

Oliver Lauxen

## „Bei uns sind Gott sei Dank alle glücklich und zufrieden.“ – Zum Gelingen häuslicher Pflegearrangements mit osteuropäischen Helferinnen aus Sicht pflegender Angehöriger

On the Success of Care Arrangements Involving Eastern-European Care Workers from the Perspective of Informal Caregivers

*In Germany, approximately 100,000 women from Eastern Europe work as mostly irregularly employed care workers in home care. The aim of this study was to find out whether such care arrangements succeed from the perspective of family caregivers. For this purpose, eight problem-centered, semi-structured interviews with caring daughters were conducted. Data analysis showed that the majority of care arrangements involving migrant care workers succeeded well and were described as stable. Also, the majority of respondents were able to establish a balance between self-care and dependent care. Four causal factors for a succeeding care arrangement could be identified: Family members have to assume responsibility for control tasks, personal continuity of care has to be guaranteed and both family members and care workers must have certain personal as well as caregiving skills. These results need to be verified in a subsequent study in which the experiences of the care recipients are studied.*

### Keywords

home care, family care, care arrangements, irregular care, migrant care workers, domestic workers

*Etwa 100.000 zuhause lebende Pflegebedürftige in Deutschland werden – meist irregulär – von Pendelmigrantinnen aus Osteuropa versorgt. Ziel dieser Studie war es herauszufinden, inwieweit eine Sicherung der häuslichen Pflege aus Sicht der pflegenden Angehörigen mit Hilfe eines solchen Pflegearrangements gelingt. Dafür wurden acht problemzentrierte, leitfadengestützte Interviews mit pflegenden Töchtern geführt. Bei der Datenauswertung zeigte sich, dass der überwiegende Teil häuslicher Pflegearrangements mit osteuropäischen Helferinnen gut gelingt und als stabil beschrieben wird. Zudem ist es den meisten Befragten möglich, eine Balance zwischen Selbst- und Dependenzpflege zu finden. Vier Bedingungs-*

eingereicht 19.11.2010

akzeptiert 20.02.2011 (nach Überarbeitung)

*faktoren für ein gelingendes Pflegearrangement konnten identifiziert werden: die Übernahme von Steuerungsaufgaben durch Angehörige, eine personelle Kontinuität der Pflege und das Vorhandensein bestimmter personaler und pflegfachlicher Kompetenzen auf Seiten der Angehörigen und der Helferinnen. Die Ergebnisse der Studie müssten in einer Anschlussstudie verifiziert werden, bei der das Erleben der Pflegebedürftigen in den Blick genommen wird.<sup>1</sup>*

#### Schlüsselwörter

häusliche Pflege, pflegende Angehörige, irreguläre Pflege, Haushaltshilfen, haushaltsnahe Dienstleistungen

## 1. Hintergrund

Der weitaus größte Teil der Personen, die im Sinne des SGB XI pflegebedürftig sind, lebt zuhause und wird von pflegenden Angehörigen – eventuell mit Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes – versorgt (Statistisches Bundesamt 2008). Dies entspricht dem Wunsch älterer Menschen, auch im Falle gesundheitlicher Einschränkungen in der eigenen Häuslichkeit leben zu können (Landtag von NRW 2005; Schneekloth & Wahl 2008; Zeman 2005). Pflegende Angehörige sind insbesondere aufgrund ihrer emotionalen Verbundenheit mit den Pflegebedürftigen bestrebt, diesem Wunsch nach zu kommen (Flieder 2008). Allerdings ist die Übernahme familialer Pflege zeitaufwändig und tangiert sämtliche Lebensbereiche (Maly 2001), weshalb pflegende Angehörige vor der Schwierigkeit stehen, die Bedürfnisse ihres pflegebedürftigen Verwandten und eigene Bedürfnisse ausbalancieren zu müssen. Gerade pflegende Töchter, die die Mehrzahl der Hauptpflegepersonen stellen (Lüdecke et al. 2008), sorgen oftmals gleichzeitig für Kinder und Partner, und etwa die Hälfte ist zusätzlich erwerbstätig (Runde et al. 2009). Nicht in allen Fällen gelingt es den Pflegenden, den Konflikt zwischen Selbst- und Dependenzpflege befriedigend zu lösen, und enorme Belastungen durch die Pflegeübernahme können die Folge sein.

Angebote wie Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege dienen der Unterstützung pflegender Angehöriger und damit der Stabilisierung der häuslichen Pflege, werden allerdings nur zögerlich in Anspruch genommen (BMFSFJ 2005; Kofahl et al. 2009). Daneben ist ein zweiter privater Markt entstanden, auf dem „komplementäre Dienstleistungen“ (Meyer 2006: 16) wie Besuchsdienste, Haus- und Reinigungsarbeit angeboten werden. Allerdings haben sich solche Dienstleistungs-Pools bisher nicht durchsetzen können. Sie gelten als zu teuer und können – genau wie ambulante – keine bezahlbare Form der Rund-um-die-Uhr-Betreuung anbieten (Herdt & Beckmann 2008; Lutz 2008; Neuhäus et al. 2009). Insbesondere eine Nachtbetreuung ist schwer zu gewährleisten, da sie sich aus Sicht der Anbieter finanziell nicht lohnt (Lüdecke & Kohler 2008). Für Pflegebedürftige, die trotz eines hohen, komplexen und zeitlich umfangreichen pflegerischen Unterstützungsbedarfs zuhause leben möchten, fehlen somit reguläre, bezahlbare Unterstützungsangebote.

<sup>1</sup> Der Artikel basiert auf einer Master-Thesis, die der Autor im Sommersemester 2010 im Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften an der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt geschrieben hat.

## 2. Häusliche Pflegearrangements mit osteuropäischen Helferinnen

Abhilfe bietet eine besondere Form häuslicher Pflegearrangements, nämlich die Betreuung von Pflegebedürftigen im Privathaushalt durch osteuropäische Helferinnen<sup>2</sup>. Die Helferinnen leben dabei in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person (live-in-Arrangement), sie sind entsprechend permanent anwesend und können Tag und Nacht Unterstützung bei den unterschiedlichsten Bedürfnissen anbieten. In der Regel wechseln sich dabei mehrere Helferinnen ab: Eine Helferin bleibt meist bis zu 12 Wochen, reist dann in ihr Herkunftsland zurück und eine andere Helferin übernimmt die Stelle (Neuhaus et al. 2009). Dieser Modus wird von Cyrus (2000) als Pendelmigration bezeichnet. Die Mehrzahl der Migrantinnen stammt aus Osteuropa, insbesondere aus Polen, wobei es keine verlässlichen Statistiken dazu gibt (Karakayali 2010). Ihre Motivation ist in erster Linie eine ökonomische (Gendera 2007; Karakayali 2010; Lutz 2009a; Schmid 2009; Schmidt 2006a, 2006b), und obwohl ihr Lohn deutlich unter den üblichen tariflichen Bestimmungen in Deutschland liegt, ist das Beschäftigungsarrangement für die Migrantinnen aufgrund des Lohn- und Preisgefälles zwischen Deutschland und dem Herkunftsland attraktiv. Die Kosten für die Pflegebedürftigen und ihre Familien liegen deutlich unter denen professioneller Anbieter (Neuhaus et al. 2009), so dass ein Pflegearrangement mit osteuropäischen Helferinnen eine bezahlbare Variante der 24-Stunden-Betreuung darstellt.

Was den konkreten Beschäftigungsmodus angeht, gibt es mehrere Möglichkeiten (Lauxen 2010). Allerdings scheint ein irregulärer Beschäftigungsmodus (Schwarzarbeit) aufgrund seiner Attraktivität für alle Beteiligten am stärksten verbreitet zu sein, zumal der Privathaushalt als Schutzzone gilt, die Kriminalisierung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen politisch nicht gewollt ist und es deshalb keine Kontrollen gibt (Lutz 2008; 2009b). Die im Zusammenhang mit dem Phänomen immer wieder genannte Zahl von 100.000 Frauen aus Osteuropa, die in Deutschland als Helferinnen in Haushalten mit Pflegebedürftigen leben und arbeiten, kann zwar nicht verifiziert werden (Neuhaus et al. 2009), diese Anzahl an Helferinnen ist allerdings nach einer Modellrechnung des Deutschen Instituts für Angewandte Pflegeforschung „wahrscheinlich oder jedenfalls möglich“ (ebd., 2009, S. 17). Dies wären immerhin 6-7% aller zuhause lebenden Pflegebedürftigen. Insofern handelt es sich um ein gesellschaftlich bedeutsames Phänomen, das vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, langfristig abnehmender Laienpflegepotentiale und des zu erwartenden Fachkräftemangels in der (Alten-)Pflege wohl noch an Bedeutsamkeit gewinnen wird.

<sup>2</sup> Eine allgemein anerkannte Bezeichnung für die Helferinnen existiert nicht. Die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV), die legal Frauen aus den neuen EU-Staaten in Haushalte mit Pflegebedürftigen vermittelt, spricht von „Haushaltshilfen“. Dieser Terminus verstellt allerdings den Blick darauf, dass die Frauen zum großen Teil pflegerische Tätigkeiten ausführen (Karakayali 2010). Außerdem nehmen nur wenige Familien mit Pflegebedürftigen die legale Lösung der Vermittlung über die ZAV in Anspruch (ebd.). In diesem Artikel werden die Migrantinnen als „Helferinnen“ titulierte, da diese Bezeichnung ihr umfangreiches Tätigkeitsspektrum in Rechnung stellt und den Blick nicht einseitig in Richtung Haushaltsführung oder (irreguläre) häusliche Krankenpflege lenkt.

### 3. Forschungsstand zu häuslichen Pflegearrangements mit osteuropäischen Helferinnen

Häusliche Pflegearrangements mit osteuropäischen Helferinnen lassen sich aus unterschiedlichen Perspektiven betrachten; dabei stehen jeweils unterschiedliche Aspekte des Arrangements im Vordergrund. Auch wenn es in dieser Arbeit um einen evaluativen Blick pflegender Angehöriger auf häusliche Pflegearrangements mit osteuropäischen Helferinnen geht, ist es notwendig, den Blick zunächst zu erweitern. Nicht nur die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sind von dem Phänomen betroffen, sondern selbstverständlich auch die Helferinnen selbst. Entsprechend soll deren Perspektive kurz beleuchtet werden. Gleiches gilt für die professionelle Pflege. Im Anschluss wird der aktuelle Forschungsstand zur Sicht der Angehörigen dargestellt.

#### 3.1 Die Perspektive der Helferinnen

Die empirischen Arbeiten, die auf die Situation von Helferinnen in Haushalten mit Pflegebedürftigen fokussieren (Gendera 2007; Gendera & Haidinger 2007; Karakayali 2010; Metz-Göckel et al. 2006; Schmidt 2006a, 2006b), zeigen, dass deren Lebens- und Arbeitssituation äußerst prekär ist. Entgrenzte Arbeitszeiten, nicht ausreichende Regenerationsmöglichkeiten, eingeschränkte Bewegungsfreiheit, soziale Isolation, Heimweh und das Erleben von Dequalifizierung und Abwertung können psychische Belastungen zur Folge haben.

Nichtsdestotrotz hat die Arbeit in einem deutschen Haushalt für die Helferinnen auch positive Aspekte (ebd.). Sie bietet die Möglichkeit, ein finanziell unabhängiges Leben ohne staatliche oder familiäre Unterstützung führen zu können und damit einen Zugewinn an Autonomie. Zudem befreien sich manche Migrantinnen durch die Pendelmigration aus patriarchalischen Abhängigkeitsverhältnissen oder einengenden familiären Strukturen.

#### 3.2 Die Perspektive der professionellen Pflege

Etwa zwei Drittel der ambulanten Pflegedienste sind mit dem Phänomen häuslicher Pflegearrangements mit osteuropäischen Helferinnen konfrontiert (Neuhaus et al. 2009). Häufig wird also parallel zu den Helferinnen auch ein Pflegedienst beschäftigt (ebd.; Karakayali 2010). Dennoch werden die Migrantinnen aus Sicht der Dienste mehrheitlich als bedrohliche Konkurrenz wahrgenommen, die dafür sorgt, dass Leistungen im hauswirtschaftlichen und grundpflegerischen Bereich verloren gehen (Neuhaus et al. 2009). Dieses Konkurrenzdenken findet Ausdruck in den öffentlichkeitswirksamen Kampagnen von pflegerischen Interessenverbänden (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste 2005a; 2005b; Karakayali 2010; Lixenfeld 2009). Hier werden eine pflegfachliche Überforderung der Helferinnen und ein Absinken des Qualitätsniveaus in der häuslichen Pflege thematisiert. Darüber hinaus wird auf Kommunikationsprobleme durch die Sprachbarriere, die Einfluss auf das Wohlergehen der

Pflegebedürftigen haben können, und auf die Gefahr einer dysfunktionalen Abhängigkeit und des Paternalismus in der Rund-um-die-Uhr-Betreuung verwiesen (ebd.; Dopfer 2006). Empirische Belege für solche Qualitätsdefizite gibt es allerdings nicht. Zudem zeigt Karakayali (2010), dass die Grenze zwischen offizieller Pflege und inoffizieller Pflege „recht durchlässig“ (S. 16) zu sein scheint und die Migrantinnen mitunter auch über ambulante Pflegedienste vermittelt werden.

### 3.3 Die Perspektive der Angehörigen

Nach Wissen des Autors gibt es derzeit noch keine empirischen Studien, die explizit die Perspektive von Pflegebedürftigen in den Blick nehmen, die von osteuropäischen Helferinnen gepflegt werden. Dagegen liegen Arbeiten vor, in denen pflegende Angehörige nach ihren Erfahrungen mit dem Pflegearrangement befragt wurden (Neuhaus et al. 2009; Prochazkova et al. 2008).

Als Gründe für die Wahl der Pflege durch die Migrantinnen beschreiben diese einen hohen pflegerischen Aufwand und einen hohen Aufwand an Beaufsichtigung (Neuhaus et al. 2009). Insbesondere Mobilitätseinschränkungen führen zu Gefährdungen, die aus Sicht der Angehörigen nur durch permanente Beaufsichtigung abgemildert werden können. Ohne 24-Stunden-Betreuung wäre ein Verbleib in der Häuslichkeit nicht zu leisten und als einzige Alternative bliebe der Umzug in ein Pflegeheim, den die Familien allerdings unbedingt vermeiden wollen (Döhner et al. 2008; IFES 2007; Neuhaus et al. 2009; Prochazkova et al. 2008). Dass dafür in vielen Fällen eine irreguläre Lösung gewählt wird, scheint in weiten Teilen der Bevölkerung akzeptiert zu sein (Karakayali 2010).

Die Zufriedenheit pflegender Angehöriger mit dem Pflegearrangement ist hoch (Neuhaus et al. 2009; Prochazkova et al. 2008). Drei Viertel der von Neuhaus et al. (2009) Befragten sehen ihre Angehörigen als sicher betreut, und Probleme im Zusammenhang mit dem Pflegearrangement werden kaum beschrieben (ebd.; Prochazkova et al. 2008). Auch die Sprachkenntnisse der Migrantinnen werden vom größten Teil als ausreichend bewertet (ebd.).

### 3.4 Zusammenfassung und Ableitung der Forschungsfragen

An dieser Stelle wird deutlich, dass sich Beschreibung und Bewertung häuslicher Pflegearrangements mit osteuropäischen Helferinnen je nach Perspektive des Betrachters unterscheiden. Entsprechend müssten unterschiedliche Perspektiven abgebildet werden, um eine umfassende Bewertung dieser Pflegearrangements zu leisten. Dies war im Rahmen einer Qualifizierungsarbeit nicht möglich. Stattdessen wurde versucht, einen evaluativen Blick auf häusliche Pflegearrangements mit osteuropäischen Helferinnen durch die Brille pflegender Angehöriger zu generieren. Fokussiert wurde auf die Subgruppe pflegender Angehöriger, die den größten Teil aller Hauptpflegepersonen stellt, nämlich pflegende Töchter und Schwiegertöchter<sup>3</sup> (Lüdecke et al. 2008).

In der vorliegenden Arbeit wird zwei Fragen nachgegangen:

1. Inwieweit wird das Ziel der Sicherung der häuslichen Pflege mit Hilfe eines häuslichen Pflegearrangements mit osteuropäischen Helferinnen aus Sicht pflegender Töchter erreicht?

Die vorhandenen Studien (s.o.) legen aufgrund der geäußerten hohen Zufriedenheit den Schluss nahe, dass die Sicherung der häuslichen Pflege in der Regel recht problemlos erreicht wird. Dies erscheint allerdings vor dem Hintergrund der hohen Prekarität des Arrangements für die Helferinnen und den inhärenten pflegefachlichen Problemen fragwürdig. Entsprechend sollen im Rahmen der Studie auch Faktoren identifiziert werden, die aus Sicht pflegender Töchter zum Gelingen des Arrangements beitragen. Ziel ist es, einen vertieften Einblick in die Funktionsweise häuslicher Pflegearrangements mit osteuropäischen Helferinnen zu bekommen. Die zweite Forschungsfrage lautet entsprechend:

2. Welche Bedingungsfaktoren tragen aus Sicht pflegender Töchter zu einem gelingenden Pflegearrangement mit osteuropäischen Helferinnen bei?

## 4. Methodisches Vorgehen

Das Phänomen ist bislang wenig beforscht und zudem in einer rechtlichen Grauzone angesiedelt. Um dennoch einen Zugang zur Innensicht auf die Pflegearrangements zu bekommen, wurde ein qualitatives exploratives Design gewählt.

### 4.1 Datenerhebung, ethische Aspekte und Datenanalyse

Die Daten wurden mittels leitfadengestützter, problemzentrierter Interviews erhoben, wobei der idealtypische Phasenverlauf eines solchen Interviews (Lamnek 1995) leicht variiert wurde. Die allgemeine Sondierung begann mit der Erzählaufforderung: „Wie hat das denn angefangen, dass Ihre Mutter/Ihr Vater Hilfe brauchte?“ Die weiteren Fragen des Interviewleitfadens wurden entsprechend dem Gesprächs- und Themenfluss flexibel gehandhabt. Allgemeine und spezifische Sondierung wurden dabei vermischt.

Der Zugang zum Feld wurde größtenteils über die berufliche Tätigkeit des Verfassers in der ambulanten Pflege ermöglicht, so dass es sich beim Sample um eine Gelegenheitsstichprobe handelt (Polit et al. 2004). Die Interviews wurden im März und April 2010 durchgeführt, angestrebt war ein Minimum von sechs Interviews. Eine bewusste und kriteriengestützte Fallauswahl und -kontrastierung zur Vermeidung systematischer Verzerrungen (Kelle & Kluge 1999) war im Rahmen der knappen zeitlichen Ressourcen nicht möglich.

---

<sup>3</sup> Um der besseren Lesbarkeit willen wird im Folgenden von „pflegenden Töchtern“ gesprochen. Schwiegertöchter sind dabei mit gemeint.

Forschungsethische Aspekte (Ethikkodex der Ethikkommission DGP zum Verhältnis zwischen Forschenden und Probanden 2007) wurden im Vorfeld der Interviews bedacht; eine ethische Prognose wurde vorgenommen und präventive Maßnahmen geplant. Der Interviewer war darauf vorbereitet, dass belastende Erfahrungen angesprochen werden könnten, die mit emotionalen Reaktionen einher gehen; entsprechend wurde ausreichend Zeit für das Interview selbst und eine Nachbesprechung eingeplant. Die informierte Zustimmung der Befragten wurde eingeholt, Vertraulichkeit und Anonymität waren gewährleistet. Dabei wurde in Betracht gezogen, dass sich die potentiellen Teilnehmerinnen aufgrund der Tätigkeit des Forschers im ambulanten Pflegedienst verpflichtet fühlen könnten, an der Studie teilzunehmen. Entsprechend wurde zugesichert, dass eine Nicht-Teilnahme nicht mit Nachteilen verbunden sei und in allen Fällen Bedenkzeit eingeräumt, auch wenn die Töchter sich gleich beim Erstkontakt zur Teilnahme bereit erklärten. Außerdem wurden die Teilnehmerinnen auf ihr Recht hingewiesen, im Interview Fragen nicht zu beantworten oder das Interview abubrechen, wann immer sie dies wollten.

Die Interviews wurden mittels eines Diktiergeräts aufgezeichnet und anschließend verbatim transkribiert. Die Daten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring 2007), wobei zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage – in Anlehnung an Kelle & Kluge (1999) – Typen von Pflegearrangements gebildet wurden, je nachdem wie den Befragten eine Balance zwischen Selbst- und Dependenzpflege gelingt und in welchem Ausmaß sie sich durch die Pflege belastet fühlen.

#### 4.2 Beschreibung des Samples

Im knappen zeitlichen Rahmen der Qualifizierungsarbeit wurden acht Interviews durchgeführt, die ohne Vor- und Nachbesprechung zwischen 20 und 65 Minuten dauerten. Eine Interviewpartnerin war die Schwiegertochter der pflegebedürftigen Person, die anderen waren Töchter. Ihr Alter lag zwischen Mitte 40 und Ende 60. Fünf Befragte waren verheiratet, zwei lebten mit Partner und zwei weitere waren geschieden<sup>4</sup>. Sieben hatten Kinder, nur zwei waren kinderlos. Berufstätig waren sechs der Interviewpartnerinnen, zwei waren in Rente und eine dritte wurde im Laufe der Pflege (gewollt) arbeitslos. Was den Beruf angeht, waren drei Befragte selbständig, fünf waren Angestellte und eine war vor ihrer Berentung nicht erwerbstätig (Hausfrau). Die beiden gemeinsam befragten Schwestern lebten im gleichen Haus mit der pflegebedürftigen Person, eine weitere Befragte hat ihre Mutter im Laufe der Pflege (gemeinsam mit der Helferin) zu sich ins Haus ziehen lassen. Die übrigen lebten nicht mit dem pflegebedürftigen Elternteil in einer Wohneinheit und stattdessen maximal 20 Minuten Fahrzeit davon entfernt. Zwei Interviewpartnerinnen lebten im ländlichen Umfeld, alle anderen in einem urbanen.

<sup>4</sup> Ein Interview wurde mit zwei Töchtern der pflegebedürftigen Person gemeinsam geführt. Entsprechend wird in der Beschreibung des Samples von n=9 Interviewpartnerinnen gesprochen.

Von den Pflegebedürftigen war jeweils einer in Pflegestufe I und Pflegestufe III eingestuft, die übrigen sechs in Pflegestufe II. Unter einer dementiellen Erkrankung litten drei Personen.

Die Pflegearrangements mit osteuropäischen Helferinnen bestanden zum Zeitpunkt des Interviews zwischen drei Monaten und sechs Jahren. Die Anzahl bislang beschäftigter Helferinnen lag zwischen zwei und sechs. Es gab also in allen Fällen des Samples einen Wechsel zwischen mehreren Helferinnen, wobei dieser Wechsel meist im Rhythmus von zwei bis drei Monaten erfolgte. Was die Regularität bzw. Irregularität der Beschäftigungsverhältnisse angeht, gaben fünf Befragte an, die Helferinnen irregulär zu beschäftigen. In drei Fällen kamen unterschiedliche Beschäftigungsmodi zum Einsatz, nämlich die Vermittlung durch eine Agentur und die irreguläre Beschäftigung. In allen Fällen handelte es sich um live-in-Arrangements und die Helferinnen stammten aus Polen.

## 5. Ergebnisse

Analog zu den beiden Forschungsfragen werden im Folgenden zunächst die Ergebnisse zum Gelingen der Pflegearrangements dargestellt. Anschließend werden die Ergebnisse zur Identifikation positiver Bedingungsfaktoren für ein gelingendes Pflegearrangement beschrieben.

### 5.1 Bewertung des Gelingens

Im Folgenden geht es darum zu zeigen, inwiefern die befragten Töchter die intendierte Zielsetzung der Sicherung der häuslichen Pflege durch ein Pflegearrangement mit osteuropäischen Helferinnen als erreicht ansehen. Es lassen sich drei Typen von Arrangements unterscheiden je nachdem, wie es den Töchtern gelingt, eine Balance zwischen Selbst- und Dependentpflege zu finden und in welchem Ausmaß sie Belastungen durch die Pflege erleben: vollständig gelungene, teilweise gelungene und misslungene Pflegearrangements.

#### 5.1.1 Vollständig gelungene Pflegearrangements

In fünf der acht Fälle des Samples wird das Pflegearrangement als stabil beschrieben und die befragten Töchter fühlen sich durch die Beschäftigung der Helferinnen in hohem Maße entlastet. Vor der Beschäftigung der Helferinnen machten sie sich permanent Sorgen, ob es dem pflegebedürftigen Elternteil gut geht; durch die ständige Anwesenheit der Helferinnen sind Gefahren für die Gesundheit und Sicherheit abgewendet.

*„Also wir wussten, Mutti kriegt was zu essen. (...) Dass sie nicht stürzen kann und keiner merkt's. Dass sie jemanden hat, mit dem sie spazieren gehen kann. Das war für uns 'ne große Erleichterung, dass wir wussten, es kann jetzt nicht viel passieren.“ (Interview 1, Z. 149-157)*

Probleme und Schwierigkeiten im Rahmen des Pflegearrangements werden von nahezu allen Befragten im Sample beschrieben, auch wenn das Pflegearrangement als vollständig gelungen bezeichnet wird. Problematisch sind beispielsweise konfliktbeladene Aushandlungsprozesse mit den Helferinnen oder den vermittelnden Agenturen, pflegerische Situationen, die von einer Überforderung der Helferinnen geprägt sind und spontane Diskontinuitäten im Pflegearrangement, weil entweder die Helferinnen oder die Befragten selbst das Beschäftigungsarrangement vorzeitig beendet haben. Solche negativen Erfahrungen trüben aber keinesfalls den positiven Gesamteindruck, der für die befragten Töchter mit der Rund-um-die-Uhr-Betreuung durch osteuropäische Helferinnen verbunden ist.

### 5.1.2 Teilweise gelungene Pflegearrangements

Auch für die beiden Töchter, deren Pflegearrangements als „teilweise gelungen“ eingeordnet werden, steht das Gefühl der Erleichterung durch die Entlastung im Vordergrund. Sie betrachten das Pflegearrangement insgesamt als gelungen. Probleme und Schwierigkeiten werden zwar beschrieben, sie erscheinen allerdings – wie auch in der Kategorie „vollständig gelungener Pflegearrangements“ – als wenig bedeutsam. Kennzeichnend für „teilweise gelungene Pflegearrangements“ ist die extreme psychosoziale Belastung der Töchter, die deutlich macht, dass diesen eine Balance zwischen Selbstpflegerfordernissen und der Dependenzpflege nicht gelingt.<sup>5</sup> Interviewpartnerin 3 hat beispielsweise, um das Pflegearrangement zu stabilisieren, ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben, ist in Frührente gegangen, hat ihre Sozialkontakte eingeschränkt und verzichtet darauf, Freizeitangebote zur Regeneration wahrzunehmen.

*„Also, ich denke nicht, dass ich mir vor drei Jahren vorgestellt habe, dass ich aus 'm Berufsleben draußen bin. Dass sich meine Kontakte auch reduzieren. Ja, einfach weil ich gar nicht mehr so beweglich bin in den ... in meinen Zeitabläufen. (...) In den zwei Jahren war ich vier Tage mal am Stück weg. Das ist ein bisschen wenig. (...) Bei mir ist es mittlerweile wurscht, ob Samstag oder Sonntag oder Feiertag wie Ostern oder Weihnachten oder sonst irgendwas ist, weil es ist ein Tag wie jeder andere. Es ist ... es gibt keine Unterbrechung in diesem ganzen Kreis.“ (Interview 3, Z. 654-666)*

### 5.1.3 Mislungene Pflegearrangements

In einem Fall des Samples kann von einem misslungenen Pflegearrangement gesprochen werden. Die Interviewpartnerin berichtet, dass keine der drei bisher beschäftigten Helferinnen länger als vier Wochen mit dem herausfordernden Verhalten der demenzkranken Mutter zurechtkam. Neben Kommunikationsproblemen aufgrund fehlender Deutschkenntnisse fehlte den Helferinnen Wissen über die Erkrankung und Kompe-

<sup>5</sup> Sämtliche Befragte im Sample delegieren lediglich einen Teil der notwendigen Unterstützungsleistungen an die Helferinnen und übernehmen einen Teil davon selbst. Alle sind also trotz Anwesenheit der Migrantinnen stark in die Pflege involviert.

tenzen im Umgang mit herausforderndem Verhalten. Die Überforderung der Helferinnen hatte dann jeweils spontane Abbrüche der Beschäftigungsarrangements zur Folge. Die häusliche Pflege konnte nur deshalb aufrecht erhalten werden, weil die Interviewpartnerin aufgrund ihrer beruflichen Selbständigkeit und der damit verbundenen Flexibilität in der Lage ist, die Pflege kurzfristig immer wieder selbst zu übernehmen. In der Folge sieht sie allerdings ihre Ehe und ihr persönliches Wohlbefinden gefährdet und erwägt deshalb den Umzug der Mutter in ein Pflegeheim.

*„Also, wir [Interviewpartnerin und ihr Ehemann] sind jetzt auch am überlegen, ob vielleicht doch das Heim in Frage kommt. Als letzte Möglichkeit. Weil wir sind noch nicht ganz alt, ein bisschen leben wollen wir auch noch.“* (Interview 8, Z. 218-220)

#### 5.1.4 Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die überwiegende Mehrzahl der Befragten mit dem Pflegearrangement an sich zufrieden ist und dieses als gelungen bezeichnet. Die Beschäftigung einer osteuropäischen Helferin ermöglicht es den befragten Töchtern zumeist, unterschiedliche Rollenanforderungen und eigene Selbstpfleegerfordernisse mit dem Wunsch nach häuslicher Pflege in Einklang zu bringen. Zudem können die meisten weiterhin einer Erwerbsarbeit nachgehen und damit ihren eigenen Lebensentwurf weiter verfolgen, ohne dass das häusliche Pflegearrangement instabil wird.

### 5.2 Faktoren, die zum Gelingen der Pflegearrangements beitragen

Aus Sicht der befragten Töchter sind vier Faktoren wichtig, wenn das Pflegearrangement gelingen soll: erstens die Steuerung des Pflegearrangements durch die Interviewpartnerinnen selbst, zweites die personelle Kontinuität im Pflegearrangement, drittens personale Kompetenzen auf Seiten der Helferinnen und der Angehörigen und viertens pflegfachliche Kompetenzen auf Seiten der Helferinnen und der Angehörigen.

#### 5.2.1 Steuerung des Pflegearrangements

In einem häuslichen Pflegearrangement ist eine Vielzahl an Steuerungsaufgaben zu verrichten. Sie dienen dazu, zu strukturieren, zu arrangieren und Krisen zu bewältigen. Aus Sicht der befragten Töchter ist es für das Gelingen eines Pflegearrangements mit osteuropäischen Helferinnen zwingend notwendig, dass ein Angehöriger der pflegebedürftigen Person Steuerungsaufgaben übernimmt.

Sämtliche Befragten stehen permanent im Hintergrund bereit und können in dringenden Fällen (z.B. bei akuter Verwirrtheit oder einem Sturz) zu Hilfe eilen. Außerdem übernehmen sie organisatorische Aufgaben wie Einkäufe oder die Koordination externer Dienstleister, vereinbaren Arzttermine und vieles mehr.

*„Man wird so 'n bisschen auch zum Manager. (...) Man kann nicht erwarten, dass 'ne Polin ... ja, Öl bestellt und in 'nem älteren Häuschen ständig die Reparaturen durchführt*

und mit Ärzten und Pflegekassen und Beihilfe und Krankenkasse verhandelt.“ (Interview 1, Z. 650-655)

Neben der Übernahme solcher organisatorischer Aufgaben monitoren sämtliche Befragten das Gelingen des Pflegearrangements kontinuierlich. Sie fragen beim pflegebedürftigen Elternteil nach, ob es irgendwelche Probleme gibt und kontrollieren, ob die Helferinnen dieses würdevoll behandeln und sich an dessen Wünschen und Gewohnheiten orientieren. Außerdem kontrollieren sie, ob sich die Wohnung in ordnungsgemäßem Zustand befindet.

Wichtig für die Stabilität des Arrangements ist laut Aussage der Befragten zudem, dass es den Helferinnen gut geht. Sie stellen diesen eine Rückzugsmöglichkeit in Form eines eigenen Zimmers zur Verfügung und gewährleisten täglich freie Zeiten. Soziale Kontakte können gepflegt werden, die Kosten für Telefonate und Internet werden von den Interviewpartnerinnen übernommen. Außerdem wird manchen explizit ermöglicht, Freundinnen oder den Partner in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen zu treffen. Die Töchter achten zudem darauf, dass die Helferinnen nicht überlastet sind.

*„Man hat halt gemerkt, wenn die eine Dame zu wenig raus gekommen ist, zu wenig Zeit für sich selber hatte, dann wurde sie unruhig und hektisch und aggressiv. Und da wusst ich, okay, ich muss häufiger kommen, sie braucht mehr ihren Abstand und dann klappt das auch wieder.“* (Interview 1, Z. 597-600)

### 5.2.2 Personelle Kontinuität

Ein regelmäßiger Wechsel zwischen mehreren Helferinnen wird von den befragten Töchtern als unvermeidlich angesehen, damit sich die Migrantinnen regenerieren können. Es sollten allerdings immer dieselben Frauen sein, die sich abwechseln. Außerdem sollte der Personalwechsel nicht zu häufig stattfinden, da er als *„immer ein bisschen kritisch“* (Interview 1, Z. 201-202) erlebt wird. Immer wieder aufs Neue sind Grenzziehungsaktivitäten notwendig, die mit einer Irritation der familialen Lebenswelt und Aushandlungsprozessen einher gehen. Um Unstimmigkeiten und Belastungen für die Pflegebedürftigen zu reduzieren, teilen sich aus Sicht der Befragten idealerweise zwei, maximal drei Helferinnen eine Stelle. Wichtig ist den Befragten zudem, dass sie selbst in den Phasen des Wechsels besonders präsent sind, um bei Konflikten schlichtend einschreiten zu können.

*„Es ist immer das Problem bei dem Wechsel, dass sie [die Mutter] sich nicht umstellen kann von der einen auf die andere. (...) G. [Helferin] zum Beispiel kann sehr gut Deutsch, mit der kann man sich ein bisschen unterhalten. Die T. [Helferin], die jetzt kommt, die spricht so gut wie kein Deutsch. Da wird's wieder schwierig werden, weil man sich wortlos mehr oder weniger verständigen muss. Was dann auch wieder 'ne Umstellung ist. Und meine Aufgabe ist dann immer bei dem Wechsel – das sind immer die schwierigsten vierzehn Tage – dann da wieder gute Laune und gutes Wetter zu machen.“* (Interview 3, Z. 331-344)

### 5.2.3 Personale Kompetenzen

Personale Kompetenzen, d.h. Sozial- und Selbstkompetenzen, sind aus Sicht der Befragten auf Seiten der Helferinnen notwendig, damit das Pflegearrangement gelingt. Auf der anderen Seite müssen allerdings auch die Töchter selbst gewisse personale Kompetenzen mitbringen.

#### 5.2.3.1 Anforderungen an die Helferinnen

Eine gelingende, vertrauensvolle Beziehung zwischen den Helferinnen und dem pflegebedürftigen Elternteil ist aus Sicht der befragten Töchter grundlegend, damit das Pflegearrangement als funktionierend bezeichnet werden kann. Die Helferinnen sollten die Pflege nicht „*nur als Job*“ (Interview 4, Z. 636) betrachten, im Mittelpunkt sollte ein ehrliches Interesse und Engagement für die pflegebedürftige Person stehen. Grundlegend dafür sind aus Sicht der Töchter Geduld, Einfühlungsvermögen, Respekt und „*Lust am Pflegen*“ (Interview 3, Z. 554). Besonders positiv wird es von den Befragten bewertet, wenn sich die Helferinnen über ihr abgegrenztes Tätigkeitsspektrum hinaus für die pflegebedürftige Person oder deren Angehörige interessieren und engagieren.

„*Wie die letzte [Helferin], die da war als der Vater gestorben ist, die hat ihm zum Beispiel eine ganze Stunde lang nur die Hand gehalten. Bei ihm gesessen und nur die Hand gehalten. Das haben die anderen alle nicht gemacht.*“ (Interview 5, Z. 432-434)

Die Helferinnen sollten „*die Arbeit sehen*“ (Interview 5, Z. 439), das heißt Arbeitseifer und Tatkraft genauso wie Ehrlichkeit, Verlässlichkeit, Sparsamkeit und Genügsamkeit mitbringen. Darüber hinaus sollten sie in der Lage sein, sich auf die Lebenswelt der Pflegebedürftigen einzustellen und sich daran zu orientieren.

