

PFLEGEREPORT

Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland
Analysen, Befunde, Perspektiven



**Band
41** | Beiträge zur Gesundheitsökonomie
und Versorgungsforschung

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 41)
Andreas Storm (Herausgeber)

Pflegereport 2022

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 41)

Pflegereport 2022

Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland Analysen, Befunde, Perspektiven

Herausgeber:

Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit
DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27-31, D-20097 Hamburg

Autor:

Prof. Dr. habil. Thomas Klie
Evangelische Hochschule Freiburg
Bugginger Str. 38, D-79114 Freiburg

Unter Mitarbeit von

Leon A. Brandt, Mark Grabfelder, Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Dr. Wilhelm Haumann,
Philip Lewin, Isabel Schön, Marco Zeptner

Hamburg/Freiburg
Dezember 2022

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2022 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
www.medhochzwei-verlag.de



ISBN 978-3-86216-958-0

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Titelbild: © istockphoto/shironosov
Titelbildgestaltung: Natalia Degenhardt
Satz: Strassner ComputerSatz, Heidelberg

Vorwort

Die häusliche Pflege ist mit einem Anteil von rund 80 Prozent das Fundament der Pflege in Deutschland. Gerade in den von Corona geprägten Jahren 2020 und 2021 waren die stationäre Pflege und die professionellen Pflegekräfte im Fokus der Gesellschaft und der Gesetzgebung. Der häuslichen Pflege fehlte es hier an einer vernehmbaren Stimme, sie blieb trotz ihres hohen gesellschaftlichen Gewichtes weitgehend unberücksichtigt.

Vor diesem Hintergrund ist es uns als DAK-Gesundheit ein Anliegen, im DAK-Pflegereport 2022 die Situation der ambulanten Pflege in den Mittelpunkt zu stellen. Der Report gewährt mit der Auswertung der Routinedaten der DAK-Gesundheit, einer breit angelegten Bevölkerungsbefragung und zahlreichen Einzelinterviews mit pflegenden Angehörigen Einblicke in die Wirklichkeit häuslicher Pflege. Ausgehend von der Analyse der Pflegewirklichkeit zeigt er Handlungsanforderungen auf und skizziert Wege zur Stärkung und Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements.

In Deutschland beziehen derzeit ca. 2,25 Millionen Pflegebedürftige Pflegegeld und ca. 553.000 Pflegebedürftige eine Kombination aus Pflegegeld und Sachleistungen. Das Pflegegeld wird besonders häufig für Angehörige eingesetzt, die sich zeitintensiv an Pflegeaufgaben beteiligen. Wer Angehörige pflegt und Sorgaufgaben teilweise über Jahre hinweg übernimmt, dessen Leben verändert sich nachhaltig. Aus persönlicher Betroffenheit erwächst die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen und Lasten der Pflege in der Gesellschaft gemeinsam zu tragen.

Die Koalitionsvereinbarung thematisiert zwar die Stärkung der häuslichen Pflege und weist damit grundsätzlich in die richtige Richtung, bleibt jedoch an vielen Stellen hinter den Notwendigkeiten zurück. Deshalb gehört jetzt eine langfristig wirkende Reform der Pflegeversicherung auf die politische Agenda. Dabei geht es, gerade in Zeiten steigender Kosten durch multiple Krisen, insbesondere um eine finanzielle Entlastung. Die DAK-Gesundheit hat bereits frühzeitig eine Erhöhung des Pflegegeldes für die Pflegebedürftigen angemahnt. Gesetzlich vorgesehen ist, dass regelhaft alle drei Jahre eine Überprüfung der Leistungen auf Grundlage der kumulierten Preisentwicklung erfolgt. Bei Berücksichtigung der Dynamik der Preisentwicklung ist dieser Dreijahresrhythmus nicht mehr zeitgemäß. Die DAK-Gesundheit fordert hier eine zeitnahe und spürbare Erhöhung des Pflegegeldes.

Eine weitere wichtige Erkenntnis aus unserem Pflegereport 2022: Unterstützungsangebote werden häufig nicht genutzt – oft aus Unwissenheit. Immerhin 67 Prozent der Betroffenen kennen manches nicht, was die Pflegeversicherung an Unterstützungs- und Leistungsangeboten für sie vorhält. Diese Daten unterstreichen die Notwendigkeit, dass die in der Koalitionsvereinbarung angedachte Zusammenfassung der Kurzzeit- und Verhinderungspflege in einem Entlastungsbudget

schnellstens auf den Weg gebracht werden sollte. Hierdurch können pflegende Angehörige nicht nur entlastet werden, diese Budgetierung ermöglicht ihnen auch individuellere Lösungen. Die Betroffenen können mögliche Engpässe aufgrund eigener Abwesenheit oder Krankheit besser organisieren. Das Entlastungsbudget sollte flexibel und unbürokratisch in Anspruch zu nehmen sein.

Darüber hinaus gibt es viel zu tun, um die ambulante Pflege weiterzuentwickeln. Den besonderen Sorgen und Problemen von Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen kann nicht allein mit den Mitteln einer Kranken- und Pflegekasse begegnet werden. Regionalen und kommunalen Institutionen kommt im Rahmen der Daseinsvorsorge eine besondere Verantwortung zu. Sie sind ein unverzichtbarer Bestandteil bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, indem sie über die medizinische und familiäre Betreuung hinaus planen und handeln. Es bedarf einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der regionalen Akteure im Sinne eines gezielten Case Managements. Ein gutes Beispiel hierfür ist das Innovationsfondsprojekt ReKo in Niedersachsen, ein Modellprojekt der DAK-Gesundheit, der Universität Osnabrück und der Gesundheitsregion EUREGIO. Vor dem Hintergrund demografischer Entwicklungen liegt hier der Fokus auf der Ausdifferenzierung eines wirksamen Versorgungssettings. Durch einen solchen Ansatz können Überforderungen bei pflegenden Angehörigen vermieden werden.

Nicht zuletzt steht im Jahr 2023 eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung auf der politischen Agenda. Deren Ziel muss eine faire Lastenverteilung zwischen Beitrags- und Steuerzahlenden sowie Pflegebedürftigen sein. Gerade für die Stärkung der ambulanten Pflege gilt: Eine Erhöhung und regelhafte Dynamisierung des Pflegegeldes sowie die Einführung des Entlastungsbudgets lassen sich nur verwirklichen, wenn es gelingt, die Finanzierung der Pflegeversicherung zukunftsfest weiterzuentwickeln.



Andreas Storm

Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Hamburg, Dezember 2022

Geleitwort

Die 20. Legislaturperiode hätte pflegepolitisch eine der häuslichen Pflege sein sollen oder müssen. Die Bemühungen um die Weiterentwicklung der stationären Pflege, die maßgeblich auch von der DAK-Gesundheit und seinem Vorstandsvorsitzenden, Andreas Storm, aufgegriffene und weitergeführte Diskussion um den Sockel-Spitze-Tausch und die Finanzierung der Pflegeversicherung war in der 19. Legislaturperiode das bestimmende Thema. Angesichts steigender Energiepreise, der Umsetzung des Tarifreuegesetzes, des Mangels an Pflegefachkräften und der Einführung des Personalbemessungssystems für die stationäre Pflege wird die stationäre Pflege sicher weiter die Diskussion auf bundes- und landespolitischer Ebene bestimmen. Eine Dominanz pflegepolitischer Bemühungen bezogen auf die Heime ist aber gefährlich: Die Deutsche Pflegeversicherung ist subsidiär ausgerichtet, sie setzt auf die Familienpflegebereitschaft. Sie bleibt die Basis und die ambulante gesundheitliche und pflegerische Versorgung das Rückgrat der sozialpolitischen Sicherung bei chronischer Krankheit und Pflegedürftigkeit.

Die DAK-Gesundheit hat sich dem Thema häusliche Pflege, regionale Versorgungssicherheit und dem gerade für die häuslichen Pflegearrangements so wichtigen Care und Case Management in vielfältiger Weise gewidmet. Besonders hervorzuheben ist das Innovationsfondprojekt ReKo in Niedersachsen, das inzwischen seine Ableger in anderen Bundesländern findet. Die Aufmerksamkeit dem Thema häusliche Pflege und den Millionen von pflegenden Angehörigen und auf Pflege angewiesenen Menschen zu schenken, ist ein Gebot einer am Menschen orientierten Sozial- und Pflegepolitik.

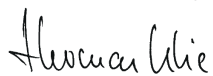
Der DAK-Pflegereport erscheint zu einem Zeitpunkt, an dem die Pflegepolitik des Bundes gerade bezogen auf häusliche Pflege – trotz programmatischer Aussagen in der Koalitionsvereinbarung der Ampelregierung – noch keine Konturen gewonnen hat. Die Pflegepolitik steht im Schatten von Corona, einer sicherlich auch notwendigen Krankenhausreform, der Sicherung der finanziellen Grundlagen der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung. Durch die aktuelle Krise, die Folgen des Ukrainekrieges sind in besonderer Weise Haushalte mit niedrigem Einkommen betroffen – auch Haushalte mit auf Pflege angewiesenen Menschen und pflegenden Angehörigen.

Die Personalknappheit im Gesundheits- und Pflegewesen, sie trifft insbesondere den ambulanten Sektor. Hier ist es am schwierigsten, Pflegekräfte zu finden und zu halten. Subsidiarität heißt nicht, wir lassen die pflegenden Angehörigen mal machen. Subsidiarität in einem modernen sozialstaatlichen Verständnis heißt, dass der Staat seiner Vorleistungspflicht gegenüber der Sorgefähigkeit der Gesellschaft nachkommen muss. Begreift man, was angemessen erscheint, Aufgaben der Langzeitpflege letztlich als Aufgaben, die (zentral) in der Familienpolitik zu verorten sind, wird man um Aufgaben der fairen Verteilung von Sorgeaufgaben zwi-

schen den Generationen und Geschlechtern nicht umhinkommen. Und schließlich: Gepflegt wird vor Ort. Ob ein Leben unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit gelingt – für die auf Pflege angewiesenen Menschen und die pflegenden Angehörigen – das hängt von den Bedingungen vor Ort ab. Insofern kommt der regionalen und kommunalen Ebene eine zentrale Bedeutung in der Pflegepolitik zu. Dass auch Modernisierungs- und Rationalisierungsoptionen, die mit Digitalisierung verbunden sind, die Pflege vor Ort unterstützen können, steht außer Frage. Auch hier geht die DAK-Gesundheit mit dem digitalen Ökosystem voran.

Ich bin der DAK-Gesundheit und Andreas Storm dankbar, dass er den DAK-Pflegebericht 2022 dem so wichtigen, aber immer zurückgestellten Thema der häuslichen Pflege widmet und dabei konsequent die Perspektive der Versicherten einnimmt: Sie wurden befragt und interviewt. Der DAK-Pflegebericht ist wieder eine Koproduktion. Die repräsentative Bevölkerungsbefragung wurde vom Institut für Demoskopie Allensbach und dort von Herrn Dr. Haumann durchgeführt. Die GKV- und SPV-Routinedatenanalyse lag in den Händen und in der Verantwortung von Opti-Medis und dieses Mal dort bei Mark Grabfelder und seinem Team. Die diesmal sehr groß angelegte Interviewstudie, die die Lebenswirklichkeiten und Lebenswelten von pflegenden Angehörigen aufgreift, haben AGP Sozialforschung Freiburg/Berlin und hier federführend Isabel Schön und Leon Brandt, durchgeführt. Das Gleiche gilt für die Good Practice-Sammlung. Alle Bundesländer wurden berücksichtigt – bei der Befragung, bei den Analysen, bei den Interviews und bei Good Practice. In 2023 sollen die Ergebnisse auch mit den Besonderheiten der Bundesländer für jedes Bundesland aufbereitet und zur Verfügung gestellt werden. Pflege ist eben nicht nur ein bundespolitisches Thema mit den relevanten Systemakteuren wie den Pflege- und Krankenkassen. Pflege ist auch ein landespolitisches Thema: Die Länder sind maßgeblich dafür verantwortlich, welche Strukturen auch und gerade für die häusliche Pflege geschaffen und von den Kommunen realisiert werden. Und die Kommunen sind gefragt: Ohne sie und ein Verständnis von Pflege als Daseinsvorsorge werden die künftigen, vor allen Dingen demografisch bedingten Herausforderungen in der Pflege nicht zu bewältigen und zu gestalten sein.

Ich danke allen Beteiligten für die wieder erfreuliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit. Mein besonderer Dank gilt Johanna Bätz als Koordinatorin der DAK-Gesundheit und Milorad Pajovic, der innerhalb der DAK-Gesundheit zu den Garanten einer zukunftsorientierten Gestaltung von Aufgaben der Langzeitpflege gehört und maßgeblich in der Planung und Realisierung der DAK-Pflegeberichte beteiligt ist. Ein besonderer Dank gilt all denjenigen, die sich bereit erklärt haben, uns als Interviewpartner*innen zur Verfügung zu stehen. Wir alle – auch ich persönlich – haben von den Gesprächen sehr profitiert.



Prof. Dr. habil. Thomas Klie
Freiburg/Berlin/Starnberg

Inhalt

Vorwort	V
Geleitwort	VII
1. Das Rückgrat der Langzeitpflege ist die häusliche Pflege. Befunde, Analysen und Handlungsbedarf. Der DAK-Pflegereport 2022 – Zusammenfassung	1
<i>Thomas Klie</i>	
1.1 Einleitung	1
1.2 Anlage des DAK-Pflegereportes 2022	3
1.2.1 Die Bevölkerungsbefragung	5
1.2.2 Häusliche Pflege: Was lässt sich aus einer GKV-Routineanalyse lernen?	15
1.2.3 Einblicke in die Wirklichkeiten häuslicher Pflege: Die Interviewstudie	19
1.2.4 Gute Praxis – Wege zur Stärkung stabiler und fairer häuslicher Pflegearrangements	25
1.3 Literaturverzeichnis	27
2. Häusliche Pflege: Erfahrungen, Einstellungen, Forderungen – Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach	31
<i>Wilhelm Haumann</i>	
2.1 Pflegestatistik und Umfrage	32
2.2 Unterstützung bei der Pflege	36
2.3 Die Pflegedienste	44
2.4 Wie die Pflege finanziert wird	47
2.5 Kosten für pflegende Angehörige – besondere Belastungen bei Reduktion oder Aufgabe der Berufstätigkeit	49
2.6 Das Pflegegeld aus der Sicht pflegender Angehöriger	54
2.7 Große Bereitschaft zur Angehörigenpflege	62
2.8 Ausblick auf eine mögliche eigene Pflege	64
2.9 Pflege und Politik	69
2.10 Literaturverzeichnis	73
3. Häusliche Pflegesettings und Pflegekarrieren im Lichte der Routinedaten. Analyse von GKV- und SPV-Routinedaten der DAK-Gesundheit für den Pflegereport 2022	75
<i>Mark Grabfelder, Philip Lewin, Marco Zeptner, Helmut Hildebrandt</i>	
3.1 Kernergebnisse	75
3.1.1 Die selbstorganisierte Pflege zu Hause ist das Rückgrat der sozialen Pflegeversicherung	75
3.1.2 Das besondere Profil des Pflegegrads 1	76

3.1.3	Viele Krankenhausfälle von Pflegebedürftigen wären durch eine bessere primärmedizinische Versorgung und durch Case und Care Management von Pflegekräften sowie eine sektorenübergreifende Vernetzung vermeidbar	76
3.2	Methodik, Datengrundlage und Limitationen.	77
3.3	Einführung	77
3.4	Wie entwickelte sich der Pflegebedarf, die Prävalenz und die Inzidenz in den letzten Jahren?	79
3.5	In welchen Pflegesettings werden die Pflegebedürftigen versorgt?	82
3.6	Bedeutung der Kurzzeitpflege.	91
3.7	Bedeutung des Pflegegrad 1.	95
3.8	Krankenhausaufenthalte von Pflegebedürftigen	96
3.9	Pflegesettings und Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich	102
3.10	Altersstruktur der Pflegebedürftigen	103
3.11	Regionalanalysen	104
3.12	Literaturverzeichnis.	108

4. „Das gehört wahrscheinlich im Leben dazu“ –

	Interviews zum Leben mit häuslicher Pflege.	111
	<i>Leon A. Brandt, Isabel Schön, Thomas Klie</i>	
4.1	Einleitung.	111
4.2	Wege in die Pflege	118
4.2.1	Luise Sommer: Die Managerin des Pflegearrangements.	118
4.2.2	Pflegesettings und Netzwerksituation	123
4.2.3	Motive für die Übernahme von Verantwortung in der Pflege.	124
4.2.4	Exkurs: Die pflegende Ehefrau	129
4.2.5	Dynamiken	136
4.3	Berufliche Helfer*innen.	138
4.3.1	Friedrich Berger – Pflege als Beziehung	138
4.3.2	Berufliche Helfer*innen. Geteilte Verantwortung?	141
4.3.3	Die fließende Grenze zwischen persönlicher Beziehung und professioneller Pflege.	145
4.4	Gute Pflege & gute Pflegekräfte.	148
4.4.1	Susanna Bauer: Selbst ist die Pflegefachfrau	149
4.4.2	„Was für mich eine gute Pflegekraft ausmacht? Das, was es nicht gibt“	153
4.5	Geld und Moral	157
4.5.1	Harald Pohl – Der zufriedene Camper.	157
4.5.2	Wie nutzen die Interviewten die Pflegeleistungen?	160
4.5.3	Die staatliche Verantwortung aus Sicht der Interviewten.	162
4.5.4	Der Zusammenhang von Wertvorstellungen und Ökonomie	164
4.6	Das gute Leben mit Pflege	167
4.6.1	Martin Tacke – „Ja, wir haben also wirklich den Kampf“	169

4.6.2	Dieter Liebig: Das Eheleben mit Pflege.	172
4.6.3	Sich arrangieren.	176
4.6.4	Pflegedürftigkeit & soziale Kontakte	178
4.6.5	Pflege und das gute Zusammenleben.	180
4.6.6	Zusammen leben mit Pflegebedarf vs. Pflege als Zusammenleben.	181
4.7	Fazit.	184
4.8	Literaturverzeichnis.	188
5.	Stabilisierung der häuslichen Pflege – Good Practice aus 16 Bundesländern.	191
	<i>Isabel Schön, Thomas Klie</i>	
5.1	Die Good Practice Beispiele im Überblick	193
5.2	Baden-Württemberg: Erwachsenenschutz im Landkreis Tuttlingen.	194
5.2.1	Hintergrund	194
5.2.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	195
5.2.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	195
5.2.4	Weiterführende Informationen und Quellen.	196
5.3	Bayern: „Quartiersprojekt“ des Sozialen Netz im Nürnberger Osten	196
5.3.1	Hintergrund	196
5.3.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	196
5.3.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	197
5.3.4	Weiterführende Informationen und Quellen.	197
5.4	Berlin: Der Sorgende Bezirk Treptow-Köpenick	198
5.4.1	Hintergrund	198
5.4.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	198
5.4.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	199
5.4.4	Weiterführende Informationen und Quellen.	199
5.5	Brandenburg: Fachstelle Altern und Pflege im Quartier (FAPIQ).	200
5.5.1	Hintergrund	200
5.5.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	200
5.5.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	201
5.5.4	Weiterführende Informationen und Quellen.	201
5.6	Bremen: Quartiersarbeit der Bremer Heimstiftung	202
5.6.1	Hintergrund	202
5.6.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	202
5.6.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	203
5.6.4	Weiterführende Informationen und Quellen.	203
5.7	Hamburg: QplusAlter.	204
5.7.1	Hintergrund	204
5.7.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	204
5.7.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	205
5.7.4	Weiterführende Informationen und Quellen.	205
5.8	Hessen: SOWieDAheim.	206

5.8.1	Hintergrund	206
5.8.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	206
5.8.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	207
5.8.4	Weiterführende Informationen und Quellen	207
5.9	Mecklenburg-Vorpommern: Modellprojekt KATE	208
5.9.1	Hintergrund	208
5.9.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	208
5.9.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	209
5.9.4	Weiterführende Informationen und Quellen	209
5.10	Niedersachsen: Regionales Pflegekompetenzzentrum (ReKo)	210
5.10.1	Hintergrund	210
5.10.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	211
5.10.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	211
5.10.4	Weiterführende Informationen und Quellen	212
5.11	Nordrhein-Westfalen: Servicestelle für Migrant*innen im Alter – MIA	212
5.11.1	Hintergrund	212
5.11.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	213
5.11.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	213
5.11.4	Weiterführende Informationen und Quellen	214
5.12	Rheinland-Pfalz: Gemeindegewerkschaft ^{plus}	214
5.12.1	Hintergrund	214
5.12.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	214
5.12.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	215
5.12.4	Weiterführende Informationen und Quellen	216
5.13	Saarland: „Aktiv statt einsam“ – Ehrenamtliche Seniorenlotsen/Innen	216
5.13.1	Hintergrund	216
5.13.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	217
5.13.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	217
5.13.4	Weiterführende Informationen und Quellen	217
5.14	Sachsen: Demenznetz Delitzsch	218
5.14.1	Hintergrund	218
5.14.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	218
5.14.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	219
5.14.4	Weiterführende Informationen und Quellen	219
5.15	Sachsen-Anhalt: Bürgerinitiative Stendal e. V. (BIS)	220
5.15.1	Hintergrund	220
5.15.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	220
5.15.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	221
5.15.4	Weiterführende Informationen und Quellen	221
5.16	Schleswig-Holstein: Koordinationsstelle für innovative Wohn-Pflege-Formen im Alter (KIWA)	222
5.16.1	Hintergrund	222

5.16.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	222
5.16.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	223
5.16.4	Weiterführende Informationen und Quellen.	223
5.17	Thüringen: „AGATHE – Älter werden in der Gemeinschaft – Thüringer Initiative gegen Einsamkeit“	224
5.17.1	Hintergrund	224
5.17.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	224
5.17.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	225
5.17.4	Weiterführende Informationen und Quellen.	225
5.18	Literaturverzeichnis.	225
6.	Häusliche Pflege – Ausblick und Perspektiven	231
	<i>Thomas Klie</i>	
6.1	Stabile Einstellungen, geringe soziale Plastizität?	231
6.2	Kulturelle und politische Herausforderung.	233
6.3	DAK-Gesundheit unterstützt Innovationen	236
6.4	Literaturverzeichnis.	237
	Abbildungsverzeichnis	240
	Tabellenverzeichnis	245
	Autor*innenverzeichnis	246

1. Das Rückgrat der Langzeitpflege ist die häusliche Pflege. Befunde, Analysen und Handlungsbedarf. Der DAK-Pflege-report 2022 – Zusammenfassung

Thomas Klie

1.1 Einleitung

Der DAK-Pflegereport 2022 widmet sich einem pflegepolitisch noch immer randständigen Thema: dem der häuslichen Pflege. Sie wird ganz wesentlich von pflegenden An- und Zugehörigen getragen. Die Rede vom größten Pflegedienst der Nation ist bekannt, aber so einleuchtend wie falsch: Es ist eben kein Pflegedienst. Pflegenden Angehörigen übernehmen Pflegeaufgaben aus sozialer Verbundenheit, vor dem Hintergrund eines moralischen Kodex, der in der bundesdeutschen Gesellschaft (immer noch) wirksam ist. Sie übernehmen Sorge- und Pflegeaufgaben nicht nur freiwillig, sondern vielfach auch aus Not und Alternativlosigkeit: Es sind nicht selten ökonomische Gesichtspunkte, fehlende Infrastrukturen, die geringe Qualität oder Akzeptanz von professionellen Angeboten inklusive Heimen, die dazu führen, dass Pflege oft über die gesamte Pflegekarriere hinweg als Aufgabe von An- und Zugehörigen wahrgenommen wird. Die Rede von der „Familie als dem größten Pflegedienst“ suggeriert, dass alles in Ordnung sei, dass es wie bei einem Pflegedienst zugehen würde. Das ist aber mitnichten der Fall. Pflege- und Sorgeaufgaben verändern das Leben der Beteiligten grundlegend und das auf Jahre. Das, was in Familien an Solidaritätsaufgaben geleistet wird, ist volkswirtschaftlich in seinem Wert gar nicht zu unterschätzen. Die Bedingungen, unter denen Aufgaben der Sorge und Pflege in häuslichen Pflegesettings wahrgenommen werden, sie können keineswegs immer als erfolgreiche Einlösung der Vorleistungspflicht des Staates für subsidiär verortete Sorge- und Pflegeaufgaben qualifiziert werden.

Das Subsidiaritätsprinzip ist eines der prägendsten Strukturprinzipien des deutschen Sozialstaates. Kleine Einheiten regeln ihre Angelegenheiten nach Möglichkeit selbst. In einem modernen Subsidiaritätsverständnis (vgl. Heinze et al. 2015) hat dabei der Staat allerdings seine Vorleistungspflicht einzulösen, dass die kleinen Einheiten – meist Familien, aber auch Nachbarschaften – Bedingungen vorfinden, unter denen Sorge- und Pflegeaufgaben in verträglicher, in einer gerechten Verteilung von Sorgeaufgaben und mit entsprechender fachlicher und finanzieller Unterstützung wahrgenommen werden können. Subsidiarität heißt in einem modernen Sinne, dass jede*r das ihr*ihm Gemäße zur Gestaltung einer gesellschaftlichen Gesamtaufgabe beiträgt: die An- und Zugehörigen ihre aus sozialer Nähe beruhende Solidarität und Sorge, Nachbar*innen und Freund*innen steuern das aus dem sozialen Zusammenhang Herauswachsende an solidarischem Handeln

**Der größte
Pflegedienst der
Nation?**

**Pflege und
Subsidiaritäts-
prinzip**

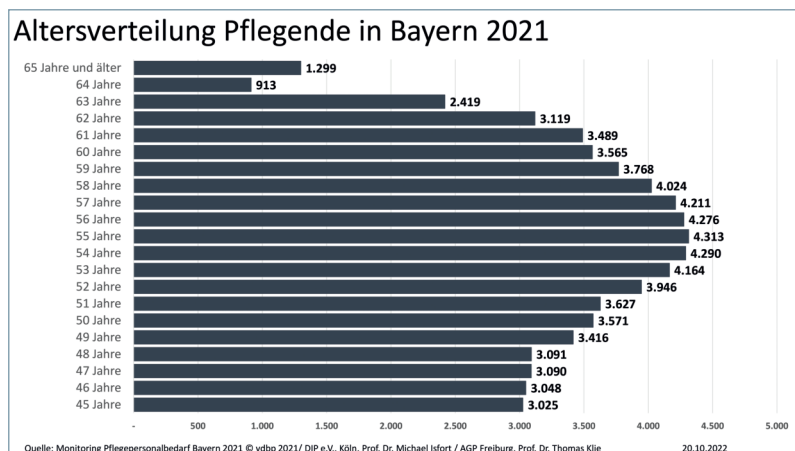
bei. Berufliche Helfer*innen und Professionelle gewährleisten verlässliche Hilfen und fachliche Unterstützung in präventiver und kurativer Hinsicht. Und die Zivilgesellschaft nimmt ihre advokatorischen und unterstützenden Rollen ein. So in etwa hat es auch der Siebte Altenbericht der Bundesregierung im Zusammenhang mit dem Leitbild der sorgenden Gemeinschaften beschrieben (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2016; Klie 2019b). Die im DAK-Pflegereport 2022 vorgestellten Befunde, das kann schon vorweg betont werden, unterstreichen: In einer derartigen Vorstellung von Subsidiarität, von einer Verteilung der Verantwortung auf viele Schultern, liegt am ehesten eine Perspektive für die Zukunft. Auf diese Weise gelingt es auch am besten, die mit der Pflege stets verbundenen Belastungen und Einschränkungen auf ein erträgliches Maß zu begrenzen. Die Wirklichkeit der Langzeitpflege, insbesondere in der häuslichen Pflege, wird aber von einem solchen Mix nicht geprägt. Pflege ist und bleibt im Wesentlichen persönliches Schicksal und wird als Aufgabe, die weithin allein von Partner*innen und An- und Zugehörigen bewältigt werden muss, verstanden.

Dringender Reformbedarf

In der 19. Legislaturperiode wurde eine Pflegereform – wenn auch torsohaft – auf den Weg gebracht. Die inzwischen über 25-jährige Geschichte der Pflegeversicherung (vgl. DAK-Pflegereport 2019; Klie 2019a) wurde durch die Konzertierte Aktion Pflege weitergeschrieben und mündete kurz vor Ende der Legislaturperiode im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG), in dem der seinerzeitige Bundesgesundheitsminister Spahn einige wichtige Reformvorhaben aufgriff, aber letztlich nicht wirklich überzeugend in eine langfristig wirkende Pflegereform umsetzen konnte. Dabei stand die stationäre Pflege im Vordergrund: Eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte, die Einführung eines analytischen Personalbemessungssystems sowie die Begrenzung der Eigenanteile in der stationären Pflege bildeten die wesentlichen Reformbausteine der Spahn'schen Pflegereform. Außen vor blieb die häusliche Pflege. Dabei ist die häusliche Pflege das Rückgrat der Langzeitpflege. Das gilt auch für die gesundheitliche Versorgung der Gesamtbevölkerung: Im Kern kommt es auf die primärärztliche und fachpflegerische Versorgung der Bevölkerung im ambulanten Bereich an. Sie entscheidet ganz maßgeblich, ob und wie die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt wird oder werden kann. Die häusliche Pflege politisch zu vernachlässigen ist grob fahrlässig. Genau das ist aber (wieder) in der letzten Legislaturperiode geschehen. Das hat nicht zuletzt mit den vergleichsweise gut organisierten Stakeholder-Interessen der Langzeitpflege zu tun. Die pflegenden Angehörigen haben keine Lobby. Es stehen eher gut organisierte Interessen hinter stationären Versorgungsstrukturen. Nun wissen wir aber, dass die stationäre Versorgung nicht nur wenig Sympathien in der deutschen Bevölkerung genießt, sondern dass sie auch zunehmend teurer wird und darüber hinaus das meiste Personal bindet. Der Personalfaktor, im Monitoring Pflegepersonalbedarf – in Bayern (vgl. Isfort und Klie 2021) für alle Landkreise in Bayern errechnet – ist der höchste, wenn regional die Versorgungsquote in Heimen hoch ausgeprägt ist. Der Arbeitsmarkt für Pflegefachkräfte ist leergefegt. Auch wenn Ausbildungsplätze für die Pflege nach Einführung der gene-

realistischen Ausbildung gut nachgefragt sind, die Absolvent*innen sind nicht in der Lage, den berufsdemografischen Effekt, der durch die „Boomer-Pflege*rinnen“, die in den nächsten zehn Jahren in Rente gehen werden, entsteht, zu kompensieren.

Abbildung 1: Altersverteilung Pflegende in Bayern



Auch der Rückgriff auf transnationale Pflegekräfte ist und bleibt begrenzt. Insofern wird es darauf ankommen, wenn es um die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Gesellschaft geht, den ambulanten Bereich zu stärken und einen effizienten Personaleinsatz mit Blick auf die regionale Bevölkerung in den Mittelpunkt der Gesundheits- und Pflegepolitik zu rücken. Ansätze wie Community Health Nurse (CHN) (vgl. Burgi und Igl 2021; DBfK Bundesverband e. V. 2022) weisen genau in die Richtung, auch wenn der CHN-Ansatz als realistische Perspektive so weit entfernt wirkt, wie die Klimaneutralität deutscher Städte. Eine Legislatur der häuslichen Pflege sollte die 20. Legislatur sein (vgl. Klie 2022). Der DAK-Pflegereport 2022 widmet sich mit Blick auf den enormen Handlungsbedarf zur fachlich und gesellschaftlich verantwortlichen Stabilisierung der häuslichen Pflege, genau diesem Thema, das immer wieder zurückgestellt wurde.

**Bedarf nach
zukunftsweisen-
der Pflegepolitik**

1.2 Anlage des DAK-Pflegereportes 2022

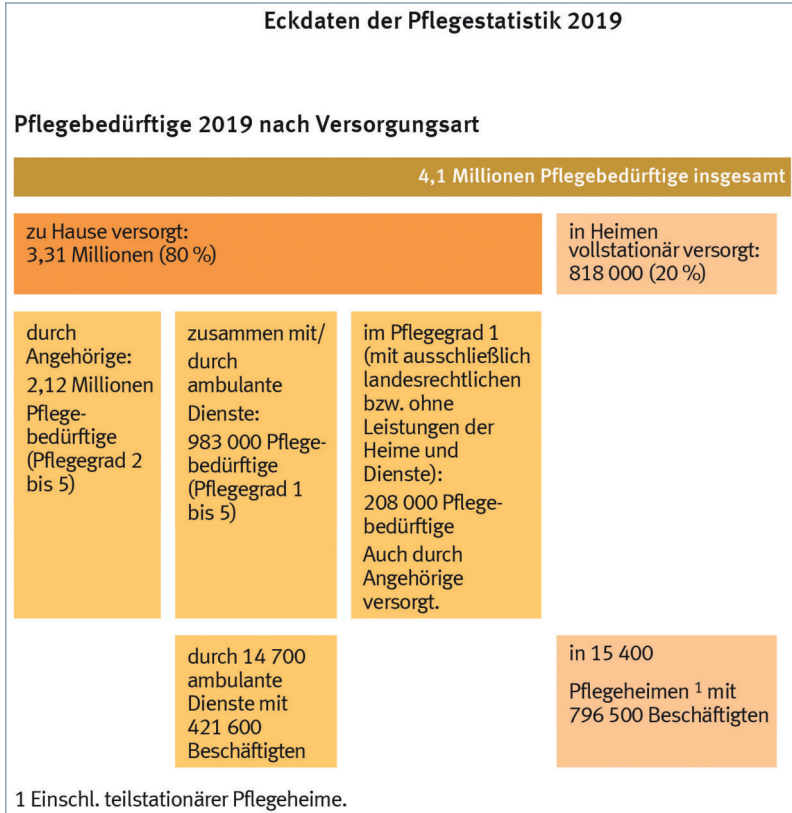
Der DAK-Pflegereport 2022 besteht wie seine Vorgänger aus vier Teilen: In einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung, die wieder in bewährter Weise vom Institut für Demoskopie in Allensbach und dort von Wilhelm Haumann durchgeführt wurde, wurden Erfahrungen, Einstellungen und Erwartungen der bundesdeutschen Bevölkerung im Zusammenhang mit der häuslichen Pflege thematisiert und erhoben. Die OptiMedis AG ist wieder vertreten mit einer Analyse der GKV-Routinedaten der DAK-Gesundheit – dieses Jahr maßgeblich von Mark Grabfelder errechnet. Die GKV-Routinedaten sind ehrlich und lassen Zusammenhänge erkennen zwischen Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

**Die Bestandteile
des DAK-Pflege-
reports 2022**

und der sozialen Pflegeversicherung, die sowohl Muster der Inanspruchnahme wie auch Optimierungspotenziale in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung erkennbar werden lassen. AGP Sozialforschung – und hier maßgeblich Isabel Schön und Leon Brandt – hat insgesamt 33 Interviews mit auf Pflege angewiesenen Menschen und pflegenden Angehörigen in ganz Deutschland geführt: in jedem Bundesland zwei, in Schleswig-Holstein drei. Insofern werden die subjektive Wirklichkeit und die lebensweltlichen Erfahrungen mit der Pflege auch in exemplarischer Weise in den DAK-Pflegereport einbezogen. Ebenfalls von AGP Sozialforschung wurden in allen Bundesländern Good Practice-Beispiele identifiziert, die aufzeigen, wo die Innovationspotenziale liegen und welche Richtung sich eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung mit dem Ziel der Stärkung der häuslichen Pflege vollziehen kann. Die Studien wurden aufeinander bezogen konzipiert und durchgeführt. Sie stehen nicht nebeneinander, sondern geben ein Gesamtbild der häuslichen Pflege und der pflegepolitischen Handlungsperspektiven, die in dem Ausblick und dem Kapitel „Perspektiven“ zusammengeführt werden. Konsequenterweise wird die Perspektive der Versicherten eingenommen: sie wurden befragt, interviewt und die über sie vorliegenden Daten wurden analysiert.

