

Martha Meyer

**Pflegende Angehörige in Deutschland
Überblick über den derzeitigen Stand
und zukünftige Entwicklungen**

Dieser Bericht ist die deutsche Überarbeitung des „National Background Report for Germany“, der im Rahmen des EU-Projektes – EUROFAMCARE – erstellt wurde: „Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage“. Die ursprüngliche englische Version ist in der Reihe des LIT Verlages: „Supporting Family Carers of Older People in Europe – Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspectives“ erschienen.

EUROFAMCARE ist ein europäisches Forschungsprojekt, das im 5. Rahmenprogramm der Europäischen Gemeinschaft unter der Key Action 6: The Ageing Population and Disabilities, 6.5: Health and Social Care Services to Older People mit der Vertrags-Nr. QLK6-CT-2002-02647 gefördert wurde.

Gesamtkoordination des Projektes:

Institut für Medizin-Soziologie im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Dr. Hanneli Döhner
Martinistr. 52

20246 Hamburg
Deutschland

<http://www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare/>

doehner@uke.uni-hamburg.de

Alle Rechte bei der Autorin und dem EUROFAMCARE-Konsortium.

Dieser Bericht reflektiert die Sichtweise der Autorin. Er entspricht nicht notwendigerweise der Sicht der Europäischen Kommission und antizipiert in keiner Weise deren zukünftige Politiken auf diesem Gebiet.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	8
Einleitung und Überblick: Die Situation der häuslichen Pflege in Deutschland	10
1 Pflegende Angehörige und unterstützungsbedürftige ältere Menschen	16
1.1 Die ältere Bevölkerung – Trends und zukünftige Projektionen.....	16
1.2 Anzahl und Alter der Pflegepersonen	17
1.3 Geschlecht der Pflegepersonen	18
1.4 Das Erwerbseinkommen der Pflegepersonen	19
1.5 Umfang der Pflegestunden und -aufgaben.....	21
1.6 Bildungsgrad, Erwerbsbeteiligung und Pflege	22
1.6.1 Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege	24
1.6.2 Allgemeine Erwerbsraten nach Altersgruppen	26
1.6.3 Erwerbstätigkeit von pflegenden Angehörigen von Demenzkranken	27
1.6.4 Behinderungsquoten bei den > 65 jährigen älteren Menschen und Einschätzung des Pflegebedarfs	28
1.7 Generationenbeziehung zwischen den pflegenden Angehörigen und den unterstützungsbedürftigen älteren Menschen.....	29
1.8 Übernahme häuslicher Pflege: Interessenkonflikte bzw. -ausgleich	30
1.9 Wohnmerkmale, Haushaltsstruktur und räumliche Nähe zur älteren unterstützungsbedürftigen Person.....	31
1.10 Positive und negative Aspekte der Pflege von Angehörigen.....	32
1.11 Ausländische Haushalts- und Pflegehilfen – Trends in Angebot und Nachfrage	34
2 Maßnahmen der Sozialpolitik für pflegende Angehörige und unterstützungsbedürftige ältere Menschen	37
2.1 Familienethik und Einstellungen zur häuslichen Pflege	38
2.1.1 Häusliche Pflege: Veränderungen in den Erwartungen und “Ideologien” – intergenerationelle Solidarität und Reziprozität –	39
2.1.2 Offizielle Definitionen von Pflegebedarf, Rechtsanspruch auf Pflegeleistungen	41
2.1.3 Die sozialrechtliche Verantwortung für die Bereitstellung, Finanzierung und das Management der Versorgung älterer unterstützungsbedürftiger Menschen	42
2.1.4 Die sozialrechtliche Definition von Alter und Ansprüche auf Renten oder andere Leistungen	44

2.2 Politikbereiche: Zuständigkeiten und Maßnahmen.....	44
2.2.1 Pflegende Angehörige	44
2.2.2 Gesetzesinitiativen / „Runder Tisch Pflege“	45
2.2.3 Behinderte und / oder unterstützungs- und pflegebedürftige ältere Menschen	46
2.2.4 Maßnahmen zur Unterstützung von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen.....	47
2.3 Regional- und Lokalpolitik: Unterschiedliche strukturelle Rahmenbedingungen	48
3 Dienstleistungen für pflegende Angehörige	51
3.1 Innovative Praxisbeispiele	53
3.2 Organisationen/interessenverbände für pflegende Angehörige und / oder Senioren.....	56
4 Gesundheits- und Sozialdienste: Unterstützung für pflegende Angehörige und ältere Menschen	59
4.1 Gesundheits- und soziale Dienste	60
4.1.1 Vertragsärztliche Primärversorgung	60
4.1.2 Akutkrankenhäuser und geriatrische Versorgung.....	61
4.1.3 Langzeitpflegeeinrichtungen	65
4.1.4 Hospize / Palliativ-Pflege	65
4.1.5 Stationäre Pflege (Langzeit- und Kurzzeitpflege)	67
4.1.6 Betreutes Wohnen	69
4.1.7 Gemeindeorientierte Versorgungsleistungen	70
4.1.8 Weitere soziale Dienstleistungen.....	75
4.1.9 Case Management und integrierte Versorgung – Integration von Gesundheits- und Sozialdiensten auf sektoraler und professioneller Ebene.....	75
4.2 Die Qualität formaler Dienstleistungen und ihr Einfluss auf die häusliche Pflege.....	76
4.2.1 Management und „Controlling“ häuslicher Dienstleistungen	76
4.2.2 Qualitätskontrollen und Rechtsquellen	76
4.2.3 Ausbildung für Arbeitskräfte: Häusliche und stationäre Pflege.....	77
4.2.4 Probleme bei der Anwerbung von Pflegekräften und Verbleib.....	78
5 Die Kosten – Leistungen der Pflege	79
5.1 Anteil der öffentlichen Ausgaben für Renten, Sozialhilfe und Gesundheit	79

5.2	Anteil der öffentlichen und privaten Ausgaben für die Pflegeversicherung	79
5.3	Zusätzliche Kosten für die Nutzung von öffentlichen Gesundheits- und / oder sozialen Dienstleistungen	80
5.4	Geschätzter öffentlich-privater Kosten-Mix in der Gesundheitsversorgung	80
5.5	Durchschnittliche zusätzliche Selbstkosten bei der Inanspruchnahme von stationärer Langzeitpflege	81
5.6	Anteil an der Finanzierung der Pflege älterer Menschen durch öffentliche Gelder	81
5.7	Geldleistungen für pflegende Angehörige	82
5.7.1	Leistungen für pflegende Angehörige (finanzielle Leistungen, Rentenpunkte, Rechte, Zuschüsse, Einkommensabhängigkeit)	83
5.7.2	Zusätzliche Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen oder Diensten	83
5.7.3	Steuervergünstigungen und Zuschüsse für pflegende Angehörige	84
5.7.4	Der Beitrag der pflegenden Angehörigen / Nutzer zu den Kosten in unterschiedlichen Dienstleistungsbereichen	84
6	Diskussion: Derzeitige Trends und zukünftige Perspektiven	91
6.1	Zentrale Politik- und Praxisfragestellungen	92
6.2	Mehr staatliche oder mehr familiäre Unterstützung, mehr Dienstleistungen oder mehr Geld?	94
6.3	Forschungsstand und zukünftige Bedarfe – vernachlässigte Bereiche und Innovationen	95
6.4	Entwicklung von neuen Technologien, um pflegende Angehörige zu unterstützen	98
6.5	Fazit	99
7	Literatur	100

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Anteil der > 65-jährigen älteren Menschen nach Altersgruppen (in %) und Geschlecht 2002.....	16
Tabelle 2	Hauptpflegeperson nach Altersgruppen in Privathaushalten (%)	17
Tabelle 3	Familienstand der > 65-jährigen älteren Menschen (nach Geschlecht und Altersgruppen in %, 1999)	18
Tabelle 4	Netto-Einkommen von Pflegehaushalten im Vergleich mit allen Haushalten (%)	20
Tabelle 5	Verteilung des monatlichen Netto-Haushalts-Einkommens nach Altersgruppen (%) in West-Deutschland (1998)	21
Tabelle 6	Unterstützungsbedürftige in Privathaushalten mit einer Hauptpflegeperson nach Art und Umfang der erhaltenen Unterstützung (%)	22
Tabelle 7	Hauptpflegeperson eines unterstützungsbedürftigen älteren Menschen in Privathaushalten (im Alter von 16 bis 64 Jahren) nach Erwerbsstatus (%)	23
Tabelle 8	Bildungsabschluss und Erwerbsbeteiligung der Hauptpflegeperson	24
Tabelle 9	Generelle Erwerbsraten in Deutschland nach Beschäftigungsstatus und Geschlecht (%).....	26
Tabelle 10	Weibliche Beschäftigungsraten nach Altersgruppen ab > 40 Jahren in 2001 (%).....	27
Tabelle 11	Umfang der Erwerbsbeteiligung der Hauptpflegeperson eines Unterstützungsbedürftigen mit / ohne Demenz	28
Tabelle 12	Geschätzte Entwicklung der Anzahl der Demenzkranken bei vermuteten konstanten Prävalenzraten (nach Altersgruppe auf 1000)	29
Tabelle 13	Hauptpflegeperson in Privathaushalten (%)	30
Tabelle 14	Wohnort bzw. Entfernung zwischen dem / der pflegenden Angehörigen und der unterstützungsbedürftigen Person (%)	31
Tabelle 15	Wohnungsstandards älterer Menschen in Privathaushalten nach Altersgruppen und ausgewählter Ausstattung, 1998 (je 100 Haushalte)	32
Tabelle 16	Veränderungen in der Bereitschaft die häusliche Pflege eines Angehörigen zu übernehmen als zugeschriebener Effekt der Pflegeversicherung (%)	40
Tabelle 17	Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegestufen (in €) und Pflegeleistungen (SGB XI)	42
Tabelle 18	Dienstleistungen für pflegende Angehörige	53
Tabelle 19	Elemente einer innovativen Vernetzung von Dienstleistungen....	53

Tabelle 20	Krankenhäuser nach Art und Kapazität (2001).....	61
Tabelle 21	Entwicklung der stationären geriatrischen Einrichtungen in Deutschland	63
Tabelle 22	Langzeitpflegeeinrichtungen nach Finanzierungsart (%) und Anzahl der Betten im Jahr 2003	67
Tabelle 23	Ältere > 65-jährige Menschen in stationärer Langzeitpflege (2003)	69
Tabelle 24	Über 65-jährige allein lebende ältere Menschen nach Geschlecht und Altersgruppe in 2000 (in %)	71
Tabelle 25	Qualifikation der Angestellten von Leistungsanbietern im Bereich der häuslichen Pflege	72
Tabelle 26	Entwicklung der Anzahl der Tagespflegeeinrichtungen in Deutschland	74
Tabelle 27	Monatliche Pflegesätze für Tagespflege (nach SGB XI)	74
Tabelle 28	Ausgaben für Sozialleistungen im Jahr 2003 (in Mrd. €)	79
Tabelle 29	Finanzierungsarten der Pflegeversicherung	80
Tabelle 30	Privater und öffentlicher Finanzierungs-Mix häuslicher Pflegearrangements bei Leistungsempfängern der Pflegeversicherung (in %).....	81
Tabelle 31	Kosten für die stationäre Pflege und Leistungen der Pflegeversicherung in €/ pro Monat	81
Tabelle 32	Zahl der älteren Sozialhilfeempfänger nach Altersgruppen, die "Hilfen in besonderen Lebenslagen" erhalten (2003)	82
Tabelle 33	Anzahl der Pflegegeldempfänger (SGB XI) nach Pflegestufe in 2004	82
Tabelle 34	Leistungen für pflegende Angehörige nach SGB XI	83
Tabelle 35	Übersicht über verschiedene Dienstleistungsbereiche für ältere Unterstützungsbedürftige und pflegende Angehörige	87

Vorwort

In Deutschland ist die Familie immer noch die wichtigste Institution in der Bereitstellung von Pflegeleistungen, und pflegende Angehörige sind in der häuslichen Versorgung der „größte Pflegedienst der Nation“ (Landtag NRW 2005, S. 103). Rund 92 % aller in Privathaushalten lebenden Pflegebedürftigen wurden im Jahr 2003 u.a. von Angehörigen aus dem unmittelbaren oder erweiterten Familienkreis versorgt (Infratest Sozialforschung 2003).

Aufgrund demographischer Entwicklungen und sozialstruktureller Veränderungen in der Gesellschaft werden die zukünftigen Generationen aber weit weniger in familiäre Pflege eingebunden sein als zum gegenwärtigen Zeitpunkt. Die Bedarfsdeckung und Bereitstellung familiärer Pflegeleistungen kann wahrscheinlich zukünftig vorwiegend nur im Rahmen eines „Pflege-Mix“ erfolgreich sein und sowohl professionelle als auch informelle Pflegenetzwerke werden mehr und mehr an Bedeutung gewinnen, um die häusliche Pflege zukünftig managen zu können. Umso wichtiger sind tragfähige und untereinander vernetzte soziale und gesundheitsbezogene Unterstützungsangebote, um pflegende Angehörige zu entlasten und die Situation der häuslichen Pflege insgesamt zu verbessern. Hierzu fehlte bislang eine umfassende Wissensbasis.

Das im Frühjahr 2006 abgeschlossene EU-Projekt EUROFAMCARE – "Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage" hat dazu beigetragen, diese Forschungslücke zu schließen. Es stellt an Hand von „National Background Reports“ aus 23 europäischen Ländern sowie je ca. 1000 Interviews aus sechs Ländern aktuelle Forschungsergebnisse zu folgenden Forschungsfragen bereit:

- n Welche Unterstützungsangebote sind vorhanden, um die Belastungssituation der pflegenden Angehörigen zu verringern und die Pflegesituation insgesamt zu verbessern?
- n Welche Ansätze und Angebote existieren bereits in den unterschiedlichen europäischen Ländern?
- n Welche Erfahrungen haben pflegende Angehörige mit diesem Angebot gemacht?
- n Was hält Familien davon ab, Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen?
- n Erreichen die Angebote die Betroffenen und entsprechen die Unterstützungsleistungen den Bedarfen und Ansprüchen?
- n Welche Kriterien gibt es für effektive, ausreichende und erfolgreiche Maßnahmen?
- n Wo können Maßnahmen gefunden werden, und wo liegen ihre Schwachstellen?

- n Wie können erfolgreiche Maßnahmen implementiert und verbreitet werden? (vgl. dazu auch <http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcarede/forschung.php>)

Der vorliegende Band stellt die modifizierte und in einigen Forschungsdaten aktualisierte Fassung des von der Autorin erstellten englischsprachigen „National Background Report For Germany“ dar. In insgesamt 23 europäischen Ländern wurden im Rahmen des o.g. EU-Projektes anhand von Sekundäranalysen und Befragungen einheitlich strukturierte Hintergrundberichte erstellt, um die gesellschaftliche und politische Ebene pflegender und betreuender Angehöriger aufzuarbeiten sowie die Nutzung, Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und den Bedarf an Dienstleistungen zu ihrer Unterstützung und Entlastung darzustellen.

Das erste Kapitel gibt zunächst einen Überblick zum Profil und zur Situation der pflegenden Angehörigen. Im zweiten Kapitel werden gegenwärtige Politikbereiche für pflegende Angehörige, Behinderte und / oder unterstützungsbedürftige ältere Menschen herausgearbeitet. In den Kapiteln drei und vier werden innovative Praxisbeispiele, unterstützende gesundheitliche und soziale Dienstleistungen, die Qualität sowie deren Einfluss auf die häusliche Pflege zusammengetragen. Das fünfte Kapitel untersucht und diskutiert die Kosten und Leistungen der Pflege, ausgehend von den öffentlichen Ausgaben bis hin zum Beitrag der Nutzerinnen zu den Kosten in unterschiedlichen Dienstleistungsbereichen. Im sechsten und abschließenden Kapitel werden derzeitige Trends und zukünftige Perspektiven im Hinblick auf pflegerische Versorgungsarrangements für pflegende Angehörige sowie mögliche Fragestellungen zu vernachlässigten bzw. innovativen Bereichen der Forschung zur Diskussion gestellt.

Danksagungen

Ein besonderer Dank gilt Dr. Hanneli Döhner vom Institut für Medizin-Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Sie war mir sowohl bei der englischsprachigen Version des „National Background Report For Germany“ mit ihren konstruktiven Vorschlägen und Hinweisen eine wertvolle Hilfe, als auch bei der kritischen Durchsicht des Manuskriptes für den vorliegenden Band. Ich bedanke mich auch bei Christopher Kofahl, Florian Lüdeke und Maik Philipp, Institut für Medizin-Soziologie der Universität Hamburg, die die Formatierung und das Layout des Textes besorgt haben. Für Diskussionen und die Reflexion der Arbeitsergebnisse standen mir Prof. Dr. Heinz Rothgang von der Universität Bremen sowie Prof. Dr. Martina Hasseler von der Evangelischen Fachhochschule Berlin zur Seite. Mit beiden konnte ich jederzeit fachliche Fragestellungen diskutieren. Ein herzliches Dankeschön gilt auch den Kolleginnen und Kollegen aus den einzelnen internationalen Projektteams in EUROFAM-CARE für den konstruktiven Austausch.

Marta Meyer – Saarbrücken im Februar 2006

Einleitung und Überblick: Die Situation der häuslichen Pflege in Deutschland

Die Konstrukte „pflegende Angehörige“ oder „informelle Pflegepersonen“ sind mittlerweile fester Bestandteil des Vokabulars der Literatur zur häuslichen Pflege; aber nach wie vor besteht unter Forschern, Dienstleistern und Politikern kein Konsens darüber, wer damit gemeint ist (Philp 2001). Unter Berücksichtigung der demographischen und strukturellen Entwicklungen in der Gesellschaft können als „pflegende Angehörige“ nicht mehr ausschließlich die nächsten Familienmitglieder oder der erweiterte Familienkreis definiert werden, sondern ebenso Freunde, Bekannte, Nachbarn und andere, die in das Pflegearrangement eines älteren unterstützungsbedürftigen Menschen involviert sind.¹ Die vorliegende Sekundäranalyse folgt diesem Verständnis und verwendet durchgehend den Begriff „pflegende Angehörige“ aus dem familiären oder erweiterten Umfeld. Wenn von „(Haupt)-Pflegepersonen“ die Rede ist, wird der Begriff aus der zitierten Quelle übernommen.

Die derzeitige und zukünftige Bereitstellung und der Unterhalt eines breitflächig angelegten und differenzierten Angebotes an sozialen und gesundheitsbezogenen Diensten sowie das Angebot und die Nachfrage von und nach pflegerischer Versorgung werden in Deutschland durch kritische demographische und Arbeitsmarkttrends beeinflusst: Zu erwarten ist ein Mangel an Humankapital, wobei nach einer Beschäftigungsspitze bei der erwerbstätigen Bevölkerung bis zum Ende der Dekade eine generelle Arbeitskräfteverknappung folgt. Dies wird das Arbeitsmarktverhalten deutlich verändern und erfordert beträchtliche organisatorische Innovationen in der Bereitstellung pflegerischer Angebote.

In Deutschland betrug 2001 der prozentuale Anteil der > 60-jährigen 24,1 % und bei den > 80-jährigen 3,9 % an der Gesamtbevölkerung. Bis zum Jahr 2030 wird ein prozentualer Anstieg bei den > 60-jährigen auf 34,4 % und bei den > 80-jährigen auf 7,3 % erwartet (Statistisches Bundesamt 2003c). Gleichzeitig wird eine steigende Anzahl älterer unterstützungsbedürftiger Menschen vermutet.

Das Angebot und die Nachfrage nach pflegerischer Versorgung wird durch verschiedene Rahmenbedingungen beeinflusst: Durch abnehmende Kinderzahlen, den Anstieg der Ein-Personen-Haushalte, eine stärker gleichberechtigte Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen sowie eine wachsende Anzahl kinderloser und allein lebender älterer Menschen in Privathaushalten mit ihrer steigenden Präferenz für formelle Dienstleistungen, möglicherweise in Verbindung mit dem Fehlen familialer Pflegeressourcen (European Foundation 2003).

¹ Aktuell findet sich auch neben der / dem „pflegenden Angehörigen“ die Bezeichnung der / die „pflegende Zugehörige“.

Die Familie stellt nach wie vor die zentrale Institution für die Bereitstellung instrumenteller und emotionaler Unterstützung älterer Menschen in Deutschland dar und häusliche Pflege wird oft noch als Privatangelegenheit verstanden, die durch die nächsten Familienangehörigen zu erbringen ist. Die Pflege beginnt meist mit der Pflege des / der Ehepartners/in und verschiebt sich dann zu den Kindern, wenn steigendes Alter es für ältere Menschen zunehmend schwieriger macht, den / die Partner/in zu pflegen. Freunde und Nachbarn werden kaum eingebunden, insbesondere dann nicht, wenn die unterstützungsbedürftige Person an einer Demenz leidet. Das Motto der Pflegeversicherung „ambulant vor stationär“ drückt einerseits die Intention des Gesetzgebers aus, die familiäre Pflegebereitschaft zu fördern und andererseits die wohlfahrtsstaatliche Vorstellung, dass man faktisch immer noch auf die Stabilität eines Familiennetzwerkes informeller Helfer zurückgreifen kann (Daatland et al. 2003).

In Deutschland gibt es mittlerweile ein großes Spektrum an Versorgungsdiensten für ältere Menschen. Allerdings besteht ein enormes Defizit in der Koordination und Kooperation der Angebote, da sie sich aus unterschiedlichen Quellen wie Sozialversicherungsbeiträgen, öffentlichen Geldern und privaten Hilfsfonds finanzieren und die Verantwortlichkeiten im Leistungs- und Leistungserbringungsrecht unscharf sind. Dies stellt eine der Hauptschwierigkeiten dar, um sich im deutschen „Dienstleistungsdschungel“ zurechtzufinden. Viele Defizite in der Bereitstellung einer effektiven und umfassenden Versorgung sind ursächlich diesem Umstand zuzuschreiben und koordinatorische Mängel machen das System der Dienste und ihrer Leistungen sowohl für die Nutzer/innen als auch für die Anbieter/innen intransparent und nur schwierig zu durchschauen.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 als fünften Säule im System der sozialen Sicherung wurde sowohl für die unterstützungsbedürftigen älteren Menschen als auch für ihre Pflegepersonen eine neue Grundlage geschaffen, die es erlaubt, den Risiken, die mit der Pflegebedürftigkeit einher gehen, zu begegnen (Döhner, Kofahl 2001).

Gleichzeitig erfolgte die endgültige Zementierung der rechtlichen und administrativen Trennung zwischen medizinischer Behandlung und Krankheit einerseits, Pflege und rehabilitativer Versorgung andererseits, informeller und formeller pflegerischer Versorgung und Prävention sowie zu guter Letzt die Trennung von stationärer und ambulanter Versorgung, die nun ebenfalls zu unterschiedlichen Sozialleistungsgebieten gehört (Rothgang 1997).

Die Pflegeversicherung ließ einen offenen Markt ambulanter pflegerischer Dienstleistungen entstehen, der getragen wird von öffentlichen, gemeinnützigen und privaten kommerziellen Anbietern, wodurch die Verantwortung der Kommunen für die Bereitstellung sozialer und pflegerischer Dienstleistungen in den Hintergrund gedrängt wurde. Dieser quantitativen Expansion an Leistungsanbietern mit unterschiedlicher regionaler Dichte und einer finanziellen Orientierung am „klassischen Pflegeversicherungspatienten“ führte nicht au-

tomatisch zu qualitativen und strukturellen Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung (Schaeffer 1999).

Vertiefende Analysen haben gezeigt, dass sich in Bezug auf die ambulante Versorgung älterer unterstützungsbedürftiger Menschen eine paradoxe Situation entwickelt hat. Die Anregung des Wettbewerbs zwischen verschiedenen Dienstleistungsanbietern als eine Reaktion auf ihren zahlenmäßigen Anstieg sowie die steigende Nachfrage nach diesen Diensten hat nur bedingt stattgefunden. Die Preise, das Angebot und das Ausmaß an Leistungen werden von vornherein durch die Rückvergütungsvereinbarungen der Pflegeversicherung definiert und sind daher nicht durch Marktprinzipien beeinflusst (Uhlein, Evers 2000; Busch 2000).

Mit Blick auf die Weiterentwicklung der häuslichen Pflege rechnen die Experten damit, dass die Bereitschaft zur Bereitstellung von Pflege durch die Familie als ein Resultat sozialnormativer Einstellungen, steigender Kosten sowie durch Verschiebungen in den sozialen Milieus abnehmen und formale Unterstützungsleistungen wichtiger werden (Klie 1999, Runde et al. 2002, Rothgang 2003).

Das „Problem“ mit der Pflegeversicherung besteht darin, dass ihre Leistungssätze weder an die Inflationsrate, noch an die Einkommensentwicklung gekoppelt ist. Die Kaufkraft im Hinblick auf das pflegerische Leistungsangebot wird dramatisch sinken und immer mehr Menschen, insbesondere in stationärer Langzeitpflege, werden abhängig von Sozialhilfeleistungen. Das originäre Ziel der Pflegeversicherung, die Kommunen von Sozialleistungen zu entlasten, wird verfehlt. Das im Jahre 2001 eingeführte Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PflEG) stellt nun mehr Möglichkeiten für pflegende Angehörige bereit, sowohl um pflegende Angehörige von Demenzkranken mit niedrighwelligen Angeboten wie z.B. „Tagesmüttern für Demenzkranke“ zu unterstützen und zu entlasten als auch ehrenamtlichen Helfern Qualifikationsmöglichkeiten im Rahmen dieser Tätigkeiten anzubieten.

Die Pflegeversicherung zahlt nur für Dienstleistungen im Rahmen der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs) wie Assistenz bei der persönlichen Hygiene und den Mahlzeiten, Mobilisation und Haushaltshilfe. Dies ist einer der Gründe dafür, dass neben dem regulären Pflegemarkt ein zweiter, privater und unregulierter Pflegemarkt entstanden ist, da die Pflegeversicherung nicht die umfassenden Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen erfüllen kann. Wichtige komplementäre Dienstleistungen wie etwa Besuchsdienste, Begleitung, psychosoziale Unterstützung, Gartenarbeiten, Reinigungs- und Hausarbeiten werden nur unzureichend durch professionelle Dienste angeboten, obwohl sie erkannt haben, dass es eine große Nachfrage nach diesen Dienstleistungen gibt. Diese komplementären Dienstleistungen müssen in der Regel durch die Familie oder die Unterstützungsbedürftigen privat bezahlt werden, unter besonderen Umständen werden die Kosten von den Sozialhilfeträgern übernommen. Pflegebedürftige nutzen auch das Pflegegeld, um diese Dienstleistungen zu finanzieren.

Ein Stadt-Land-Vergleich zeigt, dass insbesondere pflegende Angehörige in ländlichen Gebieten nicht den Zugang zu den Dienstleistungen haben, die sie benötigen, um die Belastungen durch die Pflegearbeit zu reduzieren, da das Dienstleistungsspektrum auf Grund spezifischer struktureller Bedingungen unterentwickelt ist (Schultz-Nieswandt 2000; Walter, Schwartz 2000). Nur 16 % aller nachgefragten Dienstleistungen sind komplementäre Dienste (Schneekloth, Müller 2000), was zum Teil der Tatsache geschuldet ist, dass Pflegende oftmals extremem physischen und psychologischen Stress ausgesetzt sind. Sie sind nicht in der Lage, bereits in einem früheren Stadium der Pflege angemessen zu reagieren (Uhlein, Evers 2000).

Neben dem „regulären“ und einem privat bezahlten Pflegemarkt ist ein irregulärer Pflegemarkt entstanden mit einer geschätzten Anzahl von 50.000 „Haushalts- oder Pflegehilfen“, die sich hauptsächlich aus den östlichen EU-Ländern rekrutieren (BPA 2005). Bisher bekamen diese „Haushaltshilfen“ nur ein Visum für einen dreimonatigen Besuchsaufenthalt. Mittlerweile wurde eine so genannte „Green Card“ auch für diesen Bereich eingeführt; aber es gibt keine genauen Zahlen darüber, für wie viele „Haushaltshilfen“ Sozialversicherungsbeiträge abgeführt werden und ihre Tätigkeiten sind unreguliert. Über die genaue Entwicklung dieses Marktes liegen keine verlässlichen Zahlen vor.

Zusätzlich zu der oben beschriebenen Entwicklung gibt es einen „grauen Markt“ an komplementären Dienstleistungen, der hauptsächlich von Ehrenamtlichen getragen wird und dessen Angebotsvielfalt kaum zu überschauen ist. Diese Dienste werden regulär durch Nachbarschaftshilfen, Familiendienste und Selbsthilfegruppen geleistet und von den Wohlfahrtsverbänden, den Kirchen, den Kommunen oder von privaten Initiativen finanziert (Uhlein, Evers 2000, Schneekloth, Wahl 2005).

Demographische Berechnungen im Hinblick auf zukünftige Pflegebedarfe werden erheblich durch Annahmen zur altersbezogenen Prävalenz der zukünftigen Lebenserwartung beeinflusst. In Deutschland stehen verschiedene Modellrechnungen zur Verfügung, die sich auf unterschiedliche Datenbasen zur Kalkulation der Lebenserwartung stützen (BMFSFJ 2001, S. 88). Es wird angenommen, dass die Zahl der unterstützungsbedürftigen Menschen sich bis zum Jahr 2010 auf 2,04 Mio. erhöhen wird. Das Bundesministerium für Gesundheit schätzt den Anstieg bis 2030 auf 2,16 bis 2,57 Mio.; bis zum Jahr 2040 wird ein Anstieg auf 2,26 bis 2,79 Mio. unterstützungsbedürftiger älterer Menschen erwartet. Die niedrigere Zahl basiert auf der Annahme, dass es zukünftig zu keiner weiteren Steigerung der Lebenserwartung kommen wird (Deutscher Bundestag 2002; BMFSFJ 2001, S. 87). Diese Zahlen setzen altersbezogene, konstante Häufigkeiten der Pflegebedürftigkeit voraus und schreiben den ‚Status quo‘ fort. Es kann aber vermutet werden, dass funktionelle Beeinträchtigungen oder Behinderungen zukünftig rückläufig, zurückgedrängt oder schwächer ausgeprägt sein werden (BMFSFJ 2000).

Gegenwärtig wird ein wesentliches Desiderat in dem Sachverhalt gesehen, dass die Forschung mit der engen Definition von „Pflegebedarf“ in der Pflege-

versicherung operiert und daher Voraussagen zu zukünftigen Pflegebedarfen sehr begrenzt sind. Solange kein allgemein, auch pflegewissenschaftlich anerkannter Pflegebedürftigkeitsbegriff zur Verfügung steht, werden Untersuchungen zu zukünftigen Pflegebedarfen die Entwicklung der Zahl von Unterstützungsbedürftigen aus einer ökonomischen Perspektive fokussieren, z.B. inwieweit Leistungen durch die Pflegeversicherung bereitgestellt und sich die Ausgaben des sozialen Sicherungssystems zukünftig entwickeln werden.

Eines der drängendsten Probleme, mit dem sich Deutschland auf Grund der demographischen Entwicklungen konfrontiert sieht, ist die Frage, wie der Fortbestand der sozialen Sicherungssysteme gewährleistet werden kann. Dieses Problem entstand auf Grund des sich ungünstig entwickelnden Altersquotienten. Der Druck auf die Erwerbsbevölkerung wird sich mit einem geschätzten zukünftigen Quotienten zwischen den 20- bis 59- jährigen sowie den > 60- jährigen auf 71:100 erhöhen. Im Jahre 2001 betrug dieser Quotient nur 44:100 (Statistisches Bundesamt 2003c). Die Diskussion darüber, inwieweit sich vom bloßen Altersquotienten auf ökonomische Effekte schließen lässt, kann an dieser Stelle nicht geführt werden.

Die Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG 2004) führte zu erheblichen Einschnitten im Gesundheitssystem, um die Sozialversicherungsbeiträge stabil zu halten. Unter anderem wurde die private Zuzahlung bei Medikamenten erhöht, die Praxisgebühr mit 10 € pro Quartal sowie die Zuzahlung für (Pflege-)Hilfsmittel eingeführt. Nachdem die geplanten Veränderungen, Reduktion stationärer Geldleistungen und Anpassung an die Geldleistungen für die ambulante Pflege, um die häusliche Pflege attraktiver zu machen, sich bisher als politisch nicht realisierbar erwiesen, ist die Diskussion um die Reform der Pflegeversicherung nun wieder aufgenommen worden und steht ebenfalls ganz oben auf der sozialpolitischen Agenda.

Die Experten äußerten die Befürchtung, dass sich durch die oben angedeuteten Maßnahmen einerseits auch der finanzielle Druck auf die Angehörigen erhöht und andererseits die Anzahl der Sozialhilfeempfänger in stationärer Pflege weiter zugenommen hätte (Roth, Rothgang 2001). Im Jahr 1999 waren bereits 33 % aller Pflegebedürftigen in stationärer Pflege (191 Tsd. von 578 Tsd.) von Sozialhilfe abhängig (BMFSFJ 2002 S. 88).

Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) in deutschen Krankenhäusern wird möglicherweise zu einer größeren Belastung der pflegenden Angehörigen führen, denn ältere und chronisch kranke Menschen werden früher und mit einem umfassenderen Unterstützungs- und Pflegebedarf entlassen. Die Konsequenzen für die pflegenden Angehörigen können zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht eingeschätzt werden. Diese Entwicklungen erfordern Anstrengungen in Richtung einer Angebotsanpassung und Qualitätssicherung ambulanter Dienstleistungen.

Im Hinblick auf die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen für ältere chronisch kranke Menschen wurden Konzepte der Integrierten Versorgung sowie Disease Management Programme für ausgewählte chronische Krankheiten

eingeführt und befinden sich derzeit in der Erprobung. Kritisiert wird an diesen Programmen die Betonung der medizinischen Krankheitsorientierung und gefordert wird ein sektorenübergreifendes Versorgungsnetz unter Einbindung aller professionellen Gruppen im Gesundheitssektor. Auf Grund der administrativen Trennung des Gesundheits- und Sozialsektors und zwischen medizinischer Behandlung, Sozialem, Pflege und rehabilitativer Versorgung gestalten sich diese Initiativen schwierig, sind aber für integrierte Versorgungskonzepte absolut notwendig (Kofahl et al. 2003, Ewers, Schaeffer 2003).

1 Pflegerische Angehörige und unterstützungsbedürftige ältere Menschen

1.1 Die ältere Bevölkerung – Trends und zukünftige Projektionen

Die Zunahme älterer Menschen in der Bevölkerung und insbesondere die Zunahme des Anteils der hochaltrigen und > 80-jährigen Menschen wird zukünftig weiter steigen. Damit steigt das Risiko, abhängig zu werden von Hilfe- und / oder Pflegebedarf. Dies stellt die Gesellschaft vor erhebliche Herausforderungen im Hinblick auf ökonomische und soziale Neustrukturierungsprozesse.

Demographische Projektionen zeigen eine wachsende Anzahl älterer Menschen in jeder Altersgruppe, wobei in der Gruppe der über 65-jährigen älteren Menschen zwischen den Jahren 2000 und 2030 mit einem Anstieg von etwa 61 % zu rechnen ist. Von 2030 bis 2050 wird die Anzahl der älteren Menschen konstant bleiben, aber dramatische Veränderungen in der Zusammensetzung zeigen: Während die Anzahl der 65 bis 75-jährigen Personen abnimmt und die Zahl der 75 bis 80-jährigen fast konstant bleiben wird, steigt die Zahl der > 80-jährigen Hochaltrigen rapide an (etwa um 51 %). Derzeit leben 3,2 Mio. > 80-jährige Menschen in Deutschland. Dies entspricht einem Anteil von 3,9 % an der Gesamtbevölkerung. Es wird erwartet, dass im Jahre 2050 etwa 9,1 Mio. Menschen oder 12 % der Gesamtbevölkerung > 80 Jahre alt sein werden (Statistisches Bundesamt 2003c).

Da es insbesondere die sehr alten Menschen sein werden, die Langzeitpflege benötigen, kann angenommen werden, dass die Anzahl der unterstützungsbedürftigen Menschen zwischen 2030 und 2050 beträchtlich ansteigen wird, wobei die Gesamtzahl der älteren (> 65-jährigen) Menschen im gleichen Zeitraum nicht nennenswert ansteigt (Rothgang 2003 S. 27; Deutscher Bundestag 2002).

Tabelle 1 zeigt die Anteile der über 65-jährigen Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2002.