„*Also, es sollte so gemacht werden, wie sie [die Mutter] es auch immer machte. Also am Anfang konnte die Mutti ja auch noch ein bisschen laufen, sodass sie dann auch mit in der Küche stand oder im Badezimmer stand und immer sagte: ‚Das Handtuch gehört dahin. Und das gehört dahin.‘ Und das musste alles so bleiben letztendlich.*“ (Interview 3, Z. 247-250)

Deutschkenntnisse scheinen nicht zwingend notwendig zu sein. Sie werden zwar von allen Befragten als vorteilhaft angesehen, im Notfall scheint die Kommunikation allerdings auch nonverbal zu funktionieren. Besonders dann, wenn die Helferinnen alle anderen notwendigen personalen Kompetenzen mitbringen, scheinen Deutschkenntnisse nicht zwingend erforderlich zu sein.

„*Sie sprach nicht gut Deutsch. (...) Aber gut. Wenn der Rest stimmt, kriegt man das auch irgendwie hin.*“ (Interview 4, Z. 122-125)

### 5.2.3.2 Anforderungen an die Angehörigen

Für ein gelingendes Pflegearrangement halten die Befragten es für wichtig, Respekt und Wertschätzung gegenüber den Helferinnen zu zeigen. Diese sollen nicht das Gefühl haben, dass sie ausgenutzt werden, sondern *„dass man sie achtet“* (Interview 6, Z. 354). Die Töchter sind Gesprächspartnerin für die Helferinnen, drücken ihre Dankbarkeit aus, machen kleinere Geschenke und bemühen sich, gute Laune zu verbreiten. Sie bieten ihnen an, an Familienfeiern und Festlichkeiten teilzunehmen und sie dadurch in die Familie zu integrieren.

Kommt es zu Unstimmigkeiten oder Konflikten erachten es die Interviewten als wichtig, konstruktiv damit umzugehen. Sie geben an, dass es von Vorteil ist, offen zu sagen, *„was einen stört und wie man das wünscht“* (Interview 1, Z. 410). Zwischen Helferinnen und Pflegebedürftigen nehmen sie eine Vermittlerrolle ein.

*„Man muss schon im Dialog stehen. Sowohl mit dem ... mit Mutter oder Vater, ist jetzt egal und auch mit der polnischen Kraft. Und immer wieder nachhören, gibt's irgendwas, gibt's Probleme? Vielleicht auch mal schlichten. Die hatten zum Teil auch unterschiedliche Auffassungen. Dass man da auch versucht zu vermitteln.“* (Interview 6, Z. 344-348)

### 5.2.4 Pflegefachliche Kompetenzen

Zum Gelingen des Pflegearrangements tragen aus Sicht der Befragten pflegefachliche Kompetenzen bei, die auf Seiten der Helferinnen und auf Seiten der Töchter vorhanden sein müssen.

#### 5.2.4.1 Anforderungen an die Helferinnen

Die Helferinnen übernehmen in sämtlichen Fällen des Samples Hilfen bei pflegerischen Verrichtungen. Dennoch erwarten die Töchter nicht, dass die Migrantinnen eine pflegerische Ausbildung mitbringen<sup>6</sup>. Stattdessen sollen sie über eine gewisse „Pflegeerfahrung“ (Interview 5, Z. 422) verfügen. Sie sollten beispielsweise Transfers aus dem Bett und ins Bett, auf die Toilette bzw. den Toilettenstuhl und Maßnahmen der Körperpflege selbständig durchführen können. Darüber hinaus sollten sie bei einem komplexeren Pflegebedarf zumindest in Ansätzen über krankheitsspezifisches Wissen und Wissen zu pflegerischen Prophylaxen verfügen.

*„Weil du läufst ja schnell Gefahr, wenn einer bettlägerig ist, mit offenen Wunden.“* (Interview 5, Z. 419-420)

<sup>6</sup> Lediglich in einem Fall des Samples ist der Unterstützungsbedarf zu Beginn des Pflegearrangements so anspruchsvoll, dass die Tochter sich über eine Vermittlungsagentur bemüht, eine Helferin mit Berufsausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin zu finden.

#### 5.2.4.2 Anforderungen an die Angehörigen

Auch die Angehörigen sollten nach Meinung der Töchter über gewisse grundlegende pflegfachliche Kompetenzen verfügen bzw. bereit sein, sich diese anzueignen. Da die Helferinnen als Laien mit komplexen Pflegesituationen leicht überfordert sein können, sehen sich die Töchter mitunter als pflegfachliche Ansprechpartnerinnen für die Helferinnen. So halten sie es für unerlässlich, dass sie selbst die Helferinnen in pflegerische Verrichtungen und die Gewohnheiten und Routinen in der Familie einarbeiten.

*„Sagen wir mal, ich hätte nix gesagt, das hätte nicht geklappt. (...) Die hätten nicht gewusst, was sie hätten tun sollen.“* (Interview 5, Z. 404-407)

### 6. Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studie zunächst im Hinblick auf das Gelingen der Pflegearrangements kritisch reflektiert. Anschließend werden Limitationen der Studie in den Blick genommen, die mit dem methodischen Vorgehen zusammen hängen.

#### 6.1 Bewertung der Ergebnisse im Hinblick auf das Gelingen der Pflegearrangements

Die Ergebnisse der Arbeit zeigen, dass pflegende Töchter häusliche Pflegearrangements mit osteuropäischen Helferinnen in erster Linie als entlastend und erleichternd erleben und die Zufriedenheit damit entsprechend hoch ist. Die Befragten äußern deutlich, dass sie ihre Selbstpfleegerfordernisse und Rollenanforderungen mit den Erfordernissen einer 24-Stunden-Pflege nicht ausbalancieren könnten. Das Pflegearrangement mit osteuropäischen Helferinnen ermöglicht nun zum einen, dass die Befragten dem Wunsch des Elternteils nach einer häuslichen Pflege entsprechen können und die angenehmen Gefühle erfahren, die eine gelingende familiäre Pflege mit sich bringen kann (Maly 2001). Zum anderen können die Interviewpartnerinnen ihren eigenen Lebensentwurf größtenteils weiter verfolgen. Selbst die Befragten, die sich stark belastet fühlen (teilweise gelungene Pflegearrangements), zeigen sich sehr zufrieden mit dem Pflegearrangement. Diese Zufriedenheit deckt sich mit den Befunden der eher quantitativ angelegten Studien im gleichen Feld (Neuhaus et al. 2009; Prochazkova et al. 2008). Selbst die einzige Ausnahme im Sample, wo das Pflegearrangement misslingt, verzweifelt nicht am Arrangement an sich, sondern glaubt, nur die richtige Helferin finden zu müssen, was laut Aussage der Befragten vor allem mit „*Glück*“ (Interview 8, Z. 176) zu tun hat.

Um einen tieferen Einblick in die Mechanismen des Funktionierens der Pflegearrangements zu bekommen, wurde nach positiven Bedingungsfaktoren für ihr Gelingen gefragt. Dazu gibt es nach Wissen des Autors bislang keine empirischen Befunde. Vier Bedingungsfaktoren für ein gelingendes Pflegearrangement konnten identifiziert werden: Erstens betonen die befragten Töchter die Wichtigkeit, dass sie selbst oder andere

Angehörige Steuerungsaufgaben übernehmen. Aufgrund der Sprachbarriere können organisatorische Aufgaben nicht an die Helferinnen delegiert werden. Zudem kennen diese die Gewohnheiten, Routinen und Wünsche nicht, die die familiäre Lebenswelt konstituieren. Möglicherweise kommt insbesondere in der Wichtigkeit des Monitorings eine – nicht explizit geäußerte – Angst vor Qualitätsdefiziten zum Ausdruck.

Zweiter Bedingungsfaktor für ein gelingendes häusliches Pflegearrangement ist aus Sicht der Befragten eine personelle Kontinuität. Jeder Personalwechsel führt zu einer Irritation der familialen Lebenswelt und macht Restrukturierungsarbeiten notwendig; entsprechend sollten die Personalwechsel selten stattfinden. Die Wichtigkeit personeller Kontinuität wird auch in anderen Studien, in denen die Wünsche älterer, pflegebedürftiger Menschen in den Blick genommen werden, beschrieben (Wehrmann 2002; Zeman 2005) und ist möglicherweise eine Ursache für die zögerliche Inanspruchnahme professioneller Unterstützung (Lutz 2009a).

Betrachtet man die von den Interviewten geäußerten personalen und pflegefachlichen Anforderungen an die Helferinnen, zeigt sich, dass diese sehr hoch sind. Eine pflegerische Ausbildung wird zwar in der Regel nicht erwartet, dennoch sollen die Helferinnen pflegerisches Grundwissen und „*Pflegeerfahrung*“ mitbringen. Unklar bleibt, woher die Migrantinnen ihre Kompetenzen haben sollen. Womöglich kommen hier geschlechtsspezifische Zuschreibungen von Eigenschaften, die gerade Frauen zur Übernahme von Pflegeleistungen befähigen (Beck-Gernsheim & Ostner 1978, zit. n. Dopfer 2006), zum Tragen, und die befragten Töchter schreiben den Helferinnen aufgrund ihres Frau-Seins eine „*Erfahrungsexpertise*“ (Lutz 2005, S. 67) zu, die ihnen möglich macht, die Anforderungen ihrer Arbeit zu bewältigen (Haas 2004; Karakayali 2010).

Noch deutlicher kommt die Stereotypisierung der Helferinnen zum Ausdruck, wenn man die personalen Anforderungen betrachtet, die die befragten Töchter an sie stellen. Besonders wichtig ist den Befragten, dass die Helferinnen eine gute Beziehung zu den Pflegebedürftigen aufbauen, dass sie sich an der Lebenswelt der Pflegebedürftigen orientieren, ihre eigenen Vorstellungen hintenan stellen, sich über das vereinbarte Aufgabenspektrum hinaus für die zu Pflegenden engagieren und sich dadurch „*wie so 'n Familienmitglied*“ (Interview 2, Z. 91) verhalten. Insbesondere Frauen aus Osteuropa scheinen über die geforderten „typisch weiblichen“ Fähigkeiten zu verfügen und sich damit für die Arbeit in Haushalten mit Pflegebedürftigen zu eignen (Holch 2006; Karakayali 2010; Neumann 2010). Die Befragten in den Interviews haben ihre Anforderungen zwar nicht explizit an Ethnie oder Geschlecht der Helferinnen geknüpft; allerdings zeichnen sie exakt das in der Literatur beschriebene Stereotyp der warmen, freundlichen, geduldigen, opferbereiten, tatkräftigen und natürlichen Polin nach und stellen ihre hohen Anforderungen nicht in Frage.

Auch die Geringschätzung der Sprachkenntnisse im Vergleich zu den anderen personalen Kompetenzen stärkt die Vermutung, dass die Interviewpartnerinnen in stereotypen Denkmustern verhaftet sind; ansonsten ist kaum nachvollziehbar, dass sie Anforderungen wie eine gelingende Beziehungsgestaltung und tugendhaftes Verhalten über

die Möglichkeit für ihr pflegebedürftiges Elternteil stellen, mit den Helferinnen zu kommunizieren. Erklärend kommt hinzu, dass sämtliche Befragten im Sample selbst stark in die Pflege eingebunden sind und Kommunikationsschwierigkeiten kompensieren, indem sie die Helferinnen nonverbal einarbeiten, selbst pflegerische Aufgaben übernehmen oder zwischen den Beteiligten vermitteln. Damit erklärt sich womöglich auch die Geringschätzung von Sprachproblemen in den Studien zum Thema (Neuhaus et al. 2009; Prochazkova et al. 2008).

Auffällig ist weiter, dass die befragten Töchter sich selbst als Expertinnen für die Pflege ihres Elternteils sehen und als Ansprechpartnerinnen bei pflegefachlichen Problemen fungieren. Dies ist insofern erstaunlich, als an sieben der acht Pflegearrangements im Sample ambulante Pflegedienste – zumindest zeitweise – beteiligt sind. Die Hürde, Fachpersonal anzusprechen, dürfte eigentlich nicht zu hoch sein. Die Befragten scheinen jedoch eher im Internet nach Informationen zu suchen als Experten zu fragen. Möglicherweise bieten sich die Pflegekräfte hierfür nicht an. Auf der anderen Seite scheint die professionelle Pflege für die Töchter nicht den Stellenwert zu haben, den ihr qua Selbstbild als Profession zukommen müsste: Pflege wird wohl weniger als qualitativ hochwertige, wissenschaftlich fundierte Dienstleistung betrachtet und mehr als eine Arbeit, die in erster Linie mit einem weiblichen bzw. osteuropäischen Sozialcharakter in Verbindung gebracht wird.

Deutlich werden darüber hinaus strukturelle Probleme im ambulanten Sektor. Legale und bezahlbare Unterstützungsangebote, die einem umfangreichen und komplexen situativen Selbstpflegebedarf mit einem hohen Aufwand an Beaufsichtigung gerecht werden, fehlen. Allerdings fordert auch keine der befragten Töchter ihren Ausbau. Erklärbar ist dies unter Umständen dadurch, dass in Deutschland traditionsgemäß die Familie für die Altenfürsorge zuständig ist; die Hauptpflegepersonen sehen sich als alleine zuständig und verantwortlich (Gröning & Kunstmann 2008) und verlangen nicht nach staatlicher Unterstützung. Deutlich wird, dass es sich bei den Pflegearrangements im Sample um nach außen weitgehend abgeschlossene Systeme handelt, die durch die mangelhaften Strukturen im ambulanten Bereich nicht aufgebrochen werden können.

Eine genauere Betrachtung verdienen auch die Rollenvermischung und Rollenunklarheit in den Pflegearrangements. Die Interviewten nehmen zum einen die Rolle der Arbeitgeberin ein und betrachten die Helferinnen entsprechend als Arbeitnehmerinnen. Sie übernehmen Managementaufgaben, legen die Tätigkeitsbereiche der Helferinnen fest, arbeiten diese ein und kontrollieren ihre Arbeit. Zum anderen sehen sie die Helferinnen als (fiktive) Familienmitglieder bzw. Freundinnen. Dies zeigt sich daran, dass ihnen Beziehungsaspekte extrem wichtig sind. Die Rollenvermischung kommt durch den spezifischen Charakter der Arbeit im Privathaushalt zustande: Haushaltsarbeit hat nicht den Charakter formeller Arbeit, folglich haben Töchter und Helferinnen auch kein normales Arbeitgeberinnen-Arbeitnehmerinnen-Verhältnis, die Grenzen zwischen öffentlicher Erwerbs- und unbezahlt in der Privatsphäre verrichteter Reproduktionsarbeit verschwimmen (Haas 2004; Lutz 2005). Dass das Verhältnis zu den

Haushaltsarbeiterinnen durch eine Hierarchie geprägt ist (Gendera & Haidinger 2007; Haas 2004), wird auch in den Interviews der vorliegenden Arbeit ganz deutlich. Dennoch werden die extreme Abhängigkeit der Helferinnen und ihre prekäre Lebens- und Arbeitssituation von den Töchtern zum Großteil ausgeblendet. Gleiches gilt für sozialetisch problematische Phänomene wie den Brain Drain, den Care Drain, den Umgang mit transnationaler Mutterschaft, das Entstehen von Global Care Chains und den Brain Waste (Hochschild 2000; HWWI 2009; Simonazzi 2009). Die Befragten rechtfertigen die inhärente Asymmetrie im Beschäftigungsarrangement indirekt durch die Integration der Helferinnen in die Familie und ihre große Sorge um deren Wohlergehen. Die Rollenvermischung, die hier deutlich wird, ist für die Interviewten hoch funktional: Wenn sie sich klar als Arbeitgeberinnen definieren würden, müssten sie sich intensiv mit dem Problem der Schwarzarbeit auseinandersetzen, für eine sozialrechtliche Absicherung der Helferinnen sorgen und die gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen der Helferinnen modifizieren. Die fehlende Rollenklarheit hilft den Befragten jedoch dabei, die den Pflegearrangements mit osteuropäischen Helferinnen inhärenten Widersprüche und Ambivalenzen auszublenden und die Pflegearrangements als gelingend zu betrachten.

## 6.2 Limitationen der Studie

Das explorative Design und die Datenerhebung mittels problemzentrierter Interviews mögen zwar in der Evaluationspraxis weniger verbreitet sein als quantitative Designs und standardisierte Verfahren zur Datenerhebung, allerdings war es mit dem gewählten Vorgehen problemlos möglich, Zugang zu einem mit Tabus besetzten und in einer rechtlichen Grauzone angesiedelten Phänomen zu bekommen. Begrenzungen der Studie liegen in der Fokussierung auf eine Subgruppe pflegender Angehöriger, der geringen Größe des Samples, fehlender Repräsentativität und der Tatsache, dass es sich um eine Gelegenheitsstichprobe handelt. Immerhin ist es gelungen, Interviewteilmehrerinnen zu rekrutieren, die sich in als wesentlich erachteten Merkmalen unterscheiden. Möglicherweise haben sich die Teilnehmenden im Sinne einer sozialen Wünschbarkeit (Polit et al. 2004, S. 468) geäußert, weil ihnen der Interviewer persönlich bekannt war. Zudem könnten die Aussagen der befragten Töchter dadurch verzerrt sein, dass es sich um einen männlichen Interviewer handelte. Auf der anderen Seite schien das persönliche Kennen den Zugang zur Erfahrungswelt der Interviewpartnerinnen zu erleichtern, gerade weil das Interview einem Eindringen in die Privatsphäre gleich kam.

Eine kommunikative Validierung, die die Glaubwürdigkeit der Daten hätte stärken können (Lincoln & Guba 1985, zit. n. Polit et al. 2004), war mit einer Interviewpartnerin ursprünglich geplant, konnte jedoch aufgrund terminlicher Probleme nicht durchgeführt werden.

Größte Limitation der Arbeit ist, dass die Perspektive der Pflegebedürftigen weitgehend ausgeblendet wurde, obwohl diese Gelingen und Qualität des Pflegearrangements sicher am validesten bewerten könnten. Der Verfasser ist aufgrund seiner mehrjährigen beruflichen Erfahrungen mit Pflegearrangements mit Migrantinnen davon

überzeugt, dass sich Wahrnehmung und Erleben der von Pflegebedürftigkeit Betroffenen von dem ihrer Angehörigen unterscheiden können, und auch in den Interviews deuten die befragten Töchter Unstimmigkeiten und Probleme zwischen dem Elternteil und den Helferinnen an. Nicht in sämtliche existierende häusliche Pflegearrangements mit osteuropäischen Helferinnen sind Angehörige so stark involviert wie im Sample der vorliegenden Arbeit. Vielleicht führt gerade die Abwesenheit pflegender Angehöriger, die steuern und monitoren, zu Qualitätsproblemen. Solche Pflegearrangements müssten in einer Anschlussuntersuchung explizit in den Blick genommen werden. Gleiches gilt für das Erleben der Pflegebedürftigen, welches bislang überhaupt nicht Gegenstand einer empirischen Untersuchung war. Eine solche Studie könnte Anknüpfungspunkte für bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützungsangebote liefern. Strukturierte Beobachtungen im Feld könnten den evaluativen Blick vertiefen; diese waren im knappen zeitlichen Rahmen nicht möglich und sind erfahrungsgemäß in Privathaushalten methodisch schwer umsetzbar (Lutz 2008). Möglicherweise könnten aber gerade ambulante Pflegedienste einen Zugang bieten, (teilnehmende) Beobachtungen durchzuführen. Dies wurde im Rahmen der Vorüberlegungen zur Studie verworfen, weil der zeitliche Rahmen für die Erstellung der Arbeit zu knapp war. Die Methode der Beobachtung würde auch ermöglichen, die Zufriedenheit demenzkranker Pflegebedürftiger mit häuslichen Pflegearrangements mit osteuropäischen Helferinnen zu evaluieren.

#### Literatur

- Beck-Gernsheim, E./Ostner, I. (1978): Frauen verändern – Berufe nicht? Ein theoretischer Ansatz zur Problematik von „Frau und Beruf“. In: Dopfer, B. (2006): Osteuropäische Pflegekräfte in Deutschland. Eine Betrachtung aus ethischer und sozialökonomischer Sicht. Diplomarbeit. Evangelische Fachhochschule Darmstadt. Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Darmstadt
- BMFSFJ (Hg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten. Ergebnisse der Studie MuG III
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) (2005a): Stellungnahme des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) anlässlich der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestags zum Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt. Online verfügbar unter: <http://www.bpa.de/26.html?>, zuletzt geprüft am 25.06.2010
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) (2005b): Positionen und Perspektiven in der häuslichen Versorgung von Pflegebedürftigen: Legale Beschäftigungsverhältnisse fördern - schärfere Sanktionen gegen Schwarzarbeit und Schleuserbanden. Online verfügbar unter: <http://www.bpa.de/26.html?>, zuletzt geprüft am 25.06.2010
- Cyrus, N. (2000): Mobile Migrationsmuster. Zuwanderung aus Polen in die Bundesrepublik Deutschland. In: Berliner Debatte INITIAL. Jg. 11, H. 5/6, 95-103
- Döhner, H./Lüdecke, D./Eickhoff, V. (2008): Migrant Workers in Home Care for Older People in Germany: The Use and Problems of Legal and Irregular Care. In: GeroBilim Journal on Social and Psychological Gerontology. H. 1, 2-13
- Dopfer, B. (2006): Osteuropäische Pflegekräfte in Deutschland. Eine Betrachtung aus ethischer und sozialökonomischer Sicht. Diplomarbeit. Evangelische Fachhochschule Darmstadt. Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Darmstadt

- Ethikkodex der Ethikkommission DGP zum Verhältnis zwischen Forschenden und Probanden (2007).  
Online unter: <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/EthikkodexDGP.pdf>, zuletzt geprüft am 03.05.2010
- Flieder, M. (2008): „Sei doch nicht gleich so ungehalten!“. Zum Alltag pflegender Töchter und Schwiegertöchter zwischen Geduld und Zeitdruck. In: Bauer, A. & Gröning, K. (Hrsg.): *Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel*. Frankfurt am Main: Mabuse, 259-273
- Genera, S. (2007): ‚Transnational Care Space‘ Zentraleuropa. Arbeits- und Lebensbedingungen von irregulär beschäftigten Migrantinnen in der häuslichen Pflege. Diplomarbeit. Universität Wien. Fakultät für Sozialwissenschaften. Wien
- Genera, S./Haidinger, B. (2007): „Ich kann in Österreich als Putzfrau arbeiten. Vielen Dank, ja.“. Bedingungen der bezahlten Haushalts- und Pflegearbeit von Migrantinnen. In: *Grundrisse. Zeitschrift für Linke Theorie & Debatte*, H. 23, 28-40
- Gröning, K./Kunstmann, A. C. (2008): Sorge für die alten Eltern und familiäre Entwicklung. Eine kritische Betrachtung der sozialrechtlichen und wissenschaftlichen Diskurse zur Situation der pflegenden Familie. In: Bauer, A./Gröning, K. (Hrsg.): *Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel*. Frankfurt am Main: Mabuse, 89-133
- Haas, B. (2004): Hausarbeiterin – ein „Beruf“ wie jeder andere? Aus den Perspektiven der ArbeitgeberInnen von bezahlten Hausarbeiterinnen in Privathaushalten. In: Cizek, B. (Hg.): *Familienforschung in Österreich. Markierungen – Ergebnisse – Perspektiven*. Wien: Schriftenreihe des Österreichischen Instituts für Familienforschung (ÖIF) (Heft 12), 165-179
- Hamburger WeltWirtschaftsinstitut (HWWI) (Hrsg.) (2009): *Arbeitsmigration qualifizierter Frauen*. (Focus Migration, Kurzdossier Nr. 13). Online verfügbar unter [http://www.hwwi.org/typo3\\_upload/groups/3/focus\\_Migration\\_Publikationen/Kurzdossiers/KD\\_13\\_quali\\_frauen.pdf](http://www.hwwi.org/typo3_upload/groups/3/focus_Migration_Publikationen/Kurzdossiers/KD_13_quali_frauen.pdf), zuletzt geprüft am 24.11.2009
- Herd, J./Beckmann N. (2008): *Haushaltsnahe Dienstleistungen in Hessen. Modul 2: Bedarfsanalyse bezogen auf Haushalte älterer bzw. pflegebedürftiger Personen*. HA-Report. Wiesbaden
- Hochschild, A. R. (2000): *Global Care Chains and Emotional Surplus Value*. In: Hamburger WeltWirtschaftsinstitut (HWWI) (Hrsg.) (2009): *Arbeitsmigration qualifizierter Frauen*. (Focus Migration, Kurzdossier Nr. 13). Online verfügbar unter [http://www.hwwi.org/typo3\\_upload/groups/3/focus\\_Migration\\_Publikationen/Kurzdossiers/KD\\_13\\_quali\\_frauen.pdf](http://www.hwwi.org/typo3_upload/groups/3/focus_Migration_Publikationen/Kurzdossiers/KD_13_quali_frauen.pdf), zuletzt geprüft am 24.11.2009
- Holch, C. (2006): *Die 24-Stunden-Polin*. In: *Chrismon*. H. 11, 14-22
- IFES (Institut für empirische Sozialforschung GmbH) (2007): *Studie: Pflege und Betreuung. Bevölkerungsbefragung 2007*. Wien: Pressepapier
- Karakayali, J. (2010): *Transnational Haushalten. Biografische Interviews mit care workers aus Osteuropa*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften
- Kelle, U./Kluge, S. (1999): *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske & Budrich
- Kofahl, C./Lüdecke, D./Döhner, H. (2009): *Der Einfluss von Betreuungsbedarf und psychosozialen Determinanten auf Belastung und Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen alter Menschen. Ergebnisse aus der deutschen Teilstichprobe des Projekts EUROFAMCARE*. In: *Pflege & Gesellschaft*. Jg. 14, H. 3, 236-253
- Lamnek, S. (1995): *Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken*. 3., korrigierte Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Landtag von Nordrhein-Westfalen (2005): *Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen*. Düsseldorf
- Lauxen, O. (2010): *Häusliche Pflegearrangements mit polnischen Helferinnen aus Sicht der pflegenden Angehörigen. Eine qualitative Untersuchung*. Master-Thesis. Evangelische Fachhochschule Darmstadt. FB Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Darmstadt
- Lincoln, Y. S./Guba, E. G. (1985): *Naturalistic Inquiry*. In: Polit, D. F./Beck, C. T./Hungler B. P. (2004): *Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern u.a.: Verlag Hans Huber

- Lixenfeld, C. (2009): Niemand muss ins Heim. Menschenwürdig und bezahlbar – ein Plädoyer für die häusliche Pflege. Berlin: Ullstein
- Lüdecke, D./Kohler, S. (2008): The Service Providers Survey. In: Döhner, H./Kofahl, C. Lüdecke, D./Mnich, E. (Hrsg.): Family Care for Older People in Germany. Results from the European Projekt EUROFAMCARE. Berlin: Lit Verlag, 199-238
- Lüdecke, D./Mnich, E./Kofahl, C. (2008): Characteristics of the Sample. In: Döhner, H./Kofahl, C./Lüdecke, D./Mnich, E. (Hrsg.): Family Care for Older People in Germany. Results from the European Projekt EUROFAMCARE. Berlin: Lit Verlag, 107-124
- Lutz, H. (2005): Der Privathaushalt als Weltmarkt für weibliche Arbeitskräfte. In: Peripherie. Jg. 25, H. 97/98, 65-87
- Lutz, H. (2008): Vom Weltmarkt in den Privathaushalt. Die neuen Dienstmädchen im Zeitalter der Globalisierung. 2., überarbeitete Auflage. Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich
- Lutz, H. (2009a): Sprich (nicht) drüber - Fürsorgearbeit von Migrantinnen in deutschen Privathaushalten. In: Jansen, M. M. (Hg.): Pflegende und sorgende Frauen und Männer. Aspekte einer künftigen Pflege im Spannungsfeld von Privatheit und Professionalität. Wiesbaden: Hessische Landeszentrale für politische Bildung, 59-74
- Lutz, H. (2009b): Who Cares? Migrantinnen in der Pflegearbeit in deutschen Privathaushalten. In: Larsen, C./Joost, A./Heid, S. (Hrsg.): Illegale Beschäftigung in Europa. Die Situation in Privathaushalten älterer Personen. München/Mering: Rainer Hampp Verlag, 41-50
- Maly, N. (2001): Töchter, die ihre Mütter pflegen. Eine Analyse ihrer Lebenssituation. Münster u.a.: Lit Verlag
- Mayring P. (2007): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 9. Auflage. Weinheim/ Basel: Beltz
- Metz-Göckel, S./Koch, A./Senganata Müntz, A. (2006): Leben in zwei Welten: Zur Pendelmigration polnischer Frauen. In: Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien. Jg. 24, H. 1, 51-68
- Meyer, M. (2006): Pflegende Angehörige in Deutschland. Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen. Hamburg: Lit Verlag
- Neuhaus, A./Isford, M./Weidner, F. (2009): Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
- Neumann, G. (2010): Rettung aus Polen. Wie Pflege zu Hause tatsächlich gelingt. Freiburg im Breisgau: Kreuz Verlag
- Polit, D. F./Beck, C. T./Hungler, B. P. (2004): Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung. Bern u. a.: Verlag Hans Huber
- Prochazkova, L./Rupp, B./Schmid, T. (2008): Evaluierung der 24-Stunden-Betreuung. Endbericht. SFS-Report
- Runde, P./Giese, R./aphengst, C./Hess, J. (2009): AOK-Trendbericht Pflege II - Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung. Online verfügbar unter [http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheit/pflege/ambulant/aok\\_trendbericht\\_pflegeii\\_231009.pdf](http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheit/pflege/ambulant/aok_trendbericht_pflegeii_231009.pdf), zuletzt geprüft am 24.02.2010
- Schmid, T. (2009): Hausbetreuung – die Legalisierungs-Policy in Österreich. In: Larsen, C./Joost, A./Heid, S. (Hrsg.) Illegale Beschäftigung in Europa. Die Situation in Privathaushalten älterer Personen. München/Mering: Rainer Hampp Verlag, 53-78
- Schmidt, J. (2006a): Hauptsache nicht ins Heim? Osteuropäische Haushaltshilfen als Pflegekräfte. Interview mit Juliane Schmidt. In: Dr. med. Mabuse. Jg. 30, H. 157, 54-57
- Schmidt, J. (2006b): Viel Arbeit für wenig Geld? – Frauen aus Osteuropa als Haushaltshilfen in Haushalten mit Pflegebedürftigen. In: Bündnis 90/Die Grünen im Landtag NRW (Hrsg.): Haushaltsnahe Dienstleistungen. Herausforderungen und Potenziale für ältere Menschen und die Beschäftigungspolitik. Dokumentation einer Fachveranstaltung vom 17.02.2006, 15-21
- Schneekloth, U./Wahl, H.-W. (2008): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten im Lichte der Ergebnisse von MuG III. In: Schneekloth, U./Wahl, H.-W. (Hrsg.): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 229-242

- Simonazzi, A. (2009): Ein ökonomisch inspirierter Blick auf Pflegearrangements in europäischen Staaten. Ein Interview mit Annamaria Simonazzi durch Christa Larsen. In: Larsen, C./ Joost, A./ Heid, S. (Hg.): *Illegale Beschäftigung in Europa. Die Situation in Privathaushalten älterer Personen*. München/Mering: Rainer Hampp Verlag, 139-149
- Statistisches Bundesamt (2008): *Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Wehrmann, A. (2002): Zur Gestaltung häuslicher Pflegearrangements. In: Schnepf, W. (Hrsg.): *Angehörige pflegen*. Bern u. a.: Verlag Hans Huber, 283-309
- Zeman, P. (2005): Pflege in familialer Lebenswelt. In: Schroeter, K. R./Rosenthal, T. (Hrsg.): *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Weinheim/München: Juventa, 247-262

*Oliver Lauxen*

Altenpfleger, Diplom-Pflegewirt (FH), M.A. Pflegewissenschaft  
 Institut für Wirtschaft, Arbeit & Kultur (IWAK)  
 Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main, Gräfstr. 78, 60054 Frankfurt am Main

*Matthias Ernst und Wolfgang Seger*

## Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Modelle einer umlagefinanzierten sowie einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung – eine orientierende Übersicht

Common Features and Discrepancies in Pay-as-you Go as well as Capital-based Financing of Long-Term-Care Insurances – an Orientation

*The German Social and Private Long-Term-Care Insurances are challenged by the demographic trend. A general survey of models for pay-as-you go as well as capital-based financing is presented independently from (political) interests. Together with some fields recommended for detailed analysis these foundations may assist the reader for his/her own positioning.*

### Keywords

Social Long-Term-Care Insurance, Private Long-Term-Care Insurance, financing models, Pay-As-You-Go Financing, Capital-Based Financing

*In der deutschen sozialen und privaten Pflegeversicherung besteht demographiebedingt Reformbedarf. Es erfolgt eine interessenunabhängige und transparente Übersicht über die verschiedenen in der Politik diskutierten umlage- und kapitalbasierten Finanzierungsmodelle.*

eingereicht 30.06.2010

akzeptiert 01.10.2010 (nach Überarbeitung)

*le. Dem Leser werden Grundlagen für eine eigene Positionierung vermittelt bzw. notwendige weitere Felder zur Vertiefung für die anstehenden Entscheidungsfindungen aufgezeigt.*

#### Schlüsselwörter

Soziale Pflegeversicherung, Private Pflegeversicherung, Finanzierungsmodelle, Umlagefinanzierung, Kapitalgedeckte Finanzierung

## 1. Einleitung

Der demographische und soziale Wandel wird zu einer deutlichen Veränderung der Bevölkerungsstruktur und der Lebensentwürfe führen. Dies wirkt sich direkt auf die verschiedenen Zweige der Sozialsysteme aus und erfordert von Politik und Gesellschaft die Entwicklung nachhaltiger Finanzierungs- und Handlungskonzepte (SVR 2005: 222-223). Neben den Reformen der Renten- und Krankenversicherung ist die langfristige Weiterentwicklung der Leistungsfähigkeit und die Sicherstellung der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Pflegeversicherung eine wesentliche Aufgabe der politischen Entscheidungsträger. Aktuell werden von der Regierungskoalition eine Weiterentwicklung und ein verändertes Finanzierungsmodell der Pflegeversicherung angestrebt. Insbesondere wird eine Ergänzung des Umlageverfahrens mit einer kapitalgedeckten Zusatzkomponente gefordert (CDU et al. 2010: 92-93).

Obwohl über die Notwendigkeit struktureller und finanzieller Reformen innerhalb der gesetzlichen Pflegeversicherung unter allen Beteiligten aus Politik, Gesellschaft und Wissenschaft ein weitestgehender Konsens besteht, wird diese Diskussion bereits seit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung geführt (SVRBdGE 2009: 204-205). Dennoch gibt es bis zum heutigen Zeitpunkt keine klare und mehrheitsfähige Präferenz für eine nachhaltige, tragfähige und generationsgerechte Weiterentwicklung des bestehenden Finanzierungs- und Strukturkonzeptes. Inzwischen werden eine Vielzahl von hochkomplexen Modellen und Begrifflichkeiten diskutiert. Selbst den beteiligten Fachakteuren fällt es zunehmend schwerer, die einzelnen Konzepte mit ihren jeweiligen Schwerpunkten zu bewerten. Vor diesem Problemhintergrund hat der überwiegende Teil der direkt betroffenen Bevölkerung kaum Möglichkeiten, den verschiedenen Diskussionen zu folgen und ein eigenes bzw. unabhängiges Meinungsbild zu erwerben (Donges et al. 2005: 48).

### 1.1 Problemstellung und Zielsetzung

Nach verschiedenen Hochrechnungen ist eine weitere Zunahme der Hochalterigkeit zu erwarten. Gleichzeitig wird der arbeitsfähige Teil der Bevölkerung zurückgehen. Die prognostizierten Berechnungen maßgeblicher Faktoren können nur marginal beeinflusst werden (z.B. Sterblichkeitsrate, Geburtenrate, Zuwanderung). Über die generellen Auswirkungen dieses Trends besteht daher ein allgemeiner Konsens (Bundesregierung 2002: 18-19; SVRBdGE 2009: 120-121).

