, Ernährung (insbesondere Unterstützung bei der Nahrungsmittelaufnahme und Verabreichung von Arzneimitteln), Unterstützung bei Benutzung von Toilette oder Leibstuhl inklusive Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten, Unterstützung beim An- und Auskleiden, Mobilitätshilfe und Medikamentenlehre.

Im Interesse der Durchlässigkeit ist das gesamte neue Ausbildungssystem modular aufgebaut, wodurch die Möglichkeiten des Berufszuganges verbessert wurden. Bereits im Beruf tätige SozialbetreuerInnen können die für den Erwerb eines höheren Ausbildungsniveaus erforderlichen Module auch erst zu einem späteren Zeitpunkt absolvieren.

Die Vereinbarung sieht weiters vor, dass eine rasche und formlose Anerkennung der Berufsausbildung wechselseitig verpflichtend ist.

6. Details zu den einzelnen Berufsbildern

6.1 Heimhilfe

HeimhelferInnen unterstützen betreuungsbedürftige Menschen, das sind Personen aller Altersstufen, die durch Alter, gesundheitliche Beeinträchtigung oder schwierige soziale Umstände nicht in der Lage sind, sich selbst zu versorgen, bei der Haushaltsführung und den Aktivitäten des täglichen Lebens im Sinne der Unterstützung von Eigenaktivitäten und der Hilfe zur Selbsthilfe. Dies sind insbesondere Personen, die aber dennoch in ihrer Wohnung bzw. betreuten Wohneinheit oder Wohngemeinschaft bleiben möchten. Als wichtiges Bindeglied zwischen dem Klienten, dessen sozialem Umfeld und allen anderen Bezugspersonen arbeitet die HeimhelferIn im Team mit der Hauskrankenpflege und den Angehörigen der Mobilen Betreuungsdienste.

Im Rahmen der Betreuungsplanung führen Heimhilfen Aufgaben im hauswirtschaftlichen Bereich eigenverantwortlich auf Anordnung von Klienten und Angehörigen der Sozial- und Gesundheitsberufe, die Tätigkeiten der Basisversorgung ausschließlich unter Anleitung und Aufsicht von Angehörigen der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeberufe durch.

Der Beruf der HeimhelferIn darf ausschließlich im Rahmen einer Einrichtung ausgeübt werden, deren Rechtsträger der Verantwortung des Berufes entsprechende Qua-

litätssicherungsmaßnahmen vorzunehmen hat. Eine freiberufliche Ausübung der Heimhilfe ist nicht vorgesehen. Mindestalter für die Tätigkeit als HeimhelferIn ist 18 Jahre.

6.2 Fach-SozialbetreuerInnen

Fach-Sozialbetreuer/innen sind ausgebildete Fachkräfte für die Mitgestaltung der Lebenswelt von Menschen, die aufgrund von Alter, Behinderung oder einer anderen schwierigen Lebenslage in ihrer Lebensgestaltung benachteiligt sind. Sie verfügen über umfangreiches Wissen um die vielfältigen Aspekte eines Lebens mit Benachteiligung und können eine breite Palette an Möglichkeiten der Begleitung, Unterstützung und Hilfe realisieren, und zwar in allen Fragen der Daseinsgestaltung, von Alltagsbewältigung bis hin zu Sinnfindung.

Das Besondere dieses Berufes besteht nicht in hoher Spezialisierung auf eng umrissene Felder oder in Konzentration auf Pflege, sondern in der Bündelung all jener Kompetenzen, die für eine umfassende, lebensweltorientierte Begleitung in den unmittelbaren Lebensbereichen der betreffenden Menschen erforderlich sind.

Fach-SozialbetreuerInnen erfassen die spezifische Lebenssituation älterer oder behinderter bzw. benachteiligter Menschen ganzheitlich und entsprechen den individuellen Bedürfnissen durch gezielte Maßnahmen. Sie leisten dadurch einen Beitrag zur Erhöhung und/oder Erhaltung ihrer Lebensqualität, unterstützen die Gestaltung eines für sie lebenswerten sozialen Umfeldes und leisten damit einen Beitrag zu einem Leben in Würde.