Tabelle 1 Anteil der > 65-jährigen älteren Menschen nach Altersgruppen (in %) und Geschlecht 2002

Altersgruppen von...bis	Gesamtbevölkerung N = 82.440.309 (%)	Männlich	Weiblich
65-69	4.378.060 (5,3)	2.072.547	2.305.486
70-74	3.604.682 (4,3)	1.584.122	2.020.560
75-79	2.838.177 (3,4)	982.712	1.855.465
80-84	1.704.711 (2,1)	503.089	1.201.622
85-89	989.385 (1,2)	245.188	744.197
90+	550.707 (0,7)	123.082	427.625

Quelle: Eurostat 2003

1.2 Anzahl und Alter der Pflegepersonen

In Deutschland beziehen 1,37 Mio. Unterstützungsbedürftige in häuslicher Pflege Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung und etwa 1,2 Mio. Menschen sind als pflegende Angehörige bzw. Hauptpflegepersonen verantwortlich für die Pflege und Unterstützung der älteren Menschen. Im Jahr 2003 betrug die Zahl der gesetzlich versicherten Pflegepersonen in der gesetzlichen Rentenversicherung rd. 463.000 (BMGS 2005a). Seit der Einführung der Pflegeversicherung kam es insgesamt zu einem leichten Anstieg in der Anzahl der informellen Pflegepersonen in der häuslichen Pflege. Etwa 36 % aller unterstützungsbedürftigen Personen werden von einer Hauptpflegeperson, 29 % von 2 Personen sowie 27 % von drei oder mehr Personen versorgt. Durchschnittlich sind 2 Personen einschl. der Hauptpflegeperson in die häusliche Pflege eingebunden und erbringen regelmäßige Pflege- und Unterstützungsleistungen (Schneekloth, Müller 2000; Schneekloth, Wahl 2005; BMGS 2003a; Stat. Bundesamt 2003).

Mehr als 32 % aller Hauptpflegepersonen sind älter als 65 Jahre und gehören gewöhnlich derselben Generation an wie die unterstützungsbedürftige Person. Jede zweite Pflegeperson (54 %) ist zwischen 40 und 64 Jahren alt, nur 11 % der Pflegepersonen sind jünger als 39 Jahre. Mit Blick auf diese Zahlen (vgl. Tab. 2) müssen in steigendem Umfang ältere Pflegepersonen die Pflege von Angehörigen im höheren Lebensalter übernehmen. Daraus resultiert für die Pflegeperson selbst ein höheres Risiko, von Hilfe und Pflege abhängig zu werden (Schneekloth, Müller 2000; Schneekloth, Wahl 2005).

Tabelle 2 Hauptpflegeperson nach Altersgruppen in Privathaushalten (%)

Alter der Hauptpflegeperson	Anteil in %
< 45 Jahre	16 %
45-54 Jahre	21 %
55-64 Jahre	27 %
65-79 Jahre	26 %
> 80 Jahre	7 %

Quelle: Schneekloth in Schneekloth, Wahl 2005, S. 77

Die folgende Tabelle 3 verdeutlicht die demographischen Merkmale der > 65-jährigen älteren Menschen mit ihren Unterschieden in Familienstand, Geschlecht und zwischen den Altersgruppen. Die Mehrheit der älteren Männer lebt mit einer weiblichen Lebenspartnerin zusammen, wohingegen die Frauen auf Grund eines höheren Risikos der Verwitwung mit zunehmendem Alter eher allein leben (Statistisches Bundesamt 2002a).

Tabelle 3 Familienstand der > 65-jährigen älteren Menschen (nach Geschlecht und Altersgruppen in %, 1999)

Familienstand	Alter und Geschlecht					
	70-74 Jahre		75-79 Jahre		80 Jahre und älter	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Allein stehend	3,0	7,3	2,5	8,0	2,7	6,4
Verheiratet und zusammen lebend	81,6	46,6	76,1	29,4	58,9	10,5
Verheiratet und getrennt lebend	1,4	1,2	1,3	1,1	1,7	1,1
Verwitwet	11,3	40,1	17,9	56,9	34,8	78,4
Geschieden	2,6	4,8	2,1	4,7	1,7	3,6

Quelle: BMFSFJ 2002, S. 124

1.3 Geschlecht der Pflegepersonen

Familiäre Pflege zeigt eine deutlich ausgeprägte Geschlechterverteilung zu Ungunsten der Frauen, welche mit einem Anteil von 73 %, im Gegensatz zu den Männern mit 27 %, die Hauptlast der Pflegeaufgaben tragen. Während 39 % der älteren unterstützungsbedürftigen Männer zwischen 65 und 79 Jahren von der Ehefrau gepflegt werden, beträgt der Anteil der Frauen in derselben Altersgruppe, die durch ihren Ehemann gepflegt werden, nur 22 % (Schneekloth in Schneekloth, Wahl 2005, S. 77).

Sowohl im Hinblick auf unterstützungsbedürftige Personen, die an Demenz leiden, oder durch andere Umstände pflegebedürftig sind, gibt es hoch signifikante Unterschiede ($p > 0.00001$) zwischen dem Geschlecht der Hauptpflegepersonen und dem Grad der familiären Beziehung zwischen ihnen und der unterstützungsbedürftigen Person (Gräbel 1998a): Es sind auch hier öfter die Frauen, welche die Hauptlast der Pflege eines Angehörigen mit einer Demenz tragen.

Mit Ausnahme der Pflege der eigenen Ehefrau übernehmen Männer nur viel widerstrebender die häusliche Pflege eines Angehörigen. Gräbel vermutet, dass dieses Phänomen durch das traditionelle soziale Rollenverständnis gefördert wird, dass dem Mann Aktivitäten und Anerkennung außerhalb des Hauses zuschreibt. Deshalb sei ein Schwiegersohn als pflegender Angehöriger praktisch nicht existent (ebd.).

Runde et al. (1999) haben einen Rückzug der Töchter als häusliches "Pflegepotenzial" beobachtet und schreiben dieses Phänomen der Pflegeversicherung zu, welche zu einer Art sozialer „Normalisierung“ geführt und Frauen neue Aktionsmöglichkeiten eröffnet habe. Vor der Einführung der Pflegeversicherung fühlten sich insbesondere die Töchter verpflichtet, in Übereinstimmung mit ihren Moralvorstellungen und mangels Alternativen, die häuslichen Pflegeaufgaben zu übernehmen. Der Rückzug der Töchter aus der häuslichen Pflege von Angehörigen lässt sich sowohl an der steigenden Anzahl von Fäl-

len ablesen, in denen nahe Angehörige nicht in die häusliche Pflege involviert sind, sowie andererseits in der Abnahme des pflegerischen Organisationstypus „Pflege ausschließlich durch Angehörige“ (ebd.).

Die Pflegeversicherung hat mit dem Rechtsanspruch auf Leistungen Alternativen im Hinblick auf die Organisation der Pflege eröffnet. Erwerbstätige Töchter sehen sich nicht länger als erste Ansprechpartnerinnen, wenn es um die Frage geht, wer die häusliche Pflege übernimmt. Der Rückzug der Töchter scheint durch andere kompensiert zu werden, die auf Grund ihrer geringeren Beschäftigung nun den Anreiz sehen, die Pflege zu übernehmen. Die Schwiegertöchter gehören in Bezug auf „Einschränkungen bei Angehörigen“ (ebd.) ebenso zu dieser Gruppe wie andere Angehörige, welche nun die häusliche Pflegesituation stabilisieren. Es ist unklar, ob es sich wirklich um einen Rückzug der Töchter von der Übernahme der häuslichen Pflege handelt, denn in anderen Forschungsergebnissen rangieren die Töchter als pflegende Angehörige mit 26 % hinter den pflegenden Ehepartnern immer noch auf dem zweiten Platz der Häufigkeitsverteilung (Schneekloth in Schneekloth, Wahl 2005, S.77).

1.4 Das Erwerbseinkommen der Pflegepersonen

Es ist von hohem sozialpolitischen Interesse die Frage zu klären, inwieweit sich das durchschnittlich zur Verfügung stehende Netto-Einkommen von Pflegehaushalten von den Einkommen in Durchschnittshaushalten unterscheidet, und welche sozialen Konsequenzen häusliche Pflege hat.

Diese Frage ist schwierig zu beantworten, denn das Einkommen der pflegenden Angehörigen ist direkt mit der Frage verbunden, inwieweit Erwerbstätigkeit mit Pflegeaufgaben kompatibel ist, oder bis zu welchem Ausmaß ein Einkommensverlust durch eine Reduktion der Erwerbstätigkeit verursacht wird.

Insbesondere verheiratete Frauen zwischen dem 41. bis zum 50. Lebensjahr sind von diesem Kompatibilitätsproblem betroffen, wenngleich dies nicht von dem Fakt ablenken soll, dass in der Zukunft eine steigende Anzahl von männlichen Pflegepersonen zu verzeichnen sein wird (Reichert, Naegele 1997). Einerseits ist die Frage nach dem Einkommen der meist weiblichen Pflegepersonen eng verknüpft mit der Schulbildung und beruflichen Qualifikationen und andererseits mit dem Umfang ihrer Erwerbsbeteiligung (Schneekloth et al. 1996). Daten zum durchschnittlichen Netto-Haushalts-Einkommen (vgl. Tab. 4) wurden im Rahmen einer repräsentativen Studie aus dem Jahre 1998 erhoben, um die Auswirkungen der Pflegeversicherung zu analysieren (Schneekloth, Müller 2000).

Tabelle 4 Netto-Einkommen von Pflegehaushalten im Vergleich mit allen Haushalten (%)

Einkommen (in Euro)	West		Ost	
	Pflegehaushalt	Haushalte insgesamt	Pflegehaushalt	Haushalte insgesamt
Unter 511	4	1	1	5
511-766	7	6	10	11
766-1.022	9	10	9	13
1.022-1.278	12	14	13	15
1.278-1.533	10	11	12	12
1.533-2.045	26	22	34	22
2.045-2.556	14	18	11	11
2.556-4.090	11	14	3	10
4.090 und mehr	2	3	3	1
Keine Angaben	6	1	3	2
Durchschnittl. Einkommen	1.698		1.519	

Quelle: Schneekloth, Müller 2000

Die Daten zeigen, dass rund 11 % der Pflegehaushalte in den alten Bundesländern im Vergleich mit 7 % aller Haushalte, und verglichen mit 11 % der Pflegehaushalte in den neuen Bundesländern im Gegensatz zu 16 % aller Haushalte, weniger als 766 Euro zur Verfügung haben. Dies hat strukturelle Ursachen auf Grund des höheren Anteils älterer Menschen unter den Pflegehaushalten. Im Vergleich mit den Pflegehaushalten ist es auch nicht überraschend, dass der Anteil derjenigen Haushalte höher ist, welche 2.556 Euro und mehr zur Verfügung haben. Dies ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass ältere Ehepaare normalerweise in Rente bzw. pensioniert und nicht länger erwerbstätig sind (Schneekloth, Müller 2000). Hochgerechnet beziehen annähernd 350.000 pflegende Angehörige eine Altersrente. Diese Ziffer macht rund 39 % aller Hauptpflegepersonen mit Rentensprüchen aus² (ebd.).

Die Tabelle 5 zeigt die Verteilung der monatlichen Netto-Äquivalenzeinkommen von Rentnern, Pensionären und für > 80-jährige Menschen.

² Diese Projektion bezieht sich auf Hauptpflegepersonen, die Rentenansprüche im Rahmen der Pflegeversicherung erworben haben und keine professionelle häusliche Pflege beziehen (§ 14 SGB XI). Die Pflegeperson muss mindestens 14 Stunden Pflege pro Woche (§ 44) bei einem unterstützungsbedürftigen älteren Menschen (§ 19) leisten und darf zusätzlich nicht mehr als 30 Stunden pro Woche erwerbstätig sein.

Tabelle 5 Verteilung des monatlichen Netto-Haushalts-Einkommens nach Altersgruppen (%) in West-Deutschland (1998)

Haushaltstyp (Hauptverdiener)	Euro (Mittelwert)		Bezogen auf den Durchschnitt in allen Haushalten	%			Haushalte mit dem Zwei- oder Vierfachen des Durchschnitts
	Haushalts-Netto-Einkommen	Äquivalenzgewichtetes pers. Netto-Einkommen		Haushalte mit weniger als... % vom Durchschnitt			
				40	50	60	
Haushalte insgesamt	2.615	1.708	100	5,3	12,7	22,0	5,2
Rentner	1.760	1.382	81	5,7	16,6	30,0	1,6
Pensionäre	3.468	2.504	147	/	/	/	16,3
Hauptverdiener nach Altersgruppe							
Weiblich - > 80 - jährige	1.326	1.280	75	9,4	24,8	41,8	–
Männlich > 80 - jährige	2.183	1.677	98	/	11,0	19,1	–

Quelle: BMFSFJ 2002, S. 81

Langfristig kann eine exakte Evaluation der sozialen Konsequenzen und nachteiligen Folgen der häuslichen Pflege mit Blick auf das Erwerbseinkommen der Pflegeperson nur durchgeführt werden, wenn mehr Informationen über die Haushaltsgröße der Pflegeperson verfügbar sind. Sicher ist, dass eine Beschränkung oder Aufgabe von bezahlter Erwerbsarbeit sowie ein Ende der Einnahmen negative Konsequenzen für den Erwerb ausreichender Alterssicherungsansprüche – „pension penalty“ – der zumeist weiblichen Pflegeperson nach sich ziehen kann (Dallinger 1997).

1.5 Umfang der Pflegestunden und -aufgaben

Häusliche Pflege ist unstrittig eine Vollzeit-Aufgabe: Durchschnittlich stehen 64 % aller Hauptpflegepersonen dem unterstützungsbedürftigen älteren Menschen rund um die Uhr zur Verfügung, mehr als 26 % mehrere Stunden am Tag und etwa 8 % mehrere Stunden in der Woche. Rund 76 % aller Pflegepersonen müssen die Nachtruhe mehr als einmal unterbrechen (Gräßel 1998a).

Im Durchschnitt sind die Hauptpflegepersonen etwa 36,7 Stunden pro Woche in Pflegeaufgaben und Unterstützung eingebunden und assistieren bei vielen Aktivitäten des täglichen Lebens mehrfach zu verschiedenen Zeiten täglich. Aus ihrer Perspektive betrachtet gehört zu ihren täglich am häufigsten erbrachten Aufgaben die persönliche Fürsorge (z.B. in Form von Gesprächen), welche bei 68 % aller Unterstützungsbedürftigen mehrmals täglich geleistet

werden sowie bei 14 % mindestens einmal täglich (Schneekloth in Schneekloth, Wahl 2005, S. 78 ff).

Die täglichen oder fast täglich zu erbringenden Aufgaben sind sowohl verbunden mit persönlicher Hygiene, dem Ankleiden, Unterstützung bei den Mahlzeiten und Haushaltsführung, als auch Behandlungspflege und persönlicher Betreuung in Form von Gesprächen oder Spaziergängen. Hinzu kommen die Regelung bürokratischer Angelegenheiten, die Pflege sozialer Kontakte zur Unterstützung sowie die Organisation zusätzlicher Personen für die unterstützungsbedürftige Person (ebd.). Die Daten in Tabelle 6 demonstrieren sehr deutlich, dass die Familie der größte Pflegedienst auf mehr oder weniger freiwilliger Basis ist.

Tabelle 6 Unterstützungsbedürftige in Privathaushalten mit einer Hauptpflegeperson nach Art und Umfang der erhaltenen Unterstützung (%)

Art der Pflege / Betreuung	Häufigkeit der erbrachten Pflegeleistung	
	Mehrmals täglich	Mindestens einmal täglich
Persönliche Betreuung (z.B. Gespräche oder emotionale Unterstützung)	68	14
Persönliche Hygiene (waschen und kleiden)	54	21
Unterstützung bei der Essenaufnahme	48	7
Aktivitäten im Haushalt	55	18

Quelle: Infratest Sozialforschung 2003, S. 22

1.6 Bildungsgrad, Erwerbsbeteiligung und Pflege

Beschäftigung und Arbeitsmarktbeteiligung unter den pflegenden Angehörigen im Erwerbsalter zwischen 16-64 Jahren stellen nicht die Ausnahme dar: Rund 68 % aller pflegenden Angehörigen müssen die eigene Erwerbsbeteiligung mit der Unterstützung eines älteren Menschen vereinbaren. Zwei von drei sind noch nicht erwerbstätig, 8 % sind geringfügig beschäftigt, 13 % teilzeitbeschäftigt bis zu 30 Stunden und 16 % sind in Vollzeit erwerbstätig.

Bemerkenswert sind die Unterschiede in der Erwerbsbeteiligung zwischen West- und Ost-Deutschland (vgl. Tab. 7): Während in West-Deutschland durchschnittlich 65 % aller pflegenden Angehörigen nicht bezahlt erwerbstätig sind, trifft dies nur für 56 % von ihnen in Ost-Deutschland zu. Bemerkenswert ist außerdem, dass fast jeder dritte pflegende Angehörige (31 %) in Ost-Deutschland mit mindestens 30 Stunden pro Woche mehr oder weniger vollzeitbeschäftigt ist (Schneekloth, Müller 2000).

Aktuelle Daten zeigen, dass sich durch die Einführung der Pflegeversicherung tendenziell die Vereinbarkeit von privater Pflege und eigener Berufstätigkeit verbessert hat: 23 % der Hauptpflegepersonen gingen im Vergleich zu 18 % zu Beginn der 90er Jahre einer Voll- oder Teilzeitbeschäftigung nach, 26 %

setzten im Vergleich mit 1991 (21 %) ihre Erwerbstätigkeit fort. In der Konsequenz hat sich auch der Anteil der männlichen Pflegepersonen in diesem Zeitraum von 17 % auf 27 % erhöht (Schneekloth, Wahl 2005)³.

Tabelle 7 Hauptpflegeperson eines unterstützungsbedürftigen älteren Menschen in Privathaushalten (im Alter von 16 bis 64 Jahren) nach Erwerbsstatus (%)

	Total	West	Ost
Nicht erwerbstätig	64	65	56
Mini-Job	8	9	2
Teilzeitbeschäftigt < 30 Stunden	13	13	11
> 30 Stunden	16	12	31

Quelle: Schneekloth, Müller 2000

Das Ausmaß der Erwerbsbeteiligung korreliert sowohl eng mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit des unterstützungsbedürftigen älteren Menschen als auch mit dem Belastungserleben: Je mehr Zeit mit der Ausübung der häuslichen Pflege verbracht wird, desto weniger steht für die Erwerbsbeteiligung zur Verfügung. Es ist augenscheinlich, dass die Möglichkeiten der Erwerbsbeteiligung und simultane Pflegeaufgaben für vollzeitbeschäftigte pflegende Angehörige sehr viel stärker begrenzt sind als für Teilzeitbeschäftigte. Daraus resultiert, dass mit dem Anstieg des Umfangs an täglichem Pflegebedarf die Anzahl der Personen in geringfügiger oder Teilzeitbeschäftigung leicht ansteigt (Dallinger 1997).

Der Bildungsgrad von pflegenden Angehörigen ist eng verbunden mit der beruflichen Qualifikation und der Frage, inwieweit die Erwerbsbeteiligung begrenzt oder komplett aufgegeben wurde. Generell kann man sagen, dass diejenigen, die sowohl im Beruf als auch in der Pflege von Angehörigen Verantwortung tragen, Beamte, abhängig Beschäftigte oder Selbstständige sind. Nicht erwerbstätige pflegende Angehörige sind eher Arbeiter, Landwirte und / oder Angelernte im Familienbetrieb. Die Höhe des Schulabschlusses tendiert deutlich in Richtung einer höheren beruflichen Qualifikation der Hauptpflegeperson in bezahlter Erwerbsarbeit (vgl. Tab. 8). Dallingers Analysen zeigen, dass die Hauptpflegepersonen mit einem Volksschulabschluss zu 70,8 % aus der Gruppe derjenigen stammen, die ihre Erwerbstätigkeit eingeschränkt oder aufgegeben haben, während nur 54,5 % in dieser Gruppe ihre Erwerbstätigkeit fortsetzten.

Im Gegensatz dazu übertrifft in der Gruppe der pflegenden Angehörigen mit einem höheren Bildungsabschluss (Realschule, Gymnasium) der Prozentsatz

³ Allerdings könnte die Kausalität auch umgekehrt sein: Männer weisen höhere Erwerbsquoten auf als Frauen. Wenn der Männeranteil steigt, steigt auch der Anteil der erwerbstätigen Pflegepersonen, ohne dass sich die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verbessert hat. Sinnvoll wäre es wahrscheinlich, die Veränderung der Erwerbsquoten von Pflegepersonen im Zeitverlauf für beide Geschlechter getrennt zu erfassen.

derjenigen, die ihre Erwerbsbeteiligung fortgesetzt haben (41,8 %) diejenigen, die ihre Erwerbsbeteiligung eingeschränkt haben (28,8 %).

Im Hinblick auf die Beschränkung oder Fortsetzung der Erwerbsbeteiligung bestehen praktisch keine Unterschiede in der Gruppe der pflegenden Angehörigen in qualifizierten Beschäftigungsverhältnissen (ebd. S. 147).

Tabelle 8 Bildungsabschluss und Erwerbsbeteiligung der Hauptpflegerperson

Bildungsabschluss	Volksschule / ohne Abschluss	Realschule	Gymnasium
Erwerbsbeteiligung fortgesetzt	54,4 %	31,9 %	9,9 %
Erwerbsbeteiligung reduziert	70,8 %	23,6 %	5,2 %

Quelle: Dallinger 1997

Dallinger führt aus, dass die niedrigen Beschäftigungsraten bei den Hauptpflegerpersonen nicht zwangsläufig das Resultat eines Ausstiegs aus dem Arbeitsmarkt sein müssen. Dieser Unterschied kann ebenso gut als ein Resultat aus der Tatsache interpretiert werden, dass nicht erwerbstätige Personen eher dazu tendieren, die Rolle des pflegenden Angehörigen zu übernehmen. Ebenso muss berücksichtigt werden, dass viele pflegende Angehörige zu der Gruppe derjenigen älteren Erwerbstätigen gehören, bei welchen zum Ende des 5. und mit Beginn des 6. Lebensjahrzehnts per se eine Abnahme der Erwerbsraten zu verzeichnen ist.

1.6.1 Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege

Seit langem fordern die Experten von der Politik weitreichende Maßnahmen, damit Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Arbeit und Pflegeaufgaben miteinander vereinbaren können (Reichert, Naegele 1999). Die Ergebnisse einer internationalen Expertenkonferenz wurden in einem Empfehlungskatalog zusammengefasst, der staatliche und nicht-staatliche Handlungsoptionen beschreibt, um die Gleichberechtigung für pflegende Angehörige auf dem Arbeitsmarkt zu fördern.

Diese Empfehlungen sind insbesondere für die EU-Mitgliedsstaaten von Relevanz und beinhalten:

- n Die Ausweitung rechtlicher Regelungen zur Freistellung von der Erwerbsarbeit, die in etwa vergleichbar ist mit dem amerikanischen "Family and Medical Leave Act";
- n die Förderung einer weiteren Professionalisierung der Pflege;
- n die Förderung gleicher Arbeitsmarktchancen von Männern und Frauen, um die Diskriminierung von Frauen auf Grund von Pflegeverpflichtungen zu minimieren oder zu verhindern;

- n die Förderung der Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeaufgaben durch Männer sowie
- n die Förderung von Fortbildungs- und Wiedereingliederungsmaßnahmen, um denjenigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern die Rückkehr auf den Arbeitsmarkt zu erleichtern, die ihre familialen Pflegeaufgaben erfüllt haben.

Auf Grund der Tatsache, dass der öffentliche Dienst der größte Arbeitgeber ist, sollte er auch eine Vorreiterfunktion einnehmen und verstärkt Anstrengungen unternehmen, um die Bedingungen für ein Job-sharing und eine Freistellung von der Erwerbsarbeit auf Grund von privaten Pflege- und Unterstützungsaufgaben für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu verbessern, und damit die geschlechtsspezifisch ungleich verteilten Chancen einer „Work Life Balance“ minimiert werden. Viele Unternehmen haben damit begonnen, flexible Arbeitszeiten als wichtiges (Wettbewerbs)-Instrument zur Vereinbarkeit von Arbeit und familiären Unterstützungsaufgaben einzuführen. Dabei spielen die Vorgesetzten auf der unteren und mittleren Führungsebene in den Betrieben eine zentrale Rolle, denn die Suche nach formellen und informellen Lösungen bei auftretenden Problemen sowie das Herstellen einer Arbeitsatmosphäre, die den Bedürfnissen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Rechnung trägt, wird maßgeblich durch sie beeinflusst.

Das Bundesfamilienministerium hat große Anstrengungen unternommen, um die Bereitschaft bei den Betrieben zu fördern, Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflegeaufgaben zu entwickeln und in der Konsequenz pflegende Angehörige davor zu bewahren, als „Problemgruppe“ mit Sonderrechten innerhalb der Betriebe stigmatisiert zu werden (ebd. S. 330). Kleine und mittelgroße Betriebe könnten Steuererleichterungen erhalten, um entsprechende Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und privaten Pflegeaufgaben einzuleiten. Auch die lokalen Sozial- und Pflegedienste sollten ihr Dienstleistungsangebot effektiver an den Bedürfnissen der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen ausrichten und enger mit den Betrieben kooperieren.

Neue Wege zu finden, um Erwerbsarbeit und Angehörigenpflege miteinander vereinbaren zu können, liegt nicht in der Verantwortung von wenigen sozialen Gruppen. Dies ist in der Pflegeversicherung als Verantwortung der Gesellschaft als Ganzes formuliert worden. Die Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen hat gefordert, dass die führenden Unternehmen in Deutschland ihre Anstrengungen dahingehend intensivieren sollten, die bereits im Jahre 2001 verabschiedeten Beschlüsse zur Förderung der Chancengleichheit von Männern und Frauen umzusetzen und Maßnahmen zu implementieren, um die Situation von Familien innerhalb der Betriebe zu verbessern (GFMK 2003).

1.6.2 Allgemeine Erwerbsraten nach Altersgruppen

Die Strukturen der Erwerbsbeteiligung in Deutschland haben sich in den letzten 5 Jahrzehnten im Hinblick auf den Beschäftigungsstatus mit einer Verdreifachung der Anzahl der Beamten und abhängig Erwerbstätigen sowie einer massiven Reduktion angelernter Hilfskräfte im Agrarsektor dramatisch verändert (vgl. Tab. 9).

Die allgemeine Beschäftigungsrate (unter besonderer Berücksichtigung der Gruppe der 45 bis 50jährigen Männer und Frauen) betrug im Jahre 2001 81,3 % (Statistisches Bundesamt 2002). Im Jahr 2000 waren mehr als 42 % der erwerbstätigen Frauen in West-Deutschland und 23 % in Ost-Deutschland teilzeitbeschäftigt. In Ost-Deutschland ist die Vollzeitbeschäftigung insbesondere bei Frauen mit Kindern die häufigste Form der Erwerbsbeteiligung. Die durchschnittliche Arbeitszeit bei männlichen Angestellten war über die letzten 10 Jahre konstant, während diese bei den Frauen und insbesondere bei Frauen in West-Deutschland deutlich gesunken ist (Klenner 2002).

Tabelle 9 Generelle Erwerbsraten in Deutschland nach Beschäftigungsstatus und Geschlecht (%)

Erwerbsstatus	Männer	Frauen
Angestellte inkl. Auszubildende	39,4 %	64,1 %
Arbeiter	40,0 %	22,9 %
Beamte	7,4 %	4,6 %
Selbstständige	12,7 %	6,3 %
„Angelernte“	0,5 %	2,1 %

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2002

Obwohl die generellen Beschäftigungsraten bei den Frauen auf 64,9 % gestiegen sind, sind sie es, die sich die Reduktion des allgemein verfügbaren ökonomischen Arbeitsmarktvolumens untereinander aufgeteilt haben: Der Anstieg der Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse bei Frauen in West-Deutschland ist in den letzten 10 Jahren allein durch Teilzeitarbeit und in hohem Maße durch so genannte „Mini-Jobs“ verursacht.

Tabelle 10 zeigt eine Differenz von etwa 10 % zwischen den Erwerbsraten west- und ostdeutscher Frauen. Die Erwerbsrate bei ostdeutschen Frauen ist auf Grund der Arbeitsmarktprobleme dramatisch zurückgegangen. Der Unterschied zwischen Ost und West besteht bei den Altersgruppen der 50-55-Jährigen (70,1 zu 90,1 % Erwerbstätigkeit) und der 55-60-Jährigen (55,2 zu 76,9 % Erwerbstätigkeit) (Stat. Bundesamt 2002).

Tabelle 10 Weibliche Beschäftigungsraten nach Altersgruppen ab > 40 Jahren in 2001 (%)

Alter von ... bis unter ...	Deutschland	Westdeutschland	Ostdeutschland und Ost-Berlin
40-45	82,0	79,2	94,1
45-50	81,3	78,4	93,0
50-55	73,6	70,1	90,1
55-60	59,5	55,2	76,9
60-65	14,9	16,4	9,0
65-70	3,9	4,6	1,5

Quelle: Statistisches Bundesamt 2002, S. 89

1.6.3 Erwerbstätigkeit von pflegenden Angehörigen von Demenzkranken

Kognitive Beeinträchtigungen wie z.B. Demenz spielen eine zentrale Rolle bei den Ursachen von Behinderung und Unterstützungsbedarf im höheren Lebensalter.

Allgemein sind pflegende Angehörige, die sich um ältere Unterstützungsbedürftige ohne Demenz kümmern, in signifikant höherem Umfang (30,9 %) erwerbstätig als diejenigen, die sich um unterstützungsbedürftige Menschen mit einer Demenz kümmern (25,3 %). Dies lässt sich teilweise durch den Umstand erklären, dass männliche Hauptpflegepersonen mit 20 % stärker in die Pflege von Nicht-Demenzkranken eingebunden sind als in die Pflege von Demenzkranken, wo ihr Anteil nur 15 % beträgt (Gräßel 1998a) (vgl. Tab. 11). Neuere Daten bestätigen diese Unterschiede: Pflegende Angehörige eines nicht Demenzkranken sind mit 40,8 % in deutlich höherem Umfang erwerbstätig im Vergleich zu 26,9 % der pflegenden Angehörigen eines Demenzkranken. Das Durchschnittsalter der überwiegend weiblichen (73 %) Pflegepersonen beträgt 61,3 Jahre, der durchschnittliche Pflegezeitaufwand pro Woche beträgt 42,5 Std. (Schäufele et al. in Schneekloth, Wahl 2005, S. 121 ff).

Tabelle 11 Umfang der Erwerbsbeteiligung der Hauptpflegeperson eines Unterstützungsbedürftigen mit / ohne Demenz

Variable	Hauptpflegeperson eines unterstützungsbedürftigen Demenzkranken	Hauptpflegeperson eines unterstützungsbedürftigen nicht Demenzkranken
Alter (SD)*	61,3 (14,3)	58,0 (14,2)
Geschlecht (% weiblich)	73,0	73,0
Erwerbsarbeit (%)	26,9	40,8
Zeitaufwand für Hilfe und Pflege (SD) (Std. pro Woche)	42,5 (36,8)	27,9 (22,5)
Median	35,0	25,0

Quelle: Schneekloth, Wahl 2005; *SD = Standardabweichung

1.6.4 Behinderungsquoten bei den > 65 jährigen älteren Menschen und Einschätzung des Pflegebedarfs

Über die Hälfte aller zu Hause versorgten älteren Menschen leiden an einer psychischen Behinderung und sind auf regelmäßige Anleitung, Unterstützung und Pflege bei den Aktivitäten des täglichen Lebens angewiesen. Die Frage der zukünftigen Erwerbsbeteiligung von – in der Mehrzahl – weiblichen pflegenden Angehörigen von Demenzkranken und ihre möglichen Konsequenzen muss auch im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung der Demenzerkrankungen diskutiert werden. Auf Grund steigender Inzidenz- und Prävalenzraten kognitiver Beeinträchtigungen im höheren Lebensalter wird geschätzt, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen beträchtlich ansteigen wird. Etwa 950.000 bis 1 Mio. Menschen leiden an einer Demenz (konservative Schätzungen), davon etwa zwei Drittel an Morbus Alzheimer (Deutscher Bundestag 2002). Auf Grund der Berechnungen zum zukünftigen Bevölkerungswachstum wird geschätzt, dass die Zahl der Demenzkranken bis zum Jahr 2020 auf 1,4 Mio. und im Jahr 2050 auf mehr als 2 Mio. steigen wird – vorausgesetzt, dass keine medizinischen oder präventiven Durchbrüche zu erwarten sind. Die große Zahl älterer demenzkranker Menschen wird auch ökonomische Konsequenzen haben⁴.

Die folgende Tabelle 12 zeigt die Schätzungen in Bezug auf die Entwicklung der Anzahl der Demenzkranken in Deutschland.

⁴ Im Jahr 2000 wurden 43.767 Euro pro Kopf und Jahr veranschlagt (BMFSFJ 2002, S. 181).

Tabelle 12 Geschätzte Entwicklung der Anzahl der Demenzkranken bei vermuteten konstanten Prävalenzraten (nach Altersgruppe auf 1000)

Altersgruppe von...bis	Jahr 2000	Jahr 2010	Jahr 2020	Jahr 2030	Jahr 2040	Jahr 2050
65-69	49.8	52.1	58.8	75.0	54.1	
70-74	100.7	133.4	110.1	140.0	151.9	112.2
75-79	170.1	186.4	197.2	228.6	296.3	216.9
80-84	196.0	295.4	402.5	343.8	447.8	495.7
85-89	260.3	304.8	347.6	379.2	469.4	633.9
> 90	176.6	183.1	272.0	394.8	382.3	533.1
Gesamt	953.5	1.155.2	1.388.2	1.561.4	1.810.8	2.046.2

Quelle: Bickel 2001 in BMFSFJ 2002, S. 182

1.7 Generationenbeziehung zwischen den pflegenden Angehörigen und den unterstützungsbedürftigen älteren Menschen

Der Anstieg der Lebenserwartung hat zu der Situation geführt, dass die Pflege eines älteren Menschen in der Familie nicht länger die Ausnahme darstellt, sondern zu einem erwartbaren Ereignis im Familienzyklus geworden ist. Familiäre Pflege wird zu einem beträchtlichen Ausmaß innerhalb derselben Generation erbracht, denn mehr als 60 % der Hauptpflegepersonen sind älter als 55 Jahre. Der engere Familienkreis bestimmt, wer die Rolle der Hauptpflegeperson übernimmt, und es ist evident, dass der / die Ehepartner/in immer noch der / die wichtigste Helfer/in für die unterstützungsbedürftige ältere Person darstellt (Schneekloth, Wahl 2005). Das bedeutet, dass sich viele pflegende Angehörige selbst an oder jenseits der Schwelle zum höheren Lebensalter befinden.

Auch die Pflegepersonen aus den nachfolgenden Generationen werden älter; meist sind es auch hier die Frauen, die sich um die Elterngeneration kümmern. Wenn die unterstützungsbedürftige ältere Person älter wird, verschiebt sich die Unterstützungsleistung von der Generation des / der Ehepartners/in hin zur Generation der Kinder. Der Umfang der Unterstützungsleistung verschiebt sich invers, so dass mit der Abnahme der Unterstützung durch den / die Ehepartner/in gleichzeitig der Umfang der Leistung durch die jüngere Generation zunimmt. Diese Veränderung tritt in relativ kontinuierlicher Weise in den Generationen in Erscheinung (Blinkert, Klie 1999).

Im Hinblick auf die Position des unterstützungsbedürftigen älteren Menschen innerhalb der Familie (vgl. Tab. 13) ist es entweder – in dieser Reihenfolge – der / die männliche / weibliche (Ehe)- Partner/in, die Tochter, die Mutter, der Sohn, andere nächste Angehörige, die Nachbarn oder Bekannte, die Schwiegertochter, der Vater oder ein Enkelkind, welche die Rolle der Hauptpflegeperson übernehmen (Schneekloth, Wahl 2005; BMFSFJ 2002).