Da mit der Zunahme des Alters auch die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit steigt wurde im Jahr 1995 die gesetzliche Pflegeversicherung als zusätzliche Säule

des deutschen Gesundheitssystems eingeführt. Bereits zu diesem Zeitpunkt wurden verschiedene Finanzierungsmodelle kontrovers diskutiert. Die Einführung der sozialen Pflegeversicherung erfolgte als umlagefinanziertes Modell in Anlehnung an die deutsche Sozialversicherungsstruktur. Lediglich die Finanzierung der privaten Pflegeversicherung orientiert sich in einigen Aspekten am Modell der Beitragsfinanzierung (Simon 2010: 319-320).

Die Entscheidung für eine Umlagefinanzierung der sozialen Pflegeversicherung wird seitdem vor dem Hintergrund der zu erwartenden demographischen Entwicklung von verschiedenen Akteuren aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft erheblich kritisiert. Auch die Befürworter einer Umlagefinanzierung fordern Korrekturen und verlangen eine breitere und sozialere Verteilung der finanziellen Lasten. Andere Fraktionen präferieren gemischte Modelle aus einer Umlagefinanzierung und ergänzenden kapitalgedeckten Komponenten. Allen Vorschlägen gemeinsam ist das Ziel, eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung und eine Anpassung des Leistungskatalogs an die notwendigen Bedürfnisse und Bedarfe der Betroffenen sicherzustellen (Niehaus et al. 2008: 11). Die Zielsetzung dieser Übersichtsarbeit besteht darin, eine interessensunabhängige, allgemeinverständliche und strukturierte Darstellung der wichtigsten Finanzierungsmodelle zur Pflegeversicherung aufzuzeigen.

## **2. Ausgangslage und beeinflussende Faktoren innerhalb der Pflegeversicherung**

Mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung wurde das finanzielle Risiko, welches mit dem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit verbunden ist, zu großen Teilen abgesichert. Diese Säule der Sozialversicherung wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, die in den folgenden Kapiteln erläutert werden.

### **2.1 Demographische Entwicklungen der Bevölkerungsstruktur**

Da die Pflegebedürftigkeit mit dem Alter der Versicherten zunimmt, ist von einer Erhöhung der Gesamtzahl von 2,25 Millionen (2007) auf bis zu 4,7 Millionen (2050) auszugehen (Rothgang 2008: 8-9; Statistisches Bundesamt 2006: 22-23). Selbst bei unterschiedlicher Berücksichtigung der beeinflussenden Faktoren gehen die günstigsten Modellrechnungen von circa 3,7 Millionen Pflegebedürftigen aus (Schnabel 2007: 13). Diese Entwicklung wird sich insbesondere in der privaten Pflegeversicherung mit überproportionalen Steigerungsraten auswirken. Im Vergleich zur sozialen Pflegeversicherung besteht der Versichertendurchschnitt aktuell noch aus überwiegend jungen Menschen und deshalb wird sich der prognostizierte demographische Faktor in diesem Bereich der PV zeitverzögert, aber dann mit einem massiven Anstieg, auswirken (Niehaus 2006: 2). Finanzierungsmodelle, die einen Zugriff auf die finanziellen Reserven der privaten Pflegeversicherung beinhalten, berücksichtigen diesen Kostensteigerungsfaktor nur unzureichend.

Im Gegensatz zur zunehmenden Alterung der Bevölkerung steht die ebenfalls prognostizierte Abnahme des arbeitsfähigen Bevölkerungsteils. Da diese Gruppe die Beiträge im Rahmen der Umlagefinanzierung aufbringt und tendenziell weniger Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch nimmt (Bundesregierung 2003: 56-57), wirkt sich diese rückläufige Entwicklung direkt auf die finanzielle Basis der Umlagefinanzierung aus, häufig als Erosion der Finanzierungsbasis bzw. ungerechte Lastenverteilung des Generationenvertrags bezeichnet (Henke et al. 2007: 1; Niehaus et al. 2008: 12-13). Somit wird die Entscheidung für eine umlagefinanzierte Komponente langfristig zu einem Einnahmeproblem führen. Erste Auswirkungen sind bereits heute erkennbar (Simon 2010: 348-349).

## 2.2 Veränderungen der Pflegearrangements

Die Nutzung der verschiedenen Pflegearrangements beeinflusst die Gesamtausgaben der Pflegeversicherung in erheblichem Maße. Als Pflegearrangements werden z.B. die Struktur und der Ort der Versorgung (ambulant, stationär), der Grad der Professionalität (Angehörige, Fachkräfte) oder das verfügbare Pflegepotential bezeichnet. Beeinflusst werden diese Aspekte u.a. von der demographischen Entwicklung, der Infrastruktur, der sozialen Stellung, der Sozialgesetzgebung, der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, den arbeitsrechtlichen Bedingungen oder von den individuellen Lebensentwürfen. Bereits zum heutigen Zeitpunkt verschiebt sich in der ambulanten Versorgung der Anteil der Geldleistung zugunsten der Sach- bzw. Kombileistung. Die Versorgung eines Pflegebedürftigen in der Leistungsart Kombileistung bedeutet, dass der Versicherte eine teilweise Unterstützung durch einen professionellen Leistungserbringer in Anspruch nimmt. Bei der Sachleistung wird die Pflege vollständig durch einen Leistungserbringer übernommen und direkt mit der Pflegekasse abgerechnet. Gleichzeitig zeichnet sich bei den Heimaufnahmen eine Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab (Blinkert et al. 2009: 6-7). Die Zunahme der stationären Versorgung betrifft aktuell überwiegend Versicherte mit der Pflegestufe 1 (Statistisches Bundesamt 2009: 13). Diese Tendenz wird durch die veränderten Lebensentwürfe und die damit verbundene Abnahme der Verfügbarkeit von Pflegepersonen verstärkt. Im Kontext der gesellschaftlichen Veränderungen sind die Lebensentwürfe zunehmend von sozialer und geographischer Mobilität sowie von verstärkter Individualität geprägt. Es wird erkennbar, dass diese Punkte langfristig eine weitere Kostensteigerung bewirken, aber gleichzeitig über mögliche veränderte Versorgungsstrukturen auch ein enormes Kostensenkungspotential beinhalten (Blinkert et al. 2009: 36-37). Die Veränderung der Kostenstrukturen bezieht sich beispielhaft auf die unterschiedlichen Vergütungssätze innerhalb der Leistungsarten und die zu erwartenden Auswirkungen auf die Sozialhilfeträger bedingt durch die veränderten Lebensentwürfe (z.B. Hilfe zur Pflege). In diesem Kontext werden die Stärkung und Stabilisierung der häuslichen bzw. ambulanten Versorgungssituation häufig als Argument für kostengünstigere Betreuungsalternativen genannt. Zusätzliches Potential für Kostensenkungen- bzw. -steigerungen besteht in der weiteren Ausgestaltung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote, der rehabilitativen Maßnahmen, der Beratungsangebote und der geplanten Ausweitung des Pflegebedürftig-

keitsbegriffs. Diese Punkte beinhalten kurzfristig eine Steigerung der finanziellen Kosten, bieten aber langfristig Chancen für eine Stabilisierung des Gesamtsystems der Pflegeversicherung (MDS 2010: 7).

Vor diesem Hintergrund ist zu beachten, dass eine Entscheidung für ein entsprechendes Versorgungssetting nicht nur von den finanziellen Rahmenbedingungen abhängig ist. Ein Vergleich der Sterblichkeit ambulanter und stationärer Pflegepatienten im Langzeitverlauf zeigt auf, dass die Richtschnur „ambulant vor stationär“ in der Pflegeversorgung wegen vermeintlich geringerer Kosten nicht reflexartig auf alle Pflegebedürftigen übertragen werden kann, sondern differenziert der Einzelfall betrachtet werden muss. Für die Wahl der bestgeeigneten Versorgungsstruktur müssen nicht nur die Kosten, sondern insbesondere vor dem Hintergrund der Krankheitskonstellation das erreichte Alter, die Pflegedauer, die Pflegeeinstufung, das Kompensations- und Reaktivierungspotential, der Hilfebedarf, die Zahl und die Art der betroffenen Verrichtungen mit Hilfebedarf und die pflegebegründenden Diagnosen berücksichtigt werden (Seger et al.).

### **2.3 Anpassungen und Ausweitungen des Leistungsumfangs der Pflegeversicherung**

Seit Einführung der PV wird die somatische und defizitorientierte Auslegung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie die nur eingeschränkte Berücksichtigung dementiell erkrankter Menschen kritisiert. Maßnahmen zur Verbesserung dieser Sachverhalte sind die Entwicklung und Erprobung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Bundesregierung 2009; Windeler et al. 2008: 5). Zusätzlich wurde mit der Reform der Pflegeversicherung zum 1.07.2008 der Leistungskatalog ausgeweitet und bereits umgesetzt. Dazu zählen die schrittweise Dynamisierung der finanziellen Leistungen bis 2012, eine Ausweitung und Erhöhung des Betreuungsbetrages für Menschen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz, die Einführung eines gesetzlichen Anspruchs auf Pflegezeit für pflegende Angehörige und die Bündelung von Leistungsansprüchen (Pools)<sup>1</sup> verschiedener Versicherter. Mit der besseren Versorgung der Leistungsberechtigten und individuelleren Betreuungsmöglichkeiten reagiert der Gesetzgeber auf die veränderten Lebensentwürfe und Ergebnisse der Versorgungsforschung (Blinkert 2007: 238; Blinkert et al. 2008: 254).

Obwohl hierüber ein breiter politischer und gesellschaftlicher Konsens besteht, ist die praktische Umsetzung und Finanzierung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes sowie eines neuen Begutachtungsassessments (NBA) noch nicht abschließend geklärt (CDU et al. 2009). Weitere Kostensteigerungen hängen unmittelbar von der politischen Entscheidung für ein Umsetzungsmodell des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ab. Die Kostenberechnungen variieren zwischen zusätzlichen Ausgaben von 380 Mio. bis circa 3,9 Mrd. Euro (Bundesregierung 2009: 23/35; Rothgang et al. 2008: 64-65).

<sup>1</sup> Mit dem Begriff „Pools“ wird die gemeinsame Inanspruchnahme von Pflegeleistungen verschiedener Versicherter bezeichnet.

Die Gewährleistung einer an die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen angepassten pflegerischen und selbstbestimmten Versorgung (Gärtner 2009: 16-19) zeigt die grundsätzliche Bedeutung einer nachhaltigen Finanzierung bei der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Da eine pflegewissenschaftliche und qualitative Weiterentwicklung der Pflegeversicherung sowie deren mittelfristige Umsetzung politisch gewollt sind (CDU et al 2005: 107-108), beauftragte das Bundesministerium für Gesundheit bereits 2006 einen wissenschaftlichen Beirat mit dieser Aufgabe. In diesem Rahmen wurde der gegenwärtige sozialrechtliche Begriff der Pflegebedürftigkeit überprüft, Empfehlungen für eine Neufassung definiert und ein neues Begutachtungsinstrument entwickelt. Daran anschließend erfolgte eine Überprüfung dieses Instruments auf Reliabilität und Validität. In 2009 wurde dieses Projekt um eine Studie mit verschiedenen Modellrechnungen zu den finanziellen Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergänzt (von Schwanenflügel 2009: 155-157).

Unabhängig von den bestehenden Konzepten wird diese Entwicklung zu einer weiteren allgemeinen Beitragssteigerung führen. Dieser finanzielle Faktor muss bei den zu erwartenden Entscheidungen entsprechend berücksichtigt werden und schließt nicht nur die Kosten der Pflegeversicherung ein, sondern auch die finanziellen Auswirkungen auf die Sozialhilfeträger (Niehaus 2010: 19; Rothgang 2008: 64-65).

### **3. Finanzielle Entwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung**

Aktuell bestehen in den zwei Bereichen der gesetzlichen Pflegeversicherung unterschiedliche finanzielle Ausgangslagen. Diese Entwicklungen werden durch die verschiedenen Strukturen innerhalb der sozialen und privaten Pflegeversicherung beeinflusst.

#### **3.1 Die soziale Pflegeversicherung**

Mit Einführung der sozialen Pflegeversicherung als umlagefinanziertes System gelten für diesen Bereich die gleichen Wirkmechanismen, wie in den anderen Sozialversicherungszweigen. Diese beinhalten z.B. die Faktoren der Einnahme- und Ausgaben-schwankungen, die Abhängigkeit der Beitragszahlungen von der Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse und der allgemeinen Lohnentwicklung (Güntert 2008: 166). Zum Aufbau einer finanziellen Rücklage wurde bei Einführung der Pflegeversicherung ein Stufenmodell zur Beitragserhebung und Leistungsgewährung gewählt. Damit war es möglich, eine Schwankungsreserve aufzubauen und ausgeglichene Bilanzen in den ersten Jahren des Bestehens auszuweisen (Simon 2010: 320-321). Unter Berücksichtigung der Einnahme- und Ausgabenentwicklungen der letzten Jahre wurden seit dem Bestehen der Pflegeversicherung überwiegend Defizite in den jährlichen Leistungsbilanzen erwirtschaftet (Blinkert 2009: 8; Nagel 2007). Stabilisierend wirkten in diesem Zeitraum der Verzicht auf eine Dynamisierung der Leistungen und die zum 01.05.2005 beschlossene Beitragserhöhung für kinderlose

Versicherte. Zusätzlich wurden die Arbeitgeberkosten mit der Streichung eines Feiertages (Ausnahme Sachsen) kompensiert (Bundesregierung 2003: 188; Rothgang 2009:39).

Mit der zum 01.08.2008 beschlossenen Leistungsdynamisierung und der Ausweitung der Anspruchsberechtigten (Leistungen zur eingeschränkten Alltagskompetenz - PEA) wurde auch gleichzeitig eine allgemeine Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozent auf jetzt aktuell 1,95 % beschlossen. Obwohl diese Beitragserhöhung die Einnahmen der Pflegeversicherung verbessert und einen Teil der Leistungsausweitungen ausgleicht, bestehen die allgemeinen und umlagebedingten Abhängigkeiten innerhalb des umlagefinanzierten Modells weiter (Rothgang 2009: 40). Die beschlossenen Maßnahmen bewirken jedoch eine nur kurzfristige Beitragsstabilisierung bis zum Jahr 2014 und führen nicht zu einer dauerhaften Sicherung der sozialen Pflegeversicherung (Pick 2009).

### 3.2 Die private Pflegeversicherung

In der privaten Pflegeversicherung werden aufgrund der demographisch bedingten Versichertenstrukturen weiterhin erhebliche Überschüsse ausgewiesen. Im Vergleich zur Zahl der gesetzlich Versicherten weist die private Pflegeversicherung (circa 10% der Versicherten) einen überproportionalen Kapitalstock auf. (SVRBdGE 2009: 564). Aufgrund dieser positiven Finanzentwicklung fallen die aktuellen Prämien der PPV im Vergleich zu den festgesetzten Höchstbeiträgen der sozialen PV erheblich niedriger aus (Eisenmenger et al. 2008: 38). Jedoch besteht auch in diesem Zweig der Pflegeversicherung nur eine eingeschränkte private Versicherungsstruktur, da wesentliche Größen der Vertragsgestaltung durch den Gesetzgeber ausgeschlossen bzw. entsprechend den Vorgaben der sozialen Pflegeversicherung implementiert wurden (Bäcker et al. 2008: 296-297). Beispielhaft sind dies die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern, der Verzicht auf geschlechtsspezifische Beiträge und die Pflicht zur Aufnahme von privat krankenversicherten Personen (Kontrahierungszwang). Zwar gilt die aktuelle Finanzlage der privaten Pflegeversicherung als solide, jedoch wird sie langfristig mit ähnlichen, demographisch beeinflussten Entwicklungen wie in der sozialen Pflegeversicherung konfrontiert werden (Lauterbach et al. 2005: 18-19).

## 4. Übersicht ausgewählter Finanzierungskonzepte

Die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion wird sehr kontrovers und emotional zugespitzt geführt. Einzelne Komponenten werden aus dem inhaltlichen Gesamtkontext gerissen, politisch instrumentalisiert oder ohne überprüfbaren Bezug miteinander verknüpft. Begleitet wird diese Entwicklung von Lobbyismus oder unterschiedlichen gesellschaftspolitischen Interessen (BDI 2010; Die Linke 2010a; Die Linke 2010b; Verdi 2007). Innerhalb der verschiedenen Reformkonzepte werden zusätzlich gesellschaftliche Umverteilungsanliegen mit grundsätzlichen Versicherungsaspekten vermischt (Donges et al. 2005: 15). Für eine systematische Analyse ist es erforderlich, verschiedene

Faktoren und Eckpunkte innerhalb der einzelnen Konzepte zu identifizieren und miteinander in Beziehung zu setzen. Dazu zählen u.a. die Berechnungsgrundlagen, die zugrundegelegten Prognosen, die Finanzierungsformen, die Formen der Beitragsgestaltung, der Bezug zur Generationengerechtigkeit oder der Einbezug der Bevölkerungsgruppen. Weitere Schwerpunkte sind die grundlegenden Ordnungsprinzipien (Individualprinzip oder Sozialprinzip) (Skuban 2004: 110) und die Gestaltung des Übergangs vom aktuellen System zum vorgeschlagen Modell sowie die damit verbundenen Zeitphasen.

Die verschiedenen Modelle und Konzepte werden darüber hinaus mit grundlegenden Begrifflichkeiten, wie der Bürgerversicherung oder dem Prämienmodell verknüpft und diese Begriffe je nach wirtschaftlicher bzw. politischer Interessenslage instrumentalisiert (Rothgang 2007: 14).

#### 4.1 Bürgerversicherung und Prämienmodell

Diese Begriffe sind grundsätzlich unabhängig vom jeweiligen Finanzierungsmodell, werden aber in der Diskussion um eine finanzielle Reform der Pflegeversicherung häufig mit den vorgestellten Reformkonzepten verknüpft. Für die Bewertung und Analyse der einzelnen Konzepte werden die Begrifflichkeiten kurz erläutert und ermöglichen ein besseres Verständnis für diese Sachverhalte.

Egal ob ein umlagefinanziertes oder ein kapitalgedecktes Finanzierungsmodell bevorzugt wird, lassen sich Elemente der Bürgerversicherung bzw. das Prämienmodell in allen Konzepten implementieren. Wesentliche Unterschiede bestehen in der Entscheidung, welche Bevölkerungsteile in die Versicherung einbezogen werden, wie das Beitragsaufkommen erhoben und nach welchen Kriterien eine sozialverträgliche Finanzierung gewährleistet wird. Im Laufe der gesundheitspolitischen Diskussion haben sich diese beiden Begriffe als Synonyme für eine grundsatzpolitische Positionierung verfestigt. Dies betrifft in erster Linie nicht nur die Debatte zur Pflegeversicherung, sondern vor allem die Diskussion und Reformprojekte zur Krankenversicherung (Henke 2007: 8-11; Pfeiffer 2009: 49-58).

Der Begriff der Bürgerversicherung steht aktuell vor allem für die vollständige Einbeziehung der gesamten Bevölkerung, für einen langfristigen Übergang aller Bürger in diese Versicherungsform, für eine überwiegende Finanzierung durch Steuermittel sowie eine breitere Bemessungsgrundlage unter Berücksichtigung sämtlicher Einkommensarten (Passon et al. 2009: 20). Dem gegenüber wird das Prämienmodell mit einer einkommensunabhängigen Prämie inklusive einer sozialverträglichen Komponente verbunden, aber auch in diesem Bereich wird teilweise die komplette Berücksichtigung der Bevölkerung diskutiert (Donges et al. 2005: 48-49). Erschwerend kommt hinzu, dass Modelle existieren, die direkt nach diesen Begrifflichkeiten benannt sind (Modell der Bürgerversicherung nach Lauterbach, Prämienmodell der Herzogkommission, Kopfpauschalmodelle). Die Verwendung dieser Begriffe sollte in den jeweiligen Modellen immer mit deren strikter Definition einhergehen. Nur so lässt sich eine einheit-

liche Verwendung und klare Zuordnung sicherstellen. Ohne eine genaue Definition wird die Nutzung der Begriffe Bürgerversicherung oder Prämienmodell häufig mit einer gesundheits- und gesellschaftspolitischen Positionierung verbunden oder aus dem Gesamtkonzept herausgelöst (Strengmann-Kuhn 2005: 12). Bei der Darstellung der verschiedenen Finanzierungsmodelle in dieser Arbeit, werden diese Begrifflichkeiten (Bürgerversicherung/Prämienmodell) nur im Rahmen der vorgestellten Konzepte verwendet.

#### 4.2 Umlagefinanzierte Modelle

Die einkommensabhängige Umlagefinanzierung und paritätische Verteilung der Beiträge zwischen Mitgliedern und Arbeitgebern bilden für einen großen Teil der Gesellschaft die Grundlage für die soziale Gerechtigkeit innerhalb des Gesundheitssystems. Sie folgen damit der Tradition des deutschen Sozialstaatsmodells (Skuban 2004: 128). Gleichwohl erfolgen bereits heute eine teilweise Abkehr von der paritätischen Finanzierung und die Deckung des zusätzlichen Finanzbedarfs über Steuermittel und zu einem geringen Teil auch aus dem Bereich der privaten Haushalte. Weitere Einschränkungen bestehen durch die Beitragsbemessungsgrenzen und die unterschiedlichen Versicherungspflichten (Privat, Beamte). Im Bereich der Pflegeversicherung wurde dieses Modell mit der Kompensation der zusätzlichen Arbeitgeberbelastungen durch die Streichung eines Feiertages (Buß- und Betttag, Ausnahme Bundesland Sachsen) und der Abkehr vom Bedarfsdeckungsprinzip weiter reduziert (Bäcker 2008: 117).

Im derzeitigen Modell der Umlagefinanzierung erfolgt die Finanzierung der Kosten ausschließlich über die Beiträge vom Arbeitsentgelt bzw. den Altersrenten. Defizite können nur über Beitragserhöhungen oder Steuerzuschüsse gedeckt werden. Ein nachhaltiger Aufbau einer Kapitalreserve findet nicht statt (Weber 2007: 53). Die Fixierung auf sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse führt zu einem gravierenden Einnahmeproblem. Da durch die Globalisierung ein Teil der vorhandenen Stellen verlagert wird und die Lohnentwicklung sich nur langsam steigert, halten die Beitragseinnahmen nicht mit dem Bruttoinlandsprodukt schritt. Der Wettbewerbsdruck auf den Kostenfaktor Arbeit und die Reduzierung von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen verhindern ebenfalls eine nachhaltige Erhöhung der Pflegeversicherungsbeiträge. Eine Kostenerhöhung würde sich unmittelbar auf die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Stellen auswirken und das Einnahmeproblem weiter verschärfen (Rothgang 2007: 2). Alternativ bestehen im Modell der Umlagefinanzierung nur die Möglichkeiten, den Leistungskatalog einzuschränken oder das Leistungsniveau abzusenken. Beides ist politisch nicht durchsetzbar, es ist eher eine Ausweitung des Leistungskatalogs bzw. eine Verbreiterung des Kreises der Anspruchsberechtigten zu erwarten. Da zusätzlich von weiteren Steigerungen der Pflegekosten auszugehen ist, besteht langfristig eine finanzielle Unterdeckung des Gesamtsystems. Diese führt zu einer erneuten Kostenverlagerung in die steuerfinanzierte Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege). Bedingt durch die allgemeine Kostenentwicklung und trotz der in der Vergangenheit unregelmäßigen Dynamisierung der Leistungen, ist die erneute Ausgabensteigerung

bereits seit einigen Jahren erkennbar (Kasperbauer 2009: 225-229). Diese Entwicklung war ein wesentlicher Grund für die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung (Skuban 2004: 143-144).

Hier setzen die Modelle für eine Reform der umlagefinanzierten Pflegeversicherung an. Zur Entlastung des Faktors Arbeit und Verbesserung der Einnahmeseite wird eine Ausweitung der Beitragszahlungen auf alle Arten von Einnahmen unabhängig vom Arbeitseinkommen empfohlen. Damit wird häufig auch der Begriff einer gerechten Lastenverteilung bzw. einer sozialen Umverteilung verknüpft. Weitere Vorschläge beziehen sich auf die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenzen, um die Beitragseinnahmen zu erhöhen. Unter der Prämisse der sozialen Gerechtigkeit wird ferner auch der Zugriff auf die finanziellen Rücklagen der privaten Pflegeversicherung gefordert (Rothgang 2007: 54). Eine Verwirklichung dieser Vorschläge würde jedoch die finanzielle Leistungsfähigkeit der privaten Pflegeversicherung erodieren, die Gewinnung von neuen Mitgliedern verhindern und damit zu einer Reduzierung der Beitragseinnahmen in der PPV führen. Langfristig würde sich die aufgezeigte Kostenentwicklung (Reduzierung der finanziellen Grundlagen) auch in diesem Versicherungszweig erheblich beschleunigen. Unabhängig von der verfassungsrechtlichen Bewertung würde die Umsetzung dieser Maßnahme die Einnahmen des Umlagesystems nur kurzfristig stabilisieren aber gleichzeitig zu keiner Verbesserung der langfristigen Finanzierungsprobleme führen.

Zur Weiterentwicklung des Umlagemodells werden auch eine Ausweitung der steuerbasierten Finanzierung und die Kostenübernahme von versicherungsfremden Leistungen/allgemeinen Staatsaufgaben, wie z.B. die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern diskutiert (Döring et al. 2009: 27-28). Alternativ wird im Modell des Sachverständigenrats die Zusammenführung der Kranken- und Pflegeversicherung in einem gemeinsamen Versicherungszweig empfohlen, um Synergien aus beiden Systemen zu generieren (SVR 2005: 227). Von den Befürwortern des beitragsfinanzierten Umlagemodells wird abweichend auch die Umstellung der gesetzlichen Pflegeversicherung auf eine allgemeine Bürgerversicherung mit zwei Grundkomponenten vorgeschlagen. Diese Komponenten beinhalten die Erfassung der gesamten Bevölkerung und die Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragspflicht (Lauterbach et al. 2005: 21).

### 4.3 Kapitalgedeckte Modelle

Konzepte zur vollständigen Kapitaldeckung stellen eine radikale Abkehr vom System der deutschen Sozialversicherung dar, z.B. das Modell des Kronberger Kreises, das Auslaufmodell nach Raffelhüschen, das Kohortenmodell des Sachverständigenrates oder das Modell der Herzogkommission. Allen gemeinsam ist der Ausstieg bzw. ein zeitlich definierter Umstieg in eine Kapitaldeckung. Unterschiedlich sind jedoch die zeitlich definierten Szenarien. Während das Auslaufmodell nach Raffelhüschen einen sofortigen Ausstieg vorschlägt, werden z.B. im Modell des Kronberger Kreises Umstellungsszenarien für bestimmte Geburtenjahrgänge zeitlich gestaffelt (Donges et al. 2005: 52).

Alle Modellrechnungen beinhalten erhebliche Umstellungskosten über Jahrzehnte, die teilweise über eine Erhöhung von Beiträgen, zusätzliche private Vorsorgemodelle oder direkt über erhebliche Steuermittel zu finanzieren sind. Bemerkenswert sind in diesem Kontext auch die partiell über Jahrzehnte geplante Beibehaltung der sozialen Pflegeversicherung, die Finanzierung der Beiträge als Umlagefinanzierung und die Kopplung an das Erwerbseinkommen. Unter Berücksichtigung der Generationengerechtigkeit kommt es je nach Modellrechnung zu erheblichen Doppelbelastungen einzelner Bevölkerungskohorten (Niehaus et al. 2008: 85/87). In den verschiedenen Modellrechnungen sind außerdem Elemente der Bürgerversicherung (z.B. vollständige Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in eine Versicherungsstruktur) oder Konzepte für unterschiedliche Prämienmodelle zu finden. Zusätzlich werden eine Dynamisierung der Leistungen und eine Leistungsausweitung in die Modellrechnungen einbezogen.

Im Bereich der Kapitaldeckung werden alle Konzepte mit der zu erwartenden Schiefelage der sozialen Pflegeversicherung, der demographischen Entwicklung und einer herzustellenden Generationengerechtigkeit begründet. Ein verbindendes Element ist zusätzlich der definierte Systemwechsel hin zu einer langfristigen und vollständigen Kapitaldeckung im Sinne einer privatrechtlich organisierten Versicherungsstruktur (Rothgang et al. 2007: 24).

#### 4.4 Teilkapitalgedeckte Modelle

Teilkapitaldeckung oder ergänzende kapitalgedeckte Komponenten werden in den letzten Jahren als ernstzunehmende Alternativen diskutiert. Beispielfhaft werden hier das Modell der Bundesländer, das CSU-Modell, das Modell der Teilkapitaldeckung nach Niehaus/Webe, die tragfähige Pflegeversicherung und das Rürüpmodell genannt. Im Gegensatz zu den vollständig kapitalgedeckten Modellen besteht bei der Teilkapitaldeckung die Annahme, dass sich diese eventuell einfacher und systemkonformer umsetzen lässt (Niehaus 2008:87-88). Ein Vorteil liegt aus Sicht der Befürworter in dem Ansatz, dass sich diese auf das bestehende umlagefinanzierte System aufsetzen bzw. in dieses implementieren lassen. Zusätzlich bleibt die umlagefinanzierte Komponente für einen definierten Zeitraum der bestimmende Faktor, welcher langfristig um eine kapitalgedeckte Komponente ergänzt wird. Abweichend werden zeitlich unterschiedlich definierte Überbrückungszeiträume bis zur Wirksamkeit der kapitalgedeckten Komponenten und unterschiedliche Formen der Teilkapitaldeckungen diskutiert. Die Spanne reicht vom integrativen Lastenausgleich einer einzelnen Bevölkerungsgruppe (Zusatzbeitrag der Rentner) bis hin zu einer allgemeinen Pflegezusatzversicherung für alle Versicherten (Bundesregierung 2003: 201). Diese unterschiedlichen Belastungsszenarien bilden gleichzeitig die größten Kritikpunkte der Gegner einer Teilkapitaldeckung. Trotzdem scheinen diese Modelle einen gewissen Charme für die politischen Entscheidungsträger zu entwickeln (CDU et al. 2009: 92-93). Sie werden in der politischen Diskussion in Anlehnung an die erfolgreiche Einführung der „Riesenterrente“ als Pflegeriester bezeichnet.

Die Gesamtumstellungskosten werden im Unterschied zur kompletten Umstellung auf eine Kapitaldeckung von den beteiligten Akteuren als beherrschbar angesehen. Nachteilig wirken sich die jeweilige Belastung der Beitragszahler und die damit verbundene Differenz zwischen Vorlaufzeit der Beitragszahlung und Leistungsgewährung aus. Weiterhin bleiben die Auswirkungen aus der demographischen Entwicklung und der einhergehenden Beitragsentwicklungen für den umlagefinanzierten Bestandteil der Finanzierung bestehen. Um eine nachhaltige Akzeptanz dieses Modells bei den betroffenen Bürgern zu erreichen, werden auch bei diesen Konzeptionen ein sozialer Ausgleich über Steuermittel, eine Dynamisierung der Leistungen und ein steuerfinanzierter Ausgleich der Beiträge für Kinder empfohlen. Verbindend wird bei allen Konzepten der Erhalt der Umlagefinanzierung in unterschiedlichen Ausprägungen definiert (Niehaus et al. 2008: 94).

#### 4.5 Tabellarische Übersicht der Modelle

Die nebenstehende Übersicht stellt die wichtigsten strukturellen Unterschiede und Gemeinsamkeiten anhand ausgewählter Parameter in tabellarischer Form vor.

### 5. Fazit

Unter Berücksichtigung der zu erwartenden Entwicklungen wird deutlich, dass über die notwendige Weiterentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. die Implementierung von zusätzlichen finanziellen und strukturellen Aspekten ein gesellschaftspolitischer Konsens besteht. Nur mit der Umsetzung eines ganzheitlichen und finanziell tragfähigen Konzeptes lässt sich eine langfristig ausgelegte und nachhaltige Pflegeversicherung sicherstellen.

Obwohl bereits zahlreiche Modelle vorliegen und diskutiert werden, ist zum heutigen Zeitpunkt erkennbar, dass offenbar kein Konzept gesamtgesellschaftlich durchsetzbar ist. Im Rahmen dieser allgemeinen Übersicht wurden unterschiedliche Konzepte für eine umlagefinanzierte und kapitalgedeckte Pflegeversicherung auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht. Eine Bewertung der verschiedenen Vorschläge war nicht beabsichtigt. Festzustellen ist, dass eine Vergleichbarkeit der einzelnen Entwürfe nur bedingt bzw. in einzelnen Teilbereichen möglich ist. Phasenweise werden Begrifflichkeiten innerhalb der Konzepte mit unterschiedlichen Definitionen verwendet und häufig, je nach wirtschaftlicher oder politischer Interessenslage, politisch instrumentalisiert. Innerhalb einzelner Konzepte lassen sich deutliche Hinweise auf parteipolitische bzw. verbandsabhängige Interessen erkennen. Beispielsweise werden die Modelle der umlagefinanzierten Pflegeversicherung in der politischen Diskussion immer wieder mit dem Konzept einer Pflege-Bürgerversicherung verknüpft und in diesem Kontext eine Abschaffung der privaten Pflegeversicherung gefordert (Bündnis 90/Die Grünen 2007:2; Die Linke 2010a: 3-4). Im Gutachten des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln (IGKE)

<b>Parameter</b>	<b>umlagefinanzierte Modelle</b>	<b>kapitalgedeckte Modelle</b>	<b>teilkapitalgedeckte Modelle</b>
Finanzierungsverfahren	Umlagefinanzierung geplante Einbeziehung weiterer Einkunftsarten	vollständige Umstellung auf Kapitaldeckung Versicherungslösungen	Umlagefinanzierung mit zusätzlichen Kapitaldeckungsverfahren
Ausgleich von finanziellen Defiziten	steuerfinanzierte Zuschüsse zur Deckung des zusätzlichen Finanzbedarfs	steuerfinanzierte Zuschüsse und Sozialausgleich	steuerfinanzierte Zuschüsse mit definiertem Lastenausgleich
Zusatzkosten im Rahmen der Umsetzung	moderate Kosten	sehr hohe Kosten, zeitliche Staffelung ja nach Modell, Kohortenmodelle mit hohen Umstellungskosten für einzelne Kohorten	
Arbeitgeberbeitrag	paritätische Finanzierung	eingefrorener Beitrag mit zeitlich definierter Abschaffung	eingefrorener Beitrag wird langfristig beibehalten
Prognose der langfristigen Finanzentwicklung	weitere Kostensteigerungen zu erwarten Unterdeckung des Systems bleibt bestehen (demographischer Faktor)	weitere Kostensteigerungen zu erwarten Entkopplung des demographischen Faktors durch den Aufbau eines Kapitalstocks, einach der vollständigen Umstellung wird der zusätzliche Finanzbedarf durch den Kapitalstock gedeckt	weitere Kostensteigerungen zu erwarten Abfederung des demographischen Faktors durch den Aufbau eines zusätzlichen Kapitalstocks
Belastungsszenarien	Keine Veränderung der Kosten	Doppelbelastung einzelner Kohorten	Doppelbelastung einzelner Kohorten
Personenkreis	Beibehaltung der Trennung zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung Alternative: einheitliches System (Bürgerversicherung)	Einheitliche Versicherungslösung für alle Bürger	Beibehaltung der Trennung zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung
Bildung von Altersrückstellungen (Kapitalstock)	nein	ja, vollständige Umstellung geplant	Aufbau eines zusätzlichen Kapitalstocks
politischen Durchsetzbarkeit	mittelfristig hoch	nicht durchsetzbar	mittelfristig hoch
Beispiele: Reformvorschläge/Modellkonzepte	Modell der Bürgerversicherung Vorschlag des Sachverständigenrates 2005	Kronberger Kreis Herzogkommission Auslaufmodell nach Raffelhüschen Kohortenmodell des Sachverständigenrates	Rürup Kommission Tragfähige Pflegeversicherung CSU-Modell Teilkapitaldeckung nach Niehaus/Weber

(Lauterbach et al 2005: 21) lassen sich diese Punkte wiedererkennen, werden dort aber mit wissenschaftlich begründeten Argumenten und Modellrechnungen belegt.