1.2.1 Die Bevölkerungsbefragung

Abbildung 2: Eckdaten der Pflegestatistik 2019 – Pflegebedürftige 2019 nach Versorgungsart



Quelle: Destatis 2020

Die Zahl der in Pflegeheimen versorgten auf Pflege angewiesenen Menschen, sie steigt absolut, aber nicht relativ. Ihr Anteil geht sogar zurück. Die Zahl der von An- und Zugehörigen zu Hause Gepflegten ist weiterhin ausgesprochen hoch und eher zunehmend – wobei sich aus der Pflegestatistik zunächst nur ergibt, dass Pflegegeld in Anspruch genommen wird. Ob auch An- und Zugehörige wirklich pflegen, ergibt sich aus der Statistik nicht. Die Inanspruchnahme von ambulanten Diensten ist ebenfalls stabil und anders, als man erwarten könnte, nicht deutlich zunehmend. Die Stabilität mag auch damit zusammenhängen, dass es schlicht nicht genügend Angebote für die stationäre und ambulante professionelle Versorgung gibt. Sie hängt aber auch, so die durchaus beeindruckend zu nennenden Befunde der repräsentativen Bevölkerungsbefragung, an der stabil in der deutschen Bevölkerung verankerten Pflegebereitschaft. 43 Prozent der Befragten haben bereits Erfahrung mit der Pflege, 15 Prozent der Bevölkerung sind aktuell mit Aufgaben der Pflege von An- und Zugehörigen befasst. Das ist ein nennenswerter Teil der

**Implikationen
aus der Pflege-
statistik**

**... viel Pflege-
erfahrung**

Bevölkerung, der die deutsche Gesellschaft als pflegeerfahren ausweist (so schon DAK-Pflegereport 2018: Klie 2018).

Hohe Pflegebereitschaft

Die in der Angehörigenpflege gesammelten Erfahrungen sind für Einstellungen und Erwartungen, wie denn Pflegebedürftigkeit von einem selbst oder An- und Zugehörigen bewältigt werden kann, prägend. Dabei zeigt sich (wiederum) der durchaus erstaunliche Effekt, dass diejenigen, die Pflegeerfahrung haben, eher bereit sind, auch in der Zukunft Pflegeaufgaben zu übernehmen als diejenigen, die noch keinerlei Berührung mit sozialer Verantwortungsübernahme in der Pflege gesammelt haben. Das gilt auch für junge Menschen, wie der DAK-Pflegereport 2021 (vgl. Klie 2021) gezeigt hat. Dass es eher Bürger*innen aus gehobenen Schichten sind, die über Pflegeerfahrung verfügen, verweist auf ein in der Pflegepolitik immer wieder vernachlässigten Aspekt, den der sozialen Ungleichheit (vgl. Bauer und Büscher 2008). Es ist die höhere Lebenserwartung von Bürger*innen mit besserer Bildung und höherem Einkommen, die die ungleiche Verteilung (mit) erklärt. Die Pflegeerfahrungen sind zumeist Erfahrungen in der häuslichen Pflege. Immerhin 36 Prozent der pflegeerfahrenen Deutschen haben allerdings auch Einblicke in die Wirklichkeit der Pflegeheime erhalten: Ihre An- und Zugehörigen waren zumindest zeitweise, zumeist im späten Verlauf der Pflegebedürftigkeit, in vollstationärer Versorgung. Pflege gelingt am ehesten in einem gut ausbalancierten Hilfemix und der Verteilung der Verantwortung für die Pflege auf mehreren Schultern. 79 Prozent der Befragten gaben an, dass Angehörige die Sorge- und Pflegeaufgaben übernommen haben. Bei immerhin 23 Prozent beteiligten sich auch Freunde an der Pflege. Pflege ist und bleibt Beziehungsarbeit, verlangt auch unmittelbare körperliche Unterstützung: Pflege geht ohne den Anderen nicht. Und die Anderen, die Pflegenden, sind meist Angehörige, aber eben auch Freund*innen.

Hohe Diversität der Pflegearrangements

Es werden auch andere Formen der Unterstützung einbezogen, ob Pflegedienst, Haushaltshilfe oder 24-Stunden-Kraft respektive Live-Ins: 66 Prozent der Befragten, die über Pflegeerfahrung verfügen, haben von einer dieser drei oder mehreren Entlastungsangeboten Gebrauch gemacht, auch wenn sie Pflegegeld bezogen haben. Pflegegeldbezug, so ein wichtiger Befund aus der Allensbach-Studie 2022, steht nicht selbstverständlich dafür, dass die Pflegeaufgaben ausschließlich durch Angehörige übernommen werden. Auch ist die Einbeziehung von Pflegediensten deutlich ausgeprägter, als es die Pflegestatistik vermuten lässt. Immerhin 55 Prozent der pflegeerfahrenen Befragten berichten darüber, dass Pflegedienste einbezogen wurden – häufig als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen –, 54 Prozent hatten eine Haushaltshilfe beteiligt, immerhin 12 Prozent Live-Ins. Pflegearrangements verändern sich. Pflegedienste werden möglicherweise auch erst zum Ende der „Pflegekarriere“ einbezogen. Aber sie spielen eine Rolle und sie spielen wiederum insbesondere bei den Haushalten eine Rolle, die aus höheren Schichten kommen. Die Einbeziehung von „Fremden“, von Pflegediensten, von kostenpflichtigen Unterstützungsangeboten ist bei unteren sozialen Schichten aus verschiedenen Gründen deutlich weniger ausgeprägt. Das gilt im Übrigen auch für die Pflegebe-

ratung: 41 Prozent aus höheren, 32 Prozent aus einem gesellschaftlich „einfachen Status“ haben in irgendeiner Weise Beratungsangebote im Kontext der Pflege wahrgenommen. Die Pflegearrangements in Deutschland sind, so die repräsentative Bevölkerungsbefragung, deutlich vielfältiger, als es die Pflegestatistik erkennen lässt. Die sich aus der Pflegestatistik ergebende geringe Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten hängt damit zusammen, dass Pflegedienste nicht nur Leistungen gemäß § 36 SGB XI, solche der häuslichen Pflege, erbringen, sondern auch als Häusliche Krankenpflege von den Haushalten in Anspruch genommen werden, auf der Basis ärztlicher Verordnungen. Häusliche Krankenpflege hat keinen Einfluss auf die Leistungen der Pflegeversicherung, schmälert auch nicht das Pflegegeld. Insofern spielt die Inanspruchnahme von Häuslicher Krankenpflege unter haushaltsökonomischen Gesichtspunkten keine Rolle.

Wie wichtig die Begleitung von Pflegehaushalten durch Fachkräfte ist, respektive sein kann, wird ebenfalls in der repräsentativen Bevölkerungsbefragung sichtbar: Waren Pflegedienste involviert und/oder wurde Beratung in Anspruch genommen, wird dies als hilfreich, entlastend und weiterführend bewertet. In diesem Zusammenhang werden pflegepolitische Konzepte in ihrer Bedeutung unterstützt, die darauf setzen, dass allen auf Pflege angewiesenen Menschen eine selbstverständliche und von haushaltsökonomischen Kalkülen befreite Begleitung von Pflegefachkräften gewährleistet werden sollte (vgl. Klie et al. 2021). Der obligatorische Beratungsbesuch gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI reflektiert die Bedeutung pflegefachlicher Begleitung ebenso wie die Konzeption des Begutachtungsverfahrens gemäß § 18 SGB XI, die dem Medizinischen Dienst eine wichtige Rolle in der Einschätzung des Pflegebedarfes, der Erstellung eines Pflegeplanes und der Formulierung von Empfehlungen zuweist. Die Weiterentwicklung des Begutachtungsansatzes in Richtung einer beratungsorientierten Begutachtung, wie im Konzept der Subjektorientierten Qualitätssicherung vorgesehen, greift genau diese in der Praxis häufig unterschätzte und nicht konsequent umgesetzte Rolle des Medizinischen Dienstes auf (vgl. Klie und Büscher 2022). Die auf Pflege angewiesenen Menschen zustehenden Unterstützungsangebote, sie werden häufig nicht genutzt, sind nicht selten schlicht nicht bekannt. Immerhin 67 Prozent der Befragten gaben an, dass sie manches von dem, was die Pflegeversicherung an Unterstützungs- und Leistungsangeboten vorhält, nicht gekannt haben – vor der Befragung, in der alle Angebote aufgelistet waren. Insofern hat auch eine repräsentative Bevölkerungsbefragung ihren edukativen Effekt: Nach der Befragung waren sie zumindest im Groben informiert.

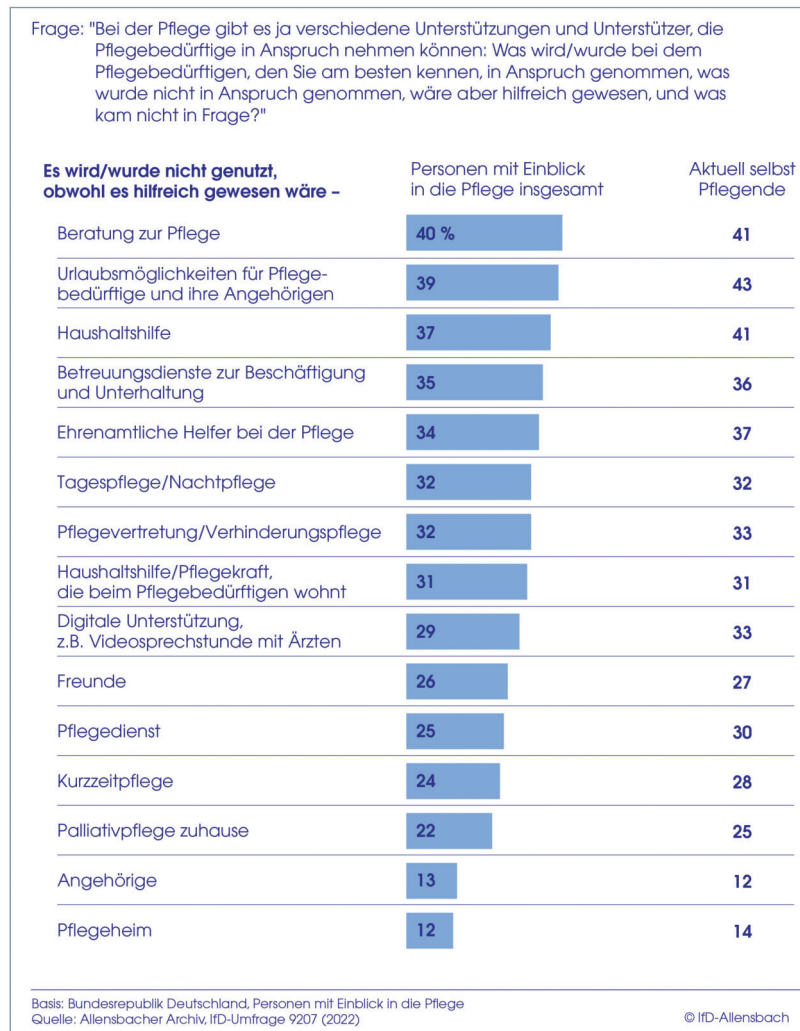
Die Nichtnutzung kann mit fehlendem Wissen, mit Barrieren in der Inanspruchnahme zu tun haben, aber auch damit, dass es schlicht an der entsprechenden Infrastruktur unterstützender Angebote fehlt. Das Thema gleichwertige Lebensbedingungen für auf Pflege angewiesene Menschen war Gegenstand des DAK-Pflegereport 2018 (vgl. Klie 2018). Wenn Kurzzeitpflege zu den Leistungen gehört, die häufig trotz Indikation nicht in Anspruch genommen werden können, hat das

Große Bedeutung professioneller Begleitung

Versorgungslücken

ganz wesentlich mit Infrastrukturdefiziten zu tun (vgl. Braeseke et al. 2019). Dass Pflegedienste nicht leicht verfügbar sind, das ist eine eher dominante Einschätzung der Pflegeerfahrenen. Wir wissen darum, dass die Infrastruktur, auch und gerade mit Blick auf ambulante Dienste, von Region zu Region sehr unterschiedlich ist. Gerade angesichts von aktuellen Engpässen auf dem Arbeitsmarkt, den zunehmend schwieriger werdenden wirtschaftlichen Bedingungen für ambulante Dienste, der Betriebsaufgabe von Trägern ambulanter Dienste, wird die Versorgungssituation in der ambulanten Pflege immer prekärer.

Abbildung 3: Nicht genutzte, aber als hilfreich betrachtete Unterstützung bei der Pflege



Die Nichtinanspruchnahme von Unterstützungsleistungen kennt aber, wie bereits angedeutet, häufig haushaltsökonomische Hintergründe. Das gilt für eine umfang-

reiche Nutzung ambulanter Pflegedienste. Das gilt auch für Haushaltshilfen. Die größten ökonomischen Barrieren bestehen hinsichtlich einer dauerhaften vollstationären Versorgung. Auch aus diesen Gründen geben 58 Prozent der pflegenden Angehörigen mit einem niedrigen sozialen Status an, dass eine Pflege im Heim nicht in Frage kommt. Bei Angehörigen mit einem höheren sozialen Status sind es immerhin noch 44 Prozent. Offenbar, so der Befund der repräsentativen Bevölkerungsbefragung, wird in vielen Familien zur Kostenvermeidung „um jeden Preis“ zu Hause gepflegt. In der Interviewstudie wird genau dieser Mechanismus in einigen Fallbeispielen deutlich werden.

Haushalts- ökonomische Implikationen

Das Zeugnis, das pflegende Angehörige, aber auch auf Pflege angewiesene Menschen den Unterstützungsangeboten ausstellen, ist überwiegend gut. Die Hilfen waren angemessen und funktional, sie hätten das Pflegearrangement unterstützt. Die Aussage gilt aber eben nur für die Haushalte, die überhaupt Unterstützungsleistungen in Anspruch genommen haben, selbstverständlich nicht für die, die sie von vornherein nicht für passfähig hielten. Wie sich in konkreten, in bestimmten lebensweltlichen Konstellationen die fehlende Passfähigkeit von Angeboten zeigt, das wird in der Interviewstudie anschaulich. Als weniger gut bewerten 20 Prozent, als gar nicht gut nur 3 Prozent der Befragten die von ihnen in den Pflegehaushalten in Anspruch genommenen Leistungen. Das gute Zeugnis, das die pflegeerfahrenen Befragten abgeben, hängt im Wesentlichen mit den Pfleger*innen zusammen, die sich aus ihrer Sicht viel Mühe geben, aber ihrerseits unter sehr ungünstigen Bedingungen arbeiten müssen. Zeitdruck und Überlastung charakterisieren die Arbeitsbedingungen der in Pflegediensten Beschäftigten aus Sicht der Pflegeerfahrenen. Sie spüren den Arbeitsdruck, würdigen das Engagement und ihre Leistung. Beklagt wird allerdings auch, dass bei ständigem Wechsel der Pflegekräfte eine für die Pflege wichtige Vertrauensbeziehung nicht entstehen kann. Wie wichtig die Vertrauensebene für eine gelingende Pflegebeziehung ist, wird in der Interviewstudie vielfach benannt. Dass sprachliche Barrieren, insbesondere beim Einsatz von Pflegekräften mit „internationaler Familiengeschichte“ belastend sein können, ist schon im DAK-Pflegereport 2018 (vgl. Klie 2018) deutlich geworden.

Insgesamt posi- tive Erfahrungen mit Unterstüt- zungsangeboten – mit Abstrichen

Welche Erfahrungen haben die Befragten mit der Finanzierung der Pflege? Zunächst fällt auf, dass die Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung recht selbstverständlich ist. Es gibt offenbar nur wenige Leistungsberechtigte, die die Leistungen der Pflegeversicherung nicht nutzen. Dies ist deutlich anders bei Leistungen der Grundsicherung, wo es eine große Dunkelziffer von Berechtigten gibt, die ihre Leistungen aus unterschiedlichen Gründen, nicht zuletzt auch aus sozialer Scham, nicht in Anspruch nehmen. Prominent vertreten ist auch die Krankenversicherung. Leistungen der jeweiligen Krankenkasse werden immerhin von 58 Prozent der Pflegebedürftigen nach Erfahrung der Befragten in Anspruch genommen. Auch auf eigene Einkünfte und Vermögenswerte wird zurückgegriffen. Es bleibt aber dabei: Die Inanspruchnahme der Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung steht im Vordergrund und zumeist werden die Leistungen der Kranken- und Pflegeversi-

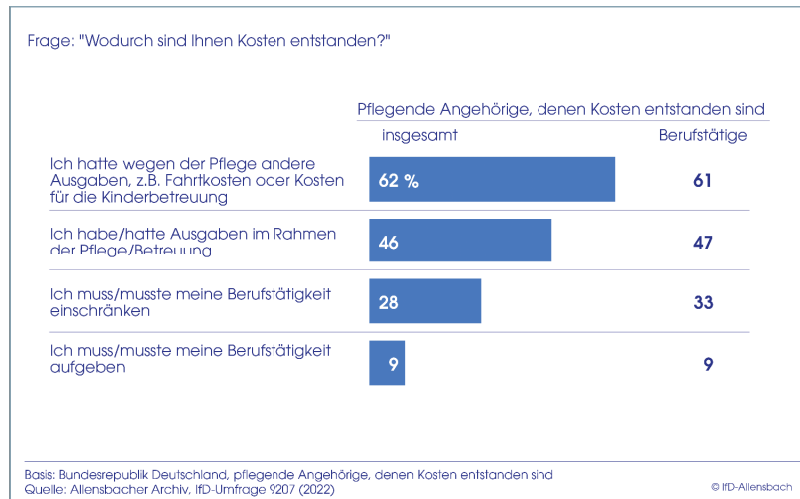
Inanspruch- nahme von Leistungen der Kranken- und Pflegeversiche- rung

cherung auch in der Höhe als Orientierung für die Inanspruchnahme von Leistungen genommen. Die Bereitschaft privat weitere Kosten für die Pflege zu tragen ist keineswegs verbreitet. Sie zu vermeiden, gehört zu den haushaltsökonomischen Kalkülen der Pflegehaushalte. Auch hier gibt es deutliche soziale Unterschiede: Haushalte mit einem höheren sozialen Status sind erwartbar eher bereit aus laufenden Einnahmen und Vermögen Kosten der Pflege zu stemmen.

Opportunitätskosten

Die Kosten der Pflege entstehen nicht nur in finanzieller Hinsicht. Man spricht von Opportunitätskosten, wenn die Berufstätigkeit (teilweise) aufgegeben wird, auf Hobbys verzichtet wird, die Familie zurückstehen muss, um in diesem Fall Pflege- und Sorgeaufgaben zu übernehmen. Die Opportunitätskosten entstehen insbesondere bei Haushalten mit höheren Einkommen: Sie verzichten besonders oft auf Erwerbsarbeit oder schränken sie ein. Es sind aber auch Nebenkosten, die entstehen, wie zum Beispiel der Kinderbetreuung, Fahrtkosten etc. pp.

Abbildung 4: Wodurch pflegenden Angehörigen Kosten für die Pflege entstehen

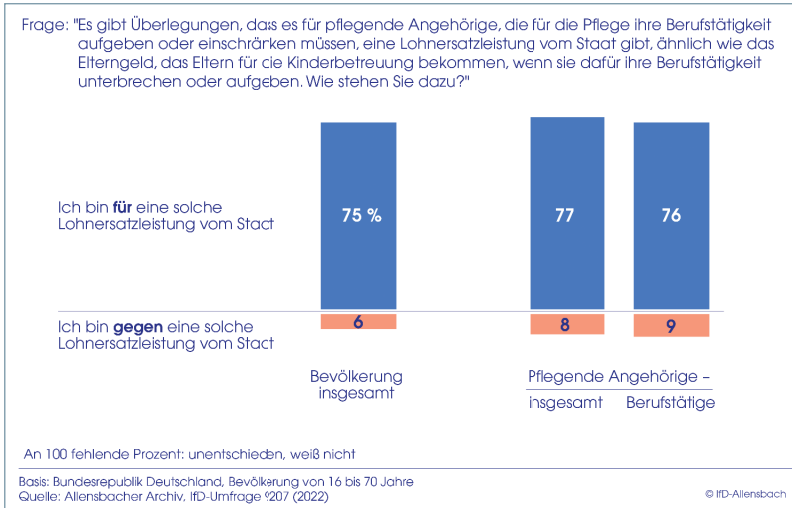


Am stärksten wird die Belastung, die dadurch entsteht, dass die Erwerbsarbeit aufgegeben oder eingeschränkt werden muss, empfunden. Dass Pflege und Erwerbsarbeit häufig nicht vereinbar ist, zeigt sich auch in den vergleichsweise häufigen Krankmeldungen von pflegenden Angehörigen: Immerhin 37 Prozent der Befragten gaben an, sich im Zusammenhang mit der Bewältigung von Pflegeaufgaben für die An- und Zugehörigen krank gemeldet zu haben (vgl. Haumann i. d. Band). Die bisherigen Angebote der Pflegeversicherung (Familienpflegezeit, etc.) waren entweder nicht bekannt oder spielen weitgehend keine Rolle.

Die Haltung zu pflegepolitischen Konzepten der Bundesregierung

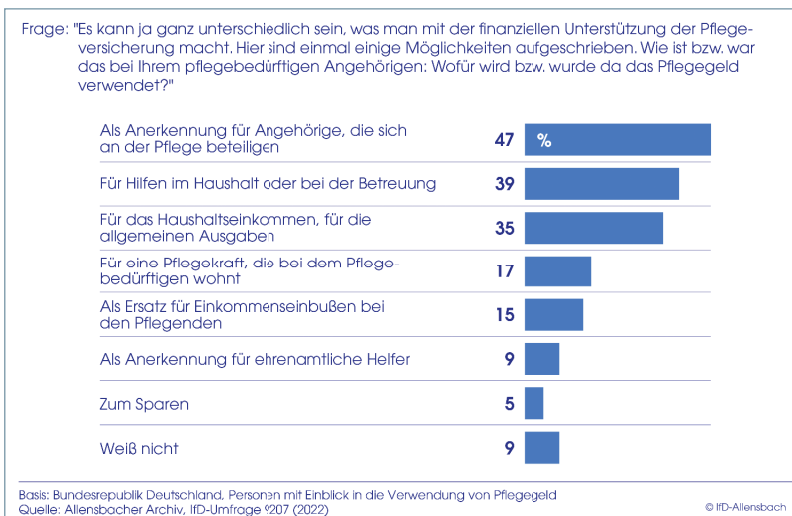
Die in der Koalitionsvereinbarung der rot-grün-gelben Bundesregierung aufgenommene Forderung einer Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige wird von einer großen Mehrheit der Befragten befürwortet: Bei pflegenden Angehörigen noch einmal deutlicher als in der Gesamtbevölkerung.

Abbildung 5: Drei Viertel der Bevölkerung für eine Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige



Die Koalitionsvereinbarung der Ampel sieht beim Kapitel Pflege auch eine Erhöhung des Pflegegeldes vor (vgl. Bundesregierung 2021). Was geschieht mit dem Pflegegeld? Darüber wissen wir sehr wenig. Auch aus diesen Gründen sind wir in der Bevölkerungsbefragung dem Fragenkomplex nachgegangen: Wie verwenden die Pflegebedürftigen, respektive die Haushalte mit Pflegebedürftigen, das Pflegegeld?

Abbildung 6: Wofür das Pflegegeld genutzt wird



Die Anerkennung für Angehörige, die sich an der Pflege beteiligen, steht im Vordergrund. Die (anteilige) Weiterleitung des Pflegegeldes an pflegende Angehörige

Die Rolle des Pflegegeldes und soziale Ungleichheiten

hängt allerdings mit der Intensität ihres Engagements und der Übernahme von Sorge- und Pflegeaufgaben ab. 39 Prozent der Befragten gaben an, dass Pflegegeld auch für Haushalts- und Betreuungshilfen auszugeben. Immerhin 17 Prozent haben es für Live-Ins, für osteuropäische Haushaltshilfen eingesetzt. Ein großer Teil, insbesondere von eher einkommensschwachen Haushalten, setzt das Pflegegeld für Ausgaben des Haushaltes ein. Auch bei der Verwendung des Pflegegeldes sehen wir wieder deutliche soziale Unterschiede. Haushalte mit niedrigem Einkommen haben es schwerer sich ergänzende Hilfen einzukaufen oder sie in Anspruch zu nehmen. Bei ihnen dominieren haushaltsökonomische Restriktionen, die aktuell durch Inflation und höhere Energiekosten sowie die Verteuerung von Pflegedienstleistungen deutlich zunehmen. Dabei ist die Akzeptanz des Pflegegeldes und ihre unterstützende und würdigende Bedeutung groß. Ob dabei die Höhe eine besondere Rolle spielt, ist unklar und darf auch insofern bezweifelt werden, als dass das Pflegegeld für die Haushalte unterschiedlicher Einkommensniveaus von jeweils sehr unterschiedlicher Bedeutung ist. Immerhin 47 Prozent sagen, dass das Pflegegeld unerlässlich sei: Ob nun allein in ökonomischer Hinsicht oder als Anerkennung wird je nach haushaltsökonomischer Situation unterschiedlich zu bewerten sein. Für Angehörige, die sich zeitintensiv an Pflegeaufgaben beteiligen, wird, wie schon berichtet, das Pflegegeld besonders häufig eingesetzt: Hier zeigt es seine zweckentsprechende Wirkung, die in anderen Fällen so nicht immer nachvollzogen werden kann. Man kann gleichwohl feststellen, dass die Pflegebereitschaft durch das Pflegegeld stabilisiert wird.

Politische Implikationen

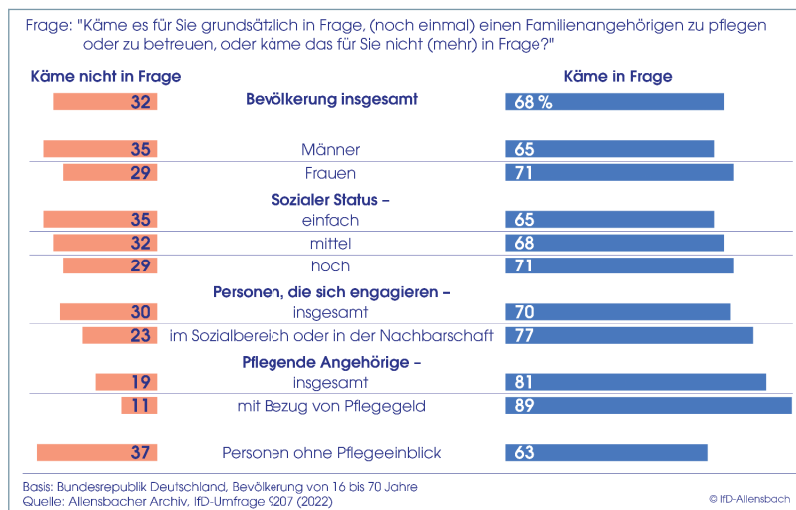
Im internationalen Vergleich fällt allerdings auf, dass auch dort, wo es keine Pflegegeldleistungen gibt, das Pflegesystem eher staatsfinanziert ist und Pflegedienste selbstverständlich genutzt werden können oder sogar müssen, das Engagement von pflegenden Angehörigen in der Sorge nicht zurückgeht, wie etwa in den skandinavischen Ländern dokumentiert (vgl. Heintze 2016a; Heintze 2016b). Gleichwohl ist der Befund der repräsentativen Bevölkerungsbefragung deutlich: Das Pflegegeld ist aus der deutschen Pflegeversicherung nicht wegzudenken. In der Koalitionsvereinbarung wird eine Erhöhung des Pflegegeldes in Aussicht gestellt. Bei dieser Maßnahme – einem pflegepolitischen Quick Win – sollte es aber nicht bleiben. Eine konzeptionelle Weiterentwicklung der häuslichen Pflegeleistungen ist gefragt. Auch wenn eine Mehrheit eine Erhöhung des Pflegegeldes befürwortet, was nicht sonderlich verwunderlich ist, werden auch andere Präferenzen sichtbar, die auf örtlich verfügbare Unterstützungsangebote gerichtet sind. Gerade mit Blick auf die haushaltsabhängige Nutzung des Pflegegeldes, die viel mit Lebenslagenaspekten zu tun hat, wird man bei nur begrenzt zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen für die Weiterentwicklung der Pflegeleistungen die Frage des Ausbaus der Leistungen für die häuslichen Pflegearrangements diskutieren müssen.

Engagement stärkt Pflegebereitschaft

Die Bereitschaft zur Angehörigenpflege, sie ist in der deutschen Bevölkerung fest verankert, durch alle Altersgruppen und Schichten hinweg, in Ost und in West.

Dabei zeigt sich, dass die Pflegebereitschaft dort besonders ausgeprägt ist, wo Menschen sich sozial engagieren oder bereits über Pflegeerfahrung verfügen.

Abbildung 7: Weiterhin breite grundsätzliche Bereitschaft zur Angehörigenpflege



Die Zahlen zeigen: Es ist eine Frage der Sozialisation, der Kultur, der individuellen Lebenserfahrung, die maßgeblich für die Bereitschaft und Offenheit ist, Pflegeaufgaben zu übernehmen. Es wird wohl nicht von der Hand zu weisen sein, dass in einer sich stärker individualisierenden Gesellschaft, in einer Gesellschaft, in der der allgemein bestehende Fachkräftemangel die Erwerbstätigkeit aller verlangen wird, es eine Herausforderung darstellt, die Bedingungen für die Übernahme von Pflegeaufgaben zu „qualifizieren“. Auch die Betriebe, die Arbeitgeber, haben ein großes Interesse daran, dass ihre Mitarbeiter*innen nicht wegen der Übernahme von Pflegeaufgaben in den Familien ihre Erwerbsarbeit einschränken oder aufgeben (müssen). Manche Arbeitgeber, auch öffentliche, unterhalten etwa eigene Tagespflegeangebote (Landkreis Düren) oder beschäftigen Case Manager*innen. Auch der Einkauf in Pflegeeinrichtungen wird als Strategie verfolgt: Ob und wie die allgemeine Bereitschaft der Bevölkerung, sich an Pflegeaufgaben in der Familie zu beteiligen, in praktische Sorge- und Pflegearbeit mündet, wird sich zeigen. Auch für die eigene Pflegebedürftigkeit steht die Angehörigen- und vor allen Dingen die Partnerpflege im Vordergrund: Hier ist kein großer Unterschied zwischen den Generationen festzustellen. Auch die junge Generation fordert keine Vollversicherung. Ob das auch mit Blick auf die mit einer Vollversicherung verbundenen weiteren sozialen Lasten (Lohnnebenkosten) nicht gefordert wird, kann aus der Bevölkerungsbefragung heraus nicht beantwortet werden. Wir interpretieren allerdings die allgemeine Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeaufgaben im Wesentlichen als tiefe moralische Verankerung einer Sorgehaltung: Sich um den*die Partner*in und die Angehörigen auch im Falle von Pflegebedürftigkeit zu kümmern ist weithin selbstverständlich.

Die Zukunft der Verteilung von Sorgearbeit

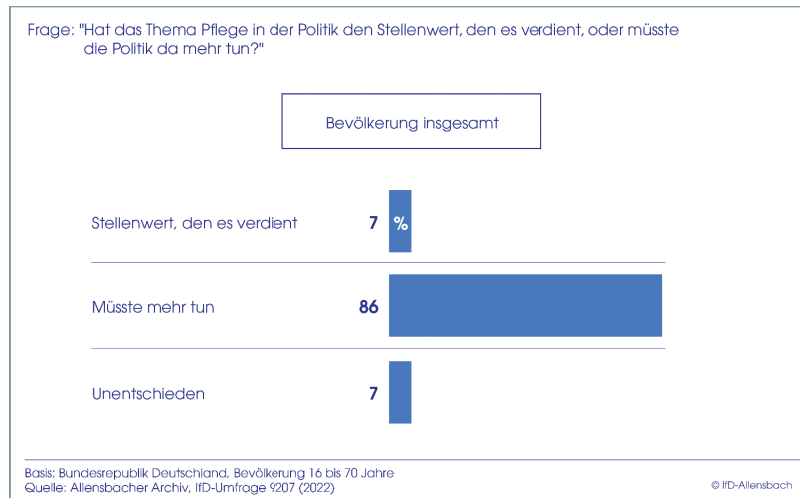
Geringe Vorsorgebereitschaft

Die Bereitschaft zur Pflegevorsorge in finanzieller Hinsicht ist in der Bevölkerung immer noch nicht besonders stark ausgeprägt. Auch das Vorsorgeverhalten wird von dem jeweiligen finanziellen Spielraum bestimmt. Es ist bei denjenigen, die über ein höheres Einkommen verfügen deutlich ausgeprägter als bei Haushalten mit einem Nettohaushaltseinkommen von unter 2.000 Euro.