Tabelle 13 Hauptpflegeperson in Privathaushalten (%)

Beziehung	Verhältnis
männlicher / weiblicher Ehepartner	28
Tochter	26
Mutter	12
Sohn	10
Andere Angehörige	7
Nachbarn / Freunde	7
Schwiegertochter	6
Vater	2
Enkelkind	2

Quelle: Schneekloth, Wahl 2005

1.8 Übernahme häuslicher Pflege: Interessenkonflikte bzw. -ausgleich

Die häusliche Pflege eines unterstützungsbedürftigen älteren Menschen kann die intra-familialen Beziehungen sowie die Rollenzuweisung als pflegende / r Angehörige / r beeinträchtigen, denn häufig haben beide Seiten unterschiedliche Bedürfnisse, die in Einklang miteinander gebracht werden müssen: Die älteren Menschen möchten so lange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt werden und erwarten mehr oder weniger, dass die Pflege von einem Familienmitglied übernommen wird. Pflegende Angehörige hingegen müssen oftmals die Balance herstellen zwischen ihren eigenen psychosozialen oder ökonomischen Bedürfnissen (Erwerbsarbeit, soziale Partizipation, Freizeitinteressen, die eigene Partnerschaft, Kinder) sowie den Bedürfnissen der älteren Person, und verspüren oftmals ein Gefühl von Schuld, da sie es nicht allen recht machen können.

Forschungen bestätigen, dass Spannungszustände und emotionale Belastungen zwischen pflegenden Angehörigen und den unterstützungsbedürftigen älteren Menschen insbesondere dann zunehmen, wenn die Rolle der / des pflegenden Angehörigen auf Grund hohen sozialen Drucks aus dem Familienkreis übernommen wurde. Insbesondere das Fehlen von Zeitautonomie zur eigenen Tagesstrukturierung wird dabei als besonders belastend empfunden (Wahl, Wetzler 1998, S. 191-194).

Aus ökonomischer Perspektive und in Anlehnung an Beckers (1974) „rottenkid-Theorem“ sollte die Wirkung finanzieller Anreize wie z.B. die Übertragung eines Erbes keinesfalls unterschätzt werden, um Spannungen zwischen den Kindern und ihren Eltern zu vermeiden (Bergstrom 1989, Kritikos, Bolle 2002). Letzten Endes geht es immer darum, wie – in diesem Fall ist der Vertragsgegenstand die häusliche Pflege durch ein Familienmitglied – durch das Aushandeln angemessener Verträge sichergestellt werden kann, dass ein für bei-

de Seiten zufrieden stellendes Vertragsergebnis bzw. ein tragfähiger Interessenausgleich zustande kommt.

1.9 Wohnmerkmale, Haushaltsstruktur und räumliche Nähe zur älteren unterstützungsbedürftigen Person

Die Rolle des pflegenden Angehörigen zu übernehmen, setzt nicht notwendigerweise voraus, dass diese Person auch mit dem unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zusammen lebt: Mehr als 62 % aller Unterstützungsbedürftigen leben mit einem pflegenden Angehörigen im selben Haushalt, etwa 8 % leben in ihrem eigenen Haus, etwa 14 % leben bis zu 10 Minuten, rund 8 % leben mehr als 10 Minuten vom pflegenden Angehörigen entfernt, während weitere 8 % aller Unterstützungsbedürftigen keine reguläre familiäre Pflege oder Unterstützung erhalten.

Die Tatsache, dass eine unterstützungsbedürftige Person allein in ihrem Haus lebt bedeutet nicht zwingend, dass sie keine familiäre Unterstützung bekommt. Ältere Menschen, die mit mehreren Personen im Haus wohnen, werden in den meisten Fällen von einem Angehörigen versorgt, der im selben Haushalt lebt oder weniger als 10 Minuten entfernt wohnt.

Die Situation allein lebender unterstützungsbedürftiger Menschen ist etwas komplizierter: Die Tabelle 14 zeigt, dass nur 37 % von ihnen pflegende Angehörige zur Verfügung haben, die weniger als 10 Minuten entfernt leben. 14 % von ihnen sind auf pflegende Angehörige angewiesen, die bis zu 30 Minuten entfernt leben. 7 % aller Unterstützungsbedürftigen können nur in mehr als 30 Minuten erreicht werden und 21 % erhalten keinerlei familiäre Pflege oder Unterstützung (Schneekloth in Schneekloth, Wahl 2005, S. 76).

Tabelle 14 Wohnort bzw. Entfernung zwischen dem / der pflegenden Angehörigen und der unterstützungsbedürftigen Person (%)

Wohnort des / der pflegenden Angehörigen	Unterstützungsbedürftige insgesamt	Alleinlebende Unterstützungsbedürftige (Total: 31 %)
Im selben Haushalt lebend	62	0
Im selben Haus	8	20
Bis zu 10 Minuten entfernt	14	37
Bis zu 30 Minuten entfernt	5	14
Mehr als 30 Minuten entfernt	3	7
Keine regelmäßige Pflege oder Unterstützung	8	21

Quelle: Schneekloth in Schneekloth, Wahl 2005, S. 76 ff (fehlend zu 100 = keine Daten)

Im eigenen Haushalt zu leben, ist sowohl aus der Sicht der älteren Menschen als auch aus der Sicht der pflegenden Angehörigen die eindeutig bevorzugte Wohn- und Lebensform. Nur 4 % der pflegenden Angehörigen ziehen den möglichen Umzug des älteren unterstützungsbedürftigen Menschen in ein Pflegeheim überhaupt in Erwägung. Jeder zweite pflegende Angehörige gibt

an, dass der Umzug in stationäre Langzeitpflege völlig außer Frage stehe (Schneekloth in Schneekloth, Wahl 2005, S. 85).

Im Jahr 2000 betrug der durchschnittliche, pro Kopf zur Verfügung stehende, Wohnraum 42 qm² mit einem sich deutlich abzeichnenden Trend hin zu mehr Wohneigentum und kleineren Haushalten. Ältere Menschen sind sehr wohnortbezogen und geben ihre Wohnung mit steigendem Alter kaum noch auf. Davon abgesehen sind ihre Wohnungen in der Regel zu groß, da sie ursprünglich für mehr Familienmitglieder ausgelegt waren (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 1999 S. XV). Mehr als 80 % der 1,7 Mio. > 65-jährigen älteren Menschen leben in mehr als 100 qm² großen Eigentumswohnungen und mehr als ein Drittel der über 50-Jährigen verfügen über ein eigenes Einfamilien-Haus. Insbesondere in den Vororten West-Deutschlands leben viele ältere Menschen mit steigendem Trend in ihren eigenen Einfamilienhäusern, was Konsequenzen für die Planung einer Infrastruktur von Hilfe- und Versorgungsleistungen haben wird (BMFSFJ 2001, 2002).

Tabelle 15 zeigt die Wohnungsausstattung älterer Menschen in Privathaushalten nach Altersgruppen.

Tabelle 15 Wohnungsstandards älterer Menschen in Privathaushalten nach Altersgruppen und ausgewählter Ausstattung, 1998 (je 100 Haushalte)

Gerät	Altersgruppe von...bis		
	55- 64 Jahre	65- 69 Jahre	> 70 jährige
TV	97,2	97,2	97,6
Telephon	98,1	97,8	96,7
Kühlschrank	99,4	99,6	99,2
Geschirrspüler	47,5	36,9	21,0

Quelle: EVS in: BMFSFJ 2002, S. 110 f.

1.10 Positive und negative Aspekte der Pflege von Angehörigen

Viele pflegende Angehörige stehen rund um die Uhr für ihr unterstützungsbedürftiges Familienmitglied zur Verfügung und sind aus diesem Grund eng ans Haus und an die unterstützungsbedürftige Person gebunden. In der Konsequenz können sie nur selten soziale Aktivitäten außerhalb des Hauses wahrnehmen, haben kaum Gelegenheit, sich durch Freizeitaktivitäten zu erholen oder mit Freunden zu unterhalten, und geraten mehr und mehr in die soziale Isolation.

Untersuchungen bei (N = 1.911) pflegenden Angehörigen zeigten, dass diejenigen, die in großem Umfang Zeit mit der unterstützungsbedürftigen Person verbringen, über physische Beschwerden wie z.B. Schmerzen in Armen und Beinen, Herzbeschwerden und Magenbeschwerden häufiger klagten als die übrige Bevölkerung. Diese Symptome sind noch deutlicher ausgeprägt bei

pflegenden Angehörigen, die kognitiv beeinträchtigte Personen zu versorgen haben, als bei denjenigen, die unterstützungsbedürftige ältere Menschen mit weitgehend erhaltenen kognitiven Fähigkeiten betreuen (Gräßel 1998b).

Die Untersuchungen von Schacke and Zank zu mentalen Stressfaktoren bei (N = 78) pflegenden Angehörigen zeigen, dass die Hauptursachen für die Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität sowohl in Rollenkonflikten zu suchen waren als auch in dem Gefühl, keine adäquate Pflege und Betreuung leisten zu können. Dieser mentale Stress wirkt sich dann wiederum negativ auf die Pflegebeziehung aus (Schacke, Zank 1998).

Neuere repräsentative Forschungen belegen diese Untersuchungsergebnisse und kommen zu dem Ergebnis, dass sich 42 % aller befragten pflegenden Angehörigen als ziemlich schwer belastet, 41 % als extrem physisch und psychisch belastet und nur 7 % als überhaupt nicht belastet einschätzen (Infratest Sozialforschung 2003, S. 23).

Schwierige häusliche Pflegearrangements, die durch lang anhaltenden physischen und psychischen Stress sowohl auf Seiten des pflegenden Angehörigen als auch auf Seiten des unterstützungsbedürftigen älteren Menschen gekennzeichnet sind, laufen Gefahr, in physischer und psychischer Gewalt zu eskalieren, wenn keine professionelle Unterstützung in Anspruch genommen wird. Der 4. Altenbericht der Bundesregierung, der sich mit den Risiken, der Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen – befasst, stellt dazu fest, dass generell mehr Forschung in Bezug auf Gewalt in häuslichen Pflegekontexten erforderlich ist. Ältere Frauen sind häufiger Opfer von häuslicher Gewalt als Männer und *“...auch die geschlechtsbezogene Verteilung häuslicher Pflegearbeit und die damit einhergehenden (...) vergleichsweise hohen Anteile weiblicher Gewaltausübender bei Fällen der Vernachlässigung und Misshandlung in der Pflege sollte stärker thematisiert werden“* (BMFSFJ 2002, S. 34).

Repräsentative Daten zur Prävalenz häuslicher Gewalt sind in Deutschland derzeit nicht verfügbar (Brzank et al., 2003), da dieser sensible Bereich nur sehr schwer für die Forschung zugänglich ist. Zur Verfügung stehende Forschungsdaten (z.B. Hirsch, Brendebach 1999) müssen sich mit Problemen der Selektivität, niedrigen Antwortraten und der Repräsentativität auseinandersetzen: Rund 10,8 % aller von Hirsch und Brendebach (N = 425) befragten Personen berichteten von Fällen häuslicher Gewalt, wobei psychologische Misshandlung und finanzielle Schädigung häufiger berichtet wurden. Die Antwortrate von 10,8 % wird im Vergleich mit anglo-amerikanischen Ergebnissen als hoch bewertet. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass ein Anstieg des Gewalterlebens einhergeht mit einem Anstieg des Unterstützungs- und Pflegebedarfs sowie mit einer Abnahme der Körperkräfte. Häusliche Gewalt trat auch öfter zwischen Ehepaaren oder in Familienbeziehungen zwischen Kindern und ihren Eltern auf und wird vor der Öffentlichkeit gut verborgen (ebd.).

Die öffentliche und subjektspezifische Diskussion über Gewalt gegen ältere Menschen fokussiert oftmals einengend das Thema Gewalt durch pflegende

Angehörige auf Grund von Stress und Belastungserleben. Auf der Basis ihrer Forschungen möchten Görge et al. (2002) diesen Fokus erweitert sehen. Nach einer Analyse von N = 59 Beratungsfällen zu häuslicher Gewalt durch ein Krisen- und Beratungstelefon stellen sie fest, dass Erklärungen zur Gewalt gegen ältere unterstützungsbedürftige Menschen, welche als Hauptvariable die "Belastung der / des pflegenden Angehörigen" verwenden, der Heterogenität dieser Fälle nicht gerecht werden. Die Forscher unterstreichen, dass ebenfalls Fälle von *Vernachlässigung* der unterstützungsbedürftigen älteren Menschen durch pflegende Angehörige nicht immer als Gewaltausübung betrachtet und deshalb von potenziellen Informanten nicht berichtet wurden. Diese waren sich nicht bewusst, dass das Modellprojekt auch auf Vernachlässigung als Form von Gewalt abzielte. Im Bewusstsein der sehr schmalen Datenbasis kommen Görge et al. zu dem Ergebnis, dass Gewalt gegen ältere Menschen fast immer gegen Frauen gerichtet ist und durch den (Ehe-) Partner oder die Söhne ausgeübt wird.

Es sollte auch nicht vergessen werden, dass pflegende Angehörige selber die Opfer von häuslicher Gewalt sein können. Dies resultiert aus den oftmals extremen Anforderungen, die auf Grund einer selbst aufopfernden Pflege und ihrer totalen Konzentration auf die unterstützungsbedürftige Person an sie gestellt werden. Es sind dies die Zurückstellung der eigenen Bedürfnisse, weil Vorwürfe Dritter befürchtet werden, Schuldgefühle sowie verbale und physische Gewalt durch die unterstützungsbedürftige Person (Hirsch 2000). Eine Reihe unterschiedlicher präventiver Interventionsmaßnahmen sind erforderlich, um häuslicher Gewalt und Vernachlässigung vorzubeugen und um die Qualität der häuslichen Pflege langfristig zu sichern (BAGSO 2002).

Hirsch und Meinders (2000) empfehlen u.a.:

- n Beratung im Vorfeld der Pflege;
- n die Sensibilisierung der Professionellen, um Fälle von häuslicher Gewalt wahrzunehmen;
- n Informationen zur Demenz;
- n Unterstützung in problematischen Pflegesituationen;
- n Lockerung der Dichte der Beziehung zwischen den pflegenden Angehörigen und der unterstützungsbedürftigen älteren Person;
- n Dienste, um die Belastungen durch die Pflege für die pflegenden Angehörigen zu erleichtern sowie
- n Beratung und therapeutische Angebote (S. 215 ebd.).

1.11 Ausländische Haushalts- und Pflegehilfen – Trends in Angebot und Nachfrage

Das fragmentierte und intransparente System der Bereitstellung von Dienstleistungen begünstigt auch die Tatsache, dass die Situation der legal und ille-

gal beschäftigten häuslichen Arbeitskräfte in der Pflege weitgehend unbekannt und kaum erforscht ist.

Im Lauf der letzten Jahre hat der Zustrom häuslicher Arbeitskräfte im Zuge der EU-Osterweiterung, insbesondere aus Polen, Tschechien und Slowenien, hauptsächlich in die grenznahen Gebiete Deutschlands stark zugenommen und die Nachfrage nach ausländischen Arbeitskräften ist im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung stark angestiegen.

Derzeit stehen hierzu keine offiziellen repräsentativen Daten zur Verfügung, aktuelle Schätzungen gehen von etwa 50- bis 60.000 aus, andere Quellen schätzen 100.000 mehr oder weniger illegal beschäftigte, osteuropäische, insbesondere polnische Pflegekräfte in deutschen Pflegehaushalten (bpa 2005). Offiziell werden die Pflegekräfte häufig als so genannte Haushaltshilfen geführt, aber oftmals übernehmen sie auch Pflegeaufgaben und stehen nicht selten rund um die Uhr zur Verfügung. Art und Umfang der erbrachten Arbeit können nicht quantifiziert werden. Diese Haushaltshilfen sind bedeutend billiger als ihre deutschen Kolleginnen und sie besitzen sehr unterschiedliche Qualifikationen. Die Kosten liegen mit 500 bis 800 Euro pro Monat (plus Kost und Logis) weitaus niedriger als entsprechende legale Angebote, für die mindestens 3.000 bis 5.000 Euro je nach Pflegeumfang aufgewendet werden müssen (idw 2005).

Die Arbeitsbedingungen differieren sehr stark und unterliegen keinerlei Qualitätskontrollen. Dies wirft auch Fragen auf im Hinblick auf die Gesundheit und Sicherheit dieser Pflege- und Haushaltshilfen.

Die Interessenverbände der privaten Anbieter sozialer Dienste fordern von der Politik eine schnelle Lösung des Problems und eine schärfere Sanktionierung illegaler Beschäftigungsverhältnisse; denn, so wird argumentiert, sie würden für die professionellen Anbieter von Pflegeleistungen sowohl eine wirtschaftliche Bedrohung als auch eine Verdrängung von Beschäftigungspotenzialen darstellen. Schätzungen zufolge gehen der Staatskasse durch die "Schattenwirtschaft" in der häuslichen Pflege jährlich mindestens 2,5 Mrd. € verloren (bpa ebd.).

Inzwischen wurde die so genannte "Green Card" (ASAV 2002) auch für ausländische häusliche Pflegekräfte eingeführt, um ihren Aufenthaltsstatus in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis zu überführen (Forum Sozialstation 9, 2004). Die Zahl der regulär Beschäftigten ist weiterhin unbekannt und die Kosten für die Sozialversicherung werden wohl viele private Arbeitgeber davon abhalten, die Arbeitsverhältnisse zu legalisieren.

Um den zukünftigen Pflegebedarfen begegnen zu können, werden mögliche politische Strategien in der Belegung informeller Pflege gesehen sowie in der Anwerbung von ausländischen Arbeitskräften (mit den oben genannten dringend zu lösenden Problemen), um einerseits den Pool der gering qualifizierten Arbeitskräfte zu füllen und andererseits die Pflege stärker zu professionalisieren, um höher qualifizierte Arbeitskräfte für dieses Berufsfeld gewinnen zu

können. Die Experten befürchten, dass die EU-Erweiterung zu einer Schiefelage in Bezug auf die Arbeitsorte und die Verfügbarkeit von Beschäftigungsverhältnissen führen wird, denn durch die Möglichkeit der weitgehenden Arbeitsmarktmobilität eröffnen sich für reichere EU-Mitgliedsstaaten im Pflegesektor neue Chancen. Gleichzeitig werden in diesen Ländern Anstrengungen in Richtung Professionalisierung des Pflegesektors unterminiert und mögliche pflegerische Versorgungsentpässe in den östlichen EU-Mitgliedsstaaten in Gang gesetzt (European Foundation 2003).

2 Maßnahmen der Sozialpolitik für pflegende Angehörige und unterstützungsbedürftige ältere Menschen

Um die Politik für pflegende Angehörige und ihre unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu illustrieren, soll ein kurzer Überblick über das System der sozialen Sicherung sowie dessen Konsequenzen für den Pflege- und Gesundheitsmarkt gegeben werden.

Das deutsche Sozialversicherungssystem wird hauptsächlich durch Sozialversicherungsbeiträge und zum Teil durch öffentliche Mittel finanziert. Dieses System fußt auf sechs Säulen:

- n Rentenversicherung (~19,5 % des Brutto-Einkommens),
- n Arbeitslosenversicherung (6,5 % des Brutto-Einkommens),
- n Krankenversicherung (abhängig von der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse, aber durchschnittlich etwa 13,5 % vom Brutto-Einkommen),
- n Unfallversicherung,
- n Pflegeversicherung (1,7 % des Brutto-Einkommens) sowie
- n Sozialhilfe (Steuern), überführt in das Sozialgesetzbuch XII.

Der Leistungsbereich der Pflegeversicherung wurde 2001 erweitert, um den Bedürfnissen von älteren Menschen mit "erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf" (§ 45a, SGB XI) und ihren Familien durch die Entwicklung von Dienstleistungsstrukturen mit niedrighschwelligem Angebot gerecht zu werden. Dazu gehört u.a. die Schulung von Ehrenamtlichen, um die Familien stundenweise von der Betreuung zu entlasten, die weitere Entwicklung von Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Tagespflege sowie ein verbessertes Beratungsangebot für pflegende Angehörige von Demenzkranken (§ 45c, 3 PflEG 2001). Die Ausweitung des Personenkreises in der Pflegeversicherung um kognitiv beeinträchtigte ältere Menschen war erforderlich, da die Definition von "Pflegebedarf" im SGB XI ausschließlich die „handwerklichen“ Aspekte von Pflege umfasst und nicht den Zeitaufwand berücksichtigt, den kognitiv beeinträchtigten Personen im Hinblick auf psycho-soziale Betreuung und Begleitung benötigen. Diese Benachteiligung sollte damit behoben werden.

Auf Grund der Tatsache, dass ein breit gefächertes Angebot an hoch spezialisierten Diensten aus verschiedenen Quellen finanziert wird (Sozialversicherungsbeiträge, öffentliche Gelder oder private Finanzierung), haben sich lokal unterschiedliche Strukturen entwickelt, die auf verschiedenen Verantwortungsbereichen wie die örtlichen Behörden, Dienstleistungsagenturen, Non-Profit-Organisationen sowie privat-gewerblichen Anbietern basieren. Dadurch verharret das System der Pflege- und Gesundheitsdienste in einem Zustand der Intransparenz und Desintegration (Schmidt 2002). Sowohl die historisch bedingte institutionelle und finanzielle Trennung zwischen dem Gesundheits- und

Sozialsektor als auch die Trennung von ambulant und stationär ist tief zementiert (Roth, Reichert 2002).

Dieser Sachverhalt erschwert es sowohl für die unterstützungsbedürftigen älteren Menschen als auch für die pflegenden Angehörigen, die auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Dienstleistungen zu finden. Seit den frühen achtziger Jahren wird der Mangel an Transparenz, Koordination und Effizienz bei den Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen beklagt, einhergehend mit Lücken an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (Döhner et al. 2002). Um diese "Schnittstellenprobleme" lösen zu können sind sowohl Qualitätskriterien erforderlich als auch die weit reichende Implementation von Care- und Case-Management Strukturen sowie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation zwischen den Leistungsanbietern (Schaeffer 1999; Kofahl et al. 2003).

Das deutsche System der Gesundheitsleistungen gliedert sich in folgende Ebenen und Sub-Systeme (Döhner 2002):

- n Pflegesektor: Ambulante Pflege, teilstationäre Pflege und stationäre Pflege;
- n Versorgungsstufen: Vertragsärztliche Primärversorgung bis hin zu Spezialeinrichtungen;
- n Bereiche der Versorgung: Gesundheitsförderung, Prävention, kurative Behandlung, Rehabilitation und Palliativversorgung;
- n Berufsgruppen: Ärzte, Pflegepersonal, Therapeuten, Sozialarbeiter, Seelsorge usw.;
- n Professionelle und nicht-professionelle Versorgung von hochspezialisierter Pflege bis hin zur Laienpflege (Familienmitglieder, Nachbarn, Ehrenamtliche);
- n Kostenträger: Z.B. gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), Pflegeversicherung (SGB XI), private Krankenversicherung, Kostenträger der Rehabilitation (SGB IX), Sozialhilfe (SGB XII), Rentenversicherung (SGB VI);
- n Leistungserbringer: Staatliche, frei-gemeinnützig oder privat.

2.1 Familienethik und Einstellungen zur häuslichen Pflege

Die häusliche Pflege hat in Deutschland einen hohen Stellenwert. Das Motto der Pflegeversicherung "ambulant vor stationär" bringt die Intention des Gesetzgebers zum Ausdruck, die Bereitschaft zur Übernahme der häuslichen Pflege durch Familienangehörige zu fördern. Es reflektiert die Tatsache, dass der deutsche Wohlfahrtsstaat immer noch auf die Stabilität häuslicher informeller Pflegenetzwerke setzt (Daatland et al. 2003). Runde et al. (1999) diskutieren auf Grund ihrer Forschungsergebnisse, dass sozialnormative Erwartungen, Einstellungen und die Entstehung einer "Familienethik" in bezug auf die

häusliche Pflege abhängig sind von der Internalisierung sozialer Normen und unabhängig von der individuellen Situation der pflegenden Angehörigen.

2.1.1 Häusliche Pflege: Veränderungen in den Erwartungen und “Ideologien” – intergenerationale Solidarität und Reziprozität –

Repräsentative Daten (Runde et al. 1999, 2002) zu den Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die häusliche Pflege zeigen, dass zwei Drittel aller Befragten (N = 2.130) Einstellungen im Hinblick auf häusliche Pflege haben, die durch sozial-normative Erwartungen beeinflusst sind. Die Ergebnisse bestätigen auch die Hypothese, dass Intergenerationensolidarität – im Sinne der Übernahme von häuslichen Pflegeleistungen als Pflichtaufgabe von Angehörigen – als gesellschaftliche Norm abgebaut wird. Es wird sich eine zweckrationale, leistungsbezogene und an individuellen Präferenzen orientierte Norm zur Pflege durchsetzen, die Intergenerationensolidarität bleibt aber als kulturelles Leitbild erhalten: *“Die damit verbundene normative Selbstverständlichkeit der Pflegeübernahme durch Angehörige wird jedoch reflexiv gebrochen”* (ebd. S. 183).

Mehr als zwei Drittel aller von Runde et al. Befragten meinen, dass Familienmitglieder moralisch verpflichtet sind, sich umeinander zu kümmern. Nur etwa 5 % aller Befragten haben eindeutige Einstellungen, die darauf hindeuten, dass sie einzig auf ihren eigenen Vorteil bedacht sind. Nahezu jede / r zweite Befragte (42 %) gibt an, dass eine sozial-normative Verpflichtung zur Übernahme der häuslichen Pflege nicht völlig frei ist von utilitaristischen Überlegungen und die Entscheidung daher nicht nur altruistisch ist. Moralische Verpflichtung und finanzielle Erwägungen müssen sich nicht gegenseitig ausschließen: Diejenigen, die sich moralisch verpflichtet fühlen, übernehmen selbstverständlich die Pflegeaufgaben, aber finanzielle Kompensation wird als eine Art Unterstützung für die Anstrengungen der / des pflegenden Angehörigen gesehen.

Ein Vergleich der Generationen von 30 bis 49-Jährigen, 50 bis 70-Jährigen und > 70-Jährigen zeigt, dass ältere Menschen (> 70-Jährige) öfter der Meinung sind (67,5 %) als die Altersgruppe der 30 bis 49-Jährigen (58 %), dass Angehörige eine moralische Verpflichtung haben, die Pflege von Angehörigen zu übernehmen. Keine signifikanten Unterschiede zeigen sich in den sozial-normativen Einstellungen in Bezug auf die Pflege von Angehörigen beim Vergleich verschiedener beruflicher und sozialer Milieus. Der hohe Stellenwert der moralischen Verpflichtung findet sich als eine generelle Einstellung und ist unabhängig von sozialen Milieus. Der Anteil derjenigen, die sich moralisch verpflichtet fühlen und gleichzeitig eine finanzielle Kompensation erwarten, liegt in Arbeiterhaushalten um 10 % höher als in Akademikerhaushalten (Klie, Blaumeister 2002). Die Bereitschaft zur Übernahme der häuslichen Pflege steht in “Unterschichtmilieus” im Vordergrund, wohingegen stationäre Langzeitpflege kaum Akzeptanz findet. In “Mittelklasse-Milieus”, unter Personen mit einem hohen Sozialstatus, ist die Bereitschaft zur Übernahme der häuslichen

Pflege geringer ausgeprägt, wohingegen stationäre Langzeitpflege weitgehend akzeptiert wird (ebd.).

Mit Blick auf die Ergebnisse der vergleichenden Studien (Runde et al. 2002) aus den Jahren 1997 und 2002 ist zu vermuten, dass die Bereitschaft zur Übernahme der häuslichen Pflege abnimmt (vgl. Tab. 16): Bemerkenswert ist, dass nur 45 % aller im Jahr 2002 Befragten der Meinung waren, dass die Eltern einen Anspruch darauf haben, durch ihre Kinder gepflegt zu werden. Seit 1997 ist eine Abnahme um 10 % zu verzeichnen. Auffällig ist auch die Abnahme der Bereitschaft den / die Ehepartner/in zu pflegen: Von 71,1 % im Jahr 1997 auf 62,3 % im Jahr 2002. Immer weniger Menschen sehen in der Pflegeversicherung eine Maßnahme, um die Intergenerationensolidarität zu fördern und die Menschen darin zu bestärken, die Pflege von Angehörigen zu übernehmen. Runde et al. folgern aus ihren Untersuchungen: *“Da es dem SGB XI nicht gelingt, die sozialen Restriktionen entscheidend zu verändern, zugleich aber mit den finanziellen Zuwendungen neue Pflegeorganisationsalternativen ermöglicht, ist von einem weiteren Abbau der selbstverständlichen Pflegeübernahme durch Angehörige (...) auszugehen”* (ebd. S. 178). Die Pflegeversicherung hat den Typus des wahrationalen Entscheiders geschaffen und neue Werte an die Stelle handlungsregulierender Normen treten lassen.

Tabelle 16 Veränderungen in der Bereitschaft die häusliche Pflege eines Angehörigen zu übernehmen als zugeschriebener Effekt der Pflegeversicherung (%)

Moralische Einstellungen in Pflegehaushalten	Jahr der Datenerhebung	
	1997	2002
Moralische Verpflichtung, die häusliche Pflege zu übernehmen **	58,7 (N = 1.060)	52,1 (N = 1.189)
Eltern haben einen Anspruch darauf, von ihren Kindern gepflegt zu werden	55 (N = 1.057)	45 (N = 1.187)
Anspruch gegenseitiger Pflege durch den Ehepartner	71,1 (N = 1.041)	62,3 (N = 1.176)
Die Pflegeversicherung fördert die Solidarität zwischen den Generationen*	49 (N = 1.036)	46,3 (N = 1.142)

Quelle: Runde et al. 2002, S. 9, 13; * p=0.05; ** p=0.001

Die Forschungsergebnisse aus der “Freiburger Pflegestudie” zeigen, wie die Effekte der Pflegeversicherung unter sehr unterschiedlichen sozialen und biografischen Bedingungen in häusliche Pflegearrangements (N = 1.432) integriert wurden. Auch Klie und Blaumeister (2002) vermuten, dass zukünftige Generationen in weit geringerem Umfang in die häusliche Pflege eingebunden sein werden; und dies ist nicht nur als Effekt der demographischen Veränderungen zu betrachten, sondern auf Grund von Verschiebungen in den sozialen Milieus. Das traditionelle Vertrauen in Pflegeressourcen aus dem engeren Familienkreis wird in einem “kulturellen Sinne” mehr und mehr an Relevanz verlieren. Ebenso wird die moralische Orientierung, wer die Rolle des pflegenden Angehörigen übernimmt, an Bedeutung zurückgehen, da die eingesetzten Opportunitätskosten eine immer stärkere Rolle spielen werden.

2.1.2 Offizielle Definitionen von Pflegebedarf, Rechtsanspruch auf Pflegeleistungen

Die sozialrechtliche Definition von Pflegebedarf – in Verbindung mit dem Rechtsanspruch auf Leistungen – wurde mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 im Sozialrecht festgeschrieben. Damit sollten erstmals die Risiken abgedeckt werden, die mit einer Pflegebedürftigkeit einhergehen. Die politischen Ziele waren: Eine Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements, die Senkung individueller Armut und der öffentlichen Ausgaben sowie eine Erweiterung der Infrastruktur und Verbesserung der Qualität sozialer Dienstleistungen (Tesch-Römer 2001).

Die Bereitstellung und der Rechtsanspruch von Pflegeleistungen für diejenigen, die unterstützungsbedürftig sind, wird als Verantwortung der Gesellschaft als Ganzes zum Ausdruck gebracht (§ 8, (1) SGB XI). Pflegebedarf wird im SGB XI wie folgt definiert: *“Pflegebedürftig (...) sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen (...) des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen”* (§ 14, (1) ebd.). Die Leistungen umfassen *„alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation. (...)“* die erforderlich sind, um den *“Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden“* (§ 5, (2) ebd.). Es soll darauf hingewirkt werden, *“(...) die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern”* (ebd.). Die Definition ist altersunabhängig.

Der individuelle Pflegebedarf wird von Ärzten und Pflegefachkräften des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen durch Gutachten erfasst. Auf Grund dieser Einschätzung wird der Pflegebedarf in drei Pflegestufen zugeordnet. Übersteigt der dokumentierte Pflegebedarf die Pflegestufe 3 in sehr erheblichem Umfang (rund um die Uhr), tritt die Härtefallregelung in Kraft. Um einen Anspruch auf Pflegeleistungen geltend machen zu können, muss Pflegebedarf bei mindestens zwei basalen und zusätzlich instrumentellen Aktivitäten (ADLs) des täglichen Lebens für voraussichtlich 6 Monate vorliegen. Pflegebedürftige Menschen können in der häuslichen Pflege zwischen Sach-, Geld- oder Kombinationsleistungen wählen. In der stationären Pflege wird die Pflege als Sachleistung durch Pflegekräfte erbracht. Etwa 71 % aller Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich beziehen Geldleistungen anstelle von Sachleistungen und organisieren ihre Pflegehilfe selbst; etwa 12 % beziehen Sachleistungen und machen Gebrauch von professionellen Pflegediensten und weitere 15 % beziehen Kombinationsleistungen (Schneekloth in: Schneekloth, Wahl 2005, S. 81). In Tabelle 17 ist die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung dargestellt:

Tabelle 17 Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegestufen (in €) und Pflegeleistungen (SGB XI)

Pflegestufe	Umfang der Pflegeleistung	Ambulante Pflege Monatliche Sachleistungen (professionelle Pflege)	Ambulante Pflege Monatliche Geldleistungen (häusliche Pflege)	Stationäre Langzeitpflege Sachleistungen (professionelle Pflege)
1	Mindestens 90 Minuten pro Tag	384	205	1.023
2	Mindestens 3 Std. pro Tag	921	410	1.279
3	mindestens 5 Std. pro Tag <i>und</i> Pflegebedarf rund um die Uhr	1.432	665	1.432 (Härtefall: 1.687)

Quelle: SGB XI, §§ 15,36,37

2.1.3 Die sozialrechtliche Verantwortung für die Bereitstellung, Finanzierung und das Management der Versorgung älterer unterstützungsbedürftiger Menschen

Die rechtlichen Grundlagen für die Bereitstellung von Pflegeleistungen sind sowohl durch die Pflegeversicherung (vgl. auch 2.1.2) als auch durch die Krankenversicherung sichergestellt (§§ 108, 109, 111 SGB V). Diese sind verantwortlich für die ärztliche Behandlung, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfen, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie für die medizinische Rehabilitation (§§ 27, 28, 37, 38, 40 ebd.). Mit Hilfe dieser Leistungen soll einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorgebeugt, eine Behinderung beseitigt oder eine Verschlimmerung verhütet werden (§ 11, 2 ebd.).

Im Hinblick auf den Zugang zu therapeutischen, medizinisch-rehabilitativen und pflegerischen Behandlungsmaßnahmen nimmt der Hausarzt in der Primärversorgung eine Schlüsselstellung ein (§ 73 ebd.). Neben der medizinischen Behandlung kann er Maßnahmen wie Ergotherapie, Physiotherapie, Sprachtherapie oder häusliche Pflege im Rahmen der "Behandlungspflege" durch professionelle Pflegekräfte anordnen, um einen neuerlichen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden (§ 37 ebd.). Die Berufsgruppe der Pflegekräfte besitzt selbst keine Vorbehaltsaufgaben im Hinblick auf die Verordnung von pflegerischen Hilfsmitteln, sondern sie ist hier auf den Hausarzt angewiesen.

Menschen, die im täglichen Leben auf Grund von physischen oder psychischen Behinderungen psycho-soziale Unterstützung benötigen und nicht mehr in der Lage sind, ihre Angelegenheiten selbstständig zu regeln, stehen unter dem Schutz des Betreuungsrechtes, um ihre staatsbürgerlichen Rechte zu sichern (BtÄnG, 1998). Eine steigende Anzahl älterer Menschen, die kognitiv beeinträchtigt sind, benötigen eine amtliche Betreuung auf der Grundlage des Betreuungsrechtes. Zu den wesentlichen Zielen dieses Gesetzes gehört es,

den betroffenen Menschen ein Höchstmaß an gesellschaftlicher Integration zu erlauben, ein unabhängiges Leben zu fördern, oder ihnen zu helfen, ihre Unabhängigkeit zurückzugewinnen. Das Gesetz schließt alle Menschen ein, die mindestens 21 Jahre alt sind.

Eine psycho-soziale Unterstützung durch entsprechende Dienste tritt dann in Kraft, wenn der Betreuungsbedarf augenscheinlich ist und eine der im Gesetz aufgelisteten Krankheiten oder Behinderungen vorliegt⁵. Darunter fallen psychiatrische Krankheiten, physische oder kognitive Behinderungen wie z.B. Demenz oder andere Formen von "altersbedingtem" mentalen Abbau. Die Krankheit oder Behinderung an sich machen die betroffenen Menschen nicht automatisch schutzwürdig durch das Gesetz. Der Unterstützungsbedarf muss von "Amts wegen" festgestellt werden. Eine dritte Person, welche die Angelegenheiten für die betroffene Person regelt, kann nur als Betreuer/in bestellt werden, wenn die zu betreuende Person teilweise oder völlig unfähig ist, ihre persönlichen Angelegenheiten auf Grund von Krankheit oder Behinderung zu regeln. In einem medizinischen Bericht müssen Umfang und vermutliche Dauer der Behinderung sowie der Umfang der psycho-sozialen Unterstützung festgehalten werden. In die Rechtsposition der betroffenen Person wird nur eingegriffen, wenn es absolut erforderlich ist. Der / die amtlich bestellte Betreuer/in bekommt Einflussmöglichkeiten nur in einem fest umschriebenen Bereich zugestanden, z.B. die Regelung der finanziellen Angelegenheiten, die Bestimmung des Aufenthaltsortes oder die Erteilung der Zustimmung zu erforderlichen medizinischen Behandlungen usw.