Dem gegenüber vertreten die Befürworter einer kapital- bzw. teilkapitalgedeckten Pflegeversicherung die Thesen, dass die Beiträge zur Pflegeversicherung von den Lohnkosten abgekoppelt werden sollten, mehr Eigenverantwortung der Versicherten notwendig ist und die Beibehaltung der privaten und sozialen Pflegeversicherung aus Wettbewerbsgründen erforderlich ist (BDA 2009: 2-6; CDU et al. 2010: 93; MIT 2010). Elemente dieser Positionen lassen sich in den Gutachten des Kronberger Kreises, der Deutschen Bank Research und den verschiedenen Gutachten des Wissenschaftlichen Institutes der privaten Krankenversicherung erkennen. Bemerkenswert ist in diesem Kontext, dass die Anzahl der Vorschläge für eine kapital- bzw. teilkapitalgedeckte Finanzierung, die Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Umlagefinanzierung deutlich übersteigt. Anhand dieses Vergleiches wird deutlich, dass neben der notwendigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung auch ein hohes wirtschaftliches Interesse an der Umsetzung der zu erwartenden Maßnahmen besteht. Dieses Interesse beinhaltet zum Beispiel die Verwaltung der entsprechenden finanziellen Mittel, die Entwicklung neuer Versicherungsprodukte oder auch die langfristigen Perspektiven des Pflegemarktes. Im Gutachten der Deutschen Bank Research wird der Pflegemarkt in 2007 mit einem Volumen von circa 27 Mrd. Euro bewertet (Blinkert et al. 2009: 8).

Vor dem Hintergrund dieser gegensätzlichen Positionen ist nicht zu erwarten, dass die politische Umsetzung eines Modells anhand der vorliegenden Konzeptionen möglich ist. In dieser Legislaturperiode werden allenfalls erste Grundlagen für ein Reformkonzept beschlossen werden. Die aktuellen Entwicklungen bei der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung und die dort beschlossenen Punkte zeigen auf, welche Entwicklungen bei der Gestaltung einer zukunftsfesten und nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu erwarten sind (BMG 2010: 1-7). Aus Sicht der Autoren werden die Grundlagen dieses Reformvorschlages Bestandteile aus den umlagefinanzierten und teilkapitalgedeckten Modelle beinhalten und weitere langfristige Kompromissvorschläge zwischen den beteiligten politischen Akteuren erfordern.

Zusätzlich sind die Ausgangslagen nicht immer identisch und es werden nur eingeschränkt Modellrechnungen innerhalb der Konzepte entwickelt. Beispielhaft wird auf die teilweise sehr unterschiedlichen Berechnungen zur demographischen Entwicklung und die Anzahl der Modellrechnungen verwiesen. Weiterhin werden nicht in allen Studien nachvollziehbare Aussagen zur methodischen Datengrundlage und zu eventuell erwarteten Risiken aufgezeigt. Positiv fallen die Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der Bericht der Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme und der Abschlussbericht zu unterschiedlichen Gestaltungs- und Finanzierungskonzepten der Pflegeversicherung auf. In diesen Berichten werden verschiedene Konzepte gegenübergestellt, auf die unterschiedlichen Berechnungsgrundlagen verwiesen und Minderheitsvoten berücksichtigt.

Für die Entscheidungsfindung und die Umsetzung eines nachhaltigen Reformkonzeptes sind verschiedene grundlegende Entscheidungen unabdingbar. Beispielhaft wird hier auf die Bereiche der Steuerfinanzierung, die Klärung von verfassungsrechtlichen Fragen und die grundsätzliche Ausrichtung des Sozialstaates verwiesen. Wenn gleich hier nur die Modelle zur Finanzierung der Pflegeversicherung bearbeitet wurden, lässt sich ein Großteil der Sachverhalte auch auf andere Zweige des deutschen Sozialversicherungssystems übertragen. Aufgrund der noch jungen Geschichte und des Finanzvolumens der Pflegeversicherung bietet sich dieser Zweig der Sozialversicherung als Modellprojekt für eine Reform an.

Mit der beschlossenen dreijährigen Dynamisierung der Pflegeleistung ab 2014 (vgl. § 30 SGB XI) und der zu erwartenden Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs besteht die Möglichkeit und gleichzeitig die Notwendigkeit für eine umfassende Reform der Einnahmeentwicklung im Bereich der Pflegeversicherung. Nur mit einer Verbesserung der finanziellen Grundlagen lassen sich die berechneten Steigerungen der Beitragsentwicklungen in einem vertretbaren Maße verringern und langfristige Defizite in der gesetzlichen Pflegeversicherung vermeiden (Niehaus 2010). Die Kosten der Implementierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Berücksichtigung der strukturellen Bestandskosten müssen in allen aufgezeigten Konzepten zusätzlich berücksichtigt werden. Entscheidend für die Neuausrichtung der gesetzlichen Pflegeversicherung und die gesamtgesellschaftliche Akzeptanz ist eine Balance zwischen den erforderlichen Leistungen und den finanziellen Belastungen (GKV-Spitzenverband 2009).

Berücksichtigt werden sollte bei der Diskussion und Umsetzung eines Reformkonzeptes weiterhin, dass Deutschland bei den Pflegeausgaben im internationalen Vergleich in Bezug auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) relativ niedrige Ausgaben ausweist und das Interesse zum Abschluss einer freiwilligen privaten Zusatzverringerung eher gering ausgeprägt ist (Wild 2010).

Aufgrund der wirtschaftlichen und finanziellen Dimensionen der Pflegeversicherung, sowie den damit verbundenen grundsätzlichen Entscheidungen im Bereich der Sozialpolitik und des Wohlfahrtsstaates, sind für eine interessenunabhängige Analyse und neutrale Bewertung der zugrundeliegenden Konzepte weitere Auseinandersetzungen mit den vorliegenden Quellen unabdingbar.

#### Literatur

- Bäcker, G./Naegele, G./Bispinck, R./Hofemann, K. (2008): Sozialpolitik und soziale Lage. Band 1: Grundlagen, Arbeit, Einkommen und Finanzierung: 4., grundlegend überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- BDA-Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (2009): Pflegeversicherung dauerhaft leistungsfähig und finanzierbar halten. BDA-Konzept zur Neuordnung der sozialen Pflegeversicherung. Online verfügbar unter: [http://www.bda-online.de/www/arbeitgeber.nsf/id/DE\\_Pflegeversicherung](http://www.bda-online.de/www/arbeitgeber.nsf/id/DE_Pflegeversicherung) [Stand:2010-08-12]

- BDI Standpunkt (2010): (K) eine Chance für die Gesundheitsprämie? Wirtschaft für Gesundheit. BDI initiativ. Ausgabe 04 / 18. Juni 2010. Online verfügbar unter: <http://www.bdi.eu/download-content/ForschungTechnikUndInnovation/Standpunkt4-2010.PDF> [Stand: 2010-08-03]
- Blinkert, B. (2007): Bedarf und Chancen. Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Prozess des demografischen und sozialen Wandels. In: Pflege und Gesellschaft, Jg. 12, Heft 3, S. 227-239
- Blinkert, B./Gräf, B. (2009): Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen. Deutsche Bank Research. Demographie Spezial. Aktuellen Themen 442. Online verfügbar unter: <http://www.dbresearch.de> [Stand: 2010-04-22]
- Blinkert, B./Klie, T. (2008): Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen. In: Bauer, U./Büscher, A. (Hrsg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 238-255
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2010): Für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbles und transparentes Gesundheitssystem. Online verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/cln\\_151/SharedDocs/Downloads/DE/Presse/Presse-2010/pm10-07-06-gesundheitsreform-eckpunkte-anhang.templateId=raw,property=puplicationFile.pdf/pm-10-07-06-gesundheitsreform-eckpunkte-anhang.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_151/SharedDocs/Downloads/DE/Presse/Presse-2010/pm10-07-06-gesundheitsreform-eckpunkte-anhang.templateId=raw,property=puplicationFile.pdf/pm-10-07-06-gesundheitsreform-eckpunkte-anhang.pdf) [Stand: 2010-08-04]
- Bundesregierung (2002). Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Online verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle> [Stand: 2010-01-11]
- Bundesregierung (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Online verfügbar unter: [http://www.bmas.de/portal/1462/property=pdf/deutsch\\_\\_fassung.pdf](http://www.bmas.de/portal/1462/property=pdf/deutsch__fassung.pdf) [Stand: 2010-01-11]
- Bundesregierung (2009): Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Online verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de> [Stand: 2010-12-27]
- Bündnis 90/ Die Grünen (2007): Antrag. Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung. Online verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/071/1607136.pdf> [Stand: 2010-08-08]
- CDU, CSU, SPD (2005): Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD. Online verfügbar unter: <http://www.cdusu.de/upload/koavertrag0509.pdf> [Stand: 2010-07-25]
- CDU, CSU, FDP (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. Online verfügbar unter: <http://www.cdu.de> [Stand: 2010-01-06]
- Die Linke 2010a: Antrag. Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen. Deutscher Bundestag. 17. Wahlperiode. Drucksache 17/1238. 25.03.2010. Online verfügbar unter: <http://dokumente.linksfraktion.net/drucksachen/7788265306-1701238.pdf> [Stand: 2010-08-01]
- Die Linke 2010b: Große Anfrage. Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (gemäß dem Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs). . Deutscher Bundestag. 17. Wahlperiode. Drucksache 17/2219. 16.06.2010. Online verfügbar unter: <http://dokumente.linksfraktion.net/drucksachen/7720641698-1702219.pdf> [Stand: 2010-08-01]
- Donges, J., B./Eekhoff, J./Franz, W./Fuest, C./Möschel, W./Neumann, M., J., M. (Kronberger Kreis) (2005): Stiftung Marktwirtschaft Frankfurter Institut. Tragfähige Pflegeversicherung. Schriftenreihe: Band 42. Online verfügbar unter: <http://www.stiftung-marktwirtschaft.de> [Stand: 2010-01-11]
- Döring, D./Greß, S./Logeay, C./Zwiener, R. (2009): Kurzfristige Auswirkungen der Finanzmarktkrise auf die sozialen Sicherungssysteme und mittelfristiger Handlungsbedarf. Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung. Online verfügbar unter: <http://library.fes.de> [Stand: 2010-01-18]
- Eisenmenger, W./Lippert, H.-D./Wandl, U. (2008): Grundbegriffe der Begutachtung. In: Dörfler, H./Eisenmenger, W./Lippert, H.-D./Wandl, U. (Hrsg.) (2008): Medizinische Gutachten. Heidelberg: Springer Verlag. S. 21-46

- Gaertner, T. (2009): Systemimmanente Prinzipien und Funktionen der sozialen Pflegeversicherung. In: Gaertner, T./Gansweid, B./Gerber, H./Schwegler, F./von Mittelstaed, G. (Hrsg.) (2009): Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung Beratung und Fortbildung. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: de Gruyter Verlag, 16-19
- GKV-Spitzenverband (2009): Perspektiven für Reformen. Die Position des GKV-Spitzenverbands für ein zukunftsfestes Gesundheitssystem. Beschlossen von Verwaltungsrat am 26. November 2009. Online verfügbar unter: <http://www.gkv-spitzenverband.de> [Stand: 2010-06-25]
- Güntert, B., J./Thiele, G. (2008): Gibt es eine Unterfinanzierung in der Pflege?. In: Bauer, U./Büscher, A. (Hrsg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 154-179
- Henke, K.-D./Andersen, H.,H./Grabka, M.,M. (2007): Research Notes 23. Pauschalprämienmodelle zur Finanzierung des Gesundheitswesens. Strukturparameter – Gestaltungsoptionen – Stimulation. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. Online verfügbar unter: <http://www.diw.de/documents/publikationen> [Stand: 2009-12-27]
- Kasperbauer, R./Engel, H. (2009): Perspektiven der sozialen Pflegeversicherung. In: Gaertner, T./Gansweid, B./Gerber, H./Schwegler, F./von Mittelstaed, G. (Hrsg.) (2009): Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung Beratung und Fortbildung. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: de Gruyter Verlag, 225-229
- Lauterbach, K., W./Lüngen, M./Stollenwerk; B./Gerber, A./Klever-Deichert, G. (2005): Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung. Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln (IGKE): Online verfügbar unter: [http://www.uk-koeln.de/kai/igmg/ga\\_buergerversicherung\\_pflege.pdf](http://www.uk-koeln.de/kai/igmg/ga_buergerversicherung_pflege.pdf) [Stand: 2010-01-17]
- MDS, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2010): Begutachtung des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung 2009. Online verfügbar: [http://www.infomed.mds-ev.de/sindbad\\_frame.htm](http://www.infomed.mds-ev.de/sindbad_frame.htm) [Stand: 2010-08-15]
- MIT, Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU/CSU: Reform der Pflegeversicherung. Beschluss auf der Klausurtagung des MIT-Bundesvorstands am 12./03. März 2010. Online verfügbar unter: [http://mittelstand-deutschland.de/html/pol\\_beschl.html](http://mittelstand-deutschland.de/html/pol_beschl.html) [Stand: 2010-08-15]
- Nagel, E. (2007): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklungen. 4., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Köln: Deutscher Ärzte Verlag
- Niehaus, F. (2006): Die Pflegeausgabenentwicklung bis ins Jahr 2044. Eine Prognose aus Daten der privaten Pflege-Pflichtversicherung. WIP Diskussionspapier 7/06
- Niehaus, F./Weber, Christian (2008): Teilkapiteldeckung als Finanzierungsmodell am Beispiel der Pflegeversicherung. WIP Wissenschaftliches Institut der PKV. Online verfügbar unter: <http://www.wip-pkv.de/uploads> [Stand: 2010-01-01]
- Niehaus, F. (2010): Zukünftige Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung. WIP Diskussionspapier 1/10. WIP Wissenschaftliches Institut der PKV. Online verfügbar unter: <http://www.wip-pkv.de/projekt-und-diskussionspapiere> [Stand: 2010-06-25]
- Passon, A./Lüngen M./Gerber, A./Redaelli, Stock, S. (2009): Das Krankenversicherungssystem in Deutschland. In: Lauterbach, K., W./Stock, S./Brunner, H. (Hrsg.) (2009): Gesundheitsökonomie. Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, S. 105-133.
- Pick, P. (2009): Reform der Pflegeversicherung – Bilanz und Perspektiven. Expertentag der SEG 2 in Würzburg am 26. März 2009. Vortrag. Online verfügbar unter: <http://www.mdk-bayern.de> [Stand: 2010-06-25]
- Pfeiffer, D. (2009): Politische Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen. In: Rebscher, H./Kaufmann, S. (Hrsg.) (2009): Gesundheitssystem im Wandel. Heidelberg: Economia Verlag, 4958
- Rothgang, H. (2007): Unterschiedliche Gestaltungs- und Finanzierungskonzepte der Pflegeversicherung. Abschlussbericht. Hans Böckler Stiftung. Fakten für eine faire Arbeitswelt. Online verfügbar unter: <http://www.boeckler.de> [Stand 2010-01-08]

- Rothgang, H./Borchert, L./Müller, R./Unger, R. (2008): GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 66. GEK Edition. Online verfügbar unter: <https://www.gek.de/x-medien/dateien/magazine/BARMERGEK-Pflegereport-2008.pdf> [Stand: 2010-01-15]
- Rothgang, H./Holst, M./Kulik, D./Unger, R./Schneekloth, U. (2008): Finanzielle Auswirkungen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Assessments für die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen. Ergänzungsprojekt zum Modellprojekt „Entwicklung und Erprobung eines neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“. Abschlussbericht. Online verfügbar unter: <http://www.zes.uni-bremen.de/ccm/cms-service> [Stand: 2010-01-17]
- Rothgang, H./Kulik, D./Müller, R./Unger, R. (2009): GEK-Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 73. GEK Edition. Online verfügbar unter: <https://www.gek.de/x-medien/dateien/magazine/BARMERGEK-Pflegereport-2009.pdf> [Stand: 2010-01-15]
- Schnabel, R. (2007): „Zukunft der Pflege“. Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft. Universität Duisburg Essen. Online verfügbar unter: <http://www.insm.de/insm/Presse/Pressemeldungen> [Stand: 2010-01-11]
- Seger, W./Sittaro, N.-A./Lohse, R./Rabba, J. : Hannover Morbiditäts- und Mortalitäts -Pflegestudie (HMMPS), Vergleich der Sterblichkeit ambulanter und stationärer Pflegepatienten im Langzeitverlauf, in Vorb. für DMW
- Simon, M. (2010): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber
- Skuban, R. (2004): Pflegeversicherung in Europa. Sozialpolitik am Binnenmarkt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- StBA, Statistisches Bundesamt (2006): Bevölkerung Deutschlands bis 2050.11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Presseexemplar. Online verfügbar unter: <http://www.destatis.de> [Stand: 2010-01-11]
- StBA, Statistisches Bundesamt (2009): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Online verfügbar unter: <https://www-ec.destatis.de> [Stand: 2010-01-12]
- Strengmann-Kuhn, W./ (Hrsg.) (2005): Das Prinzip Bürgerversicherung. Die Zukunft im Sozialstaat. Perspektiven der Sozialpolitik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- SVR, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration \_ Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Online verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten> [Stand 2010-01-11]
- SVR, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. BT-Drs. 15/5670. Online verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de> [Stand: 2010-01-11]
- SVRBdGE, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Erfolge im Ausland - Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/5: Online verfügbar unter: <http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de> [Stand 2010-01-11]
- SVRBdGE, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Jahresgutachten 2009/10: Die Zukunft nicht auf Spiel setzen. Online verfügbar unter: <http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de> [2010-01-11]
- Verdi, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2007): ver.di-Position zur Reform der Pflegeversicherung. Nr. 57. 31.Mai 2007: Online verfügbar unter: <http://www.sozialpolitik-aktuell-de> [Stand: 2010-08-02]
- Von Schwanenflügel, M. (2009): Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens. In: Gaertner, T./Gansweid, B./Gerber, H./Schwegler, F./von Mittelstaed, G. (Hrsg.) (2009): Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung Beratung und Fortbildung. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: de Gruyter Verlag, 155-159
- Weber, C. (2007): Aktuelle Reformdiskussion in der Kranken- und Pflegeversicherung (2). In: Felix, D. (Hrsg.) (2007): Die Finanzierung der Sozialversicherung. Berlin: Lit Verlag, 53-60

- Wild, F. (2010): Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich. WIP-Diskussionspapier 2/10. WIP Wissenschaftliches Institut der PKV. Online verfügbar unter: <http://www.wip-pkv.de> [Stand: 2010-06-25]
- Windeler, J./Görres, S./Thomas, S./Kimmel, A./Langner, I./Reif, K./Wagner, A. (2009): Abschlussbericht. Endfassung. Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI. Hauptphase 2: Online verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de> [Stand: 2010-07-22]

*Matthias Ernst, B.A. (Nursing)*

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen, Hildesheimer Strasse 202, 30519 Hannover, [matthias.ernst@mdkn.de](mailto:matthias.ernst@mdkn.de)

*Prof. Dr. med. Wolfgang Seger*

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen, Leitender Arzt  
Hildesheimer Strasse 202, 30519 Hannover, [wolfgang.seger@mdkn.de](mailto:wolfgang.seger@mdkn.de)

*Sandra Wegel, Mehmet Gövercin, Marion Ruhnau-Wüllenweber, Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Rahel Eckardt*

## Beratungsangebote vor dem Hintergrund des demographischen Wandels

Counseling services in the context of demographic change

*Demographic change implicates a variety of problems for the present and future society. The growing proportion of elderly in the age of 80+ and their increasing needs for care is opposed to the decreasing number of nursing staff and care givers. This study presents the data of the coordination department „Rund ums Alter“ Berlin Mitte for the period of 2005 to 2008 by the Geriatric Research Group of the Charité. The mean age of the older persons was 75.04 years and 70% were women. The data displays that to a percentage of 63 members and friends in opposite to the elderly themselves perceived the advice. Furthermore data presents that 56.1% of the patients lived alone, 13.6% with a partner and 5.6% with family members. 15.7% got attentive of the advisory department because of care units and 14.7% because of a clinic or a hospital social worker. Not least because of the already established coordination departments, advisory services gain more and more importance for affected people.*

### Keywords

demographic change, care consulting services, care, family caregivers

eingereicht 01.07.2010

akzeptiert 10.01.2011 (nach Überarbeitung)

*Der demographische Wandel stellt die gegenwärtige und zukünftige Gesellschaft vor eine Vielzahl von Problemen. Dem wachsenden Anteil der Älteren, deren Prävalenz pflegerrelevanter Beeinträchtigungen durch das immer wahrscheinlicher werdende Erreichen des „vierten“ Lebensalters steigt, steht auf der anderen Seite ein abnehmendes Pflege- und Hilfspersonal gegenüber. In dieser Arbeit werden Daten der Koordinierungsstelle „Rund ums Alter“ Berlin Mitte vorgestellt, die für den Beobachtungszeitraum 2005 bis 2008 von der Forschungsgruppe Geriatrie der Charité ausgewertet wurden. Durchschnittlich waren die Personen, deretwegen Rat gesucht wurde, 75,04 Jahre alt. 70% davon waren Frauen. Aus den Daten geht hervor, dass mit durchschnittlich 63% eher Angehörige/Bekannte als die Klienten selbst das Beratungsangebot wahrnahmen. 56,1% der Betroffenen lebten allein, 13,6% mit einem Partner und 5,6% mit Familienangehörigen. Aufmerksam auf die Beratungsstelle wurden 15,7% durch Pflegedienste, 14,7% durch die Klinik bzw. Sozialarbeiter der Klinik. Nicht zuletzt durch die bereits etablierten Koordinierungsstellen gewinnen Beratungsangebote sowie die im Zuge der Weiterentwicklung des Pflegegesetzes eingeführten Pflegestützpunkte, für die pflegende Bevölkerung und Betroffene an Bedeutung.*

#### Schlüsselwörter

Demographischer Wandel, Pflegestützpunkte, Pflege, pflegende Angehörige

## 1. Einleitung

Die Lebensphase Alter hat in den vergangenen Jahrzehnten einen Wandel erfahren, der durch zwei wesentliche Determinanten gekennzeichnet ist. Dies sind zum einen der demographische Wandel, mit dem eine zunehmende „Alterung der Gesellschaft“ verbunden ist, und zum anderen sozialstrukturelle Veränderungen in der Gruppe der Älteren selbst (Backes et al. 2008). Ursächlich für den demographischen Wandel sind, auch ausgehend von politischen Ereignissen und wirtschaftlichen Bedingungen, eine seit 1972 über der Fertilitätsrate<sup>1</sup> liegende Mortalitätsrate, ein zurückgegangener Wanderungsgewinn aus dem Ausland<sup>2</sup>, ein Nachrücken starker Geburtenjahrgänge in das dritte und vierte Alter sowie Fortschritte in der Verringerung der Alterssterblichkeit durch Verbesserungen auf dem medizinischen Sektor (Statistisches Bundesamt 2006:13). Diese Fortschritte führen in ihrer Summe zum einen zu einer schrumpfenden und zum anderen zu einer stetig älter werdenden Gesellschaft.

So wird schon fast jeder Vierte (23,3%) im Jahr 2020 65 Jahre und älter sein<sup>3</sup>. 1950 war es nur jeder Zehnte (9,7%), im Jahr 2000 waren es 16,7% (Statistisches Bundesamt 2006). Parallel zum Wachstum der Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen zeigt sich ein deutliches Absinken des Anteils der Kinder und Jugendlichen. Ihr Anteil wird im Jahr 2020 mit 17% schon unter dem der 65-Jährigen und Älteren liegen. 1950 lag ihr Anteil noch bei 30,5% (Statistisches Bundesamt 2006).

1 Die durchschnittliche Kinderzahl je Frau lag in Deutschland im Jahr 2005 bei 1,34 Kindern (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2007:11) und im Jahr 2008 bei 1,38 Kindern (Statistisches Bundesamt 2009:24).

2 Seit 2003 nimmt die Bevölkerungszahl in Deutschland ab, weil die seit einigen Jahren sinkenden Wanderungssalden nicht mehr in der Lage sind, das Geburtendefizit auszugleichen (Statistisches Bundesamt 2006:14).

3 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, „Mittlere“ Bevölkerung, Untergrenze

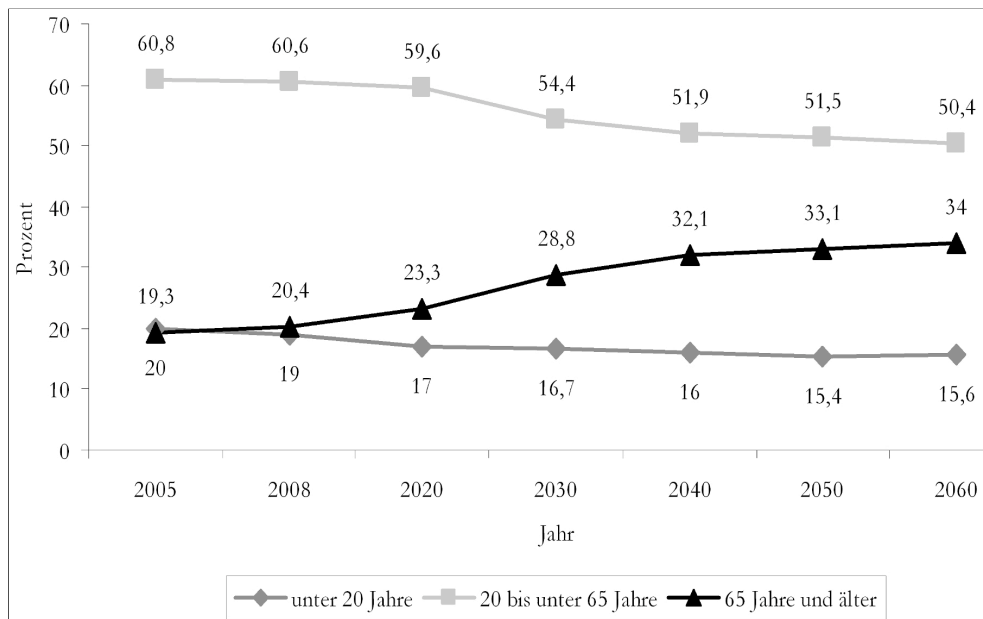


Abb. 1: Bevölkerungsentwicklung bis 2060 (eigene Darstellung basierend auf Daten des Statistischen Bundesamtes 2006 & 2009).

Ausgehend von der 11. und 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Abbildung 1) ist für das Jahr 2060 davon auszugehen, dass die Gruppe der  $\geq 65$ -Jährigen auf 34% (2005: 19,3%) ansteigt, die Gruppe der 20- bis unter 65-Jährigen hingegen auf 50,4% (2005: 60,8%) und die Gruppe der unter 20-Jährigen auf 15,6% (2005: 20%) schrumpft (Statistisches Bundesamt 2006 & 2009).

Charakterisierend für die Alterung der Bevölkerung ist also neben der Zunahme der absoluten Anzahl Älterer und dem Wachstum des Anteils Älterer an der Bevölkerung auch die Zunahme der Hochaltrigkeit (dreifaches Altern).

Das Erreichen des 80. Lebensjahres markiert laut einem Großteil der Definitionen den Beginn der Hochaltrigkeit (Pohlmann 2001:46). Mit dem Übergang vom „dritten“ zum „vierten Alter“ gehen die Zunahme chronischer Erkrankungen, der exponentielle Anstieg der Prävalenz von Demenzen<sup>4</sup> und eine Zunahme internistischer, neurologischer und/oder orthopädisch behandlungsbedürftiger Erkrankungen einher (Pohlmann 2001:47). In der Konsequenz hat dies unter anderem einen erhöhten Bedarf an Pflege zur Folge. Morbidität, vor allem Multimorbidität, insbesondere gepaart mit einem höheren Lebensalter und damit einhergehenden altersphysiologischen Veränderungen bedingt die Prävalenz pflegerelevanter Beeinträchtigungen. In der Altersgruppe  $\leq 64$  Jahren liegt die Wahrscheinlichkeit für eine spätere Pflegebedürftigkeit unter einem Prozent, bei den über 90-jährigen Männern hingegen bei 44% und bei den Frauen sogar bei 60% (Deutscher Bundestag 2002:233). Hochaltrigkeit birgt demnach das Risiko der Pflegebedürftigkeit.

<sup>4</sup> Es leiden 1% - 4% der 65- bis 69-Jährigen, 15% der 80- bis 84-Jährigen und 40% der 90-Jährigen und Älteren an einer Demenz.

Jedoch ist zu bemerken, dass es nicht den kausalen Zusammenhang zwischen kalendarischem Alter und dem Auftreten von Pflegebedürftigkeit gibt. Die Kriterien zur Einteilung von Altersphasen orientieren sich nicht am kalendarischen Alter, sondern an den noch erhaltenen Fähigkeiten in den körperlichen, psychischen, sozialen und gesellschaftlichen Funktionsbereichen (Clemens 2001:490). Das Alter im Allgemeinen und das hohe Alter im Besonderen gehen nicht undifferenziert mit Krankheit, Abhängigkeit, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit einher (Blüher 2003:111).

Es ist davon auszugehen, dass die gewonnenen späteren Lebensjahre durch die höhere Lebenserwartung von starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen geprägt sein werden, während die nachrückenden Alterskohorten eine deutlich geringere Morbiditätsrate als noch vorhergehende Kohorten aufweisen.

Begründet werden kann dies dadurch, dass das Auftreten sowie der Verlauf von Krankheiten durch eine verbesserte Diagnostik und Therapie sowie durch bessere Kontextbedingungen auf der individuellen, gesellschaftlichen und professionellen Ebene positiv beeinflusst werden (Deutscher Bundestag 2002:234). Multimorbidität und Mortalität verschieben sich also durch ein gesundheitsbewusstes Verhalten und verbesserte Präventions- und Therapiemaßnahmen in ein höheres Lebensalter. Besserungen in der Prävention und Rehabilitation könnten demnach Pflegebedürftigkeit reduzieren bzw. in spätere Lebensjahre verschieben.

Trotz aller Erfolge und Neuerungen im Gesundheitswesen wird durch den demographischen Wandel das Problem des zukünftig in Erscheinung tretenden höheren Pflegebedarfs bestehen bleiben. Demenzielle Erkrankungen stellen in diesem Kontext eine Besonderheit dar. Hier ist mit einem starken Anstieg der Anzahl der Betroffenen zu rechnen, da Inzidenz und Prävalenz von Demenzen mit höherem Alter stark zunehmen. Demenzielle Erkrankungen gelten zudem als eine der häufigsten Ursachen für die Einweisung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung infolge von Verhaltensauffälligkeiten oder Inkontinenz.

## **2. Zahlen der Pflegestatistik vor dem Hintergrund des demographischen Wandels**

Allein seit Einführung der Pflegestatistik im Jahr 1999 sind exponentiell ansteigende Pflegezahlen ein Spiegel für den demographischen Wandel. Waren im Jahr 1999 noch ca. 2,02 Mio. Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI), waren es 2007 schon 2,25 Mio. (Statistisches Bundesamt 1999 & 2007).

Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung erwartet sogar, dass die Zahl der 60-Jährigen und Älteren, die pflegebedürftig sein werden, bis 2050 auf 3,88 Millionen ansteigen könnte (Pohlmann 2001:61). Diejenigen Pflegebedürftigen unter 60 bzw. 65 Jahren sind hier jedoch noch unberücksichtigt.

Ebenso unberücksichtigt ist auch die Tatsache, dass es bis 2060 einen deutlichen Zuwachs der 80-Jährigen und Älteren auf etwa 9 Millionen geben wird (Statistisches

Bundesamt 2006). Der Anteil der Hochbetagten an den 65-Jährigen und Älteren entspräche damit etwa 40,95%. Hierbei handelt es sich um genau jene Bevölkerungsgruppe, die von Pflegebedürftigkeit besonders betroffen sein wird, insbesondere auch, was die Prävalenz von Demenzen betrifft.

Erscheint die Zahl der Pflegebedürftigen auf den ersten Blick insgesamt noch nicht so groß, gewinnt sie jedoch drastisch an Bedeutung, berücksichtigt man, dass die Zahl der pflegenden Bevölkerung, in erster Linie sind dies pflegende Angehörige, Bekannte oder pflegende Berufsgruppen, zurückgehen wird. So schwindet der Anteil der 20- bis unter 65-Jährigen anteilig an der Gesamtbevölkerung von 2005 bis 2060 von 60,8% auf 50,4% (Statistisches Bundesamt 2006). Das Verhältnis der Altersgruppe zwischen 20 und 64 Jahre und der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren würde mit 50,4% und 34% im Jahr 2060 nicht einmal mehr 2:1 betragen. Dies stellt die zukünftige Gesellschaft zum einen vor das Problem der Finanzierung der Beiträge für die Pflegeversicherung und zum anderen vor das große Problem der Übernahmebereitschaft der Pflege (BMG 2003:188).

### 3. Veränderte Generationenbeziehungen und Pflegebereitschaft

Ausgehend von den bisherigen Ergebnissen steht die Gesellschaft demnach zukünftig einem zunehmenden Bedarf sozialer Dienste für hilfe- und pflegebedürftige Menschen gegenüber.

Derzeit wird die häusliche Pflege zu fast drei Vierteln von Personen geleistet, die zu den Pflegebedürftigen in einem engen verwandtschaftlichen Verhältnis stehen. Im Regelfall sind dies die nachfolgenden Generationen wie (Schwieger)-Kinder, Enkelkinder, die Ehepartner oder Geschwister. Die im Jahr 1995 als fünfte Säule der Sozialversicherungssysteme eingeführte Pflegeversicherung setzt vor allem auf die Familie sowie die häusliche Pflege und damit auf das Subsidiaritätsprinzip (Blüher 2003:111). So heißt es im Pflegeversicherungsgesetz (§ 3 SGB XI): „Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen“.

Empirische Studien gehen davon aus, dass sich die intergenerationelle Solidarität zukünftig durch im Wandel befindliche Familienstrukturen und -beziehungen stärker differenzieren und als gesellschaftliche Norm abgebaut wird, jedoch auch weiterhin als kulturelles Leitbild erhalten bleibt (Deutscher Bundestag 2002:45 & Meyer 2006:43).

Die Motive für die Bereitschaft zur Pflege können dabei nicht allein auf Liebe und Altruismus reduziert werden. Dennoch belegen empirische Untersuchungen weitgehend (noch) intakte und von Gefühlen geprägte familiäre Solidarbeziehungen, die insbesondere in Zeiten von konkreten Notsituationen, beispielsweise durch die Pflegebedürftigkeit eines Familienangehörigen, reaktivierbar sind (Blüher 2003:110).

Ungeachtet von der grundsätzlichen Bereitschaft zur Pflege pflegebedürftiger Familienmitglieder muss jedoch folgender Entwicklung Beachtung geschenkt werden: Die

familialen Handlungs- und Unterstützungsoptionen und die generationalen Beziehungen stehen in Abhängigkeit zur Größe und zur Generationenstruktur von Familien (Clemens 2001:507). Andauernd sinkende Geburtenraten und die gestiegene Lebenserwartung führten zu geschwisterarmen, sogenannten „Bohnenstangen“-Familien bzw. zu einer „vertikalisierten Familienstruktur“ (Backes et al. 2008:68 & Clemens 2001:507). Es vollzieht sich ein Wechsel hin zu vertikalen und weg von horizontalen Familienstrukturen (Hokema et al. 2009:29).

Dies bedeutet, dass nur wenige Vertreter von mehreren kulturell divergierenden Generationen heute einen Teil der Lebenszeit gemeinsam verbringen, wobei die Urgroßeltern und die Urenkelkinder jeweils die Eckpunkte der „Bohnenstange“ bilden. In der Konsequenz heißt dies, dass Familien über Generationen hinweg „ausdünnen“, da jede Folgegeneration jeweils nur wenige Nachkommen zur Welt bringt.

Bei einer Fertilitätsrate von 1,38 Kindern/Frau im Jahr 2008 und einer weiterhin niedrig prognostizierten Geburtenhäufigkeit bis 2060 wird sich diese Entwicklung fortsetzen. Daraus resultiert, dass nur wenige Nachkömmlinge vorhanden sind, die die Pflege der Elterngeneration grundsätzlich übernehmen könnten.

Geht man also von der These der Krise der Familie und damit von einem zunehmenden Funktionsverlust der Familie aus, mit der eine Individualisierung und Pluralisierung von Lebensformen einhergeht, könnte mit einer Abnahme des Unterstützungspotenzials innerhalb der familiären Ebene gerechnet werden. Traditionelle Strukturen treten zukünftig hinter zunehmenden Scheidungszahlen, einer Zunahme von Singlehaushalten und nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften zurück. Vielfach wird die Last der Pflege auch heute noch von den Frauen, wie Töchtern oder Schwiegertöchtern getragen.

Deren Bereitschaft zur Übernahme von pflegerischen Aufgaben durch den weiblichen Teil der Familie wird zukünftig durch eine steigende Erwerbstätigkeit, Kinderbetreuung und veränderte kulturelle Muster eher abnehmen (Haber Kern et al. 2008:78). Folglich sinkt das „(Schwieger-) Töchterpotenzial“ (Döhner et al. 2006:587). Die familialen Kapazitäten reichen demnach zukünftig nicht mehr aus, um den zunehmenden Bedarf an Pflegepersonal zu decken (Rothgang 2007:365).