Pflege nicht ausreichend politisch thematisiert

Das Thema Pflege ist, so ein sich immer wieder bestätigender Befund, in der Politik nicht ausreichend vertreten.

Abbildung 8: Pflege: Zu geringer politischer Stellenwert



Beitrags-erhöhung nicht attraktiv

Welche Wege die deutsche Sozialpolitik einschlagen soll, um künftig das Pflegerisiko abzusichern, darüber gibt es durchaus sehr unterschiedliche Einschätzungen. Die private Vorsorge stärken – der Meinung sind immerhin 57 Prozent, wenn auch mit deutlichen Unterschieden nach Haushaltseinkommen. Auch eine steuerfinanzierte Verbesserung der Einnahmensituation der Pflegeversicherung wird nur von einem Drittel bejaht. Die Angehörigen noch stärker finanziell an den Pflegekosten zu beteiligen: Das befürworten nur 8 Prozent. Genau das geschieht aber aktuell durch die Folgen des Tariftreuegesetzes, der steigenden Kosten in allen Lebensbereichen, auch für haushaltsnahe Dienstleistungen etc. Der nicht zuletzt von der DAK-Gesundheit unterstützte Ansatz eines Sockel-Spitze-Tausches (vgl. DAK-Pflegereport 2019: Klie 2019a) wird nur von einem Drittel der Befragten befürwortet. In der Koalitionsvereinbarung findet sich dieser in der 19. Legislatur intensiv diskutierte Ansatz nicht (vgl. Rothgang und Kalwitzki 2017). Gleichwohl wird er in der pflegepolitischen Diskussion weiterverfolgt (vgl. Pro-Pflegereform 2018–2021).

Die repräsentative Bevölkerungsbefragung bietet interessante Einsichten in die Erfahrungen, Einstellungen und Forderungen der Bevölkerung zum Thema Pflege

und häuslicher Pflege. Interessant kontrastieren Einschätzungen der Bevölkerung, dass die Politik zu wenig für das Thema Pflege tut, mit einer recht uneindeutigen Haltung gegenüber notwendigen Pflegereformen. Das unterstreicht: Das Thema Pflege braucht nicht nur von oben größere Aufmerksamkeit – und das auch in schwierigen Zeiten –, sondern gerade von unten im Sinne von Diskursen und Diskussionen auf allen politischen Ebenen, insbesondere auch vor Ort (vgl. Kremer-Preiß 2021).

Eindeutiger politischer Handlungsbedarf?

1.2.2 Häusliche Pflege: Was lässt sich aus einer GKV-Routineanalyse lernen?

Die OptiMedis AG, diesmal federführend mit Mark Grabfelder, hat die Datensätze der pflegebedürftigen Versicherten der DAK-Gesundheit analysiert. Die GKV-Routinedaten sind ehrlich: Sie bilden das tatsächliche Leistungsgeschehen in der gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch in der sozialen Pflegeversicherung ab. Sie sich genauer anzusehen, ist sowohl für die Kranken- und Pflegekassen von größter Bedeutung. Können so doch Formen der Fehl-, Unter- und Überversorgung erkannt werden. Eine Analyse der GKV-Routinedaten lädt überdies dazu ein, in einer sektorenübergreifenden Betrachtungsweise Rationalisierungs- und Effizienzreserven zu identifizieren. Dabei wird dann allerdings sichtbar, dass eine auch bei den Kassen nicht wirklich überwundene sektorenspezifische Betrachtungsweise und Kostensteuerung nicht so leicht zu korrigieren und zu überwinden ist. Die Analysen sind interessant. Es lohnt sich, sie konsequent und nicht nur kassenspezifisch, sondern auch kassenübergreifend durchzuführen. In einigen Bundesländern wurde mithilfe von SAHRA – einer auf Regionen bezogenen Aufbereitung von GKV-Routinedaten – eine derartige kassenübergreifende Aufbereitung der GKV-Routinedaten vorgenommen, die es auch den Kommunen erlaubt, die Daten für ihre Gesundheits- aber auch Pflegeplanung zu nutzen. Die Analysen der GKV- und SPV-Routinedaten der DAK-Gesundheit beziehen sich ganz wesentlich auf die Datensätze vor der Corona-Pandemie, um die coronaspezifischen Effekte herauszurechnen bzw. gesondert zu würdigen.

Solide Datengrundlage: GKV-Routinedaten

Auch die GKV-Routinedaten zeigen in aller Deutlichkeit: Ohne die selbstorganisierte Pflege geht es nicht. Sie stellt das Rückgrat der pflegerischen Versorgung von auf Pflege angewiesenen Menschen dar. Dabei wird deutlich: Nicht nur die tatsächliche Pflege, sondern auch das Management der Pflege liegt ganz überwiegend in der Hand der An- und Zugehörigen. Besonders ausgeprägt ist das – erwartungsgemäß – in Pflegegrad 1, in dem kaum Leistungen der Pflegeversicherung außer dem Entlastungsbetrag gewährt werden. Die Politik hat mit der fachlich durchaus umstrittenen Entscheidung, für den laufenden Pflegegrad 1 noch keine Leistungen vorzusehen, den Einstiegsgrad in Pflegebedürftigkeit vollständig in die Hand der Pflegebedürftigen respektive ihrer An- und Zugehörigen gelegt. Zwar können sie auch Pflegeberatung in Anspruch nehmen, was sie allerdings kaum

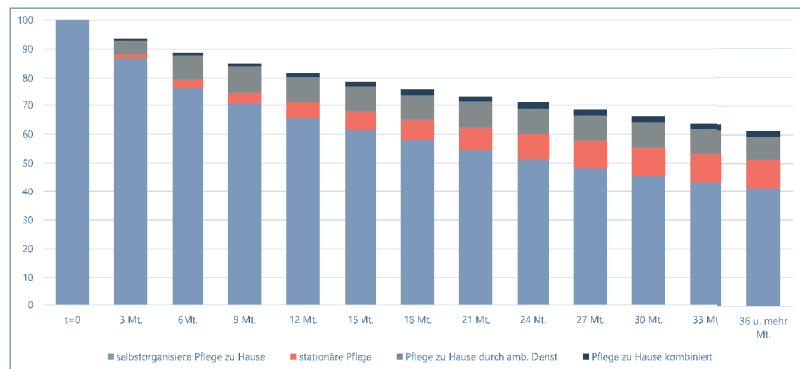
Angehörigenpflege besonders in Pflegegrad 1

tun. Die Bedeutung der Prävention, die gerade am Anfang der Karriere eines Pflegebedürftigen stehen sollte, wird zumindest dann nicht gesehen und ihnen entsprechende Leistungen der GKV und SPV umgesetzt, wenn nicht parallel zum Entlastungsbetrag, der mangels fehlender Infrastrukturen sehr häufig nicht eingelöst werden kann, keine Leistungen der medizinischen und pflegerischen Prävention angeboten und vorgehalten werden. Auch und gerade in diesem Zusammenhang macht es Sinn darüber nachzudenken, eine pflegefachliche Begleitung jenseits der Pflegeberatungsbesuche gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI, die beim Pflegegrad 1 ihrerseits nicht vorgesehen sind, in einer pflegefachlichen Begleitung wie einer hausärztlichen Grundversorgung vorzusehen (vgl. entsprechende Vorschläge in Klie et al. 2021; Gemeindegeschwester^{plus}: Gebert et al. 2019). Dass die Leistungen der Pflegeversicherung erst mit Pflegegrad 2 einsetzen, ist eher fiskalischen als fachlichen Gesichtspunkten geschuldet. Konzepte, die sogar Eingang in die Koalitionsvereinbarung der rot-grün-gelben Bundesregierung gefunden haben, solche der Community Health Nurse (vgl. Burgi und Igl 2021; DBfK Bundesverband e. V. 2022), sind in vielfältiger Weise anschlussfähig an die hier angestellten Überlegungen.

Hohe Resilienz bei Angehörigenpflege

Die GKV- und SPV-Routinedatenauswertung unterstreichen die enorme Leistungsfähigkeit von Familien und in gewisser Weise auch ihre Resilienz. Selbstorganisierte Pflegesettings sind auch über die Jahre erstaunlich stabil.

Abbildung 9: Stabilität des selbstorganisierten Pflegesettings bei 100 Versicherten in Monaten



Quelle: OptiMedis 2022

Zwar nimmt mit der Dauer der Pflegebedürftigkeit der prozentuale Anteil stationärer Pflege zu. Das gilt auch für die Inanspruchnahme ambulanter Dienste. Aber auch nach 35 Monaten Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung handelt es sich bei den meisten Pflegesettings um selbstorganisierte, das heißt, um solche, in denen lediglich Pflegegeld als laufende Leistung der Pflegeversicherung in Anspruch genommen wird. Entlastungsangebote werden vergleichsweise selten in Anspruch genommen.

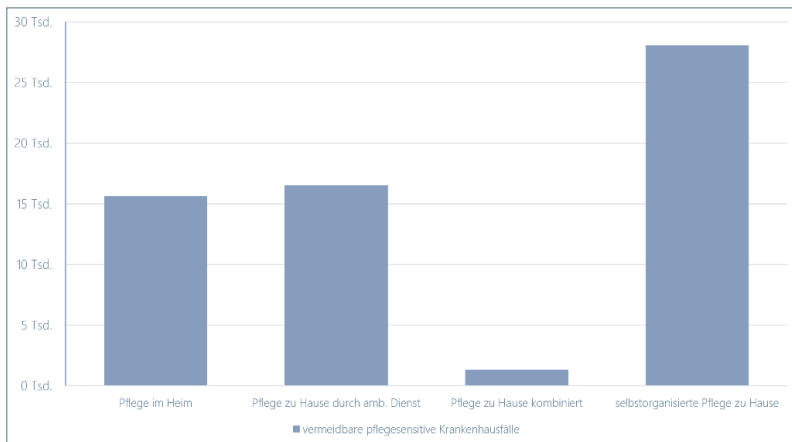
Das gilt auch für die Kurzzeitpflege, die nach den Daten von OptiMedis überwiegend nicht in der Weise genutzt wird, wie sie vom Gesetzgeber vorgesehen war: Für den erfolgreichen Übergang vom Krankenhaus in die eigene Häuslichkeit oder zur Entlastung pflegender Angehöriger. Kurzzeitpflege mündet, nicht zuletzt in ihrer institutionellen Ansiedlung, aber auch der Finanzierungslogik, meist in einem dauerhaften Aufenthalt in vollstationärer Pflege. Die Daten unterstreichen damit die Notwendigkeit, solitäre Kurzzeitpflege zu fördern, ggf. auch eine gesonderte Finanzierung und leistungsrechtliche Grundlage für sie zu schaffen (vgl. Kurzzeitpflege in Bayern: Braeseke et al. 2019; Klie und Monzer 2022, 2022). Die nicht zu leugnende Überforderung selbstorganisierter Pflegesettings respektive von An- und Zugehörigen verantworteten Pflegearrangements, so legen es die GKV-/SPV-Routinedatenanalysen nahe, führt in erheblichem Ausmaß zu medizinisch nicht indizierten Klinikaufenthalten. Krankenhäuser beklagen vielfach die Zunahme der Notaufnahmen von älteren Menschen, die kurzfristig einen positiven finanziellen Aspekt für Kliniken haben können.

Der Übergang zwischen Krankenhaus und Pflege zu Hause

In Zeiten der deutlich sichtbar werdenden Leistungsgrenzen der Krankenhäuser im Zusammenhang mit Corona und Personalausfällen wird die große Zahl nicht indizierter Klinikaufnahmen allerdings auch zum Problem. Überdies sind sie für die Patient*innen im hohen Maße belastend. Die Analysen identifizieren die medizinisch nicht indizierten Krankenhauseinweisungen. Die Einsparpotenziale für die gesetzliche Krankenkasse sind erheblich und liegen allein für die DAK-Gesundheit bei geschätzten 350 Millionen Euro per anno, kassenübergreifend bei 3,6 Mrd. EUR.

Vermeidbare Krankenhausaufenthalte

Abbildung 10: Vermeidbare Krankenhaussfälle nach Settings (Pflegegrad 2-5) in 2019



Quelle: OptiMedis 2022

Vermeidbare Krankenhauseinweisungen aus Pflegeheimen waren wiederholt Gegenstand von Forschungsprojekten. Der DAK-Pflegereport 2022 arbeitet die ungleich größere, quantitative Bedeutung des Themas vermeidbarer Kranken-

Andere Verteilung von Investitionen und Gesundheitskosten?

hausfälle aus dem Setting selbstorganisierter Pflege heraus. Hier besteht nicht nur Handlungsbedarf. Hier kann auch auf erfolgreiche Konzepte des Care und Case Managements, aber auch der primärmedizinischen Versorgung zurückgegriffen werden, die später im Good Practice-Teil vorgestellt werden. Zurecht heben Grabfelder et al. hervor, dass die Problematik auch Fragen danach aufwirft, ob es nicht zu einer ganz anderen Verteilung von Investitionen und Gesundheitskosten kommen müsste: zugunsten der ambulanten, aber auch pflegerischen Versorgung und zulasten der in Deutschland auch im internationalen Vergleich immer noch extrem kostenintensiven klinischen Versorgung.

Nichtinanspruchnahme von Beratung und ihre Folgen

Inwieweit klinisch nicht indizierte Klinikeinweisungen darauf zurückzuführen sind, dass es an einer fachpflegerischen Begleitung mangelte, bedarf weiterer Analysen. Naheliegend ist in jedem Fall, dass die Nichtinanspruchnahme von Pflegeberatung respektive die Nichtbefolgung von Empfehlungen des Medizinischen Dienstes, eine unzureichend abgestimmte primärmedizinische und pflegerische Versorgung und ein ggf. vor Ort nicht verfügbares Care und Case Management für komplexe Fallkonstellationen sich mitverantwortlich zeichnet, dass es zu den belastenden und kostenintensiven Klinikeinweisungen kommt. Es ist plausibel, anzunehmen, dass wenn eine fachpflegerische Präsenz in selbstorganisierten Haushalten gewährleistet wäre, etwa über die häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V, im Sinne der Steuerung des Pflegeprozesses als Vorbehaltsaufgabe der Fachpflege gemäß § 4 PflBG, Risiken der Überforderung von pflegenden Haushalten rechtzeitig erkannt und Entlastungs- und Präventionsmaßnahmen eher ergriffen worden wären. Die GKV-Routinedatenanalyse zeigt nun, dass bei Haushalten, in denen lediglich Pflegegeld als laufende Leistung der Pflegeversicherung genutzt wird, nur 10 Prozent der Haushalte Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Anspruch nehmen. Bei Haushalten, in denen Pflegedienste im Rahmen des § 36 SGB XI beteiligt sind, ist in 25 Prozent der Haushalte eine häusliche Krankenpflege verordnet worden.

Pflegefachliche Begleitung sicherstellen

Die Zahlen legen nahe, dass das Involvement von Pflegefachkräften, und Pflegediensten, die Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege begünstigt. Neben einer ganzen Reihe von Detailergebnissen – etwa zur Bedeutung ambulant betreuter Wohngemeinschaften in der pflegerischen Versorgung, ihrer unterschiedlichen Verteilung nach Bundesländern, Fragen der leitliniengetreuen Vergabe von Medikamenten an Pflegebedürftige – verweist die GKV-/SPV-Routinedatenanalyse der DAK-Gesundheit-Daten darauf, wie wichtig es ist, die medizinische Primärversorgung, Fragen der verfügbaren Infrastruktur auf regionaler Ebene, eine patientenorientierte Zusammenarbeit auf regionaler Ebene mit Fragen der Beratung, der Leistungsgewährung und Begleitung von Pflegehaushalten zu verbinden. Dabei geht es nicht um eine Integration der SGB XI-Leistungen in das SGB V, wie immer wieder einmal gefordert. Letztlich weist die Langzeitpflege mit dem empirischen und normativen Primat der häuslichen Pflege einen weitgehend anderen Hintergrund auf als die primärärztliche Versorgung.

Pflegepolitik ist ganz wesentlich (auch) Familien- als Gesundheitspolitik. Gleichwohl ist eine konsequente Verschränkung gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung gefragt, die sich als Flankierung der immer noch als Familienaufgabe verstandenen häuslichen Pflege versteht, deren Zahlen zu- und nicht abnehmen. Angesichts der Knappheit der Personalressourcen, die insbesondere im ambulanten Bereich bestehen, bedarf es gerade in der ambulanten und häuslichen Versorgung besonderer Anstrengungen und Investitionen. Gelingt es nicht, die häusliche Pflege zu stabilisieren und zu stärken, wird der Druck auf stationäre Versorgungsssettings zunehmen, die ihrerseits bereits ihre Leistungsgrenzen erreicht haben. Die GKV-Routinedatenanalyse – auf kommunaler Ebene runtergebrochen – böte eine wichtige empirische Grundlage für regionale Planungs-, Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben.

Pflege als Familienpolitik

1.2.3 Einblicke in die Wirklichkeiten häuslicher Pflege: Die Interviewstudie

Die DAK-Pflegereporte zeichnen sich dadurch aus, dass sie unterschiedliche Methoden sozialwissenschaftlicher Forschung miteinander verschränken und aufeinander beziehen. Neben repräsentativen Befragungen und Datenanalysen gehören stets auch qualitative Zugänge zu den Lebenswirklichkeiten auf Pflege angewiesener Menschen und ihrer An- und Zugehörigen zum Studiendesign. Die Pflegenden und die auf Pflege angewiesenen Menschen sollen nicht hinter den Zahlen verschwinden. Um sie geht es. Um ihre Individualität, ihre Lebenssituation. Sie sind jeweils in ihren biografischen Prägungen, in ihrer gesundheitlichen Situation, in ihren Werthaltungen, in ihren sozialen Bezügen aber auch Werten und Lebenszielen in den Blick zu nehmen. Das zeichnet gute Pflege aus. Hierin liegt letztlich auch die Einlösung sozialstaatlicher Verantwortung für auf Pflege angewiesene Menschen. Der Staat hat nicht die Aufgabe, in das Leben einzugreifen, aber doch Bedingungen dafür zu schaffen, dass Menschen mit Pflegebedarf und ihre An- und Zugehörigen ein gutes Leben führen können. Das Konzept der Bedingungen guten Lebens von Martha Nussbaum (1999) wird in den DAK-Pflegereporten stets als Referenz genutzt – auch um eine allzu funktionalistische und anthropologisch verkürzte Debatte über Pflege zu vermeiden.

Qualitativer Zugang zur individuellen Lebenswirklichkeit

Bedingungen guten Lebens nach Martha Nussbaum

Abbildung 11: Zehn Dimensionen guten Lebens nach Martha Nussbaum (1999)



Quelle: Eigene Darstellung

Interviews aus allen Bundesländern zeigen Vielfalt

Auch im DAK-Pflegereport 2022 wurden wieder Interviews geführt. Diesmal so viele wie in noch keinem anderen Report: 33. In allen Bundesländern wurden DAK-Versicherte und interviewbereite pflegende Angehörige und auf Pflege angewiesene Menschen gesucht – und gefunden. Vielmehr wären bereit gewesen, ihre Erfahrungen (mit-)zu teilen. Hierin sehen wir einen Hinweis darauf, dass die Erfahrungen im Umgang mit Pflegebedürftigkeit nicht nur private sind oder sein und bleiben sollen. Pflegeerfahrungen weitergeben und sich über sie austauschen, sie zum Thema vor Ort zu machen, ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer Caring Community. Interviewbereit waren viele – aber selbstverständlich längst nicht alle. Insofern sind die in dem DAK-Pflegereport gewährten Einblicke selektiv und können, wie bei qualitativen Studien stets der Fall, keine Repräsentativität für sich beanspruchen. Sie zeigen aber eine Vielfalt von Pflegearrangements, von Pflegewirklichkeiten in sehr unterschiedlichen Lebenswelten und biografischen und sozialen Konstellationen. Von allen 33 Interviews liegen Fallvignetten vor, die 2023 in Länderreporten des DAK-Pflegereportes veröffentlicht werden sollen. Qualitative Interviews auszuwerten, ist anspruchsvoll. Gilt es doch die sehr unterschiedlichen Erzählungen in ihren Themen und Aussagen zu sortieren und in Beziehung zu dem zu setzen, was mit dem

DAK-Pflegereport intendiert war und ist: Die Bedingungen häuslicher Pflege aus der Sicht von pflegenden Angehörigen und auf Pflege angewiesenen Menschen in den Blick zu nehmen und in Beziehung zu dem zu setzen, was die Pflegeversicherung an Zielsetzungen verfolgt und Leistungen anbietet.

Eine der Zielsetzungen der Pflegeversicherung liegt darin, den Vorrang der häuslichen Pflege und die Pflegebereitschaft der Bevölkerung zu stärken und zu unterstützen. Dabei geht die Pflegeversicherung stets davon aus, dass auf Pflege angewiesene Menschen professionell begleitet werden. Die Qualität der Pflege – in fachlicher Hinsicht – ist die Referenzkategorie der Pflegeversicherung, die ein aufwendiges Qualitätssicherungssystem mit einer Reihe von Vorgaben und Maßstäben entwickelt hat und weiterentwickelt. In der häuslichen Pflege sind diese Fragen der Pflegequalität im engeren Sinne – halten Pflegefachkräfte fachliche Standards ein, orientieren sie sich an dem Pflegeprozessmodell der WHO, beachten sie Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – letztlich nur dann maßgeblich, wenn das Pflegearrangement von Pflegefachkräften (mit-)verantwortet wird. Auch die jeweils erbrachten Pflegeleistungen müssen den Qualitätsvorgaben der Pflegeversicherung entsprechen. Aus der Sicht der auf Pflege angewiesenen Menschen ist das, wie auch die Interviews deutlich machen, eher nachrangig. Büscher und Klie haben für die häusliche Pflege fünf Kategorien guter Pflege ausgemacht. Dabei geht es zum einen um die Qualität der Aushandlung dessen, was in der Pflege zu geschehen hat und geschehen soll mit den auf Pflege angewiesenen Menschen, es geht auch um die Beachtung fachpflegerischer Wissensbestände und Standards, soweit diese in dem Pflegearrangement bedeutsam werden. Weiterhin spielt eine Rolle, ob sich die Gesundheit und die Pflegebedürftigkeit so weiterentwickelt, wie das fachlich erwartbar respektive gewünscht und angestrebt wird. Die objektive und subjektive Lebensqualität ist eine weitere Dimension: was ist dem jeweiligen Menschen bedeutsam? Schließlich geht es um die verfügbaren Infrastrukturen vor Ort, die maßgeblich sind für die Gestaltung des Pflegearrangements (vgl. Klie und Büscher 2014). Diese fünf Qualitätsdimensionen häuslicher Pflege spielen ebenso wie die Bedingungen guten Lebens eine maßgebliche Rolle bei der Durchführung und Auswertung der Interviews.

Die Qualität der häuslichen Pflege

Abbildung 12: Fünf Kategorien guter Qualität häuslicher Pflege

Qualität häuslicher Pflege

1. Qualität professionellen Pflegehandelns
2. Partizipative Aushandlung und Vereinbarung von Zielen und Maßnahmen in Hilfeplänen
3. Individuelle Pflegebedürftigkeit und Teilhabe als Ausgangspunkt zur Einschätzung von Pflegequalität
4. Objektive und subjektive Parameter der Lebensqualität
5. Lokale Infrastruktur

Quelle: Klie und Büscher 2014

Unterschiedliche Wege zum Leben mit Pflege

Die Konfrontation mit Pflegebedürftigkeit erfolgt sehr unterschiedlich: Mal ist es ein schleichender Prozess, etwa im Zusammenhang mit einer beginnenden Demenz, häufig sind es lebensverändernde Gesundheitskrisen von Schlaganfall bis zur Oberschenkelhalsfraktur, die von heute auf morgen zur Pflegebedürftigkeit führen. Die Chronifizierung von Erkrankungen mit ihren Folgen für die Selbständigkeit führen ebenso zur Pflegebedürftigkeit wie Folgen von fehlgeschlagenen Behandlungen oder Behandlungsfehlern. Die Hintergründe und Ursachen für das, was wir Pflegebedürftigkeit nennen, sind unterschiedlich. Auffällig ist und bleibt: Das Risiko an einer chronischen Krankheit zu erkranken und damit auch das Risiko pflegebedürftig zu werden, ist sozial ungleich verteilt.

Pflichtgefühl und ökonomische Abwägungen

Wie schon die repräsentative Bevölkerungsbefragung deutlich macht, ist das Verpflichtungsgefühl von Partner*innen sowie Familienangehörigen in Deutschland hoch ausgeprägt. Es gehört zur moralischen Grundausstattung der deutschen Bevölkerung, sich um nahe Angehörige und Partner*innen im Falle der Pflegebedürftigkeit zu kümmern. Das gilt in besonderer Weise für Frauen. Das gilt aber auch für die Gesellschaft insgesamt. Diese moralische Grundhaltung, die Solidaritätsnorm gegenseitiger Hilfsbereitschaft aber auch Verpflichtungen innerhalb von Familien und Partnerschaft lässt sich aus fast allen Interviews herauslesen. Die Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeaufgaben in welcher Rolle auch immer ist vorhanden. Es sind aber ganz wesentlich Restriktionen ökonomischer Art, aber auch infrastruktureller Art, die zur Übernahme von Pflegeaufgaben gegenüber An- und Zugehörigen und Partner*innen führt. Insbesondere das dominierende Muster: „Ich oder wir müssen das alleine schaffen“, ist eine zentrale Erfahrung der Interviewten.

Maßgeblich für die Bewältigung: Das Pflegegesetz

Dabei findet sich eine große Variation von Bewältigungsformen, die beeindruckend, aber zum Teil auch verstörend ist. Viele wurden in die Aufgaben der Pflegebedürftigkeit hineingeworfen oder drifteten mit der Zeit in sie hinein. Dabei fällt auf, dass die wenigsten Interviewpartner*innen darüber berichten konnten, fachlich gut begleitet und beraten in die sich ihnen stellenden Pflegeaufgaben hinein gefunden zu haben. Ganz maßgeblich für die unterschiedlichen Bewältigungsformen und -muster sind die jeweiligen Settings und Netzwerke, in denen auf Pflege angewiesene Menschen und die sie Pflegenden gestellt sind. Typisch ist die Pflege in Partnerschaften.

Kulturen der Unterstützung und deren Annahme

Immer noch stark verbreitet ist die Pflege unter Beteiligung nachfolgender Generationen, von Töchtern und Söhnen. Kulturell sehr unterschiedlich ist die Bereitschaft, sich von anderen pflegen zu lassen. Manche lehnen fremde, berufliche und professionelle Helfer*innen vehement ab, andere etwa die Körperpflege durch nahe Angehörige: Die Beziehung, die etwa ein Vater zu seinem Sohn oder seiner Tochter hat, soll nicht etwa durch Aufgaben der Intimpflege irritiert und grundlegend verändert werden. Scham aber auch der Erhalt bisheriger Beziehungsformen spielt eine große Rolle. Das gilt für Partnerschaften nachvollziehbar weniger. Hier

berichten Partner*innen davon, wie sie sich selbstverständlich dem ganzen Set von Aufgaben der Körperpflege stellen. In skandinavischen Ländern gehören die klassischen wie auch körperbezogenen Pflegeaufgaben in die Hände von Pflegefachkräften. An- und Zugehörige konzentrieren sich auf Aufgaben der Haushaltsführung und der Alltagsgestaltung sowie der sozialen Teilhabe. Solche Rollen finden sich auch in den Interviews von An- und Zugehörigen, die nicht im Kernbereich der Pflege tätig sind, sondern sich eher für genau diese, für die Lebensqualität maßgeblichen Aufgaben engagieren.

Die ethischen, motivationalen Hintergründe für die Bereitschaft, Pflegeaufgaben zu übernehmen, sind vergleichsweise homogen. Nicht explizit, aber doch immer wieder kommen in beeindruckender Weise Formen tiefer Zuneigung und Verbundenheit zum Tragen. Es sind aber auch, und das ist letztlich in der Vielzahl von Familien- und Partnerschaftskonstellationen prägend, moralische und ethische Orientierungen, aber auch die Erwartung innerhalb von Familien und von außen, die die Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeaufgaben begründen. Von den ökonomischen Reflexionen, die Pflegesettings maßgeblich mitbestimmen, war schon die Rede. Auch und gerade sie führen neben Beziehungsdynamiken, Familienkulturen und kulturellen und religiösen Erwartungen dazu, dass Pflege für viele pflegende Angehörige immer mehr zum Kernbestandteil ihrer Lebensführung wird. Einige der Interviewpartner*innen haben die Rolle des*der pflegenden Angehörigen zu der zentralen Rolle und zum zentralen Bestandteil ihrer Identität werden lassen – in einigen Fällen unter Aufgabe aller bisher identitätsbestimmenden Aspekte ihres Lebens.

Ethische Motivationen

Moral und Geld beeinflussen in hohem Maße das häusliche Pflegegeschehen, so An- und Zugehörige beteiligt sind. Der Gesetzgeber hatte bei Einführung der Pflegeversicherung damit gerechnet, dass etwa 50 Prozent der Pflegehaushalte Pflegedienste in Anspruch nehmen. Bis heute sind wir weit davon entfernt. Auch die weiteren Angebote der Pflegeversicherung, insbesondere im häuslichen Bereich werden nicht in der Weise genutzt, wie es eigentlich angestrebt und fachlich sinnvoll wäre. Das hängt mit fehlender Infrastruktur zusammen. Das hängt aber maßgeblich mit haushaltsökonomischen Abwägungsprozessen zusammen, die in den Interviews in eindrücklicher Weise beschrieben werden. Die Aufgabe oder Einschränkung der Erwerbsarbeit, zu der es keine Alternative gibt, der Erhalt des eigenen Hausgrundstückes, der Einsatz des Pflegegeldes für die pflegende Tochter, die arbeitslos ist, die Notwendigkeit das Pflegegeld einzusetzen, um im Haushalt überhaupt über die Runden zu kommen, verweisen darauf, dass ökonomische Abwägungsprozesse die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen im hohen Maße beeinflussen und prägen. Dazu kommt, dass die zum Teil sehr stark reglementierten Einsätze von Pflegediensten und anderen Leistungserbringern nicht die Passfähigkeit mit den Bedarfen des Pflegehaushaltes aufweisen, die hilfreich wäre oder gewünscht wird. Dass vielfach gar nicht alle Hilfen bekannt sind, wird in den Interviews ebenso deutlich, wie Fehleinstellungen und -informationen über

Moral und Geld

die Heranziehung von Kindern zu den Kosten der Pflege, die durch das Familienentlastungsgesetz 2020 deutlich eingeschränkt wurden.

Pflege nach wie vor Frauensache

Pflege ist und bleibt weiterhin Frauensache (vgl. Heintze 2012). Die Rolle als pflegende Ehefrau kann aufgrund des Materials der 33 Interviews sehr anschaulich herausgearbeitet werden und damit das Gendernormativ: Pflegeerwartungen richten sich auch in Deutschland heute noch ganz wesentlich an Frauen. Die Übernahme von Pflegeaufgaben ist und bleibt für sie häufig alternativlos und dies nicht zuletzt vor dem Hintergrund eines weiterwirkenden Gendernormativs. Care-Aufgaben werden in Deutschland nicht in einer geschlechtergerechten Weise verteilt, sondern einseitig zulasten von Frauen, die ihre Rolle als Care Givers nichts selten internalisiert haben. Sie sind finanziellen Einbußen ausgesetzt, Lohnersatzleistungen entfalten für sie nicht die Wirkung, wie es unter familienpolitischen Gesichtspunkten wünschenswert wäre. Auch der Umstand, dass die Gestaltung und Bewältigung von Pflegeaufgaben als Privatsache verstanden wird, in den häuslichen Bereich verlagert ist oder dort verortet wird, stabilisiert die Rolle von Frauen als pflegende Angehörige. Dabei finden sich in den Interviews auch eine Reihe von Männern, die auf der einen Seite ihre Pflegeerfahrung politisch wenden und Forderungen formulieren oder aber sich etwa in Mutter-Sohn-Dyaden vollständig in die Rolle des pflegenden Angehörigen, des pflegenden Sohns hineinbegeben. Die Beteiligung von Männern an Pflegeaufgaben nimmt zwar zu – dominant ist und bleibt allerdings das Bild der pflegenden Ehefrau oder der pflegenden (Schwieger-) Tochter.

Pflege als Beziehungsgestaltung – auch bei beruflichen Helfer*innen

Fachkräften, Haushaltshilfen, Professionellen in der Pflege kommen in dem System der Pflegeversicherung eine begleitende und unterstützende Funktion zu. Das kommt auch in den Interviews zum Tragen, wobei die Einbeziehung von Pflegefachkräften sehr dosiert respektive gar nicht erfolgt. Liegen Erfahrungen mit beruflich Pflegenden vor, so wird die Qualität der Pflege und die Wertschätzung der jeweiligen Pflegekraft weniger an ihrem expliziten Fachwissen und ihrer handwerklichen Kunst gemessen, sondern vielmehr an ihrer Vertrauenswürdigkeit, an ihrer Empathiefähigkeit, an der Fähigkeit und Bereitschaft, sich auf Pflege als Beziehungsgestaltung und -aufgabe einzulassen. Diese Fähigkeit und Bereitschaft wird den Pflegekräften häufig zugeschrieben. Ähnlich wie in der Bevölkerungsbefragung wird allerdings von den Interviewpartner*innen immer wieder darauf hingewiesen, dass die Rahmenbedingungen, unter denen die beruflich Pflegenden ihre Aufgaben zu erfüllen haben, eine beziehungsorientierte Pflege letztlich nicht möglich machen.