Unter bestimmten Umständen können ältere Menschen, die ihren täglichen Lebensunterhalt nicht aus eigenen finanziellen Mitteln bestreiten können, soziale Unterstützung aus öffentlichen Mitteln und so genannte "Hilfen zum Lebensunterhalt" (§ 27, SGB XII) und einen Mehrbedarf ab dem 65. Lebensjahr beantragen (§ 30 ebd.). Es ist bekannt, dass ältere Menschen in weit geringerem Umfang Sozialhilfe beantragen, als ihnen zustehen würde. Im Zuge der Rentenreform trat am 1. Januar 2003 ein Gesetz zur sozialen Grundsicherung in Kraft, um ältere Menschen vor drohender Altersarmut zu bewahren und sie nicht der oft von ihnen als beschämend empfundenen Tatsache auszusetzen, den Staat um Hilfen bitten zu müssen (GSiG 2002).

Abgesehen vom Anspruch auf Sozialleistungen für pflegende Angehörige, wenn die Pflegezeiten einen bestimmten Umfang haben sowie frei zugänglichen Pflegekursen (§§ 44,45, SGB XI), gibt es keine spezifische Rechtsspre-

⁵ Im Rahmen der Psychiatriereform wurden, basierend auf den länderspezifischen Gesetzgebungen, gemeindenaher sozial-psychiatrische Dienste erweitert, um die höhere Priorität der ambulanten vor der stationären Behandlung herauszustreichen. Neben beratenden und präventiven Aufgaben haben die sozial-psychiatrischen Dienste die Verantwortung für die psycho-soziale Versorgung und Betreuung der betroffenen Personen sowie in Teilen auch für die medizinische Behandlung. Weiterhin können sie auch von dem Recht Gebrauch machen, psychisch kranke Menschen in ein Krankenhaus einzuweisen. Es besteht immer noch ein großes Defizit an diesen Diensten und ihre Verfügbarkeit ist lokal und regional ungleich verteilt (Bäcker et al., 2000).

chung, welche die Rechte und Pflichten von pflegenden Angehörigen fest schreibt.

2.1.4 Die sozialrechtliche Definition von Alter und Ansprüche auf Renten oder andere Leistungen

Die Definition von Alter geht zurück auf die derzeit gültigen Bedingungen der Rentenversicherung, die erfüllt sein müssen, um Ansprüche auf eine Altersrente geltend machen zu können: *“Versicherte haben Anspruch auf Altersrente, wenn sie 1.) das 65. Lebensjahr vollendet und 2.) die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben”* SGB VI, § 35). Viele Unternehmen und der öffentliche Dienst handeln auf Grund ökonomischer Restriktionen mit ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern Verträge aus, um sie unter bestimmten Bedingungen vorzeitig in den Ruhestand oder die Altersteilzeit schicken zu können. In vielen öffentlichen Bereichen werden > 60-jährigen Menschen besondere Vergünstigungen in Form von ermäßigten Eintrittskarten oder Tickets gewährt wie z.B. in Schwimmbädern, Museen, Bussen, Bahnen, Theatern und Kinos. Demographische und ökonomische Überlegungen haben derzeit die Debatte wieder entfacht, das Renteneintrittsalter heraufzusetzen bzw. die Eintrittsgrenzen flexibler zu gestalten. Die Bundesregierung plant die Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre.

2.2 Politikbereiche: Zuständigkeiten und Maßnahmen

Wie weiter oben schon erwähnt, ist das deutsche System der sozialen Sicherung fragmentiert und intransparent. Daraus ergeben sich unterschiedliche Politikbereiche und Zuständigkeiten für Maßnahmen und Ansprüche für die pflegenden (und erwerbstätigen) Angehörigen und der unterstützungsbedürftigen älteren Menschen.

2.2.1 Pflegende Angehörige

Die Pflegeversicherung wurde eingeführt, um schwer kranken und unterstützungsbedürftigen Menschen zu ermöglichen, solange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung versorgt zu werden. Die Versicherung war nicht als “Vollkasko-Versicherung” konzipiert, sondern sie versprach den unterstützungsbedürftigen Menschen und ihren pflegenden Angehörigen eine Reduktion der finanziellen Belastungen (Igl 1995; Klie 1996; Döhner, Kofahl 2001). Dieses Ziel konnte nur verwirklicht werden, wenn Familienmitglieder dazu ermutigt werden, die häusliche Pflege zu übernehmen. Deshalb wird eine Reihe von Leistungen durch die Versicherung finanziert, welche dazu beitragen sollen, die Belastungen der pflegenden Angehörigen zu senken. Dazu gehören:

- n Sachleistungen (§ 36),
- n Geldleistungen für selbstorganisierte Pflegehilfen (§ 37),
- n eine Kombination aus Geld- und Sachleistungen (§ 38),

- n professionelle häusliche Pflege während der Abwesenheit des pflegenden Angehörigen (§ 9),
- n pflegerische und technische Hilfsmittel (§ 40),
- n Tages- und Nachtpflege (§ 41),
- n Kurzzeitpflege (§ 42) sowie
- n stationäre Langzeitpflege (§ 43).

2.2.2 Gesetzesinitiativen / „Runder Tisch Pflege“

Auf der Grundlage des Weltaltensplans, welcher 2002 in Madrid verabschiedet wurde, wollte die letzte Bundesregierung im Rahmen der Koalitionsvereinbarungen vom Oktober 2002 ein Altenhilfestrukturgesetz verabschieden, um die Versorgungssituation älterer Menschen in Bezug auf Beratung und Versorgung sowie ihrer Teilhabe am öffentlichen Leben zu verbessern. Ein wesentliches Ziel sollte die Beseitigung der strukturellen Defizite bei den sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen sein, deren Ursachen in der Unübersichtlichkeit, der Heterogenität der Anbieter sowie in der oft zweifelhaften Qualität der Leistungen zu suchen sind. Das Gesetz wurde auf Grund der mangelnden, politischen Durchsetzbarkeit nicht umgesetzt (Altenhilfestrukturgesetz 2002).

Eine weitere wichtige Initiative zur Verbesserung der Qualität und der Versorgungsstrukturen war der „Runde Tisch Pflege“, der von 2003 bis 2005 auf Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung einberufen wurde. Ziel des „Runden Tisch Pflege“ war es, praxisnahe Handlungsempfehlungen zu entwickeln und auf der Grundlage guter Praxisbeispiele Wege zur Umsetzung menschlicher, fachlicher und finanzierbarer Anforderungen in der Pflege und Betreuung aufzuzeigen.

Die vier eingerichteten Arbeitsgruppen befassten sich u.a. mit folgenden Fragestellungen:

Wie sollte künftig ein differenziertes und besser an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtetes Versorgungsangebot in den Diensten und Einrichtungen gestaltet sein?

Wie kann die Stellung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen weiter gestärkt werden und ein entsprechendes Bewusstsein geweckt werden?

Wie kann eine ausreichende Zahl von Personen dauerhaft für die Pflegeberufe gewonnen werden?

Welche Möglichkeiten bestehen, um den Verwaltungsaufwand im Bereich der Pflege und Betreuung zu verringern (Entbürokratisierungspotenziale)?

Die Arbeitsgruppe I erarbeitete Empfehlungen und Forderungen im Hinblick auf die Mobilisierung, Unterstützung und Absicherung von Selbsthilfepotenzialen Pflegebedürftiger und privat Pflegenden: Dazu gehören u.a.:

- n Die Sicherung von Beratung und Begleitung durch ein differenziertes und vernetztes Angebotsspektrum auf lokaler und regionaler Ebene sowie die Stärkung ihrer Wirkung durch Öffentlichkeitsarbeit und Einsatz moderner Kommunikations- und Informationstechnologien,
- n die stärkere Berücksichtigung der Betreuung, Begleitung und Anleitung von Menschen mit psychischen und kognitiven Einschränkungen,
- n eine Ausweitung des Angebotes an abgestuften pflegeergänzenden Hilfen sowie
- n die Verbesserung der sozialen Integration Hilfe- und Pflegebedürftiger durch den stadtteil- / quartiersbezogenen Ausbau von bürgerschaftlichem Engagement getragenen Besuchs- und Begleitdiensten (DZA 2003; BMGS - Runder Tisch 2005).

2.2.3 Behinderte und / oder unterstützungs- und pflegebedürftige ältere Menschen

Im Jahr 2001 waren in Deutschland 6,7 Mio. Menschen erheblich beeinträchtigt und die Quote der Behinderung steigt mit zunehmendem Alter an: 2001 waren zwei Drittel aller erheblich behinderten Personen älter als 60 Jahre und in über 90 % der Fälle war die Ursache für die Behinderung eine Krankheit (Hoffmann 2003). Deutschland hat die „International Classification on Disability, Functioning and Health“ der WHO (2001) in das neunte Sozialgesetzbuch über die ‘Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen’ aufgenommen (SGB IX 2001). Der Begriff der Behinderung orientiert sich dabei nicht an Defiziten, sondern vielmehr an den Möglichkeiten und Begrenzungen einer selbstständigen Teilhabe am öffentlichen Leben. Das politische Ziel des Gesetzes im Hinblick auf (nicht nur ältere) Behinderte oder den von Behinderung bedrohten Menschen ist es, die *„Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligung zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“* (ebd. § 2). Die gesellschaftliche Teilhabe soll mit medizinischen, berufsbezogenen und finanziellen Leistungen garantiert werden.

Die Definition im SGB IX besagt, dass eine Person behindert ist, *„wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensjahr typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist“* (§ 2, SGB IX, 2001).

Leistungen für die medizinische Rehabilitation (§ 26) und Prävention (§ 3) sind dazu gedacht, um das Auftreten von chronischen Krankheiten zu verhüten. Diese haben Priorität vor den Leistungen der Pflegeversicherung *„Rehabilitation vor Pflege“* (§ 8, (3), SGB IX).

Dazu zählen u.a.:

- n Medizinische, psychologische und pädagogische Behandlung und Unterstützung,
- n Heilmittel, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
- n Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
- n die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen,
- n Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
- n das Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
- n Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz sowie
- n Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung.

Die Leistungen des SGB IX werden im Vergleich mit dem SGB XI oder dem SGB V bisher nur wenig in Anspruch genommen, was wahrscheinlich auf fehlende Information und Beratung der pflegenden Angehörigen und älteren unterstützungsbedürftigen Menschen zurückzuführen ist.

2.2.4 Maßnahmen zur Unterstützung von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen

Bisher gibt es keinen Rechtsanspruch, der spezifisch auf die Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen zugeschnitten wäre, um Erwerbstätigkeit und Pflegeaufgaben miteinander vereinbaren zu können. Flexible Arbeitszeiten sind eine der weit verbreiteten Maßnahmen, um Familienverpflichtungen und Arbeit miteinander in Einklang bringen zu können. Im Jahr 2001 wurde das Teilzeitarbeitsgesetz (TzBfG 2000) verabschiedet, um Erwerbstätigen generell die Möglichkeit zu geben, ihre Arbeitszeit bei Bedarf reduzieren zu können. Arbeitgeber können diesen Anspruch allerdings bei betriebsbedingten Sachzwängen zurückweisen. Flexible Arbeitszeiten und "Job-sharing" haben sich in erster Linie bei großen Firmen durchgesetzt, die sich davon auch einen Wettbewerbsvorteil versprechen. Eine Freistellung von der Arbeit bis zu einem Jahr, um häusliche Pflegeaufgaben für einen unterstützungsbedürftigen Angehörigen zu übernehmen, kann mit oder ohne Lohnfortzahlung in Anspruch genommen werden. Es wird geschätzt, dass ein Drittel aller erwachsenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer unterstützend oder verwaltend in häusliche Pflegearrangements eingebunden sind (Reichert, Naegele 1997, 1999).

Bäcker und Stolz-Wittig (1997) sind auf Grund ihrer eigenen Forschungen im Hinblick auf Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflegeaufgaben in Deutschland eher pessimistisch: Ihrer Einschätzung zufolge ist es nicht absehbar, wann Gewerkschaften und das Betriebsmanagement bereit sein werden, der Umsetzung von Arbeitszeitneuregelungen in diesem Bereich eine breitere Aufmerksamkeit zu schenken. Die Bundesregierung hat in Bezug auf Job-sharing, flexible Arbeitszeiten, Arbeitszeitkonten, Freistellungszeiten über ei-

nen längeren Zeitraum sowie Telearbeitsplätze spezifische Vorschläge unterbreitet. Darüber hinaus hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend praktische Richtlinien herausgegeben, um die Unternehmen auf die Problematik aufmerksam zu machen: "Vereinbarkeit von beruflichen Aktivitäten und Pflege: Betriebliche Maßnahmen, um pflegende Angehörige zu unterstützen" (BMFSFJ 2000). In der jüngsten Zeit hat es in Nordrhein-Westfalen und dem Saarland immer wieder vereinzelt politische Anfragen gegeben (Forum Sozialstation 2003), die bezahlte oder unbezahlte Freistellung von der Erwerbsarbeit für die Wahrnehmung von Pflegeaufgaben zu regeln, analog zur Eltern- und Erziehungszeit. Kritisch wird gesehen, dass es vorwiegend wieder die Frauen sein werden, die von dieser Freistellung Gebrauch machen und damit wieder die Hauptlast der Pflege von Angehörigen zu schultern haben⁶.

2.3 Regional- und Lokalpolitik: Unterschiedliche strukturelle Rahmenbedingungen

Die Bundesgesetze werden in den Bundesländern durch Ländergesetze umgesetzt, so auch im Falle des SGB XI. Das Bundesgesetz verfügt, dass die Länder mit den örtlichen Behörden, den Pflegeversicherungen und den Medizinischen Diensten auf regionaler und kommunaler Ebene zusammenarbeiten, um die Strukturen der sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungsbedarfe entsprechend den regionalen und örtlichen Bedürfnissen weiterzuentwickeln und ein ausreichendes Angebot sicherzustellen (§ 12, SGB XI). Zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen im Hinblick auf deren regionale gesundheits- und pflegepolitische Zielsetzungen große Unterschiede, denn sie müssen sich an spezifischen regionalen Bedarfen orientieren. Zusätzlich spielen die örtlichen Behörden in ihrer Funktion als Träger der örtlichen Sozialhilfeleistungen eine wichtige Rolle bei der Vergabe von Versorgungsaufträgen. So besteht für sie die Möglichkeit, die Versorgungslücken in der örtlichen Bereitstellung und Implementation von Versorgungseinrichtungen für unterstützungsbedürftige ältere Menschen und pflegende Angehörige zu identifizieren und zu schließen.

Regionale "Pflegekonferenzen" wurden als koordinierende Instanz einberufen, um das Angebot sowie den weiteren Ausbau der Versorgungsstrukturen miteinander zu vernetzen, weiterzuentwickeln und sicherzustellen (§ 8, SGB XI). Die Pflege-Konferenzen wurden in den einzelnen Bundesländern zu unterschiedlichen Zeiten implementiert. Sie variieren in ihren Strukturen nicht

⁶ Kritisch zu diskutieren ist in diesem Zusammenhang die Analogisierung von Erziehungs- und Pflegezeit oder der in der Politik oft gebräuchliche Euphemismus „Pflegeurlaub“ welcher verschleiern, dass die häusliche Pflege eines unterstützungsbedürftigen älteren Menschen eben nicht gleichgesetzt werden kann mit der Pflege und Betreuung eines gesunden Neugeborenen. Während Kinder in der Regel erkennbare Fortschritte in den Stufen der körperlichen und geistigen Entwicklung durchlaufen, muss in der häuslichen Pflege eines unterstützungsbedürftigen älteren Menschen häufig mit einer kontinuierlichen Zunahme des Pflegebedarfs im zeitlichen Verlauf und damit verbundenen steigenden Anforderungen an die pflegenden Angehörigen gerechnet werden. Da ist das Ende der häuslichen Pflege im Gegensatz zum Erziehungsurlaub oft nicht abzusehen.

nur auf regionaler und kommunaler Ebene, sondern in den Großstädten auch in den einzelnen Bezirken oder Stadtteilen. Sie fokussieren sehr unterschiedliche Fragestellungen und orientieren sich naturgemäß an den örtlichen und regionalen Besonderheiten. Zu ihren Mitgliedern zählen v. a. Vertreterinnen und Vertreter der Gebietskörperschaften, Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen, Krankenkassen, Medizinischen Dienste sowie der Seniorenorganisationen und Selbsthilfegruppen.

Die Arbeit dieser ständigen Konferenzen verfolgt mehrere Ziele:

- n Transparenz durch gegenseitige Information und Öffentlichkeitsarbeit,
- n Aufbau eines Netzwerks, welches alle Gruppen in sich vereinigt, die auf kommunaler Ebene für die Bereitstellung, Koordination und Abstimmung von sozialen und pflegerischen Dienstleistungen verantwortlich sind,
- n die Planung pflegerischer Infrastrukturen in der Verantwortung der örtlichen Behörden, in welcher die "Pflege-Konferenz" einen festen Platz hat,
- n die Implementation von Qualitätsstandards
- n sowie die Entwicklung von Instrumenten zur Qualitätssicherung.

Um die Heterogenität der Aktivitäten und Ansätze der Pflege-Konferenzen zu illustrieren, werden exemplarisch drei Beispiele aus Hamburger Stadtteilen vorgestellt:

- n Die 'Harburger Pflege-Konferenz' (HPK) wurde 1998 eingerichtet. In ihr vereinigen sich verschiedene Leistungsanbieter, die Kostenträger, die Sozialbehörde, die Altenberatungsstelle und der Heimbeirat. Neben vielen anderen Aktivitäten erteilt die Konferenz Informationen über Beratungsstellen für unterstützungsbedürftige ältere Menschen und pflegende Angehörige (Kofahl et al. 2003, Lohse 2001). Die HPK wurde mit Landesmitteln aufgebaut und arbeitet jetzt ohne finanzielle Unterstützung durch das Land Hamburg.
- n Das Modellprojekt regionales Case- und Care-Management in der Altenhilfe – MoCCA – ist ein gemeindenahes Projekt im Stadtteil Wandsbek, welches die Arbeitsmethoden des Case- und Care-Managements im Rahmen eines regionalen Aktionsplans zur Netzwerkbildung und individuellen Hilfeplanung einsetzt und durch Begleitforschung evaluiert wurde. Der Fokus lag auf der besseren Unterstützung von hilfebedürftigen älteren Menschen sowie ihrer pflegenden Angehörigen. Das Projekt wurde finanziell gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ), dem Bezirksamt Wandbek sowie der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales – BAGS – der Freien und Hansestadt Hamburg (Warlimont 2001).
- n Das dritte Beispiel wurde in zwei Hamburger Modellregionen (HH-Mitte und Wandsbek) durchgeführt. Es handelt sich um das Modellprojekt

„Ambulantes Gerontologisches Team“ – PAGT. Das Hauptziel des Projektes bestand darin, die Lebensqualität und Selbstbestimmung älterer Menschen und ihrer Angehörigen durch einen multidisziplinären Teamansatz unter Einbeziehung des Hausarztes zu bewahren oder wieder herzustellen. Um dieses Ziel erreichen zu können, wurde ein Konzept erarbeitet und erprobt, das Case und Care Management miteinander verknüpft (Kofahl, Döhner 1997; Döhner et al. 2002; Kofahl et al. 2003).

3 Dienstleistungen für pflegende Angehörige

Repräsentative Daten belegen, dass nur eine Minderheit der pflegenden Angehörigen das Angebot komplementärer Dienstleistungen wie Beratung u. ä. in Anspruch nimmt: Nur etwa 7 % (N = 1.060) besprechen sich regelmäßig mit Professionellen, etwa 4 % nutzen regelmäßig bzw. 19 % gelegentlich eine Telefonberatung. Etwa 6 % besuchen regelmäßig Angehörigen-Cafés oder Beratungsgruppen. Nur 2 % treffen sich regelmäßig in privaten Selbsthilfegruppen und nur 3 % treffen sich in professionell betreuten Selbsthilfegruppen. Nur 16 % aller pflegenden Angehörigen nehmen regelmäßig und 37 % gelegentlich professionelle Beratung in Anspruch (Infratest Sozialforschung 2003, S. 24) (vgl. die Zusammenstellung der Dienstleistungen in Tab. 18).

Im Rahmen der Pflegeversicherung soll auch die Einschätzung der Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen durch Gutachten des Medizinischen Dienstes bei der Feststellung des Pflegebedarfs festgestellt werden sowie durch die häuslichen Pflegebesuche bei Bezug von Pflegegeld (§ 37, (4), SGB XI). Die Pflegekassen sind zur Beratung und Aufklärung verpflichtet (§ 7, SGB XI). Selbsthilfegruppen werden von unterschiedlichen Interessenverbänden pflegender Angehöriger und / oder Seniorenorganisationen oder Wohlfahrtsverbänden finanziert und getragen und ebenso von den Krankenkassen bezuschusst (§ 20 (4), SGB V).

Die Pflegeversicherung fördert Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und zusätzliche Betreuungsleistungen für demenzkranke Pflegebedürftige, um die pflegenden Angehörigen zu entlasten. Zu den Maßnahmen gehören u. a. die Schulung und Qualifikation von Ehrenamtlichen zur Unterstützung von Demenzkranken, Helferinnenkreise, Betreuungsgruppen, Tagesbetreuung in Kleingruppen sowie Einzelbetreuung (§ 45 b, c, SGB XI).

Die Pflegekassen sind zur Durchführung von kostenlosen Pflegekursen verpflichtet (§ 45, SGB XI). Sie können diese Tätigkeiten an geeignete Pflegedienste und Wohlfahrtsverbände delegieren. Die Tagespflege ist ein teilstationäres Pflegeangebot (§ 41, SGB XI) und kann in Anspruch genommen werden, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Dieses Angebot soll auch insbesondere die pflegenden Angehörigen von Demenzkranken tagsüber von der Pflege und Betreuung entlasten. Besonders in ländlichen Räumen bestehen auf Grund der Entfernungen Versorgungsengpässe im Tagespflegeangebot.

Wochenendurlaub für pflegende Angehörige wird von einigen Non-Profit-Organisationen sowie von privaten Organisationen angeboten und gehört nicht zum Regelangebot der Pflegeversicherung. Die Kurzzeitpflege als stationäres Angebot kann in Anspruch genommen werden, wenn die häusliche Pflege im Anschluss an eine stationäre Behandlung nicht oder noch nicht erbracht werden kann und teilstationäre Pflege nicht ausreicht (§ 42, SGB XI). Pflegende Angehörige können für einen Zeitraum von 4 Wochen pro Kalenderjahr von der Pflege entlastet werden. Die Kosten für die Pflege werden über den jewei-

ligen Pflegestufensatz abgerechnet. Die „Hotelkosten“ müssen privat getragen werden.

Die Geldleistungen für pflegende Angehörige (§ 19 SGB XI) werden als „Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson“ (§ 44, SGB XI) in Form von Sozialversicherungsbeiträgen an den zuständigen Träger der Sozialversicherung entrichtet. Pflegebedürftige können das „Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen“ (§ 37, SGB XI) nutzen, um damit die Pflege durch Angehörige zu finanzieren.

Ein Krisenmanagement in diesem Sinne wird mittelbar zur Verfügung gestellt, indem Pflegedienste und Wohlfahrtsverbände Angehörigen- und/ oder Selbsthilfegruppen anbieten. Die häuslichen Beratungsbesuche sollen durch Pflegekräfte durchgeführt werden, die „über besondere Beratungskompetenz verfügen“ (§ 37, (4), SGB XI), um die Qualität der häuslichen Pflege zu sichern und letztlich auch prekären Pflegesituationen und einer Überlastung der pflegenden Angehörigen vorzubeugen. Die Möglichkeiten des SGB IX ‚Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen‘ wird mit Blick auf besonders belastete pflegende Angehörige zu wenig berücksichtigt, denn ihre therapeutische Begleitung und Unterstützung in krisenhaften Situationen sollte auch im Rahmen der „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ in Anspruch genommen werden, um „Beeinträchtigungen oder das Auftreten von chronischen Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (....)“ (§ 26, (1, 3), SGB IX).

Eine integrierte Pflegeplanung im Sinne eines Case Managements für ältere Menschen und ihre pflegenden Angehörigen steht noch in den Anfängen und wird konzeptionell sowohl ambulant als auch stationär zu wenig berücksichtigt. Der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen hinsichtlich der pflegerischen Versorgung und der Beseitigung von Mängeln in der pflegerischen Versorgungsstruktur (§ 12, (1), SGB XI) könnte stärker dazu genutzt werden, um auch die pflegenden Angehörigen stärker in eine pflegerische Gesamtplanung zu integrieren. Im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes besteht seit 2004 die Möglichkeit der „integrierten Versorgung“ (§§ 104a-h, SGB V), um Schnittstellenprobleme zu entschärfen sowie die Kontinuität der medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Bisher wird nur in Modellprojekten die Integration pflegerischer Leistungen in die Integrierte Versorgung erprobt.

Besondere Dienstleistungen, wie Beratungsangebote für ältere Angehörige unterschiedlicher ethnischer Minderheiten, werden auf kommunaler Ebene und von Wohlfahrtsverbänden in vielen Städten angeboten; jedoch liegt der Fokus nicht explizit auf pflegenden Angehörigen, sondern auf der sozialen Integration. Exemplarisch sei hierzu das EU-Projekt SEEM der Universität Dortmund genannt (Gerling 2003a; Gerling, Miller 2003).

Die Tabelle 18 zeigt in einer Übersicht die Dienstleistungen für pflegende Angehörige.

Tabelle 18 Dienstleistungen für pflegende Angehörige

Dienste für pflegende Angehörige	Verfügbarkeit			Gesetzlich	öffentlich, nicht-gesetzlich	Ehrenamtlich		Privat
	Nein	Teilweise	Total			öffentliche Gelder	Keine öffentliche Förderung	
Einschätzung der Bedürfnisse (formal – standardisierte Begutachtung der Pflegesituation)			X	X				
Beratung (z. B. Anträge ausfüllen)			X	X		X		
Selbsthilfegruppen		X		X		X		X
“Tagesmütter”		X		X		X		X
Pflegekurse, um die eigene physische und psychische Gesundheit zu schützen, Erholung etc.		X	X	X	X			
Tagespflege / Wochenendurlaub		X		X		X		
Kurzzeitpflege		X		X				
Geldleistungen			X	X				
Krisenmanagement				X		X		
Integrierte Pflegeplanung für Ältere und Familien (stationär oder ambulant)		X		X				
Besondere Dienste für Angehörige unterschiedlicher ethnischer Gruppen		X			X	X		

3.1 Innovative Praxisbeispiele

In den einzelnen Bundesländern existiert eine Reihe von Modellprojekten mit jeweils unterschiedlichem Fokus und Teilzielen. Ihnen allen ist jedoch das Ziel gemeinsam, eine größere Transparenz bei den sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen durch Netzworkebildung zu schaffen sowie eine Verbesserung der Kooperation insbesondere zwischen den stationären und ambulanten Diensten zu erreichen. Die entsprechenden Subsysteme sollen dann in der Lage sein, maßgeschneiderte Angebote für die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen und der unterstützungsbedürftigen älteren Menschen bereitzustellen. Einen guten Überblick (N = 58) über innovative Modellprojekte zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen gibt das Forschungsprojekt ProNETZ (Kofahl et al. 2003), welches die Praxisbeispiele an Hand von ausgewählten Elementen untersuchte und als innovativ und ‚gelungen‘ einstufte. Folgende Elemente sollten auf Vorschlag der Autoren vorhanden sein (vgl. Tab. 19):

Tabelle 19 Elemente einer innovativen Vernetzung von Dienstleistungen

Ausgewählte Elemente

Das Praxisprojekt ist ein gemeindeorientiertes Netzwerk
Institutionenorientierung
Ausrichtung auf bestimmte Zielgruppen
es besteht ein Netzwerk- Management
das Projekt betreibt Öffentlichkeitsarbeit
es bestehen interdisziplinäre Arbeitsgruppen
Angebot der Weiterbildung für (interdisziplinäre) Professionelle
Informations- und Beratungszentren
Koordinationszentren für Professionelle
ein Wegweiser für Nutzerinnen und Nutzer liegt vor
ein / e Vollzeit-Case-Manager/in ist vorhanden
ein krankheitsorientiertes Management
Screening- / Assessment-Instrumente werden eingesetzt
Case-Management-Elemente finden Anwendung
individuelle Dokumentation
Begleitdienste
Unterstützungsdienste für pflegende Angehörige
Arbeit mit Ehrenamtlichen
Evaluation des Projektes durch Begleitforschung
(vgl. auch den Anhang für Details)

Fast alle Projekte haben Dienstleistungen für pflegende Angehörige in ihr Angebot integriert wie z.B.: Information und Beratung, Training, Maßnahmen zur Entlastung von Angehörigen wie Gesprächsrunden oder insbesondere Wochenendurlaub für pflegende Angehörige und demenzkranke ältere Menschen (ebd. S. 81-90).

Einige der Modellprojekte, die von Kofahl et al. untersucht wurden, sollen hier exemplarisch als gute und innovative Praxisbeispiele genannt werden:

- n Das 'Netzwerk im Alter' wurde durch die Organisation „Albatros“ in Berlin-Pankow gegründet, um die Kooperation zwischen denjenigen Organisationen zu fördern, die in die pflegerische Versorgung älterer Menschen eingebunden sind. Dazu wurde ein verbindliches Case- und Care-Management und Transfersystem sowie Qualifikationsprogramme zur Netzwerkbildung entwickelt und getestet. Zusätzlich wurden Angehörige geschult und ein Beschwerdemanagement ins Leben gerufen. Dieses Netzwerk machte die stadtteilbezogenen sozialen Dienstleistungen transparenter und erhöhte dadurch auch die Konsumentenkompetenzen der pflegenden Angehörigen.

- n Das Wiesbadener Netzwerk für Geriatrische Rehabilitation – GeReNetWi – konzentriert sich auf Schnittstellenprobleme zwischen den geriatrischen Pflegeeinrichtungen und dem Gesundheitssystem (Dialog 5, 2003). Es hatte zum Ziel, Maßnahmen zur Unterstützung der Selbstständigkeit zu Hause lebender älterer Menschen zu erproben und damit zur Minderung des Hilfe- und Pflegebedarfs beizutragen (DZFA 2006). Die Maßnahmen zur Umsetzung orientierten sich an vier Teilprojekten: Eröffnung von Zugängen zur geriatrischen Rehabilitation, der Heil- und Hilfsmittelversorgung für zu Hause lebende ältere Menschen, der Verbesserung der Nachsorge sowie die Unterstützung und Entlastung für pflegende Angehörige. Dazu bietet die Sozialbehörde der Stadt Wiesbaden Kurse zur Qualifizierung von ehrenamtlichen „Seniorenbegleiterinnen und -begleitern“ an, um die Belastungen durch die Pflege für Angehörige zu verringern und sie in ihren Aufgaben zu unterstützen. Der Fokus dieser Dienstleistung liegt auf der psychosozialen Unterstützung für pflegende Angehörige, um ihnen einige Stunden Freizeit von der Pflegearbeit zu ermöglichen.
- n Die Idee, mit Ehrenamtlichen in Gemeindezentren zu arbeiten, wurde ebenfalls von den Projekten „Vierte Lebensphase“ in Stuttgart und „KUNZ“, einem kirchlichen Nachbarschaftszentrum“ in Bielefeld, in die Tat umgesetzt. Zusätzlich zu dem Konzept, Ehrenamtliche einzusetzen, um die Belastungen für pflegende Angehörige zu reduzieren, wurden besondere Dienste für alleinlebende ältere Menschen entwickelt, die auf deren spezielle Bedürfnisse zugeschnitten sind.
- n Das Projekt „HALMA“ e.V. in Würzburg bietet Dienste für kognitiv beeinträchtigte ältere Menschen an, um die pflegenden Angehörigen stundenweise zu entlasten.
- n Das Projekt „GeNA“, ein gerontopsychiatrisches Netzwerk von pflegenden Angehörigen in Neustrelitz, hat sich auf die Vernetzung des bestehenden Dienstleistungsangebots zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen sowie deren bedürfnisorientierte Versorgung mit Dienstleistungen spezialisiert.
- n Pflegekurse werden auch für bestimmte Zielgruppen angeboten wie z.B. in Wiesbaden für türkische Migrantinnen und Migranten in deutscher und türkischer Sprache. Dieses zukunftsorientierte Dienstleistungsangebot wurde entwickelt, um den Bedürfnissen einer wachsenden Gruppe ausländischer pflegender Angehöriger gerecht zu werden (www.seniorennet.de). Ein weiteres Angebot, welches auf ältere chronisch kranke Migrantinnen und Migranten und ihre pflegenden Angehörigen zugeschnitten ist, wurde von zwei großen Wohlfahrtsverbänden in Berlin, der Arbeiterwohlfahrt und dem Caritas-Verband, entwickelt (für weitere Details zu den Projekten vgl. Kofahl et al. 2003).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Beratungsstellen für ältere Menschen und ihre Angehörigen (BAGA) hat ein Handbuch für Professionelle zur Beratung

und Unterstützung von pflegenden Angehörigen von Demenzkranken herausgegeben. Dieses Manual vereinigt gute Praxisbeispiele und innovative Projekte in Bezug auf Angehörigengruppen, praktische Unterweisung und Anleitung, Unterstützungsgruppen für ältere Demenzkranke, Anleitung und Beratung in häuslicher Umgebung, Freiwilligendienste, Angehörigencafés oder das ‚Alzheimer-Tanzcafé‘. Das Handbuch wird abgerundet durch umfassende Informationen zur häuslichen Pflege, Faltblätter und die relevante Gesetzgebung (BAGA 1999; Weipert 2002).

3.2 Organisationen/interessenverbände für pflegende Angehörige und / oder Senioren

Verschiedene größere Seniorenorganisationen in Deutschland vertreten die Interessen älterer Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen und spielen in der öffentlichen Diskussion zu Altersfragen eine gewichtige Rolle. Zu nennen sind hier insbesondere:

die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen in Deutschland (BAGSO), welche die Dachorganisation für 78 Gesellschaften in Deutschland darstellt,

die Bundesarbeitsgemeinschaft der Beratungszentren für ältere Menschen und insbesondere pflegende Angehörige (BAGA). Diese hat u.a. Standards für die psychosoziale Betreuung und Beratung von älteren unterstützungsbedürftigen Menschen und für pflegende Angehörige erarbeitet. Mit einem breiten Angebot an verschiedenen Dienstleistungen für pflegende Angehörige und ältere unterstützungsbedürftige Menschen gehören diese Organisationen zu den wichtigsten Interessenvertretungen in Deutschland. Ihre Mitglieder arbeiten auf freiwilliger Basis (BAGA e.V. 1999).

Die Alzheimer Gesellschaft wurde im Jahre 1989 in Deutschland gegründet und vertritt als Zusammenschluss von pflegenden Angehörigen von Demenzkranken, Professionellen und Selbsthilfegruppen insbesondere die Interessen der älteren Menschen. Die Gesellschaft gliedert sich in verschiedene regionale Gesellschaften sowie 77 lokale Alzheimer-Zentren.