Fach-SozialbetreuerInnen arbeiten mit allen Bezugspersonen der unterstützungsbedürftigen Menschen und mit allen betreuenden Stellen zusammen, besonders aber – je nach Bedarf – mit ExpertInnen aus den Bereichen Therapie, Medizin, Recht, Gesundheits- und Krankenpflege usw.

In ihrem beruflichen Selbstverständnis sind Fach-SozialbetreuerInnen den heute allgemein anerkannten und auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhenden Grundsätzen der sozialen Betreuung verpflichtet: Normalisierung der Lebensbedingungen, Integration und Selbstbestimmung.

Fach-SozialbetreuerInnen sind tätig mit den Schwerpunkten

- **Altenarbeit:**
Der eigenverantwortliche Bereich besteht in der möglichst umfassenden Begleitung, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen, einzeln oder in Gruppen, abgestimmt auf ihren Bedarf, gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse.
- **Behindertenarbeit und Behindertenbegleitung:**
Fach-SozialbetreuerInnen mit diesen Schwerpunkten üben ihre Tätigkeit besonders in den zentralen Lebensfeldern von behinderten Menschen, wie Wohnen, Arbeit/Beschäftigung, Freizeit und Bildung, aus.

Mindestalter für die Tätigkeit als Fach-Sozialbetreuer ist 19 Jahre.

6.3 Diplom – SozialbetreuerInnen

Diplom-SozialbetreuerInnen üben sämtliche Tätigkeiten aus, die auch von Fach-SozialbetreuerInnen ausgeführt werden, können dies aber auf Basis ihrer vertieften, wissenschaftlich fundierten Ausbildung und den bei der Verfassung einer Diplomarbeit erworbenen Kompetenzen mit höherer Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit.

Diplom-SozialbetreuerInnen nehmen über die unmittelbaren Betreuungsaufgaben hinausgehend konzeptive und planerische Aufgaben betreffend die Gestaltung der Betreuungsarbeit wahr. Sie verfügen über Kompetenzen der Koordination und der fachlichen Anleitung von MitarbeiterInnen und HelferInnen in Fragen der Sozialbetreuung und wirken mit an der fachlichen Weiterentwicklung des Dienstleistungsangebotes der eigenen Organisation oder Einrichtung und führen Maßnahmen und Prozesse der Qualitätsentwicklung durch, wie z.B. Reflexion und Evaluation mithilfe anerkannter Verfahren und Instrumente.

Diplom – SozialbetreuerInnen sind tätig in den Schwerpunkten :

- Altenarbeit
- Familienarbeit
Diese arbeiten im Rahmen von mobilen Diensten und üben ihre Tätigkeit im Privatbereich der Familie oder familienähnlicher Lebensformen aus. Die Betreuung erfolgt mit dem Ziel, den gewohnten Lebensrhythmus aufrecht zu erhalten und die Familie bzw. familienähnliche Gemeinschaft dabei zu unterstützen, ihre schwierige Lebenssituation zu überwinden.
- Behindertenarbeit und Behindertenbegleitung
Sie entwickeln auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse Konzepte und Projekte, führen diese eigenverantwortlich durch und evaluieren sie.

Mindestalter für die Tätigkeit als Diplom – Sozialbetreuer ist 20 Jahre.