Professionalisierung der Pflege wird nicht wahrgenommen

Die Fachpflege befindet sich auf dem Weg der Professionalisierung. Ihr wurden Vorbehaltsaufgaben zugeordnet, die in der Anamnese, der Aushandlung, der Pflegeplanung und der Pflegeevaluation liegen, § 4 PflBG. Dieses Profil professioneller Pflege bildet sich in den Vorstellungen, Erfahrungen und Erwartungen von pflegenden Angehörigen und auf Pflege angewiesenen Menschen in der Inter-

viewstudie nicht ab. Die Pflegekräfte werden dort „eingesetzt“, wo die pflegenden Angehörigen nicht können oder bestimmte Aufgaben nicht übernehmen wollen. Die Kompetenzwahrnehmung der Pflegefachkräfte ist offenbar immer noch stark von einer aufgaben- und an Zeitvorgaben gebundenen Finanzierung geprägt und damit eher verrichtungsbezogen. Die gute Qualität ergibt sich aus der Beziehungsorientierung in der Erfüllung der Aufgaben, die entweder im Rahmen medizinischer Behandlungspflege oder der allgemeinen Pflege von Pflegekräften in den Haushalten wahrgenommen wird. Die Erwartung an die beruflich Pflegenden ist aber zugleich – auch das kommt in den Interviewstudien zum Tragen – zwischen Beruf und Berufung angesiedelt: Es sind eben nicht reine Dienstleister*innen oder sollten es zumindest nicht sein. Die eingangs aufgegriffenen fünf Ebenen der Qualität häuslicher Versorgung lassen sich zwar aus den Interviews als maßgeblich rekonstruieren, sie spielen allerdings in der Vorstellung von pflegenden Angehörigen und auf Pflege angewiesene Menschen als das Profil professioneller Pflege keine Rolle.

Mit der Pflegeversicherung übernimmt der deutsche Sozialstaat eine Teilverantwortung für das allgemeine Lebensrisiko Pflegebedürftigkeit. Das ist nur in einer Minderheit von Sozialstaaten weltweit der Fall. Das deutsche Sozialstaatsmodell mit seinen korporatistischen Strukturen und Prägungen ist, gerade was die Pflege angeht, immer noch sehr stark familienorientiert ausgerichtet. Das findet durchaus seine Resonanz bei den Interviewpartner*innen. Aussagen, der Staat sollte sich aus Aufgaben der Pflege heraushalten – und allenfalls die Familien finanziell unterstützen, stehen nicht allein. Die Akzeptanz von Care-Aufgaben als Familienaufgaben, als Aufgaben, die in Partnerschaften zu gestalten sind, sie ist und bleibt offenbar tief verankert in den Einstellungen der Pflegenden und auf Pflege angewiesenen Menschen.

Deutlich wird, dass die Erwartungen an die Kinder (vgl. DAK Report 2021, Klie 2021), sich an Pflegeaufgaben zu beteiligen, eher negiert wird. Hier finden sich immer wieder Aussagen, dass man den Kindern nicht zur Last fallen möchte, dass sie ihr eigenes Leben zu leben haben, dass sie in keinem Fall ihre Erwerbstätigkeit für die Pflege ihrer Eltern aufgeben sollten. Psychosozial kommt ihnen eine wichtige Bedeutung zu, bei Aufgaben der manifesten alltäglichen Pflege eher nicht. Hier spiegeln sich deutliche intergenerationale Entpflichtungs- und Modernisierungstendenzen, die auch der Gesetzgeber mit dem Angehörigenentlastungsgesetz hinsichtlich der finanziellen Eintrittspflicht aufgegriffen hat.

Staat wird begrenzt in Verantwortung genommen

Kinder weniger in der Pflicht

1.2.4 Gute Praxis – Wege zur Stärkung stabiler und fairer häuslicher Pflegearrangements

Der GKV-Spitzenverband fördert im Rahmen der Modellvorhaben gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI seit Jahren Modellprojekte zur Verbesserung und Weiterentwicklung der

Vom Modellprojekt zur verlässlichen Unterstützung

pflegerischen Versorgung. Länder haben ihrerseits Programme aufgelegt, die dazu dienen sollen, häusliche Pflegearrangements zu stärken: Hier quartiersbezogene Ansätze, dort ein Pakt für Pflege oder Pflege so nah. Sie sind alle „überbucht“. Die Zeit der Projekte, die seit Jahrzehnten währt, sollte irgendwann einmal zu Ende sein – nicht zuletzt wegen der Befristung der Förderung und die damit verbundene Gefährdung sorgsam aufgebauter Netzwerke. Geht es doch überall darum – angepasst an die jeweiligen regionalen und lokalen Bedingungen – verlässlich stabile Unterstützungsstrukturen für häusliche Pflegearrangements zu schaffen. Wie die Architektur eines derartigen Strukturaufbaus aussieht, das wissen wir und wir können viele über Jahre stabile Beispiele aufführen (vgl. etwa Zietz 2022).

Diverse Stärken der Modellprojekte

Aus jedem der 16 Bundesländer wurde – in Abstimmung mit der DAK-Gesundheit ein Good Practice-Beispiel ausgewählt. Sie zeigen: Überall gibt es gute Ansätze. Auch und gerade die Bundesländer unterstützen gemeinsam mit den Kommunen im Rahmen ihrer Landespflegepolitik die Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur, mit Blick auf wohnortnahe Versorgungsstrukturen und die Stärkung häuslicher Pflegearrangements. Es gibt viele Gemeinsamkeiten, die die Good Practice Beispiele verbinden. Dazu gehören Ansätze des Care und Case Managements wie etwa bei ReKo (Regionales Pflegekompetenzzentrum) und dem Sorgenden Netz Nürnberger Osten; dazu gehören Leitbilder der Caring Communities, wie unter anderem im Bezirk Treptow-Köpenick in Berlin oder Stendal in Sachsen-Anhalt. Die Einbeziehung des Dorfes, des Stadtteils wie bei QplusAlter in Hamburg oder den Quartiersansätzen in Bremen zeichnen zukunftsweisende, eher gemeinwesenorientierte Arbeitsansätze aus. Zwischen Wiederentdeckung der Gemeindegewerkschaften und modernen Primary Nursing-Ansätzen, die auch auf Community Health Nurse-Konzepte verweisen, liegen die Ansätze von Gemeindegewerkschaften^{plus}, die in einer Reihe von Bundesländern, insbesondere in Rheinland-Pfalz erfolgreich erprobt wurden. Eine große Gruppe von Menschen mit Pflegebedarf sind Menschen mit Demenz. Auf sie zielen häufig auch von Ehrenamtlichen getragene Unterstützungsformen und Hilfenetzwerke, wie etwa das Demenznetzwerk Delitzsch in Sachsen. Die meisten Good Practice-Ansätze setzen auf eine Stärkung der Rolle der Kommunen, so auch der Pakt für Pflege in Brandenburg. Kreativität gehört zu Good Practice: Geht es doch auch um neue Formen der Unterstützung unter Nutzung örtlicher Ressourcen und Traditionen, die es zu erproben gilt. Hierfür steht das Beispiel „SOWieDAheim“ aus Hessen. Nicht zu vergessen ist die Diversität der auf Pflege angewiesenen Menschen: Ein Thema, das insbesondere in den westdeutschen Bundesländern und Großstädten von größter Relevanz ist. Dem widmet sich etwa die Servicestelle für Migrant*innen im Alter in Nordrhein-Westfalen. Auch die Einbeziehung bürgerschaftlichen Engagements in Pflegekontexte ist heute nicht mehr wegzudenken und Bestandteil aller Anstrengungen auf Landesebene, im Rahmen der Förderung bürgerschaftlichen Engagements (vgl. BMFSFJ 2016), die sich dem Thema häusliche Pflege widmen. Hierfür stehen die ehrenamtlichen Seniorenlotsen aus dem Saarland. Die Bedeutung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften und die Nachfrage von pflegenden Angehörigen

gen nach dieser neuen innovativen Wohnform nimmt zu und ist seit Jahren Thema. Dem widmet sich die Koordinationsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen im Alter, KIWA, in Schleswig-Holstein. Auch das Thema Ein-Personen-Haushalte und Einsamkeit im Alter, ist ein Querschnittsthema, das immer und überall auftritt und mit den demografischen Dynamiken an Bedeutung gewinnen wird. Sowohl in Baden-Württemberg in dem Projekt Erwachsenenschutz Tuttlingen wird das Thema aufgegriffen, als auch bei AGATHE: der älter werdenden Gemeinschaft in Thüringen. Nicht zuletzt gehört die Nutzung von Potenzialen der Digitalisierung zu den Reformsätzen in der häuslichen Pflege und Altenpflege – wie am Beispiel des digitalen Ökosystems in Niedersachsen zu studieren ist.

Das Kapitel Good Practice-Beispiele dokumentiert die vielfältigen Bemühungen, die interessanten und Erfolg versprechenden Ansätze und das Engagement von Trägern und Professionellen sowie bürgerschaftlich Engagierten. Die Good Practice-Beispiele machen Mut. Sie erinnern allerdings auch daran, dass die Herausforderungen der Zukunft nicht mit Modellprojekten bewältigt werden können, sondern nur mit der Aufnahme der Erkenntnisse und Erfahrungen aus Modellprojekten für die Regelversorgung in regionale und kommunale Planung, die anders als etwa in Bayern mit den seniorenpolitischen Gesamtkonzepten mehr Verbindlichkeit verdienen. Sie veranschaulichen aber ebenso, wie es gehen kann und fordern die Pflegepolitik auf Bundes- und Landesebene heraus, die rechtlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass aus Modellprojekten stabile Versorgungsstrukturen entstehen können, mit einer deutlichen aber verantwortlichen Flexibilisierung des Leistungsrechts, eines regional verankerten kassenübergreifenden Care und Case Managements und stabilen Strukturen der medizinischen und pflegerischen Primärversorgung.

Lichtblicke und Herausforderungen für die Zukunft

1.3 Literaturverzeichnis

- Bauer, Ullrich; Büscher, Andreas (Hg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: Springer-Verlag. Online verfügbar unter www.worldcat.org/oclc/730349426.
- Braeseke, Grit; Pflug, Claudia; Lingott, Nina; Rieckhoff, Sandra; Zettl, Annabel; Prinz, Fabian (2019): Kurzzeitpflege in Bayern. Endbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Sachverständigenkommission „Siebter Altenbericht der Bundesregierung“ (Bundesdrucksache, 18/10210).
- Bundesregierung (2021): Koalitionsvertrag. Verfügbar unter www.bundesregierung.de/bregde/aktuelles/koalitionsvertrag-2021-1990800, zuletzt geprüft am 31.10.2022.

- Burgi, Martin; Igl, Gerhard (2021): Community Health Nursing – Wegweiser für die Etablierung in Deutschland. Hg. v. Robert Bosch Stiftung. Agnes-Karll-Stiftung. Stuttgart.
- DBfK Bundesverband e. V. (Hg.) (2022): Community Health Nursing. Aufgaben und Praxisprofile. Berlin. Online verfügbar unter www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Aus-schreibung/CHN_Broschuere_2022-Aufgaben-und-Praxisprofile.pdf, zuletzt geprüft am 29.10.2022.
- Destatis 2020: Pflegestatistik. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnis-se-5224001199004.pdf;jsessionid=5D18DA5771F44E63677AC3B66B7B899C.live722?__blob=publicationFile, S. 18; zuletzt geprüft am 29.10.2022.
- Dräger, Dagmar; Le, Thi Huyen Trang (2019): Stärkung von Resilienz bei pflegebedürftigen älteren Menschen mit chronischen Schmerzen. Projektbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Online verfügbar unter www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Abschlussbericht-Resilienz.pdf, zuletzt geprüft am 31.10.2022.
- Gebert, Anne; Weidner, Frank; Weber, Christina; Ehling, Claudia; Seifert, Kerstin; Sachs, Susanne (2019): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprojekt Gemeindegewerkschaft plus von Juli 2015 bis Dezember 2018 im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip). Online verfügbar unter https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Abschlussbericht-GSplus-DIP-final.pdf, zuletzt geprüft am 30.10.2022.
- Heintze, Cornelia (2012): Auf der Expertise im Auftrag des Forums Politik und Gesellschaft und der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn. Online Verfügbar: https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/++file++588220d84f5e-9218d845ac87/download/Pflegesystem-Sandinavien_FES-Expertise-Juli-2012.pdf, zuletzt geprüft: 31.10.2022.
- Heintze, Cornelia (2016a): Pflege und Altenhilfe in Skandinavien und Deutschland. Teil 1: Die wichtigsten Unterschiede der Systeme. In: Soziale Sicherheit 65 (6), S. 239–244.
- Heintze, Cornelia (2016b): Pflege und Altenhilfe in Skandinavien und Deutschland. Teil 2: Finanzierung, Leistungserbringung und der Einfluss von Markt und Wettbewerb. In: Soziale Sicherheit 65 (8), S. 301–308.
- Heinze, Rolf G.; Klie, Thomas; Kruse, Andreas (2015): Subsidiarität revisited. In: Sozialer Fortschritt 64 (6), S. 131–138.
- Isfort, Michael; Klie, Thomas (2021): Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2020. Studie im Auftrag der Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB). Unter Mitarbeit von Helga Gesenich, Moritz Hüsken, Pablo Rischard, Susanne Sachs, Daniel Tucman. Hg. v. Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB). Online verfügbar unter www.vdpb-bayern.de/wp-content/uploads/2021/10/210929_Pflegemonitoring_Bayern.pdf, zuletzt geprüft am 13.10.2021.

- Klie, Thomas (2018): Der DAK-Pflegereport 2018: Gleichwertige Lebensbedingungen für die Pflege? Zentrale Erträge und Denkanstöße. In: Thomas Klie: Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 3–30.
- Klie, Thomas (2019a): DAK-Pflegereport 2019. 25 Jahre Pflegeversicherung: Kosten der Pflege – Bilanz und Reformbedarf. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 30).
- Klie, Thomas (2019b): Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. München: Droemer Taschenbuch.
- Klie, Thomas (2021): Junge Pflege – eine vernachlässigte Wirklichkeit mit großer Relevanz für die Zukunft. Die Essenzen des DAK-Pflegereports 2021. In: Thomas Klie: Pflegereport 2021. Junge Menschen und Pflege. Einstellungen und Erfahrungen nachkommender Generationen. Hg. v. Andreas Storm. Unter Mitarbeit von Wilhelm Haumann, Christine Moeller-Brucker, Isabel Schön, Lukas Stürner und Stefanie Oyoyo. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 35), S. 5–29.
- Klie, Thomas (2022): Ampel auf Grün für ambulant? Klie's Corner. In: Häusliche Pflege (1), S. 52.
- Klie, Thomas; Büscher, Andreas (2014): Qualität in der häuslichen Pflege. Ansätze zu einer lebensweltorientierten Weiterentwicklung. In: NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. 94 (10), S. 452–455.
- Klie, Thomas; Büscher, Andreas (2022): Aufmerksamkeit für die Pflege daheim. Forschungsprojekt (10). Online verfügbar unter www.gg-digital.de/2022/10/aufmerksamkeit-fuer-die-pflege-daheim/index.html, zuletzt geprüft am 29.10.2022.
- Klie, Thomas; Monzer, Michael (2022): Case Management-basierte sektorenübergreifende Kurzzeitpflege – Teil 1. In: NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. (10), S. 478–485.
- Klie, Thomas; Monzer, Michael (2022 (im Erscheinen)): Case Management-basierte sektorenübergreifende Kurzzeitpflege – Teil 2. In: NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. (11).
- Klie, Thomas; Ranft, Michael; Szepan, Nadine-Michèle (2021): Strukturreform Pflege und Teilhabe II. Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Beitrag zum pflegepolitischen Reformdiskurs. Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin.
- Kremer-Preiß, Ursula (2021): Wohnen 6.0. Mehr gemeinsam entscheiden, verantworten, gestalten. In: ProAlter 53 (3), S. 8–12.
- Nussbaum, Martha (1999): Gerechtigkeit oder Das gute Leben. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Pro-Pflegereform (2018–2021). Online unter: www.propflegereform.de, zuletzt geprüft am 31.10.2022.

Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas (2017): Sockel-Spitze-Tausch sichert Lebensstandard von Pflegebedürftigen. In: neue caritas (1), S. 2–5.

Zietz, Anja (2022): Im Coburger Land ist man im Alter gut versorgt. Der Landkreis Coburg schafft ein Netzwerk zu einer rundum guten Versorgung im Alter. Den Kommunen und Ehrenamtlichen kommt dabei eine Schlüsselfunktion zu. In: Bayerischer Gemeindetag (08–09), 286–289. Online verfügbar unter www.bay-gemeindetag.de/media/25187/e-baygt_08_09-2022_220825_doppelseiten.pdf, zuletzt geprüft am 21.09.2022.

2. Häusliche Pflege: Erfahrungen, Einstellungen, Forderungen – Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach

Wilhelm Haumann

Die Langzeitpflege in Deutschland steht heute vor einem ganzen Bündel von Aufgaben und Herausforderungen, die sich im Kern aus dem demografischen Wandel und der stetigen Zunahme der Gepflegten ergeben. 1995, bei Einführung der Pflegeversicherung, bezogen erst 1,1 Millionen Pflegebedürftige Leistungen aus der Versicherung, vor der Pflegereform von 2017, die eine Neudefinition des Begriffes der Pflegebedürftigkeit mit sich brachte, waren es bereits 2,7 Millionen. Inzwischen werden 4,6 Millionen Pflegebedürftige von der Pflegeversicherung unterstützt (vgl. Abbildung 13). Die Zahl der Beschäftigten in der Pflege hat sich dagegen seit 1999 lediglich verdoppelt, von 0,6 auf 1,2 Millionen.¹ Dabei muss man die Verhältnisse in der Langzeitpflege vor Augen haben: Rund 20 Prozent derjenigen, die von der Pflegeversicherung erfasst werden, sind in stationärer Pflege, 80 Prozent in ambulanter. Etwa ein Viertel wird von einem Pflegedienst betreut, etwa die Hälfte im Wesentlichen von Angehörigen; für diese Gepflegten wird allein das Pflegegeld gezahlt (vgl. Abbildung 13). In der stationären Pflege beträgt das Verhältnis zwischen der Zahl der Gepflegten und der Zahl der Pflegekräfte 0,9, in der Pflege durch ambulante Dienste 2,3.² Die Leistungen der Pflegeversicherung für ambulante und stationäre Pflege sind etwa doppelt so hoch wie das Pflegegeld. Von daher dürfte die Pflege nur dann funktionsfähig und bezahlbar bleiben, wenn sie auch in Zukunft zum größten Teil von den Angehörigen getragen wird, wenn insbesondere für die ambulanten Pflegedienste genügend Pflegekräfte gefunden werden können, und wenn sich das Verhältnis von ambulanter und stationärer Pflege nicht zu Ungunsten der ambulanten verändert.³

Vor diesem Hintergrund nimmt der DAK-Pflegereport 2022 (Studienleitung: Professor Klie, AGP Sozialforschung) die häusliche Pflege durch Angehörige und Pflegedienste in den Blick. Dabei geht es sowohl um die Finanzierung der Pflege und das Pflegegeld als auch um die Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Neben Auswertungen der Pflegestatistik und qualitativen Interviews umfasst die Studie auch eine Bevölkerungsumfrage. Bei dieser Umfrage wurden zusammen mit der Finanzierung und der Unterstützung auch die Haltungen der Bevölkerung zu Pflegediensten und Pflegenden sowie die eigene Pflegebereitschaft erfasst. Das Frageprogramm wurde in Zusammenarbeit mit Professor Klie und in Abstimmung mit der DAK-Gesundheit entwickelt.

¹ Bundesministerium für Gesundheit (2022): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Berlin.

² Eigene Berechnungen, s. Anm. 1.

³ Um die Darstellung nicht zu überfrachten, werden die Probleme hier vereinfacht dargestellt: Eine gründlichere Analyse müsste auch die Leistungsausweitungen der Pflegeversicherung sowie die Entwicklung der durchschnittlichen Pflegedauer etc. mitberücksichtigen.

Übergewicht der Angehörigenpflege unverzichtbar

Schwerpunkt des DAK-Pflegereports 2022

Online-Befragung von 5.468 Personen

Für diese Untersuchung befragte das INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH zwischen dem 6. und dem 25. Juli 2022 per Online-Interview insgesamt 5.468 Männer und Frauen im gesamten Bundesgebiet. Damit sind Analysen für Teilgruppen von pflegenden Angehörigen ebenso möglich wie Analysen für soziale Schichten⁴ oder auch kleinere Teilgruppen wie jene, die nicht zu einer Angehörigenpflege bereit wären. Die gewichtete Gesamtstichprobe ist repräsentativ für die deutsche Wohnbevölkerung zwischen 16 und 70 Jahren. Die obere Altersgrenze von 70 Jahren musste hier mit Rücksicht auf die Methode eingeführt werden. Da viele über 70-Jährige noch keinen Zugang zum Internet haben, lassen sich Online-Umfragen sinnvoll nur bis zu diesem Alter durchführen.⁵

2.1 Pflegestatistik und Umfrage

Starke Zunahme der Gepflegten, schwächere Zunahme der Pflegekräfte

Das öffentliche Bild der Langzeitpflege wird überwiegend von der Pflegestatistik der Pflegeversicherung geprägt. Danach erhielten Ende 2021 rund 4,9 Millionen Personen in Deutschland Leistungen aus der sozialen oder der privaten Pflegeversicherung. Wie schon dargestellt, hat sich der Kreis der Leistungsbezieher seit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 etwa vervierfacht. Zugleich hat sich die Zahl der Pflegekräfte in den Heimen und Pflegediensten seit 1999 aber nur etwa verdoppelt.⁶ Nur ein Fünftel der Leistungsbezieher wird vollstationär gepflegt, die allermeisten im Wesentlichen in ihrer Wohnung. Zum kleineren Teil wird dazu ein ambulanter Pflegedienst genutzt. Etwa doppelt so häufig haben die Angehörigen, zum Teil auch Freunde oder Bekannte die Pflege übernommen, unterstützt durch das Pflegegeld.

4 Als Indikator für die Schichtzugehörigkeit dient bei dieser Untersuchung der sozioökonomische Status. Dieser wird über Berufstätigkeit, Einkommen und Bildung bestimmt; dabei werden als einfache soziale Schicht die 25 Prozent abgegrenzt, die auf einer Skala anhand dieser Merkmale die niedrigsten Werte erreichen. Als höhere soziale Schicht werden die 25 Prozent mit den höchsten Werten abgegrenzt, als mittlere Schicht eine Mehrheit von 50 Prozent.

5 Eine Analyse früherer Umfragen zu Pflege zeigte beim Vergleich der Ergebnisse für 16- bis über 90-Jährige und für 16- bis 70-Jährige jeweils nur geringe Unterschiede von 1 bis 2 Prozentpunkten. Von daher kann man davon ausgehen, dass das hier ermittelte Bild der Pflege durch den Verzicht auf die höchste Altersgruppe allenfalls geringfügig vom Bild in der gesamten Bevölkerung abweicht. Analysiert wurden dazu DAK-Pflegereport 2018 und 2019.

6 Bundesministerium für Gesundheit (2022): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Berlin.

Abbildung 13: Die Pflege im Spiegel der Pflegestatistik

Leistungsbezieher aus der Pflegeversicherung: (am 31.12.2021)	4,9 Mio.
Aufteilung (Stand 2019):	
stationär Gepflegte	20 %
ambulant Gepflegte	80 %
davon:	
mit Pflegedienst	24 %
ausschließlich mit Pflegegeld	51 %
mit Pflegegrad 1 (ohne Leistungen bzw. mit für desrechtl. Leistungen)	5 %
Entwicklung der Leistungsbezieher in der sozialen Pflegeversicherung	
1995	1,1 Mio.
2000	1,8 Mio.
2010	2,3 Mio.
2020	4,3 Mio.
2021	4,6 Mio.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit; Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (Stand April 2022); Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) © IFD-Altensbach

Umfrage erfasst andere Dimensionen als Statistik

Bei der Befragung ging es nicht darum, diese bekannten Ergebnisse der Pflegestatistik zu reproduzieren. Vielmehr sollten **Wahrnehmungen und Erfahrungen der häuslichen Pflege in der Bevölkerung** erfasst werden.

a) Das betrifft zunächst die von der Umfrage erfassten Dimensionen der Pflege: Wenn die Statistik lediglich für den letzten Tag des Jahres die aktuell Gepflegten und zudem die zentralen, gewissermaßen amtlichen Pflegepersonen erfasst, sagt das kaum etwas über die tatsächliche Verbreitung von Pflegeerfahrungen in der Bevölkerung aus. Das betrifft nicht nur jene Hilfs- und Pflegebedürftigen, die ohne Leistungen aus der Pflegeversicherung auskommen müssen, sondern vor allem auch Pflegenden, die sich gewissermaßen unterstützend an der Pflege ihrer Angehörigen beteiligen, ohne dafür Pflegegeld zu erhalten. Dazu kommen auch noch jene, die eine Pflegesituation vor Augen haben, ohne sich selbst an der Pflege zu beteiligen. Insgesamt haben heute 23 Prozent der Bevölkerung Angehörige, Freunde oder Bekannte, die gepflegt werden. Ergänzt um jene 20 Prozent, die aus den letzten 20 Jahren eine Pflege vor Augen haben, wächst der Kreis sogar auf 43 Prozent.

Perspektive der Angehörigen und Freunde

Abbildung 14: Über 40 Prozent haben Erfahrungen mit der Pflege

Frage: "Haben Sie zurzeit pflegebedürftige Familienangehörige, Freunde oder Bekannte, oder hatten Sie in den letzten 20 Jahren pflegebedürftige Familienangehörige, Freunde oder Bekannte, oder weder noch?"

	Bevölkerung insgesamt %	Sozialer Status		
		einfach %	mittel %	hoch %
Habe zurzeit pflegebedürftige Angehörige, Freunde, Bekannte	18	16	18	19
Hatte in den letzten 20 Jahren pflege- bedürftige Angehörige, Freunde, Bekannte	20	15	22	22
Beides (habe zurzeit und hatte in den letzten 20 Jahren)	5	4	4	6
Weder noch	57	65	56	53
	100	100	100	100

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 70 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 9207 (2022)

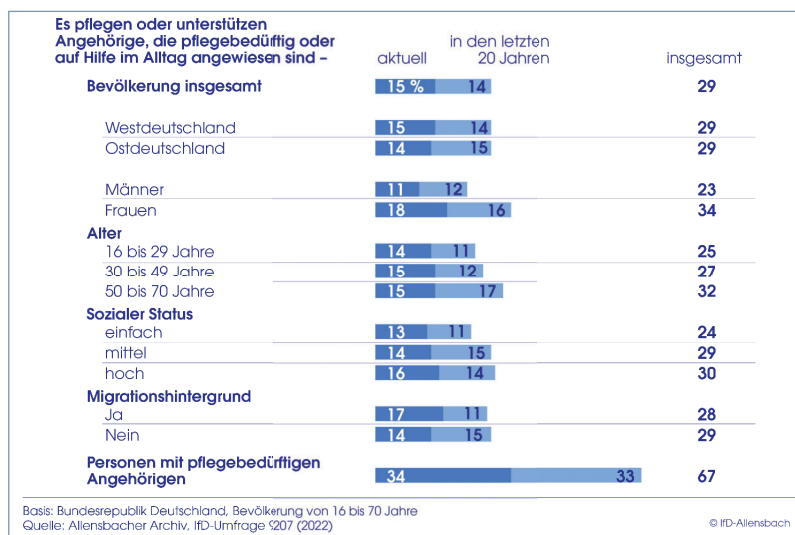
© IFD-Allensbach

Hierbei haben Angehörige der gehobenen Schichten weitaus häufiger Einblick in die Pflege als Angehörige der einfachen Schichten. Dieser Umstand ergibt sich sowohl aus der eher höheren Lebenserwartung in den höheren Schichten, die dann auch etwas häufiger mit einer Pflege in den letzten Lebensjahren einhergeht, als auch durch die eher größeren Familien- und Bekanntenkreise.

15 Prozent der Bevölkerung pflegen oder unterstützen

34 Prozent derer, die aktuell pflegebedürftige Angehörige, Freunde oder Bekannte haben, beteiligen sich dann auch an der Pflege oder übernehmen sogar zentrale Pflegeaufgaben. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung gehören derzeit 15 Prozent zu den in irgendeiner Form pflegenden oder betreuenden Angehörigen. Weitere 14 Prozent verfügen über Pflegeerfahrungen aus den zurückliegenden 20 Jahren. Insgesamt kennen damit 29 Prozent der Bevölkerung die Pflege auch aus der Sicht der pflegenden Angehörigen.

Abbildung 15: Wer Angehörige pflegt



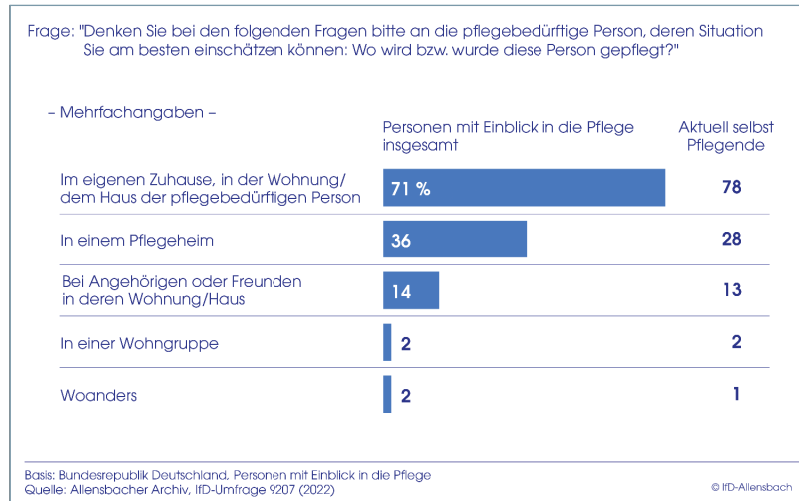
b) Ein weiterer Unterschied zur Pflegestatistik ergibt sich durch die „kumulierende“ Wahrnehmung der Pflegekonstellationen und der Unterstützungen bei der Pflege. Oft enthält eine Pflegebiografie gleich mehrere Stationen meist beginnt sie mit reiner Angehörigenpflege, an die sich häufig die Angehörigenpflege mit Unterstützung eines Pflegedienstes anschließt. Bei einer Verschlechterung des Befindens kommt zum Teil auch noch eine Pflege im Heim oder ein Umzug in die Wohnung von Angehörigen hinzu. In der Stichtagsbetrachtung der Pflegestatistik werden solche unterschiedlichen Erfahrungen nicht erkennbar, wohl aber in der breiteren Befragung der Bevölkerung. Durch die Fragen, wo gepflegt wird oder wurde bzw. welche Unterstützung genutzt wird oder wurde, lässt sich dann der deutlich größere Kreis derer abschätzen, die beispielsweise Erfahrungen mit Pflegeheimen oder Pflegediensten gesammelt haben. Hier geht es also gewissermaßen um jene, die einmal Berührung mit bestimmten Pflegekonstellationen hatten.

Kumulierende Perspektive der Umfrage

71 Prozent derjenigen, die Einblick in die Pflege haben, erlebt(ten) eine Pflege in der Wohnung der Gepflegten, 36 Prozent eine Pflege im Heim (wobei das von nur 27 Prozent der aktuell Pflegenden angegeben wird), 14 Prozent eine Pflege in der Wohnung von Angehörigen oder Freunden und nur 2 Prozent eine Pflege in einer Wohngruppe.

Pflege meist in der eigenen Wohnung

Abbildung 16: Pflege findet überwiegend zu Hause statt



Auch Angehörige und Freunde haben also weit überwiegend und über längere Strecken eine Pflege in häuslicher Umgebung vor Augen. Etwas häufiger als es die Pflegeversicherung erkennen lässt, wird jedoch zumindest für eine Phase auch die Pflege im Heim genutzt.

2.2 Unterstützung bei der Pflege

Erwartungsgemäß werden die Angehörigen hier am häufigsten als Pflegenden bzw. als Unterstützende bei der Pflege genannt. Von den Personen mit Einblick in die Pflege berichten 79 Prozent, dass Angehörige bei der jeweiligen Pflege beteiligt sind oder waren. In der Regel übernehmen die Angehörigen auch den größten Teil der Pflege. Bei 23 Prozent beteiligen sich – meist zusammen mit den Angehörigen – auch Freunde an der Pflege. Dort, wo die Pflege ausschließlich zu Hause, in der Wohnung der Gepflegten stattfindet, sind in 85 Prozent der Fälle Angehörige und/oder Freunde beteiligt. Häusliche Pflege ganz ohne Einbeziehung von vertrauten Menschen, die sich um die Organisation kümmern und prüfen, ob alles im Sinne der Gepflegten abläuft, ist damit recht selten.

Häusliche Pflege vor allem durch Angehörige

Die Ermittlung der genutzten Hilfs- und Unterstützungsangebote zeigt zudem, dass nur ein Teil der Angehörigen nicht auch von entlastenden Pflegeangeboten Gebrauch machen. Auch dort, wo zu Hause unter Beteiligung der Angehörigen gepflegt wird, ist oft zusätzlich ein Pflegedienst, eine Haushaltshilfe oder auch eine 24-Stunden-Kraft beteiligt. Bei der häuslichen Pflege durch Angehörige machen 66 Prozent von einem dieser drei genannten Entlastungsangebote Gebrauch. Der oft präferierte und sehr verbreitete Bezug von Pflegegeld (vgl. Abbildung 13) steht also längst nicht immer für eine Pflege ausschließlich durch Angehörige.

Dementsprechend ergeben sich beträchtliche Anteile, in denen Pflegedienste (55 Prozent, aktuell Pflegende: 46 Prozent), Haushaltshilfen (24 Prozent) oder auch 24-Stunden-Kräfte (12 Prozent) zum Pflegearrangement beitragen oder (zumindest für eine Phase) beitragen. Insbesondere Haushaltshilfen und 24-Stunden-Kräfte werden in der gehobenen Schicht etwas häufiger herangezogen als in der einfachen (29 bzw. 17 Prozent gegenüber 23 bzw. 10 Prozent).⁷ Auch das kostenintensive Pflegeheim wird bzw. wurde von jenen mit höherem Status weitaus häufiger in Anspruch genommen als von jenen mit einfachem Status (42 gegenüber 30 Prozent). Schon aus Kostengründen erklären in der einfachen Schicht vergleichsweise viele, dass eine Pflege im Heim nicht in Frage komme. Erhebliche Schichtunterschiede zeigen sich vor allem auch bei der Pflegeberatung, von der in 35 Prozent der Fälle Gebrauch gemacht wurde: Die Befragten mit höherem Status berichten zu 41 Prozent über eine solche Beratung, jene mit einfachem Status zu 32 Prozent.