Sowohl die Alzheimer Gesellschaft als auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO 2002, 2003) fordern u.a.:

- n Verstärkte Präventionsmaßnahmen, um gesundheitliche und psychische Beeinträchtigungen zu verhindern und die Rehabilitation und soziale Teilhabe älterer Menschen sicherzustellen,
- n die Weiterentwicklung von Palliativ-Care und -Pflegeeinrichtungen in Deutschland,
- n ein systematisches Entlassungsmanagement in Kooperation mit pflegenden Angehörigen, professionellen Leistungsanbietern, dem Hausarzt und den behandelnden Ärzten im Krankenhaus, um einen Verlust

- an Pflegequalität und einen Bruch in der pflegerisch-medizinischen Versorgungskette zu verhindern,
- n den Beginn der medizinischen Rehabilitation bereits während der Krankenhausbehandlung,
- n die weitere kommunale Entwicklung von Beratungszentren für ältere Menschen insbesondere in schwierigen Lebenslagen,
- n die Möglichkeiten einer deutschlandweiten Telefon-Hotline zu prüfen,
- n den weiteren Ausbau und die Entwicklung von Qualitätskontrollen kommunaler Dienstleistungsangebote,
- n die Qualifizierung von Hausärzten, Pflegefachkräften und der Polizei, um Anzeichen für Gewalt gegen alte Menschen im häuslichen Nahraum erkennen zu können, mehr Aktionspläne innerhalb der Seniorenorganisationen, um dieses brisante Thema verstärkt in die Öffentlichkeit zu bringen und es zu einem festen Bestandteil der eigenen Seniorenpolitik zu machen,
- n mehr Beratung und Angebote für Angehörigengruppen,
- n eine angemessene Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer demenzkranker Menschen durch die Pflegeversicherung (mittlerweile realisiert durch das Pflegeleistungsergänzungsgesetz im SGB XI),
- n Unterstützung für pflegende Angehörige und Selbsthilfe,
- n die Entwicklung eines bundesweiten Netzwerkes von Beratungszentren für pflegende Angehörige,
- n die Diagnose der Alzheimer Krankheit in einem früheren Stadium
- n sowie infrastrukturelle Veränderungen in Pflegeheimen: Z.B. spezielle Fortbildung für Pflegekräfte, um die Lebensqualität von Demenzkranken in stationärer Langzeitpflege zu verbessern.

Um diese Ziele zu erreichen, hat die Alzheimer-Gesellschaft eine Reihe von Aktivitäten initiiert wie z.B.:

- n Eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit,
- n Unterstützung, Anleitung und Beratung für pflegende Angehörige und ältere Menschen,
- n Informationsaustausch zwischen pflegenden Angehörigen und Professionellen,
- n Kurse zur Betreuung von Demenzkranken,
- n ein Gesprächsforum im Internet,
- n Diskussionsrunden und Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige

n sowie die Publikation verschiedener Informationsbroschüren zu unterschiedlichen Themen.

Eine wichtige Rolle spielen neben den o.g. Interessenverbänden das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) in Köln sowie das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) in Berlin, um Professionelle in gerontologischen Handlungsfeldern zu unterstützen, die breite Öffentlichkeit zu Altersfragen zu informieren sowie die Altenpolitik durch wissenschaftliche Beratung zu begleiten und zu „beeinflussen“.

Das Deutsche Zentrum für Altersfragen wurde im Jahre 1974 in Berlin gegründet. Die Arbeitsschwerpunkte des DZA bestehen zum Einen darin, für die politischen Entscheidungsträger Informationen über die Situation der älteren Bevölkerung bereitzustellen sowie zum Anderen, die Lebensbedingungen, Lebenssituationen und Lebensstile der alternden Gesellschaft im sozialen und politischen Kontext zu untersuchen und gerontologisches Wissen zu bearbeiten, zu sammeln, zu interpretieren und zu verbreiten. Das Zentrum hat politische Entscheidungsprozesse mit einer Anzahl wichtiger Publikationen, Studien, Expertisen und Erhebungen stark beeinflusst und stellt eine in dieser Kombination aus angewandter Forschung und Dokumentation einzigartige Forschungseinrichtung in Deutschland dar. Die Geschäftsstelle für die Expertenkommission des Altenberichts sowie des Runden Tisches Pflege (gemeinsam mit dem KDA) ist ebenfalls am DZA eingerichtet. Unter seiner Federführung erscheint aktuell der 5. Altenbericht, welcher im Frühjahr 2006 der breiten Öffentlichkeit zugänglich ist.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe in Köln kann als der Wegbereiter einer „modernen“ Altenhilfe in Deutschland bezeichnet werden⁷. Die Beweggründe zur Einrichtung dieser Stiftung waren sowohl in den als inadäquat empfundenen Lebensbedingungen älterer Menschen in Altenheimen zu suchen als auch darin, ihre Lebensbedingungen generell zu verbessern sowie ihre Interessen zu vertreten. Die in erster Linie anwendungsorientierte Arbeit des Kuratoriums wendet sich mit seinem Beratungs- und Schulungsangebot, Workshops zu verschiedenen Fragestellungen sowie Publikationen zu breit gefächerten Praxisthemen in erster Linie an Praktiker in gerontologischen Handlungsfeldern.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Information der breiten Öffentlichkeit über die Lebensbedingungen älterer Menschen in Deutschland. Das KDA hat viele seinerzeit innovative Konzepte in gerontologischen Handlungsfeldern initiiert wie z.B. „Essen auf Rädern“, Altenklubs, Konzepte barrierefreien Wohnens, Tages- und Kurzzeitpflege, Qualitätsstandards in der Altenpflege oder Konzepte kleinräumiger Wohngemeinschaften für pflegebedürftige ältere Menschen (vgl. auch: www.kda.de).

⁷ Im Jahre 1962 durch den früheren Bundespräsidenten Heinrich Lübke und dessen Frau Wilhelmine gegründet (auch bekannt als Wilhelmine Lübke Stiftung)

4 Gesundheits- und Sozialdienste: Unterstützung für pflegende Angehörige und ältere Menschen

Aus einer Untersuchung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) geht hervor, dass das Wissen über Dienstleistungsangebote in der Öffentlichkeit generell sehr gering ausgeprägt ist (KDA 2003) und neuere repräsentative Zahlen bestätigen, dass dies in 18 % aller Haushalte (N = 3.622) die Ursache dafür ist, dass die unterstützungs- oder pflegebedürftigen älteren Menschen nicht die erforderlichen Hilfen erhalten, die sie benötigen (Schneekloth, Wahl 2005, S. 32).

In einigen Regionen, vorwiegend im ländlichen Raum, bestehen immer noch große Versorgungslücken. Dies kann erhebliche negative Auswirkungen insbesondere für diejenigen pflegenden Angehörigen haben, die schwerstkranke, chronisch kranke oder an Demenz leidende ältere Menschen versorgen müssen, insbesondere bei prekären Pflegesituationen sowie für Migrantenfamilien.

Um die Versorgungssituation mit speziellen Dienstleistungen zu evaluieren ist es erforderlich, sich auf kleinräumige Analysen zu konzentrieren; generelle Aussagen zu Versorgungsbedarfen sind nicht möglich (Walter, Schwartz 2000; Schultz-Nieswandt 2000). Diesbezügliche Forschungen zeigen, dass die Versorgung mit Ärzten, Therapeuten, ambulanten und stationären Diensten sowie Hospizen in den Städten und deren Umland am besten ist, während man eine positive Korrelation zwischen abnehmender Gemeindegrößenklasse und niedrigeren Scores im Versorgungsangebot beobachten kann. Insbesondere wurden Lücken bei der medizinischen Versorgung sowie Ergo- und Sprachtherapeuten festgestellt. Im Vergleich mit urbanen Räumen, wo Selbsthilfegruppen und Beratungsangebote in meist großer Zahl verfügbar sind, besteht in ländlichen Räumen ein generelles Defizit an differenzierten Beratungs- und Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige und unterstützungsbedürftige ältere Menschen. Sie beklagen auch das Fehlen von Beratungsstellen in bezug auf professionelle Pflege sowie mangelnde Möglichkeiten an sozialer Teilhabe und Kommunikation, da mobile Dienste in Verbindung mit Treffpunkten und Besuchsdiensten selten oder weit entfernt sind (Busch 1999, 2000; Haupt 2001).

Insgesamt reflektiert die Angebotsstruktur keinen bedürfnisorientierten Ansatz, sondern tendiert weiterhin dazu, in den Kategorien eines Dienstleistungsansatzes zu verharren, der nicht notwendigerweise auf die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen zugeschnitten ist (Schaeffer 1999).

In urbanen Räumen finden sich weit häufiger Tendenzen zu Netzwerkaktivitäten, in welcher eine höhere Komplexität des Versorgungsangebotes mit einer größeren Varianz und höheren Dichte zum Ausdruck kommt, als es in ländlichen Räumen der Fall ist (Kofahl et al. 2003, S. 39). Forschungsergebnisse aus Nordrhein-Westfalen lassen vermuten, dass sich die strukturellen Unter-

schiede des Versorgungsangebots zwischen städtischen und ländlichen Räumen auf Grund fortschreitender „Suburbanisierungsprozesse“ langfristig angeglichen werden (Roth, Reichert 2002, S. 15).

4.1 Gesundheits- und soziale Dienste

Seit der Einführung der Pflegeversicherung ist ein unübersichtlicher und differenzierter Markt freigemeinnütziger und privater gewerblicher Anbieter von ambulanten Dienstleistungen entstanden. Dieser quantitativen Expansion mit einem regional dichten Netzwerk von Versorgungsangeboten, welches auf den „klassischen Pflegeversicherungspatienten“ (Schaeffer 1999) zugeschnitten ist, folgten nicht die qualitativen Verbesserungen gesundheitlicher und sozialer Dienstleistungen, die sich an den speziellen Bedürfnissen bestimmter Gruppen orientieren. Komplementäre Dienste wie Einkaufen, Besuchsdienste, Begleitung zum Arzt, Gartenarbeit sowie Unterstützung im Haushalt werden wenig angeboten, obwohl der Bedarf an diesen „weichen“ Diensten festgestellt wurde (Ühlein, Evers 2000). Die Dichte dieser gesundheitsbezogenen Dienste sinkt in Verbindung mit der Gemeindegröße und Zentralität. Im ländlichen Raum sind gemeindeorientierte Interventionsprogramme zur Verbesserung der Gesundheitsstrukturen auf Grund des Fehlens von Kooperationsstrukturen und -partnern schwierig zu planen (Walter, Schwartz 2000).

4.1.1 Vertragsärztliche Primärversorgung

Der Bereich der gesundheitlichen Primärversorgung mit Ärzten und professionellen Pflege- und Sozialdiensten ist flächendeckend sichergestellt. Die Hausärzte nehmen im Zugang zu Gesundheitsleistungen in diesem System die rechtliche Monopolstellung ein und stellen die „Türöffner“ bei der „Zuteilung“ der medizinischen Behandlung, rehabilitativen Maßnahmen oder dem Zugang zu Leistungen anderer therapeutischer Gruppen und professionellen Pflegediensten dar (Busse 2002). Die gesundheitliche Primärversorgung steht jeder gesetzlich oder privat versicherten Person offen und war zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme bis zum 1. Januar 2004 kostenlos⁸.

Generell ist die Arbeit der verschiedenen professionellen Gruppen innerhalb der Primärversorgung untereinander weder abgestimmt, noch existieren Qualitätsmerkmale über die Inhalte (Kauss et al. 1998).

Gewöhnlich ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner für pflegende Angehörige, wenn sie Rat und Unterstützung in Bezug auf die häusliche Pflegesituation benötigen. Es bestehen erhebliche regionale Unterschiede in der medizinischen Versorgungsdichte. Mit Blick auf die Erreichbarkeit gesundheitlicher Versorgungsleistungen durch Hausärzte wird die Situation in einigen ländlichen und abgelegenen Räumen als sehr bedenklich eingeschätzt: Bedingt

⁸ Im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG 1.1.2004) müssen sich alle gesetzlich Versicherten an den Kosten der Krankenversicherung z.B. mit einer Praxisgebühr von 10 € pro Quartal beteiligen. Vgl. auch die Tabelle in Abschnitt 5.7.5 für weitere Informationen.

durch die Tatsache, dass Landärzte auf Grund der hohen zeitlichen Arbeitsbelastung in Verbindung mit dem geringsten Einkommen keine Nachfolger finden, müssen viele von ihnen ihre Praxis schließen (Lichte 2000).

Ungeachtet ihres umfangreichen medizinischen Wissens sind die Fähigkeiten der Hausärzte im Hinblick auf die Beratung in pflegerischen Dingen sowie sozialer und psychosozialer Unterstützung meist sehr begrenzt und auch die geriatrischen Fortbildungsangebote werden oft zu wenig in Anspruch genommen (Döhner, Stamm 2005). Dies ist einer der Gründe, warum Hausärzte oftmals den Bedarf an Rehabilitationsmaßnahmen für ältere Menschen wie z.B. Physiotherapie, Sprach- und Ergotherapie nicht zu erkennen scheinen.

Das Konzept des aus Großbritannien stammenden "Health Visitors" ist bisher nicht Teil der gesundheitlichen Primärversorgung. Kommunale „Gesundheitsbesucher“ sind zumeist spezialisierte Pflegefachkräfte, die unterstützungs- und hilfebedürftige Menschen und ihre Familien in ihrer häuslichen Umgebung aufsuchen, könnten sich zu einem wichtigen Bestandteil innovativer Dienstleistungen in der pflegerischen Verantwortung entwickeln, wobei die Frage der Abrechenbarkeit dieser Leistungen eine der schwierigsten sein wird.

Im Kontext der Gesundheitsförderung, Beratung, Anleitung und Qualitätssicherung wurde das Konzept des „Präventiven Hausbesuchs“ durch Krankenschwestern und Geriater als eine Form individueller Unterstützung erfolgreich erprobt (von Renteln-Kruse et al. 2003). Dieses Konzept fokussiert insbesondere ältere unterstützungsbedürftige Menschen, könnte aber systematisch auf pflegende Angehörige ausgeweitet werden, um ihnen engmaschige Beratung zu pflegerischen Fragen, der Prävention und komplementären Diensten anzubieten. Prekäre häusliche Pflegesituationen könnten frühzeitig erkannt und vermieden werden.

4.1.2 Akutkrankenhäuser und geriatrische Versorgung

In Deutschland besteht eine hohe medizinische Versorgungsdichte mit Krankenhausbetten (vgl. Tab. 20). Generell sind die Krankenhäuser leicht zu erreichen, und lange Wartezeiten sind eher die Ausnahme.

Tabelle 20 Krankenhäuser nach Art und Kapazität (2001)

Krankenhausart	Anzahl gesamt	Kapazität (Betten)
Allgemeinkrankenhäuser < 49 > 1000 Betten	1.195	500.441
Belegkrankenhäuser	202	8.768
sonstige Krankenhäuser	196	36.438
Tages- und Nachtkliniken	49	./.
Bundeswehrkrankenhäuser	5	807
Krankenhäuser insgesamt	2.242	559.651

Quelle: Statistisches Bundesamt 2003b

Das Entlassungsmanagement zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor bringt insbesondere für ältere chronisch kranke und multimorbide Menschen sowie für ihre pflegenden Angehörigen diverse Probleme mit sich, wenn diese nach der Entlassung in die häusliche Pflege auf verschiedene gesundheitliche und pflegerische Dienstleistungen angewiesen sind.

Neuere Forschungen (Braun, Müller 2003) bestätigen die Mängel in der Versorgungskontinuität zwischen diesen Sektoren. Bei diesen Ergebnissen muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Personen zwischen 8 bis 14 Wochen *nach* der Krankenhausentlassung interviewt wurden. Ihnen allen war bewusst, dass die angegebenen Leistungen dringend erforderlich gewesen wären und es sich nicht um Wunschenken ihrerseits handelte (ebd. S. 136-136).

- n Etwa 88,9 % aller von Braun und Müller befragten Patienten (N = 2.953) erhielten keinen Platz in der Kurzzeitpflege,
- n 92,2 % (N = 2.957) erhielten keinen Platz in einer Langzeitpflegeeinrichtung,
- n 69,9 % hatten keinen Zugang zu einem professionellen Pflegedienst,
- n 32,7 % (N = 3.000) erhielten keine medizinische Verordnung über häusliche Pflege durch den Hausarzt, um eine erneute Krankenhauseinweisung zu verhindern (§ 37, SGB),
- n 29 % erhielten kein Rezept für Medikamente oder Hilfsmittel,
- n 66,2 % (N = 2.970) aller Befragten hatten keine häuslichen Hilfen,
- n aber bei mehr als 80 % (N = 3.078) konnte schnell häusliche Pflege durch einen Angehörigen bereitgestellt werden.

Mit der Interpretation der Ergebnisse sollte vorsichtig umgegangen werden, denn es liegen keine Daten über das Alter der Patienten vor. Bedeutet das Ergebnis, dass mehr als 80 % der Befragten, die einen schnellen Zugang zu häuslicher Pflege durch Angehörige hatten, dass pflegende Angehörige einmal mehr "in die Bresche springen", wenn keine anderen Hilfen zur Verfügung stehen?

Viele Leistungen waren erst dann verfügbar, nachdem die unterstützungsbedürftigen älteren Menschen bzw. die pflegenden Angehörigen viel Zeit mit Koordinations- und Anmeldeprozeduren aufgewendet hatten. Erschwerend kommt hinzu, dass viele Menschen immer noch nicht darüber informiert sind, welche Leistungen für sie zur Verfügung stehen (ebd. S. 135).

Auffällig war auch das Forschungsergebnis, dass viele Leistungen mit zeitlicher Verzögerung erst durch die Verordnung des Hausarztes zur Verfügung standen, damit ein Antrag an die Krankenkasse oder bei professionellen Pflegediensten eingereicht werden konnte (S. 134 ff. ebd.). Der Bruch in der stationär-ambulanten Versorgungskette ist somit vorprogrammiert, wenn nicht bereits im Krankenhaus durch ein Entlassungsmanagement die weitere häusliche oder stationäre Langzeitpflege vorbereitet wird.

Die stationäre geriatrische Versorgung ist ein zentrales Element im Gesundheitssektor und die Bundesländer spielen eine wichtige Rolle bei der Allokation geriatrischer Einrichtungen. Deren Ziel ist neben der medizinischen Behandlung ein integrativer Behandlungsansatz, welcher auch die Bereitstellung von Rehabilitationsmaßnahmen sowie Sozialtherapie einschließt. Dies kann von anderen Institutionen nicht geleistet werden (§§ 109, 111, SGB V).

Die Gesamtzahl der geriatrischen Einrichtungen ist zwischen 1997 und 2000 um 35 % angestiegen (Fuhrmann 2001). Während derselben Zeitspanne stieg die Zahl der verfügbaren Betten von 7.214 auf 16.120 an (vgl. Tab. 21). Durchschnittlich stehen 19,6 Betten auf 100.000 Einwohner zur Verfügung. Die Versorgungsdichte und Erreichbarkeit geriatrischer Einrichtungen variieren zwischen den Bundesländern sehr stark. Die "Richtlinien zur geriatrischen Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft der Rehabilitationseinrichtungen" geht von einem Bedarf von 50 bis 60 geriatrischen Betten pro 100.000 Einwohner aus (BMGS 2003c).

Auf Grund der Versorgungslücken in einigen Bundesländern ist die geriatrische Behandlung älterer unterstützungsbedürftiger Menschen bisher keineswegs zufriedenstellend. Tatsache ist, dass z.B. im Jahr 2000 555.561 Krankenhausbetten vorgehalten wurden, davon aber nur 9.348 in geriatrischen Einrichtungen. Hinzu kommt die regional ungleiche Verteilung geriatrischer Einrichtungen in Deutschland (Borchelt, Steinhagen-Thiessen 2001; Steinhagen-Thiessen et al. 2003).

Mit Blick auf die oben genannten Zahlen und die Einführung der Fallpauschalen bzw. der Diagnosis Related Groups (DRGs), um die Effektivität und Effizienz der gesundheitsbezogenen Versorgungsleistungen zu optimieren und die Verweildauern in deutschen Krankenhäusern zu reduzieren, können Konsequenzen für pflegende Angehörige nicht vorhergesehen werden. In diesem Zusammenhang muss auch das Problem der Abgrenzung zwischen geriatrisch-rehabilitativer und akutmedizinischer Behandlung innerhalb der DRGs gesehen werden, da die rehabilitative Behandlung die Verweildauer verlängert (Braun 2003). Dies könnte die Situation von pflegenden Angehörigen verschlechtern, wenn ältere und multimorbide Menschen vorzeitig nach Hause entlassen werden und keine angemessene rehabilitative Behandlung erhalten.

Tabelle 21 Entwicklung der stationären geriatrischen Einrichtungen in Deutschland

Jahr	Zahl der Einrichtungen	Anzahl der Betten
1993	84	~7.214
1994	118	~7.500
1997	235	~12.500
2000	318	~16.120

Quelle: Fuhrmann 2001; Uhlig 2001

Geriatrische Tageskliniken bieten eine stationäre Anschlussbehandlung nach akuten Krankheiten – wie z.B. nach einem Schlaganfall – an. Sie ermöglichen

den Patientinnen und Patienten eine weitere gesundheitliche Stabilisierung, um sie anschließend in die häusliche Pflege entlassen zu können. Die Zahl dieser Kliniken stieg zwischen 1997 und 2000 um etwa 138 % an und die Anzahl ihrer Behandlungsplätze stieg um 104 %; aber insgesamt stehen nur etwa 2,5 Behandlungsplätze pro 100.000 Einwohner zur Verfügung. Nahezu 50 % (12 von 25) aller neu eingerichteten geriatrischen Tageskliniken befinden sich in Nordrhein-Westfalen, sodass ein Bundesland über 35 % dieser Einrichtungen in Deutschland verfügt (Fuhrmann 2001; Uhlig 2001; BMGS 2003a).

Neben den stationären geriatrischen Tageskliniken existieren intermediäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen. Für den Besuch dieser Einrichtungen müssen unterstützungsbedürftige Menschen mindestens in der Lage sein, einen Rollstuhl zu bedienen sowie in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens weitgehend selbstständig sein. Angeboten wird ein großes Behandlungsrepertoire an Beschäftigungs-, Ergo-, Sprach-, Physio-, Balneo- oder neurophysiologischer Therapie. Die Therapie ist völlig auf die Gegebenheiten der häuslichen Umgebung der Patientinnen und Patienten ausgerichtet und diese können abends und an den Wochenenden in ihren häuslichen Bereich zurückkehren. Das Ziel dieser Maßnahmen ist es, die Patientinnen und Patienten in die Lage zu versetzen, sich selbstständig zu versorgen, das Selbstvertrauen zu stärken und häusliche Pflege oder eine stationäre Behandlung zu vermeiden, sowie die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern.

Seit 1997 ist die Anzahl dieser Einrichtungen um 65 % gestiegen (von 29 auf 48). Der überwiegende Teil der ambulanten Tageskliniken befindet sich in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen. Die ambulante geriatrische Rehabilitation ist in Deutschland immer noch das "missing link" in der Kette einer umfassenden geriatrischen Rehabilitation (Borchelt, Steinhagen-Thiessen 2001, Uhlig 2001).

Die Versorgung mit geriatrisch qualifizierten Hausärzten im ambulanten Sektor kann als unangemessen bezeichnet werden, denn viele pflegende Angehörige haben keinen Zugang zu Geriatern, um mit ihnen spezifische Probleme der häuslichen Pflegesituation besprechen zu können. Innerhalb der Weiterbildungsordnung für Hausärzte ist es möglich, eine 2-jährige Fortbildung in klinischer Geriatrie zu absolvieren (MWBO). Bisher haben nur sehr wenige niedergelassene Ärzte diese Ausbildung absolviert – z.B. nur 1,3 % aller Hausärzte und 1,4 % aller Fachärzte für innere Medizin in Hessen – was bedeutet, dass es eine Unterversorgung mit Geriatern gibt. Chronische Gesundheitsprobleme der älteren Menschen sowie der pflegenden Angehörigen werden oft nicht erkannt, eine angemessene Schmerztherapie wird oftmals nicht eingeleitet, und es bestehen erhebliche Defizite in der Differentialdiagnose der Demenz: So werden etwa 40 bis 60 % aller Demenzerkrankungen, insbesondere in der Gruppe der > 75-jährigen älteren Menschen, nicht diagnostiziert. Aufgrund der ausgeprägten Kooperations- und Kommunikationsschwierigkeiten zwischen den Hausärzten und anderen gesundheitsbezogenen Berufsgruppen und Langzeitpflegeeinrichtungen hat die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie für Hausärzte ein Fortbildungsprogramm zur "ambulanten geriatrischen Reha-

bilitation“ entwickelt (Heusinger v. Waldegg, Stamm 2002; Döhner, Stamm 2005)

4.1.2.1 Stationäre Versorgung: Erwartungen an die Rolle der pflegenden Angehörigen

Viele pflegende Angehörige wünschen sich, bei der Betreuung ihrer unterstützungsbedürftigen älteren Menschen in stationärer Pflege eine aktivere Rolle im Hinblick auf gesundheitliche Belange spielen zu können. Dies würde ihnen die Möglichkeit eröffnen, rechtzeitig herauszufinden, welche Schwierigkeiten auf sie zu kommen können, wenn ihre Angehörigen in die häusliche Pflege entlassen werden. Gewöhnlich beschränkt sich ihre aktive Rolle darauf, für frische Wäsche zu sorgen oder Kontakte zum Personal herzustellen. Hilfen bei der Verabreichung der Mahlzeiten oder der persönlichen Hygiene sind selten und finden sich eher häufiger, aber meist unsystematisch, in der stationären Langzeitpflege. Die aktive Teilnahme und Einbindung der pflegenden Angehörigen wird vom Umfeld meist nicht erwartet. Im Gegenteil: Oft sehen professionelle Pflegekräfte im Krankenhaus eine aktive Beteiligung der Angehörigen eher als lästige Unterbrechung ihrer Arbeitsroutinen, sie “stehen im Weg” und verhindern eine “störungsfreie” Pflege. Beratung und Aufklärung der Angehörigen durch die Pflegekräfte sind eher die Ausnahme und bedürfen der systematischen Entwicklung in einem umfassenden Pflegekonzept, um Unterbrechungen in der pflegerischen Versorgung beim Übergang in den häuslichen Bereich zu verhindern.

4.1.3 Langzeitpflegeeinrichtungen

In Deutschland bestehen Langzeitpflegeeinrichtungen, die sich auf bestimmte Personengruppen mit besonderen pflegerischen Anforderungen spezialisiert haben, wie z.B. Menschen im Wachkoma nach Unfällen oder Schlaganfall. Daneben bestehen weitere Langzeitpflegeeinrichtungen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Behinderungen in verschiedenen Ausprägungsstadien. Diese Einrichtungen sind mit Werkstätten verbunden, in denen die Menschen einer auf ihre Fähigkeiten abgestimmten Erwerbsarbeit nachgehen (z.B. die Werkstätten der Lebenshilfe). Diese Einrichtungen werden in der Mehrzahl von den Wohlfahrtsverbänden betrieben und zum Teil aus öffentlichen Geldern mit finanziert.

4.1.4 Hospize / Palliativ-Pflege

Ähnlich wie in anderen europäischen Ländern begann in der 90er Jahren in Deutschland die landesweite Einrichtung und Entwicklung von Hospiz – und Palliative Care Diensten (Gronemeyer et al. 2004, S. 75) als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur. Auch für sie gilt der Grundsatz “ambulant vor stationär” (ebd. S.77). Stationäre Hospize sind selbstständige Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliative Behandlung zu erbringen. Sie verfügen über höchstens 16 Plätze und sind meistens Bestandteil eines ambulanten ehren-

amtlichen Hospizdienstes. Ein bedeutender Anteil der Kosten wird durch Spenden, Eigenleistungen der Versicherten und durch ehrenamtliches Engagement aufgebracht. Die teilstationäre Versorgung wird als Ergänzung des ambulanten Hospizdienstes sowie als integraler Bestandteil eines vollstationären Hospizes eingesetzt, „die anstelle der vollstationären Hospizversorgung die palliativmedizinische Behandlung und soziale Betreuung als besondere Form der stationären Versorgung auch teilstationär leistet mit dem Ziel, die Entlastung und Unterstützung der Patienten und der pflegenden Angehörigen zu gewährleisten...“ (ebd. S. 79). Die Sicherung der Versorgungsqualität der stationären Hospizbetreuung wird durch die Rahmenvereinbarungen nach § 39a Satz 4 SGB V sichergestellt, und Palliativpflege kann auch durch den Hausarzt verordnet werden (§ 37, SGB V).

Im Jahre 2004 gab es in Deutschland 1.310 ambulante Hospizeinrichtungen. Die Kriterien der Hospizarbeit orientieren sich an dem bundesweit geltenden Modell der Definitionen und Qualitätskriterien ambulanter Hospizarbeit der BAG und der LAG Hospiz:

1. Aufgaben der ambulanten Hospizeinrichtungen und Hospizgruppen (760 Einrichtungen im Jahre 2002):

- n Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit und / oder
- n psychosoziale Begleitung durch geschulte ehrenamtliche Hospizhelfer und / oder
- n Trauerbegleitung.

2. Aufgaben der ambulanten Hospizdienste (AHD, 170 Dienste im Jahre 2002):

- n Psychosoziale Beratung,
- n Sterbe- und Trauerbegleitung, Angehörigenbegleitung,
- n Durchführung und Vermittlung von Hospizhelferschulung,
- n Öffentlichkeitsarbeit.

Qualitätsanforderungen: Qualifizierte Mitarbeiter (mindestens 10 geschulte Ehrenamtliche, mindestens 0,5 hauptamtliche, fachlich qualifizierte Koordinatoren, Hospizbüro und Erreichbarkeit zu festen Bürozeiten.

3. Aufgaben der ambulanten Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienste (AHBP, 50 im Jahr 2002):

- n Beratung bezüglich palliativpflegerischer Maßnahmen in Abstimmung mit behandelnden Ärzten und Pflegediensten,
- n Vermittlung weitergehender Hilfen.

Qualitätsanforderungen: Fachlich qualifizierte psychosoziale Betreuung, mindestens 0,5 hauptamtliche Palliativ-Care Pflegekräfte.

4. Aufgaben des ambulanten Hospiz- und Palliativ-Pflegedienstes:

- n Palliativpflegerische Versorgung in enger Abstimmung mit behandelnden Ärzten, Grundpflege bei Bedarf (BAG 2004).

Eine Untersuchung aus Nordrhein-Westfalen (Ewers, Schaeffer 2003) ergab, dass 89,9 % aller Befragten (N = 603), die von einem ambulanten Palliativ-Pflegedienst betreut werden, in ihrem eigenen Haus und 59,3 % mit dem / der Ehepartner/in zusammen lebt. Mehr als 81 % der pflegenden Angehörigen waren weiblich: Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter; 32 % von ihnen gingen zusätzlich einer Erwerbsarbeit nach, 87 % waren zusätzlich für die eigene Haushaltsführung verantwortlich. Diese Zahlen demonstrieren anschaulich, vor welchen Herausforderungen pflegende Angehörige stehen, wenn sie Familienmitglieder mit unheilbaren Krankheiten betreuen. Nach Berechnungen der deutschen Hospizvereinigung werden nur etwa 6 % der 850.000 Sterbenden oder unheilbar Kranken von einer der 1.310 Hospizeinrichtungen betreut. Der weitere Ausbau und die Konturierung stationärer und ambulanter Einrichtungen muss stärker in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses gerückt werden, um die Belastungen für die pflegenden Angehörigen zu senken.

4.1.5 Stationäre Pflege (Langzeit- und Kurzzeitpflege)

Die stationäre Langzeitpflege wird auch weiterhin eine wichtige Rolle in der pflegerischen Versorgung älterer Menschen spielen, wenn diese nicht oder nicht mehr durch ihre Familienangehörigen versorgt werden können. Konzeptionelle Veränderungen sind dringend erforderlich, um dem wachsenden Anteil der demenzkranken älteren Menschen gerecht zu werden. Im Jahr 2003 existierten 9.743 Pflegeeinrichtungen mit einer Gesamtbettenzahl von 713.195. Mehr als die Hälfte dieser Einrichtungen wird von Wohlfahrtsverbänden betrieben (55,5 %), etwa ein Drittel von privaten kommerziellen Trägern finanziert (37 %), die übrigen (7,5 %) befinden sich in öffentlicher Trägerschaft. Die Mehrzahl der privaten Pflegeheime ist klein und verfügt über weniger als 50 Betten, während die Wohlfahrtsverbände und der öffentliche Sektor eher große Einrichtungen mit mehr als 100 Betten betreiben.

Tabelle 22 Langzeitpflegeeinrichtungen nach Finanzierungsart (%) und Anzahl der Betten im Jahr 2003

Plätze / Betten	Pflegeeinrichtungen und jeweilige Anteile in %				Anzahl der Einrichtungen insgesamt
	Privat	Öffentlich	Freigemeinnützig	Insgesamt	
1-20	22,4	10,6	13,3	18,7	1.605
21-50	37,9	22,2	21,2	27,4	2.676
51-100	27,7	39,2	42,1	34,5	3.556
> 101	12,0	28,0	23,6	19,4	1.906
Anzahl Heime insgesamt	3.610	728	5.405	100	9.743

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005

Langzeitpflegeeinrichtungen werden aus unterschiedlichen Quellen finanziert: Sowohl über die individuellen Pflegesätze im Rahmen der Leistungen der Pflegeversicherung – die Kosten für die Pflege und soziale Betreuung – (§ 43, SGB XI) als auch über gesondert berechenbare Investitionskosten (Heimentgelte). Alle anderen Kosten, die so genannten "Hotelkosten", müssen von den Pflegebedürftigen bzw. den Angehörigen aufgebracht werden. Hat der / die Pflegebedürftige keine eigenen finanziellen Ressourcen und kann auch nicht auf Familienangehörige zurückgegriffen werden, erstattet die Sozialhilfe gemäß den Bestimmungen im SGB XII die Kosten für die Langzeitpflege. Im Jahr 1998 war 36 % aller Altenheimbewohner von Sozialhilfe abhängig (Rothgang 2003, 2003a). Bei den gegenwärtigen Diskussionen um die zukünftige Sicherung der Leistungen der Pflegeversicherung dürfte dieser Umstand eine wesentliche Rolle spielen, wenn verhindert werden soll, dass die öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege wieder steigen.

Derzeit stehen in Deutschland 4.532 Einrichtungen mit 10.998 Betten zur Verfügung, die ausschließlich Kurzzeitpflege und / oder Tages- und / oder Nachtpflege anbieten (Statistisches Bundesamt 2005). Die Kurzzeitpflege mit einem Anspruch von 4 Wochen pro Kalenderjahr sowie die Nachtpflege gehören zu den komplementären Leistungen der Pflegeversicherung, um pflegende Angehörige zu entlasten. Nach der Einführung der Pflegeversicherung hat sich das Profil bzw. das „Nutzungsverständnis“ der Kurzzeitpflege dramatisch verändert: Die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten sank von 45,7 Tagen im Jahre 1995 auf 26,3 Tage im Jahr 2001; andere Untersuchungen geben eine Zahl von 22,4 Tagen an (Hartmann, Heinemann-Knoch 2002). Experten sehen die Gefahr, dass von den Selbsthilfepotenzialen der Patienten kein Gebrauch gemacht wird, wenn sie direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt in die Kurzzeitpflege verlegt werden. Der Aufenthalt in der Kurzzeitpflege könnte unter anderen Umständen weitaus effektiver gestaltet werden, z.B. durch Vernetzung der Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit den Hausärzten (Kolip, Güse 2002).

Neueste Daten der Pflegestatistik zeigen, dass im Dezember 2003 2,08 Mio. Menschen pflegebedürftig waren. Mehr als zwei Drittel von ihnen werden zu Hause versorgt und 31 % (640.289) befinden sich in stationärer Langzeitpflege. Gegenüber 2001 hat die Zahl der stationär versorgten älteren Menschen um 5,9 % zugenommen. 78 % aller Pflegebedürftigen in Heimen sind weiblichen Geschlechts (Statistisches Bundesamt 2005). Die Tabelle 23 zeigt die Anzahl der > 65-jährigen älteren Menschen in stationärer Langzeitpflege zum Jahresende 2003.

Tabelle 23 Ältere > 65-jährige Menschen in stationärer Langzeitpflege (2003)

Alter von ...bis	Insgesamt
65-70	31.629
70-75	43.003
75-80	81.300
80-85	145.561
85-90	124.280
90-95	124.636
> 95	
Insgesamt	640.289

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005, S. 10)

Pflegebedürftige Menschen haben einen Anspruch auf stationäre Langzeitpflege, wenn die häusliche Pflege nicht möglich ist oder unter bestimmten Umständen nicht mehr sichergestellt werden kann (SGB XI, § 43). Der Pflegebedarf wird vom MDK festgestellt. Die Höhe der Leistungen ist von der Pflegestufe abhängig, die „Hotelkosten“ müssen von der pflegebedürftigen Person selbst aufgebracht werden. Wenn die Person keinen Pflegebedarf nach SGB XI hat und trotzdem in ein Heim einziehen möchte, müssen die gesamten Kosten für den Heimaufenthalt selbst getragen werden. Der Aufenthalt in stationärer Langzeitpflege ist immer von den oben beschriebenen Kriterien abhängig, die Trägerschaft des Heims spielt dabei keine Rolle.