Augenmerk muss darüber hinaus auch auf die geographische Mobilität der Kindgeneration gelegt werden, welche einen Wechsel in neue Milieus und eine Entfremdung der Generationen untereinander zur Folge hat (Deutscher Bundestag 2002:237 & Clemens 2001:507). So hat unter anderem auch die Wohnentfernung einen hohen Stellenwert für die Leistungs- und Austauschbeziehungen in den privaten Hilfenetzen. Hier gilt, je höher die Bildungsschicht, umso größer ist die Entfernung zwischen Eltern und erwachsenen Kindern (Tesch-Römer et al. 2009:198). Daraus resultierend kann konstatiert werden, dass die demographischen und die soeben aufgeführten sozialstrukturellen Trends dazu führen, dass die rein familiäre und häusliche Pflege zurückgehen wird und die formelle und stationäre Pflege daher an Bedeutung zunimmt (Döhner et al. 2006:587).

Gefragt sind deshalb aktuell professionelle Programme zur Förderung und Stabilisierung der solidarischen Generationenbeziehungen durch formelle soziale Dienstleistungen sowie neue Möglichkeiten der Finanzierung. Auch werden bestehende Angebote wie bspw. Ersatzpflege, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes oder Pflegekurse für Angehörige bisher nur begrenzt genutzt. Nur etwa 37% der Angehörigen nehmen laut MUG6-III-Studie (Studien zum Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten im Auftrag des BMFSFJ) Hilfe zur persönlichen Entlastung an. Dabei ist die Belastung der pflegenden Angehörigen ein wichtiger Grund für eine nicht hinreichende Pflege und Versorgung. Studien zeigten, dass bisher nur ein kleiner Teil der pflegenden Personen regelmäßig auf entlastende Beratungs- und Unterstützungsangebote zurückgegriffen hat (Gohde 2005:260). Begründet werden kann dies unter anderem durch eine Unübersichtlichkeit der Angebote und fehlendes Wissen bezüglich der Voraussetzung für deren Nutzung (Döhner et al. 2006:587). Nach wie vor zeichnet sich das Versorgungssystem durch eine Fragmentierung mit Bruchstellen zwischen Krankenversorgung, Rehabilitation und Pflege in ambulanten, teilstationären und stationären Bereichen aus. Dies führt zu Brüchen im Pflegeverlauf bei chronisch kranken und älteren pflegebedürftigen Menschen. Eine Vernetzung lokal verfügbarer Angebote der Altenhilfe und des Gesundheitswesens sowie die Etablierung des Casemanagements sind daher erforderlich. Es besteht demnach ein Bedarf an niedrigschwelligen Beratungs- und Unterstützungsangeboten.

Unter anderem aus diesem Grund wurde im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im Jahr 2008 die Einrichtung von Pflegestützpunkten beschlossen.

Pflege- und Krankenkassen schließen hierzu untereinander Verträge ab, um eine wohnortnahe Betreuung und Beratung der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen hinsichtlich der an der Pflege beteiligten Institutionen zu gewährleisten (Glenewinkel 2007:346).

Damit ergibt sich ein Trend zu einer, ausgehend von den demographischen Entwicklungen notwendigen, Pflegeinfrastrukturentwicklung durch den Bundesgesetzgeber (Igl et al. 2008:79).

Eine weitere Aufgabe des Pflegestützpunktes ist die Koordination, Bereitstellung und Vernetzung der aufeinander abgestimmten pflegerischen und sozialen Versorgungs- und Betreuungsangebote (Glenewinkel 2007:346). Diese sollen vor allem die Potenziale für Eigenverantwortung, Eigeninitiative und gegenseitige Hilfe im Sinne des Subsidiaritätsprinzips stärken. So beinhaltet die Weiterentwicklung des Pflegegesetzes außerdem die Einführung von Pflegezeit, welche die ambulante Versorgung in der häuslichen Umgebung stärken soll.

#### 4. Beratungsangebote – Beispiel Koordinierungsstelle „Rund ums Alter“ Berlin Mitte

Der Bedarf an professionellen und koordinierenden Beratungsangeboten für Pflegebedürftige und deren Angehörige wird noch durch den Umstand verstärkt, dass sich trotz der Tatsache steigender Zahlen Pflegebedürftiger zwischen 1999 und 2007 die Präsenz ambulanter Pflegedienste nur geringfügig erhöht hat. Während die Anzahl der Pflegebedürftigen um 11,1% wuchs, ist bei der Zahl der ambulanten Pflegedienste im selben Zeitraum nur ein Wachstum um 6,5% zu verzeichnen (Tabelle 1). Die Anzahl derer, die zu Hause (von Angehörigen und ambulanten Pflegediensten) gepflegt wurden, stieg um 6,6%, die Anzahl jener, die in Pflegeheimen versorgt wurden jedoch um 21,8% an. Die Anzahl der Pflegeheime erhöhte sich in diesem Zeitraum um 22,6% (Statistisches Bundesamt 2007).

	Pflegedienste		Pflegebedürftige	
	1999	2007	1999	2007
Gesamt	10.820	11.529	2.016.091	2.246.829
Zuwachs in %	6,5%		11,1%	

Tab. 1 Entwicklung der ambulanten Pflegedienste und Anzahl der versorgten pflegebedürftigen Frauen und Männer 1999 und 2007 in Deutschland

Bedingt durch den demographischen Wandel und die prozentualen Verschiebungen in den Altersgruppen wird die Fürsorge für Pflegebedürftige trotzdem auch zukünftig zu einem Großteil in den Händen derjenigen liegen (müssen), die zum engen privaten Umfeld des Pflegebedürftigen gehören, auch wenn die Entwicklung der Zahlen zeigt, dass dem steigenden Bedarf an Pflegeeinrichtungen wie Pflegeheimen entsprechend begegnet wird. Es bleibt fraglich, ob – schon aufgrund der Finanzierung professioneller Pflege – der steigenden Zahl Pflegebedürftiger auch zukünftig ein proportionales Wachstum der Anzahl an Pflegeeinrichtungen entgegengesetzt werden kann.

Jeder Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI und jeder pflegende Angehörige hat jedoch nun durch die Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsgesetzes einen gesetzlichen Anspruch auf eine Pflegeberatung. Eine integrierte sektorenübergreifende Versorgung von Leistungsbereichen und deren Verzahnung soll allen Beratungsbedürfnissen gerecht werden (Gohde 2005:256) und auf eine Betreuung außerhalb vollstationärer Pflegeeinrichtungen zielen.

Jeder Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI und jeder pflegende Angehörige hat jedoch nun durch die Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsgesetzes einen gesetzlichen Anspruch auf eine Pflegeberatung. Eine integrierte sektorenübergreifende Versorgung von Leistungsbereichen und deren Verzahnung soll allen Beratungsbedürfnissen gerecht werden (Gohde 2005:256) und auf eine Betreuung außerhalb vollstationärer Pflegeeinrichtungen zielen.

Diese Aufgabe nehmen in Berlin seit einigen Jahren unter anderem schon die Beratungs- und Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ ein, die teilweise schon zu Pflegestützpunkten im Zuge der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung umstrukturiert worden sind. Darüber hinaus gibt es weitere Projekte mit ähnlichem Modellcharakter wie „VerKet“ – Praxisorientierte regionale Versorgungsketten oder die „Synopsis innovativer Ansätze zur vernetzten Versorgung älterer Menschen in Deutschland – ProNETZ“ in anderen Städten (Hokema et al. 2009:209).

Zur Vermeidung von Doppelstrukturen durch die Einführung der Pflegestützpunkte soll an bereits bestehende Strukturen wie auch im Fall der Koordinierungsstelle „Rund ums Alter“ im Berliner Bezirk Wedding (Mitte) angeknüpft werden.

## 5. Datenbasis und methodisches Vorgehen

Im Folgenden sollen exemplarisch Daten der Koordinierungsstelle „Rund ums Alter“ vorgestellt werden. Aufgrund institutioneller und personeller Unterschiede der Berliner Koordinierungsstellen soll jedoch im Anschluss auf eine vergleichende Darstellung mit anderen Berliner Koordinierungsstellen verzichtet werden. Wie alle Berliner Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ wurde auch die im Anschluss näher vorgestellte Einrichtung vom Land Berlin gefördert und über die Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege finanziert. Sie war bis zu ihrer Umstrukturierung zum Pflegestützpunkt eine Einrichtung von unterschiedlichen Trägern, die zum Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e.V., zum Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg e.V. oder zur Jüdischen Gemeinde zu Berlin gehörten. Die Koordinierungsstelle „Rund ums Alter“, die seit 1995 im Berliner Bezirk Wedding angesiedelt war und in dessen Räumlichkeiten jetzt der Pflegestützpunkt Mitte angesiedelt ist, wurde von älteren Menschen und ihren Angehörigen zur kostenlosen Beratung in allen Fragen das Alter betreffend genutzt. Neben den natürlichen Personen griffen auch immer wieder juristische Personen auf das Beratungsangebot zurück.

Dabei sind zu den natürlichen Personen die Klienten selbst, also ältere, insbesondere hilfebedürftige Menschen, sowie deren Angehörige und Bekannte zu zählen. Institutionen des Versorgungssystems, öffentliche Verwaltungen, öffentliche, gemeinnützige und private Dienstleister, Kostenträger, Selbstvertretungsorgane und -initiativen oder Fachöffentlichkeit sind dabei den juristischen Personen zuzuordnen.

Ausgehend von der Differenzierung in diese beiden Klientengruppen wurde auf Initiative der Leistungsträger hin eine Unterteilung der Beratungsleistungen in Informationen/Auskünfte und Beratungen für juristische Personen sowie in Informationen/Auskünfte/Beratungen und Casemanagement für natürliche Personen vorgenommen. Informationen und Auskünfte sind dabei als die gezielte Wissensvermittlung bezogen auf eine konkrete Fragestellung des Nachfragers definiert, ohne dass dabei auf detaillierte Angaben zur Problemlage und Lebenssituation des Einzelfalls bzw. des Ratsuchenden eingegangen wird (AG Berliner Koordinierungsstellen 2004). Beratungen sind für juristische Personen als Verbesserung von Abstimmungsprozessen und Regelabläufen bei der Versorgung älterer Menschen definiert. Hier unterstützte die Koordinierungsstelle insbesondere Institutionen der Altenhilfe in der fach- und bedarfsgerechten Fallbearbeitung. Bezogen auf natürliche Personen hingegen ist die Beratung definiert als problemzentrierte Interaktion zwischen Ratsuchenden und Beratern. Ziele waren in erster Linie, „Wissensrückstände aufzuarbeiten, Alternativen aufzuzeigen und Entscheidungshilfen zu geben. Die Beratung richtet sich an Personen, die teilweise oder vollständig Unterstützung bei der Problemlösung und der Organisation der Hilfe benötigen“ (AG Berliner Koordinierungsstellen 2004). Eine Leistung wurde immer dann dem Casemanagement angerechnet, wenn einfache Informationen und Beratungen nicht mehr ausreichten, also insbesondere dann, wenn gesundheitliche oder soziale Krisen die häusliche Versorgung erheblich gefährdeten und/oder eine Heimeinweisung drohte.

Zu den thematischen Schwerpunkten gehörten für natürliche Personen unter anderem Wohnmöglichkeiten im Alter, Wohnraumanpassung, Fragen rund um die Pflege sowie die Entlastung und Unterstützung pflegender Angehöriger, die Durchsetzung gesetzlicher Ansprüche, mögliche Alltagshilfen, Befähigung des Klienten zum selbstständigen Handeln, die Förderung der Verbraucherkompetenz, Rehabilitation, Tages- und Kurzzeitpflege, Aktivitäten sowie das Ehrenamt.

Der Informationsbedarf bei juristischen Personen bewegte sich vorrangig in den Bereichen Vernetzung, in der Weitergabe von Daten zu Einrichtungen und Dienstleistern sowie in der Weitergabe von Informationsmaterial und Broschüren. Auch gehörte die Beratung zu bzw. Weitervermittlung an andere(n) Hilfeinrichtungen zur Aufgabe der Koordinierungsstelle „Rund ums Alter“.

Seit Gründung der Koordinierungsstelle werden Daten zu den Klienten erhoben. Allerdings präsentieren sich diese nicht als vollständig statistisch auswertbare Datengrundlage. Dies ist auf der einen Seite dem Umstand anzurechnen, dass je nach Trägerschaft der Einrichtung über die Jahre hinweg unterschiedliche Schwerpunkte auf die Erfassung der Daten der Klienten gelegt wurden. Im Beobachtungszeitraum (2005 bis 2008) wurde ein besonderes Augenmerk auf die Differenzierung der Leistungen sowie auf die dafür verwendete Zeit gelegt. Darüber hinaus wurde vor dem Hintergrund einer nicht für statistische Zwecke angelegten Dokumentation einzig auf die Erfassung beratungsrelevanter Daten und Informationen Wert gelegt.

Die Daten wurden mit zwei standardisierten Dokumentationssystemen erhoben: KST1.3<sup>7</sup> sowie KIM<sup>8</sup>. Dokumentiert wurden verschiedene Leistungen sowie die jeweilige Dauer der Leistung, die unter anderem die Grundlage für Zielverhandlungen mit dem Zuwendungsgeber bildeten.

Mit dem KST1.3 können Angaben zu Häufigkeit und Zeitumfang verschiedener, von den Mitarbeitern bei der Beratung und Betreuung älterer Menschen erbrachter Leistungen erfasst werden. Zudem lassen sich mit dem System demographische Angaben zu den Klienten erheben. Mit der bis zur Umstrukturierung zum Pflegestützpunkt angewandten Version KST1.3 wurden seit 2005 Vollerhebungen durchgeführt.

Im KIM-System wurden insbesondere jene Fälle dokumentiert, die dem Casemanagement zuzuordnen waren und die demnach über eine Beratung im Sinne einer Information oder einer Auskunft hinausgehen.

Eingeschlossen wurden daher in der Ergebnisdarstellung einzig jene Fälle aus dem Dokumentationssystem KIM, die durch eine vorhandene Datierung<sup>9</sup> dem Beobachtungszeitraum von 2005 bis 2008 zuzuordnen waren.

<sup>7</sup> Dokumentationssystem für die Koordinierungsstellen Rund ums Alter „KST 1.3 Vollversion für ACCESS 2000“

<sup>8</sup> Klienteninformationsmanager

<sup>9</sup> z.B. durch einen dokumentierten Beginn oder das Ende einer Beratungsleistung im entsprechenden Beobachtungszeitraum

## 6. Ergebnisse

Bei 71,9% der insgesamt 15.316 dokumentierten Anfragen handelte es sich um Einzelfallanfragen, die entweder auf telefonischem oder persönlichem Wege erfolgten, in 21,7% der Fälle um Mehrfachanfragen. Bei 6,4% der Anfragen wurde nicht dokumentiert, ob es sich bei der Kontaktaufnahme um eine wiederholte oder um eine Erstanfrage handelte.

Bei der Art der Anfrage wird, wie schon an anderer Stelle beschrieben und durch die Arbeitsgemeinschaft Berliner Koordinierungsstellen definiert, zwischen Informationen/Auskünften und Beratungen für juristische Personen sowie Information/Auskünften und Beratungen sowie Casemanagement für natürliche Personen unterschieden. Die jeweiligen Anfragen werden in Abbildung 2 hinsichtlich der Art der erfassten Leistung dargestellt.

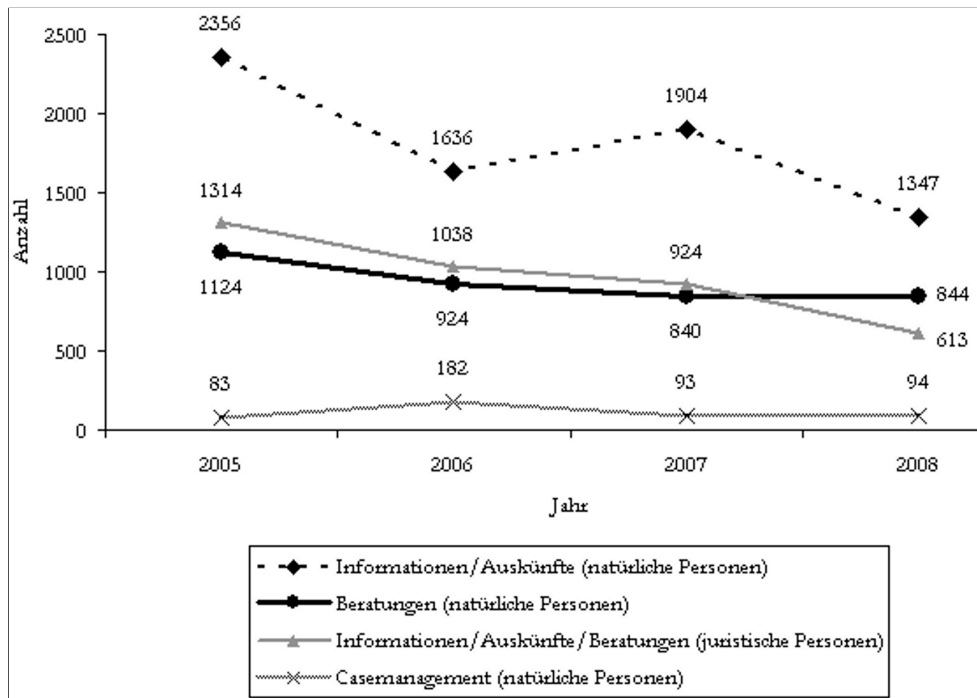


Abb. 2: Entwicklung der Leistungen der Koordinierungsstelle (2005 - 2008) beruhend auf den Daten des KST1.3

Insgesamt sind im Beobachtungszeitraum 2005-2008 15.316 Leistungen mit dem KST1.3 dokumentiert worden (Abbildung 2). Es ist auf Seiten der natürlichen wie auch der juristischen Personen die Tendenz rückläufiger Anfragen zu erkennen. Am deutlichsten zeigt sich dies bei den Informationen/Auskünften für natürliche Personen sowie bei den Informationen/Auskünften/Beratungen für juristische Personen.

Stellt man diesen Einzelleistungen jedoch den durchschnittlichen zeitlichen Aufwand gegenüber, ist abzulesen, dass tendenziell im Laufe der Jahre mehr Zeit für Anfra-

gen durch die Berater aufgewendet werden musste (Abbildung 3). Insbesondere gilt dies für die Beratung natürlicher Personen sowie für das Casemanagement. Bei den Informationen/Auskünften für natürliche Personen und bei den Informationen/Auskünften/Beratungen bei juristischen Personen blieb der durchschnittliche Zeitaufwand pro Gespräch im Laufe der Jahre annähernd gleich.

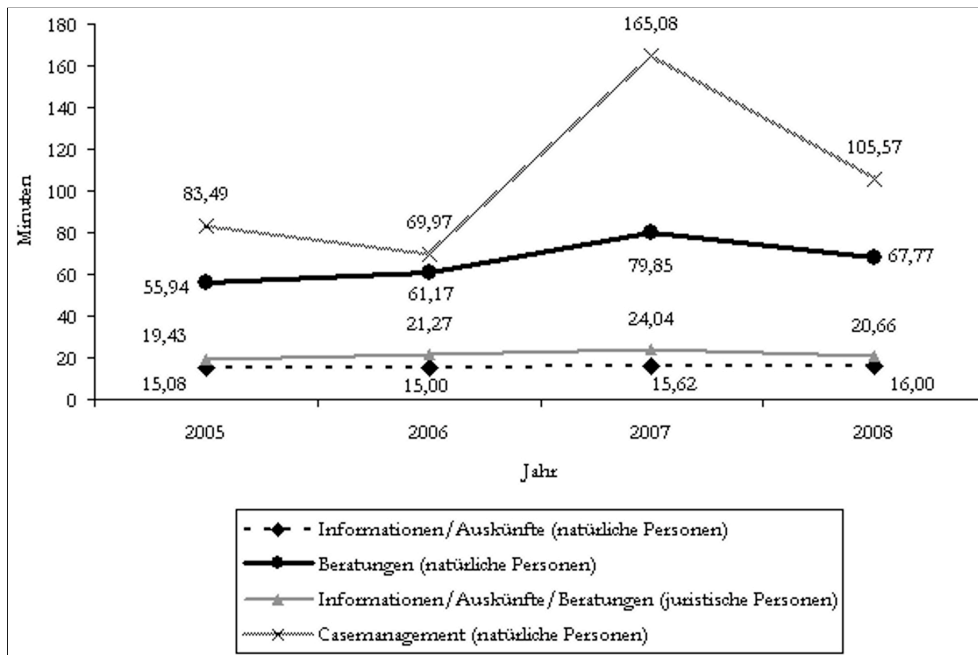


Abb. 3: Entwicklung des durchschnittlichen Zeitaufwands für einzelne Leistungen (2005 - 2008) beruhend auf den Daten des KST1.3

## 6.1 Soziodemographische Daten der natürlichen Personen

Im weiteren Verlauf sollen nur noch Daten derjenigen Klienten näher beleuchtet werden, die den natürlichen Personen zuzuordnen sind und welche die Leistungen Beratung oder Casemanagement in Anspruch nahmen. Soziodemographische Daten natürlicher Personen, die sich lediglich informierten oder eine Auskunft einholten, wurden durch das Dokumentationssystem KST1.3 Stelle nicht erfasst.

Insgesamt wurden im Beobachtungszeitraum somit Daten von 2881 natürlichen Personen mit KST1.3 dokumentiert.

Die bereits im Vorfeld detektierte Tendenz eines abwärtsgerichteten Trends hinsichtlich der Anfragen lässt sich zwischen den Jahren 2005 bis 2007 auch an den rückläufigen Klientenzahlen ablesen. Im Jahr 2008 ist diesbezüglich hingegen wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen (Abbildung 4).

Es ist also längerfristig einerseits der Trend fallender Klientenzahlen<sup>10</sup> sowie andererseits die Tendenz abnehmender Anfragen abzulesen. Gleichzeitig wuchs jedoch der Zeitaufwand für die beratende Person pro Anfrage (Abbildung 3).

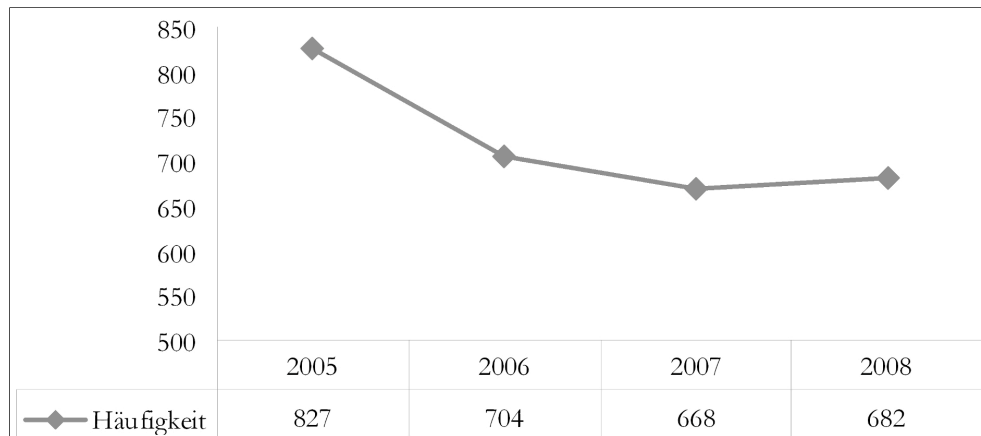


Abb. 4: Entwicklung der Klientenzahlen (2005 - 2008) beruhend auf den Daten des KST1.3

Erwähnung muss an dieser Stelle ebenfalls finden, dass sich im Laufe des Beobachtungszeitraums die personellen Ressourcen der Koordinierungsstelle verändert haben. Gab es in den Jahren 2005 und 2006 noch vier MitarbeiterInnen mit einer Regelarbeitszeit von 72% (2,88 Sozialarbeitsstellen), so waren es 2007 nur noch 67% verteilt auf vier MitarbeiterInnen (2,68 Sozialarbeitsstellen) und 2008 nur noch drei MitarbeiterInnen mit einer RAZ von 67 Prozent.

Unter den Klienten (n=2881), die eine Beratung oder die Leistung Casemanagement der Koordinierungsstelle in Anspruch genommen haben und die nachfolgend näher beleuchtet werden sollen, betrug der Frauenanteil durchschnittlich ca. 70% (Abbildung 5).

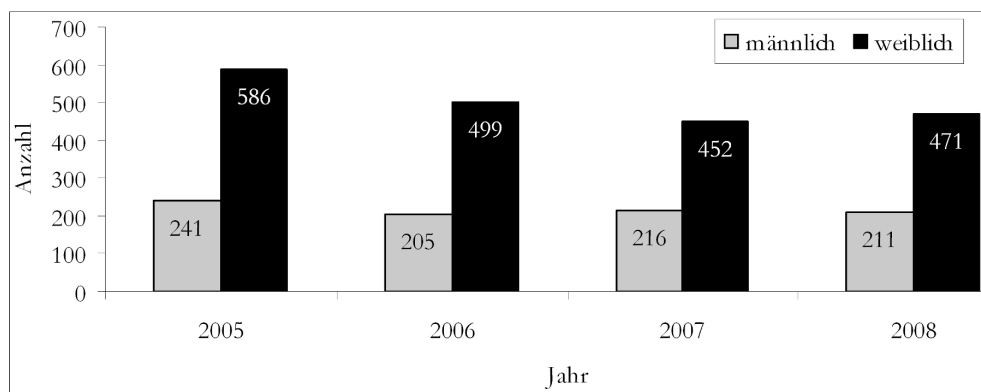


Abb. 5: Geschlecht der Klienten nach Jahren (2005-2008) beruhend auf den Daten des KST1.3

Damit lag der Anteil der Frauen unter den Klienten ca. 10% über dem Berliner Durchschnitt unter Berücksichtigung der Bevölkerung über 65 Jahren für den gleichen Beobachtungszeitraum.<sup>11</sup>

10 Bezug nehmend auf die natürlichen Personen, die die Leistungen Beratung oder Casemanagement in Anspruch nahmen.

11 Hier lag der Anteil der Frauen über 65 Jahren in Berlin bei durchschnittlich 59% und der der Männer über 65 Jahre bei durchschnittlich 41% (DZA, <http://www.gerostat.de>)

Da jedoch auch Angehörige und Bekannte stellvertretend für den Ratsuchenden das Hilfsangebot in Anspruch nehmen können, lässt sich hier nicht grundsätzlich eine deutlich auftretende Bereitschaft zum Wahrnehmen eines Hilfsangebots durch die Frauen ablesen.

In Abbildung 6 wird die Aufteilung der Geschlechter in den Altersgruppen veranschaulicht. Mit zunehmendem Alter nahmen mehr Frauen als Männer das Hilfsangebot in Anspruch.

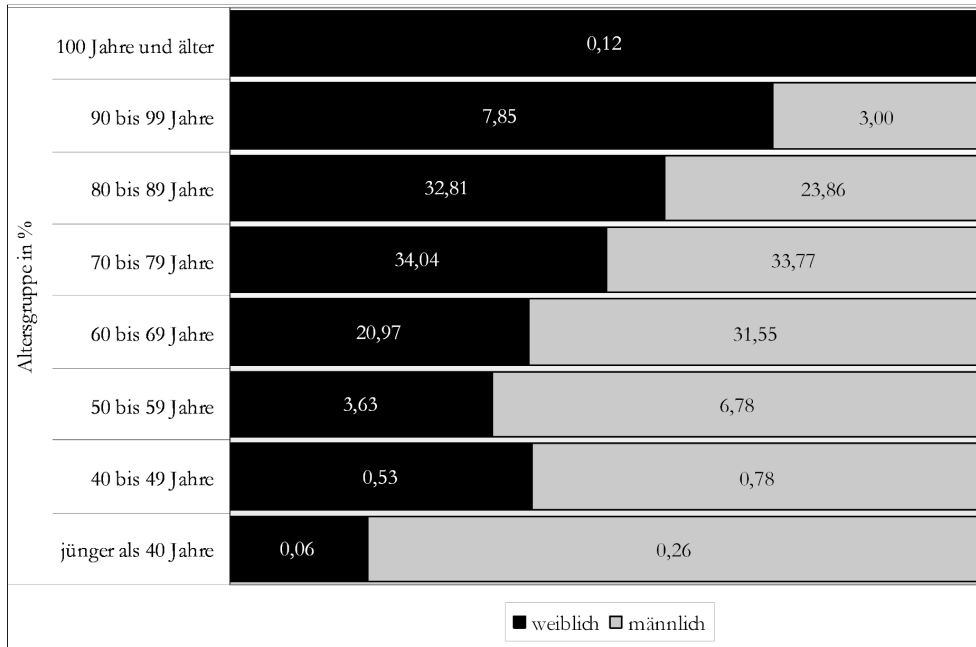


Abb. 6: Altersgruppen nach Geschlecht (2005-2008) beruhend auf den Daten des KST1.3

Damit spiegelt sich der Aufbau der Bevölkerung in den höheren Altersgruppen durch eine längere Lebenserwartung der Frauen wider. 2006/2008 lag die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren für Frauen bei 20,4 und für Männer bei 17,1 Jahren (Statistisches Bundesamt 2009).

Das Durchschnittsalter lag bei 75,04 Jahren; dabei waren die Männer mit durchschnittlich 72,53 Jahren ca. 4 Jahre jünger als die Frauen mit durchschnittlich 76,17 Jahren.

Zwischen 2005 und 2008 zeichnete sich bereits eine leichte Tendenz eines wachsenden Durchschnittsalters der Klienten ab (Abbildung 7).

Weiterhin fiel auf, dass es eine Korrelation zwischen dem Alter der Klienten und den die Beratung wahrnehmenden Ansprechpartnern gab, d.h. mit zunehmendem Lebensalter der Klienten erhöhte sich auch der Prozentsatz der Angehörigen, welche statt der Klienten selbst die Koordinierungsstelle aufsuchten (Abbildung 8). Je älter der Klient, umso geringer war die Wahrscheinlichkeit einer Kontaktaufnahme durch den Klienten selbst.

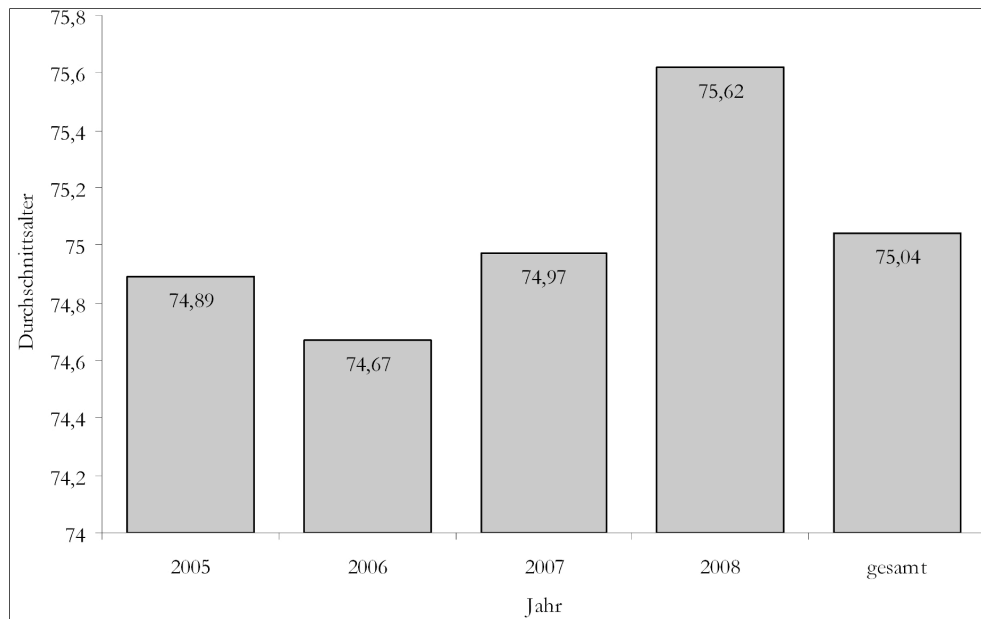


Abb. 7: Durchschnittsalter der Klienten (2005-2008) beruhend auf den Daten des KST1.3

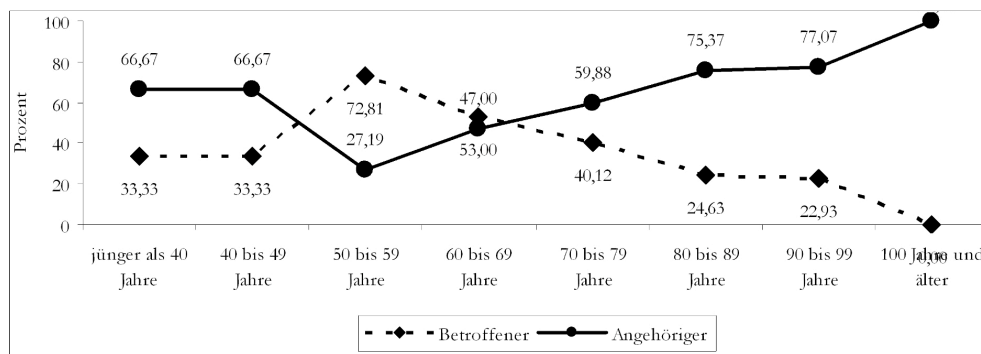


Abb. 8: Alter der Klienten und Ansprechpartner (2005-2008) beruhend auf den Daten des KST1.3

Dabei nahmen in allen Jahren insgesamt wesentlich mehr Angehörige bzw. Bekannte als Klienten selbst die Beratung in Anspruch. Allerdings ist im zeitlichen Verlauf zwischen den Jahren 2005 und 2008 die Tendenz zu erkennen, dass mehr Klienten selbst das Hilfsangebot nutzten. So suchten im Jahr 2008 acht Prozent weniger Angehörige/Bekanntes als noch im Jahr 2005 die Koordinierungsstelle auf; damit stieg der Anteil der ratsuchenden Klienten von 2005 bis 2008 trotz der Tatsache eines insgesamt höheren Durchschnittsalters an (Abbildung 9).

Die thematischen Schwerpunkte, die über KST1.3 erfasst wurden und unter anderem Beratungsgegenstand der Koordinierungsstelle waren, bezogen sich auf die beiden Themenbereiche: Wohnraumanpassung und Beschwerdemanagement. In 1,7 Prozent aller Fälle war das Beschwerdemanagement Gegenstand der Beratung und 9 Prozent widmeten sich der Wohnraumanpassung.

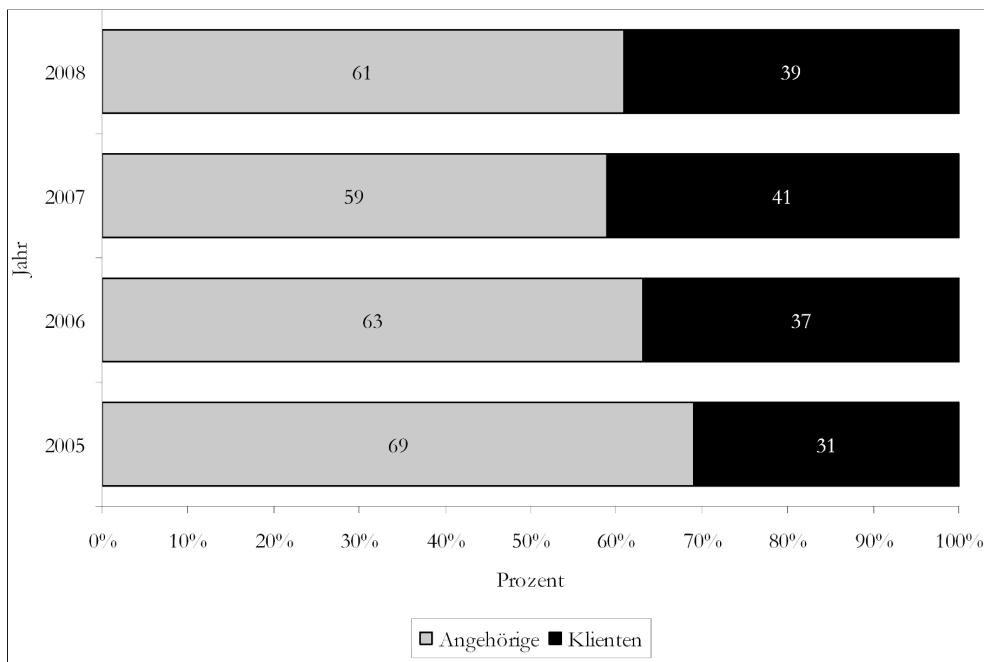


Abb. 9: Inanspruchnahme des Beratungsangebots (2005-2008) beruhend auf den Daten des KST1.3

Bei 15 Prozent der Fälle wurde eine Demenz dokumentiert, wobei an dieser Stelle Erwähnung finden muss, dass es sich hierbei um eine Ermessensfrage des Beratenden handelte. Dies bedeutet, dass die Demenz zwar vorhanden gewesen sein kann, aber nicht vorrangig Beratungsgegenstand gewesen sein muss. So ist es ebenfalls möglich, dass eine Demenz vorlag, diese aber nicht dokumentiert wurde. War eine Demenz der Beratungsgegenstand bzw. wurde diese dokumentiert, so suchten in 89% der Fälle Angehörige oder Bekannte den Rat der Koordinierungsstelle. Es zeigte sich außerdem erwartungsgemäß ein häufigeres Auftreten von Demenz in den höheren Altersgruppen.