**Häufig beteiligt:
Pflegerdienste,
Haushaltshilfen
und andere
Kräfte**

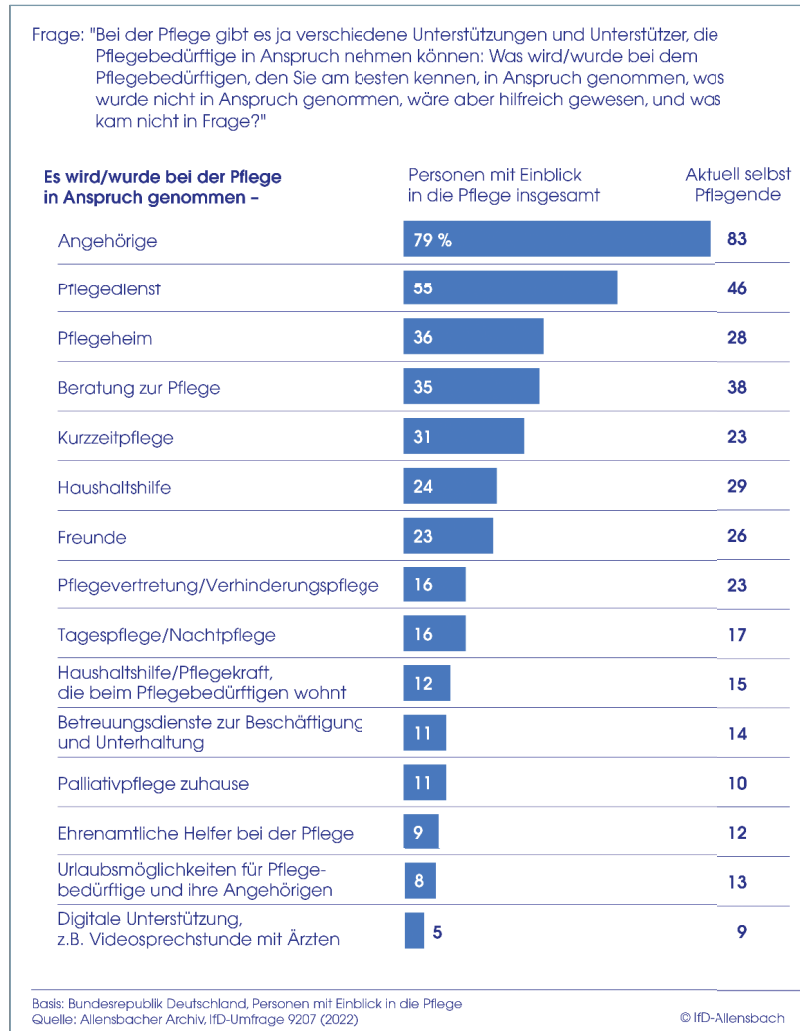
Nicht ganz selten wird oder wurde auch Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung genutzt (31 Prozent); von einer Minderheit auch Tages- bzw. – sehr selten – Nachtpflege, ebenfalls oft in einer stationären Einrichtung (16 Prozent). Hierbei dürfte sich auswirken, dass viele von solchen Angeboten nur für eine bestimmte Zeit Gebrauch machen, etwa zur Probe oder zur Überbrückung von Abwesenheiten. Von der Nutzung der Verhinderungspflege berichten hier nur 16 Prozent.

**Seltener: Nutzung
spezieller
Angebote**

Noch einmal deutlich seltener werden neue oder auf spezielle Bedarfssituationen zugeschnittene Angebote angenommen, wie z. B. die häusliche Palliativpflege (die natürlich auch nur von wenigen benötigt wird, 11 Prozent), Betreuungsdienste für Beschäftigung und Unterhaltung (11 Prozent), ehrenamtliche Helfer bei der Pflege (9 Prozent) oder auch digitale Unterstützung, etwa durch Videosprechstunden (5 Prozent). Für diese oft erst im zurückliegenden Jahrzehnt ausgebreiteten Unterstützungsmöglichkeiten zeigt jedoch der Vergleich der selbst aktuell Pflegenden mit jenen, die nur aus der Vergangenheit über die Pflege orientiert sind, eine deutliche Zunahme, die vorerst aber noch auf geringem Niveau erfolgt (für digitale Unterstützung z. B. von 3 auf 7 Prozent).

⁷ Vgl. FN 4 zu den genutzten Indikatoren für die Unterscheidung der sozialen Schichten.

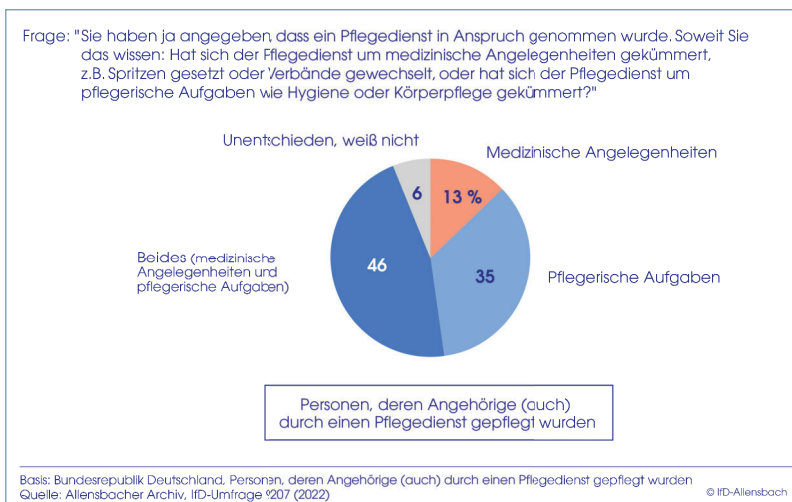
Abbildung 17: Genutzte Unterstützung bei der Pflege



Pflegedienste auch für häusliche Krankenpflege

Angesichts eines Anteils der ambulanten Pflege von 24 Prozent in der Stichtagsauswertung der Pflegestatistik zum 31. Dezember 2021 (vgl. Abbildung 13), überrascht der hier erkennbare Anteil von 55 Prozent, die berichten, bei der Pflege habe es zumindest gelegentlich Berührung mit einem Pflegedienst gegeben (aktuell Pflegende: 46 Prozent). Hierbei wirkt sich zum einen die Aufgabenvielfalt der Pflegedienste aus. Zum Teil übernehmen sie auch Beratungsaufgaben oder ausschließlich medizinische Behandlungspflege, die von der Krankenkasse auf Anordnung des Arztes getragen wird (häusliche Krankenpflege), selbst wenn sie dann nicht dauerhaft mit der regelmäßigen Pflege beauftragt werden.

Abbildung 18: Pflegedienste: zum Teil auch allein oder vorwiegend für medizinische Behandlung eingesetzt



Zum anderen muss man dabei ebenfalls die kumulierende Perspektive der Umfrage berücksichtigen. Unter jenen, die hier über eine häusliche Pflege berichten, finden sich einige, deren Angehörige inzwischen im Pflegeheim leben (oder am Lebensende im Heim lebten). In diesen Fällen kann man davon ausgehen, dass der Pflegedienst nur bei wenigen noch genutzt wird bzw. wurde. Verringert man nun jene, die über eine Pflege mit Pflegedienst berichten, um jene, die zugleich über eine Pflege im Heim berichten, so verengt sich der Kreis derer, die hier einen Pflegedienst angeben, bei aktuell Pflegenden auf 29 Prozent. Daher ergeben sich an dieser Stelle keine substantziellen Widersprüche zwischen Umfrage und Pflegestatistik.

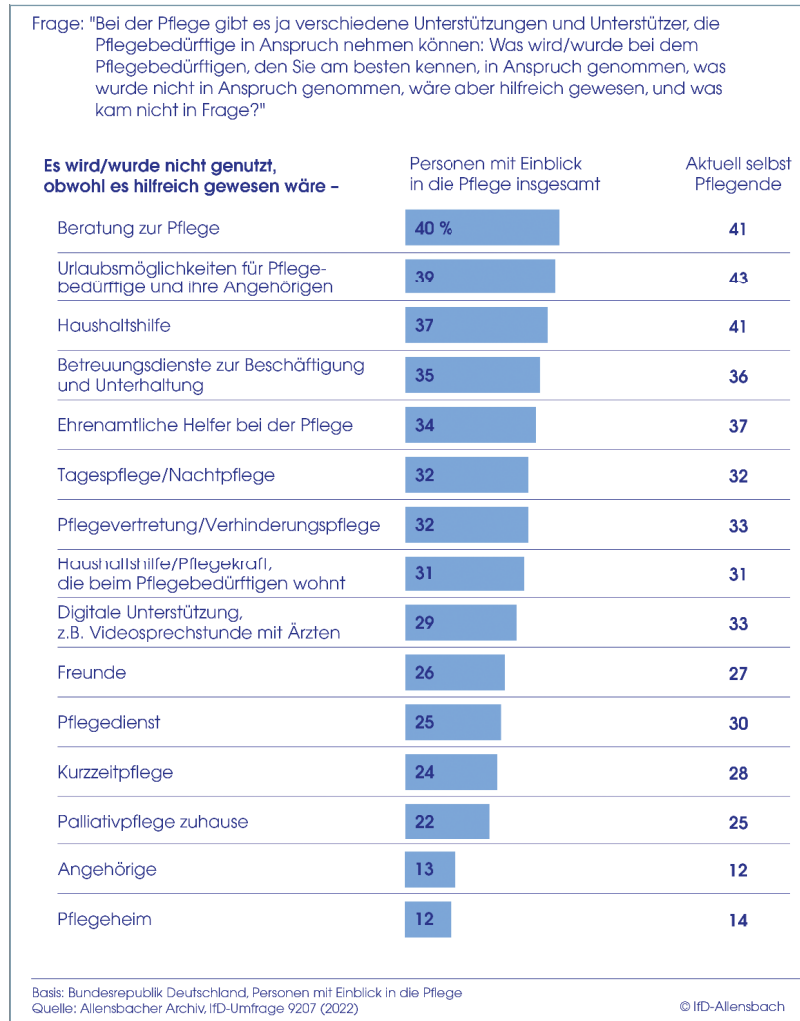
Viele der Unterstützungsangebote wurden zwar nicht genutzt, erscheinen den Betrachtern der Pflege, vor allem den aktuell selbst Pflegenden, aber als hilfreich. „Das wird/wurde nicht genutzt, obwohl es hilfreich (gewesen) wäre“, erklären die Personen mit Einblick in die Pflege insgesamt im Durchschnitt bei gut 4 der 15 abgefragten Angebote. Obenan stehen dabei die Pflegeberatung und die Urlaubsmöglichkeiten für Gepflegte und ihre Angehörigen. Aber auch eine Haushaltshilfe, Betreuungsdienste zur Beschäftigung oder auch Unterstützung durch ehrenamtliche Helfer würden sich viele wünschen. Ein deutliches Wissensdefizit wird bei der Verhinderungspflege erkennbar, die sich von den aktuellen Pflegenden insgesamt 33 Prozent wünschen, offenbar ohne das Anrecht auf eine solche Vertretung zu kennen.

Nicht genutzte Unterstützung oft als hilfreich bewertet

Bemerkenswert ist die Offenheit eines nennenswerten Teils der Pflegenden für digitale Unterstützung: 29 Prozent würden sie als hilfreich betrachten, also weit aus mehr als heute schon davon Gebrauch machen. Allerdings ist diese Offenheit

erkennbar altersgebunden (34 Prozent der 16- bis 29-Jährigen, 23 Prozent der 50- bis 70-Jährigen).

Abbildung 19: Nicht genutzte, aber als hilfreich betrachtete Unterstützung bei der Pflege



Was nicht in Frage kam: Pflege im Heim...

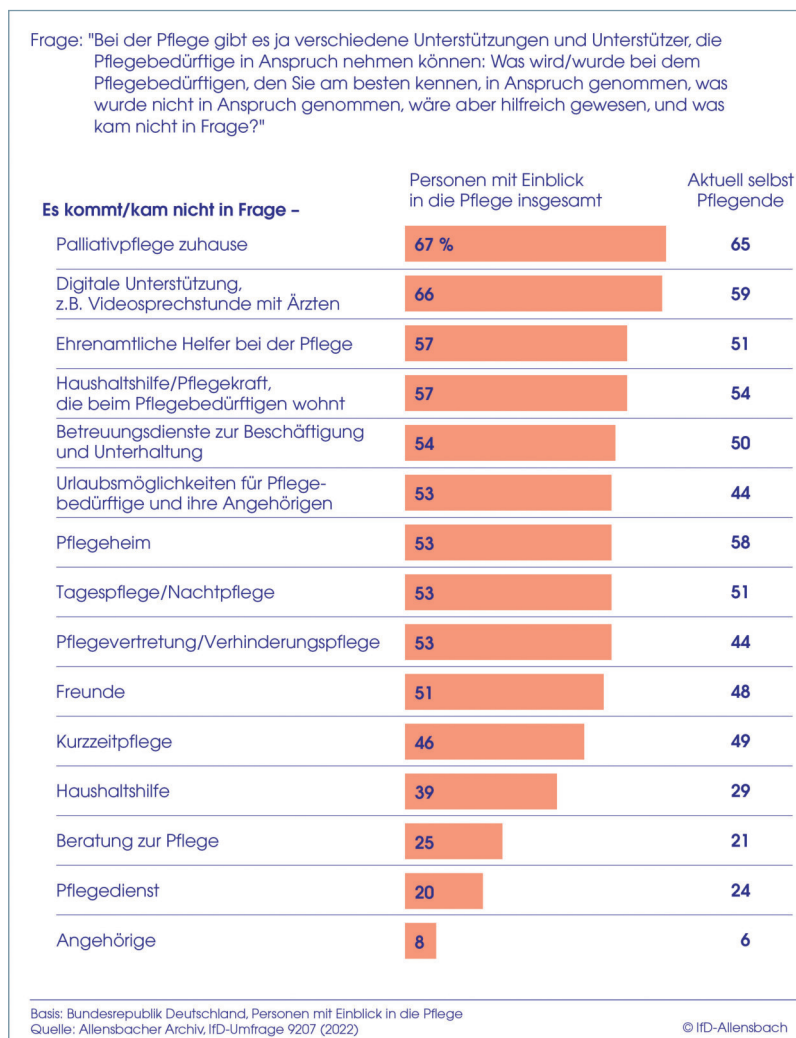
Das Interesse von 29 Prozent der Personen mit Einblick in die Pflege an digitalen Unterstützungsangeboten bedeutet jedoch nicht, dass diese Neuerung heute schon mehrheitsfähig wäre. 66 Prozent der aktuell Pflegenden geben an, dass so etwas für sie bzw. für ihre Angehörigen nicht in Frage käme.

...oft aus Furcht vor den Kosten

Mehrheiten der pflegenden Angehörigen sowie der Personen mit Einblick in die Pflege erklären zudem, dass im konkreten Fall auch 24-Stunden-Kräfte, ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, Betreuungsdienste zur Beschäftigung und eine Pflege im Heim nicht in Frage gekommen wären oder kommen würden. Insbesondere bei

der Pflege im Heim wirkt sich der finanzielle Spielraum, wie bereits dargestellt, mit aus: Aktuell pflegende Angehörige mit einfachem sozialem Status geben zu 58 Prozent an, dass eine Pflege im Heim nicht in Frage kommt, bzw. kam, Angehörige mit höherem sozialem Status nur zu 44 Prozent. Offenbar wird in manchen Familien zur Kostenvermeidung „um jeden Preis“ zu Hause gepflegt. Von daher stellt sich die Frage, ob die bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten für eine eventuell notwendige Pflege für Gepflegte mit kleineren Einkommen ausreichen bzw. ob sie diesen und ihren Angehörigen ausreichend bekannt sind.

Abbildung 20: Pflegeunterstützung, die nicht in Frage kam

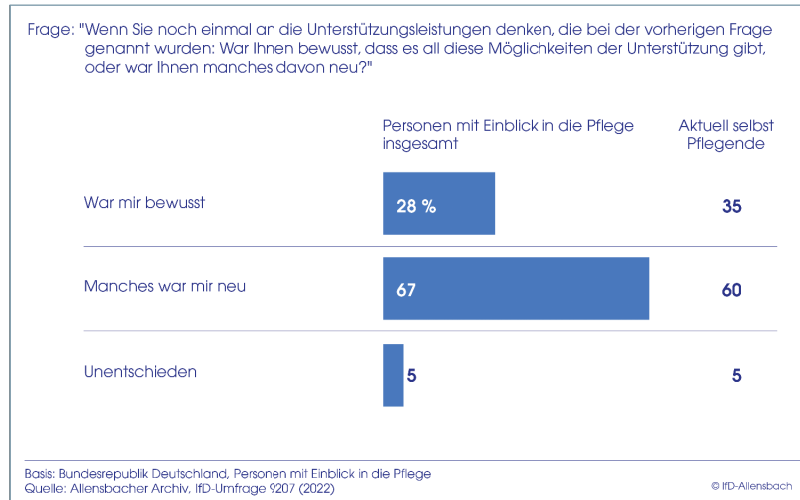


Auf ein generelles Wissensdefizit deuten zumindest die Antworten auf die Frage hin, in wieweit man die abgefragten Unterstützungsangebote kennt. Zwei Drittel

Wissensdefizit zu Unterstützungsmöglichkeiten

der Personen mit Einblick in die Pflege (67 Prozent) und 60 Prozent der aktuell Pflegenden erklären darauf, ihnen sei manches davon neu. Diese Angaben sind relativ unabhängig von der Schulbildung und der sozialen Schicht: In allen gesellschaftlichen Teilgruppen hat eine Mehrheit zum Teil beträchtliche Wissenslücken. Noch am besten sind die Kenntnisse bei jenen, die selbst pflegen und dabei Pflegegeld erhalten. Aber auch von ihnen kennen 50 Prozent längst nicht alle Unterstützungsmöglichkeiten.

Abbildung 21: Längst nicht alle Unterstützungsmöglichkeiten sind bekannt



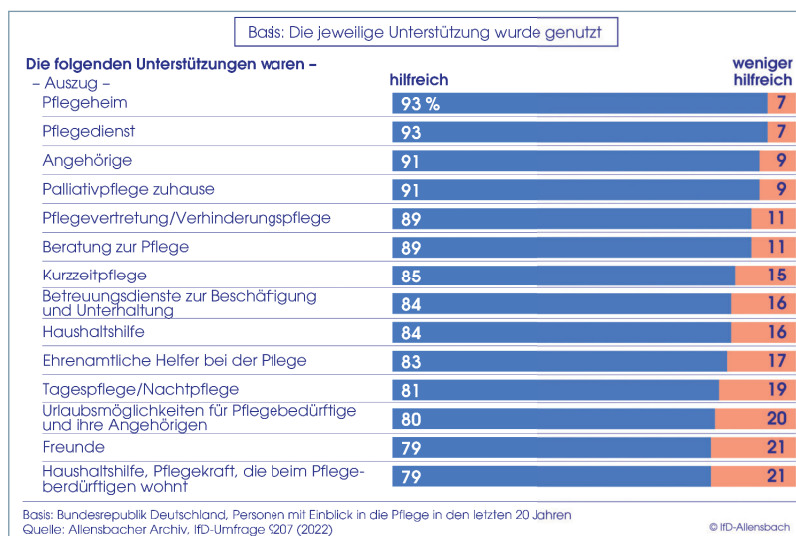
Genutzte Unterstützung: für die allermeisten hilfreich

Dabei sind pflegende Angehörige wie auch andere Personen mit Einblick in die Pflege mit der herangezogenen Unterstützung meist zufrieden. Beim Rückblick auf eine inzwischen beendete Pflege bewerten zwischen 79 und 93 Prozent die jeweils genutzten Unterstützung als hilfreich. Nur kleine Minderheiten schließen sich diesem Urteil nicht an.

Am häufigsten, von jeweils rund 90 Prozent genannt, werden Pflegeheime, Pflegedienst, Angehörigenunterstützung, häusliche Palliativpflege, Pflegevertretung und auch Beratung zur Pflege als hilfreich empfunden. Nicht ganz so häufig, aber immer noch von über 80 Prozent der Personen mit Einblick in die Pflege werden Kurzzeitpflege, Haushaltshilfen, Betreuungsdienste zur Beschäftigung, ehrenamtliche Helfer und Tages- bzw. Nachtpflege in diese Kategorie eingeordnet. Vorbehalte von 20 bis 21 Prozent gibt es dann lediglich für die Beteiligung von möglicherweise nicht immer zuverlässigen Freunden, für Urlaubsmöglichkeiten für Gepflegte und ihre Angehörigen sowie vor allem für 24-Stunden-Kräfte bzw. Pflegekräfte, die bei den Gepflegten wohnen.⁸

⁸ Zu ganz ähnlichen Ergebnissen kommt eine fallstarke Befragung von Pflegebedürftigen, Angehörigen und Personen ohne Pflegeerfahrung im Auftrag des VdK. Vgl. Andreas Büscher, Stephanie Stelzig, Lara Peters, Alena Lübben (2021): Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK-Pflegestudie. Zweiter Zwischenbericht. Osnabrück: Hochschule Osnabrück. S. 55.

Abbildung 22: Welche Unterstützungen hilfreich waren



Mit Hilfe der unterschiedlichen Unterstützungsangebote schaffen es die meisten, die Pflege den individuellen Bedürfnissen gut anzupassen. 59 Prozent der Personen mit Einblick in die Pflege bewerten die Funktionalität des jeweiligen Arrangements als gut. Deutlich seltener, von 12 Prozent, wird sogar das Urteil sehr gut vergeben: Offenbar bleiben also auch die funktionstüchtigen Pflegesettings meist noch hinter einem möglichen Optimum zurück. Dabei unterscheiden sich die Bewertungen von pflegenden Angehörigen, die sich damit gewissermaßen selbst das Zeugnis ausstellen, und reinen Beobachterinnen und Beobachtern der Pflege nicht substantiell: In der Mehrheit der Fälle lassen sich die Pflegeaufgaben mit der gewählten Unterstützung offenbar im Wesentlichen zufriedenstellend bewältigen. Als weniger gut stufen 20 Prozent das erlebte Pflegearrangement ein, als gar nicht gut nur 3 Prozent. Wer zu einem solchen Urteil kommt, hat meist nicht viel weniger Unterstützung bei der Pflege erlebt als jene, die hier zu einer besseren Beurteilung kommen. Etwas seltener als dort beteiligten sich die Angehörigen und etwas seltener wurde auch von Beratung Gebrauch gemacht. Die übrigen Muster prägen sich aber ganz ähnlich aus, so dass sich hier wahrscheinlich an erster Stelle fallbezogene Ursachen auswirken.

Funktionalität der Pflegearrangements meist gut...

...dennoch Verbesserungsmöglichkeiten

Abbildung 23: Mit der genutzten Unterstützung funktionierte die Pflege meist gut

Frage: "Wenn Sie jetzt noch einmal an alle Unterstützungen und Unterstützer denken, die Ihnen bei der Pflege helfen bzw. geholfen haben: Wie gut funktioniert die Pflege in dieser Konstellation alles in allem bzw. wie gut hat die Pflege in dieser Konstellation funktioniert?"

	Personen mit Einblick in die Pflege insgesamt %	Selbst Pflegenden -		mit Bezug von Pflegegeld %
		mit täglicher Unterstützung (z.B. durch Pflegedienst) %	ohne tägliche Unterstützung %	
Sehr gut	12	14	13	23
Gut	59	65	56	57
Weniger gut	20	15	21	15
Gar nicht gut	3	2	4	2
Unentschieden	6	4	6	3
	100	100	100	100

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Personen mit Einblick in die Pflege
Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 9207 (2022) © IfD-Allensbach

2.3 Die Pflegedienste

Viele kommen mit Pflegediensten in Kontakt

Schon aus dem Vorstehenden wurde die besondere Bedeutung der Pflegedienste für die häusliche Pflege erkennbar: Jede(r) zweite Gepflegte kommt zumindest gelegentlich in Kontakt mit einem solchen Dienst (vgl. Abbildung 17). Von daher hat die Bevölkerung insgesamt ein ganz ähnlich konturiertes Bild der Pflegedienste wie die pflegenden Angehörigen, die solche Dienste bei der Arbeit sehen. Am häufigsten ist der Eindruck einer Überlastung der Pflegerinnen und Pfleger (67 Prozent). Hier wirken sich die in der Pflegestatistik eher abstrakt beobachtete erhebliche Zunahme der Gepflegten und die deutlich geringere Zunahme der Pflegekräfte in der ambulanten Versorgung im Konkreten aus (vgl. „Pflegestatistik und Umfrage“).

Personalmangel und Zeitdruck

Den Pflegekräften bliebe kaum Zeit, sich ausreichend um den Gepflegten zu kümmern (64 Prozent); auch wegen des großen Personalmangels in den Diensten (58 Prozent). Dabei erkennen insbesondere die pflegenden Angehörigen meist große Leistungen der Pflegerinnen und Pfleger an (60 Prozent). Dem zuweilen erhobenen Vorwurf, den Pflegediensten gehe es nur ums Geldverdienen, schließt sich nur eine Minderheit der Bevölkerung wie auch der pflegenden Angehörigen an (21 bzw. 18 Prozent).

Abbildung 24: Pflegedienste: Wahrnehmungen und Erfahrungen



Zusätzlich zur beobachteten Überforderung der Pflegedienste entsteht in ganz Deutschland mehrheitlich der Eindruck, es sei eher oder sogar sehr schwer vor Ort einen Pflegedienst für einen Angehörigen zu finden (insgesamt 64 Prozent der Personen mit konkreten Angaben). Lediglich 36 Prozent würden dabei keine größeren Schwierigkeiten erwarten.

Häufig Probleme, einen Pflegedienst zu bekommen

Zwischen den West- und Ostdeutschen wie auch bei den Menschen in städtischer und ländlicher Umgebung gibt es bei dieser Erwartung kaum Unterschiede. Auch von den aktuell pflegenden Angehörigen, die durch einen Pflegedienst unterstützt werden, denen es also gelungen ist, einen solchen Dienst zu bekommen, bewerten noch 56 Prozent die Bemühungen darum an ihrem Wohnort als sehr oder eher schwer; nur 44 Prozent als sehr oder eher leicht.

Abbildung 25: Meist Schwierigkeiten in der Umgebung einen Pflegedienst zu finden

Frage: "Nach allem, was Sie selbst erlebt oder gehört haben: Wie leicht oder schwer ist es in Ihrer Umgebung, einen Pflegedienst für einen Angehörigen zu finden?"

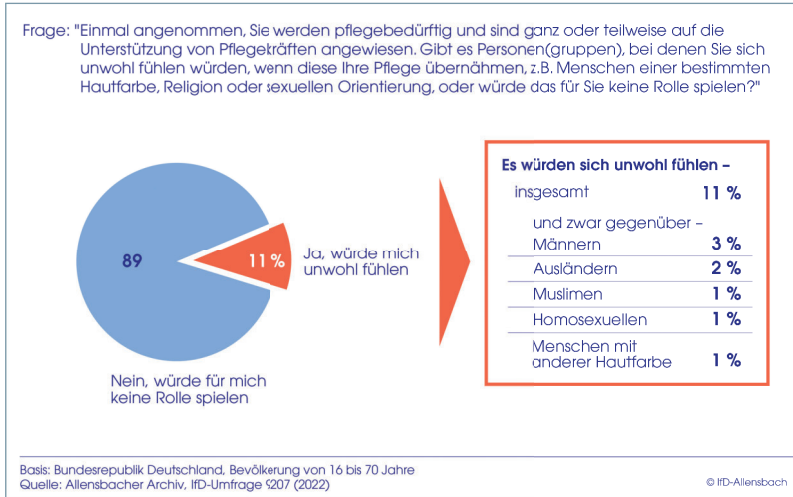
	Bevölkerung mit konkreter Angabe –		
	insgesamt	West-deutschland	Ost-deutschland
	%	%	%
Sehr leicht	6	6	6
Eher leicht	30	29	34
Eher schwer	48	48	46
Sehr schwer	16	17	14
	100	100	100

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 70 Jahre mit konkreter Angabe
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 9207 (2022) © IFD-Allensbach

Kaum Vorbehalte gegen Vielfalt in der Pflege

Von daher wären personelle Verstärkungen für die ambulanten Pflegedienste ebenso wie für die Pflegeheime sehr erwünscht. Vorbehalte gegenüber Pflegerinnen und Pflegern aus verschiedenen Minderheiten haben dabei auch in der hier befragten älteren Generation bis 70 Jahre nur noch wenige. Lediglich 11 Prozent der Bevölkerung geben an, sie würden sich, sofern sie auf Unterstützung angewiesen wären, bei Pflegekräften aus bestimmten Personengruppen unwohl fühlen (12 Prozent der 50- bis 70-Jährigen). Für 89 Prozent würden solche Merkmale der Pflegenden dagegen keine Rolle spielen. Einige wenige ältere Frauen hätten Probleme, wenn junge Männer die körpernahe Pflege übernahmen und einige andere hätten auch Probleme mit Ausländern – das aber kaum wegen kultureller Merkmale, sondern am ehesten wegen möglicher Sprach- und Verständnisprobleme. Die Vielfalt in der Pflege ist damit heute eine zumindest akzeptierte, wenn nicht sogar als Bereicherung empfundene Realität.

Abbildung 26: Vielfalt in der Pflege: nur wenige äußern Vorbehalte

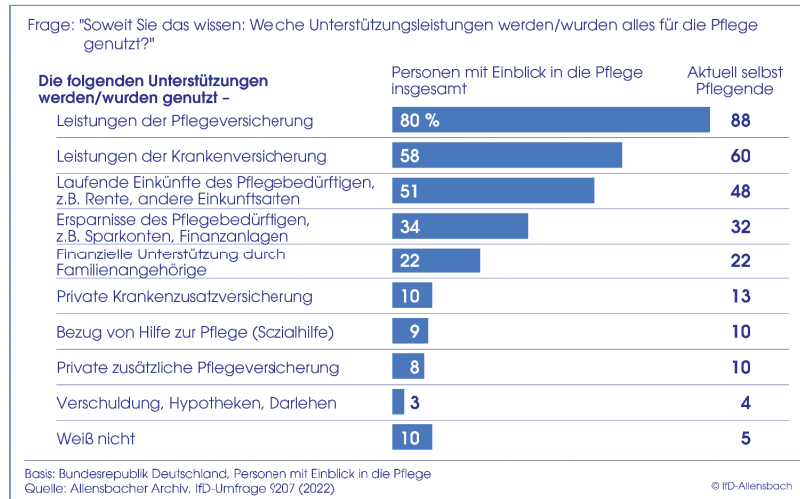


2.4 Wie die Pflege finanziert wird

88 Prozent der aktuell selbst Pflegenden und 80 Prozent der Personen mit Einblick in die Pflege berichten über die Nutzung von Leistungen der Pflegeversicherung, gleich ob Sach- oder Geldleistungen. Es gibt also auch noch über den Pflegegrad 1 hinaus eine Pflege, die nicht von der Pflegeversicherung unterstützt und zudem auch nicht von der Statistik der Pflegeversicherung erfasst wird. Allerdings deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass nur vergleichsweise wenige dauerhaft auf Leistungen der Pflegeversicherung verzichten. Für viele sind auch die Kostenübernahmen und Sachleistungen der Krankenversicherung bedeutsam (60 Prozent der aktuell pflegenden Angehörigen). Etwa in der Hälfte der Fälle wird über – in der Regel zusätzliche – Zahlungen für die Pflege aus den laufenden Einkünften der Gepflegten berichtet, in einem Drittel der Fälle über Rückgriffe auf deren finanzielle Rücklagen. Annähernd ein Viertel der Gepflegten wird auch finanziell von Angehörigen unterstützt. Zusammengefasst werden Zahlungen aus diesen drei „privaten“ Quellen für 64 Prozent der aktuell Gepflegten geleistet.

**Finanzierung
weit überwie-
gend aus der
Pflegeversiche-
rung**

Abbildung 27: Unterstützung der Pflege durch Geld- und Sachleistungen



Wenige haben Pflegezusatzversicherungen

Private Versicherungen spielen dagegen eine vergleichsweise kleine Rolle bei der Finanzierung der Pflege. Von den aktuell Pflegenden erleben lediglich 13 Prozent die Nutzung von Leistungen einer Krankenzusatzversicherung und 10 Prozent die Inanspruchnahme einer Pflegezusatzversicherung. Verschuldung, Hypotheken oder Darlehen werden nur in vier von 100 Fällen zur Finanzierung mit herangezogen. Ebenfalls selten ist der Bezug von Hilfe zur Pflege (9 Prozent), von dem am häufigsten bei einer Pflege im Heim Gebrauch gemacht wird.⁹ Insbesondere die privaten Finanzierungsquellen werden von der gehobenen Schicht weitaus häufiger genutzt als von der einfachen oder der mittleren Schicht. Stark prägt sich das bei den Ersparnissen der Gepflegten aus, auf die in der gehobenen Schicht 44 Prozent zurückgreifen, etwa um eine Haushaltshilfe oder eine 24-Stunden-Kraft zu finanzieren. In der einfachen Schicht können nur 21 Prozent Ersparnisse für die Pflege verwenden.¹⁰

⁹ 2020 erhielten in Deutschland 403.000 Personen Hilfe zur Pflege. Quelle: Statistisches Bundesamt. Bezogen auf 4,6 Millionen Pflegebedürftige mit Leistungen aus der Pflegeversicherung wären das 9 Prozent.

¹⁰ Vgl. FN 4 zu den genutzten Indikatoren für die Unterscheidung der sozialen Schichten.