4.1.5.1 Angehörigenarbeit in der stationären Langzeitpflege

In der stationären Langzeitpflege gehört systematische Angehörigenarbeit noch nicht zum regulären und systematisch ausgebauten Angebot, setzt sich allmählich aber immer stärker durch und sollte zu den Qualitätsmerkmalen gut geführter Einrichtungen gehören. Viele Langzeitpflegeeinrichtungen legen aber Wert auf eine gute Integration der Angehörigen und / oder arbeiten mit einem festen Stamm von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen, die sich häufig aus den (ehemals) pflegenden Angehörigen von Heimbewohnern rekrutieren und bestimmte psycho-soziale oder organisatorische Aufgaben in der Versorgung der unterstützungsbedürftigen älteren Menschen wahrnehmen. Das Heimgesetz hat hier den Bewohnern und Angehörigen in Form von Heimbeiräten mehr Mitbestimmungsrechte eingeräumt (HeimG, § 5 (1,5)).

4.1.6 Betreutes Wohnen

In den letzten Jahren wurde Betreutes Wohnen bzw. Service-Wohnen von unterschiedlichen Bauträgern als die beste Lösung propagiert, um möglichen zukünftigen Wohnungs- und Versorgungsproblemen älterer Menschen entgegenzuwirken. Langzeitstudien in 7 Betreuten Wohnprojekten haben gezeigt, dass 70 % ihrer Bewohner (N = 173) den eigenen Umzug in eine betreute Wohnform als vorbeugende Maßnahme ansehen, um im Falle von krisenhaften Situationen schnellen Zugang zu Unterstützung zu haben. Der weitaus

größte Anteil der befragten Personen (83 %) hatte keinerlei Informationen über Maßnahmen zur Wohnraumanpassung, Information und Beratung durch entsprechende Beratungsstellen im Hinblick auf ihre Lebensbedingungen oder organisierte Haushaltshilfen!

Verschiedene Arten Betreuten Wohnens stehen älteren Menschen zur Verfügung:

1. Unabhängige Wohnprojekte mit Servicebüros und Dienstleistungen durch externe Anbieter,
2. unabhängige Wohnprojekte mit internem Dienstleistungsangebot,
3. Wohnprojekte, die an ein Pflegeheim angeschlossen sind sowie
4. Wohnprojekte, die wie Hotels oder als Stiftungen geführt werden.

Zwei Hauptformen lassen sich unterscheiden: Das Servicemodell und das Pflegemodell.

Der „Runde Tisch Pflege“ sieht dringenden Handlungsbedarf bei den bislang nicht vorhandenen standardisierten Qualitätsanforderungen, wodurch die Qualität des Dienstleistungsangebotes in diesen Wohnformen erheblich variiert. Die Qualitätskontrolle ist auch deshalb so schwierig, weil nicht auf den ersten Blick erkennbar ist, welche Typen dieser unterschiedlichen Wohnformen unter das Heimgesetz fallen. Dies erschließt sich meist erst aus den Verträgen, die mit den „Mieter“ abgeschlossen werden. Daraus ergeben sich verschiedene Probleme im Hinblick auf die Planungsgenehmigung, den Personalschlüssel, die Mitbestimmungsregelungen der Bewohner bei Entscheidungen sowie das Beschwerdemanagement. Etwa 1,6 % aller > 65-jährigen Menschen leben in einer der (grob geschätzten) 3.600 Einrichtungen Betreuten Wohnens, eine Anzahl, die weitaus geringer ist als etwa in Großbritannien oder in den USA (5 %) (BMFSFJ 2001, S. 249).

4.1.7 Gemeindeorientierte Versorgungsleistungen

Gemeindeorientierte Dienstleistungen zeigen eine große Bandbreite und werden durch verschiedene Leistungserbringer (kommerziell oder gemeinnützig) angeboten (vgl. auch Abschnitt 4.1.1).

Als Beispiel für eine effektive gemeindeorientierte und wohnortnahe Versorgung wird das Land Bremen vorgestellt, obwohl auch andere Bundesländer diese Versorgungsangebote in unterschiedlicher Form auf kommunaler Ebene eingerichtet haben: In Bremen haben die Wohlfahrtsverbände ein flächendeckendes Netz an so genannten „Sozialen Dienstleistungszentren“ über die Stadtteile verteilt bereits vor 25 Jahren etabliert. (Die Überschaubarkeit dieses kleinen Bundeslandes war hier sicher ein großer Vorteil). Unterstützungsbedürftige ältere Menschen und ihre pflegenden Angehörigen können sich umfassend über diverse Möglichkeiten der Unterstützung in einem Stadtteilbüro informieren. Finanziert werden die Dienstleistungszentren von der Stadtgemeinde Bremen, beschäftigt werden fast ausschließlich Ehrenamtliche, die ei-

ne Aufwandsentschädigung für ihre Arbeit erhalten. Das Stadtteilbüro wird professionell geleitet (Krankenschwester oder Sozialarbeiterin).

An Dienstleistungen werden u. a. angeboten: ‚Essen auf Rädern‘, Beratung, Information, Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige und Nachbarschaftshilfen. Die ehrenamtlich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter organisieren und übernehmen eine große Bandbreite von Hilfen: Häusliche Pflegehilfen, Behördengänge, Unterstützung beim Ausfüllen von Formularen, Einkäufe, Haushaltsunterstützung, waschen, kochen, Spaziergänge, Arztbesuche und den Einkauf verschreibungspflichtiger Medikamente. Die pflegebedürftige Person oder der / die pflegende Angehörige schließt mit dem Dienstleistungszentrum einen Vertrag über die Art der zu erbringenden Dienstleistung ab. Der Vertrag kostet im Monat etwa 20 Euro, für jede Dienstleistungsstunde werden pauschal 7,15 Euro (Stand 2004) als Kompensation für die ehrenamtlich geleistete Arbeit gezahlt. Die Dienstleistungen werden entweder von den Kunden refinanziert, oder von der Sozialhilfe getragen. Bremen hat die Zuschüsse für diese Dienstleistungen erheblich reduziert, sodass die Wohlfahrtsorganisationen gezwungen sind, das finanzielle Defizit nun selbst auszugleichen, indem neue Dienstleistungen – etwa im Rahmen des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes – angeboten werden.

Bei der zukünftigen Organisation pflegerischer Dienstleistungsangebote wird die Tatsache eine große Rolle spielen, dass die Zahl der Alleinlebenden zukünftig generell steigen wird. Vor allem der Anteil an alten und allein lebenden Frauen steigt mit zunehmendem Alter schnell und beträchtlich an, während der Anteil der älteren, allein lebenden Männer bis zum 75. Lebensjahr relativ konstant bleibt, im höheren Lebensalter aber deutlich ansteigt (vgl. Tab. 24). Der Anteil der > 75-jährigen allein lebenden Frauen beträgt 65 % und damit das 2,7-fache des Referenzwertes der Männer in derselben Alterskohorte (Statistisches Bundesamt 2002). Die Frage, inwieweit die Gemeindedienste die allein lebenden unterstützungsbedürftigen älteren Menschen im Stadtteil auch erreichen, kann auch von den Mitarbeitern der Dienstleistungszentren nicht beantwortet werden. Häufig wird der Kontakt zu vielen allein lebenden Menschen erst dann hergestellt, wenn entsprechende Signale vom Hausarzt kommen oder ein krisenhaftes Ereignis eingetreten ist.

Tabelle 24 Über 65-jährige allein lebende ältere Menschen nach Geschlecht und Altersgruppe in 2000 (in %)

Lebensform	65-70	70-75	75+
Alleinlebende Männer	~12	~15	~22
Alleinlebende Frauen	~30	~42	~65

Quelle: Statistisches Bundesamt 2002, S. 26

4.1.7.1 Haushaltshilfen

Haushaltshilfen sind Bestandteil gemeindeorientierter Dienstleistungen, die in den Regionen unterschiedlich gelöst und organisiert werden. Die Hilfen wer-

den sowohl von privat-gewerblichen als auch von gemeinnützigen und kirchlichen Leistungserbringern, oftmals in Verbindung mit Pflegediensten, angeboten. Wenn eine pflegebedürftige Person Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung geltend machen kann, umfasst dies auch bis zu einem bestimmten Umfang hauswirtschaftliche Unterstützung (§ 36, SGB XI). Oft beginnt Unterstützungsbedürftigkeit aber mit Hilfen im Haushalt, ohne dass Pflegebedarf vorliegt. In diesem Falle muss die unterstützungsbedürftige Person oder die Familie die Kosten tragen, oder sie werden einkommensabhängig von der Sozialhilfe übernommen. Die angebotenen Hilfen spiegeln auch die Qualifikation der Angestellten dieser Leistungsanbieter wider. Obwohl weniger als 3 % als Haushaltshilfen qualifiziert sind, stellt dies mit 19 % neben der Pflege ein Hauptarbeitsgebiet der Angestellten und Pflegekräfte dar (Rothgang 2003) (vgl. Tab. 25).

Tabelle 25 Qualifikation der Angestellten von Leistungsanbietern im Bereich der häuslichen Pflege

Qualifikation	% der Angestellten	Hauptarbeitsgebiete	% der Angestellten
Pflegefachkräfte	64,4	Care Management	6,3
Andere Gesundheitsberufe	2,0	Pflege	65,0
Sozialarbeiter	0,8	Häusliche Hilfen	19,0
Haushaltshilfen	2,9	Allgemeine Verwaltungsaufgaben	5,0
Andere	17,5	Anderes	4,8
In Ausbildung	11,3		

Quelle: Rothgang 2003, S. 34-35

4.1.7.2 Persönliche Betreuung

Neben den rechtlich geregelten Ansprüchen in Bezug auf Pflege und Unterstützungsleistungen können pflegende Angehörige und unterstützungsbedürftige ältere Menschen theoretisch jede Art von persönlicher Dienstleistung einkaufen, so z.B. Dienstleistungen von so genannten "Tagesmüttern" oder "Seniorenbegleitern", wenn diese in der Gemeinde oder dem Stadtteil zur Verfügung stehen.

4.1.7.3 Essen auf Rädern

Die Dienstleistung "Essen auf Rädern" wird fast flächendeckend von unterschiedlichen kommerziellen und wohltätigen Organisationen angeboten. Daneben haben auch viele stationäre Pflegeeinrichtungen ihren Mittagstisch für ältere Menschen in der Gemeinde geöffnet und liefern die Mahlzeiten auch ins Haus. Die Mahlzeiten werden von den Leistungserbringern zu festgelegten Tageszeiten auch für bestimmte Zeiträume geliefert, auch Diäten sind möglich. Die Kosten müssen vom Kunden getragen werden, falls er / sie nicht sozialhilfeberechtigt ist. Die Mahlzeitendienste werden gewöhnlich von älteren Menschen in Anspruch genommen, die nicht mehr selber kochen können oder wol-

len, und um sicherzustellen, dass sie einmal am Tag eine warme Mahlzeit zu sich nehmen.

4.1.7.4 Andere häusliche Dienstleistungen (Transporte, Wäscherei, Einkaufen etc.)

Neben dem Essensservice werden sehr unterschiedliche Dienste angeboten, die allerdings regional in ihrer Versorgungsdichte stark differieren: Supermärkte bieten Warenlieferdienste an, Wäscherein holen und bringen Wäsche und viele kleinere Reparaturdienste sind insbesondere in den Städten entstanden, um Bagatellreparaturen für ältere Menschen zu erledigen. Apotheken liefern Medikamente ins Haus und Zahnärzte korrigieren zum Teil auch die Anpassung von Zahnprothesen. Medizinische und technische Hilfen werden, wenn es erforderlich ist, von den Unternehmen zu Hause installiert und gewartet.

4.1.7.5 Gemeinde(pflege)-zentren

Gemeinde(pflege)-zentren haben durch die Einführung der Pflegeversicherung zum Teil drastische Einschnitte hinnehmen müssen, weil die weitere Finanzierung nicht immer sichergestellt werden konnte. Diese Gemeindezentren und / oder Altentagesstätten werden in der Mehrzahl von freigemeinnützigen und kirchlichen Trägern sowie privaten Krankenpflegevereinen getragen und stehen unter professioneller (meist sozialpädagogischer oder pflegerischer) Leitung. Ihr Leistungsspektrum ist sehr unterschiedlich und hängt von den finanziellen Ressourcen ab: Angeboten werden u.a.: Altennachmittage mit Unterhaltung, Musik, Tanz, Spielen, handwerkliche Arbeiten, Gedächtnistraining, informelle Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige oder Demenzkranke und / oder Behinderte usw. Die Arbeit wird meist von Ehrenamtlichen geleistet, ohne die viele Zentren ihre Arbeit nicht aufrecht erhalten könnten.

4.1.7.6 Tagespflege

Tagespflege ist funktional ein Teil der teilstationären Versorgung und ein wichtiges Bindeglied des pflegerischen Versorgungssystems zwischen der häuslichen und stationären Versorgung. Dieser Versorgungstyp hat deshalb einen besonderen Stellenwert, weil er dazu beiträgt, das Selbstvertrauen des unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu stärken und gleichzeitig die Belastung der Angehörigen senkt. Das Ziel der Tagespflege ist die Aktivierung der individuellen Ressourcen sowie die Bereitstellung von medizinischer und sozialer Betreuung. Viele Tagespflegezentren sind mit besonderen Programmen auf die Betreuung von Demenzkranken spezialisiert und beschäftigen entsprechend qualifiziertes Personal. Bis zur Einführung der Pflegeversicherung gab es landesweit keine einheitlichen Regelungen für die Finanzierung der Tagespflege. Seitdem die Tagespflege eine Leistung der Pflegeversicherung ist, haben die Bundesländer begonnen, in dieser Richtung Investitionen zu tätigen, und die Zahl der Tagespflegeeinrichtungen stieg an. Trotzdem bestehen im Vergleich mit stationären Einrichtungen und ambulanten Pflegediensten immer noch Vakanzen im ambulanten Versorgungsbereich. Insbesondere in ländlichen Gegenden stehen Tagespflegeeinrichtungen pflegenden Angehörigen in

weit geringerem Umfang als in den Städten zur Verfügung, da die Entfernung zwischen dem Wohnort des unterstützungsbedürftigen älteren Menschen und der Einrichtung oft mehr als eine halbe Stunde Fahrzeit beträgt. Dies ist die maximale Strecke, die von mobilen Transportdiensten zurückgelegt werden darf. Tabelle 26 zeigt die Entwicklung der Tagespflegeeinrichtungen in den Jahren 1998 bis 1998.

Tabelle 26 Entwicklung der Anzahl der Tagespflegeeinrichtungen in Deutschland

Jahr	Anzahl der Institutionen	Anzahl der Plätze
1988	54	801
1993	227	3.178
1998	(1.777)	(23.000)

Quelle: BMFSFJ 2001a (1.777 Einrichtungen hatten 1998 eine Lizenz aber es ist nicht klar, ob sie alle ihren Betrieb aufgenommen haben. Deshalb steht diese Zahl in Klammern.

Die Zahl der Plätze basiert auf der Annahme, dass es pro 100.000 Einwohner einen Bedarf von 13 Tagespflegeplätzen gibt. Diese Zahl geht zurück auf Ergebnisse einer Untersuchung aus Nordrhein-Westfalen (BMFSFJ 2001a). Bei Leistungsanspruch aus der Pflegeversicherung übernimmt diese alle Pflegekosten in der Tagespflege für einen unbestimmten Zeitraum, wenn die häusliche Pflege nicht garantiert werden kann oder wenn die Belastungen der pflegenden Angehörigen reduziert werden sollen (§ 41, SGB XI). Tabelle 27 zeigt die monatlichen Kosten für die Tagespflege. Bis zum 31.12 2004 wurde auch für soziale Betreuung und medizinische Behandlung gezahlt.

Tabelle 27 Monatliche Pflegesätze für Tagespflege (nach SGB XI)

Pflegestufe	Monatliche Kosten (€)
1	384
2	921
3	1.432

Quelle: SGB XI, § 41

Wird die Tagespflege zusätzlich zur Sachleistung in Anspruch genommen, muss die Differenz von der versicherten Person getragen werden. Der größte Anteil der Menschen in der Tagespflege ist > 80 Jahre alt und bezieht Leistungen nach der Pflegestufe I oder II. Bettlägerige Personen sind von der Tagespflege ausgeschlossen, wobei eine vorübergehende Notwendigkeit für Bettruhe kein Hindernis darstellt. Der Betrieb von Tagespflegeeinrichtungen ist finanziell schwierig, denn mit einer Kapazität von 10 bis 14 Personen sind die laufenden Kosten nur schwer zu decken. Finanzielle Risiken können dadurch abgedeckt werden, indem viele Langzeitpflegeeinrichtungen die Tagespflege zusätzlich in ihr Angebot aufgenommen haben. Das erforderte eine konzeptionelle Umorientierung und verschiedene Pflegeheime arbeiten nun enger mit dem häuslichen Versorgungsbereich und ambulanten Pflegediensten zusammen (BMFSFJ 2001a).

4.1.8 Weitere soziale Dienstleistungen

Wie schon erwähnt, variieren die sozialen Dienstleistungsangebote regional stark und sind von unterschiedlicher Qualität. Allgemein ist die Dienstleistungsqualität in städtischen Räumen auf Grund der Konkurrenz besser. Viele Wohlfahrtsverbände betreiben insbesondere in den Städten Beratungsstellen, die zum Teil von den Kommunen mitfinanziert werden. Beratungsleistungen werden auch von der Verbraucherberatung, Selbsthilfegruppen sowie von professionellen Pflegediensten angeboten. Leistungsberechtigte der Pflegeversicherung können technische Hilfsmittel beantragen – z.B. Pflegebetten, Wandlifter, Rollstühle sowie Maßnahmen der Wohnraumanpassung o.ä., wenn dadurch die häusliche Situation verbessert und die Pflege erleichtert werden können. In der Regel verleihen die Pflegekassen die technischen Hilfsmittel, um unnötige Kosten zu vermeiden. Die Wohnraumanpassung – z.B. Türverbreiterung, um ins Bad zu gelangen – wird bis zu einem Höchstsatz von 2.557 Euro von der Pflegeversicherung getragen (SGB XI, § 40).

4.1.9 Case Management und integrierte Versorgung – Integration von Gesundheits- und Sozialdiensten auf sektoraler und professioneller Ebene

Im Zuge der Gesundheitsreform (GMG 2003) und auf der Basis von Modellverträgen (§§ 63-65, 73a und 140 a-h SGB V) wurde eine Rechtsgrundlage geschaffen, um nach innovativen Lösungsansätzen in der Versorgung von älteren, chronisch kranken und / oder unterstützungsbedürftigen Menschen sowie ihrer pflegenden Angehörigen zu suchen. Konkrete Ansätze werden u.a. in der Netzwerkbildung zwischen Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen gesehen, um in diesem Rahmen integrierte Versorgungskonzepte sowie Care- und Case-Management Ansätze umsetzen zu können. Bisher gab es – abgesehen von einzelnen Modellprojekten – kein systematisches und flächendeckend angelegtes Case- und Care-Management. Derzeit bilden sich auf der Basis dieser neu eingeführten Regelungen unterschiedliche regionale und kommunale Verbände für unterschiedliche Zielgruppen (bestimmte chronische Krankheiten, Wundversorgung, Sicherung des Operationsergebnisses usw.). In der Regel werden diese Versorgungs- und Kooperationsverträge zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten ausgehandelt und eher selten unter Einbeziehung von Pflegediensten oder professionellen Pflegekräften. In einigen Regionen haben aber sog. ‚IV-Pflegekräfte‘ in Eigeninitiative Verträge mit den Kassen abgeschlossen und beraten und betreuen aus dem Krankenhaus entlassene Patienten zu Hause (Carekonkret 9, 2005). Um auf Dauer angelegte Versorgungsnetzwerke zu bilden und Dienstleistungen zu koordinieren, bedarf es großer Anstrengungen unter Einsatz aller Beteiligten (vgl. auch 'ProNETZ': Kofahl et al. 2003).

4.2 Die Qualität formaler Dienstleistungen und ihr Einfluss auf die häusliche Pflege

Da die Pflegeversicherung keine Alleinverantwortung im Hinblick auf die Bereitstellung einer pflegerischen Infrastruktur kennt, sondern vielmehr gesamtgesellschaftliche Verantwortung herausstreicht (§ 8, (1), SGB XI), bleibt die Verteilung der Kompetenzen unklar. Die Sicherstellung einer gesellschaftlichen "Gesamtverantwortung" kann nur realisiert werden, wenn die Institutionen miteinander kooperieren und ihre Dienstleistungen koordinieren, um Qualitätskriterien erarbeiten zu können (Klie, Schmidt 1999, S. 17).

4.2.1 Management und „Controlling“ häuslicher Dienstleistungen

Die verschiedenen Leistungsanbieter auf dem kommerziellen Pflegemarkt managen die Bereitstellung ihrer Dienste mehr oder weniger unkontrolliert und müssen ihre Versorgungsqualität selbst sicherstellen. Es gibt keine generelle Kontrollinstanz, die eine bestimmte häusliche Dienstleistungsqualität festlegt. Wenn Unterstützungsbedürftige mit einer häuslichen Dienstleistung nicht zufrieden sind, können sie bei den Pflegekassen Beschwerde einlegen und / oder sich auf dem Markt einen anderen pflegerischen Leistungsanbieter suchen. Die Verbraucherberatung überwacht als unabhängige Institution alle Bereiche öffentlicher Dienstleistungen, u.a. auch die Qualität bestimmter sozialer Dienste, kann aber nur Empfehlungen abgeben. Das Verbraucherschutzgesetz hat die Rechte von Verbraucherinnen und Verbrauchern generell gestärkt, es gilt aber nicht spezifisch für den häuslichen Versorgungsbereich, da hier keine allgemeinverbindlichen Qualitätskriterien existieren (vgl. auch Abschnitt 4.2.2).

4.2.2 Qualitätskontrollen und Rechtsquellen

Im Rahmen der Pflegeversicherung wurde die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie die stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität durch die Entwicklung eines Qualitätsmanagements im Gesetz verankert (§ 80, SGB XI). Am 1. Januar 2002 trat das Pflegequalitätssicherungsgesetz in Kraft mit dem Ziel, die Pflegequalität zu verbessern und die Verbraucherrechte zu stärken. Zu den Kernpunkten dieses Gesetzes gehören u.a.: Die interne Qualitätssicherung, die neben den stationären Einrichtungen jeden ambulanten Pflegedienst verpflichtet, ein umfassendes, betriebsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und regelmäßige Qualitätsnachweise zu erbringen. Die Regelungen wurden im 11. Kapitel des SGB XI zusammengefasst. Darüber hinaus müssen Leistungsanbieter mit den Pflegekassen vertraglich bestimmte Qualitätsstandards festlegen. Diese beziehen sich weitgehend auf die Struktur- und Prozessqualität und weniger auf die Ergebnisqualität. Die Pflegekassen haben die Möglichkeit, den Versorgungsvertrag mit einem professionellen Pflegedienst aufzulösen, wenn die pflegerische Versorgung nicht sichergestellt wird. Das verschafft ihnen einen gewissen regulativen Einfluss. Über die Qualität der von Angehörigen im häuslichen Be-

reich geleisteten Pflege gibt es nur sehr begrenzte Kontrollmöglichkeiten (Rothgang 2003).

Die einzige sozialrechtliche Kontrollmöglichkeit über die Pflegequalität im häuslichen Bereich hat der MDK im Rahmen der Pflegebesuche, die professionellen Pflegekräften – häufig den Vertragspflegediensten – übertragen werden. Alle pflegebedürftigen Personen, die Pflegegeld in Pflegestufe I und II beziehen, müssen mindestens 2-mal pro Jahr und Personen in Pflegestufe III alle drei Monate von den im SGB XI geregelten häuslichen Pflegebesuchen Gebrauch machen, sonst droht ein Verlust des Pflegegeldes. Mit Hilfe der Hausbesuche soll nicht nur die häusliche Pflegesituation eingeschätzt und Prognosen zur weiteren Entwicklung abgegeben werden, sondern die Pflegefachkräfte sollen die Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Angehörigen auch beraten und informieren (SGB XI, § 18). Das Potenzial dieser Pflegebesuche wird nicht voll ausgeschöpft, da auch hier Standards und Qualitätskriterien für die Beratung fehlen, um insbesondere die individuellen Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen besser zu erfassen und diese stärker in die Beratung und Schulung einzubeziehen. Darüber hinaus sind die Zeitabstände zwischen den häuslichen Besuchsintervallen erfahrungsgemäß zu lang und garantieren keine kontinuierliche Sicherung häuslicher Pflegequalität.

4.2.3 Ausbildung für Arbeitskräfte: Häusliche und stationäre Pflege

Sowohl in der Pflegeversicherung als auch im Heimgesetz sind Regelungen für die Qualifikation der Pflegekräfte und die Qualitätssicherung zum Schutz der Betroffenen festgeschrieben worden (SGB XI, § 75, und 112-118). Durch Rahmenverträge werden u.a. die Inhalte der Dienstleistungen festgelegt, „*allgemeine Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen*“ sowie organisatorische Bedingungen und die Qualifikation der Pflegekräfte. Nach der Heimpersonalverordnung müssen mindestens 50 % des Personals in einem Alten- oder Pflegeheim professionell ausgebildete Pflegekräfte mit einer dreijährigen Kranken- oder Altenpflegeausbildung und einem staatlichen Abschluss sein, wenn mehr als 4 pflegebedürftige, ältere Menschen zu versorgen und spezielle pflegerische Interventionen erforderlich sind. Das Gesetz regelt auch, wer nicht zu den Fachkräften zu zählen ist (HeimPersV, §§ 4,5, 1993). Neben Pflegefachkräften werden auch Pflegehelferinnen, Sozialarbeiterinnen und weitere angelernte Kräfte beschäftigt (ebd. § 6).

Die Heimpersonalverordnung regelt auch die Qualifikation der Heimleitung (§ 2): Diese muss eine staatliche Ausbildung entweder in einem Gesundheits- oder sozialen Beruf, in der öffentlichen Verwaltung oder der Betriebswirtschaft nachweisen und über mindestens zwei Jahre Vollzeit Berufserfahrung verfügen, um eine Langzeitpflegeeinrichtung leiten zu können. Üblicherweise werden diese Einrichtungen sowohl von einer Pflegedienst- als auch einer Heimleitung geführt, und Management und Pflegedienstleistungsaufgaben werden getrennt wahrgenommen. Die Mehrzahl der Pflegedienstleitungen in diesem

Bereich verfügt heute entweder über einen Studienabschluss im Pflege- oder Gesundheitsmanagement, der Gerontologie und / oder Sozialpädagogik und Sozialarbeit.

Leitende Pflegekräfte im ambulanten Pflegebereich müssen eine staatliche Ausbildung in der Kranken-, Kinderkranken- oder Altenpflege abgeschlossen haben, über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren vollzeitbeschäftigt innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen sein sowie mindestens ein Jahr Berufserfahrung in der ambulanten Pflege nachweisen (SGB XI, § 75). Alle übrigen Angestellten von ambulanten Pflegediensten können sehr unterschiedliche Berufsausbildungen haben: Professionelle Pflegekräfte mit einer dreijährigen Ausbildung, Alten- und Krankenpflegehelferinnen sowie Pflegehelfer ohne staatlichen Abschluss und Familienpflegerinnen, die in Sozialpädagogik und sozialer Arbeit mit Familien qualifiziert sind.

Ungelernte bzw. angelernte Pflegekräfte dürfen in der ambulanten häuslichen Pflege sowie in der stationären Langzeitpflege nur unter der Aufsicht von professionell ausgebildeten Pflegekräften eingesetzt werden und nur ausgesuchte grundpflegerische Aufgaben verrichten. Für alle professionell arbeitenden Pflegekräfte besteht eine Ausbildungspflicht, die durch staatlichen Abschluss nachzuweisen ist.

4.2.4 Probleme bei der Anwerbung von Pflegekräften und Verbleib

Im professionellen Pflegesektor zeichnet sich seit einigen Jahren eine dramatische Entwicklung im Hinblick auf eine angemessene Bereitstellung von Professionellen ab; dies betrifft insbesondere den Altenpflegesektor. Die vom Gesetz geforderte Quote von mindesten 50 % Ausgebildeten wird oft unterschritten, weil das entsprechende Personal nicht zur Verfügung steht. Daraus resultieren eine hohe Arbeitsbelastung, Überstunden und eine steigende Anzahl an Krankheitstagen. An Hand von Umfragen bei (N = 613) stationären Langzeitpflegeeinrichtungen (dip 2003) wird geschätzt, dass sich die Zahl der Überstunden gegenwärtig auf 9 Mio.(!) Stunden akkumuliert hat. Diese Zahl entspricht einem Äquivalent von 5.000 Vollzeitstellen. Die Gesamtzahl älterer unterstützungsbedürftiger Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen steigt ebenfalls an. Jedes Jahr werden etwa 15.000 neue Bewohnerinnen und Bewohner in diese Einrichtungen aufgenommen und die Zahlen steigen kontinuierlich. Etwa 20.000 neue Stellen müssten in diesem Bereich geschaffen werden, um alle Lücken auszufüllen und die Zahl der Überstunden zu reduzieren. Die Zahl der Bewerberinnen für diese Stellen ist rückläufig, obwohl bei den Arbeitsagenturen mehr als 27.000 Altenpflegerinnen als arbeitslos gemeldet sind. Auch die Qualifikation der Bewerberinnen hat sich verschlechtert. Diese Situation ist auch ein Indikator dafür, dass viele Altenpflegekräfte auf Grund von hohen physischen und psychischen Belastungen nicht mehr imstande sind, in ihrem Beruf weiter zu arbeiten (ebd.).

5 Die Kosten – Leistungen der Pflege

5.1 Anteil der öffentlichen Ausgaben für Renten, Sozialhilfe und Gesundheit

Die öffentlichen Ausgaben für Sozialleistungen beliefen sich im Jahr 2003 auf 694,427 Mrd. Euro (Stat. Bundesamt 2005). Die Tabelle 28 zeigt den Umfang der unterschiedlichen Sozialversicherungsabgaben nach Institutionen im Jahr 2003.

Tabelle 28 Ausgaben für Sozialleistungen im Jahr 2003 (in Mrd. €)

Rentenversicherung	238.508
Krankenversicherung	143.337
Pflegeversicherung	17.407
Unfallversicherung	11.344

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2005

Das „Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter bei Erwerbsminderung“ (GsiG 2003) bewirkte Veränderungen in der Altersstruktur der Sozialhilfeempfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt. Für 65-jährige und ältere Personen ist nun eine eigenständige Leistung vorgesehen, welche den grundlegenden Bedarf zum Lebensunterhalt sicherstellt. Dadurch sank die Zahl der Sozialhilfeempfänger ab 65 Jahren zum Jahresende 2003 auf ~ 98.000 Personen (-48 % gegenüber dem Vorjahr). Die Sozialhilfequote bei älteren Menschen verringerte sich dadurch auf 0,7 % (1,3 % im Vorjahr) (Stat. Bundesamt 2005). Die Brutto-Sozialhilfeausgaben betragen 25,590 Mrd. (2003), was einer Veränderung zum Vorjahr von 3,8 % entspricht. Etwa 61 % dieser Kosten (15,773 Mrd. Euro) entfallen auf „Hilfe in besonderen Lebenslagen“⁹, 10,7 % auf Hilfen zur Pflege.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP stieg von 10,8 % im Jahr 2000 auf 11,3 % im Jahr 2003 und betrug 2003 nominal 239,7 Mrd. Euro (Stat. Bundesamt 2005).

5.2 Anteil der öffentlichen und privaten Ausgaben für die Pflegeversicherung

Die privaten Aufwendungen zur Pflegeversicherung sind kaum abzuschätzen. Die vorliegenden Daten beziehen sich auf eigene Berechnungen von Rothgang (2003) auf der Basis der Daten aus dem Bundesgesundheitsministerium. Tabelle 29 zeigt, dass 70 % der Ausgaben für die Pflegeversicherung aus öffentlichen Geldern finanziert werden. Rothgang führt aus, dass „innerhalb der öffentlichen Ausgaben die Pflegeversicherung allein 80 % der Kosten aus-

⁹ Nachgewiesen werden die Ausgaben für die einzelnen Hilfen in besonderen Lebenslagen gemäß §§ 27 ff. BSHG einschl. der damit gewährten laufenden und einmaligen Zahlungen zum Lebensunterhalt.

macht, welche fast komplett aus Sozialversicherungsbeiträgen und Prämien abgedeckt werden“ (ebd. S. 40).

Tabelle 29 Finanzierungsarten der Pflegeversicherung

Finanzierungsquellen	In Mio. €	In % der öffentlichen Ausgaben	In % aller Ausgaben
Öffentliche Gelder	21,386	100	70
Gesetzliche Pflegeversicherung	16,700	78	55
Private Pflegeversicherung	920	4	3
Sozialhilfe	2,300	11	8
Investitionskosten	1,400	7	5
Unfallversicherung	66	0	0
Private Finanzierung* von	9,118	100	30
Häuslicher Pflege	7,038	77	23
Häuslicher Unterstützung	2,080	23	7
Insgesamt	30,504		100

Quelle: Rothgang 2003, S. 39; *geschätzt

5.3 Zusätzliche Kosten für die Nutzung von öffentlichen Gesundheits- und / oder sozialen Dienstleistungen

Im Rahmen der oben beschriebenen Dienstleistungen müssen Nutzerinnen und Nutzer für alle Kosten aufkommen, die nicht von der Pflegeversicherung abgedeckt werden, wenn sie keinen Anspruch auf Sozialhilfeleistungen haben, die diese Extrakosten abdecken. Komplementäre Dienstleistungen, die schon an anderer Stelle beschrieben wurden, gehören ebenfalls in diese Kategorie zusätzlicher Kosten. Im Zuge der Gesundheitsreform sind außerdem nun alle gesetzlich Versicherten verpflichtet, einen Beitrag zu den Gesundheitskosten zu zahlen: Z.B. ein Anteil von 10 % an den Kosten für Medikamente und 10 Euro pro Quartal für den Arztbesuch. 10 % oder mindestens 5 bis 10 Euro müssen bei technischen Hilfen zugezahlt werden wie z.B. Rollstühlen, Hörhilfen, Spezialbetten usw. (GMG 2003).

5.4 Geschätzter öffentlich-privater Kosten-Mix in der Gesundheitsversorgung

In Abhängigkeit vom gewählten “Pflege-Mix”, den Leistungsberechtigte der Pflegeversicherung gewählt haben, lassen sich verschiedene Typen der Finanzierung identifizieren (vgl. Tab. 30):

Tabelle 30 Privater und öffentlicher Finanzierungs-Mix häuslicher Pflegearrangements bei Leistungsempfängern der Pflegeversicherung (in %)

Ausschließlich private Finanzierung durch Familie oder Freunde	55
Nur privat finanzierte Unterstützung plus weitere selbstfinanzierte Hilfen	9
Private und professionelle Pflege	28
Nur professionelle Pflege	8

Quelle: Schneekloth in: Schneekloth, Wahl 2005, S. 74

5.5 Durchschnittliche zusätzliche Selbstkosten bei der Inanspruchnahme von stationärer Langzeitpflege

Weiter oben wurde schon dargelegt, dass die Pflegeversicherung nur ‚gedeckelte‘ Leistungen bereithält. Die Tabelle 31 zeigt, dass zwischen den selbst aufzubringenden Kosten und den Leistungen der Pflegeversicherung für die entsprechende Pflegestufe deutliche Lücken bestehen und beträchtliche monatliche Zuzahlungen geleistet werden (Rothgang 2003).

Tabelle 31 Kosten für die stationäre Pflege und Leistungen der Pflegeversicherung in €/ pro Monat

Pflegestufe	Durchschnittl. monatliche Kosten	Pflegeversicherung: monatliche Leistungen	Private Zuzahlung	% der Kosten abgedeckt durch die Pflegeversicherung
1	1.982	1.023	959	51,6
2	2.347	1.279	1.068	54,5
3	2.804	1.432	1.372	51,1

Quelle: SGB XI, § 43, Rothgang 2003, S. 38

5.6 Anteil an der Finanzierung der Pflege älterer Menschen durch öffentliche Gelder

Die Versorgung unterstützungsbedürftiger älterer Menschen wird in erster Linie durch Sozialversicherungsleistungen in die Pflegeversicherung finanziert, die von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu gleichen Teilen getragen werden sowie durch öffentliche Gelder. Der gedeckelte Beitrag liegt derzeit bei 1,7 % des Brutto-Einkommens. Rentner zahlen die Hälfte der Sozialversicherungsbeiträge, die andere Hälfte trägt die Rentenversicherung; Beiträge von Erwerbslosen werden in vollem Umfang von der Arbeitslosenversicherung getragen.