Ähnlich verhält es sich mit der Dokumentation eines Migrationshintergrundes. Bei 5,3 Prozent der Fälle wurde ein Migrationshintergrund dokumentiert. Dennoch kann der tatsächliche Anteil höher liegen.

Die durch den Klienteninformationsmanager KIM, mit dem insbesondere die Leistungen des Casemanagements dokumentiert wurden, erfassten Daten lieferten folgende Ergebnisse:

Im Beobachtungszeitraum 2005 - 2008 wurden 198 Fälle in die vorliegende Auswertung aufgenommen. Die aussagekräftigsten Ergebnisse waren beispielsweise die der Kontaktaufnahme zur Koordinierungsstelle.

Dabei wurden 15,7% der Ratsuchenden durch Pflegedienste, 14,7% durch die Klinik bzw. durch Sozialarbeiter der Klinik, 6,6% durch Eigenwerbung der Beratungsstelle und weitere 4% durch das soziale Umfeld auf die Beratungsstelle aufmerksam.

Von den 198 Fällen wurden von über 20% zur Lebenssituation keine Angaben gemacht bzw. diese nicht dokumentiert. Es wurde dennoch ersichtlich, dass in über der Hälfte der Fälle der Klient allein lebte (Abbildung 10).

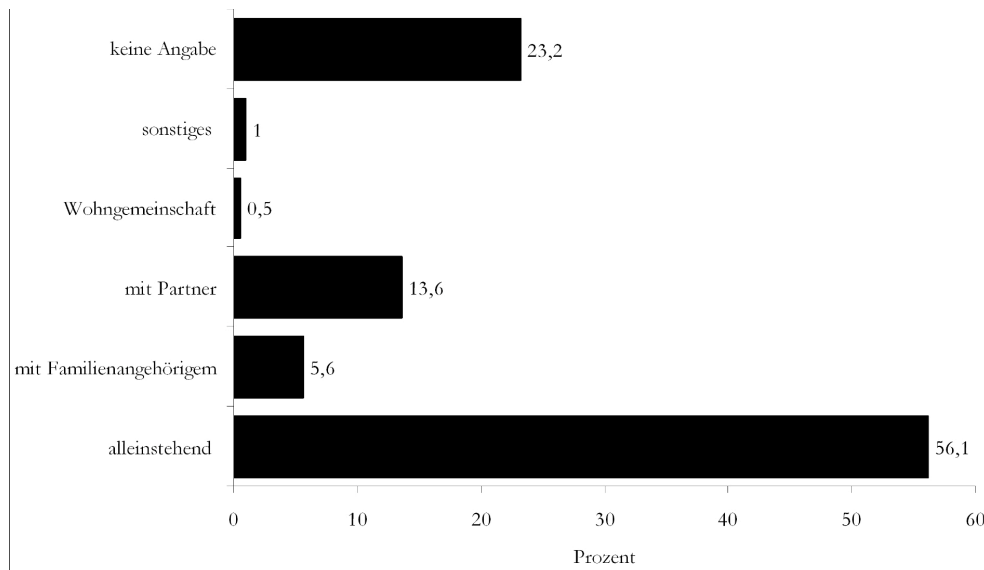


Abb. 10: Lebenssituation der Betroffenen (2005 - 2008) beruhend auf den Daten von KIM

## 7. Diskussion

Tendenziell ist zu erkennen, dass die Anzahl der Informationen/Auskünfte und Beratungen sowie der Beratungen und Casemanagement-Leistungen über die Jahre hinweg trotz steigender Anzahl Älterer und Pflegebedürftiger zurückgegangen ist.

Das Datenmaterial konnte jedoch zeigen, dass der Zeitaufwand pro Beratungsgespräch stieg, was sich insbesondere bei den Beratungen natürlicher Personen und beim Casemanagement zeigte. Im Beobachtungszeitraum wurde gleichzeitig das Personal von 2,88 Sozialarbeiterstellen auf 2,68 Sozialarbeiterstellen (72% RAZ) verteilt auf 4 MitarbeiterInnen im Jahr 2007 und im Jahr 2008 auf 3 MitarbeiterInnen mit 2,68 Sozialarbeiterstellen (67% RAZ) gekürzt.

Ein zeitlicher Mehraufwand für die erbrachten Leistungen und Personalkürzungen lässt damit Rückschlüsse auf zurückgehende Anfragen und Klientenzahlen für den Beobachtungszeitraum zu.

Über die Ursachen des zeitlichen Mehraufwands kann hingegen nur spekuliert werden, da die Inhalte, insbesondere was die Beratung natürlicher Personen betreffen, leider nicht im Detail dokumentiert wurden.

Spezifische Inhalte der Anfragen sind nur im KIM für die Leistung Casemanagement und nicht quantitativ erfasst worden, sodass auch an dieser Stelle nicht abzulesen ist, weshalb für die Beratungsgespräche mehr Zeit benötigt wird und/oder ob die Gespräche inhaltlich und qualitativ einen Wandel erfahren haben.

Der dokumentierte zeitliche Mehraufwand hingegen sollte, hinsichtlich der Umstrukturierungen zu Pflegestützpunkten und der Konsequenz einer höheren Zahl an Ratsuchenden, die Überlegung anregen, personelle Ressourcen aufzustocken.

Auch zeigen die dokumentierten Zahlen, dass der Anteil der Ratsuchenden mit dokumentiertem Migrationshintergrund deutlich unter dem Anteil an der Gesamtbevölkerung liegt. 2008 betrug die Zahl der Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland 15,6 Mio. (Statistisches Bundesamt 2008:7). Dies entspricht einem Fünftel (19%) der Gesamtbevölkerung Deutschlands. In Berlin lebten 2008 etwa 24% der Einwohner mit einem Migrationshintergrund. Dennoch liegt der Anteil der Klienten der Koordinierungsstelle mit Migrationshintergrund nur bei etwa fünf Prozent und damit erheblich unter dem Anteil an der Gesamtbevölkerung sowie der Berliner Bevölkerung.

Diese deutliche Differenz lässt sich nicht allein durch die fehlende Dokumentation erklären. Möglicherweise ist der familiäre Zusammenhalt in Migrationsfamilien enger und verbindlicher, sodass diese daher seltener institutionelle Hilfe im Alter in Anspruch nehmen.

Es sollte erwogen werden, ob hier bisher ungenutztes Potential liegt bzw. wie eine interkulturelle Entwicklung und ein niedrigschwelliger Zugang in den Pflegestützpunkten vorgenommen werden kann.

Auch zeigen die dokumentierten Daten, dass in den meisten Fällen Angehörige und Bekannte Ansprechpartner der Koordinierungsstelle waren und weniger die Klienten selbst. Es bleibt zu überdenken, wie das Hilfsangebot derart gestaltet werden kann, dass auch die Klienten selbst ihre Hemmschwelle zur eigenständigen Kontaktaufnahme abbauen können, vorausgesetzt sie verfügen über die notwendigen Voraussetzungen.

Insgesamt gesehen, wird die Umstrukturierung bestehender Beratungsangebote zu Pflegestützpunkten vor dem Hintergrund der Pflegestatistiken und dem demographischen Wandel zu einer wichtigen Voraussetzung, um dem wachsenden Beratungsbedarf durch die Umstrukturierung zu Pflegestützpunkten zu begegnen.

## 8. Fazit

Der demographische Wandel, die seit einigen Jahrzehnten über der Fertilitätsrate liegende Mortalitätsrate, der steigende Anteil Älterer und der schrumpfende Anteil Jüngerer an der Gesellschaft werden die Beitragszahler und öffentlichen Institutionen der sozialen Sicherung vor große Probleme stellen. Neben der Belastung des Gesundheitssystems bzw. der Finanzierung der Renten stehen wir zukünftig einem abnehmenden Potenzial der pflegenden Bevölkerung gegenüber. Es bleibt fragwürdig, ob dem steigenden Bedarf an Pflegenden durch Pflegeeinrichtungen wie Pflegeheimen entsprechend begegnet werden kann, und dies nicht nur aufgrund der Finanzierung professioneller Pflege.

Es wird umso wichtiger sein, dass es professionelle Beratungsangebote bzw. Pflegestützpunkte gibt, welche die pflegenden Personen bzw. die Pflegebedürftigen selbst entsprechend unterstützen. Auch wenn sich das Beratungsangebot der Pflegestützpunkte an alle Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI richtet, wird dennoch die Gruppe der Älteren insbesondere vor dem Hintergrund demographischer Wandlungsprozesse den größten Bedarf haben.

Die in dieser Arbeit vorgestellte Datengrundlage konnte zeigen, dass bereits bestehende Beratungsangebote wie die Koordinierungsstelle „Rund ums Alter“ von pflegenden Personen, Pflegebedürftigen sowie von professionellen Einrichtungen genutzt werden.

Die Arbeit konnte aber auch zeigen, dass es eine Notwendigkeit für das Entstehen gesetzlicher Pflegeinfrastrukturen gibt. Die Weiterentwicklung des Pflegegesetzes sowie die Einführung von Pflegestützpunkten mit dem damit verbundenen rechtlichen Anspruch auf eine Pflegeberatung leisten vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und den zu erwartenden höheren Zahlen an Pflegebedürftigen einen wertvollen Beitrag.

### Literatur

- Arbeitsgemeinschaft Berliner Koordinierungsstellen (2004): Leistungsbeschreibung für Berliner Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ Backes, G. M./Clemens W. (2008): Lebensphase Alter. Weinheim: Juventa
- Becker, G./Rott C./d'Heureuse V./Kliengel M./Schönemann-Gieck P. (2003): Funktionale Kompetenz und Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Hundertjährigen, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36, 437-446
- Blüher, S. (2003): Wie langlebig ist die Solidarität? Generationsbeziehungen in den späten Lebensjahren, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36, 110-114
- Bomsdorf, E./Babel, B. (2005): Wie viel Fertilität und Migration braucht Deutschland? in: Wirtschaftsdienst 85, 387-394
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission
- Clemens, W. (2001): Stichwort: Alter., in: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft 4, 489-511
- Deutscher Bundestag. (2002): Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“. Bundesdrucksache 14/8800
- Glenewinkel, H. (2007): Pflegestützpunkte und Pflegebegleitung. Heilsbringer oder Irrweg? in: Die Krankenversicherung 11, 346-349
- Gohde, J. (2005): Selbstverantwortung als Merkmal einer qualitätsorientierten Pflege, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38, 256-261
- Haberkern, K./Szydlik M. (2008): Pflege der Eltern – Ein europäischer Vergleich, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 60, 78-101
- Hauser, J. (2007): Alter, ist das herrlich! Altraum Rente. Eine Analyse und Auswege aus der Armutsfalle. Gabler
- Hoffmann, E./Menning, S./Schelhase, T. (2009): Demografische Perspektiven zum Altern und zum Alter, in: Böhm K./Tesch-Römer C./Ziese T. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes), Berlin: Robert Koch-Institut, 21-30

- Hoffmann, E./Menning, S. (2009): Ältere Migrantinnen und Migranten, in: GeroStat Report Altersdaten 01 / 2009. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen
- Hokema, A./Sulmann, D. (2009): Vernetzung in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung: Wem nützt sie? in: Gesundheit und Krankheit im Alter (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes), Berlin, 207-215
- Igl, G./Naegele, G. (2008): Strukturelle Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – nach der Reform ist vor der Reform, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41, 79-80
- Lamura, G. et al. (2006): Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39, 429-442
- Meyer, M. (2006): Pflegende Angehörige in Deutschland. Münster: LIT Verlag
- Pohlmann, S. (2001): Das Altern der Gesellschaft als globale Herausforderung – Deutsche Impulse. Stuttgart: Kohlhammer
- Rothgang, H. (2007): Reform der Pflegeversicherung durch Weiterentwicklung des bestehenden Systems, in: Wirtschaftsdienst 87, 364-369
- Saß, A.-C./Wurm, S./Ziese, T. (2009): Inanspruchnahmeverhalten, in: Böhm K./Tesch-Römer C./Ziese T. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes), Berlin: Robert Koch-Institut, 134-159
- Schaeffer, D./Kuhlmey A. (2008): Pflegestützpunkte – Impuls zur Weiterentwicklung der Pflege, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41, 81-85
- Schneekloth, U. (2006): Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39, 405-412
- Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt – Pressestelle
- Statistisches Bundesamt (2008): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2008 – Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2006): Bevölkerung Deutschlands bis 2050, 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt – Pressestelle
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2007): Demografischer Wandel in Deutschland. Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Pressestelle
- Tesch-Römer, C./Mardorf, S. (2009): Familiäre und ehrenamtliche pflegerische Versorgung, in: Böhm K./Tesch-Römer C./Ziese T. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes), Berlin: Robert Koch-Institut, 194-206, <http://www.gerostat.de> [Stand: 2010-03-29]

*Sandra Wegel*, M.A. Soziologin<sup>1</sup>

Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin, [sandra.wegel@charite.de](mailto:sandra.wegel@charite.de)

*Mehmet Gövercin*, Arzt<sup>1</sup>

Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin, [mehmet.govercin@charite.de](mailto:mehmet.govercin@charite.de)

*Marion Ruhnau-Wüllenweber*, Dipl.-Sozialarbeiterin<sup>2</sup>

Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin, [kst.mitte@web.de](mailto:kst.mitte@web.de)

*Prof. Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen*, Ärztliche Direktorin<sup>1</sup>

Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin, [elisabeth.steinhagen-thiessen@charite.de](mailto:elisabeth.steinhagen-thiessen@charite.de)

*Dr. med. Rahel Eckardt*, Oberärztin (Korrespondenzführung)<sup>1</sup>

Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin, [rahel.eckardt@charite.de](mailto:rahel.eckardt@charite.de)

<sup>1</sup> Forschungsgruppe Geriatrie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, 2 Koordinierungsstelle „Rund ums Alter“ Berlin Mitte

Jacqueline Schöbel, David Rester, Christa Them, Bernd Seeberger

# Der Einfluss langjähriger Berufserfahrung auf die nachberufliche Lebensphase bei Krankenschwestern – eine qualitativ-empirische Untersuchung

The impact of long-time work experience on the post-professional life phase in nurses - a qualitative-empirical study

*The consequences of the demographic changes place enormous challenges on both the society and the individual. This results in new requirements for how to create the post-professional phase of life. Especially regarding the discussion on productive aging, the relevance of the long-time work experience of nurses for their post-professional life phase has not been verified so far. In the present qualitative research paper, the relation between the profession pursued and the post-professional life phase is being investigated. For this purpose, eight retired nurses with long-time work experience were questioned in face-to-face interviews. The present paper presents the impact of professional experiences in six core areas. The results indicate that the professional experiences primarily have a positive impact on the nurses with long-term work experience themselves and their families. The nursing profession allows for gaining significant psychological and social experiences that are valuable for both the individual and the society as a whole.*

## Keywords

nurse, retirement, post-professional life phase, productive aging

*Die Folgen des demografischen Strukturwandels stellen die Gesellschaft ebenso wie den Einzelnen vor erhebliche Herausforderungen. Daraus ergeben sich neue Anforderungen an die Gestaltung der nachberuflichen Lebensphase. Insbesondere in Verbindung mit der Diskussion um ein produktives Altern ist die Frage, welche Relevanz den langjährigen beruflichen Erfahrungen in der nachberuflichen Lebensphase bei Krankenschwestern zukommt, bisher nicht geklärt. In dieser qualitativen Forschungsarbeit wird die Beziehung zwischen ausgeübtem Beruf und nachberuflicher Lebensphase untersucht. Dazu wurden acht langjährig berufstätige Krankenschwestern im Ruhestand in Einzelinterviews befragt. Der vorliegende Text präsentiert aus sechs zentralen Themen das Thema Einfluss beruflicher Erfahrungen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die beruflichen Erfahrungen vor allem für die langjährigen Krankenschwestern selbst und deren Familien Nutzen stiftend wirken. Der Pflege-*

eingereicht 25.10.2010

akzeptiert 24.01.2011 (nach Überarbeitung)

*beruf ermöglicht das Erlangen bedeutsamer psychologischer und sozialer Lebens- und Erfahrungswerte. Diese sind nachberuflich nicht nur individuell, sondern auch gesellschaftlich von hohem Wert.*

### Schlüsselwörter

Krankenschwester, Ruhestand, nachberufliche Lebensphase, produktives Altern

## 1. Einleitung

Rückgang und Alterung der Bevölkerung in Deutschland sind die Hauptkennzeichen der demografischen Entwicklung. Der Altenquotient, dieser bildet das Verhältnis der Personen im Rentenalter (65 Jahre und älter) zu 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (20 bis unter 65 Jahren) ab, wird in den nächsten Jahren deutlich steigen. Derzeit etwa bei 34, könnte er im Jahr 2030 bereits 52, im Jahr 2050 mit 64 fast den doppelten Wert erreichen (Statistisches Bundesamt 2006). Damit stehen immer mehr Älteren immer weniger Jüngere gegenüber. Aufgrund der Tatsache, dass die Menschen bei guter Gesundheit immer älter werden, verlängert sich die nachberufliche Lebensphase sowohl an Jahren als auch an Qualität. Diese Lebensphase kann eine Zeitspanne von bis zu 30 Jahren betragen, ist historisch einzigartig und zwingt zu Veränderungen in der individuellen Lebensplanung sowie im gesellschaftlichen Zusammenleben (Opaschowski 2006). Die Entdeckung der Potenziale älterer Menschen und damit der Ruf nach eigenverantwortlicher Aktivität in der Nacherwerbsphase wird lauter (BMFSFJ 2005). Tätigkeiten und Engagement in der Lebensphase Alter sind aber seit langem ein Thema der sozialen Gerontologie (Künemund 2006). In soziologisch orientierten empirischen Analysen dominieren produktive Tätigkeiten, die einen Nutzen für sich selbst oder für andere hervorbringen, die aber ökonomisch schwer fassbar sind, jedoch auf die soziale Umwelt komplex wirken. Das Konzept der Produktivität des Alters nach Tews (1996) (Tabelle 1) unterscheidet fünf Formen von Produktivität. Die Dimensionen der Nutzenstiftung können dabei psychischer, sozialer, kultureller, materieller sowie instrumenteller Natur sein und liefern immer auch einen Beitrag zur Lebensqualität der Betroffenen (Amann 2007).

Konzept der Produktivität des Alters	Individuelle Produktivität
	Intergenerative Produktivität
	Intragenerative Produktivität
	Umfeldproduktivität
	Gesellschaftliche Produktivität

Tab. 1: Konzept der Produktivität des Alters nach Tews (1996, S. 186 ff.), eigene Darstellung

Die in der deutschsprachigen Literatur üblicherweise diskutierten und erforschten Dimensionen produktiver Tätigkeit im Alter sind Erwerbstätigkeit, ehrenamtliches Engagement, Kinder- und Enkelbetreuung, Pflegetätigkeit und Unterstützungsleistungen meist an Jün-

gere. Die Aktivitätsbereiche Wellness, Fitness, Gesundheit und Ernährung spielen in der öffentlichen Diskussion inzwischen auch in Deutschland eine Rolle, bleiben aber bisher konzeptionell unbestimmt (Dyk van et al. 2009). Eine Ausnahme bildet die Differenzierung in hetero- und autoproduktive Tätigkeiten von Amann und Feldner (Tabelle 2) (Amann 2007).

<b>Autoproduktivität</b>	<b>Heteroproduktivität</b>
Selbstfindung	Erwerbstätigkeit
Selbstreflexion	Ehrenamtliche Tätigkeiten
Selbstaufmerksamkeit	Kinder- und Enkelbetreuung
Selbstorganisation	Pflegetätigkeit
Gesundheitsverhalten	Unterstützungsleistungen
Eigeninitiative	Hausarbeit
Lernen und Weiterbilden	Konsum
Sich auf Neues Einstellen	Für andere Zeit haben
Körperliche Aktivität	Politische Partizipation
Umgang mit Defiziten	Kulturelle Partizipation
Hobbys und Entwickeln von Fertigkeiten	Vermitteln sozialer Kompetenz
Biographische Aufarbeitung und Lebensbilanz	Weitergabe von Wissen und Erfahrung
Mobilität und Beweglichkeit	Weitergabe von Werten
Geld und Vermögen verwalten	Erhalten sozialer Kontakte
Tägliche Selbstversorgung managen	Öffentliche Präsenz
	Engagement in Projekten
	Als Großeltern zwischen Kindern und Eltern vermitteln

Tab. 2: Produktionstypen und Dimensionen nach Amann und Feldner (2007, S. 275 f.), eigene Darstellung

Welche Rolle die frühere Berufstätigkeit für den Ruhestand spielt, ist in der Ruhestandsforschung nicht eindeutig geklärt. Hierzu haben Mayring et al. (1990) folgende Forschungsergebnisse zusammenfassend festgehalten. Zwischen Hinweisen, dass eine hohe Berufszufriedenheit den Übergang in den Ruhestand erleichtert und eine zu starke Berufsorientierung den Übergang erschwert, belegen andere Studien, dass es keinen Zusammenhang zwischen subjektiver Bedeutung der Berufstätigkeit und dem Erleben im Ruhestand gibt. Ebenso scheinen weniger die grundsätzliche Berufsorientierung, sondern spezifische Merkmale der Berufstätigkeit bedeutend. So sind Erwerbstätige, die im Beruf Entscheidungsmöglichkeiten und einen großen Handlungsspielraum hatten, im Ruhestand aktiver. Dagegen gehen Erwerbstätige mit schlechten Arbeitsbedingungen und hohen körperlichen Anforderungen leichter in den Ruhestand (Mayring et al. 1990). Berger und Gerngroß (1994) zeigen vier Gestaltungsmodelle für den Ruhestand auf, die in Bezug zu den Erfahrungen im Berufsleben gesetzt werden. Weitermacher sind oft Menschen, die ihre Arbeit selbständig einteilen konnten. Sie nehmen kaum Veränderungen vor und setzen sich mit dem Übergang häufig nicht auseinander. Anknüpfer möchten ihre Kompetenzen und ihr fachliches Wissen dort einsetzen, wo sie gebraucht werden können. Befreite sind oft Menschen, die eher zufällig zu ihrem Beruf kamen. Sie sind froh, nun machen zu können, was sie wollen. Nachholer möchten das, was sie in ihrem Berufsleben nicht verwirklichen konnten, nachholen (Berger et al. 1994).

Die meisten Forschungen hinsichtlich Berufstätigkeit und Ruhestand sind auf die Situation von Männern konzentriert (Lehr 2007). Niederfranke (1990) untersuchte langjährig berufstätige Frauen und fand hinsichtlich der unterschiedlichen inner- und außerfamiliären Orientierungen, in denen Frauen Identität und Lebenssinn nach der Berufsaufgabe finden, vier Gruppen. Für Familienfrauen (49%) spielte der Beruf innerlich stets eine untergeordnete Rolle. Im Ruhestand wird die Zuwendung zur Familie intensiviert, auch aus dem Schuldgefühl heraus, in der Vergangenheit der Rolle als Ehefrau und Hausfrau nicht gerecht geworden zu sein. Auch Quasi-Familienfrauen (18%) haben einen familienorientierten Lebensentwurf verinnerlicht. Da ihnen der Wunsch nach Gründung einer Familie unerfüllt blieb, wenden sie sich dem erweiterten Familienkreis zu. Obwohl für die sozial integrierten Frauen (25%) die Berufstätigkeit von großer Bedeutung war, pflegten sie bereits während der Erwerbsarbeit viele außerfamiliäre Beziehungen. Bei den karitativ orientierten Frauen (8%) verbinden sich inner- und außerfamiliäre Orientierung. Die helfende Zuwendung zu anderen Menschen innerhalb sowie außerhalb der Familie wird auch mit zunehmendem Lebensalter als sinngebend erlebt.

Die Vielfalt und die teilweise widersprüchlichen Ergebnisse älterer und jüngerer empirischer Studien zeigen, dass Ruhestandsforschung differenziert nach Kohorten, unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Bedingungen und anhand einzelner Berufs- und Lebensbiographien erfolgen muss.

Was Pflegende dazu bewegt, auch noch nach Erreichen der Altersgrenze berufsbezogen aktiv zu sein, wurde bisher kaum erforscht. Während in der angloamerikanischen Forschungsliteratur durchaus Untersuchungen zu Pflegepersonen im Ruhestand (Watson et al. 2003, Armstrong-Stassen 2004) zu finden sind, scheinen im deutschsprachigen Raum Pflegende im Ruhestand nicht von wissenschaftlichem Interesse. Häufig durch Frühverrentungsprogramme oder gesundheitsbedingt durch Erwerbsminderungsrenten vorzeitig im Ruhestand, stellte sich die Frage nach dem Potenzial und der Bereitschaft von nachberuflich pflegerischen Aktivitäten bislang nicht. Ziel dieser Untersuchung ist nun das Aufzeigen von Potenzialen und Ressourcen Pflegender in der nachberuflichen Lebensphase. Für die vorliegende Publikation wurden Ergebnisse gewählt, die verdeutlichen, dass die berufliche Sozialisation von Krankenschwestern auch noch in der nachberuflichen Lebensphase zum Ausdruck kommt und sinnvoll und produktiv genutzt werden kann.

## 2. Methodik

### 2.1 Forschungsfragen

Eine systematische Literaturrecherche bildete den theoretischen Rahmen und begründete die methodologische Konzeption der drei Forschungsfragen: Wie verbringen ehemalige Krankenschwestern ihren Ruhestand? Wie werden pflegerische Fähigkeiten und Erfahrungen nachberuflich genutzt? Was verbinden Krankenschwestern in der

nachberuflichen Lebensphase mit ihrem ehemaligen Beruf? Der Fragestellung wurde sich methodisch durch ein qualitativ-empirisches Vorgehen genähert.

## 2.2 Stichprobenbildung

Die Stichprobe bildeten ehemalige Krankenschwestern aus Ostdeutschland/Südthüringen. Diese Personen sollten mindestens 60 Jahre alt sein und Rente beziehen. Angaben des Statistischen Bundesamtes zufolge lag im Jahr 2008 der Frauenanteil der Pflegekräfte bei 86,4% (Isford et al. 2010). Damit kann der Pflegeberuf auch heute noch als Frauenberuf bezeichnet werden. Da dies besonders für die Geburtsjahrgänge dieser Stichprobe (1937 - 1944) gilt, wurden ehemalige männliche Pflegepersonen nicht in die Stichprobenauswahl einbezogen. Eine Stichprobengröße wurde vorab nicht festgelegt.

## 2.3 Erhebungsinstrumente und Datenerhebung

Zur Datengewinnung wurden drei selbstentwickelte Erhebungsinstrumente eingesetzt. Ein standardisierter Fragebogen erfasste neben soziodemografischen Daten auch Daten zur beruflichen Vergangenheit, zum Übergang in den Ruhestand und zur Erwerbstätigkeit im Ruhestand. Das problemzentrierte Leitfadenterview nach Lamnek (1995) beginnt mit einer narrativen Einstiegsfrage und orientiert sich anschließend an den Kategorien: Freizeit und Aufgaben im Ruhestand, soziale Kontakte im Ruhestand und pflegerische Potenziale und Ressourcen im Ruhestand. Im Gedächtnisprotokoll wurden Kontextinformationen zu zeitlichen und räumlichen und zum persönlichen Eindruck des Interviewverlaufs notiert.

Die drei Erhebungsinstrumente kamen an einem Tag bei einer Person zum Einsatz. Die Datenerhebung fand in den Wohnungen der Interviewten statt und dauerte zwischen einer und zweieinhalb Stunden.

## 2.4 Datenauswertung

### 2.4.1 *Entwicklung der Themen*

Die qualitative Auswertung der Daten orientierte sich am allgemeinen inhaltsanalytischen Ablaufmodell nach Mayring (2008). Tabelle 3 zeigt die modifizierte Übertragung einzelner Auswertungsschritte bis zur Definition der Analyseeinheiten, hier Themenbildung genannt.

Im Vorfeld wurde jedes Interview vollständig transkribiert. Der folgende Auswertungsschritt<sup>1</sup> beinhaltete das Erstellen eines thematischen Verlaufes für jedes Transkript. Die thematischen Verläufe stellen somit alle Aussagen der Interviewten in chronologischer Reihenfolge dar. Diesen Aussagen sind erste Begriffe zugeordnet, die erst im nächsten Auswertungsschritt zusammengefasst werden. Ziel dieses ersten Auswertungsschrittes war, einen Überblick und eine bessere Lesbarkeit über die gesammelten

Datenmaterial:	Transkripte	Vollständige Transkription (Kuckartz et al. 2008)	8 Transkripte
Auswertungsschritt 1:	Thematischer Verlauf	- chronologische Reihenfolge - Zuordnen erster Begriffe - prägnante Aussagen	8 Thematische Verläufe
Auswertungsschritt 2:	Excel-Themenmatrix	- Begriffe strukturieren - Begriffe kategorisieren - Kommentare einfügen	106 Begriffe 10 Kategorien
Auswertungsschritt 3:	Themenbildung	- Zusammenfassen zu Themen	6 Themen

Tab. 3: Ablaufmodell zur Systematik der Datenauswertung

Daten herzustellen. Am Ende des ersten Auswertungsschrittes wurde jeweils eine prägnante Aussage den drei Forschungsfragen zugeordnet. So entstanden, wie Tabelle 4 exemplarisch zeigt, erste Zusammenfassungen und Gegenüberstellungen, die Ideen zur Auswertung lieferten.

Forschungsfragen	Prägnante Aussage B5	Prägnante Aussage B8
Wie verbringen Pflegepersonen ihren Ruhestand?	„Mein Tag ist ausgefüllt. Ich habe keine Langeweile.“ (B5, 56)	„Ich bin noch auf der Suche das Richtige zu finden.“ (B8, 49)
Wie werden pflegerische Fähigkeiten und Erfahrungen nachberuflich genutzt?	„Große Sachen habe ich nicht.“ (B5, 293)	„Weg von der Materie kommt man nie ganz.“ (B8, 120)
Was verbinden Pflegende in der nachberuflichen Lebensphase mit ihrem ehemaligen Beruf?	„Das ist das Wichtigste eigentlich, der Kontakt zu den alten Arbeitskollegen.“ (B5, 281)	„Wenn ich die sehe, dann krieg ich meinen Moralischen, das kann ich nicht.“ (B8, 236)

Tab. 4: Gegenüberstellung der Aussagen am Beispiel von Interview Nr.5 und Nr.8

Im Auswertungsschritt 2 wurden die bisher einzelnen und ungeordneten Begriffe der thematischen Verläufe in einer Zusammenschau aller in den Interviews angesprochenen Themen strukturiert und gleichzeitig kumuliert. Dazu wurden im Tabellenkalkulationsprogramm Excel alle Begriffe in einer Liste angelegt. Diese Liste wurde sukzessive um jeden neu erscheinenden Begriff erweitert, ähnliche Begriffe wurden zusammengefasst. Mit den geordneten Begriffen konnten thematische Begriffsgruppen gebildet werden. Diese Begriffsgruppen, die jetzt Kategorien genannt werden, orientierten sich vorerst am theoretischen Konstrukt des Interviewleitfadens und wurden um induktive Kategorien aus dem Textmaterial ergänzt. Neue Aspekte, die sich auf den Gegenstand der Forschungsfragen beziehen, wurden so systematisch aus den Daten entwickelt, Kategorien erweitert oder zusammengefasst. Die Auswertungsschritte erfolgten simultan. Es wurden gleichzeitig Interviews geführt, transkribiert, thematische Verläufe angefertigt, identifizierte Begriffe in der Excel-Themenmatrix neu angelegt oder an vorhandene Begriffe angedockt. Zum Ende konnten die meisten Begriffe vorhandenen Begriffen und damit Kategorien zugeordnet werden und es befinden sich in der Themenmatrix 106 Begriffe in zehn Kategorien. Zu diesem Zeitpunkt stellte die Themenmatrix lediglich den thematischen Inhalt eines jeden Interviews dar. Um die unterschiedlichen Äußerungen zu den einzelnen Begriffen visuell anzuzeigen, wurde jeder Begriff

mit den entsprechenden Aussagen als Kommentar in der Tabelle hinterlegt. Diese Darstellung ermöglichte das Erkennen der Vielzahl der typischen Handlungen und Einstellungen, aber auch deren Differenzierungen.

Die Themenbildung im Auswertungsschritt 3 erfolgte zum einen auf der Grundlage des im Auswertungsschritt 2 entstandenen Kategorienschemas der Themenmatrix, zum anderen flossen die Daten aus Fragebogen und Gedächtnisprotokoll in die Themenbildung ein. Bei der Entscheidung der inhaltlichen Ausgestaltung der Themen wurde auf theoretisches Vorwissen und auf die Forschungsfragen dieser Arbeit zurückgegriffen. So entstanden folgende sechs zentrale Themen, die jeweils einzeln analysiert wurden (Tabelle 5).

Themen	
	Alltag im Ruhestand
	Kontakte zu Kollegen und zur Arbeitsstätte
	Beruf im Rückblick
	Einfluss durch Erfahrungen im Beruf
	Pflegerische Tätigkeiten im Ruhestand
	Ruhestand und Arbeit

Tabelle 5: Themen

Nachfolgend wird die Auswertung des Themas Einfluss durch Erfahrungen im Beruf beispielhaft skizziert.

#### 2.4.2 Themenbearbeitung

Die narrative Einstiegsfrage im Interviewleitfaden bezog sich direkt auf das Thema Einfluss durch Erfahrungen

im Beruf und lautete: Können Sie an einem Beispiel beschreiben, welchen Einfluss ihr ehemaliger Beruf auf ihren Ruhestand hat? Auch alle weiteren Aussagen zum Thema wurden zunächst für jedes Interview einzeln erfasst und den Textstellen wurden abstraktere Oberbegriffe, die nun als Kategorien zum Thema bezeichnet werden, zugeordnet. Einen Überblick über diese elf induktiv entwickelten gegenstandsnahen Kategorien und deren Auffinden in den Interviewdaten präsentiert Tabelle 6. Wie in der Tabelle ersichtlich, werden Häufigkeiten in den Nennungen und Unterschiede in den Dimensionen erkennbar. So lässt sich die Kategorie Berufsprägung aus nur einem Interview ableiten, die anderen Kategorien können sich auf Aussagen von zwei bis fünf Interviews beziehen. Durch vertiefte Arbeit am Material und mittels der qualitativen Technik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) veränderten sich die Kategorien, so dass für die abschließende Analyse vier Ergebniskategorien zum Themengebiet Einfluss durch Erfahrungen im Beruf zu Verfügung standen.

### 3. Ergebnisse

Die Ergebnisse aus dem Themengebiet Einfluss durch Erfahrungen im Beruf werden nachfolgend durch eine Beschreibung der Stichprobe sowie der vier Ergebniskategorien aufgezeigt.