7. Das neu geschaffene freie Gewerbe der „selbständigen PersonenbetreuerInnen“ – Weiterentwicklung oder Rückschritt?

Durch das Hausbetreuungsgesetz (HBeG) und eine Novelle zur Gewerbeordnung 1994 (GewO 1994), BGBl. I Nr. 33/2007, die mit Wirkung vom 1. Juli 2007 in Kraft traten, wurden in Österreich neue Rechtsgrundlagen für die Rund-um-die-Uhr-Betreuung geschaffen, die die Betreuung von schwer pflegebedürftigen und demenzerkrankten Menschen sicherstellen sollen. Ziel dieser nicht unumstrittenen Bestimmungen (Gewerkschaften und Berufsvertretungen protestierten vehement gegen die Aushöhlung des GuKG, des Berufs- und Arbeitsrechtes) war die Beseitigung der Halblegalität im Bereich der Betreuung zu Hause, die insbesondere durch ausländische Betreuungskräfte aus den östlichen Nachbarländern ausgeübt wird. Durch das HBeG wurde eine unselbständige Variante der Personenbetreuung, durch die Regelung in der GewO 1994 ein freies Gewerbe der Personenbetreuung geschaffen. Zu den Betreu-

ungstätigkeiten zählen dabei etwa besonders die Zubereitung von Mahlzeiten, Wäscheversorgung und Reinigungstätigkeiten.

Mit dem Gesundheitsberufe – Rechtsänderungsgesetz 2007, BGBl. I Nr. 57/2008, das mit Wirkung vom 10. April 2008 in Kraft getreten ist, wurden schließlich zusätzlich die Kompetenzen der PersonenbetreuerInnen wie auch der persönlichen Assistenten (siehe auch unter Punkt 7) um pflegerische Tätigkeiten gemäß GuKG und um ärztliche Agenden gemäß Ärztegesetz 1998 erweitert:

Zur Betreuung zählen seit 10. April 2008 auch folgende an PersonenbetreuerInnen und persönliche Assistenten durch Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal übertragbaren pflegerischen Tätigkeiten:

- Unterstützung bei der Körperpflege,
- Unterstützung beim An- und Auskleiden,
- Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme,
- Unterstützung bei Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten und
- Unterstützung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen.

Ebenfalls zählen zur Betreuung folgende ärztliche Tätigkeiten, die von Ärzten gemäß Ärztegesetz 1998 an PersonenbetreuerInnen bzw. Persönliche Assistenten delegiert werden können wie etwa Verabreichung von Arzneimitteln, Anlegen von Verbänden und Bandagen, Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln, Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens oder einfache Wärme- und Lichtenwendungen.

Die Möglichkeit der Delegation einzelner pflegerischer wie auch ärztlicher Tätigkeiten an Personenbetreuer/innen wurde nur für den Einzelfall geschaffen.

Zulässig sind diese Tätigkeiten ausschließlich an der betreuten Person in deren Privathaushalt, nur bei rechtsgültiger Einwilligung, je nach Tätigkeit nur nach Anleitung und Unterweisung durch einen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. durch einen Arzt und grundsätzlich nur nach einer schriftlichen Anordnung. Weiters müssen PersonenbetreuerInnen dauernd oder zumindest regelmäßig täglich oder zumindest mehrmals wöchentlich über längere Zeiträume im Privathaushalt der betreuten Person anwesend sein.

Um das erforderliche Maß an Qualitätssicherung bei der Durchführung durch Laien zu gewährleisten, ist über die oben genannten Voraussetzungen hinaus Folgendes zu beachten:

- Möglichkeit des Widerrufs der Anordnung
- zeitliche Limitierung der Anordnung und strenge Limitierung der Betreuungsverhältnisse

- Dokumentations- und Informationspflicht der Personenbetreuer/innen
- begleitende Kontrolle.