Fast 89 % der Bevölkerung zahlen Beiträge in die gesetzliche und 9 % in die private Pflegeversicherung ein. Zusätzliche Dienstleistungen werden durch Steuern in Form von Sozialhilfe durch die örtlichen Träger finanziert.

Im Jahre 1994 betragen die Netto-Ausgaben für „Unterstützung in schwierigen Lebenslagen für ältere Menschen in stationärer Langzeitpflege“ (einschl. Hilfen zur Pflege) 1,571 Mrd. DM. Nach der Einführung der Pflegeversicherung sanken die Ausgaben im Jahre 1999 auf 776 Mio. DM (Roth, Rothgang 2001).

Die folgende Tabelle 32 veranschaulicht die öffentlichen Ausgaben für ältere Menschen durch die örtlichen Träger der Sozialhilfe.

Tabelle 32 Zahl der älteren Sozialhilfeempfänger nach Altersgruppen, die „Hilfen in besonderen Lebenslagen“¹⁰ erhalten (2003)

Gesamtzahl aller Empfänger	Männer 271.787	Frauen: 263.902
Alter von...bis	Davon:	
65-70	13.729	14.996
70-75	8.229	11.512
75-80	4.955	10.913
80-85	2.493	9.124
> 85	1.607	10.505

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2005

5.7 Geldleistungen für pflegende Angehörige

Man kann davon ausgehen, dass ein Teil des Pflegegeldes, welches die Leistungsberechtigten der Pflegeversicherung monatlich beziehen, als eine Art Kompensation für die Pflege durch Angehörige eingesetzt und als deren indirekte Finanzierung angesehen wird. Pflegende Angehörige haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Sozialversicherungsbeiträge zu ihrer Rentenversicherung (siehe auch Abschnitt 5.7.1).

Die Tabelle 33 zeigt die Anzahl der Leistungsberechtigten nach Pflegestufen und den Umfang an Geldleistungen, die in die Pflegehaushalte geflossen sind.

Tabelle 33 Anzahl der Pflegegeldempfänger (SGB XI) nach Pflegestufe in 2004

Pflegestufe	Geldleistungen (€)	Anzahl der Leistungsberechtigten
1	205	581.607
2	410	299.797
3	665	78.176
Total		959.580

Quelle: BMGS 2005

¹⁰ „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ beinhaltet auch die Gewährung von laufenden Hilfen zum Lebensunterhalt gemäß (§ 27, BSHG, jetzt SGB XII). Hilfen zur Pflege werden in den §§ 61 ff SGB XII geregelt.

5.7.1 Leistungen für pflegende Angehörige (finanzielle Leistungen, Rentenpunkte, Rechte, Zuschüsse, Einkommensabhängigkeit)

Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen (SGB XI, § 19) wurde in der Pflegeversicherung festgelegt, unter welchen Bedingungen pflegende Angehörige eigene Rentenversicherungs- und Unfallversicherungsbeiträge als Kompensation für die geleistete Pflegezeit geltend machen können (vgl. Tab. 34): Etwa 463.000 (vorläufige Zahl 2005) von allen pflegenden Angehörigen in Deutschland haben einen Anspruch auf diese Leistungen (SGB XI, § 44). Um anspruchsberechtigt zu sein, muss der Umfang der Pflegeleistungen mehr als 14 Stunden pro Woche betragen, wobei die wöchentlich bezahlte Erwerbsarbeit 30 Stunden pro Woche nicht überschreiten darf.

Tabelle 34 Leistungen für pflegende Angehörige nach SGB XI

	Pflegegeld für die Pflegeperson	Zuschüsse für die Pflegeperson	'Freistellung' von der Pflege
Beschränkungen	Ja ¹¹	Ja	Derzeit in der Diskussion (Ende offen)
Steuerlich absetzbar	Nein	Zum Teil	
Wer bezahlt?	Pflegeversicherung (SGB XI, § 37)	Pflegeversicherung (SGB XI, § 44)	
Rentenanwartschaften			
Höhe der monatlichen Zahlungen	vgl. Tab. 32	vgl. Fußnote ¹²	
Anzahl der Bezugsberechtigten 2004	959.580	N = 463.000 ¹³	

5.7.2 Zusätzliche Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen oder Diensten

Etwa 50 % aller Pflegehaushalte (N = 3.622) haben zusätzliche monatliche Ausgaben für soziale oder gesundheitliche Dienstleistungen. Der geschätzte Umfang beträgt etwa 355 Euro pro Monat. Etwa 9 % der Haushalte, die selbst finanzierte Dienstleistungen in Anspruch nehmen, investieren das Geld in privat beschäftigte „Haushaltshilfen“ und etwa 4 % geben ihr Geld für „Essen auf Rädern“ aus. Komplementäre und ehrenamtliche Dienstleistungen, um pflegende Angehörige von der Pflege zu entlasten, werden einmal oder zweimal pro Woche von 11 % aller unterstützungsbedürftigen Personen in Anspruch genommen (N = 1.111) (Infratest Sozialforschung 2003, S. 27 f).

¹¹ Nur für Leistungsberechtigte nach SGB XI

¹² Der Umfang der Sozialleistungen richtet sich nach der geleisteten Pflegezeit in Abhängigkeit von der Pflegestufe. Pro Woche muss eine Pflegezeit von mindesten 14 Stunden vorliegen. Der Mindestsozialbeitrag beträgt 26,7 % desjenigen eines Vollzeit-Angestellten mit einem Durchschnittsgehalt, das Maximum beträgt 80 % (Rothgang 2003a, S. 25).

¹³ Vorläufige Zahl (BMGS 2005a)

5.7.3 Steuervergünstigungen und Zuschüsse für pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige können zusätzliche „außergewöhnliche“ finanzielle Belastungen durch die Pflege bis zu einem bestimmten Betrag von der Steuer absetzen. Weitere Zuschüsse erhalten sie indirekt, indem sie z.B. kostenlos unfallversichert sind. Darüber hinaus werden pflegende Angehörige von den Arbeitsagenturen nach Beendigung der häuslichen Pflege bei der Arbeitsvermittlung und beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen bevorzugt behandelt, wenn auf Grund der Übernahme der häuslichen Pflege die eigene Berufstätigkeit aufgegeben wurde.

Die Erfahrung zeigt, dass gelegentlich Haus- oder Wohnungseigentum (meist) innerhalb der Familien überschrieben wird, was entweder als eine Art Kompensation für die geleistete Pflege bei unterstützungsbedürftigen älteren Familienangehörigen angesehen wird, oder erst den Anreiz schaffen soll, die spätere Pflege zu übernehmen. Offizielle Zahlen sind nicht verfügbar.

5.7.4 Der Beitrag der pflegenden Angehörigen / Nutzer zu den Kosten in unterschiedlichen Dienstleistungsbereichen

Tabelle 35 am Ende dieses Kapitels soll einen Überblick geben über medizinische, pflegerische, rehabilitative sowie über soziale und weitere spezielle Dienstleistungen sowie über den Beitrag zu den entstehenden Kosten für pflegende Angehörige oder Nutzerinnen und Nutzer bei Inanspruchnahme der Dienstleistung.

Im Zuge der Umsetzung der Gesundheitsreform (GMG) müssen gesetzlich Versicherte seit 1. Januar 2004 einen Beitrag zu den Kosten der Krankenversicherung leisten: U. a. pro Quartal 10 Euro Praxisgebühr. Für die Behandlung durch einen Facharzt ist die Überweisung des Hausarztes erforderlich. Die Behandlung durch einen Psychologen kann auf der Grundlage des SGB IX verordnet oder muss privat bezahlt werden. Für die Krankenhausbehandlung ist (außer in Notfällen) eine Einweisung erforderlich; eine Zuzahlung durch die Nutzer von 10 Euro pro Krankenhaustag ist bis zu einem Umfang von 28 Tagen erforderlich.

Der Wechsel in die stationäre Langzeitpflege erfolgt nach der gutachterlichen Feststellung des Pflegebedarfs und der Einstufung in eine Pflegestufe durch den MDK. Die entstehenden Pflegekosten werden auf der Grundlage des SGB XI finanziert; Hotelkosten müssen durch private Zuzahlungen finanziert werden. Der dauerhafte Aufenthalt in einer Langzeitpflegeeinrichtung kann auch durch private Ersparnisse finanziert werden.

Palliativ Care und Hospize werden durch die Krankenversicherung finanziert (SGB V, § 39a, 1,2) sowie durch Spenden und private Zahlungen. Die Besuchsdienste der Hospizorganisationen werden in erster Linie durch Ehrenamtliche getragen.

Die ambulante geriatrische Rehabilitation gilt noch weitgehend als das „missing-link“ in der geriatrisch-rehabilitativen Versorgungskette. Sie kann im

Rahmen der medizinischen Rehabilitation durch die Krankenkassen finanziert werden (SGB V, § 40,1) oder auf der Grundlage des § 26, SGB IX: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vgl. dazu auch Abschnitt 4.1.1).

Häusliche Pflege (SGB V, § 37) wird durch den Hausarzt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt für längstens 4 Wochen verordnet, um diesen zu verkürzen oder zu verhindern („Verhinderungspflege“).

Laboruntersuchungen und andere diagnostische Tests sind Teil der Behandlung durch den Hausarzt. Telemedizinisches Monitoring ist in Deutschland im Experimentalstadium und noch unterentwickelt. Die in Deutschland relativ junge Home Care-Branche bietet professionelle Beratung, Wartung und Anleitung für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige in Bezug auf den Umgang mit technischen Geräten zur Ernährung, Heimdialyse, Sauerstoffzufuhr, Beatmung und Medikamenten. Sie stellt in diesem Zusammenhang nicht die pflegerische Versorgung durch eine Pflegefachkraft dar (Home Care hat im angelsächsischen Raum eine andere Bedeutung und umfasst auch die soziale und pflegerische Betreuung durch Pflegepersonal und / oder Sozialarbeiter). Home Care nach diesem Verständnis ist Teil der medizinischen Behandlung und schließt den Gebrauch von medizinischen Geräten ein. Die entstehenden Kosten werden durch die GKV erstattet. Home Care ist ein wichtiges Versorgungsglied an der Schnittstelle zwischen stationärem und ambulanten Bereich und Teil eines integrierten Care Managements (Bundesverband Medizintechnologie e.V. 2003).

Zu den sozialen Diensten für pflegende Angehörige gehört u.a. auch die vorübergehende Einweisung eines älteren unterstützungsbedürftigen Menschen in ein Pflegeheim, um die Angehörigen zu entlasten. Hierzu zählt die Kurzzeitpflege (SGB XI, § 42). Voraussetzung ist das Vorliegen eines Gutachtens zur Feststellung des Pflegebedarfs; die Finanzierung der Hotelkosten erfolgt durch die Betroffenen bzw. die Angehörigen.

Gesetzlich Versicherte müssen sich mit 10 % an den Kosten des Transports zu ambulanten oder stationären Behandlungen beteiligen. Minimum: 5 Euro bis maximal 10 Euro (GMG 2004). Die GKV übernimmt die Kosten nur noch in Ausnahmefällen: Bei schwerwiegenden chronischen Erkrankungen, Pflegestufe 2 oder 3 und kontinuierlicher medizinischer Behandlung (Carekonkret 2004).

Die monatlichen Kosten für einen Hausnotruf variieren zwischen 18 und 39 Euro. Er wird von verschiedenen Wohlfahrtsverbänden angeboten. Die Finanzierung von Pflegehilfsmitteln erfolgt als Leistung der Pflegeversicherung bei festgestelltem Pflegebedarf (SGB XI, § 40,2) bis zu einem monatlichen Limit von 31 Euro. Alle darüber hinaus anfallenden Kosten müssen selbst finanziert werden.

Wenn eine entsprechende Wohnraumanpassung den Verbleib des unterstützungsbedürftigen älteren Menschen in den eigenen vier Wänden unterstützen

kann, übernimmt die Pflegeversicherung bei Leistungsanspruch die Wohnungsanpassung bis zu einem Maximum von 2.557 Euro (SGB XI, § 40,4).

Begleitdienste als niedrighschwelliges Dienstleistungsangebot für ältere Menschen stellen bisher kein spezifisches Regelangebot zur Entlastung von pflegenden Angehörigen dar. Begleitdienste i.w.S. können unter bestimmten Voraussetzungen insbesondere für Demenzkranke finanziert werden. Hier ist der Einsatz von entsprechend geschulten Ehrenamtlichen vorgesehen (§ 45 b, c, SGB XI). Sonstige Besuchsdienste müssen in der Regel durch private Zahlung finanziert werden und werden in einigen Regionen auch durch soziale Dienstleistungszentren angeboten. Sozialarbeiter besuchen z.B. im Rahmen der auf kommunaler Ebene organisierten sozialpsychiatrischen Dienste pflegende Angehörige von Demenzkranken im häuslichen Bereich. Sie besuchen auch im kommunalen Auftrag ältere, unterstützungsbedürftige Menschen und deren Angehörige, wenn ein Leistungsanspruch nach dem SGB XII oder SGB XI besteht und sozialer Unterstützungsbedarf eingeschätzt werden soll. Einige Dienstleistungszentren beschäftigen ebenfalls Sozialarbeiter.

Zu den speziellen Diensten für pflegende Angehörige gehört u.a. die Tagespflege (öffentlich oder privat) in Altenheimen oder Tagespflegezentren (§ 41, SGB XI). Eine Kostenbeteiligung für Mahlzeiten ist erforderlich. Es bestehen große Unterschiede in der Verfügbarkeit zwischen ländlichen und städtischen Räumen.

Die Nachtpflege zu Hause gehört zwar ebenfalls zu den teilstationären Leistungen der Pflegeversicherung (§ 41, SGB XI), ist aber als entlastendes Angebot nicht systematisch ausgebaut.

Pflegekurse gehören zum Pflichtangebot der Pflegeversicherung (§ 45, SGB XI), um pflegende Angehörige zu unterstützen. Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige werden hauptsächlich von Seniorenorganisationen auf ehrenamtlicher Basis angeboten, aber auch die Krankenkassen haben den gesetzlichen Auftrag, diese Gruppen zu unterstützen (SGB V, § 20, 4). Unterschiedliche Träger wie z.B. Wohlfahrtsorganisationen, Seniorenorganisationen, Kommunen oder die Verbraucherberatungszentren betreiben Beratungsstellen für pflegende Angehörige mit sehr unterschiedlicher Schwerpunktsetzung.

Reguläre häusliche 'Entlastungsdienste' – Begleitung und Beaufsichtigung der unterstützungsbedürftigen älteren Person für einige Stunden am Tag durch geschulte Ehrenamtliche – fokussieren insbesondere pflegende Angehörige von Demenzkranken (SGB XI, § 45 b,c.). Diese Dienstleistung ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft und bisher nicht flächendeckend und systematisch verfügbar. Finanziert wird der häusliche Entlastungsdienst mit maximal 460 € pro Jahr durch Projekte von ambulanten Pflegediensten. Das Geld wird nicht direkt an die betroffenen Angehörigen ausgezahlt.

Zeitweise, z.B. wochenweise Entlastungsdienste für pflegende Angehörige stellen kein reguläres Dienstleistungsangebot dar und werden häufig privat vom "grauen Markt" organisiert. Ein begleitendes Krisenmanagement durch

entsprechende Berufsgruppen, um einer Überlastung der pflegenden Angehörigen und der Entstehung von prekären Pflegesituationen vorzubeugen, kann z.B. im Rahmen der 'Leistungen zur medizinischen Rehabilitation' durchgeführt werden, um Beeinträchtigungen oder chronischer Krankheit bei pflegenden Angehörigen vorzubeugen, diese zu beseitigen oder zu bessern (§ 26, SGB IX). Diese Möglichkeit wird bisher zu wenig genutzt. Die Einschätzung der Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen geschieht eher mittelbar und weniger systematisch im Rahmen der Kontakte zu Hausärzten oder dem Pflegedienst.

Eine integrierte Pflegeplanung für ältere Menschen und ihren pflegenden Angehörigen befindet sich im Experimentalstadium im Rahmen eines 'Integrierten Entlassungsmanagements', ist aber im Hinblick auf die DRGs absolut notwendig.

Spezielle Dienste für pflegende Angehörige aus unterschiedlichen ethnischen Gruppen stellen bis auf Modellprojekte bisher kein reguläres Dienstleistungsangebot durch ambulante Pflegedienste dar.

Tabelle 35 Übersicht über verschiedene Dienstleistungsbereiche für ältere Unterstützungsbedürftige und pflegende Angehörige

a. Medizinische, pflegerische und rehabilitative Dienstleistungen	Genereller Zugang:			Zugang:		
	Kostenlos zum Zeitpunkt der Nutzung / komplett erstattet	Zum Teil privat bezahlt / teilweise Erstattung	Vollständig privat bezahlt	Einkommensabhängig		Abhängig vom Schweregrad
				Teilweise erstattet	Vollständig erstattet	
Hausarzt	X					
Facharzt	X					
Psychologe	X	X				
Akutkrankenhaus	X					
Stationäre Langzeitpflege	X	X				
Tagespflege	X	X				
Palliativ Care / Hospize	X	X				
Ambulante häusliche Rehabilitation	X	X				
Häusliche Pflege	X					
Laboruntersuchungen und andere diagnostische Tests	X					
Telemedizinisches Monitoring			X			X
Andere: "Home Care"	X					

b. Soziale Dienste	Genereller Zugang:			Zugang		
	Kostenlos zum Zeitpunkt der Nutzung / komplett erstattet	Zum Teil privat bezahlt / teilweise Erstattung	Vollständig privat bezahlt	Einkommensabhängig		Abhängig vom Schweregrad
				Teilweise erstattet	Vollständig erstattet	
Vorübergehende Einweisung in ein Pflegeheim, um pflegende Angehörige zu entlasten	X		X			
Betreutes Wohnen			X			
Wäschereidienste			X			
Transportdienste		X	X			
“Friseur auf Rädern”			X			
“Essen auf Rädern”			X	X		
Fußpflege			X			
Haus-Notruf		X	X			
Pflegehilfsmittel		X				
Wohnungsanpassung		X				
Begleitdienste für ältere Menschen		X	X			
Sozialarbeiter					X	X

c. Spezielle Dienste für pflegende Angehörige	Genereller Zugang:			Zugang		
	Kostenlos zum Zeitpunkt der Nutzung / komplett erstattet	Zum Teil privat bezahlt / teilweise Erstattung	Vollständig privat bezahlt	Einkommensabhängig		Abhängig vom Schweregrad
				Teilweise erstattet	Vollständig erstattet	
Tagespflege (öffentlich oder privat) in Gemeindezentren oder Pflegeheimen		X				
Nachtpflege zu Hause		X	X			
Privat finanzierte Pflegeperson			X			
Tägliche private häusliche Unterstützung (Hygiene und persönliche Betreuung)			X			
Soziale häusliche Unterstützungs- und Reinigungsdienste, "Haushaltshilfe"			X		X	
Soziale häusliche Dienste (Hygiene und persönliche Betreuung)			X		X	
Telefondienste durch Seniorenorganisationen	X					
Beratungsstellen für ältere Menschen	X					
Erholungseinrichtungen			X			
Pflegekurse	X					
Telefondienste durch Interessenverbände für pflegende Angehörige	X					
Internet Dienste			X			
Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige	X					
Beratungsstellen für pflegende Angehörige	X					
Reguläre häusliche 'Entlastungsdienste' (Begleitung und Beaufsichtigung der unterstützungsbedürftigen älteren Person für einige Stunden am Tag durch geschulte Ehrenamtliche)	nein					

c. Spezielle Dienstleistungen für pflegende Angehörige	Genereller Zugang:			Zugang		
	Kostenlos zum Zeitpunkt der Nutzung / komplett erstattet	Zum Teil privat bezahlt / teilweise Erstattung	Vollständig privat bezahlt	Einkommensabhängig		Abhängig vom Schweregrad
				Teilweise erstattet	Vollständig erstattet	
Zeitweise häusliche Dienste zur Entlastung der pflegenden Angehörigen (z.B. für eine Woche)		X	X			
Bedürfniseinschätzung	-					
Finanztransfers	-					
Krisenmanagement		X				
Integrierte Pflegeplanung für ältere Menschen und ihre Familien zu Hause oder im Krankenhaus	-					
Dienste für pflegende Angehörige aus unterschiedlichen ethnischen Gruppen	-					
Andere						

6 Diskussion: Derzeitige Trends und zukünftige Perspektiven

In Deutschland ist die Familie immer noch die wichtigste Institution in der Bereitstellung von Pflegeleistungen und die Familie ist der „größte Pflegedienst der Nation“ (Landtag NRW 2005, S. 103). Aufgrund demographischer Entwicklungen und sozialstruktureller Veränderungen in der Gesellschaft werden die zukünftigen Generationen aber weit weniger in familiäre Pflege eingebunden sein als zum gegenwärtigen Zeitpunkt. Die moralische Orientierung wird mit Blick auf die Entscheidungsfindung bei der Rollenübernahme des „pflegenden Angehörigen“ ebenfalls an Bedeutung verlieren, da die Opportunitätskosten eine zentrale Rolle zu spielen beginnen. Eindeutige Erkenntnisse über die generell steigende Arbeitsmarktbeteiligung der Frauen weisen darauf hin, dass zukünftige Gesellschaften nicht länger auf „natürliche weibliche Ressourcen“ in der häuslichen Pflege zurückgreifen können (Jenson, Jacobzone 2000; Spiess, Schneider 2001). Diese Trends werden sich in Zukunft verschärfen, da eine Abnahme des familiären Pflegepotenzials bei gleichzeitig steigenden Frauenerwerbsquoten sowie eine Zunahme der Single-Haushalte erwartet wird.

Als Folge der Rekrutierungsproblematik und eines generellen Pflegekräftemangels wird der professionelle Pflegesektor allein weder die Verantwortung für die Bereitstellung häuslicher Pflegeleistungen tragen, noch zukünftige Lücken in der pflegerischen Versorgung kompensieren können.

Die Bedarfsdeckung und Bereitstellung familiärer Pflegeleistungen wird zukünftig vorwiegend im Rahmen eines „Pflege-Mix“ erfolgreich sein und sowohl professionelle als auch informelle Pflegenetzwerke werden mehr und mehr an Bedeutung gewinnen müssen, um eine qualitativ hochwertige und bedürfnisorientierte, häusliche Pflege sicherstellen zu können.

Obwohl generell eine hohe Zufriedenheit mit den Leistungen der Pflegeversicherung konstatiert wird und diese zur Stabilisierung der häuslichen Pflege beigetragen haben (Runde et al. 1997, S. 84; Blinkert, Klie 1999, S. 163; Schneekloth, Müller 2000, S. 85; Roth, Reichert 2002, S. 15), wurden die Erwartungen im Hinblick auf mehr systematische Unterstützung, Beratung, Anleitung und Organisation der häuslichen Pflege nicht erfüllt. Rothgang bemerkt, dass sich der Trend fort von den Geldleistungen und hin zu Sachleistungen bei der häuslichen Pflege von Familienangehörigen und zu stationärer Langzeitpflege zukünftig verstärken werde, da einige säkulare Trends nicht durch die Pflegeversicherung beeinflusst wurden. Dazu gehören:

- n Eine Abnahme des familialen Pflegepotenzials,
- n steigende Frauenerwerbsquoten,
- n der Anstieg von Ein-Personen-Haushalten

- n sowie ein mittelfristig wirksamer Trend in die entgegengesetzte Richtung: weniger Witwen und ein steigendes Pflegepotenzial durch die Ehepartner (Rothgang 2003a, S. 24, Rothgang 1997, S. 131-144).

Die jüngst veröffentlichten Daten belegen, dass die Zahl der Leistungsempfänger in der ambulanten Pflege zwischen 2002 und 2003 von 1,29 Mio. auf 1,28 Mio. leicht gesunken ist, während im gleichen Zeitraum die Zahl der stationären Leistungsempfänger in der stationären Pflege von 600.000 auf 613.000 angestiegen ist. Parallel dazu sanken die Ausgaben für Geldleistungen von 4,2 Milliarden (2002) auf 4,1 Milliarden (2003).

Die Ausgaben für vollstationäre Pflege stiegen von 8 auf 8,2 Milliarden (vgl. dazu die Daten zur Pflegeversicherung: www.bmg.bund.de. Ebenso: www.vdak-aev.de/basisdaten2005htm).

6.1 Zentrale Politik- und Praxisfragestellungen

Seit Einführung der Pflegeversicherung flammt nicht nur immer wieder die Diskussion über die qualitative Angemessenheit und Passung ihrer Leistungen nach dem SGB XI auf, sondern auch der fiskalische Handlungsdruck wächst aufgrund des zunehmenden Defizits der Pflegeversicherung stetig: Es betrug 2003 bereits 700 Mio. Euro (gegenüber 380 Mio. in 2002) (ebd. vdak 2005).

Der Abschlussbericht der Rürup-Kommission zur nachhaltigen finanziellen Sicherung der Sozialsysteme vom 28. August 2003 beinhaltete u.a. Reformvorschläge zur Sozialen Pflegeversicherung, um die häusliche Pflegebereitschaft weiter zu stärken (BMGS 2003b, Busse, Wörz 2003). Neben anderen Vorschlägen sollten ab dem Jahr 2005 einheitliche Pflegesätze für ambulante und stationäre Pflegeleistungen in den Pflegestufen 1 und 2 gezahlt werden (Pflegestufe I: 400,00 €, Stufe II: 1.000,00 €). Diese Vorschläge stießen auf erbitterten Widerstand der Verbände und auch die Perspektive der pflegenden Angehörigen fand wenig Beachtung. Nach heftigen Diskussionen wurde die Reform der Pflegeversicherung vorläufig verschoben; die neue Bundesregierung hat sie nun wieder auf die Agenda gesetzt. Die sozialpolitischen Entscheidungen sind derzeit noch nicht abzuschätzen.

Mit der Einführung eines „Runden Tisches Pflege“ im Jahr 2003 wollten die Bundesministerien für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie für Gesundheit und soziale Sicherung die Reformoptionen der Pflegeversicherung sowie die von verschiedenen gesellschaftlichen Akteuren vorgetragene Klagen über die Defizite der Pflegeversicherung einer systematischen Bestandsaufnahme und Analyse unterziehen. Die Arbeitsgruppen formulierten Empfehlungen zur Verbesserung der Qualität der Betreuung und Pflege im stationären und häuslichen Bereich, zu Entbürokratisierungspotentialen und bereiteten eine „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ vor. Ziel der Charta ist es, die Rechte der Verbraucher zu stärken. Adressaten sind pflege- und hilfsbedürftige Menschen sowie ihre Angehörigen und Vertrauenspersonen.

Die Arbeitsgruppe 1 hat fünf Kernbereiche bearbeitet und praxisnahe Handlungsempfehlungen zur Mobilisierung, Unterstützung und Absicherung der Selbsthilfepotenziale von Pflegebedürftigen und privat Pflegenden in häuslicher Pflege vorgelegt. Sie empfiehlt, pflegende Angehörige und privat Helfende durch qualifizierende und psychosoziale Hilfe- und Unterstützungsangebote stärker zu entlasten, die Vereinbarkeit von privater Pflege und Erwerbstätigkeit stärker zu fördern und eine Koordination präventiver, betreuender, rehabilitativer, therapeutischer und pflegerischer Leistungen durch den Aufbau kommunaler Kooperationsnetzwerke sowie ein personenbezogenes Case Management (Krämer et al. 2005).

Der „Runde Tisch Pflege“ unterstreicht und erweitert damit die in dem Modellprojekt „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ gesammelten Erkenntnisse und Erfahrungen (BMFSFJ 2003). Die Diskussionen und Entwicklungsaufgaben konzentrieren sich u.a. auf folgende Themenkomplexe und Handlungsfelder:

- n Gesprächsangebote zum Austausch von Erfahrungen sowie die weitere Qualifikation für pflegende Angehörige, welche zu den Schlüsselementen der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege gehören;
- n die Mobilisierung neuer Versorgungs- und Selbsthilfepotenziale einschließlich Trainingskonzepten für Ehrenamtliche („Tagesmütter“) sowie die Einrichtung von Freiwilligen-Agenturen als inhärentem Bestandteil eines umfassenden Dienstleistungsnetzwerks;
- n die Verbesserung der Netzwerkbildung zur Kooperation und Koordination sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen;
- n neue Formen „kommunaler Wohngemeinschaften“ jenseits der Dichotomie ambulant-stationär insbesondere für Demenzkranke, um die pflegenden Angehörigen zu entlasten (Roth, Reichert 2002) sowie
- n die Entwicklung und Bereitstellung integrierter Versorgungs- und Managementkonzepte in Form von „Gesundheitszentren“ oder interdisziplinären Dienstleistungsnetzen mit einem umfassenden Versorgungsangebot (ebd. S. 21).

Obwohl eine ausreichende Bereitstellung von „klassischen“ Sachleistungen vorhanden ist, bestehen deutlich sichtbare Lücken im Netzwerk niedrigschwelliger pflegerischer und ehrenamtlicher Dienstleistungen wie z.B. Besuchsdienste (Forum Sozialstation 2003).

In den letzten Jahren wurde eine breite Angebotspalette an unterschiedlichen gemeindeorientierten Modellprojekten, Initiativen und Aktionsplänen entwickelt, die in den einzelnen Bundesländern von verschiedenen Organisationen, Verbänden und Stiftungen initiiert und finanziell getragen werden.

In vielen Städten gibt es inzwischen Beratungs- und Hilfstelefone, die Unterstützung und Beratung in schwierigen häuslichen Lebens- und / oder Pflegesituationen anbieten. Ihre Adressaten sind ältere unterstützungsbedürftige Menschen in häuslicher oder stationärer Langzeitpflege sowie pflegende Angehö-

rige. Daher sind zentral organisierte Beratungszentren in den Bundesländern die Ausnahme. Der Bedarf an Beratung, Schulung, Anleitung und Information ist hoch und es ist zu vermuten, dass diese Bedarfe zukünftig noch ansteigen (Sowarka et al. 2002). Um die Beratungsprozesse insbesondere in prekären oder schwierigen Pflegesituationen zu erleichtern, sollten Elemente des Case- und Care-Managements konzeptionell zur Anwendung kommen, denn schwierige Pflegesituationen erfordern umfassende Koordinationsstrukturen (Schulz-Nieswandt 1999, Wissert 1999).

6.2 Mehr staatliche oder mehr familiäre Unterstützung, mehr Dienstleistungen oder mehr Geld?

Begrenzte ökonomische Ressourcen erfordern es, sich stärker auf die Organisationsstrukturen der Dienste und ihrer Leistungen zu konzentrieren und verstärkte Anstrengungen im Hinblick auf ihre Koordination und Kooperation zu unternehmen sowie Synergieeffekte zwischen allen Akteuren in gerontologischen Handlungsfeldern herzustellen. Obwohl ein breiter Konsens über die Notwendigkeit der Kooperation, Koordination und Netzwerkbildung herrscht, wird das „Kernproblem“ der schwierigen Umsetzung in den vorherrschenden „Partikularinteressen“ sowie im Anbieterwettbewerb gesehen. Durch lokale Netzwerke im Dienstleistungsangebot kann den Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen und der unterstützungsbedürftigen älteren Menschen besser Rechnung getragen werden. Abgesehen von einer Vielzahl von Modellprojekten in den letzten Jahren ist Netzwerkbildung weiterhin der „blinde Fleck“ bei der gesetzlichen Leistungserbringung (Schneekloth 2002; Kofahl et al. 2003).

Die Bedarfe nach mehr professionellem Controlling und Management von innovativen Pflegearrangements werden außerhalb des informellen Pflegenetzwerks zunehmen. Im Rahmen „gemischter Pflegearrangements“ sollten alle professionellen Akteure und Leistungsanbieter ihre eigene Rolle neu definieren, um pflegende Angehörige stärker als Partner wahr zu nehmen und neue Case- und Care-Management Strukturen entwickeln.

Die Weiterentwicklung innovativer Dienstleistungsstrukturen sollte folgende Elemente umfassen:

- § die Entwicklung und Bereitstellung von integrierten Pflege- und Managementkonzeptionen in einer Art „Gesundheitszentrum“ oder multidisziplinären *Service Netzwerken* mit einem umfassenden Angebot an Diensten, um die Angebotspalette transparenter und effektiver zu gestalten;
- § die Entwicklung und Einrichtung von neuen Formen „Betreuten Wohnens“ für Demenzkranke jenseits der Dichotomie ambulant-stationär, um es älteren Menschen zu ermöglichen, solange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben. Dies könnte stationäre Langzeitpflege vermeiden helfen und pflegende Angehörige – auch finanziell – entlasten;

- § die Beseitigung von Versorgungslücken an den Schnittstellen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor durch ein systematisches Entlassungsmanagement in Kooperation mit den Krankenhausärzten, anderen professionellen Diensten, den Hausärzten sowie den pflegenden Angehörigen, um einen Qualitätsverlust in der pflegerischen Versorgungskette für ältere Menschen zu verhindern;
- § die verstärkte Einbindung, Beratung und Unterstützung der Angehörigen, wenn ältere unterstützungsbedürftige Menschen sich in stationärer Pflege und Behandlung befinden. Dadurch wird Angehörigen frühzeitig die Gelegenheit gegeben herauszufinden, welche Probleme auf sie zukommen, wenn der unterstützungsbedürftige ältere Mensch zurück in die häusliche Umgebung entlassen wird und sie die Rolle der / des pflegenden Angehörigen übernehmen wollen oder müssen;
- § den weiteren Ausbau des Angebotes von Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige, um Erfahrungen austauschen zu können;
- § die Weiterbildung von professionellen Pflegekräften in gerontopsychiatrischer und geriatrischer Pflege;
- § die Einführung und sozialrechtliche Berücksichtigung von "Präventiven Hausbesuchen", um die Situation von pflegenden Angehörigen und der unterstützungsbedürftigen älteren Menschen umfassend einschätzen zu können;
- § eine bessere Schulung der professionellen Pflegekräfte, um komplementäre Bedarfe zur Entlastung von pflegenden Angehörigen mit Hilfe standardisierter Assessment-Instrumente einschätzen zu können;
- § einen weiteren Ausbau von Kurzzeitpflegeplätzen;
- § die Weiterentwicklung und Konturierung der Palliativpflegeeinrichtungen und Hospize mit gemischten Pflegearrangements, bestehend aus Ehrenamtlichen, pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegekräften¹⁴. Anstrengungen sollten verstärkt werden, um die Hausärzte zu motivieren, mehr häusliche Palliativpflege zu verordnen.

6.3 Forschungsstand und zukünftige Bedarfe – vernachlässigte Bereiche und Innovationen

Mit Blick auf die Organisation von Arbeit während des Erwerbsarbeitslebens wird die Lebenslaufperspektive immer noch vernachlässigt. Das System der sozialen Sicherung orientiert sich auch in der Europäischen Gemeinschaft eng an traditionellen Lebenslaufmustern, denen ein (insbesondere männliches)

¹⁴ Dieser Bereich benötigt verstärkt öffentliche Aufmerksamkeit, um dadurch auch die pflegenden Angehörigen zu entlasten. Nur etwa 6 % der 850.000 unheilbar Kranken oder Sterbenden in Deutschland wird in einer der 1310 ambulanten Hospizeinrichtungen, in 116 stationären Hospizen oder auf einer der 92 Palliativstationen, die es derzeit (2004) in Deutschland gibt, betreut.

kontinuierliches Vollzeitwerbsmodell zugrunde liegt. Dieses Modell wird zunehmend obsolet und neue und flexiblere Strukturen aus der Perspektive lebenslangen Lernens werden benötigt.

In Deutschland sind es meist die höher qualifizierten Angestellten, welche flexiblere Arbeitszeitmodelle für sich in Anspruch nehmen, um die Vereinbarkeit von Arbeit und pflegerischen Aufgaben herstellen zu können. Geringer qualifizierte Angestellte sind hier benachteiligt. Der Anstieg kleinerer und eher instabiler Familienformen sowie steigende Frauenerwerbsquoten könnten die familialen Hilfenetzwerke unterminieren und die Bereitstellung von Gesundheits- und Versorgungsleistungen innerhalb der Familien schwieriger gestalten. Ökonomische Fragen hinsichtlich der Beschäftigungsquoten sowie der Vereinbarkeit von Arbeitserfordernissen mit sozialen und familialen Zielsetzungen könnten besonders schwierig werden und sind eine zentrale Herausforderung für nationale und politische Entscheidungsträger auf EU-Ebene (European Foundation 2003).