Kategorien	Häufigkeit	Dimensionen	Ergebniskategorien
Zeit	Nr.1, Nr.8	Zeitmanagement, Lebenszeit, Gewohnheit, Stressfreiheit	Informelle berufsbezogene Aktivitäten
Wissen	Nr.1, Nr.3, Nr.6, Nr.7	Medizinische Kenntnisse, Krankheiten, Gesundheitsverhalten <i>Nutzen für sich selbst, Familie und Bekannte</i>	
Sterben und Tod	Nr.1, Nr.3, Nr.6, Nr.7, Nr.8	Erinnerungen, Leiden, Sterbeprozess, Sterbebegleitung, Patientenverfügung	Berufliches Selbstverständnis
Sorge	Nr.1, Nr.4, Nr.7	Leiden, Angewiesensein, Zukunft	Existenzielle Erfahrungen
Menschenkenntnis	Nr.1, Nr.2	Unterschiede	Berufliche Bilanzen
Berufsbild	Nr.2, Nr.3, Nr.7	Toleranz, Verständnis, Verpflichtung, Unterstützen, Tugenden, Verantwortung, Berufsbild heute	
Menschentyp	Nr.3, Nr.7	Nichts anmerken lassen (robust), nicht wehleidig	
Fachliches Interesse	Nr.1, Nr.3, Nr.4	Menschen, Weiterbildung, Ehrenamtliche Tätigkeit	
Fähigkeiten und Wissen	Nr.2, Nr.4, Nr.5, Nr.6, Nr.7	Versorgen, Beraten, Hauswirtschaft, Anwenden medizinischer Kenntnisse, Betreuen, kleine Sachen <i>Vorteile, Privileg</i>	
Berufsprägung	Nr.7	Helfen, Helfersyndrom, berufliche Erinnerungen	
Erfahrungen?	Nr.1, Nr.3, Nr.4, Nr.5, Nr.8	Erfahrungen nicht bewusst	

Tab. 6: Kategorien, Häufigkeiten, Dimensionen und Ergebniskategorien

### 3.1 Beschreibung der Stichprobe

Die ehemaligen Krankenschwestern der Geburtsjahrgänge von 1937 bis 1944 aus Ostdeutschland/Südthüringen waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 65 und 72 Jahre alt und befanden sich bereits zwischen zwei und neun Jahren im Ruhestand. Die Hälfte von ihnen war zu dieser Zeit verwitwet, eine lebte in Gemeinschaft mit einem neuen Partner. Drei der Befragten waren verheiratet, eine geschieden, allerdings in langjähriger Partnerschaft mit ihrem geschiedenen Ehemann lebend. Im Eigenheim wohnten fünf der Befragten, drei davon lebten mit eigenen Kindern und Enkeln im Haus. Drei Befragte wohnten in einer Stadtwohnung, eine davon war alleinstehend. Das Alter bei Eintritt in den Pflegeberuf lag zwischen 14 und 21 Jahren. Dabei wurden zum Berufseintrittsalter die Zeiten der Ausbildung hinzugerechnet. In den meisten Fällen war der Beruf der Krankenschwester der Wunschberuf der Befragten, einmal auf Wunsch der Mutter, einmal weil der gewünschte Studienplatz nicht erreichbar war. In

zwei Fällen wurde die Ausbildung zur Krankenschwester erst über den Pflegehilfsberuf erlangt. In allen anderen Fällen handelt es sich um eine Erstausbildung. Die Ermittlung der Erwerbszeiten im Pflegeberuf ergab eine Verweildauer von 36 bis 47 Jahren. Obwohl alle Befragten ein bis drei Kinder hatten, wurde die Berufstätigkeit nur in zwei Fällen wegen Kindererziehung einmal drei und einmal fünf Jahre unterbrochen. Die meisten Berufsjahre wurden in Vollzeit erbracht. Teilzeitbeschäftigung spielte, außer in einem Fall, eine eher untergeordnete Rolle. Die Hälfte der Befragten arbeitete die letzten Berufsjahre als Krankenschwester im Dreischichtsystem der stationären Pflege im Krankenhaus. Eine der Befragten war als Stationsleitung, zwei als stellvertretende Stationsleitungen und eine als Krankenschwester in der ambulanten Pflege beschäftigt. Die Hälfte der Befragten war in einer internistischen Abteilung, drei waren in einer chirurgischen Abteilung im Krankenhaus und eine im ambulanten Pflegedienst tätig.

### 3.2 Einfluss durch Erfahrungen im Beruf

„*Große Sachen habe ich nicht.*“ (B5, 260) Dieser Schlusssatz im Interview mit einer ehemaligen Krankenschwester ist bezeichnend für den Stellenwert beruflicher Erfahrungen, den sich ehemalige Krankenschwestern in der nachberuflichen Lebensphase selbst zuschreiben. Daher gelingt möglicherweise die Beantwortung der narrativen Einstiegsfrage, die Befragten sollten an einem Beispiel beschreiben, welchen Einfluss ihr ehemaliger Beruf auf ihr Leben im Ruhestand hat, den meisten nicht auf Anhieb. Dennoch wurde im Interviewverlauf deutlich, dass berufliche Erfahrungen die nachberufliche Lebensphase beeinflussen. Viele Aussagen bestätigen: „*Weg von der Materie kommt man nie ganz.*“ (B8, 120) Dabei bezog sich das Spektrum der Antworten auf die Ergebniskategorien informelle berufsbezogene Aktivitäten (3.2.1), berufliches Selbstverständnis (3.2.2), existenzielle Erfahrungen (3.2.3) und berufliche Bilanzen (3.2.4). Im Folgenden werden diese vier Kategorien beschrieben und interpretiert.

#### 3.2.1 Informelle berufsbezogene Aktivitäten

In Abgrenzung zur formellen Erwerbsarbeit werden für informelle Tätigkeiten keine monetären Gegenleistungen erbracht. „*Na ja, das sind zwar nur kleine Sachen, aber die fallen ja doch an. Ist ja klar.*“ (B4, 156) Im familiären Umfeld wird gern und häufig mit den ehemaligen Krankenschwestern über medizinische Fragen gesprochen. „*Die wollen da meine Meinung hören. Was, wenn Operationen anstehen oder so was, ne.*“ (B2, 34) Für die ehemaligen Krankenschwestern scheint es selbstverständlich zu sein, dass Familienmitglieder von ihnen in medizinischen und pflegerischen Fragen beraten werden wollen. Werden die ehemaligen Krankenschwestern von Nachbarn oder Bekannten gefragt, endet die Beratung oft damit, dass ein Besuch beim Arzt empfohlen wird. „*Ja, aber du kannst, wenn du ein paar Jahre raus bist eben nicht mehr solche großen Fachfragen beantworten, da musst du schon sagen, da geht einmal zum Arzt und ne. Dafür sind ja Sprechstunden und so was da (lacht).*“ (B2, 46-48) Die Aussage wird damit begründet, dass sich Diagnostik und Behandlungsmethoden verändert haben und das berufliche

Wissen nicht mehr auf dem aktuellen Stand ist. Die Unsicherheiten bezüglich aktuellen Wissens können auch dazu führen, dass auf beruflich noch aktive Krankenschwestern verwiesen wird.

Manchmal wird bei den Ratsuchenden auch das Bedürfnis nach Kommunikation und menschlicher Zuwendung als vordergründig erkannt. „*Na ja, und sie will vielleicht auch nur mal ein wenig reden. Sie ist allein.*“ (B7, 27-28)

Tätigkeiten, die berufliche Kenntnisse und Fertigkeiten erfordern, kommen mit Selbstverständnis bei Familienmitgliedern zur Anwendung. Kommt es außerfamiliär zu berufsbezogenen Tätigkeiten, geschieht dies nur auf Anfrage und auch nur „*im kleinen Kreis*“. (B8, 332) Diese sporadischen Gefälligkeiten finden zwar nicht regelmäßig und eher selten statt, dagegen ist die Bereitschaft berufsbezogen zu helfen, wenn bei Freunden, Bekannten oder Nachbarn etwas zu tun ist, groß. „*Und da sagst du ja nicht nein, ne. [...] Habe mich richtig gefreut darüber. Na ja.*“ (B6, 40-41)

Fünf der acht ehemaligen Krankenschwestern würden gern ihre beruflichen Kompetenzen regelmäßig für andere einbringen. Dem Interesse folgt aber nicht automatisch die Tat. Lediglich zwei der acht befragten ehemaligen Krankenschwestern sagen, dass sie regelmäßig ehrenamtlich pflegerisch aktiv sind. Diese Aktivitäten können selbst organisiert sein. So betreut eine ehemalige Krankenschwester eine alleinstehende 87-jährige Frau. Dabei werden täglich Arbeiten übernommen, die „*ambulant die Pflegedienste gar nicht bewältigen können*“. (B3, 64-65) Spaziergänge oder das Ermöglichen sozialer Kontakte am Nachmittag „*Da bekommt sie ein bisschen Auftrieb. Na ja, man muss die Alten unterstützen.*“ (B3, 67), auf Ernährung achten, Medikamente stellen, Insulingabe überwachen und zu Bett bringen am Abend sind Tätigkeiten, die regelmäßig erbracht werden. Ehrenamtliche Arbeit kann auch von Pflegediensten organisiert sein. So betreut eine ehemalige Krankenschwester an Demenz erkrankte Menschen, um damit pflegende Angehörige zu entlasten. Die 72-jährige Krankenschwester ist seit ihrem Ruhestand in diesem ambulanten Pflegedienst beschäftigt. Die ersten Jahre geringfügig erwerbstätig, steht sie noch immer auf Abruf bereit und nimmt auch regelmäßig an den Fortbildungsveranstaltungen des Pflegedienstes teil.

### 3.2.2 Berufliches Selbstverständnis

„*Ich fühle mich schon verpflichtet (lacht) gegenüber vielen, vielen den Älteren oder so.*“ (B3, 21-22) Die empfundene Verpflichtung gegenüber Hilfebedürftigen, das Helfen wollen, scheinen intrinsisch motiviert und der nachberuflichen Lebensphase einen Sinn zu geben. „*Na ja und na ja wie soll ich denn das beschreiben, es füllt mich ein bisschen aus.*“ (B3, 59) Die Motive scheinen im internalisierten beruflichen Selbstverständnis zu liegen. „*Ich mache es wirklich nur um, na ja, um eben jemandem zu helfen*“ (B4, 171) Weiterhin wird über den Ruhestand hinaus eine gewisse berufliche Kontinuität empfunden. „*Jetzt macht man das halt mit und da ist man nicht ganz vom Stoff weg*“ (B8, 115). Die beruflichen Fähigkeiten können auch als Vorteil für die Familie wahrgenommen werden: „*Meine Tochter lässt sich immer schön die Grippeimpfung von mir verabrei-*

chen.“ (B7, 262) Mitgefühl und Anteilnahme „Güte, Milde, Barmherzigkeit“ (B7, 84) sowie Toleranz, Verständnis und Empathie „Jeder Mensch hat andere Probleme und das, da musst du dich rein denken“ (B2, 231) werden als im Beruf erworbene „Tugenden“ (B7, 29) genannt, die auch noch in der nachberuflichen Lebensphase Bestand haben.

### 3.2.3 Existenzielle Erfahrungen

Aufgrund ihrer Berufserfahrungen kennen ehemalige Krankenschwestern die möglichen Folgen von Krankheiten und Alter. Einige sprechen offen über ihre Ängste und Sorgen. „Man wird nachdenklicher, weil man ja doch so Vieles erlebt hat, wo man denkt, das kann auch noch auf dich zukommen.“ (B4, 6-7) Daher wird ganz bewusst, etwa durch eine gesunde Lebensweise, Einfluss auf die eigene Gesundheit genommen. „In den vielen Jahren, was man alles erlebt hat und wie krank manche Leute sein können und auch sind und wie auch manche Leute rücksichtslos mit ihrer eigenen Gesundheit umgehen, da habe ich mir dann immer geschworen, das machst du nicht. Du weißt, was alles passieren kann und da bin ich ganz ehrlich, da versuche ich eigentlich relativ gesund zu leben.“ (B1, 228-231) Zum Zeitpunkt der Befragung war keine der ehemaligen Krankenschwestern ernsthaft erkrankt oder behindert. Dabei besteht die Hoffnung, dass dieser Zustand noch möglichst lange so bleibt. Fast alle Befragten legen großen Wert auf den Erhalt ihrer körperlichen Fitness. „Dass man ein bisschen aktiv noch bleibt und beweglich.“ (B3, 110) Schwimmen, Sauna, Seniorengymnastik, Rückenschule und Kreislauftraining sind Angebote, die gern in einer Gruppe von Interessierten wahrgenommen werden. Die ehemaligen Krankenschwestern geben an, auch in Eigeninitiative regelmäßig körperlich aktiv zu sein. „Da versuche ich dann immer so ein bisschen Gymnastik zu machen um, damit ich nicht immerzu dann geschwollene Beine habe.“ (B1, 22-23)

Die beruflich bedingte Konfrontation mit Krankheit, Sterben und Tod bringt es mit sich, dass sich ehemalige Krankenschwestern auch persönlich mit dem Lebensende auseinandersetzen haben. So rückt mit dem Älterwerden die eigene Endlichkeit schärfer ins Bewusstsein. Das Miterleben von Sterben, das nicht gelungene Begleiten von Sterbenden, „dieses hautnahe am Elend“ (B7, 317) prägen die Gedanken an das eigene Ende. Die Kategorie Sterben und Tod wurde von fünf der acht befragten Krankenschwestern thematisiert. Sie machen sich Sorgen um die Art und Weise ihres Sterbens und hoffen auf ein glückliches Ende. „Und da ich ja nun auch viele Leute habe sterben sehen, da wird es mir schon manchmal Angst. Da denke ich dann, also hoffentlich hast du ein glückliches Ende und musst nicht da ewig leiden und vor allem bist auf die Hilfe von anderen Leuten angewiesen und dann weißt du nicht, ob die das gerne machen und das ist schon ein Problem, was mich mitunter sehr beschäftigt, muss ich ehrlich sagen.“ (B1, 244-248) Die persönliche Auseinandersetzung mit der Erfahrung Lebensende mündet im Bemühen um Patientenverfügungen. Obwohl drei der Befragten davon berichten, haben diese noch keine rechtskräftige Patientenverfügung erstellen können. „Ich habe zwar schon die Formulare, aber ich kann mich überhaupt nicht dazu entschließen, das irgendwie auszufüllen [...] Es sind ja auch noch keine konkreten Vorgaben da irgendwie.“ (B7, 17-20) Unklare Vorgaben und verschiedene Expertenmeinungen halten die ehe-

maligen Krankenschwestern vom Erstellen einer verbindlichen Patientenverfügung ab. *„Das ist gar nicht so einfach, zu entscheiden, da selbst zu entscheiden, was du willst und was du, wie die dann handeln sollen.“* (B3, 232-233) Eine der Befragten glaubt, dass der Berufsstand zum Thema Lebensende etwas offener als die meisten Menschen kommuniziert. *„Also ich denke, dass wir ein bisschen offener sind zu der ganzen Geschichte. Zu Krankheit und zum Tod und so weiter. Ich weiß nicht, viele Menschen wollen ja davon gar nichts hören.“* (B3, 219-222) Das Wissen um die Begrenztheit von Lebenszeit gehört zu den existenziellen Erfahrungen dieser Berufsgruppe. Es ist daher nachzuvollziehen, dass ehemalige Krankenschwestern die nachberufliche Zeit bewusst und sinnvoll nutzen wollen, *„weil ich es persönlich nicht gut finde, wenn man mit der kostbaren Zeit, die einem ja dann noch für den Rest seines Lebens bleibt, schlecht umgeht.“* (B1,10-11) Das durch die beständige Doppelbelastung von Arbeit und Familie erforderliche strenge Zeitmanagement wird in der nachberuflichen Lebensphase nicht einfach aufgehoben, sondern weitergeführt. Die ehemaligen Krankenschwestern nehmen sich aber auch Zeit für neu entdeckte Freizeitaktivitäten und genießen ihre freie Zeit ohne Stress. *„Ich weiß jetzt, obwohl ich immer darauf bedacht bin, dass ich keinen Müßiggang habe, bin ich immer, also will ich, mache ich mir keinen Stress. Ich sage, ich muss aber immer auch einen Zeitplan haben.“* (B7, 101-104)

### 3.2.4 Berufliche Bilanzen

Trotz beschriebener familiärer, beruflicher und emotionaler Belastungen durch die beständige Berufsausübung wurde von allen Befragten die berufliche Bilanz im Nachhinein als äußerst positiv beschrieben. *„Nicht eine Stunde meines Lebens möchte ich missen, die ich im Krankenhaus verbracht habe, immer wieder, kann ich nur immer wieder sagen und das ist auch das Schöne jetzt im Alter, das ist das Schöne, weil da, wenn man zu Hause ist und blickt so zurück, dass es so eine schöne Zeit war.“* (B8, 15-18) Dass der ehemalige Beruf mit Leidenschaft und Idealismus ausgeübt werden konnte, liegt an vielen Faktoren. Das Verständnis des Partners, der Zusammenhalt der Kollegen und das Vertrauen und die Dankbarkeit der Patienten machten aus, dass von keiner Befragten die Berufswahl bereut wurde. Das Überlassen gewisser Entscheidungsfreiheiten *„Also man musste schon abschätzen, was man selber machen konnte.“* (B3, 146-147) und die gute Bewältigung der hohen beruflichen Verantwortung gehen in eine positive Berufsbilanz ein und tragen in der Selbstreflexion der Befragten zur Zufriedenheit im Ruhestand bei. *„Und bin heute noch zufrieden, dass keine Klagen kamen, dass man, na das man auch keinen Fehler gemacht hat muss ich sagen, in der langen Zeit. Es ist ja trotzdem ein Beruf, wo man leicht einen Fehler auch machen kann. Das man keinen gemacht hat, für den man zur Verantwortung dann gezogen würde.“* (B5, 132-135)

Die ehemaligen Krankenschwestern erinnern sich auch an traurige existenzielle Ereignisse wie Leiden, Sterben und Tod. Es sind Bilder, die nicht loslassen. Dabei werden diese traurigen Erinnerungen nicht als Kriterium gegen den Beruf beschrieben, sondern als Erinnerungen, die andere Berufsgruppen eben nicht haben. Nicht immer konnte eine professionelle Distanz erreicht werden. *„Ich habe immer alles zu nah an*

*mich heran gelassen.*“(B7, 231) Eine ehemalige Krankenschwester berichtet von Schlafproblemen durch die jahrelangen beruflichen Erfordernisse des frühen Aufstehens.

Die Befragten beschreiben aber auch, wie sie den Wandel der Bedingungen beruflicher Pflege wahrnehmen. *„Früher war es nicht nur wegen dem Geld, da war, bei allen, nicht nur bei mir, eine große Portion Idealismus dabei im Krankenhaus zu arbeiten.“*(B5, 127-128) Die Patienten wären anspruchsvoller geworden, man hört von Mobbing unter Arbeitskollegen, die Arbeitsorganisation wäre schlechter und die Arbeitsbelastungen höher. Allerdings hätten sich die Arbeitsbedingungen durch den Einsatz moderner Arbeitsmittel auch verbessert. *„Denn wir haben unter viel schwereren Bedingungen gearbeitet, körperlich schwerer, egal ob es Material oder was es war, war schon schwerer als viel leicht jetzt. Jetzt haben sie alles was sie brauchen und nötig haben, ne.“*(B5, 128-130)

#### 4. Diskussion

In Bezug auf die Forschungsfragen geben die vorliegenden Ergebnisse Antworten auf die Frage nach beruflicher Nutzung pflegerischer Fähigkeiten und Erfahrungen. Bei der Befragung entstand der Eindruck, dass diese weitgehend intuitiv bestehen. Auch Staudinger (1996) vermutete, dass es vor allem im Alter wahrscheinlicher ist, unbewusst motivational und emotional produktiv zu sein.

Die Ergebnisse der Kategorie informelle berufsbezogene Aktivitäten zeigen, dass Krankenschwestern in der nachberuflichen Lebensphase auch außerhalb von Erwerbsarbeit berufsbezogen aktiv und gefragt sind. Obwohl der Pflegeberuf mit hohen körperlichen und psychischen Belastungen einhergeht, fühlen sie sich nicht als endlich vom Beruf Befreite (Berger et al. 1994), sondern sie stellen sich gern auch Aufgaben, die an berufliche Fähigkeiten und Erfahrungen anknüpfen. Damit dominiert in dieser Untersuchung das Gestaltungsmodell der Anknüpfen nach Berger und Gerngroß (1994). Auch spiegelt sich hier das große Vertrauen, welches Krankenschwestern entgegengebracht wird, wider. Laut einer aktuellen repräsentativen Studie (Marketa-gent.com in Career 2010) belegen im Gesundheitswesen Tätige bei der Frage nach ihrer Vertrauenswürdigkeit Spitzenplätze (Career 2010). Berufsbezogene Aktivitäten innerhalb der Familie werden als etwas Selbstverständliches gesehen. Außerfamiliäre berufsbezogene Aktivitäten finden nur auf Anfrage statt. Gesundheitsbetriebe, die gezielt ehemalige Krankenschwestern als Ehrenamtliche werben, scheinen erfolgreich zu sein. Es ist zu vermuten, dass die älteren Frauen im Osten Deutschlands angesichts ihrer Erfahrungen mit staatlich organisierter Altersaktivität in der DDR (Pickenhain et al. 1988) und kontinuierlichen Erwerbsbiographien aktivgesellschaftlichen Programmen positiv gegenüberstehen. In der vorliegenden Untersuchung wurde eine ehemalige Krankenschwester zu ehrenamtlicher Arbeit angesprochen, eine weitere hat sich ihr Ehrenamt selbst beschafft. Es ist anzunehmen, dass bei entsprechend organisierter Nachfrage, ehemalige Krankenschwestern gern berufsbezogene Aufgaben übernehmen würden. Das Interesse an ehrenamtlichen Tätigkeiten, insbesondere der Älteren, hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Allerdings ist es nicht so, dass auf-

grund der Berufsaufgabe ein Ehrenamt als Ersatz angestrebt wird (Künemund 2006).

Das berufliche Selbstverständnis von Krankenschwestern, stabilisiert durch positive Rückmeldung der Patienten und Kollegen, wirkt verstärkend auf berufsbezogene Aktivitäten im Ruhestand. Die helfende Zuwendung zu anderen Menschen wurde schon immer als sinngebend erlebt. Obwohl in dieser Kategorie neben altruistischen auch egoistische Motive identifiziert werden konnten, wird vermutet, dass unter den ehemaligen Krankenschwestern besonders die karitativ orientierten Frauen (Niederfranke 1990) zu finden sind.

Die langjährige Berufsausübung vermittelt den Krankenschwestern existenzielle Erfahrungswerte, die sich als bedeutend für die Lebensführung im Alter erweisen. Es scheint so, dass den ehemaligen Krankenschwestern auf Grund ihrer beruflichen Erfahrungen mit Krankheit das Aufrechterhalten der eigenen Gesundheit und damit ihrer Unabhängigkeit und Selbstständigkeit von großer Wichtigkeit ist. Damit ist eine Form individueller Produktivität (Tews 1996) angesprochen, durch die eigene und auch gesellschaftliche Investitionen reduziert werden können. Es handelt sich vor allem um Dimensionen der Autoproduktivität (Amann 2007) wie Selbstaufmerksamkeit, Fitness, Gesundheit und körperliche Aktivitäten. Gerade in der Verantwortung gegenüber sich selbst liegt das Besondere des Alterns (Staudinger 1996). Krankenschwestern sind häufig mit dem Tod konfrontiert und damit gezwungen, sich Fähigkeiten anzueignen, die bei der Verarbeitung dieser Erfahrungen helfen. Dennoch belasten diese existenziellen Erfahrungen die nachberufliche Lebensphase. Die Probleme der Sterbegestaltung im Krankenhaus werden sehr kritisch reflektiert und lösen Ängste und Sorgen für das eigene Lebensende aus. Insofern ist es erstaunlich, dass ehemalige Krankenschwestern Schwierigkeiten im Verfassen einer eigenen Patientenverfügung haben.

Die Ergebnisse der Kategorie berufliche Bilanzen zeigen, dass der Beruf als Krankenschwester im Rückblick von den Befragten durchweg positiv bewertet wird. Die eher negativ wahrgenommenen Seiten des Berufes scheinen, trotz Hineinwirken in die nachberufliche Lebensphase, diese positive Bilanz nicht zu erschüttern. In der Berufsausübung erlebten die Krankenschwestern als Lohn für ihre Arbeit authentische Dankbarkeit. Durch diese wichtige Erfahrung konnten sich die Krankenschwestern als Menschen wahrnehmen, denen bestimmte positive Eigenschaften und Fähigkeiten zukommen. Hier konnte sich ein berufliches Selbstverständnis entwickeln, welches auch noch weit über den Ruhestand hinaus empfunden wird. Auch Braun et al. (2005) konstatierten, dass Krankenschwestern sehr mit ihrer Tätigkeit verwachsen und im Vergleich mit anderen Frauenberufen, trotz höherer Arbeitsbelastung, zufriedener sind. Allerdings spiegeln die Aussagen der Befragten zu den Unterschieden früherer und gegenwärtiger Bedingungen beruflicher Pflege ein kritisches Bild der aktuellen Entwicklung in der Pflege.

Im Ergebnisteil des vorliegenden Beitrages werden Potenziale und Ressourcen der nachberuflichen Lebensphase bei Krankenschwestern anhand berufsbezogener Kategorien und Dimensionen aufgezeigt. Limitierend ist anzumerken, dass die ehemaligen

Krankenschwestern regelmäßig auch andere produktive Aufgaben wie beispielsweise Einzelbetreuung wahrnehmen. Insofern wurde nicht das gesamte produktive Potenzial der Befragten dargelegt.

## 5. Schlussfolgerungen

Die Untersuchung belegt, dass eine langjährige berufliche Tätigkeit als Krankenschwester zu bestimmten Deutungs- und Handlungsmustern in der nachberuflichen Lebensphase führt. Die Ergebnisse zeigen, dass der Pflegeberuf ein Beruf ist, der sich positiv auf die nachberufliche Lebensphase auswirkt. Dabei stellt sich heraus, dass die beruflichen Erfahrungen vor allem individuell Nutzen stiftend wirken. Die individuelle Produktivität (Tews 1996), Autoproduktivität (Amann 2007) und psychologische Produktivität (Staudinger 1996) wirken jedoch nicht nur individuell, sondern haben indirekte Auswirkungen auf die Gesellschaft. Die zahlreichen berufsbezogenen sozialen Aktivitäten, die in der Familie aber auch außerfamiliär stattfinden, leisten einen Beitrag zum Zusammenhalt der Gesellschaft. Die existenziellen Erfahrungen dienen der Auseinandersetzung mit Problembereichen der Gesellschaft. Nach diesem soziologischen Verständnis von Produktivität, das sich nicht an ökonomischen Standards messen lässt, scheint das individuelle Potenzial der Krankenschwestern im Ruhestand weiter entwickelt als das gesellschaftliche.

Die praktische Relevanz der Ergebnisse liegt in der Erkenntnis individuell vorhandener, gesellschaftlich teils ungenutzter nachberuflicher Potenziale. Hier finden sich Anknüpfungspunkte für gestaltende Interventionen verschiedener Akteure. So sollten bereits auf betrieblicher Ebene Konzepte etabliert werden, die das Potenzial und die Bereitschaft der durch Berentung ausscheidenden Pflegenden zu nachberuflich pflegerischen Tätigkeiten systematisch erfassen.

### Literatur

- Amann, A. (2007): Produktives Arbeiten und flexibles Altern: Forschungsprogrammatische Überlegungen zu einem Sozialprodukt des Alters. In: Pasero, U./Backes, G.M./Schroeter K.R. (Hrsg.): *Altern in Gesellschaft. Ageing – Diversity – Inclusion*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 265-288
- Armstrong-Stassen, M. (2005): Human resource management strategies and the retention of older RNs. In: *Canadian Journal of Nursing Leadership* 2005, vol. 18, no. 1, 55 - 64
- Berger, G./Gerngroß, G. (1994): *Die neu gewonnene Freiheit. Vier Modelle für erfolgreiches Altern*. Zürich: Kreuz-Verlag
- Braun, B./Müller, R. (2005): Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. In: *Pflege & Gesellschaft*, 10. Jahrgang 3/2005, 131-141
- Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (2005): *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potentiale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen*. Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin
- Career (2010): *Imagestudie: Kein Vertrauen in Politiker und Autoverkäufer*. In: *Career 10/10*, Beilage der Zeitschrift *Pflegewissenschaft* 10/2010, 4. Online verfügbar unter

- <http://www.printernet.info/career/career.pdf> [Stand 2010-10-10]
- Dyk van, S./Lessenich, S. (2009): „Junge Alte“: Vom Aufstieg und Wandel einer Sozialfigur. In: Dyk van, S., Lessenich, S. (Hrsg.) (2009): Die jungen Alten. Analysen einer neuen Sozialfigur. Frankfurt - New York: Campus Verlag, 11 - 48
- Isfort, M./Weidner, F. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) (Hrsg.), Köln
- Kuckartz, U./Dresing, T./Rädiker, S./Stefer, C. (2008): Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Künemund, H. (2006): Tätigkeiten und Engagement im Ruhestand. In: Tesch-Römer, C./Engstler, H./Wurm, S. (Hrsg.) (2006): Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 289-327
- Lamnek, S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Methoden und Techniken. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union
- Lehr, U. (2007): Psychologie des Alterns. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag
- Mayring, P./Saup, W. (Hrsg.) (1990): Entwicklungsprozesse im Alter. Stuttgart: Kohlhammer
- Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik)
- Niederfranke, A. (1999): Das Alter ist weiblich. Frauen und Männer altern unterschiedlich. In: Niederfranke, A./Naegele, G./Frahm, E. (Hrsg.) (1999): Funkkolleg Altern. Lebenslagen und Lebenswelten, Soziale Sicherung und Altenpolitik. Opladen: Westdeutscher Verlag, 7-52
- Opaschowski, H. W. (2006): Einführung in die Freizeitwissenschaft.. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Pickenhain, L./Ries, W. (1988): Das Alter. Kleine Enzyklopädie. Leipzig: Bibliographisches Institut
- Statistisches Bundesamt (2006): Bevölkerung Deutschlands bis 2050 - 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden
- Staudinger, U. M. (1996): Psychologische Produktivität und Selbstentfaltung im Alter. In: Baltes, M./Montada, L. (Hrsg.) (1996): Produktives Leben im Alter. Frankfurt - New York: Campus Verlag, 344 - 373
- Tews, H.P. (1996): Produktivität des Alters. In: Baltes, M./Montada, L. (Hrsg.) (1996): Produktives Leben im Alter. Frankfurt - New York: Campus Verlag, 184 - 210
- Watson, R./Manthorpe, C./Andrews, J. (2003): Older nurses and employment decisions. In: Nursing Standards 2003, vol. 18, no. 7, 35 - 40

*Dipl. -Pflegerin (FH) Jacqueline Schöbel*

Ortsstraße 10, D-98744 Deesbach, jacqueline.schoebel@gmx.de (Korrespondenzadresse)

*Univ.-Ass. Dipl.-Pflegerin (FH) Dr. David Rester*

Institut für Gerontologie und demografische Entwicklung der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT)

Eduard Wallnöfer -Zentrum 1, A-6060 Hall in Tirol, david.rester@umit.at

*Univ.-Prof. Mag. Dr. Christa Them*

Institut für Pflegewissenschaft an der UMIT, Eduard Wallnöfer -Zentrum 1, A-6060 Hall in Tirol, Christa.Them@umit.at

*Univ.-Prof. Dr. Bernd Seeberger*

Institut für Gerontologie und demografische Entwicklung an der UMIT, Eduard Wallnöfer -Zentrum 1, A-6060 Hall in Tirol, Bernd.Seeberger@umit.at

Claudia Frey und Carl Heese

# Versorgung und Hilfe bei Demenz – Bekanntheit von Entlastungsangeboten für Angehörige und Versorgungswünsche

Care and support in case of dementia - knowledge about the relief services for family caregivers and preferences in care

*In this study 217 participants were asked about their knowledge base of the care system for dementia patients and their wishes regarding different forms of care should they need it themselves. Using standardized questionnaires we examined test persons with and without relatives who are nursing cases. For those care was provided in three different forms: home care, day care and geriatric care centre. In general, results show a low degree of information about the ways of assistance for the relatives of the dementia patients in all groups. Preferred forms of care in case of a personal affliction are ambulant and alternative social services.*

## Keywords

Dementia, Family Caregivers, Care System, Information Booth, Preferences

*217 Teilnehmer/innen wurden mittels standardisierter Fragebögen zu ihrer Informiertheit über das Hilfesystem bei Demenz sowie zu ihren eigenen Versorgungswünschen im Falle einer Demenzerkrankung befragt. Bei den Probanden handelt es sich um Personen mit und ohne pflegebedürftige Angehörige. Jene wurden hinsichtlich ihrer Versorgungssituation in drei Gruppen unterteilt: ambulante Pflege, Tagespflege und Altenpflegeheime. Die Ergebnisse zeigen, dass in allen Untersuchungsgruppen ein im Allgemeinen geringer Informationsstand in Bezug auf die unterschiedlichen Hilfs- und Entlastungsangebote für Angehörige dementer Patienten vorherrscht. Zu den bevorzugten Versorgungsformen im Falle eigener Betroffenheit gehören ambulante sowie neue, alternative Pflegemodelle.*

## Schlüsselwörter

Demenz, Pflegende Angehörige, Hilfesystem, Informiertheit, Versorgungswunsch

## Einführung

Nachdem die Versorgung alter und insbesondere demenzkranker Menschen als bedeutende gesellschaftliche Zukunftsaufgabe erkannt worden ist, ist nicht nur die Forschung auf diesem Gebiet intensiviert worden, es haben sich in den letzten 20 Jahren auch differenzierte Hilfestrukturen für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen herausgebildet (Weyerer/Bickel 2007: 61). Wesentliche Leistungen sind in der ge-

eingereicht 10.05.2010

akzeptiert 30.09.2010 (nach Überarbeitung)

setzlichen Pflegeversicherung gebündelt, in der auch die Grundsätze der pflegerischen Versorgung von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung festgeschrieben sind. So soll z.B. den Wünschen von direkt und mittelbar Betroffenen zur Gestaltung von Hilfen Rechnung getragen werden. Des Weiteren wird als generelles Ziel der Hilfestrukturen – auch mit Blick auf die gesundheitsökonomische Dimension der Demenzversorgung – das möglichst lange Verbleiben der Pflegebedürftigen in der gewohnten häuslichen Umgebung festgeschrieben. Konsequenterweise findet sich in §3 SGB XI eine Priorisierung dieser Hilfestrukturen.

Voraussetzung für eine stabile häusliche Pflege, insbesondere bei Demenz, ist die Verfügbarkeit einer privaten Hauptpflegeperson, die die notwendige Betreuung und pflegerische Versorgung leistet. Wie allgemein in der häuslichen Pflege übernehmen vor allem Töchter und (Ehe-)Partnerinnen diese Aufgabe (Weyerer 2005: 16). In zahlreichen gerontologischen Studien haben sich Wissenschaftler den vielfältigen Belastungen gewidmet, denen pflegende Angehörige bei der Versorgung eines von Demenz betroffenen Menschen ausgesetzt sind (vgl. z.B. Gräbel 1998, Adler et al. 1996, Schneekloth/Wahl 2005, Vetter et al. 1997, Winkler et al. 2006, Schäufele 2007; Zank et al. 2007). So ist sehr gut belegt, dass gerade demenzielle Erkrankungen Familienangehörige regelmäßig an die Grenzen ihrer Belastbarkeit führen und eine Demenz „der mit Abstand wichtigste Grund für eine Heimaufnahme“ ist (Weyerer 2005: 7). In der Fachdiskussion wird davon ausgegangen, dass bei dem hohen Betreuungsbedarf demenziell erkrankter Menschen eine Überlastung familiärer Pflegeressourcen und das Scheitern der häuslichen Pflege in der Regel nur dann vermieden werden können, wenn die pflegenden Angehörigen mittels professioneller Hilfsangebote adäquat unterstützt werden. Regelmäßig wird jedoch von einer nur geringen und im Pflegeprozess sehr spät einsetzenden Inanspruchnahme von Hilfs- und Entlastungsangeboten durch Angehörige Demenzbetroffener gesprochen (vgl. z.B. Wilz et al. 2001: 105). Die Ursachen hierfür sind sehr vielfältig und werden auch in einem mangelnden Bekanntheitsgrad bestimmter Hilfs- und Beratungsangebote vermutet (Tschainer 2003: 217, Vetter et al. 1997: 175). Noch gibt es kaum empirische Erkenntnisse über die Informiertheit der Bevölkerung und speziell der Angehörigen Demenzbetroffener zu den unterschiedlichen Formen professioneller Unterstützung. Die bislang in Deutschland einzige repräsentative Untersuchung im Rahmen der Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten“ (MuG III), die speziell Demenzkranke und ihre Pflegepersonen im Privathaushalt in den Blick nimmt, spricht allgemein von einer teilweise fehlenden Bekanntheit der Leistungen und Wahlmöglichkeiten der Pflegekasse (Schäufele u.a. 2006).