Abbildung 28: Materielle Unterstützung: Vorteile für Angehörige der gehobenen Schichten

Die folgenden Unterstützungen werden/wurden genutzt - - Auszug -	Sozialer Status		
	einfach %	mittel %	hoch %
Laufende Einkünfte des Pflegebedürftigen, z.B. Rente, andere Einkunftsarten	43	51	56
Ersparnisse des Pflegebedürftigen, z.B. Sparkonten, Finanzanlagen	21	35	44
Finanzielle Unterstützung durch Familienangehörige	16	21	27
Private Krankenzusatzversicherung	9	9	14
Private zusätzliche Pflegeversicherung	3	8	11

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Personen mit Einblick in die Pflege
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 5207 (2022)

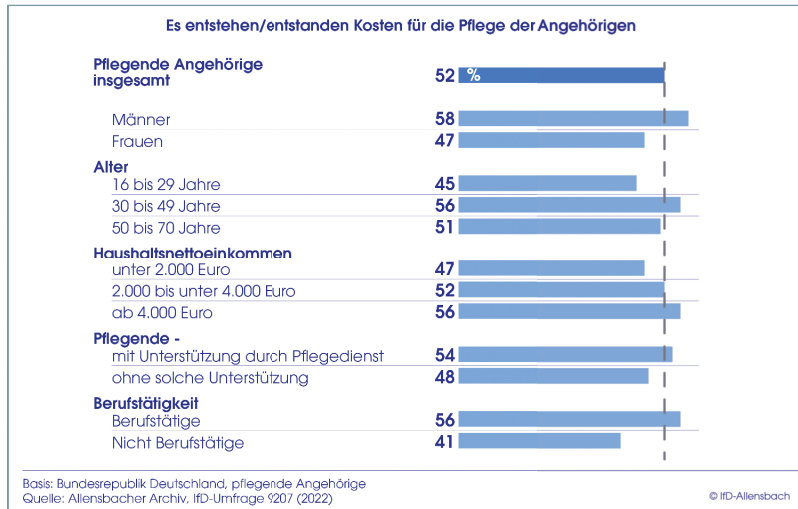
© IFD-Allensbach

2.5 Kosten für pflegende Angehörige – besondere Belastungen bei Reduktion oder Aufgabe der Berufstätigkeit

Pflegenden Angehörigen entstehen nicht selten auch noch über die eigentliche Unterstützung der Gepflegten hinaus Kosten für ihre Pflegetätigkeit. Insgesamt berichtet etwa die Hälfte der pflegenden Angehörigen (52 Prozent) über solche Kosten, die auch Opportunitätskosten sein können, also Verzicht auf sonst mögliche Einnahmen. Berufstätige sind dabei häufiger von Kosten betroffen als nicht Berufstätige (56 gegenüber 41 Prozent). Dementsprechend haben auch Männer, die in höherem Grade berufstätig sind als Frauen, häufiger Kosten als jene und Personen im Erwerbsalter häufiger als Jüngere oder Ältere. Auch Personen mit höherem Haushaltseinkommen müssen häufiger für die Pflege etwas ausgeben oder auf Einnahmen verzichten als Personen mit geringem Haushaltseinkommen.

Vielen pflegenden Angehörigen entstehen Kosten

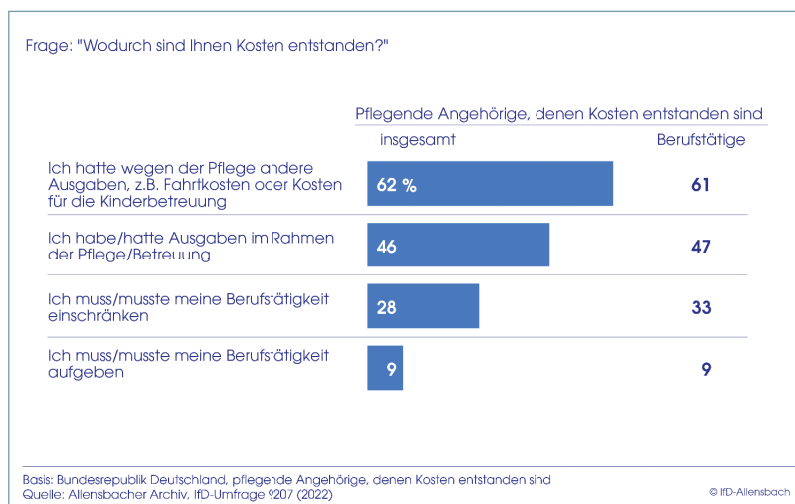
Abbildung 29: Welchen pflegenden Angehörigen Kosten für die Pflege entstehen



Meist Nebenkosten, zum Teil Opportunitätskosten

Oft handelt es sich dabei um Nebenkosten, etwa für die Fahrten zu und von den Gepflegten oder um Besorgungen für diese zu machen (62 Prozent derer, die über Kosten berichten). Aber auch Ausgaben im Rahmen der Pflege oder Betreuung sind nicht selten (46 Prozent). Tendenziell die höchsten Kosten haben jene, die ihre Berufstätigkeit zugunsten der Pflege einschränken oder ganz aufgeben mussten. Von den Angehörigen, denen Kosten für die Pflege entstanden, berichten 28 bzw. 9 Prozent über solche Veränderungen im Beruf, wobei die Berufsaufgabe meist einer Einschränkung der Berufstätigkeit nachfolgt, so dass hier dann beides angegeben wird. Bezogen auf alle berufstätigen pflegenden Angehörigen (also auch einschließlich derjenigen, denen keine Kosten entstanden) sind es 21 Prozent, die ihre Berufstätigkeit einschränkten bzw. 7 Prozent, die sie ganz aufgaben; ohne Doppelnennungen umfasst der gesamte Kreis der Betroffenen unter den berufstätigen pflegenden Angehörigen 23 Prozent.

Abbildung 30: Wodurch pflegenden Angehörigen Kosten für die Pflege entstehen



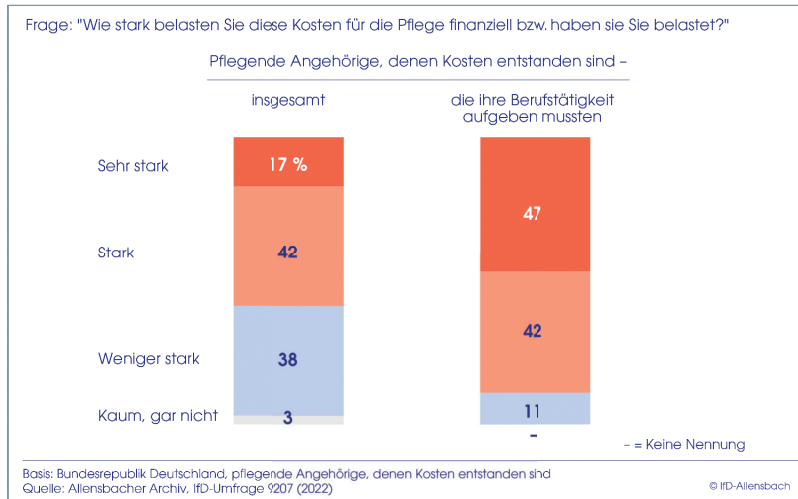
39 Prozent derer, denen Kosten für ihre Pfl egetätigkeit entstanden, fühlen sich durch diese Kosten stark (42 Prozent) oder sogar sehr stark (17 Prozent) belastet. Das betrifft vorrangig jene, die ihre Berufstätigkeit aufgeben mussten. Von ihnen berichten 47 Prozent über eine sehr starke finanzielle Belastung und 42 Prozent über eine starke. Nicht viel seltener erlebten auch jene, die ihre Berufstätigkeit einschränkten, erhebliche finanzielle Einschnitte (29 Prozent sehr starke Belastungen, 55 Prozent starke).

Weitaus seltener ist das Gefühl der Belastung dagegen bei jenen, die hier lediglich über Ausgaben für Fahrtkosten oder Ähnliches berichten. Von ihnen fühlen sich 12 Prozent sehr stark und 38 Prozent stark belastet.¹¹

Belastung durch Pflegekosten am stärksten bei Einschränkungen der Berufstätigkeit

¹¹ Dementsprechend forderten bei der schon zitierten VdK-Befragung Gepflegte wie auch Angehörige zur Weiterentwicklung der Pflege am häufigsten eine Übernahme aller Kosten, die bei der Pflege entstehen (72 bzw. 65 Prozent). Vgl. Andreas Büscher u. a. (2021): Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. A. a. O., S. 85f.

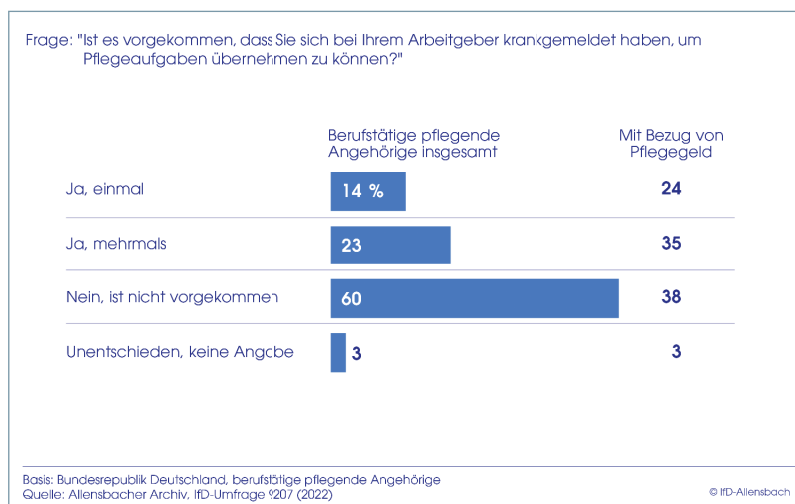
Abbildung 31: Subjektive Belastung der pflegenden Angehörigen durch die Pflegekosten



Krankmeldungen im Beruf, um zu pflegen

Die Lage der berufstätigen pflegenden Angehörigen zwischen den Anforderungen von Beruf und Pflege ist schwierig. Das zeigen neben den finanziellen Einbußen auch die Krankmeldungen beim Arbeitgeber: 37 Prozent haben sich schon zumindest einmal krankgemeldet, um Pflegeaufgaben übernehmen zu können, darunter 14 Prozent bereits mehrfach. Solche Krankmeldungen müssen von den beruflichen Auszeiten von bis zu zehn Tagen im Jahr unterschieden werden, die bei unerwartet auftretender Pflegebedürftigkeit naher Angehöriger für die Organisation der Pflege zulässig sind. Besonders häufig berichtet der engere Kreis der Pflegenden, die auch (etwas vom) Pflegegeld erhalten, über derartige Krankmeldungen für Pflegezwecke. Von diesen, sofern berufstätig, haben sich bereits 59 Prozent wenigstens einmal krankgemeldet, 24 Prozent bereits mehrfach.

Abbildung 32: Krankmeldungen, um Pflegeaufgaben zu übernehmen, sind nicht selten

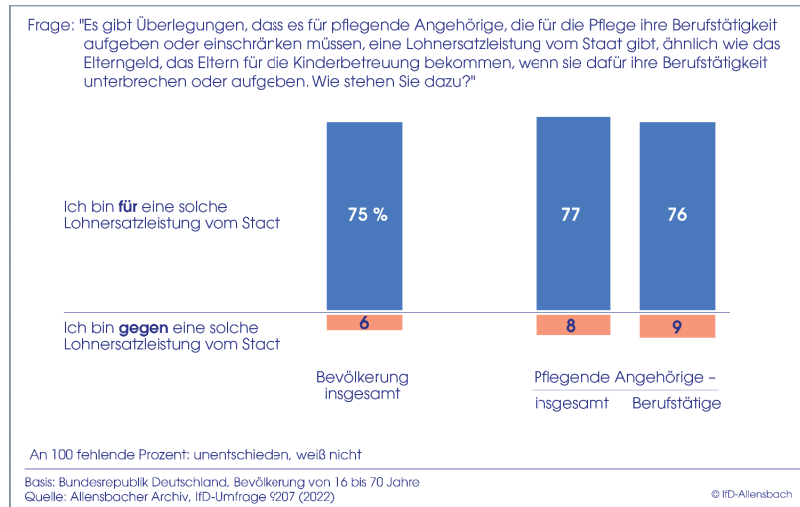


Vor dem Hintergrund solcher finanzieller wie auch alltagspraktischer Belastungen verwundert es nicht, dass drei Viertel der Bevölkerung Überlegungen zur Einführung einer staatlichen Lohnersatzleistung befürworten. Nur 6 Prozent erklären sich dagegen, 19 Prozent bleiben unentschieden. Auf dieses Meinungsbild dürfte sich auch auswirken, dass insbesondere Frauen, die den größeren Anteil der Angehörigenpflege schultern, heute häufiger berufstätig sind als früher. Vor allem deshalb wuchs der Anteil der Berufstätigen unter den pflegenden Angehörigen allein zwischen 2015 und 2022 nach den Ergebnissen der fallstarken Allensbacher Werbeträgeranalyse (AWA) von 55 auf 61 Prozent.¹²

Lohnersatzleistung für Pflegende wird befürwortet

¹² Allensbacher Archiv: AWA 2015 und 2022.

Abbildung 33: Drei Viertel der Bevölkerung für eine Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige



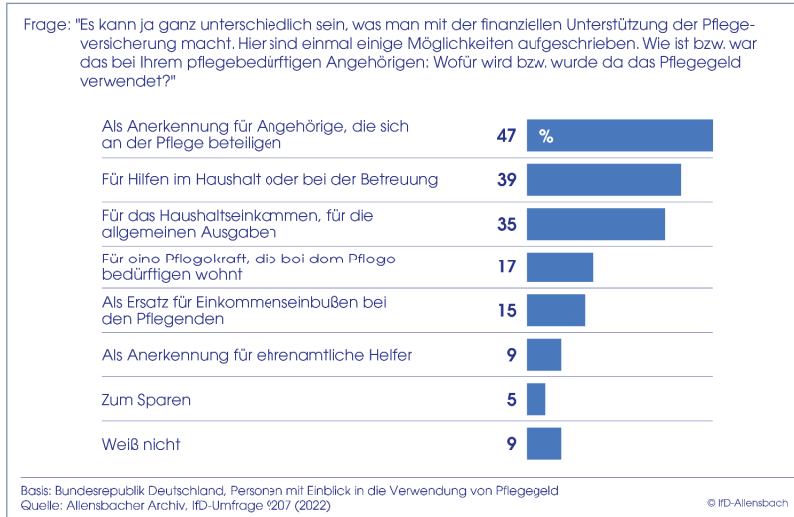
2.6 Das Pflegegeld aus der Sicht pflegender Angehöriger

Das Pflegegeld wird von der Pflegeversicherung an Gepflegte gezahlt, die nicht im Heim und nicht von einem Pflegedienst, sondern von Angehörigen, Freunden, Ehrenamtlichen oder auch von selbst bezahlten Kräften versorgt werden. Voraussetzung für den Bezug von Pflegegeld ist, dass die häusliche Pflege sichergestellt ist und mindestens Pflegegrad 2 vorliegt. Die Bezieher können dann frei über das gestaffelte Pflegegeld (von 316 Euro monatlich bei Pflegegrad 2 bis 901 Euro monatlich bei Pflegegrad 5) verfügen. Möglich ist auch eine Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistungen, etwa durch einen ambulanten Pflegedienst (Kombinationsleistung). Nach den Ergebnissen der Pflegestatistik (vgl. Abbildung 13) erhielten 2019 51 Prozent der Gepflegten ausschließlich Pflegegeld und weitere 10 Prozent das Pflegegeld in Kombination mit der Sachleistung des Pflegedienstes.

Pflegegeld meist für pflegende Angehörige genutzt

In der Umfrage zeigen die Berichte derer, die Einblick in die Verwendung des Pflegegelds haben, am häufigsten eine Weiterleitung an pflegende Angehörige (47 Prozent), insbesondere als Ersatz für deren Einkommenseinbußen (15 Prozent).

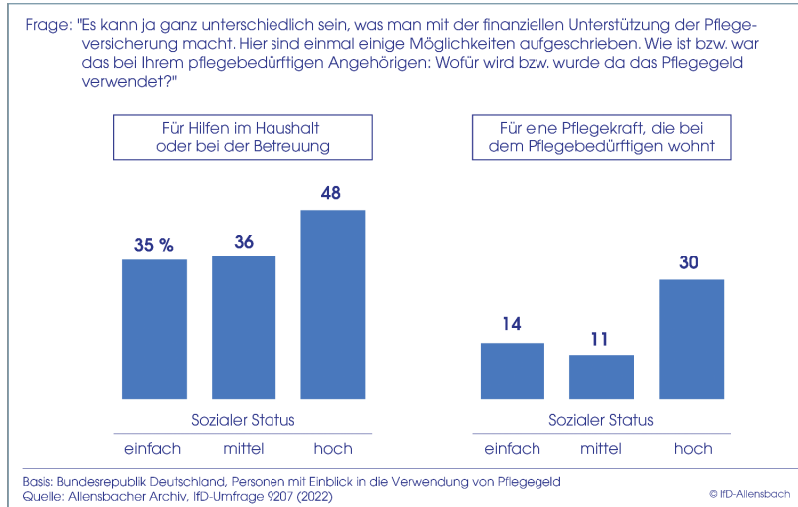
Abbildung 34: Wofür das Pflegegeld genutzt wird



Sehr häufig wird das Pflegegeld aber auch für andere Kräfte verwendet, etwa für Haushalts- und Betreuungshilfen (39 Prozent), für 24-Stunden-Kräfte (17 Prozent) oder auch für Ehrenamtliche (9 Prozent). Nicht selten wird das Pflegegeld auch für die allgemeinen Ausgaben des Haushalts mit herangezogen (39 Prozent). Dass die Leistung entgegen ihrem intendierten Sinn zum Sparen benutzt würde, etwa für eine eventuell später notwendige Pflege im Heim, geben hier lediglich 5 Prozent an. Daher kann man von einer im Wesentlichen pflegegerechten Verwendung des Pflegegelds ausgehen. Allerdings gibt es bei der Verwendung schichtbezogene Akzente: So setzen die Angehörigen der höheren Schicht das Pflegegeld weitaus häufiger als andere ein, um – in der Regel zusätzlich zu den pflegenden Angehörigen – auch Haushaltshilfen oder Pflegekräfte, die im Haushalt wohnen, (mit) zu finanzieren. In der gehobenen Schicht fällt es den pflegenden Angehörigen offensichtlich leichter, dafür selbst auf das Pflegegeld bzw. auf einen Teil davon zu verzichten.

Pflegegeld für externe Hilfen eher in der gehobenen Schicht

Abbildung 35: Verwendung des Pflegegelds für Hilfen im Haushalt: am häufigsten in der gehobenen Schicht



Angesichts der Kosten für Haushaltshilfen oder auch der Einkommensverluste von berufstätigen pflegenden Angehörigen gibt es eine Debatte, ob die Höhe des Pflegegelds ausreicht, oder ob es von den meisten nicht als unzureichend und damit auch als mehr oder weniger bedeutungslos für die Pflege empfunden wird.

Pflegegeld: oft unerlässliche Voraussetzung für die Pflege

Aus Sicht der pflegenden Angehörigen, die hier im Wesentlichen über die Verwendung des Pflegegelds berichten, bestätigen sich solche Befürchtungen aber nicht. Lediglich 5 Prozent derer, die Einblick in die Verwendung des Pflegegelds haben, erklären, die Leistung habe nichts bzw. fast nichts gebracht und weitere 18 Prozent stufen das Pflegegeld lediglich als kleine Anerkennung für die Pflegenden ein. Dagegen bewerteten 24 Prozent das Pflegegeld als gute Unterstützung und 47 Prozent erklären sogar, dass die Leistung für die Pflege unerlässlich (gewesen) sei: Ohne das Pflegegeld sei es nicht möglich (gewesen), zu Hause zu pflegen. Besonders Angehörige, die sich durch die Pflegekosten stark belastet fühlen, kommen zu derart positiven Urteilen über das Pflegegeld.

Abbildung 36: Große Bedeutung des Pflegegelds für die häusliche Pflege

Frage: "Wie wichtig ist bzw. war das Pflegegeld dafür, dass Ihr pflegebedürftiger Angehöriger zuhause gepflegt werden kann?"	Personen mit Einblick in die Verwendung von Pflegegeld insgesamt	Pflegende Angehörige -	
		Pflegekosten belasten (sehr)	belasten weniger
Das Pflegegeld ist bzw. war dafür unerlässlich, ohne das Pflegegeld wäre es nicht möglich (gewesen) ihn/sie zuhause zu pflegen	47 %	58	34
Das Pflegegeld ist bzw. war eine gute Unterstützung, aber es wäre auch ohne Pflegegeld möglich (gewesen)	24	17	26
Das Pflegegeld ist bzw. war nicht viel, aber zumindest eine kleine Anerkennung für die Pflegenden	18	14	29
Das Pflegegeld ist bzw. war viel zu niedrig, es hat nichts bzw. fast nichts gebracht	5	6	4

An 100 fehlende Prozent: weiß nicht, keine Angabe

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Personen mit Einblick in die Verwendung von Pflegegeld
 Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 9207 (2022) © IfD-Allensbach

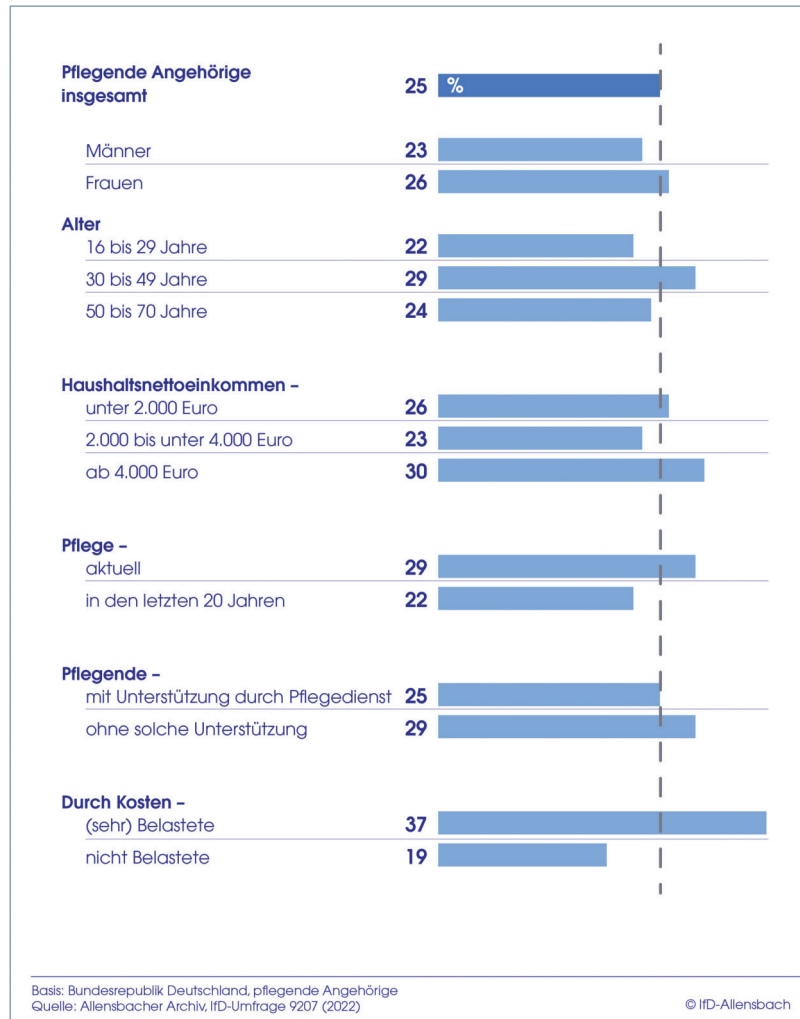
25 Prozent aller pflegenden Angehörigen erhalten oder erhielten zumindest Teile des Pflegegelds. Angesichts des erheblichen Unterschieds dieses Prozentwerts zum Anteil der Gepflegten, die Pflegegeld beziehen (vgl. Abbildung 13), muss zweierlei bedacht werden: Einerseits wirkt sich hier erneut der schon beschriebene Unterschied von Umfrage und Statistik aus. Indem die Umfrage als pflegende Angehörigen über die Hauptverantwortlichen der Pflege hinaus auch jene pflegenden Angehörigen erfasst, die eher unterstützend mitbeteiligt sind, ist der Ausgangskreis sehr viel größer als der Kreis der Gepflegten, der die Basis für die Pflegestatistik bildet. Zum anderen geht das Pflegegeld wie gesehen auch nicht immer (vollständig) an pflegende Angehörige, sondern zum Teil auch an Haushaltshilfen oder andere Kräfte.

Daher sind die erkennbaren Unterschiede im Bezug des Pflegegelds hier eher bedeutsam als der Gesamtanteil der pflegenden Angehörigen, denen die Gepflegten das gesamte Pflegegeld oder Teile davon überlassen: So wie Frauen eher die Pflege last tragen als Männer, zählen sie auch eher zu denen, die etwas vom Pflegegeld bekommen (26 gegenüber 23 Prozent). Auch hier finden sich die mittleren Altersgruppen von 30 bis 49 Jahren mit 29 Prozent etwas mehr unter den Empfängern als die Jüngeren (22 Prozent) oder die Älteren (29 Prozent).

An den Angaben lässt sich zudem die Ausweitung der Bezieherkreise ablesen, die mit der Pflegereform 2017 und dem Ersatz von Pflegestufen durch Pflegegrade verbunden war. Von den aktuell Pflegenden erhalten 29 Prozent etwas vom Pflegegeld, das ihren gepflegten Angehörigen überwiesen wird, von den Pflegenden, die über die Pflege aus den zurückliegenden 20 Jahren berichten, haben damals nur 22 Prozent etwas vom Pflegegeld erhalten.

Dass schließlich besonders häufig jene, die sich durch die Kosten der Pflege stark belastet fühlen aus dem Pflegegeld entlastet werden (37 Prozent), deutet auf zweckgerechte Wirkungen der Leistung hin.

Abbildung 37: Welche pflegenden Angehörigen eine Leistung aus dem Pflegegeld erhalten/erhielten

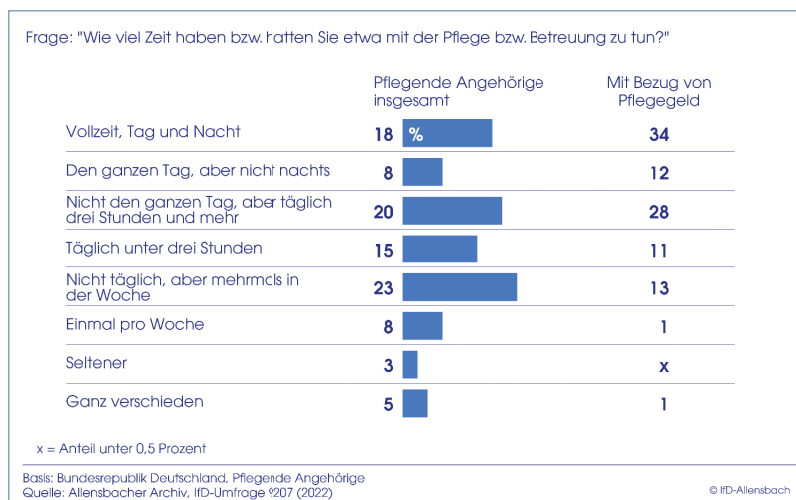


Pflegende, die Pflegegeld erhalten, verwenden viel Zeit auf die Pflege

Dass es sich bei diesen Nutznießern des Pflegegelds tatsächlich um den „inneren Kreis“ der pflegenden Angehörigen handelt, die häufig die Hauptverantwortung für die Pflege übernehmen, lässt sich auch an deren Zeitaufwand für die Pflege ablesen. Während im Schnitt aller Pflegenden lediglich 46 Prozent mehr als drei Stunden täglich für ihre gepflegten Angehörigen aktiv sind oder waren und von jenen, die keine Mittel aus dem Pflegegeld erhalten oder erhielten sogar nur 37 Prozent, betrifft das von den Nutznießern des Pflegegelds 74 Prozent. Deren

Pflegebemühungen sind also meist ungleich intensiver und zeit- und kraftaufwendiger als die anderer Angehöriger.

Abbildung 38: Zeitaufwand für die Pflege: Angehörige, die Pflegegeld erhalten, wenden meist viel Zeit auf

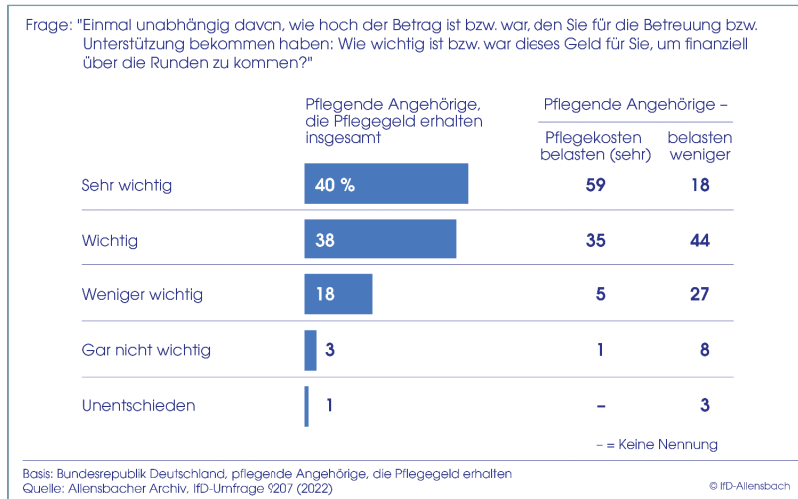


Dabei messen die Pflegenden dem Pflegegeld für ihre eigene finanzielle Lage beträchtliche Bedeutung zu. 78 Prozent stufen es als wichtig oder sogar sehr wichtig dafür ein, um selbst über die Runden zu kommen. Nur 21 Prozent finden das Pflegegeld dazu weniger oder gar nicht wichtig. Auch hier fallen wiederum besonders jene positive Urteile, die sich durch die Kosten der Pflege besonders belastet fühlen.

Hohe subjektive Bedeutung des Pflegegelds

Zwar mögen derartige Einstufungen zumindest für die meist bezogenen rund 316 Euro im Monat (bei Pflegegrad 2: über 50 Prozent derer, die Leistungen aus der Pflegeversicherung bekommen) angesichts von mittleren Haushaltsnettoeinkommen der pflegenden Angehörigen zwischen 2.500 und 3.000 Euro oft übertrieben sein. Gleichwohl lassen die Aussagen keinen Zweifel daran, dass die pflegenden Angehörigen das Pflegegeld sehr wertschätzen. Dabei dürften nicht allein materielle Erwägungen bedeutsam sein, sondern auch das wichtige Gefühl, eine gesellschaftliche Anerkennung bzw. eine Entschädigung für die Pflgetätigkeit zu erhalten.

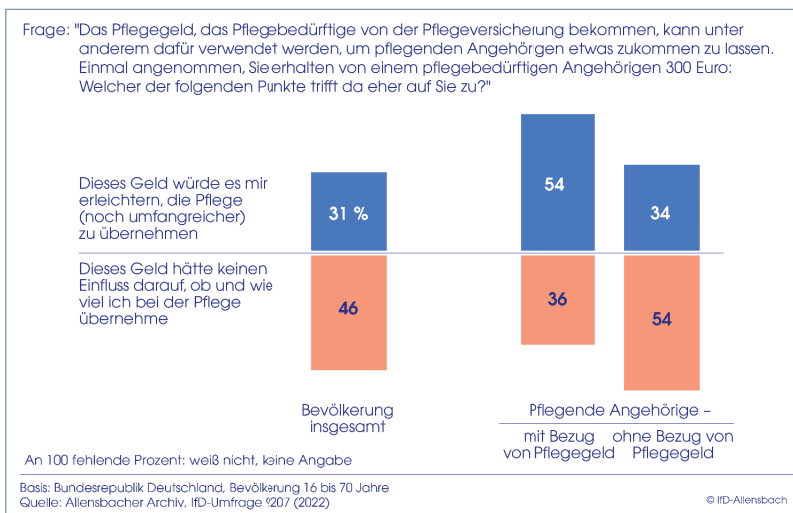
Abbildung 39: Subjektive Bedeutung des Pflegegelds für pflegende Angehörige



Erhöhung der Pflegebereitschaft durch Pflegegeld

Zugleich signalisieren die Ergebnisse der Befragung eine Erhöhung der Pflegebereitschaft durch das Pflegegeld. Solche Effekte könnten am saubersten durch ein soziales Experiment gemessen werden, in dem die Pflegebereitschaft der Mitglieder zweier vergleichbaren Gruppen kontrastiert wird, wobei die Angehörigen der einen Gruppe für die Übernahme von Pflegeaufgaben ein Pflegegeld erhalten würden, die andere nicht. Hier war ein solches Experiment selbstverständlich nicht möglich. Analytischen Ersatz liefert zum Teil die Frage, ob man bereit wäre, noch einmal Familienangehörige zu pflegen. Von jenen pflegenden Angehörigen, die etwas vom Pflegegeld erhalten (haben), wären 89 Prozent zu einer solchen weiteren Pflege bereit, von jenen, die keinen Anteil am Pflegegeld haben/hatten „nur“ 81 Prozent (vgl. Abbildung 42). Dass sich dabei nicht einfach Struktur- und Einstellungsunterschiede zwischen den beiden Gruppen auswirken, zeigen die Antworten auf die direkte Frage, ob ein Pflegegeld von 300 Euro den Befragten die Entscheidung für die Übernahme einer Pflege erleichtern würde oder ob eine solche Zahlung keinen Einfluss darauf hätte, ob bzw. wie viel man bei einer Pflege übernehme. Immerhin 31 Prozent der Bevölkerung geben hier an, dass die Zahlung ihnen die Pflege erleichtern würde, von den Bezieherinnen und Beziehern von Zahlungen aus dem Pflegegeld erklären das sogar 54 Prozent.