7. Der Sonderfall Oberösterreich

Im Gesetzesbeschluss zum oberösterreichischen Sozialberufegesetz (Oö. SBG) vom 8. Mai 2008 (das Landesgesetz ist mit Wirkung vom 1.8.2008 mittlerweile in Kraft getreten) wurde im Gegensatz zu den bisher kundgemachten Gesetzen von Wien, Burgenland, Steiermark, Vorarlberg, Niederösterreich und Kärnten überraschenderweise eine Tätigkeitsbeschränkung für Angehörige der Bereiche Altenarbeit, Familienarbeit und Behindertenarbeit festgelegt. Diese Berufsbeschränkung gipfelt in der Regelung des § 10 Abs. 1 Oö. SBG, wonach Fach- und DiplomsozialbetreuerInnen der genannten Berufszweige (im Bereich der Familienarbeit gibt es nur die Diplom- und keine Fachausbildung!) nur im Rahmen einer Anstellung ausschließlich bei einer medizinisch orientierten Einrichtung gemäß § 90 GuKG (zB. bei Krankenanstalten oder Trägern von Gesundheitsdiensten bzw. sozialen Diensten) ihre Tätigkeit ausüben dürfen, was bei der schwerpunktmäßigen Orientierung dieser Berufe als Sozialberufe völlig unverständlich erscheint und gleichsam einem für den selbständigen sozialbetreuerischen Bereich geltenden Berufsverbot gleichkommt. Diese Regelung verwundert umso mehr, als sie in ihrer extremen Ausformung äußerst einseitig medizinlastig ist und die selbständige Berufsausübung dieser genannten Berufsangehörigen in ihrem ureigensten sozialbetreuerischen Berufsfeld negiert.

Das bedeutet in letzter Konsequenz, dass die Angehörigen dieser Berufssparten eigentlich bei keiner Einrichtung arbeiten können, wenn diese keine Einrichtungen im Sinne des § 90 GuKG sind.

Ein derartiges „teilweises Berufsverbot“ in Zeiten eines im Arbeitsbereich immer offener werdenden EU-Raumes mutet mehr als sonderbar an. Eine wirklich schlüssige Begründung bleibt der oberösterreichische Gesetzgeber dafür schuldig.

Das Oö. SBG tritt aber auch noch aus einem anderen – diesmal aus meiner Sicht durchaus positiv zu beurteilenden – Grund aus der Reihe der Sozialbetreuungsberufegesetze der Bundesländer heraus, indem es ausdrücklich einige weitere Sozialberufe regelt, die bisher in keinem anderen Landesgesetz zu finden sind. Daher auch die Bezeichnung als Sozialberufegesetz und nicht als Sozialbetreuungsberufegesetz. Diese Sozialberufe sind:

- Der Persönliche Assistent (§§ 36 – 38 Oö. SBG), der Menschen mit Beeinträchtigung in Bereichen des täglichen Lebens unterstützt und begleitet.
- Der Frühförderer (§§ 39 – 41 Oö. SBG), der die frühzeitige Förderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerung, mit Beeinträchtigung oder mit wahrscheinlicher Beeinträchtigung durchführt.

- Der Sehfrühförderer (§§ 42 – 44 Oö. SBG), der die Förderung von Kindern mit angeborener oder erworbener Sehschädigung, blinden Kindern oder Kindern, bei denen eine erhebliche Störung der Sehwahrnehmung im Rahmen von Mehrfachbehinderungen besteht, durchführt.
- Der Peer-Berater (§§ 45 – 47 Oö. SBG), der als Mensch mit Beeinträchtigung und damit aus seiner Selbsterfahrung heraus anderen Menschen mit Beeinträchtigung Begleitung und Beratung bietet.
- Der sozialpädagogische Fachbetreuer in der Jugendwohlfahrt (§§ 48 – 50 Oö. SBG), der minderjährigen Menschen Hilfestellungen zur Bewältigung von Problemen und Defiziten, die im Zusammenhang mit ihrer persönlichen, familiären oder sozialen Entwicklung stehen, gewährt.