## Methodik der Angehörigenbefragung

Die Eichstätter Angehörigenstudie Demenz ging u.a. der Frage nach, welche Hilfs- und Entlastungsstrukturen für Demenzkranke und ihre Angehörigen verschiedenen Personengruppen bekannt sind, wie informiert sich die Untersuchungsteilnehmer/innen subjektiv einschätzen und welche Form der Versorgung sie sich im Falle ei-

gener Betroffenheit wünschen würden.<sup>1</sup> Die Erhebung erfolgte auf der Basis von vier regional gewonnenen Stichproben im Raum Eichstätt-Ingolstadt. Die Probanden stammen aus dem „vorpflegerischen“ Bereich (Gruppe A, Nicht-Betroffene) sowie aus der Gruppe von Angehörigen von demenziell veränderten Menschen (Abbildung 1). Die Angehörigen von Demenzpatienten unterteilen sich entsprechend der vorherrschenden Versorgungssituation in:

1. Angehörige, die ausschließlich häuslich bzw. mit ambulanter Unterstützung den Demenzbetroffenen pflegen (Gruppe B)
2. Angehörige, die (zusätzlich) die Tagespflege als Struktur der teilstationären Versorgung nutzen (Gruppe C)
3. sowie Angehörige, deren erkranktes Familienmitglied dauerhaft stationär versorgt wird und bereits beim Umzug ins Heim unter einer Demenz litt (Gruppe D).

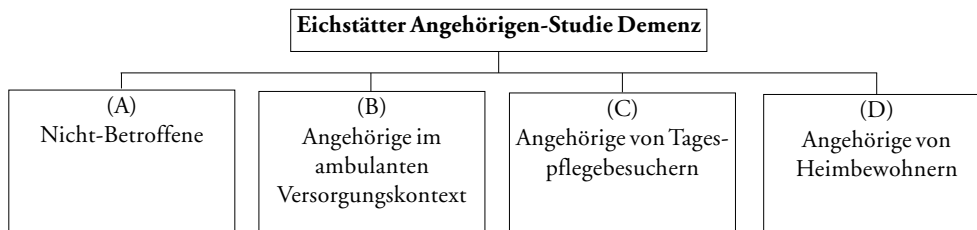


Abb. 1: Untersuchungsgruppen der Eichstätter Angehörigenstudie Demenz

Die Studienteilnehmer der jeweiligen Untersuchungsgruppen erhielten einen standardisierten Fragebogen in leicht unterschiedlichen, aber korrespondierenden Varianten befragt, wodurch eine ausreichende Berücksichtigung der spezifischen Versorgungssituation, aber ebenso der Vergleich der verschiedenen Teilgruppen gewährleistet waren. Die Rekrutierung der Gruppe A zielte schwerpunktmäßig auf die zukünftige (potentielle) Pflegegeneration, also auf Personen im mittleren Lebensalter, bei denen Erfahrungen in der Pflege noch wenig wahrscheinlich sind. Zwar war eine repräsentative Zufallsstichprobe nicht realisierbar, es wurde aber bei der Stichprobenziehung eine möglichst gleichmäßige Geschlechterverteilung und die Berücksichtigung unterschiedlicher Bildungshintergründe angestrebt. Abweichungen in der Verteilung dieser beiden Merkmale im Vergleich zum soziodemographischen Bevölkerungsprofil in dieser Altersgruppe wurden durch eine entsprechende Gewichtung mit der Statistiksoftware SPSS an die Proportionen der Bevölkerungsstatistik angepasst (vgl. Statistisches Bundesamt 2007 & 2008; Bundeszentrale für politische Bildung 2008). Hierdurch sollte die externe Validität der Daten erhöht werden. Bei den Altenhilfeeinrichtungen, die als „Verteiler“ für die Angehörigenfragebögen fungierten, wurde versucht auf eine hohe Vielfalt sowohl in Hinblick auf die Trägerlandschaft (öffentlich, frei-gemeinnützig, privat) als auch die Standorte der Einrichtung (ländlich, städtisch) zu achten.

<sup>1</sup> Eine kurze Beschreibung der Eichstätter Angehörigenstudie Demenz hinsichtlich ihrer Untersuchungsziele, des methodischen Vorgehens und einzelner erster Untersuchungsergebnisse findet sich im Beitrag von Heese, C. & Frey, C. in: Birgmeier u.a. (2010)

Nach der Durchführung eines Pretests mit insgesamt 12 Personen unterschiedlicher Altersgruppen wurde der Fragebogen nochmals geringfügig modifiziert und einige Frageformulierungen wurden weiter vereinfacht bzw. durch genauere Instruktionen ergänzt. Insgesamt wurden 700 Befragungsunterlagen, die mit frankierten Rückumschlägen versehen waren, direkt oder über kooperierende Einrichtungen an die Probanden weitergeleitet (Tabelle 1). Von den 217 eingegangenen Fragebögen entfielen 59 auf die Gruppe A, 46 auf die Gruppe B, 60 auf die Gruppe C und 52 auf die Gruppe D. In zwei Fällen wurde bei Studienteilnehmer/innen, die einen Fragebogen der Gruppe B ausgefüllt hatten anhand des Antwortverhaltens deutlich, dass regelmäßig die Tagespflege genutzt wird. Obwohl dies ein Ausschlusskriterium für die Gruppe B darstellt, konnten diese Fälle in der Teilgruppe C berücksichtigt werden. In Bezug auf einzelne Fragestellungen, z. B. den eigenen Versorgungswunsch im Falle einer Erkrankung mit Demenz, fand eine gemeinsame Auswertung der Angaben der pflegenden Angehörigen (Gruppen B und C) statt (N = 104).

Befragungsteilnehmer/-innen	Rekrutierungswege	Verteilte Fragebögen	Rücklauf	Rücklauf in %
(A) Nicht-Betroffene	Weiterführende Bildungseinrichtung, industrieller Betrieb	100	59	59 %
(B) Angehörige im ambulanten Versorgungskontext	Ambulante Dienste, Selbsthilfegruppen	200	46	23 %
(C) Angehörige von Besuchern der Tagespflege	Tagespflegestätten, Heime mit Tagespflegeangebot	200	60	30 %
(D) Angehörige von Heimbewohnern	Alten- und Pflegeheime	200	52	26 %
<i>Gesamt</i>		<i>700</i>	<i>217</i>	<i>31 %</i>

Tab. 1: Rekrutierungswege und Fragebogenrücklauf

Bei den Studienteilnehmern ohne demenzbetroffene Angehörige (A) bezogen sich die Fragedimensionen vorwiegend auf die Informiertheit über Krankheit und Hilfen, die hypothetische persönliche Pflegebereitschaft sowie Vorstellungen im Falle eigener Erkrankung. Bei den Angehörigengruppen wurden zusätzlich Daten zur individuellen Versorgungssituation, zur Inanspruchnahme und zur Zufriedenheit mit den genutzten Hilfen erhoben. Um die Informiertheit der verschiedenen Teilgruppen zu vergleichen, sollten die Befragungsteilnehmer/innen aus einer Liste von 11 Hilfs- und Entlastungsangeboten für Demenzkranke bzw. ihre Angehörigen die ihnen jeweils bekannten Angebote auswählen. Mit der Instruktion „Welche Hilfs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige kennen Sie?“ sollte ermittelt werden, welche Angebote den Befragten bereits vertraut und welche hingegen noch weitgehend unbekannt sind. Außerdem wurde speziell auch nach einer Anlaufstelle für sozialrechtliche Belange gefragt. Im Anschluss wurde die subjektive Einschätzung der Befragungsteilnehmer/innen zu ihrer persönlichen Informiertheit über Entlastungsangebote und sozialrechtliche Leistungen erhoben. Hierfür konnten die Teilnehmer eine Einschätzung zwischen 1 = voll-

kommen ausreichend bis 5 = gar nicht ausreichend vornehmen. Bei der Frage nach der bevorzugten Versorgungsform im Falle einer eigenen Demenzerkrankung waren fünf Antwortmöglichkeiten vorgegeben, wobei sich die Befragten für eine Antwort entscheiden sollten, um gezielt Tendenzen deutlich zu machen. Mehrfachnennungen wurden bei der Auswertung ausgeschlossen.

## Ergebnisse der Befragung

### Soziodemographische Merkmale

Die folgende Tabelle fasst die soziodemographischen Merkmale der Untersuchungsteilnehmer/-innen zusammen (Tabelle 2). Der Altersdurchschnitt der Probanden reicht von 46,5 Jahren in der Gruppe der Nicht-Betroffenen (A) bis zu 61,3 Jahren bei den pflegenden Angehörigen (B und C). Der Frauenanteil liegt in dieser Befragungsgruppe (B und C) pflegetypisch bei etwa drei Viertel. Weiterhin sind hier im Vergleich zu den anderen Teilgruppen erhöhte Raten an einfachen Bildungsabschlüssen zu finden. In der Gruppe D sind Personen aus städtischem Raum deutlich stärker vertreten.

	<b>Nicht-Betroffene (A)</b> (N=59)	<b>Pflegende Angehörige (B und C)</b> (N=104)	<b>Angehörige von Heimbewohnern (D)</b> (N=52)
Durchschnittsalter in Jahren (SD)	46,5 (8,7)	61,3 (11,7)	57,7 (9,0)
Geschlecht Frauenanteil in %*	42,4% (50,9%)	76,9%	61,0%
Familienstand, %			
- Ledig/geschieden	17,0%	6,7%	13,5%
- Verheiratet/in fester Partnerschaft lebend	81,4%	90,4%	78,8%
- verwitwet	1,6%	2,9%	7,7%
Höchster erreichter Schulabschluss*			
- Abitur/Hochschulabschluss	44,6% (27,6%)	12,7%	28,8%
- Mittlere Reife	23,2% (24,3%)	27,5%	32,7%
- Haupt-/Volksschulabschluss	32,2% (48,1%)	59,8%	38,5%
Wohnort			
- ländlich	59,3%	57,7 %	15,4%
- kleinstädtisch	32,2%	15,4 %	34,6%
- (groß-)städtisch	8,5%	26,9%	50,0%

\* betreffendes Merkmal in Gruppe A gewichtet; in Klammer nachstehende Zahl stellt den gewichteten Wert dar

Tab. 2: Soziodemographische Merkmale der Befragungsgruppen

### Informiertheit über Hilfs- und Entlastungsangebote

In allen untersuchten Stichproben stellen die ambulanten Pflegedienste, die Kurzzeitpflege und die Tagespflege die bekanntesten Angebote dar. Zu den weniger bekannten Hilfeformen zählen z.B. die Nachtpflege, freiwillige Helferkreise, Urlaubsangebote für Demenzbetroffene und ihre Angehörigen sowie die Alzheimer-Telefonhotline (Tabelle 3a).

a) Hilfs- und Entlastungsangebote	Nicht-Betroffene (A)	Angehörige ambulant (B)	Angehörige teilstationär (C)	Angehörige stationär (D)
Ambulante Pflegedienste	83,7 %	87,0%	81,7%	94,2%
Tagespflege	71,5 %	56,5%	100%	76,9%
Kurzzeitpflege	70,9 %	76,1%	83,3%	92,3%
Nachtpflege	17,3 %	10,9%	8,3%	25,0%
Verhinderungspflege	11,3 %	41,3%	48,3%	28,8%
Freiwillige Helferkreise	28,5 %	37,0%	8,3%	23,1
Alzheimer-Telefonhotline	16,6 %	13,0%	18,3	21,2%
Schulungen für pflegende Angehörige	44,1 %	34,8%	33,3%	32,7%
Betreuungsgruppe	39,4 %	52,2%	18,3%	34,6%
Urlaubsangebote	23,3 %	28,3%	15,0%	28,8%
Angehörigen-Selbsthilfegruppe	49,5%	45,7%	31,7%	30,8%
<b>b) Kenntnis einer Beratungsstelle für sozialrechtliche Fragen (Antwort: Ja)</b>	36,6%	82,6%	76,7%	50,0%

Tab. 3: Vergleich der Kenntnis von Hilfs- und Entlastungsangeboten

Der Vergleich der Untersuchungsgruppen führt zu signifikanten Unterschieden in Bezug auf folgende Hilfsangebote (ANOVA, Bonferroni-Test;  $\alpha = 0,05$ ): die Bekanntheit der Tagespflege ist in den Teilgruppen A, B und D verglichen mit der 100%igen Bekanntheit in Gruppe C (Angehörige von Tagespflegebesuchern) signifikant niedriger. Bei der Kurzzeitpflege ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe D (Angehörige stationär), in der über 90% das Angebot kennen und der Nicht-Betroffenen-Gruppe (A), bei der dies nur auf etwas mehr als zwei Drittel zutrifft. Die freiwilligen Helferkreise sind ebenso wie die Betreuungsgruppe bei den ambulant pflegenden Angehörigen (B) bekannter als bei den Angehörigen mit teilstationärer Versorgung (C). Die Verhinderungspflege ist der Gruppe (A) signifikant weniger geläufig als den Gruppen der pflegenden Angehörigen (B und C). Die bestehenden Unterschiede in der Bekanntheit der übrigen Hilfs- und Entlastungsangebote (ambulante Pflegedienste, Nachtpflege, Alzheimer-Telefonhotline, Schulungen für pflegende Angehörige, Urlaubsangebote, Angehörigen-Selbsthilfegruppe) werden als nicht signifikant ausgewiesen.

Bei der durchschnittlichen Anzahl der bekannten Hilfen ergibt sich folgendes Bild: Die Befragten aus der Gruppe der Nicht-Betroffenen (A) kennen im Durchschnitt 4,6 der 11 genannten Hilfen (SD= 2,6). Bei den Angehörigen im ambulanten Versorgungskontext (B) sind 4,8 der angegebenen Hilfen bekannt (SD= 2,7) und bei den Angehörigen von Tagespflegebesuchern (C) – unter Hinzunahme des Angebotes ‚Tagespflege‘, auf dessen Abfrage verzichtet werden konnte – 4,5 Hilfen (SD= 2,3). Angehörige von demenzkranken Heimbewohnern (D) kennen 4,9 der Hilfs- und Entlastungsangebote. In allen Untersuchungsgruppen sind somit im Durchschnitt weniger als die Hälfte der aufgeführten 11 Hilfsangebote bekannt. Weiterhin zeigt der Vergleich der Mittelwerte, dass die befragten Gruppen kaum Unterschiede hinsichtlich

der Anzahl bekannter Hilfen aufweisen. Insbesondere bei der Gruppe (A), die selbst noch nicht mit der Problematik in Berührung steht, wäre eine größere Differenz zu erwarten gewesen. Der höhere Männeranteil in dieser Stichprobe hat hierauf keinen Einfluss, Männer kennen im Durchschnitt genauso viele Angebote wie Frauen. Die Vermutung, dass der hohe Anteil jüngerer bzw. höher gebildeter Befragungsteilnehmer/innen in dieser Untersuchungsgruppe dafür ausschlaggebend ist, lässt sich ebenfalls nicht bestätigen. Die Anzahl bekannter Hilfen ist bei den höher Gebildeten nahezu identisch mit der Anzahl bei den Personen mit niedriger oder mittlerer Bildung. Auch die bestehenden Mittelwertunterschiede bei den unter 50-Jährigen und der Generation 50+ (4,7 vs. 4,2 bekannte Hilfen) sind nicht signifikant. Extremgruppenvergleiche (Jünger, gebildet vs. Älter, weniger gebildet) machen zwar eine Tendenz sichtbar (5,2 vs. 4,2 bekannte Hilfen), eine univariate Varianzanalyse zeigt jedoch den nicht signifikanten Einfluss der kombinierten Merkmale auf die Anzahl an bekannten Hilfen. Die Anzahl der bekannten Hilfen stellt bei dieser Frage somit kein trennscharfes Kriterium dar, es ist jedoch davon auszugehen, dass qualitative Unterschiede bei der Bekanntheit bestehen, die durch die Fragebogenuntersuchung nicht erfasst wurden. Eine genauere Analyse der Angaben der Angehörigengruppen zeigt allerdings, dass diese tendenziell einen spezifischen, der vorherrschenden Versorgungsstruktur entsprechenden Wissenshintergrund aufweisen: So haben bei der Stichprobe von Angehörigen aus dem ambulanten Versorgungssektor (B) Betreuungsgruppen und freiwillige Helferkreise eine höhere Bekanntheit als bei den anderen Angehörigengruppen. Die Verhinderungspflege ist bei den Gruppen B und C, also den Angehörigen, die den Demenzbetroffenen vorwiegend häuslich versorgen, bekannter als bei den Angehörigen von Heimbewohnern (D). Demgegenüber kennen im Vergleich mit den Gruppen B und C jeweils mehr als doppelt so viele der Angehörigen von Heimbewohnern die Nachtpflege.

Bei der Frage nach dem Ort einer sozialrechtlichen Beratung wird deutlich, dass die Angehörigen im ambulanten Versorgungskontext (B) am häufigsten eine solche Anlaufstelle kennen (Tabelle 3b). Der Anteil bei den Angehörigen mit teilstationärer Unterstützung (C) ist fast ebenso hoch. Dass immerhin etwa jede/r Vierte bis Fünfte sich jedoch darüber im Unklaren ist, überrascht insofern, als in beiden Stichproben fast alle Gepflegten Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen und der Pflegekasse in diesem Zusammenhang ein besonderer Beratungsauftrag zukommt. Noch deutlicher fällt das Ergebnis bei den Angehörigen von Heimbewohnern (D) aus: Nur die Hälfte weiß, wo sie sich diesbezüglich hinwenden könnte. Schließlich hat bei der Nicht-Betroffenen-Gruppe (A) nur ein Drittel eine Vorstellung davon, wer für sozialrechtliche Fragen zuständig sein könnte. Ein Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergibt einen höchst signifikanten Wert ( $p < 0.001$ ), der in der vergleichsweise hohen Informiertheit der Gruppe B bzw. in der Unwissenheit der Gruppe A begründet liegt.

Was die subjektive Informiertheit bezüglich sozialrechtlicher Fragen, Versorgungs- und Entlastungsmöglichkeiten anbelangt, bewegen sich die Zufriedenheitswerte der meisten Befragten im Mittelfeld (Tabelle 4). Ein Vergleich der Gruppen zeigt allerdings höchst signifikante Unterschiede an ( $p < 0,001$ ; H-Test nach Kruskal und Wallis). Anschließende U-Tests nach Mann und Whitney ergeben, dass sich die Nicht-Betroffene

nen (A) im Vergleich zu allen anderen Teilgruppen schlechter informiert fühlen ( $p < 0.001$ ). Subjektiv am besten informiert schätzen sich die Angehörigen im ambulanten Versorgungskontext (B) ein. Der Unterschied zu den Angehörigen mit teilstationärer Versorgung (C) ist signifikant ( $p = 0,026$ ). Eine mögliche Begründung dafür wäre, dass die Befragten der Stichprobe B in ein stärkeres soziales Netzwerk eingebunden sein könnten und durch den Kontakt zu ambulanten Pflegediensten und/oder einer Angehörigen-Selbsthilfegruppe der Austausch entsprechender Informationen eher gewährleistet ist. Die Angehörigen von Heimbewohnern (D) empfinden sich allerdings beinahe ebenso gut informiert wie die Angehörigen im ambulanten Kontext (B). Zu berücksichtigen ist hierbei, dass das subjektive Informationsbedürfnis in der Gruppe D bedingt durch die geregelte stationäre Versorgungssituation zum Untersuchungszeitpunkt weitgehend gestillt ist. Weiterhin ist zu beachten, dass die Bewertung der subjektiven Informiertheit durch die Teilnehmer/innen unter dem Eindruck der vorausgehenden Fragen stattgefunden hat und durch diese mit beeinflusst sein dürfte. Dies kann im Einzelfall sowohl zu einer negativeren oder auch positiveren Einschätzung der eigenen Informiertheit beigetragen haben.

Form der Versorgung	Mittelwert	N	Standardabweichung
A) Nicht-Betroffene	3,76	59	,89
B) Angehörige im ambulanten Versorgungskontext	2,40	45	1,07
C) Angehörige von Tagespflegebesuchern	2,93	58	1,15
D) Angehörige von Heimbewohnern	2,56	52	1,24
Insgesamt	2,98	214	1,22

*Subjektive Informiertheit (1 = vollkommen ausreichend; 5 = gar nicht ausreichend)*

*(Fehlende Werte: N=3)*

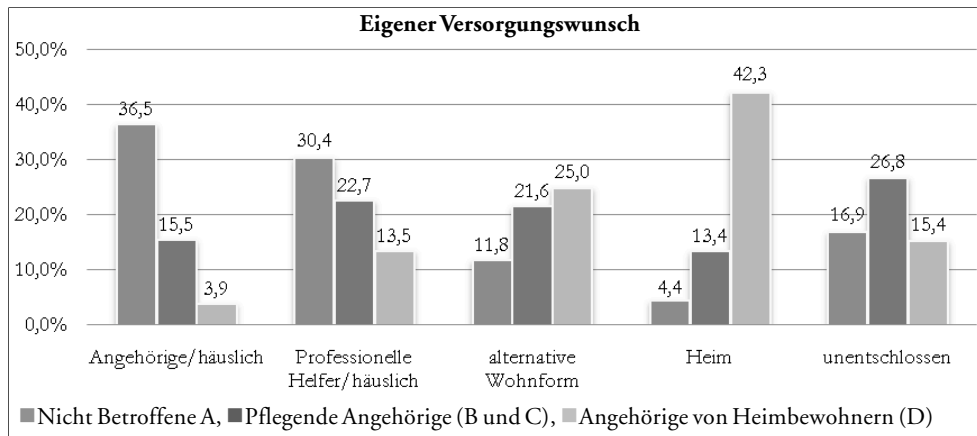
*Tab. 4: Vergleich der subjektiven Informiertheit*

## Eigener Versorgungswunsch im Alter

In Hinblick auf den eigenen Versorgungswunsch im Alter kann zunächst mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson die Hypothese einer Homogenität der Antwortverteilungen hoch signifikant verworfen werden ( $\chi^2 = 57,9$ ;  $df = 12$ ,  $p < 0,001$ ), s. Abbildung 2.

Die genauere Betrachtung der einzelnen Werte zeigt folgende Ergebnisse (Abb. 2): Die überwiegende Mehrheit der Gruppe A (66,9%) bevorzugt bei eigener Erkrankung die Versorgung in häuslicher Umgebung. Dabei entschieden sich nahezu ebenso viele Personen für eine Versorgung durch professionelle Helfer wie für die Pflege durch Angehörige. Nur 4,4% wünschen sich eine Versorgung in einem geeigneten Heim, immerhin mehr als doppelt so viele bevorzugen eine alternative Wohnform (z.B. ambulant betreute Wohngemeinschaft, Mehrgenerationenwohnen)

Betrachtet man das Antwortverhalten hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede, so wird deutlich, dass 78,6% der Männer, jedoch nur 53,8% der Frauen die Versorgung in häuslicher Umgebung als ihre erste Wahl angeben. Frauen wählten dabei genauso häufig die Versorgung durch Angehörige wie durch professionelle Kräfte



(Fehlende Werte: keine Angabe N=1, Mehrfachantworten N=12)

Abb. 2: Bevorzugte Versorgungsform bei eigener Erkrankung<sup>2</sup>

(26,9%). An dritter Stelle rangiert bei den Befragungsteilnehmerinnen mit 19,2% der Wunsch nach einer alternativen Wohnform. Für diese sprechen sich nur 7,1% der Männer aus, ebenso viele wie für das Heim. Für die Versorgung im Heim hat sich keine der weiblichen Befragten entschieden. Mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer unter den Befragungsteilnehmern sind unentschlossen, welche Versorgungsform sie bevorzugen. Der Wunsch nach einer Versorgung zu Hause steht auch unabhängig vom Wohnort der Befragten (ländlich/städtisch) immer an erster Stelle, wobei die Befürwortung bei den ländlich lebenden Befragten etwas höher ausfällt (75,0%) als bei kleinstädtisch lebenden (50,0%) und am geringsten bei Personen aus der Großstadt (33,3%). Aufgrund der geringen Fallzahlen bzw. der nicht-repräsentativen Zusammensetzung der Teilnehmer der Gruppe A ist dieses Ergebnis zwar nur begrenzt aussagekräftig, es scheint aber zumindest eine – auch theoretisch plausible – Tendenz zu stützen: In ländlichem und kleinstädtischem Gebiet ist einerseits von einer noch stärker traditionell geprägten Einstellung auszugehen, bei der Familienpflege eher befürwortet und u.U. auch als soziale Kontrolle wirksam wird, andererseits tragen dort vorherrschende engere familiäre Netzwerke wahrscheinlicher zu einer Ermöglichung häuslicher Pflege bei.

Welches Pflegearrangement würden demgegenüber pflegende Angehörige (Gruppen B und C) präferieren, sollten sie selbst einmal an Demenz erkranken und ständige Versorgung benötigen? Dass vielen eine klare Entscheidung in dieser Frage schwer fällt, zeigt nicht nur der Anteil an Mehrfachantworten (N = 8), die laut Instruktion ausgeschlossen waren, auch von den übrigen Angehörigen (N = 97) wählten die meisten die Kategorie „kann ich nicht sagen“ aus. Damit sind im Vergleich mit der Gruppe der Nicht-Betroffenen (A) deutlich mehr Angehörige unentschlossen bezüglich des präferierten Pflegearrangements (26,8% vs.16,9%), obwohl sie aufgrund ihres höheren Durchschnittsalters in näherer Zukunft von dieser Thematik betroffen sein werden. Knapp jede/r Vierte der pflegenden Angehörigen (B und C) würde die Versorgung

<sup>2</sup> Prozentwerte addieren sich aufgrund von Rundungsfehlern nicht immer zu 100%

durch professionelle Helfer in häuslicher Umgebung bevorzugen. Für eine häusliche Pflege durch Angehörige entschieden sich nur halb so viele Befragte wie in der Gruppe A (18,6% vs. 36,5%). Ein deutlich höherer Anteil spricht sich indes für alternatives Wohnen (21,6% vs. 11,8%) sowie für das Heim als bevorzugte Versorgungsform aus (13,4% vs. 4,4%).

Bei den Angehörigen von Heimbewohnern (D) zeigen sich in dieser Frage deutliche Diskrepanzen zum Antwortverhalten der anderen Befragungsgruppen. Wie aus der Grafik ersichtlich wird (Abbildung 2), wählten mit Abstand die meisten der befragten Personen aus dieser Stichprobe (42,3%) das Pflegeheim als bevorzugte Versorgungsform im Falle einer eigenen Erkrankung. Auch die alternative Wohnform wurde vergleichsweise häufig gewählt, dagegen tritt die häusliche Versorgung durch professionelle Kräfte und insbesondere durch Angehörige deutlich zurück. Ob es sich bei der Stichprobe tatsächlich um eine Gruppe von Personen handelt, die einem Leben im Heim positiver gegenüber eingestellt ist (z.B. aufgrund guter Erfahrungen mit dem Heimaufenthalt des Angehörigen) oder ob es sich hier eher um eine psychologisch motivierte Rechtfertigung der aktuellen Pflegesituation handelt, muss offen bleiben.

Ein weiterer Aspekt bei der explorativen Analyse der Daten ergibt sich, wenn man den persönlichen Versorgungswunsch mit der subjektiven Informiertheit der Befragungsteilnehmer/innen aller Teilgruppen in Verbindung bringt (n=201). Auch wenn ein signifikanter Zusammenhang beider Variablen knapp verfehlt wird ( $F=15,0$ ;  $df=8$ ,  $p=0,059$ ), fällt hier als Teilergebnis auf, dass fast jede/r Dritte (30,9%) derjenigen, die sich als informiert bezeichnen, eine alternative Wohnform für ihr Alter wünschen. Dieser Versorgungswunsch rangiert damit in der Gruppe der „Informierten“ an erster Stelle. Bei jenen, die sich nur teilweise oder nicht ausreichend informiert fühlen, spricht sich lediglich jede/r Achte (12,8%) für diese Versorgungsform aus.

## Diskussion

Es existieren einige Studien, vorwiegend im internationalen Raum, die sich mit der Informiertheit von pflegenden Angehörigen aber auch anderer Laien bezüglich der Alzheimererkrankung befassen (vgl. z.B. Ayalon & Areán 2004; Werner 2003; Werner 2001; Graham 1997; Proctor et al., 2002). In diesen Untersuchungen gilt das Augenmerk allerdings in erster Linie dem krankheitsspezifischen Wissen (z.B. zu Symptomatik, Epidemiologie und Ätiologie der Demenz) und nicht den Hilfen, die den Angehörigen Demenzbetroffener zur Verfügung stehen. Es bestehen deshalb in Deutschland kaum vergleichbare Studien. Die Angehörigen-Studie Demenz versucht diese Lücke zu füllen. Eine deutliche Begrenzung zeigt unsere Studie durch ihren nicht-repräsentativen Ansatz. Auch wenn z.B. die soziodemographischen Merkmale der Pflegenden (Gruppen B und C) deutliche Übereinstimmung mit denen der repräsentativen Studie MuG III aufweisen (Schäufele et al. 2006: 121), sind die Ergebnisse trotzdem nur als Anhaltspunkte zu sehen, die einer kritischen Überprüfung zu unterziehen sind und weitere Forschung auf diesem Gebiet anregen sollen.

Mit dieser Einschränkung legen die Angaben der Befragungsteilnehmer/innen nahe, dass die bestehenden Unterstützungsangebote des Hilfesystems für Angehörige Demenzbetroffener in ihrer Breite noch immer zu wenig bekannt sind. Zwar sind einzelne Leistungen der Pflegeversicherung (ambulante Pflegedienste, Tagespflege, Kurzzeitpflege) auch Personen aus dem „vorpflegerischen“ Bereich durchaus geläufig. Viele weitere Hilfen aber, die zu einer längerfristigen Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege beitragen können, sind weitgehend unbekannt (z.B. Verhinderungspflege, freiwillige Helferkreise, Nachtpflege, Urlaubsangebote). Dies scheint mit Einschränkungen auch auf die Angehörigen der Demenzkranken zuzutreffen. Diese weisen zwar ein für den aktuellen Versorgungskontext spezifisches (Teil-)Wissen auf. Viele Hilfsangebote, die u.a. der Informationsvermittlung, dem persönlichen Austausch und der Entlastung dienen (z.B. Angehörigenschulungen, Selbsthilfegruppen), sind jedoch nicht hinreichend bekannt. Dies ist vor dem Hintergrund der eingangs erwähnten, nachgewiesenen hohen Pflegebelastung, insbesondere bei Demenz, und dem damit verbundenen Risiko der Überforderung der pflegenden Angehörigen besonders prekär.

Auch wenn sich die Angehörigen subjektiv informierter fühlen, als Menschen, die noch nicht direkt mit der Problematik in Berührung stehen, fallen die Zufriedenheitswerte mit der persönlichen Informiertheit insgesamt nur mäßig aus. Besonders hinzuweisen ist darauf, dass viele Befragungsteilnehmer/innen nicht wissen, an welche Stelle sie sich für eine Beratung zu sozialrechtlichen Hilfen und Leistungen wenden können. Das spricht dafür, dass das Hilfesystem diesbezüglich bislang noch nicht überschaubar und transparent genug ist. Ob die Pflegestützpunkte, die derzeit in der Umsetzung begriffen sind und primäre Anlaufstelle für Fragen rund um die Angehörigenpflege sein wollen, dieses Problem beseitigen werden, muss sich noch erweisen. Der mit diesem Modell eingeschlagene Weg ist jedenfalls vielversprechend (Michell-Auli et al. 2009).

Ergänzend zur notwendigen Beratungs- und Unterstützungsarbeit mit den Betroffenen und ihren Angehörigen sollten verstärkt auch Personen bereits im mittleren und höheren Erwachsenenalter über die Öffentlichkeitsarbeit für die Thematik sensibilisiert und mit Informationen nicht nur zur Krankheit selbst, sondern auch zu existierenden Hilfen für den Fall eigener oder familiärer Betroffenheit versorgt werden. Auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Versorgung im Falle von Demenz sollte dabei kein Tabuthema bleiben. Viele Befragungsteilnehmer/innen, insbesondere solche mit eigener Pflegeerfahrung, sind diesbezüglich unschlüssig. Da ein Großteil der Befragten die Pflege nicht alleine ihren Angehörigen aufbürden möchte, zugleich aber auch die Versorgung in einem Heim ablehnt, sollte verstärkt über neue Möglichkeiten der Verknüpfung formeller und informeller Hilfestrukturen bei Demenz nachgedacht und alternative Formen des Wohnens und der Betreuung vorangetrieben werden.

#### Literatur

- Adler, C./Gunzelmann, T./Machold, C./Schumacher, J./Wilz, G. (1996): Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzkranken. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29 (2): 143-149
- Ayalon, L./Areàn, P. A. (2004): Knowledge of Alzheimer's disease in four ethnic groups of older adults. In: International Journal of Geriatric Psychiatry. 19: 51-57
- Bundeszentrale für politische Bildung (2008). URL: <http://www.bpb.de/files/58NFKK.pdf> (Stand 2010-06-20)

- Graham, C./Ballard, C./Sham, P. (1997): Carers' knowledge of dementia, their coping strategies and morbidity. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 12: 931-936
- Gräbel, E. (1998a): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden: Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. 2. Auflage. Egelsbach
- Heese, C./Frey, C. (2010): Die Eichstätter Angehörigenstudie Demenz – Untersuchungsanlage und erste Ergebnisse. In: Birgmeier, B./Mührel, E./Schmidt, H.-L. (Hrsg.) *Sozialpädagogik und Integration. Beiträge zu theoretischen Grundlagen, Handlungskonzepten und Arbeitsfelder*. Essen: Die Blaue Eule
- Michell-Auli, P./Strunk-Richter, G./Tebest, R. (2009): Werkstatt Pflegestützpunkte. Aktueller Stand der Entwicklung von Pflegestützpunkten in Deutschland und Empfehlungen zur Implementierung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten. 2. Zwischenbericht. Köln: KDA
- Proctor, R./Martin, C./Hewison, J. (2002): When a little knowledge is a dangerous thing...: a study of carers' knowledge about dementia, preferred coping style and psychological distress. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 17: 1133-1139
- Schäufele, M./Köhler, L./Teufel, S./Weyerer, S. (2006): Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Privathaushalten: Potenziale und Grenzen. In: Schneekloth, U./Wahl, H.-W. (Hrsg.): *Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten*, Stuttgart: Kohlhammer
- Schäufele, M. (2007): Welche Faktoren sind mit subjektiver Belastung und Depressivität bei Pflegepersonen kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen assoziiert? Ergebnisse einer Repräsentativen Studie in Deutschland. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 20 (4), 197-210
- Schneekloth, U./Wahl, H.-W. (Hrsg.) (2005): *Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger 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
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007): *Statistisches Jahrbuch 2007 für die Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2008): *Bildung in Deutschland 2008*. Bielefeld: Bertelsmann
- Tschainer, S. (2003): Bedürfnisse und Erwartungen Angehöriger. In: Förstl, H. (Hrsg.): *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*. 2. Auflage. Stuttgart. 215-219
- Vetter, P./Steiner, O./Kraus, S./Kropp, P./Möller, W. D. (1997): Belastung der Angehörigen und Inanspruchnahme von Hilfen bei der Alzheimerschen Krankheit. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und Gerontopsychiatrie* 10 (3), 175-183
- Werner, P. (2003): Knowledge about symptoms of Alzheimer's disease. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 18: 1029-1036
- Werner, P. (2001): Correlates of family caregivers' knowledge about Alzheimer's disease. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 16: 32-38
- Weyerer, S. (2005): *Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28*, Hrsg. Robert-Koch-Institut: Berlin
- Weyerer, S./Bickel, H. (2007): *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter*. Stuttgart: Kohlhammer
- Wilz, G./Adler, C./Gunzelmann, T. (2001): *Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzkranken. Ein therapeutischer Leitfaden*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Winkler, I./Kilian, R./Matschinger, H./Angermeyer, M. C. (2006): Lebensqualität älterer pflegender Angehöriger von Demenzkranken. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19 (1), 17-24
- Zank, S./Schacke, C./Leipold, B. (2007): Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten. Ergebnisse der Evaluation von Entlastungsangeboten. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 20 (4). 239-255

*Claudia Frey (Dipl.-Sozialpäd., Dipl.-Päd.)*

Bruder-Egdon-Str. 5, 85072 Eichstätt, claudia-frey@hotmail.de (Referenzadresse)

*Prof. Dr. phil. Carl Heese*

Klinik Kipfenberg, Kindingerstr. 13, 85110 Kipfenberg, ppa079@ku-eichstaett.de