Abbildung 40: Erkennbare Effekte des Pflegegelds auf die Pflegebereitschaft



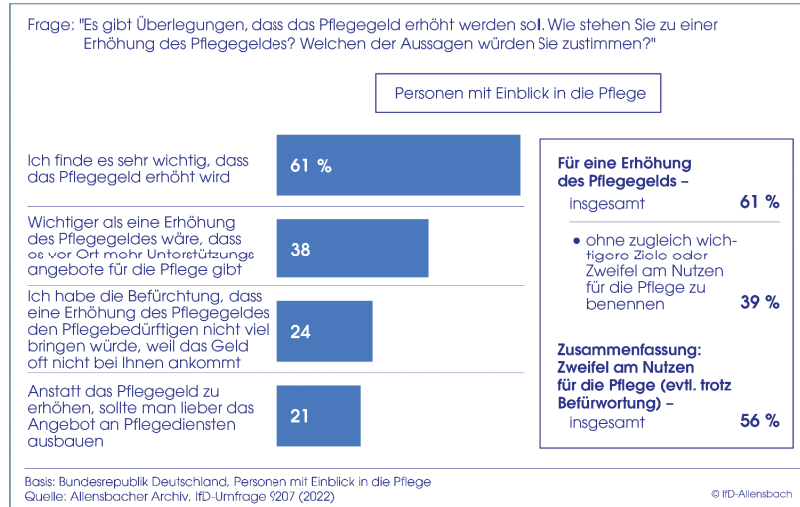
Dementsprechend unterstützen auch fast zwei Drittel (61 Prozent) die Forderung, das Pflegegeld zu erhöhen. Allerdings wird diese Forderung nicht mit großem Nachdruck erhoben; es wirkt sich aus, dass nur eine Minderheit das aktuelle Pflegegeld als deutlich zu gering wahrnimmt (vgl. Abbildung 41). Lediglich 39 Prozent sprechen sich für eine solche Erhöhung aus, ohne zugleich zu erklären, dass andere Ziele derzeit möglicherweise wichtiger sind oder ohne Sorgen um die Verwendung des Pflegegelds zu artikulieren. 38 Prozent fänden mehr Unterstützungsangebote für die Pflege vor Ort wichtiger als eine Erhöhung des Pflegegelds, 21 Prozent einen weiteren Ausbau der ambulanten Pflegedienste. 24 Prozent äußern die Befürchtung, dass eine Erhöhung des Pflegegelds den Gepflegten nicht viel bringen würde, weil das Geld oft nicht bei ihnen ankomme.¹³

Viele für Erhöhung des Pflegegelds...

...zugleich aber oft andere Präferenzen

¹³ Auch in der schon zitierten Studie für den VDK wird „mehr Geld für die Pflege“ am häufigsten als wünschenswerte Unterstützung angegeben (68 Prozent der Gepflegten und 65 Prozent der Pflegenden). Zugleich werden jedoch auch im Schnitt noch zwei oder drei weitere konkrete Unterstützungsangebote genannt. Vgl. Andreas Büscher u. a. (2021): Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. A. a. O., S. 81–87.

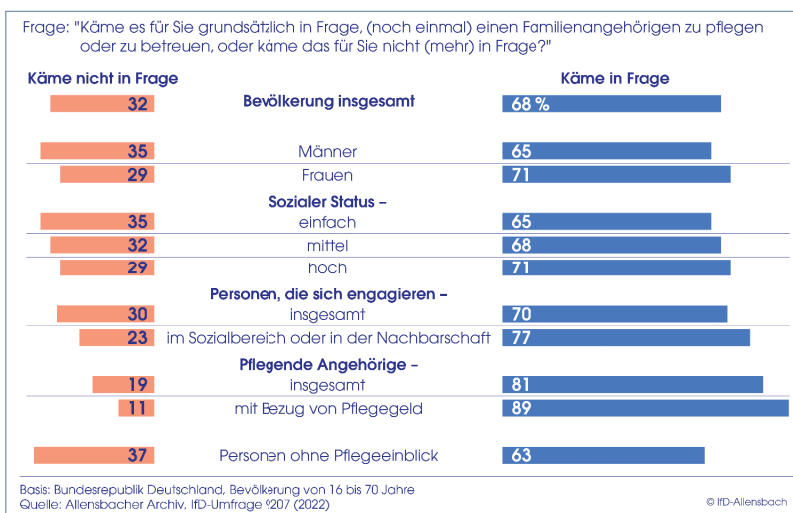
Abbildung 41: Eine Mehrheit befürwortet eine Erhöhung des Pflegegelds – allerdings haben viele dabei auch andere Präferenzen



2.7 Große Bereitschaft zur Angehörigenpflege

Wie schon in früheren Befragungen erklärt sich wiederum eine deutliche Mehrheit zur (erneuten) Pflege von Angehörigen bereit: 68 Prozent der 16- bis 70-jährigen Bevölkerung wären grundsätzlich dafür zu gewinnen, (erneut) Angehörige zu pflegen oder zu betreuen. 2021 hatten auf dieselbe Frage bereits 69 Prozent der jüngeren Bevölkerung von 16 bis unter 40 Jahre ihre Pflegebereitschaft bekundet. Die höchste Pflegebereitschaft findet sich bei jenen, die bereits über Pflegeerfahrungen verfügen, insbesondere bei pflegenden Angehörigen, die etwas vom Pflegegeld erhalten haben. Frauen wären zwar etwas häufiger zur Pflege bereit als Männer (71 gegenüber 65 Prozent), aber die Unterschiede sind bei Weitem nicht so groß wie die Unterschiede bei der tatsächlichen aktuellen Pflege (18 gegenüber 11 Prozent; vgl. Abbildung 15): Hier wirkt sich vor allem die Aufgabenteilung in den Familien aus, die den Frauen noch immer eher die familiären Care-Tätigkeiten zumisst und den Männern eher die Vollzeitarbeit zur Sicherung der wirtschaftlichen Basis der Familie. Daher pflegen Männer dann bei Bedarf weitaus seltener als Frauen, häufig trotz prinzipieller Pflegebereitschaft.

Abbildung 42: Weiterhin breite grundsätzliche Bereitschaft zur Angehörigenpflege

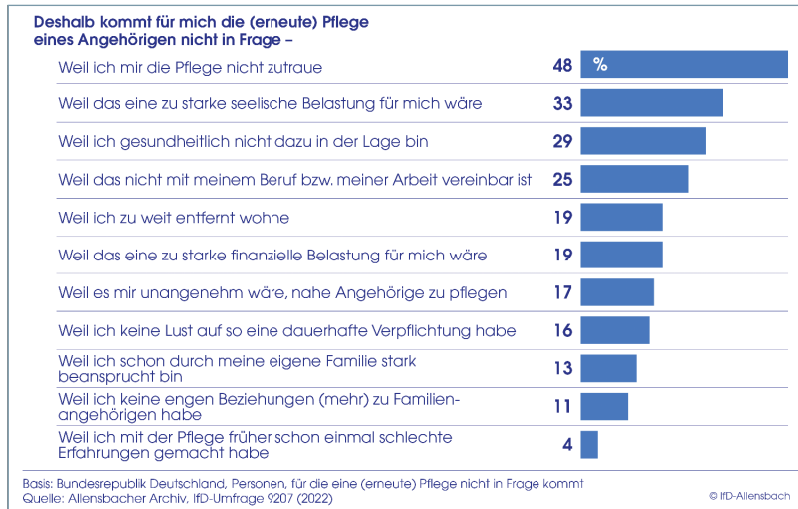


Das Drittel der Bevölkerung, das keine Pflege von Angehörigen übernehmen möchte, traut sich eine Pflege oft nicht zu (48 Prozent). Die meisten nennen jedoch gleich mehrere Gründe, insbesondere auch die zu starke seelische Belastung durch die Pflege (33 Prozent), eigene gesundheitliche Probleme (29 Prozent) oder auch die Unvereinbarkeit mit der eigenen Berufstätigkeit (25 Prozent). 19 Prozent möchten auch die mit der Pflege verbundenen finanziellen Belastungen vermeiden.

Sowohl die erhöhte Pflegebereitschaft derjenigen, die schon einmal Pflegegeld erhalten haben, als auch das Zurückscheuen vor einer Pflege aus Kostengründen zeigen erneut die Bedeutung des Pflegegelds auf. Zugleich zeigen sie aber auch, dass solche finanziellen Erwägungen nur für einen überschaubaren Teil der potenziell Pflegenden das entscheidende Motiv für die Übernahme oder die Nichtübernahme einer Pflege bildet.

Weshalb eine Pflege nicht in Betracht kommt

Abbildung 43: Weshalb eine (weitere) Pflege nicht in Frage kommt: Oft fehlt es an Zutrauen

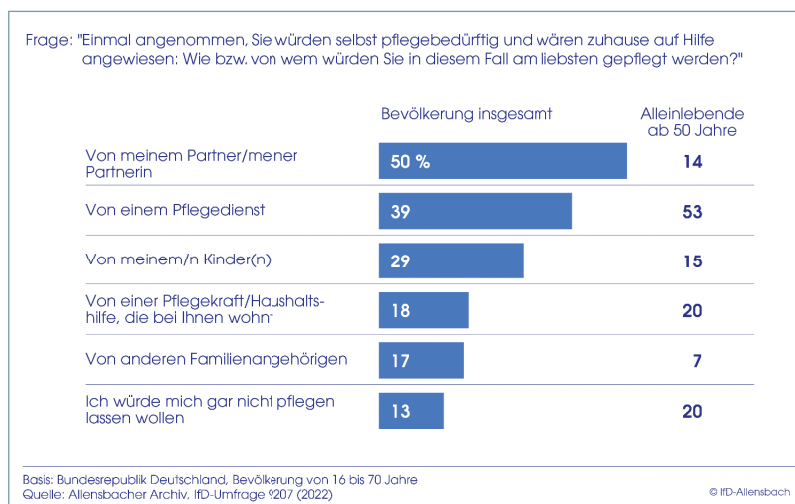


2.8 Ausblick auf eine mögliche eigene Pflege

Viele möchten bei Bedarf vom Pflegedienst gepflegt werden

Für den Fall der eigenen Pflegebedürftigkeit möchten die meisten der 16- bis 70-Jährigen zwar von Angehörigen gepflegt werden – 50 Prozent vom Partner oder der Partnerin, 29 Prozent von den eigenen Kindern, 17 Prozent von anderen Angehörigen –, zugleich nennen vergleichsweise viele aber auch professionelle Kräfte. So möchten 18 Prozent von einer Pflegekraft oder Haushaltshilfe betreut werden, die bei ihnen wohnt, und 39 Prozent von einem Pflegedienst. Die Vergleichsgröße in der aktuellen Pflege durch einen Pflegedienst sind hier nicht die 55 Prozent, die im Laufe ihrer Pflegebiografie mit einem Pflegedienst in Berührung kommen (vgl. Abbildung 17), sondern eher die 24 Prozent der Gepflegten, die nach der Pflegestatistik derzeit dauerhaft durch ambulante Dienste gepflegt und betreut werden (vgl. Abbildung 13). Selbst wenn diejenigen, die in Zukunft Pflege benötigen, unter dem Eindruck der spezifischen Umstände möglicherweise andere Entscheidungen treffen werden, deutet dieses Ergebnis für die Zukunft deshalb auf eine wachsende Nachfrage nach ambulanter Pflege hin, die noch über die Zunahme des Bedarfs hinausgehen dürfte, die sich proportional zur erwarteten Zunahme der Gepflegten ergeben wird.

Abbildung 44: Wer mich pflegen sollte

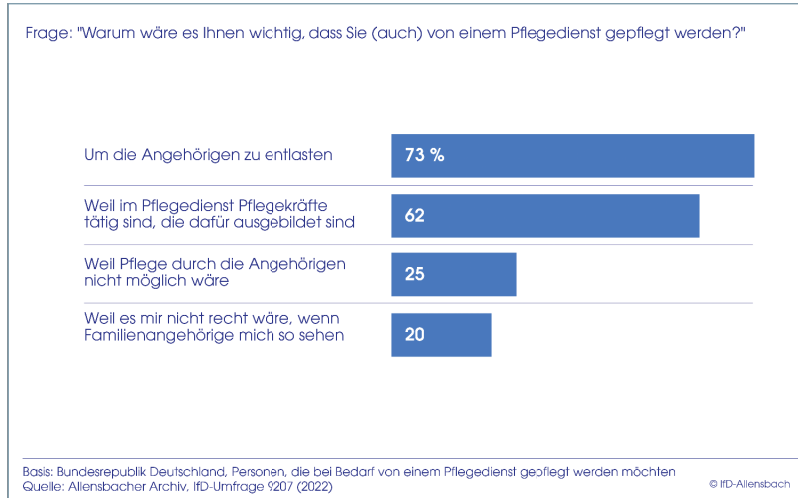


Besondere Probleme ergeben sich dabei für Alleinstehende, von denen 53 Prozent auf Pflege durch einen Pflegedienst setzen und 20 Prozent auf Pflege durch eine Pflegekraft im Haushalt. 20 Prozent von ihnen würden sich überhaupt nicht pflegen lassen wollen, im Durchschnitt aller 16- bis 70-Jährigen 13 Prozent.

Hauptmotiv für die Wahl eines Pflegedienstes ist der Wunsch nach einer Entlastung der Angehörigen (73 Prozent derer, die Pflege durch einen Pflegedienst in Betracht ziehen). Aber auch die fachliche Qualifikation der Pflegedienste ist vielen wichtig (62 Prozent). Dass eine Pflege durch Familienangehörige überhaupt nicht möglich wäre berichten nur 25 Prozent derer, die sich falls nötig und möglich durch einen Pflegedienst pflegen lassen würden.

Pflegedienst zur Entlastung der Angehörigen

Abbildung 45: Motive für den Wunsch, bei Bedarf durch einen Pflegedienst gepflegt zu werden

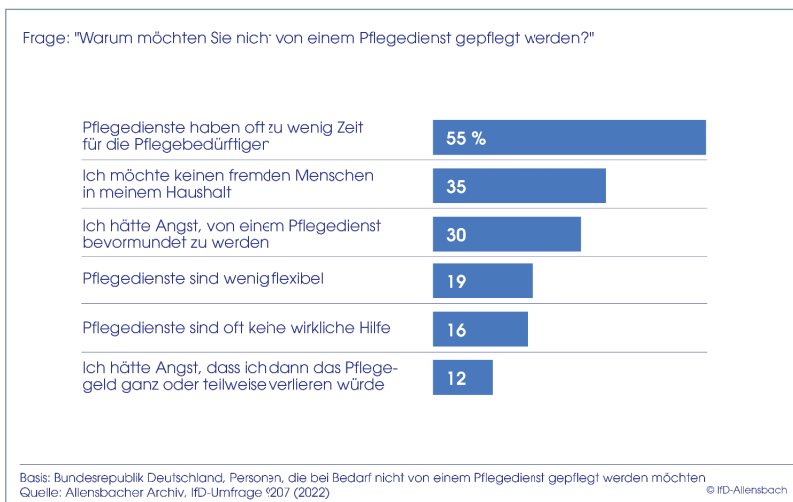


Vorbehalte gegen Pflegedienste

Jene, die einen Pflegedienst für eine mögliche eigene Pflege nicht in Betracht ziehen, tun das meist aus Vorbehalten gegenüber solchen Diensten. Vor allem die eng bemessene Zeit für die Pflege schreckt viele ab (55 Prozent), aber auch die Befürchtung von Bevormundung (30 Prozent) oder geringer Flexibilität (19 Prozent), dass sich also die Tagesabläufe an den Vorgaben des Pflegedienstes zu orientieren hätten. Etwa ein Drittel in dieser Gruppe, insbesondere Ältere ab 60 Jahren, möchte aber auch einfach vermeiden, dass fremde Menschen in den eigenen Haushalt kommen. Nur nachrangig wird hier der mögliche Verzicht auf das Pflegegeld genannt. Dabei muss man berücksichtigen, dass die Befragten mehrheitlich noch nicht pflegebedürftig sind und dementsprechend auch kein Pflegegeld für die eigene Pflege beziehen. Bei Pflegebedarf dürfte zusammen mit dem Bezug der Leistung vor allem dieses Motiv an Gewicht gewinnen.¹⁴

¹⁴ Darauf weisen die Ergebnisse der VDK-Pflegestudie hin, nach der, bezogen auf den konkreten Fall, in dem bereits Pflegegeld bezogen wird, der Verzicht auf einen Pflegedienst häufig mit finanziellen Motiven begründet wird. Allerdings spielt auch dort die Sorge um eine Minderung des Pflegegelds eine eher nachrangige Rolle (24 Prozent), gewichtiger ist die Angst vor möglicher Zuzahlung (61 Prozent). Andreas Büscher u. a. (2021): Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. A. a. O., S. 53.

Abbildung 46: Motive für den Verzicht auf Pflege durch einen Pflegedienst

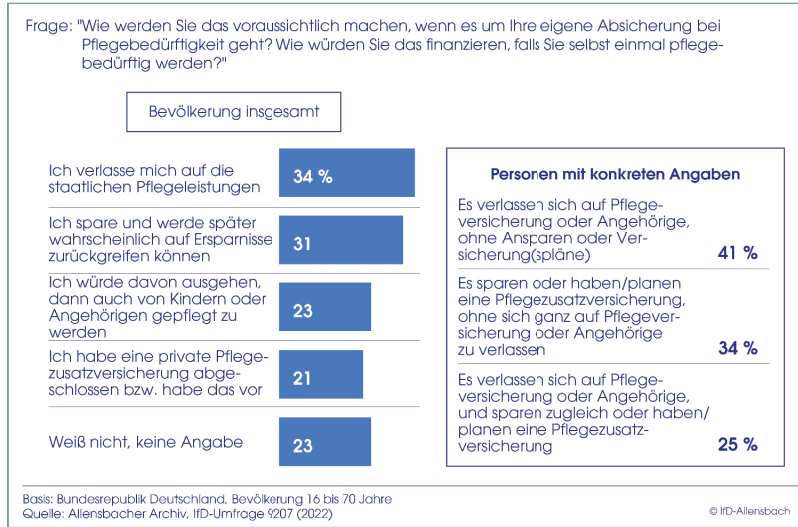


Für die meisten sind Überlegungen im Hinblick auf eine mögliche Pflege im Alter hypothetisch. Für sie gilt es vorrangig andere Hürden zu meistern. Daher verfolgen auch nur wenige eine ausgeprägte Vorsorgestrategie für diesen Fall, der zumindest am Ende des Lebens immer häufiger eintritt, wie die Entwicklung der Pflegestatistik zeigt. Nur ein Teil der Bevölkerung geht davon aus, in einem solchen Fall auf Ersparnisse zurückgreifen zu können (31 Prozent), wobei auch ein wenig Zweckpessimismus im Spiel ist, da viele ohne spezifische Verwendungszwecke sparen. Dass sie dann über Leistungen aus einer privaten Pflegezusatzversicherung verfügen können, denken 21 Prozent. Nach den Ergebnissen der Allensbacher Markt- und Werbeträgeranalyse AWA 2022 haben bislang 14 Prozent der 16- bis 70-Jährigen eine solche Versicherung abgeschlossen, 10 Prozent der 16- bis 49-Jährigen und 18 Prozent der 50- bis 70-Jährigen. Von daher ist ein zukünftiger Anteil von 21 Prozent ebenso realistisch wie unbefriedigend klein.

Auf die staatlichen Pflegeleistungen verlassen sich 34 Prozent, auf Pflege durch Kinder oder Angehörige 23 Prozent. 23 Prozent haben sich noch keine Gedanken gemacht oder geben diese zumindest in der Umfrage nicht an. Eine Kombination der unterschiedlichen Angaben zeigt, dass das Sich-Verlassen auf Pflegeversicherung und Angehörige ohne sonderliche Ansparbemühungen die häufigste Haltung ist (41 Prozent).

Vorsorgestrategien: große Unterschiede

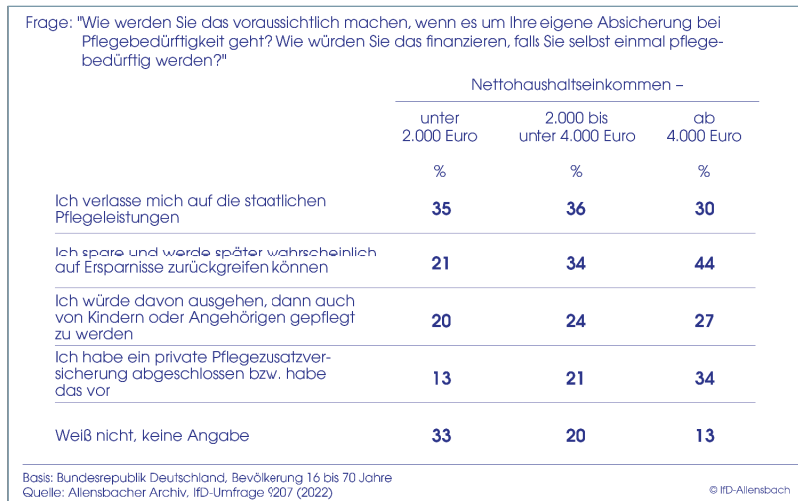
Abbildung 47: Strategien für die Sicherung der eigenen Pflege



Finanzieller Spielraum prägt Vorsorge

Hierbei gibt der finanzielle Spielraum der Befragten den Rahmen für das Vorsorgeverhalten vor: Ansparen und Pflegeversicherung werden ungleich häufiger von jenen genutzt, die über höhere Haushaltseinkommen verfügen. Personen mit kleinen Haushaltseinkommen finden dagegen häufig kaum die Mittel für eine private Pflegevorsorge. Von ihnen stehen 33 Prozent der Frage nach der eigenen Absicherung im Alter ratlos gegenüber. Von den Personen mit höheren Einkommen teilen nur 13 Prozent dieses Problem.

Abbildung 48: Der finanzielle Spielraum bestimmt das Vorsorgeverhalten für die Pflege



2.9 Pflege und Politik

Die Probleme, vor denen die Politik im Bereich der Pflege heute steht, wurden an vielen Stellen bereits sichtbar:

- Die Zahl der Gepflegten, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, hat sich seit 1995 etwa vervierfacht und steigt weiter; seit 1999 hat sich die Zahl der Pflegekräfte aber nur etwa verdoppelt: Als Folge erlebt die Bevölkerung vorrangig einen erheblichen Zeitdruck bei der Pflege (vgl. Abbildung 24) sowie überall wachsende Schwierigkeiten, einen Pflegedienst für Angehörige zu finden (vgl. Abbildung 25).
- Verschärfen könnten sich solche Probleme durch das vergleichsweise breite Interesse möglicher Gepflegter an einer Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst (vgl. Abbildung 44). Über das erwartete Nachfragewachstum durch die demografische Entwicklung und die Zunahme der Gepflegten hinaus könnten sich hier noch zusätzlich Verschiebungen in Richtung einer eher professionellen Pflege ergeben – und dies in Zeiten des Fachkräftemangels in der Pflege.
- Nach wie vor übernehmen Angehörige den größten Teil der Pflege. Eine grundsätzliche Bereitschaft zur Angehörigenpflege ist auch weiterhin weit verbreitet (vgl. Abbildung 42). Allerdings sind die pflegenden Angehörigen zunehmend auf Unterstützung angewiesen, sei es durch Pflegedienste, Tages- oder Nachtpflege, kurze stationäre Aufenthalte der Gepflegten usw. Dabei hätte Beratung einen besonderen Stellenwert, da viele pflegende Angehörige die vielfältigen Unterstützungsmöglichkeiten nur teilweise kennen (vgl. Abbildung 21).
- Ein wachsender Anteil der pflegenden Angehörigen ist berufstätig, so dass Probleme der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf die Pflege heute stärker belasten. Viele würden sich eine Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige wünschen (vgl. Abbildung 33).
- Für die Politik ergibt sich daraus an erster Stelle die Notwendigkeit, das **Personalproblem** der Pflege in den Griff zu bekommen. Allerdings geht es dabei nicht ausschließlich um die Gewinnung und Qualifizierung von Kräften für ambulante Pflegedienste und Pflegeheime. Von ebenso großer Bedeutung wäre eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige, die – etwa durch ihre Berufstätigkeit – zunehmend auf Unterstützung und Entlastung angewiesen sind. Obwohl sie den größten Teil der Pflege übernehmen, stehen sie weitaus seltener im Fokus als die professionellen Kräfte.
- Das Pflegegeld wird nicht allein aus finanziellen Gründen hoch geschätzt (vgl. Abbildungen 36 und 39). Zudem lassen sich durch das Pflegegeld bei einem Teil der Bevölkerung auch positive Auswirkungen auf die Pflegebereitschaft beobachten (vgl. Abbildung 40). Daher würde eine Mehrheit der pflegenden Angehörigen wie auch der Gesamtbevölkerung eine Erhöhung des Pflegegelds begrüßen. Allerdings betrachten längst nicht alle eine mögliche Erhöhung auch

als vordringlich; nicht wenige würden mehr Unterstützung bei der Angehörigenpflege, etwa durch mehr Pflegedienste, vorziehen (vgl. Abbildung 41).

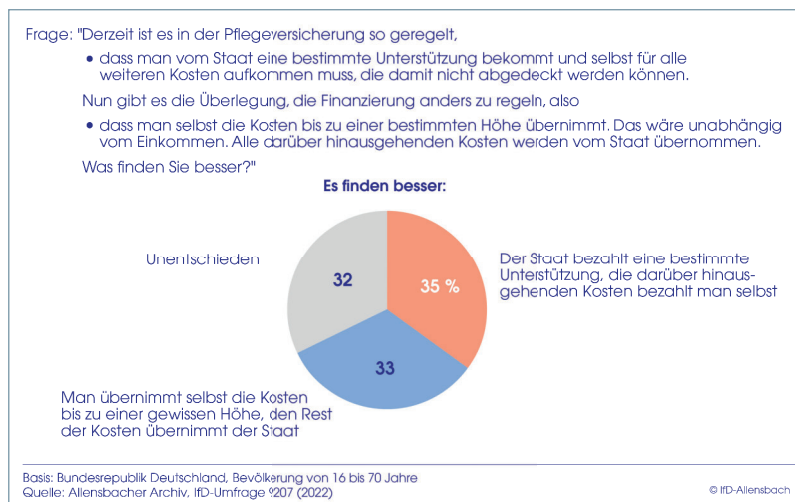
Aber auch **die finanziellen Aspekte der Pflege** benötigen die besondere Aufmerksamkeit der Politik.

- Das betrifft zum einen die verbreiteten Wahrnehmungen von finanziellen Belastungen, die dazu führen, dass viele Gepflegte auf ihre Ersparnisse zurückgreifen müssen, um die Pflege bzw. die Unterstützung der pflegenden Angehörigen zu finanzieren. Auch die pflegenden Angehörigen fühlen sich nicht selten erheblich durch Kosten bzw. durch den Wegfall von Arbeitslohn belastet (vgl. Abbildung 31).
- Für die Politik entsteht dadurch die Frage, ob und wie Gepflegte sowie pflegende Angehörige finanziell noch besser entlastet werden könnten.

Umstellung der Kostenüber- nahme durch die Pflegeversiche- rung?

Zur Entlastung der besonders belasteten Gepflegten wie auch ihrer Angehörigen wird in Fachkreisen eine Umstellung der Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung diskutiert. So wäre es denkbar, dass die Pflegeversicherung in Zukunft nicht mehr die Grundkosten der Pflege abdeckt und darüber hinausgehende Kosten der Pflege den Gepflegten und ihren Angehörigen überlässt, sondern dass alle Gepflegten Kosten bis zu einer bestimmten Höhe selbst übernehmen und dass die Pflegeversicherung nur für die darüber hinausgehenden Spitzenkosten eintritt. Das im Rahmen der Befragung im Vergleich zum bestehenden Vorgehen vorgestellte Modell stößt auf geteilte Meinungen: Etwa gleich große Gruppen von jeweils einem Drittel der Bevölkerung sprechen sich für das bisherige wie auch das vorgeschlagene Modell aus (35 bzw. 33 Prozent). Allerdings erklären sich 32 Prozent auch für unentschieden, wahrscheinlich weil sie überfragt sind. Selbst wenn es hier keine klaren Präferenzen der Bevölkerung für Veränderungen gibt, gibt es zugleich auch keine große Mehrheit, die sich für die Beibehaltung des aktuellen Modells ausspricht. Veränderungen in diesem Bereich wären für die Mehrheit der Bevölkerung also durchaus denkbar, so lange nicht Befürchtungen erheblicher Nachteile gegenüber dem Bestehenden entstanden.

Abbildung 49: Was soll die Pflegeversicherung übernehmen: Grund- oder Spitzenkosten der Pflege? Geteilte Meinungen



Durch die wachsende Zahl der Gepflegten, das gewachsene Leistungsspektrum der Pflegeversicherung sowie durch allgemeine Kostensteigerungen steht die Pflege zugleich vor einem erheblichen **Finanzierungsproblem**. Noch bedeutsamer als die Entlastung von Gepflegten und pflegenden Angehörigen sind deshalb sicherlich die Bemühungen um eine nachhaltige **finanzielle Stabilisierung der Pflegeversicherung**.

Auch die hier bereits jetzt bestehenden Probleme tendieren zur Verschärfung, da viele allenfalls in geringem Umfang finanziell für eine mögliche Pflegebedürftigkeit im Alter vorsorgen. Über 40 Prozent der Bevölkerung verlassen sich ausschließlich auf Leistungen der Pflegeversicherung und eine Pflege durch Angehörige (vgl. Abbildung 47).

Von den vielfältigen denkbaren Maßnahmen zur finanziellen Stabilisierung der Pflegeversicherung wären Leistungsreduktionen ebenso unpopulär wie eine stärkere finanzielle Beteiligung von Angehörigen an den Kosten der Pflege. Nur etwa jede(r) Zehnte würde solche Schritte befürworten (11 bzw. 8 Prozent). Aber auch andere Ansätze, wie etwa eine Erhöhung der Beiträge zur Pflegeversicherung oder auch eine Finanzierung der Kosten für die Pflege durch höhere Steuern, fänden nur je etwa bei einem Drittel der Bevölkerung Zustimmung (32 bzw. 31 Prozent).

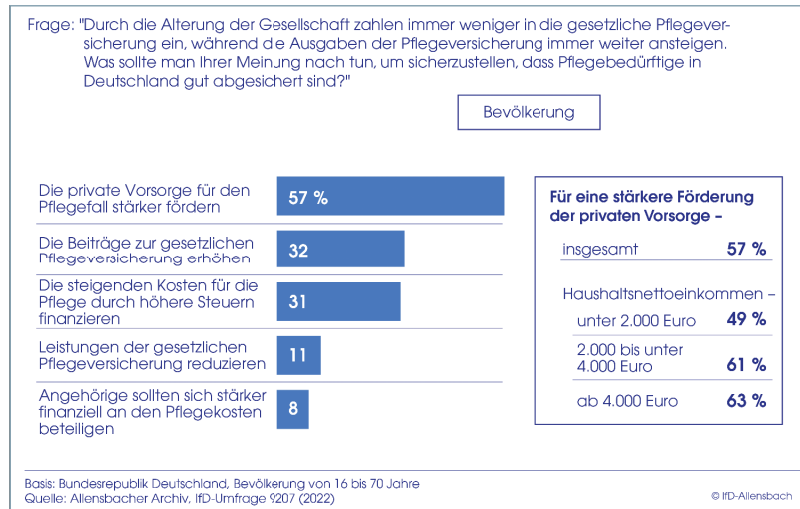
Finanzielle Stabilisierung der Pflegeversicherung...

Erkennbar ist das Ausweichen vor zusätzlichen Kosten in diesem Bereich. Unter diesen Voraussetzungen ist noch am ehesten eine stärkere staatliche Förderung der privaten Vorsorge für etwaigen Pflegebedarf mehrheitsfähig: 57 Prozent der Bevölkerung sprechen sich dafür aus. Allerdings wirkt sich bei diesen Haltungen wiederum das verfügbare Haushaltseinkommen aus: Von Personen mit geringem

...am ehesten durch mehr private Vorsorge

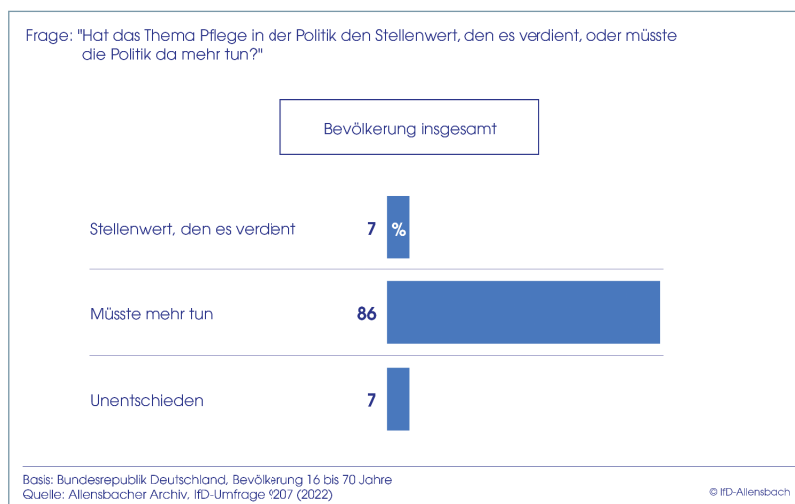
Einkommen, von denen sich offenbar nur Wenige Vorteile durch eine solche Förderung der privaten Vorsorge versprechen, befürworten sie lediglich 49 Prozent, von denen mit höherem Haushaltseinkommen 63 Prozent.

Abbildung 50: Präferenzen, um den Kostensteigerungen in der Pflege zu begegnen



Politischer Stellenwert der Pflege

Mit den Bemühungen der Politik um die Pflege ist die große Mehrheit der Bevölkerung seit vielen Jahren unzufrieden. Aktuell erklären 86 Prozent der 16- bis 70-jährigen Bevölkerung, das Thema Pflege habe in der Politik nicht den Stellenwert, den es verdient, die Politik müsse mehr tun. Damit haben sich die Einstellungen gegenüber 2018, als diese Frage zum ersten Mal für den DAK-Pflegereport gestellt wurde, praktisch nicht verändert: Damals beklagten bereits 84 Prozent der Bevölkerung den zu geringen politischen Stellenwert des Themas Pflege.

Abbildung 51: Pflege: zu geringer politischer Stellenwert

2.10 Literaturverzeichnis

- Blinkert, Baldo und Klie, Thomas (o. J.): Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität. Freiburg, FIFAS, o. J. www.fifas.de/publikationen/files/Pflegemilieu/pflegemilieu.php?p=p.
- Blinkert, Baldo und Klie, Thomas (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Die „Kasseler Studie“. Hannover: Vincentz Network.
- Büscher, Andreas; Stelzig, Stefanie; Peters, Lara; Lübben, Annalena (2021): Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK-Pflegestudie. Zweiter Zwischenbericht. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.
- Bundesministerium für Gesundheit (2022): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Berlin.
- DAK-Gesundheit (Hg., 2016): Pflegereport 2016. Heidelberg: medhochzwei.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2020): Zur Bedeutung von Prävention für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige. Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8231.
- Klie, Thomas (2018): DAK Pflegereport 2018. Heidelberg: medhochzwei.
- Klie, Thomas (2022): Für Dich ist gesorgt? Verantwortungsrollen und Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunen in der Langzeitpflege – unter Bedingung knapper Ressourcen. In: Bayerischer Gemeindetag 08–09/2022. S. 278–285.
- Statistisches Bundesamt (2020a): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2019. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2020b): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung.
Ländervergleich – Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste 2019. Wiesbaden.