Zeitsouveränität sollte als ein wichtiger Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität angesehen und als ein zentraler Referenzpunkt geschaffen werden, damit sowohl Männer als auch Frauen ihr Leben flexibler planen und die Arbeitserfordernisse und Pflegeaufgaben miteinander vereinbaren können. Es sollte einen Anspruch auf Rückkehr in den Beruf nach einer Phase der häuslichen Pflege geben, ebenso wie nach dem Erziehungsurlaub. Kritiker befürchten allerdings, dass dies wieder dazu führen könnte, dass es (wieder bzw. weiterhin) die Frauen sein werden, die dann die Hauptlast der häuslichen Pflege zu tragen haben.

Die möglichen Strategien zur zukünftigen Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und familiärer Pflege sollten auch eine Politik in Richtung „Wohlfahrts-Mix“ verfolgen und öffentlich-private Partnerschaften fördern. Diese sollten ehrenamtliche und informelle Arbeit einschließen. Auch Migration und andere Mechanismen können genutzt werden, um den Pool an geringer qualifizierten Arbeitskräften zu erhöhen sowie die Verbesserung und Differenzierung von Diensten oder die Professionalisierung pflegerischer Arbeit zu fördern. Gleichzeitig sollten verstärkt höher qualifizierte Arbeitskräfte für dieses Arbeitsfeld gewonnen werden.

Ein fast völlig vernachlässigter Bereich ist die Untersuchung der Arbeitssituation der privat angestellten „Pflegekräfte“ und Migrantinnen in der häuslichen Pflege. Insgesamt sollte dem Privathaushalt in seiner neuen Rolle als privatem Arbeitgeber generell mehr öffentliche Aufmerksamkeit geschenkt werden, insbesondere im Hinblick auf die Initiierung politischer Maßnahmen zur Sicherstellung der Qualität der häuslichen Pflege. Die ökonomische Unterscheidung zwischen der Öffentlichkeit und dem Privathaushalt könnte aufgehoben und dadurch auch die Schwierigkeiten in der Bereitstellung häuslicher Pflege einer breiteren Öffentlichkeit bekannter gemacht und die Rolle der professionellen Pflege gestärkt werden (Thiessen 2002).

Wichtige zukünftige Forschungsbereiche, denen sowohl von der gerontologischen Forschung als auch von Seiten der Pflegeforschung stärkere Beachtung geschenkt werden sollten sind u.a.:

- n Forschungen zur Frage der Gewalt gegen ältere Menschen in Privathaushalten und stationären Pflegeeinrichtungen, denn in diesem Bereich liegen derzeit zu wenig Forschungsergebnisse vor (Hirsch 2000);
- n gesundheitliche und pflegerische Dienstleistungen für ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger und das Thema häusliche Pflege in ausländischen Familien. Diese Frage wird in Deutschland nahezu vernachlässigt und bis auf wenige gerontologische und pflegewissenschaftlich ausgerichtete Projekte und kommunale Aktivitäten besteht hier ein Mangel an umfassenden Versorgungskonzepten (Deutscher Bundestag 2002, S. 266-269). Gerling (2003) schreibt dazu, dass *“bisher nur wenige Anstrengungen unternommen worden seien, um von den Erfahrungen anderer Länder zu lernen“* (ebd. S. 216).

Das an der Universität Dortmund durchgeführte EU-Projekt *“Services for Elders from Ethnic Minorities“* – SEEM - förderte im Ergebnis eine lange Mängel-liste zutage: So besteht bei den Diensten generell ein Mangel an Kooperation und Vernetzung und an Politikberatung, ein starker Wettbewerb zwischen Selbsthilfegruppen und Wohlfahrtsorganisationen, ein zögerliches Verhalten des freiwilligen Sektors, ein Mangel an Informationen über die Situation älterer Migranten, kaum sichtbare Bedürfnisse und Nachfragen auf Grund einer schwachen Lobby, ein Mangel an politischer Einflussnahme, Information und Beratung zu kommunalen muttersprachlichen Dienstleistungsangeboten sowie ein Mangel an Verbindlichkeit bei den Verantwortlichen¹⁵ (Gerling, Miller 2002; Gerling 2003a, S. 20 - 21). Die Leistungsanbieter sind auf die spezifischen Bedürfnisse ausländischer Mitbürgerinnen und Mitbürger nicht eingerichtet und kulturelle, sprachliche sowie religiöse Barrieren machen es für sie noch schwieriger, entsprechende Dienste in Anspruch zu nehmen.

- n die Versorgungsforschung sollte auch Modellprojekte zu neuen Pflegekonzepten und Servicestrukturen begleiten und insbesondere die Auswirkungen der Einführung der „persönlichen Budgets“ (§ 8 Abs. 3 SGB XI) untersuchen. Das Ziel der „persönlichen Budgets“ ist u.a. eine größere Kundensouveränität für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige, um auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Dienste auf dem Pflegemarkt einkaufen zu können. Im Rahmen des Gesetzes zur Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX) wurden die persönlichen Budgets bereits in verschiedenen Modellprojekten erprobt, um die Kundenautonomie bei der

¹⁵ Mit Blick auf die Konsequenzen und die zukünftige Entwicklung sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen wird dieses Thema immer noch kontrovers diskutiert: Einerseits wird ein stabiles familiales Pflegepotenzial in Migrantenfamilien angenommen, sodass vorläufig keine Veränderungen in der Nachfrage nach entsprechenden Diensten zu erwarten seien. Andererseits wird auch in Migrantenfamilien mit einer zunehmenden Erosion des Pflegepotenzials gerechnet, welches die Entwicklung entsprechender Dienstleistungen erforderlich macht.

Entscheidungsfindung zu stärken (Wansing et al. 2003); Derzeit (Laufzeit 2003-2008) läuft im Rahmen der Experimentierklausel des § 8 Abs. 3 SGB XI in ausgesuchten Modellregionen ein Projekt zur Erprobung der „persönlichen Budgets“¹⁶;

- n Forschung ist erforderlich bei der Entwicklung diagnostischer Instrumente wie z.B. in der Telemedizin für die (Früh)-diagnose der Demenz und zur Verbesserung der medizinischen Behandlung von Demenzkranken durch speziell fortgebildete Ärzte (BMFSFJ 2002).

6.4 Entwicklung von neuen Technologien, um pflegende Angehörige zu unterstützen

Die Nachfrage nach und das Angebot an technischen Neuerungen ist auf Grund der demographischen Entwicklungen in unserer Gesellschaft groß und in den letzten Jahren hat sich in Deutschland ein Markt innovativer „Gerontechnologien“ bzw. eine „Seniorenwirtschaft“ entwickelt, die ältere Menschen auch als Konsumenten in den Mittelpunkt rücken. Mittlerweile hält dieses Marktsegment ein breites Spektrum an technischen Hilfsmitteln, Geräten und Wohnraumausstattungen für ein barrierefreies Wohnen bereit, um älteren und / oder unterstützungsbedürftigen Menschen und ebenso pflegenden Angehörigen das Leben in den eigenen vier Wänden zu erleichtern, funktionelle Handikaps oder Behinderungen zu kompensieren oder ihnen vorzubeugen. So untersucht z.B. die Deutsche Gesellschaft für Gerontotechnik in Iserlohn Angebote für Senioren im Hinblick auf ihren Komfort, die Nutzerfreundlichkeit, Sicherheit, Funktionalität, Ästhetik und ansprechendes Design (www.gerontotechnik.de). Viele größere Städte bieten ständige Industrieausstellungen und Beratungsleistungen an, damit sich ältere Menschen über das Angebot und die Möglichkeiten der Wohnraumanpassung informieren können.

Auf dem Gebiet der biomedizinischen Sensortechnik werden elektronische Systeme entwickelt, die in Wohnungen oder Häuser eingebaut werden können – „smart housing“ –, um diese sicherer zu machen, Menschen zu schützen, die fachgerechte Nutzung von elektrischen Geräten, Energie usw. zu gewährleisten sowie die Bedienung der Geräte oder Einrichtungsgegenstände bedürfnisorientiert und komfortabler zu gestalten.

Obwohl mittlerweile ein breites Angebot an IT-Dienstleistungen besteht, sind die Qualitätskontrollen dieser Dienstleistungsangebote noch unterentwickelt. Mehr anwendungsorientierte Forschung auf diesem Gebiet ist erforderlich (BMFSFJ 2002), um insbesondere Ergebnisse im Hinblick auf den Einsatz elektronischer Kommunikations- und Informationssysteme zur Unterstützung pflegender Angehöriger zu erhalten, den positiven oder negativen Auswirkun-

¹⁶ Die Projektleitung liegt beim Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege (AGP) der EFH Freiburg, wissenschaftlich begleitet wird es vom Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft (FIFAS) sowie dem Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung in Mannheim (ZEW) (siehe auch: www.pflegebudget.de).

gen auf das persönliche Wohlbefinden, die Prävention gesundheitlicher Störungen, die generelle Nutzerakzeptanz sowie die Qualität der technischen Unterstützung durch professionelle Leistungsanbieter. Sowohl von der Gerontologie als auch der Pflegeforschung sollte häusliches elektronisches Gesundheitsmonitoring als zukunftsweisende Strategie in der Unterstützung von pflegenden Angehörigen wahrgenommen werden.

6.5 Fazit

Das Angebot an gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen für ältere Menschen ist in Deutschland groß. Allerdings bedeutet die Entwicklung von innovativen Ansätzen und deren nachhaltige Implementation eine umfassende Koordination und Kooperation der Angebote im Sinne eines Case-Managements. Dies verlangt von allen Akteuren die Bereitschaft, träger- und leistungsrechtlich übergreifend zu denken und zu handeln. Erfolgversprechende Ansätze und Modellprojekte, die im Rahmen gerontologischer und pflegewissenschaftlicher Forschungen durchgeführt wurden und werden, zeigen, dass Koordination und Kooperation als Methoden einer Vernetzung nicht nur die Veränderung der Angebotsstrukturen in der Praxis betreffen, sondern vernetztes Denken auch in den Köpfen der gesellschaftlichen Akteure und Verantwortlichen verinnerlicht werden muss.

7 Literatur

Altenhilfestrukturgesetz. (Vorlage). 2002. Verfügbar unter: www.bmfsfj.de (vom 15.4.2002)

[Anonymus]. 2004. Bundesausschuss: Neue Definition von chronischer Krankheit. In Carekonkret Woche 5 (7): S. 3

ASAV - Anwerbestedoppausnahmeverordnung - 2002. BGBl. I: 575

BAGA e.V. – Bundesarbeitsgemeinschaft der Alten- und Angehörigenberatung. Ohne Jahr. Standards psychosozialer Beratung von alten Menschen und Angehörigen. Zu beziehen über: Beratungsstelle für ältere Bürger und ihre Angehörigen. Norderstedt. Tel: 040 / 5288383-0

BAGA e.V. – Bundesarbeitsgemeinschaft der Alten- und Angehörigenberatung, (Hrsg.) 1999. Wege aus dem Labyrinth der Demenz. Projekte zur Beratung und Unterstützung von Familien und Demenzkranken. Ein Praxishandbuch für Profis. Münster: Verlag Alexianer-Krankenhaus GmbH

BAG – Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. (Hrsg.). 2004. Gronemeyer, R, Fink M, Globisch M, Schumann F. Helfen am Ende des Lebens. Hospizarbeit und Palliative Care in Europa. Band VII der Schriftenreihe. Der Hospiz Verlag, Wuppertal

BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen in Deutschland. 2002. Positionspapier zu "Gewalt gegen Ältere". Bonn

BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen in Deutschland. 2003. Positionspapiere zum Vorschlag der Rürup-Kommission zur Reform der Pflegeversicherung sowie zum Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen. Bonn.

Bäcker G, Stolz-Wittig B. 1997. Betriebliche Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Schriftenreihe des BMFSFJ. Band 106 / 2. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Bäcker G, Bispinck R, Hofemann K, Naegele G. 2000. Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Band 2: Gesundheit und Gesundheitssystem, Familie, Alter, Soziale Dienste. 3. Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag

Beck B, Naegele G, Reichert M, Dallinger M. 1997. Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Schriftenreihe des BMFSFJ. Band 106 / 1. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Bergstrom T. 1989. A Fresh Look at the Rotten Kid Theorem – and other Household Mysteries. Journal of Political Economy. 1989. 97 (5), S. 1138-59

Blinkert B, Klie T. 1999. Pflege im sozialen Wandel. Hannover: Vincentz Verlag

BMFSFJ (Hrsg.). 2000. Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege: betriebliche Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger. Bonn: Broschürenstelle des BMFSFJ

BMFSFJ (Hrsg.) 2001. Zweiter Altenbericht der Bundesregierung ‚Wohnen im Alter‘. Berlin

BMFSFJ (Hrsg.). 2001a. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Bonn

BMFSFJ (Hrsg.). 2002. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn

BMFSFJ (Hrsg.). 2003. Dialog (5). Newsletter des Modellprogramms "Altenhilfestrukturen der Zukunft"

BMG. 2003a. Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Berlin

BMG. 2003b. Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Berlin

BMG 2003c. Geriatrische Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn

BMG. 2005. Runder Tisch. Verfügbar unter: [http // www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/pflege/4187.cfm](http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/pflege/4187.cfm)

BMG. 2005. Soziale Pflegeversicherung – Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen

BMG. 2005a. Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (04 / 05)

Borchelt M, Steinhagen-Thiessen E. 2001. Ambulante geriatrische Rehabilitation – Standortbestimmung und Perspektiven. Z Gerontol Geriat 34. Supplement 1: S. 21-29

BPA – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. 2005 Positionspapier Nr. 37 / 05: Häusliche Pflege: Legale Beschäftigung fördern – Schwarzarbeit schärfer sanktionieren. Vorgestellt am 26.5. 2005 in Berlin. Verfügbar unter: www.bpa.de

Braun M. 2003. Das DRG- System und seine Auswirkungen insbesondere auf die Geriatrie. Z Gerontol Geriat 36: 177-180

Braun B, Müller R. 2003. Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band XXVI. Schwäbisch Gmünd: GEK Edition

Brzank P, Hellbernd H, Maschewski-Schneider U. 2003. Häusliche Gewalt gegen Frauen. Public Health Forum 39 (11): S. 13

BtÄnG – Betreuungsrechtsänderungsgesetz. 1998. BGBl. I. 1580; geändert 6 / 2000

- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung. 1999. Perspektiven der künftigen Raum- und Siedlungsentwicklung. Heft 11 / 12. Bonn: Selbstverlag
- BSHG – Bundessozialhilfegesetz. 1984. BGBl I 1961,815,1875
- Bundesverband Medizintechnologie e.V. 2003. Homecare – BVMed – Gesundheit gestalten. Berlin
- Busch S. 2000. Strukturen der gesundheitlichen Versorgung – eine Bestandsaufnahme. In: Walter U, Altgeld T, (Hrsg.). 2000. Altern im ländlichen Raum. Frankfurt am Main: Campus Verlag
- Busch S. 1999. Analyse belegt kleinräumige Versorgungsstrukturen. Public Health Forum Heft 25 (7): S. 9
- Busse R. 2002. Länderbericht ‚Germany‘. In: Health care systems in eight countries: trends and challenges. European Observatory on Health Care Systems. London: The London School of Economics and Political Science S. 48-60
- Busse R, Wörz M. 2003. German plans for „health care modernisation“. In: eu-rohealth 9 (1) S. 21-24
- Daatland SO, Herlofson K, Motel-Klingebiel A, Zeman S. 2003. Wechselwirkungen von familialer Hilfe und Unterstützung durch den Wohlfahrtsstaat. Ergebnisse aus dem Projekt OASIS. In: DZA, (Hrsg.). Informationsdienst Altersfragen. Heft 4 (30)
- Dallinger U. 1997. Erwerbstätige Pflegepersonen älterer hilfe- und unterstützungsbedürftiger Menschen in der Bundesrepublik Deutschland: Partizipation im und Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Sekundäranalyse der Studie "Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung". In: Beck B, Naegele G, Reichert M, Dallinger M. 1997. Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Schriftenreihe des BMFSFJ, Band 106 / 1. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Dialog 5 (2) 2003. Newsletter des Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, (Hrsg.). Berlin
- Deutscher Bundestag. 1998. Zweiter Zwischenbericht der Enquête-Kommission "Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik". Bundestags-Drucksache 14 / 8800
- Deutscher Bundestag. 2002. Schlussbericht der Enquête-Kommission "Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik". Drucksache 14 / 8800
- Deutsche Gesellschaft für Gerontotechnik® mbH. Informationen unter: [http // www.gerontotechnik.de](http://www.gerontotechnik.de)

- DiP. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung. 2003. Pressemitteilung vom 26.6.2003: Repräsentative Erhebung zur Pflegepersonalsituation in der stationären Altenhilfe
- DiP. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung. 2003a. Case Management und Unterstützung für pflegende Angehörige. (7 / 2003 – 6 / 2005) www.dip.de
- Döhner H, Kofahl C. 2001. Chapter 3 'Germany'. In: Philp I, (Ed.). Family Care Of Older People In Europe – COPE –. Amsterdam, Berlin, Oxford, Tokyo, Washington, DC: IOS Press
- Döhner H, Bleich C, Kofahl C, Lauterberg J. 2002. Case Management für ältere Hausarztpatientinnen und -patienten und ihre Angehörigen: Projekt Ambulantes Gerontologisches Team – PAGT. Schriftenreihe des BMFSFJ, Band 206. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Döhner H. 2002. Care und Case Management für chronische kranke alte Menschen. Das Hamburger Modell zur vernetzten Versorgung. In: Trojan A, Döhner H. (Hrsg.). Gesellschaft, Gesundheit, Medizin. Erkundungen, Analysen und Ergebnisse. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- Döhner H, Stamm T (Hrsg.). 2005. Geriatrische Qualifizierung für Hausärzte. Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines interdisziplinären Fortbildungskonzeptes. Münster: LIT Verlag
- DZA. Deutsches Zentrum für Altersfragen. 2003. Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege am DZA. Verfügbar unter: www.dza.de/allgemein/politik-rundertisch.de (Oktober 2003)
- DZFA – Deutsches Zentrum für Alternsforschung an der Universität Heidelberg. Projektbericht zum Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation – GeReNet.Wi – unter: [http // www.dzfa.uni-hd.de / afe / projekte_gerenet.html](http://www.dzfa.uni-hd.de/afe/projekte_gerenet.html)
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 2002. Care workers: matching supply and demand. Employment issues in the care of children and older people living at home. Conference Report. Sheffield Hallam University. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 2003. Monitoring quality of life in Europe. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities
- Eurostat Datashop. 2003. Population and Social Conditions; Demography
- Ewers M, Schaeffer D. (Hrsg.). 2003. Palliativ-pflegerisch tätige Hausbegleitdienste in NRW. Ergebnisse der Begleitforschung. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld (PO3 –121)
- Forum Sozialstation. 12 / 2003. Newsletter Forum aktuell (125)

- Forum Sozialstation. 9 / 2004. Newsletter Forum aktuell (9)
- Fuhrmann R. 2001. Übersicht über die Versorgungsstrukturen der klinischen und rehabilitativen Geriatrie und ihre Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland. *Z Gerontol Geriat* 34 Suppl. 1: S. 16-20
- Gerling V. 2003. Die britische und deutsche Antwort der Altenhilfe auf zugewanderte Senioren/innen im Vergleich. *Z Gerontol Geriat* 36: 9 216-222
- Gerling V. 2003a. Social Services for Elderly from Black and Ethnic Minorities in Dortmund – Background Report –. University of Dortmund
- Gerling V, Miller M. 2003. SEEM (Phase I) Soziale Dienste für ältere Angehörige schwarzer und ethnischer Minderheiten in Leeds (Großbritannien), Lille (Frankreich), Dortmund (Deutschland) und Göteborg (Schweden). Zusammenfassung des Abschlussberichtes 2003. Universität Dortmund
- GMG. 2003. Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz). *Bundesgesetzblatt* 2003. Teil I Nr. 55. Bonn
- GSiG. 2002. Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. *BGBL*. I S. 1462. Bonn
- GRG. 1998. Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen. In: *Sozialgesetzbuch und Reichsversicherungsordnung*. 21. Auflage: dtv
- Görgen T, Kreuzer A, Naegele B, Krause, S. 2002: Gewalt gegen ältere Menschen im persönlichen Nahraum. Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines Modellprojektes. Band 217 der Schriftenreihe des BMFSFJ. Stuttgart: Kohlhammer
- Gräßel E. 1998a. Häusliche Pflege demenziell und nicht demenziell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. *Z Gerontol Geriat* 31: S. 52-56
- Gräßel E. 1998b: Häusliche Pflege demenziell und nicht-demenziell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. *Z Gerontol Geriat* 31: S. 57-62
- Hartmann E, Heinemann-Knoch, M. 2002: Kurzzeitpflege in der Region. Teil I und II. Schriftenreihe des BMFSFJ. Band 205, Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Haupt H. 2001: Situation der ambulanten Pflege in Sachsen-Anhalt. Kurzfassung. Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales. Ohne Verlag
- HeimG – Heimgesetz. *BGBI* I 1974, 1873, zuletzt geändert 2005 I 818
- HeimPersV. Heimpersonalverordnung. 1998. *BGBI*. I: 1506
- Heusinger von Waldegg G, Stamm T. 2002. Möglichkeiten der Qualifizierung des Hausarztes in der ambulanten Geriatrie. Unveröffentlichter Vortrag. DGGG-Kongreß: 'Altern in Würde und Solidarität' am 27.9.02. Dresden

- Hirsch RD, Brendebach Ch. 1999. Gewalt gegen alte Menschen in der Familie: Untersuchungsergebnisse der "Bonner HsM-Studie". In: Z Gerontol Geriat 32 (6): S. 449-455.
- Hirsch RD. 2000. Gewalt in der Pflege: ein drängendes gesellschaftliches Problem. Manuskript für den Ausschuss für Menschenrechte und Humanitäre Hilfen des Deutschen Bundestages in Berlin. Verfügbar unter: www.gruppenanalyse.com/ (21.5.2001)
- Hirsch RD, Meinders F. 2000. "Und bist Du nicht willig...". Gewalt in der häuslichen Pflege von Demenzkranken. In: psychomed 12 (4): 211-216
- Hoffmann E. 2003. Menschen mit Behinderungen. GeroStat in: DZA, (Hrsg.). Informationsdienst Altersfragen 5 (30)
- IBM. Betriebsratswahl-Kurier. April 2002. www.ibm.verdi.de.
- IDW – Informationsdienst Wissenschaft e.V. Pressemitteilung vom 30.5.2005. Die alternde Gesellschaft braucht Haushaltshilfen und Pflegekräfte – IAT Studie. www.idw-online.de
- Igl G. 1995. Das neue Pflegeversicherungsrecht. München: C.H. Beck.
- Infratest Sozialforschung. 2003. Hilfe- und Unterstützungsbedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. München
- Jenson J, Jacobzone S. 2000. Care Allowances For the Frail Elderly and Their Impact on Female Care-Givers. OECD. Labour Market and Social Policy Occasional Papers, 41. Paris: OECD
- Kauss T, Kühnert S, Naegele G, Schmidt W, Schnabel E. 1998. Vernetzung in der ambulanten Versorgung. Die Schlüsselstellung des Hausarztes. Dortmund: Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik. Münster: LiT- Verlag
- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe. 2003. Pflegeangebote sind bei der Bevölkerung größtenteils unbekannt. In: Pro Alter 1: S. 25-26.
- Klenner Ch. 2002. Geschlechtergleichheit in Deutschland. Aus Politik und Zeitgeschichte B33-34: S. 17-28
- Klie T. 1996. Pflege im sozialen Wandel. Wirkungen der Pflegeversicherung auf die Situation Unterstützungsbedürftiger. Z Gerontol Geriat. 31: S. 387-391.
- Klie T, Blaumeister H. 2002. Perspektive Pflegemix. In: Klie T, Entzian H, Buhl A, Schmidt R. (Hrsg.). Das Pflegewesen und die Unterstützungsbedürftigen. S. 132-152. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- Klie T, Schmidt R. (Hrsg.). 1999. Die neue Pflege alter Menschen, Band 15 der Reihe Angewandte Alterskunde. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- Kofahl C, Dahl K, Döhner H. 2004. Vernetzte Versorgung für ältere Menschen in Deutschland. Gerontologie Band 8. LIT Verlag, Münster

Kofahl C, Döhner H. 1997. Kooperation in der Primärversorgung. In: Organisationsgruppe Studentische Fachtagung Bremen, (Hrsg.). PflegekultTour 2001. Impulse und Perspektiven. Fünftes Jahrbuch der Studentischen Fachtagung Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag. S. 107-131

Kolip P, Güse, HG, Elmshäuser E, Leugner M, Müller-Russell M, Pfuhl J. 2002. Untersuchung zur Strukturveränderung der Inanspruchnahme in der Kurzzeitpflege (KZP) nach dem PflegeVG unter besonderer Berücksichtigung der KZP nach Krankenhausaufenthalt. Projektbericht. Universität Bremen

Krämer K, Petzold Ch, Sulmann D. 2005. Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der Qualität der Betreuung und Pflege: Zu den Ergebnissen der Arbeitsgruppen am Runden Tisch Pflege. In: DZA (Hrsg.) Informationsdienst Altersfragen. 32 (6) Berlin.

Kritikos A, Bolle F. 2002. Utility versus Income-Based Altruism – in Favor of Gary Becker – Diskussionspapier 180. Europa-Universität Viadrina Frankfurt / Oder. FB Ökonomie

Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf 2005

Lichte T. 2000. Ärztliche Primärversorgung im ländlichen Raum zwischen Anspruch und Wirklichkeit – Erfahrungen und Gedanken eines Allgemeinarztes. In: Walter U, Altgeld T. (Hrsg.). Altern im ländlichen Raum. Frankfurt am Main: Campus Verlag

Lohse S., in Zusammenarbeit mit Döhner H, Kofahl C. 2001. Erfahrungen und Ergebnisse einer bezirklichen Pflegekonferenz als Modellprojekt in Hamburg. Abschlussbericht über die Harburger Pflegekonferenz. Vervielfältigtes Manuskript., Bezirksamt Harburg, Hamburg

MWBO. Musterweiterbildungsordnung I.23.B.1 Fakultative Weiterbildung Geriatrie. Bundesärztekammer. 95. Ärztetag Köln

Naegele G, Barkholdt C, de Vroom B, Andersen J.G, Krämer K. 2003: A new organisation of time over working life. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Dublin. Office for Official Publications of the European Communities: Luxembourg

Ohne Autor. 2005. ver.di: Einbindung der Pflege gefordert. Carekonkret 9, S.3 2005

PfIEG – Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz. 2001. BGBL. I S. 3728, Teil I 70

Philp I, (Ed.). Family Care Of Older People In Europe – COPE. Amsterdam, Berlin, Oxford, Tokyo, Washington, DC: IOS Press

PQsG – Pflege-Qualitätssicherungsgesetz. 2001. BGBL. I S. 1149

Reichert M, Naegele G. 1997. Betriebliche Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer – Internationale Erfahrungen- In: Beck B, Naegele G, Reichert M, Dallinger M. 1997. Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Schriftenreihe des BMFSFJ. Band 106 / 1. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Reichert M, Naegele G. 1999. Handlungsoptionen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege: Ergebnisse einer internationalen Konferenz zum Thema. In: Reichert M, Naegele G, Hrsg.s. Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege: nationale und internationale Perspektiven. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie. Band 8. Hannover: Vincentz Verlag

Renteln-Kruse von W, Anders J, Dapp U, Meier-Baumgartner HP. 2003. Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegefachkraft bei 60-jährigen und älteren Personen in Hamburg. Z Gerontol Geriat 36: S. 378-391.

Roth G, Rothgang H. 2001. Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren. In: Z Gerontol Geriat 34, S. 292-305

Roth G, Reichert M. 2002. PROCARE – Providing integrated health and social care for older persons. Issues, problems and solutions. National Report Germany. Institute of Gerontology. University of Dortmund.

Rothgang H. 1997. Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung: Eine ökonomische Analyse, Frankfurt am Main: Campus Verlag

Rothgang H. 2003. Long-term care of older people in Germany. In: European Study of Long-Term Care Expenditure. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. PSSRU Diskussion Paper 1840. Comas-Herrera A, Wittenberg R. Hrsg.s. PSSRU, LSE Health and Social Care. London School of Economics.

Rothgang H. 2003a. Die gesetzliche Pflegeversicherung in Deutschland: Eine Analyse von Zielen und Effekten. In: Wiese U, (Hrsg.). 2003. Soziale Sicherung im Spannungsfeld von Recht, Pflege und Ökonomie. Osnabrücker Studien. Band 19. Fachhochschule Osnabrück

Runde P, Giese R, Vogt K, Wiegel D, Kerschke-Risch S. 1999. Die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes und seine Wirkungen auf den Bereich der häuslichen Pflege. Band II. Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung. Veröffentlichungsreihe der Universität Hamburg

Runde P, Giese R, Schnapp P, Stierle C. 2002. Einstellungen und Verhalten zur Pflegeversicherung und zur häuslichen Pflege im Vergleich von 1997 und 2002. Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung. Veröffentlichungsreihe der Universität Hamburg

- Schaeffer D. 1999. Care-Management – pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem Thema. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 3 (7), S. 233 - 251.
- Schacke C, Zank S. 1998. Zur familiären Pflege Demenzkranker Menschen: Die differentielle Bedeutung spezifischer Belastungssituationen für das Wohlbefinden der Pflegenden und die Stabilität der häuslichen Pflegesituation. In: Z Gerontol Geriat 31, S. 355-361
- Schäufele M, Köhler L, Teufel S, Weyerer S. 2005 Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Privathaushalten: Potenziale und Grenzen. In: Schneekloth U, Wahl H.-W. (Hrsg.) 2005. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München.
- Schmidt R. 2002. Impulse zur sektoren- und systemübergreifenden Qualitätsentwicklung. In: Klie T, Buhl A, Entzian H, Schmidt R, (Hrsg.). Das Pflegewesen und die Unterstützungsbedürftigen: Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf. Beiträge zur sozialen Gerontologie und Altenarbeit. Fachbereich IV der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), Hrsg.s. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- Schmidt R. 1999. Pflege als Aushandlung. In: Klie T, Schmidt R. (Hrsg.). 1999. Die neue Pflege alter Menschen. Band 15 Reihe Angewandte Alterskunde. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag
- Schneekloth U, Müller U. 2000. Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des BMG, Band 127. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Schneekloth U, Potthoff P, Piekara R, Rosenblatt von B. 1996. Hilfe- und Unterstützungsbedürftige in privaten Haushalten. Endbericht. Schriftenreihe des BMFSFJ. Band 111.2, Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Schneekloth U. 2002. Differenzierte Bedarfslagen erfordern differenzierte Strukturen – Perspektiven zur Weiterentwicklung der Strukturen der Altenhilfe. Unveröffentlichter Vortrag: Landespflegetag 2002. Pflege – Quo Vadis? Stuttgart
- Schneekloth U, Wahl H.-W. (Hrsg.) 2005. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München.
- Schneekloth, U. Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest – Repräsentativerhebung. In: Schneekloth U, Wahl H.-W. (Hrsg.) 2005. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München.

Schulz-Nieswandt F. 2000. Altern im ländlichen Raum – Eine Situationsanalyse. In: Walter U, Altgeld T. 2000. Altern im ländlichen Raum. Frankfurt, New York: Campus Verlag

Schulz-Nieswandt F. 1999. Die Reform des bundesdeutschen Gesundheitswesens und ihre Wirkungen auf die Pflege alter Menschen. In: Klie T, Schmidt R. (Hrsg.). 1999. Die neue Pflege alter Menschen. Band 15 Reihe Angewandte Alterskunde. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung. BGBL. I 1988, S. 2477, 2482.

SGB VI 1990. Gesetzliche Rentenversicherung. BGBL. I 2261. I 1337

SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 2003. BGBL. I S.462

SGB XI. 2002. Soziale Pflegeversicherung. Textausgabe. Bundesministerium für Gesundheit. (Hrsg.). 2. Auflage. Bonn

Sowarka D, Schwichtenberg-Hilmert B, Thürkow K. 2002. Gewalt gegen ältere Menschen: Ergebnisse aus Literaturrecherchen. DZA Positionspapier Nr. 36. Berlin

Spiess K, Schneider AU. 2001. More, less, or all the same? The difference midlife caregiving makes for women's adjustments of work hours. Forschungsprojekt im Rahmen der European Panel Analysis Group – EPAG – im Projekt „The Dynamics of Social Change in Europe“ (CT-1999-00032). Hannover, Berlin

Statistisches Bundesamt. 2001. Sonderbericht: Lebenslagen der Unterstützungsbedürftigen – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschland-ergebnisse des Mikrozensus 1999. Bonn

Statistisches Bundesamt. 2002. Leben und Arbeiten in Deutschland: Ergebnisse des Mikrozensus 2001. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt. 2002a. Datenreport. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt. 2002b. Sozialleistungen. Fachserie 13 / Reihe 2.1. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt. 2003a. Pflegestatistik 2001. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt. 2003b. Gesundheitswesen -Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2001. Fachserie 12 / Reihe 6.1. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt. 2003c. Presseexemplar Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt. 2004. Lohnentwicklung in Deutschland. Pressestelle. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt. 2005. Sozialleistungen 2003 – Statistik der Sozialhilfe. Fachserie 13 / Reihe 2.2 Wiesbaden

- Statistisches Bundesamt. 2005a. Pflegestatistik 2003. Bonn.
- Steinhagen-Thiessen E, Hamel G, Lüttje D, Oster P, Plate A, Vogel W. 2003. Geriatrie – Quo vadis? Zur Struktur geriatrischer Versorgung. *Z Gerontol Geriat* 36 S. 366-377
- Tesch-Römer C. 2001. Intergenerational solidarity and caregiving. *Z Gerontol Geriat* 34 S. 28-33
- Thiessen B. 2002. Analyse prekärer Beschäftigung in Privathaushalten: Impulse für Ökonomie und Berufsbildung. In: Faber F, Nischik RM, (Hrsg.). *Femina Oeconomia: Frauen in der Ökonomie*. München: Mering Verlag Rainer-Hampp, S. 85-104.
- TzBfG – Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge. 2000. BGBl I 2000, 1966. Zuletzt geändert durch Art. 2 G. v. 24.12.1 3002
- Uhlig T. 2001. Entwicklung der Geriatrie in der Bundesrepublik Deutschland. *Z Gerontol Geriat* 34: Supplement 1. S. 70-78
- Ühlein A, Evers, A. 2000. Entwicklung von Pflegeangeboten im Spiegel sozialpolitischer Rahmenbedingungen – Pfleglichkeit und Nutzerorientierung nur eine Frage von Angebot und Nachfrage? In: Walter U, Schwarz W. 2000. *Gesundheit und gesundheitliche Versorgung der älteren Bevölkerung im ländlichen Raum*. In: Walter U, Altgeld T. (Hrsg.). 2000. *Altern im ländlichen Raum*. Frankfurt am Main: Campus Verlag
- Wahl HW, Wetzler R. 1998. Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Privathaushalten. Integrierter Gesamtbericht. Schriftenreihe des BMFSFJ. Band 111.1. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Walter U, Schwarz W. 2000. Gesundheit und gesundheitliche Versorgung der älteren Bevölkerung im ländlichen Raum. In: Walter U, Altgeld T. (Hrsg.). 2000. *Altern im ländlichen Raum*. Campus Verlag, Frankfurt am Main
- Wansing G, Wetzler R, Schäfers M, Rauscher, Ch. 2003. Projekt PerLe: Personenbezogene Unterstützung und Lebensqualität. Modellversuch zur Einführung eines Persönlichen Budgets im stationären Wohnen. Universität Dortmund. Fakultät Rehabilitationswissenschaften. Projektbericht
- Warlimont U. 2001. Modellprojekt regionales Case- und Caremanagement in der Altenhilfe (MoCCA): Abschlußbericht. Hamburg. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. für Rehabilitation, Altenhilfe, Pflege und Betreuung.
- Weipert H, Steinkämper H, Stiller-Harms C. 2002 *Pflege zu Hause*. Kursbuch. Stuttgart, Ernst Klett Verlag
- WHO – World Health Organization. 2001. International Classification of Functioning and Disability. CD-ROM available under: www.who.int/dsa/justpub/ICFlierA.pdf

Wissert M. 1999. Beratungshilfen bei der Pflege und Versorgung alter Menschen durch das Unterstützungsmanagement. In: Klie T, Schmidt R. Hrsg.s. 1999. Die neue Pflege alter Menschen. Band 15 Reihe Angewandte Alterskunde. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

Wingenfeld K. 2003. Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld PO3-124

www.vdak-aev.de/basisdaten2005htm

www.pflegebudget.de

www.gerontotechnik.de