8. Ausblick³

Aufgrund der derzeit in Umsetzung befindlichen Vereinbarung über Sozialbetreuungsberufe und der mit 1. Juli 2007 nachträglich erfolgten Schaffung des freien Gewerbes der Personenbetreuung in Österreich ist doch ein gewisses Spannungsverhältnis entstanden. Die zukünftige Entwicklung wird zeigen, ob und in welcher Weise die damit zusammenhängenden Problemstellungen gelöst werden können bzw. ob weitere – allenfalls auch gesetzliche - Maßnahmen erforderlich sein werden:

- Können sich die Berufszweige, die in der Vereinbarung über Sozialbetreuungsberufe einheitlich geregelt wurden, am Arbeitsmarkt so etablieren, dass die verantwortungsvolle und nunmehr umfangreichere Kompetenz auch ausreichend anerkannt und honoriert wird?
- Kann das Spannungsverhältnis zwischen den Berufszweigen insbesondere den Heimhilfen einerseits und dem freien Gewerbe der Personenbetreuung sowie der unselbständigen Personenbetreuung andererseits zufriedenstellend aufgelöst werden?
- Kann das Spannungsverhältnis zwischen den Angehörigen der Sozialbetreuungsberufe und den Angehörigen der medizinisch orientierten Gesundheits- und Krankenpflegeberufe besser bereinigt werden?
- Kann mit der attraktiveren Gestaltung der Sozialbetreuungsberufe auch eine größere Nachfrage nach diesen Berufsausbildungen geschaffen werden, um damit langfristig dem in Betreuung und Pflege vorherrschenden Personalmangel in geeigneter Weise entgegen zu treten?

³ Mittlerweile sind die beiden noch fehlenden Landesgesetze für Sozialbetreuungsberufe ebenfalls in Kraft getreten:

- Salzburger Sozialbetreuungsberufegesetz (S. SBBG), LGBl. Nr. 34/2009,

- Tiroler Sozialbetreuungsberufegesetz (TSBBG), LGBl. Nr. 9/2009.

Ein Inkrafttreten der Vereinbarung über die bedarfsorientierte Mindestsicherung (weite Bereiche der Sozialhilfe) wurde nach letzten Informationen von Sozialminister für das Jahr 2010 in Aussicht gestellt.

- Kann die Arbeitszufriedenheit auf Seiten der Dienstnehmerseite verbessert werden und kann auch die Zufriedenheit der Kunden durch das nun umfassend gut ausgebildete Personal entscheidend gesteigert werden?

Literatur

- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2003): Bericht der Bundesregierung über die Lage der behinderten Menschen in Österreich. Wien
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2004): Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Wien
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2005): Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich. Wien
- Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2007): Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2005. Wien
- Barta, H.; M. Ganner (1998): Alter, Recht und Gesellschaft – Rechtliche Rahmenbedingungen der Alten- und Pflegebetreuung, Innsbruck
- Berka, W. (2005): Lehrbuch Verfassungsrecht, 107f. und 116, Wien
- Bergmann, F. (1998): Ausbildung und Berufsbild der AltenfachbetreuerInnen. In: Rechtliche Rahmenbedingungen der Alten- und Pflegebetreuung, Tagungsband 1998, 124 – 130. Innsbruck
- Flemmich, G. (2004): Sachleistungsvorsorge oder Kostenerstattung – die Entwicklung im Pflegebereich. In: Recht der Medizin 2004, 68 - 81
- Hausreither, M. (2007): Das freie Gewerbe der Personenbetreuung im Kontrast zu den Gesundheitsberufen. In: Ecolex 2007, 576-580
- Mazal, W. (2007): Hausbetreuung – kritische Aspekte. In: Ecolex 2007, 580 – 583
- Öhlinger, T. (2007): Verfassungsrecht, 133, Wien
- Tomandl, T. (2007): Was ist selbständige Personenbetreuung? In: ZAS 2007/32, 196 – 201
- Walter, R. u.a. (2007): Grundriss des österreichischen Bundesverfassungsrechtes, 406ff., Wien
- Wegscheider, M. (2007): Die „neuen“ Sozialbetreuungsberufe. In ÖJZ 2007, 955 - 960

Ministerialrat Dr. jur. Peter Luschin

seit 1991 juristische Tätigkeit im Österr. Sozialministerium in Wien

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Abt. IV/1
Robert-Stolz-Gasse 11B, Gänserndorf, Peter.Luschin@bmsk.gv.at