3. Häusliche Pflegesettings und Pflegekarrieren im Lichte der Routinedaten. Analyse von GKV- und SPV-Routinedaten der DAK-Gesundheit für den Pflegereport 2022

Mark Grabfelder, Philip Lewin, Marco Zeptner, Helmut Hildebrandt

3.1 Kernergebnisse

3.1.1 Die selbstorganisierte Pflege zu Hause ist das Rückgrat der sozialen Pflegeversicherung

- Für die nachfolgende Analyse wurden die GKV- und SPV-Routinedaten der DAK-Gesundheit für die Jahre 2017 bis 2020 analysiert. Soweit nicht anders angegeben beziehen sich die Auswertungen auf den DAK-Datenbestand.
- Fast jeder zweite Pflegebedürftige organisierte in 2019, dem letzten Auswertungsjahr ohne COVID-19-Effekte, seine Pflege selbst. Nur 19 von 100 Pflegebedürftigen wurden stationär versorgt. Das sind knapp 60.100 Versicherte in der stationären Pflege sowie weitere 1.900 in ambulant betreuten Wohngruppen (bei 418.600 Pflegebedürftigen Ende 2019). Weitere 21.300 bzw. 6 von 100 Versicherten wurden in der Kurzzeitpflege gepflegt. Der Rest, fast 4 von 5 Pflegebedürftigen, wurden in der Häuslichkeit versorgt. In der Häuslichkeit überwiegt die selbstorganisierte Pflege.
- Viele Pflegebedürftige sind nur zeitweise auf eine stationäre Versorgung angewiesen – beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt, zur vorübergehenden Entlastung pflegender Angehöriger oder zur Bewältigung von Krisensituationen in der Häuslichkeit. Zu beobachten ist, dass sich in drei von vier Fällen unmittelbar bzw. mittelbar an die Kurzzeitpflege dauerhaft ein Pflegeheimaufenthalt anschließt. Das bedeutet, dass nur ein Viertel der theoretisch belegbaren Kurzzeitpflegeplätze dafür bereitsteht, pflegende Angehörige zu entlasten bzw. die Pflege in der Häuslichkeit zu stabilisieren. Die Leistungen der Kurzpflege müssen sowohl situativ und bedarfsgerecht (etwa bei Krankenhausentlassung) als auch planbar (bei Urlaub) zur Verfügung stehen.

In drei von vier Fällen schließt sich an die Kurzzeitpflege vollstationäre Pflege an

3.1.2 Das besondere Profil des Pflegegrads 1

Knapp 13 % der Pflegebedürftigen waren Ende 2020 in Pflegegrad 1 eingestuft

- Auffällig ist der Anstieg im Pflegegrad 1 – nicht unmittelbar nach der Einführung dieser neuen Anspruchsgrundlage Anfang 2017, sondern erst mit Zeitverzug. Die Anzahl der Personen mit Pflegegrad 1 steigt binnen drei Jahren von rund 22.400 Ende 2017 um 140 % auf 53.800 Leistungsberechtigte Ende 2020. Das ist mehr als eine Verdopplung. Die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 steigen hingegen im selben Vergleichszeitraum gerundet nur um 17 % von 311.000 auf 364.700 Leistungsberechtigte.
- Knapp 13 % der Pflegebedürftigen waren Ende 2020 in Pflegegrad 1 eingestuft.
- Versicherte mit Pflegegrad 1 organisieren sich selbst. Sie erhalten keine finanzielle Unterstützung bei der Inanspruchnahme ambulanter oder stationärer Pflegeangebote. Es werden lediglich Unterstützungsleistungen gewährt, die kaum nachgefragt werden. Versicherte mit Pflegegrad 1 sind auch nicht verpflichtet, regelmäßig einen Beratungsbesuch bei einem ambulanten Pflegedienst nachzufragen, um weiterhin Leistungen zu erhalten, was bei Pflegegrad 2 bis 5 verpflichtend ist.

3.1.3 Viele Krankenhausfälle von Pflegebedürftigen wären durch eine bessere primärmedizinische Versorgung und durch Case und Care Management von Pflegekräften sowie eine sektorenübergreifende Vernetzung vermeidbar

- Wenn Pflegebedürftige aus der Häuslichkeit oder dem Pflegeheim ins Krankenhaus eingewiesen werden, besteht immer die Gefahr, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert, sei es durch die psychische Belastung, Infektionen oder aufgrund fehlender Mobilisation im Krankenhaus. Hinzu kommt, dass sich Pflegebedürftige mit hirnorganischen Beeinträchtigungen häufig im Krankenhaus nicht zurechtfinden und durch den Aufenthalt stark belastet werden.
- Im Jahr 2019 fallen bei Pflegebedürftigen rund 316.900 Krankenhausfälle an. Davon wurden im bereitgestellten Routinebestand 202.000 Krankenhausfälle als pflegesensitiv eingestuft. Bis zu 81.400 dieser pflegesensitiven Fälle (Pflegegrad 2-5) wären tatsächlich vermeidbar. Allein für die DAK-Pflegebedürftigen ergibt sich daraus ein Brutto-Vermeidungspotenzial von bis zu 350 Mio. Euro pro Jahr (siehe Abbildung 61).
- Ohne eine Mittelschichtung vom Krankenhaussektor zu den vorgelagerten pflegerischen und medizinischen Leistungserbringern lassen sich die Krankenhausfälle nicht vermeiden. Durch Case und Care Management, digital gestützte Zusammenarbeit und verbesserte Abstimmungen zwischen ambulanten Diensten und den Pflegeheimen mit den niedergelassenen Haus- und Fachärzten ließen sich Krankenhauseinweisungen vermeiden. Das gilt auch für eine optimierte (digitalisierte) Überwachung von Vitaldaten (Gewicht, Blutdruck, Puls etc.).

3.2 Methodik, Datengrundlage und Limitationen

Die Analysen in diesem Kapitel basieren auf den Abrechnungsdaten aus der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung (GKV/SPV) der DAK-Gesundheit. Bei sämtlichen Schritten der Datenaufbereitung und -auswertung wurden die Empfehlungen der Guten Praxis Sekundärdatenanalyse berücksichtigt (vgl. Swart et al. 2019).

Für die Jahre 2017 bis 2020 wurden uns verschiedene Datensätze zur Verfügung gestellt, u. a. mit den Stammdaten der Versicherten und deren Versichertenzeiten, Pflegezeiten, bewilligten Pflegeleistungen und Krankenhausaufenthalten.

Ausgewertet wurden Daten aller volljährigen pflegebedürftigen Versicherten, entweder mit einem vor 2017 festgestellten oder einem zwischen 2017 und 2020 eingetretenem Bedarf. Versicherte mit einem Pflegekassenwechsel wurden im Wechseljahr ausgeschlossen, ebenso Versicherte ohne gültige Postleitzahl. Ansonsten wurden die im Untersuchungszeitraum verstorbenen DAK-Versicherten berücksichtigt.

Die Daten wurden darüber hinaus einer Qualitätsprüfung unterworfen und entsprechende Datenbereinigungen vorgenommen. Beispielsweise wurden Versicherte mit nicht plausiblen Zeitangaben aus der Analyse entfernt. In einigen Fällen ergaben sich Überschneidungen zwischen stationären und ambulanten bzw. teilstationären Pflegeleistungen. Stationäre Pflegeleistungen werden i. d. R. im Leistungsmonat der Pflegekasse in Rechnung gestellt, während ambulante Pflegedienste oder Tagespflegen immer nur für den zurückliegenden Monat fakturieren. Soweit wir periodengleich stationäre bzw. ambulante und teilstationäre Leistungen ausgewertet haben, haben wir die ambulant bzw. teilstationär fakturierten Leistungen aus unseren Berechnungen eliminiert. Die Auswertung sämtlicher Daten für dieses Kapitel erfolgte über die Statistiksoftware R (R Core Team 2019), grafische Darstellungen wurden zudem mit Microsoft Excel und Tableau erstellt. Alle Daten ohne explizite Quellenangabe in diesem Teil stammen von der DAK-Gesundheit.

3.3 Einführung

Soweit wir Jahresbetrachtungen vornehmen, beziehen wir uns auf 2019 oder 2020. In vielen Fällen verzerrt die COVID-19-Pandemie eine Auswertung der Daten aus 2020. Aus diesem Grund stellen wir nachfolgend einige Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Pflegebedürftigen gesondert dar bzw. konzentrieren uns, falls sinnvoll, auf 2019, das letzte volle Jahr ohne COVID-19-Einfluss.

Schwerpunktmäßig untersuchen wir im DAK-Pflegereport 2022 Pflegesettings bzw. Pflegearrangements im häuslichen Umfeld. Unter einem Setting wird in der Gesundheitsförderung der Lebensbereich verstanden, in dem ein Mensch einen Großteil seiner Zeit verbringt, und der wesentlich die Gesundheit und das Wohlbefinden des Versicherten beeinflusst. Beide Begriffe, Pflegesettings und Pflegearrangements, verwenden wir nachfolgend synonym.

Um die Inanspruchnahme von SGB V- und XI-Leistungen durch Pflegebedürftige über die gesamte Bedarfsdauer analysieren zu können, greifen wir auf die Routinedaten der Jahre 2017 bis 2020 zurück. Dazu haben wir Pflegebedürftige mit erstmaligem Pflegebedarf ab 2017 und einem Leistungsende vor 2020 herausgefiltert und gesondert analysiert. Ebenso haben wir für die Zeitraumanalysen die zwischen 2017 und 2020 verstorbenen Pflegebedürftigen mit Ersteinstufung vor 2017 berücksichtigt, sofern wir das Datum der Ersteinstufung bereitgestellt bekommen haben. Wir konnten dadurch u. a. untersuchen, wie lange das anfangs gewählte Pflegesetting stabil bleibt bzw. inwieweit die Settingwahl mit dem Pflegegrad korreliert.

Ein besonderes Augenmerk legen wir auf Krankenhausaufenthalte von Pflegebedürftigen. Wir fragen unter anderem: Gibt es Anzeichen für die Vermeidbarkeit von Krankenhausbehandlungen? Gibt es Unterschiede zwischen den Pflegesettings? In welchem Pflegestadium fallen Krankenhausaufenthalte an?

Der Gesetzgeber verband 2017 mit der Einführung des Pflegegrads 1 durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II; vgl. Bundestag 2017) die Hoffnung, durch frühzeitige Hilfestellungen die Selbstständigkeit der Betroffenen möglichst lange zu erhalten und den Verbleib in der vertrauten Häuslichkeit sicherzustellen. Wir untersuchen unter anderem, welche Leistungen durch Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 abgerufen werden, ob die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Anspruch genommen wird und ob die Angehörigen auch Pflegeschulungen nutzen und Hilfestellungen zur Pflege der Angehörigen annehmen.

Gleichzeitig haben wir für den DAK-Pflegereport 2022 auch Regionalanalysen vorgenommen, die auszugsweise vorgestellt werden. In Anbetracht der zunehmenden Alterung unserer Gesellschaft und des damit einhergehenden Pflegebedarfs ist es für die Kommunen wichtig, die Einflussfaktoren auf den zukünftigen Pflegebedarf in den jeweiligen Settings zu kennen. Wir möchten einige wesentliche Stellgrößen vorstellen, die für eine belastbare kommunale Pflegebedarfsplanung entscheidend sind bzw. die regelmäßig durch die Kommunen beobachtet werden sollten.

3.4 Wie entwickelte sich der Pflegebedarf, die Prävalenz und die Inzidenz in den letzten Jahren?

Seit Jahren steigt die Zahl der pflegebedürftigen DAK-Versicherten kontinuierlich an. Das zeigte bereits die letzte Routinedatenauswertung für den DAK-Pflegebericht 2019 (vgl. Klie et al. 2019). Sie ergab für 2014 annähernd 322.700 Pflegebedürftige im DAK-Bestand gegenüber 418.600 Versicherten Ende 2020. Das ist ein Anstieg um 30 % innerhalb von sechs Jahren.

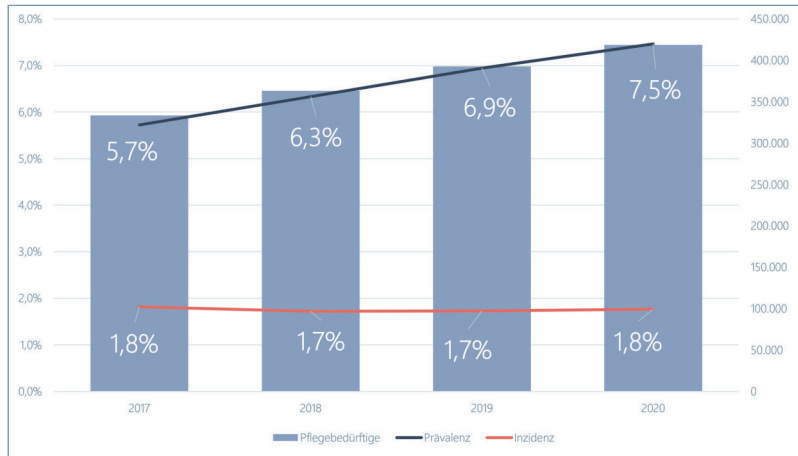
Zum Jahresende 2020 lag der Pflegebedarf bereits ein Viertel bzw. 25,0 % über dem Pflegebedarf von 2017

Tabelle 1: Pflegebedürftige 2017–2020

Jahr (31.12.)	Pflegebedürftige	Prävalenz	Inzidenz	Durchschnittsalter	Verstorben	% weiblich
2017	335.190	5,8 %	1,8 %	77,3	16,1 %	68,9 %
2018	364.035	6,3 %	1,7 %	77,5	15,7 %	69,1 %
2019	393.098	6,9 %	1,7 %	77,7	14,6 %	69,3 %
2020	418.612	7,5 %	1,8 %	77,8	14,7 %	69,5 %

Von 100 DAK-Versicherten hatten Ende 2020 im untersuchten Routinedatenbestand insgesamt 7 bis 8 volljährige Versicherte einen Pflegebedarf (Prävalenz). Im selben Zeitraum wurde bei knapp 2 von 100 erwachsenen Versicherten erstmalig ein Pflegebedarf festgestellt (Inzidenz). Ende 2017 hatten nur 5,8 % bzw. 335.200 Versicherte einen Pflegebedarf. Zum Jahresende 2020 lag der Pflegebedarf dagegen bereits ein Viertel bzw. 25,0 % über dem Pflegebedarf von 2017. Die Prävalenz stieg Ende 2020 auf 7,5 %. Im Jahr 2015 lag sie – laut der Routinedatenauswertung für den DAK-Pflegebericht 2019 – noch bei 4,5 % bei leicht niedrigerer Inzidenz von 1,2 % (Klie et al. 2019). Die konstante Inzidenz und die deutlich gestiegene Prävalenz gingen mit einem Anstieg der Lebenserwartung der Pflegebedürftigen einher.

Abbildung 52: Pflegebedarf, Prävalenz und Inzidenz



Die Versicherten mit Pflegegrad 1 haben sich zwischen Ende 2017 und 2020 mehr als verdoppelt

Auffällig ist insbesondere der Anstieg im Pflegegrad 1. Ende 2017 waren rund 22.400 Versicherte in Pflegegrad 1 eingestuft. Binnen drei Jahren steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 1 um 140 % auf 53.800 Versicherte. Das ist mehr als eine Verdopplung. Die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 hingegen stiegen im selben Vergleichszeitraum gerundet nur um 17 % von 311.000 auf 364.700 Empfänger. Die Details ergeben sich aus der nachfolgenden Tabelle:

Tabelle 2: Pflegebedürftige nach Pflegegrad

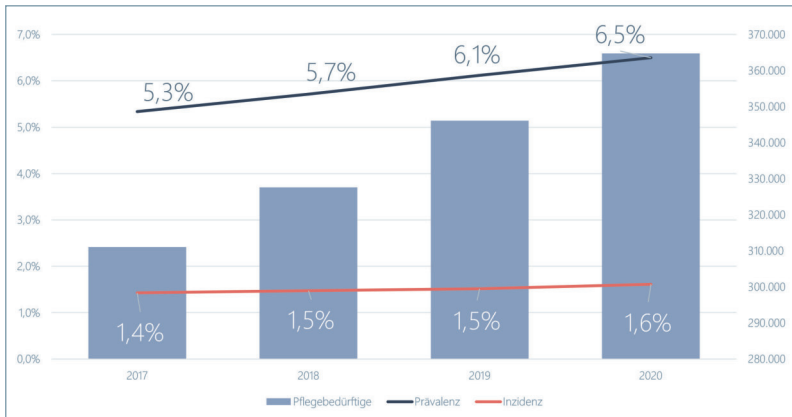
Jahr (31.12.)	Versicherte Pflegegrad 2–5	in %	Versicherte Pflegegrad 1	in %	Gesamt
2017	311.041	93,3 %	22.437	6,7 %	333.478
2018	327.606	90,2 %	35.518	9,8 %	363.124
2019	346.106	88,1 %	46.626	11,9 %	392.732
2020	364.755	87,1 %	53.857	12,9 %	418.612
2020 ggü. 2017 in %	17 %		140 %		26 %
2020 ggü. 2017 abs.	53.714		31.420		85.134

Die Inzidenz (erstmaliges Pflegebedarfsrisiko) stieg zwischen 2016 von 1,5 % (vgl. Klie et al. 2019) auf 1,8 % Ende 2020, was auf die geänderten Pflegeeinstufungskriterien zurückzuführen ist.

Mit dem Pflegegrad 1 wurde Anfang 2017 erstmals eine neue niederschwellige Anspruchsgrundlage eingeführt, die es zuvor nicht gab. Die zum 1. Januar 2017

durch das Pflegestärkungsgesetz (PSG II) eingeführten Pflegegrade 1–5 sind mit den vor 2017 geltenden alten drei Pflegestufen nur bedingt vergleichbar. Aus diesem Grund erfolgt nachfolgend hilfsweise ein Mehrjahresvergleich ohne Pflegegrad 1. Deutlich wird, dass die Prävalenz auch beim Herausrechnen der Versicherten mit Pflegegrad 1 ansteigt. Die Lebenserwartung der Pflegebedürftigen ist demnach gestiegen.

Abbildung 53: Pflegebedarf, Prävalenz und Inzidenz ohne Pflegegrad 1



Während sich Versicherte mit Pflegegrad 1 weitgehend selbst organisieren und keine professionelle Pflege in Anspruch nehmen (bzw. auch keine Erstattungsansprüche an die Pflegekasse haben), geht der Anstieg der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2–5 mit einem Anstieg nach professionellen ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeleistungen einher.

Gerade deshalb ist es wichtig, auf kommunaler Ebene die Stabilität der selbstorganisierten Pflege in der Häuslichkeit im Rahmen einer quartiersbezogenen integrierten kommunalen Sozialraumplanung zu beobachten, was aktuell aufgrund fehlender gesetzlicher Vorgaben nur ansatzweise auf freiwilliger Basis erfolgt (vgl. Schulenburg 2019). Zu beachten ist auch, dass sich die Sozialraumplanung nicht allein auf die Auswertung von GKV- und SPV-Routinedaten verlassen kann. Wechselt der Pflegebedürftige beispielsweise nach Eintritt des Pflegebedarfes den Wohnort? Oder zieht er mit Angehörigen zusammen? Diese Fragen lassen sich nicht bzw. nur bedingt aus den Routinedaten ableiten. Ebenso ist es wichtig, die quartiersbezogenen Angebotsveränderungen zu beobachten. Inwieweit finden also beispielsweise Pflegedienste bzw. Pflegeheime genügend Pflege(fach)kräfte, um die (möglicherweise gestiegene) Nachfrage zu bedienen? Und findet sich für (altersbedingt) ausscheidende Pflegekräfte ausreichend Ersatz?

Sozialraumplanung Voraussetzung für Stabilität der selbstorganisierten Pflege

Aktuell werden die vom Medizinischen Dienst im Rahmen der „Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ erfassten pflegebegründenden Diagnosen nicht systematisch ausgewertet. Auch hier bieten sich aber sozialraumbezogene

Auswertungen an. Eigentlich müssten auch die Beratungsprotokolle der halb- und vierteljährlichen Visiten der Pflegegeldempfänger durch die Pflegedienste (nach § 37 Abs. 3 SGB XI) systematisch für die Sozialraumplanungen ausgewertet werden, was aktuell rechtlich nicht gestattet ist, aber aufgrund der bereits verabschiedeten standardisierten Nachweispflichten möglich wäre (vgl. GKV-Spitzenverband, o. J.).

3.5 In welchen Pflegesettings werden die Pflegebedürftigen versorgt?

Mit Pflegesetting wird das Lebensumfeld inklusive der an der Pflege beteiligten Akteure bezeichnet, in dem die Versicherten einen großen Teil ihrer Zeit verbringen und gepflegt werden. Folgende ambulante Settings untersuchen wir näher:

- Selbstorganisierte Pflege in der Häuslichkeit (Pflegegeldempfänger nach § 37 SGB XI), ggf. ergänzt bzw. unterstützt durch häusliche Krankenpflege (HKP) nach dem fünften Sozialgesetzbuch.
- Pflegesachleistungsempfänger in der Häuslichkeit, die durch einen professionellen Pflegedienst nach § 36 SGB XI gepflegt werden.
- Pflegebedürftige in der Häuslichkeit mit Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI, die Pflegesach- und -geldleistungen kombinieren bzw. noch teilstationäre Tages- und Nachpflege in Anspruch nehmen.
- Pflegebedürftige, die vorübergehend stationär betreut werden (Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI).
- Pflegebedürftige in sogenannten ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38a SGB XI.

Bezogen auf die ausgewerteten DAK-Routinedaten ergibt sich folgende Verteilung nach Pflegesettings:

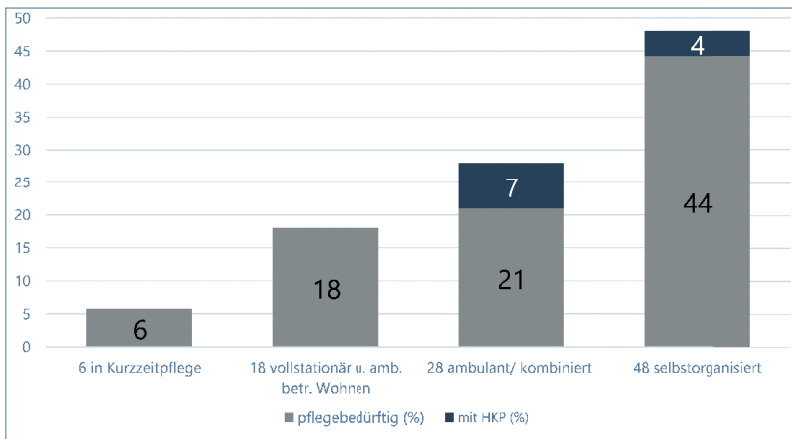
Fast jeder zweite organisierte 2019 seine Pflege selbst

- Fast 4 von 5 Pflegebedürftigen wurden 2019 zu Hause gepflegt und zwar überwiegend selbstorganisiert ohne Inanspruchnahme professioneller ambulanter Pflegedienste. Fast jeder zweite organisierte seine Pflege also selbst in der eigenen Häuslichkeit.
- 6 von 100 Bedürftigen organisierten ihre Pflege selbst zu Hause, nahmen aber ergänzend häusliche Krankenpflege (HKP) nach dem fünften Sozialgesetzbuch in Anspruch.
- Von 100 Versicherten wurden 28 zu Hause gepflegt, nahmen aber Sach- und Kombinationsleistungen in Anspruch. 15 von 100 ließen sich durch einen Pflegedienst pflegen bzw. 13 von 100 versorgten sich selbst (Pflegegeld), riefen aber

ergänzend Leistungen von einem Pflegedienst ab. Rund ein Viertel der Sach- und Kombinationsleistungsempfänger bezog gleichzeitig häusliche Krankenpflege.

- In der Kurzzeitpflege wurden 6 von 100 Versicherten stationär betreut, während 18 von 100 Pflegebedürftigen dauerhaft stationär gepflegt wurden. Das sind knapp 60.200 in der stationären Pflege bzw. gerundet 1.900 in sogenannten ambulant betreuten Wohngruppen.
- Eine Besonderheit ergibt sich für die Kurzzeitpflege bei Pflegegrad 1. Nach § 39c SGB V kann für Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 die Krankenkasse in gewissem Umfang die Kurzzeitpflege übernehmen. Diese Option wird aktuell noch nicht genutzt. Eine entsprechende Inanspruchnahme war im vorliegenden Routinedatenbestand 2017–2020 nicht zu finden.

Abbildung 54: Von 100 Pflegebedürftigen waren in 2019...



Damit entsprechen die aus den untersuchten DAK-Routinedaten abgeleiteten Pflegesettings weitgehend den vom Statistischen Bundesamt für 2019 veröffentlichten Daten für alle gesetzlich bzw. privat versicherten Pflegebedürftigen. Fast jeder vierte wurde dauerhaft oder als Kurzzeitpflegegast in einem Pflegeheim versorgt. 48 von 100 DAK-Versicherten organisierten ihre Pflege selbst. Laut Statistischem Bundesamt sind das etwas mehr als 51 von 100 Pflegebedürftigen (vgl. Destatis 2019). Da das statistische Bundesamt nur alle zwei Jahre Daten aus einer Vollerhebung veröffentlicht, liegen aktuellere Daten für diesen DAK-Pflegereport noch nicht vor.

Zwischen 2017 und 2020 entwickelten sich, bezogen auf den DAK-Datenbestand, die Settings wie folgt:

Abbildung 55: Entwicklung Pflegebedarf in den Settings



Etwas mehr als jeder fünfte wurde stationär gepflegt. Dieser Anteil bleibt im Jahresvergleich 2017 bis 2020 annähernd gleich. Bei näherem Hinsehen sank der Anteil der stationären Pflege nach § 43 SGB XI aber zwischen 2017 und 2020 von 20 % auf 16 %, während der Anteil der Kurzzeitpflege von 3 % auf 6 % stieg. Der Anteil der in der Häuslichkeit vollständig bzw. anteilig durch Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen sank von 33 % auf 28 %. Hingegen veränderte sich der Anteil der selbstorganisierten Pflegebedürftigen von 44 % auf 50 %. Das könnte an den deutlich gestiegenen Kosten für die ambulante Pflege liegen. Hier wird von preisbedingter sinkender Nachfrage nach professionellen ambulanten Pflegediensten berichtet.

Das Statistische Bundesamt weist in seiner Pflegestatistik zwischen 2017 und 2019 einen Anstieg an stationären Pflegeplätzen um 900 Plätze oder 6 % aus. Gerade von neu eröffneten Pflegeheimen wird berichtet, dass diese mangels Pflegepersonals nicht belegbar sind. Seitens der Heimaufsichten wird aber die Einhaltung der Fachkraftquote eingefordert bzw. die mit den Pflegekassen vereinbarten Personalanhaltswerte sind zu erfüllen. Auch Bestandseinrichtungen sind betroffen, freiwerdende Pflegeplätze dürfen dann nicht mehr belegt werden. Der Pflegeplatzbestand wird aktuell nur zweijährig vom Statistischen Bundesamt in der amtlichen Pflegestatistik erfasst. Eine Beobachtung der personalbedingten Leerstände erfolgt, wie bereits thematisiert, weder auf Kommunal-, Landes- oder Bundesebene. Das erscheint vor dem Hintergrund des zunehmenden Pflegebedarfs aber unabdingbar, um mindestens auf kommunaler Ebene rechtzeitig Unterversorgung erkennen und gegensteuern zu können. Zu bedenken sind zusätzlich auch die demnächst anstehenden energetischen Umbaumaßnahmen, um die geforderte Klimaneutralität zu erreichen. Viele Pflegeheime werden sich aus baulichen Grün-

den energetisch nicht ertüchtigen lassen, sondern müssen baulich ersetzt werden. Hinzu kommt die Frage, ob sich eine energetische Ertüchtigung rechnen wird oder sich auf die Heimbewohner umlegen lässt.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften erfreuen sich zunehmend großer Beliebtheit, da diese eine wohnortnahe familienähnliche Versorgung anbieten (vgl. Klie et al. 2018). 2017 wohnten nur 240 DAK-Versicherte mit Pflegebedarf in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft. Vier Jahre später, im Jahr 2020, waren es bereits 2.270 DAK-Versicherte mit Pflegebedarf, wobei das absolut gesehen nur 0,6 % der DAK-Pflegebedürftigen entspricht.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften sind beliebt aber nicht verfügbar

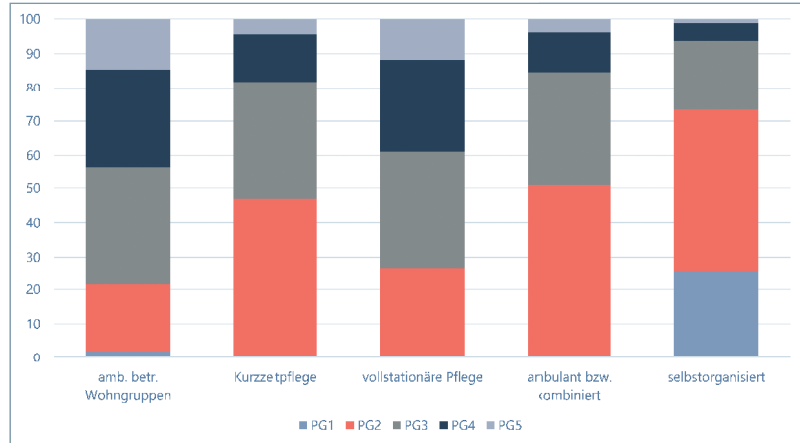
Ambulant betreute Wohngemeinschaften (WG) müssen in den meisten Bundesländern heimrechtlich keine Fachkraftquote bzw. auch keine Personalanhaltswerte erfüllen. Das hat mit der Entwicklung der ersten **selbstorganisierten** ambulant betreuten Wohngemeinschaften zu tun. Die ersten Wohngemeinschaften wurden mit dem Wunsch gegründet, selbstbestimmt leben zu können bzw. unabhängig von Dritten in der Lebens- und Haushaltsführung zu sein. Die WG-Mitglieder oder deren gesetzliche Vertreter schließen einen Mietvertrag ab und die Unterstützungs- und Pflegeleistungen werden wie im normalen privaten Haushalt vertraglich gesondert geregelt. Dadurch haben die Präsenzkkräfte und auch der Pflegedienst Gaststatus, während die WG-Mitglieder das Hausrecht haben und die Rahmenbedingungen des WG-Lebens selbst bestimmen können. Die Aktivitäten in den Wohngemeinschaften speisen sich durch intensive ehrenamtliche Unterstützung von verschiedenen Peer Groups im Quartier wie beispielsweise Vereinen, Kirchen, kommunalen Unterstützungsangeboten aber auch der Lokalpolitik. Das ermöglicht ein anderes Korrektiv und eine Reduktion heimrechtlicher Überwachung. Heute spricht man deshalb auch von ambulant betreuten Wohngemeinschaften mit geteilter Verantwortung (vgl. Klie 2022).

Inzwischen dominieren **anbieterverantwortete** ambulant betreute Wohngemeinschaften. Der Anbieter stellt in der Regel den Wohnraum und die den Alltag begleitenden Präsenzkkräfte zur Verfügung. Die Mieter bzw. deren gesetzliche Vertreter können den Pflegedienst sowie Art und Umfang der individuellen Pflegeleistungen frei wählen. Die Verträge für Pflegeleistungen sind theoretisch von den anderen Verträgen entkoppelt, um nicht mit heimrechtlichen Vorgaben zu kollidieren. Formell besteht daher keine strukturelle Abhängigkeit zu einem Pflegedienst. Jeder WG-Bewohner kann sich theoretisch seinen Pflegedienst selbst wählen. Der Pflegedienst des Vermieters hat aber räumliche Vorteile, da er weniger Wegstrecke zurücklegen muss, bis er beim Mieter ist. Es verwundert nicht, dass große Pflegeheimträger dieses Modell bevorzugen und vor allem in diesem Segment wachsen möchten. Interessant hierzu ist beispielsweise die Chancen- und Risikobeurteilung des im Bundesanzeiger offengelegten Konzernabschlusses der Convivo Holding GmbH, Bremen, für 2020 (vgl. Bundesanzeiger 2021). Solange

die Heimaufsichtsbehörden und Pflegekassen keine Personalvorgaben machen, scheint ein Wachstum realisierbar.

Welche Pflegebedarfe (Pflegegrade) herrschen in den einzelnen Settings vor? Antwort hierauf ergibt eine prozentuale Gegenüberstellung der Pflegegrade pro Setting.

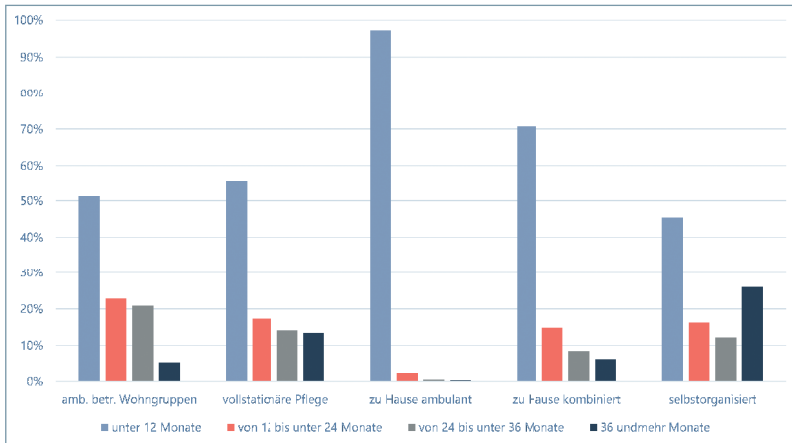
Abbildung 56: Für die Pflegesettings ergab sich 2019 folgende prozentuale Pflegegradverteilung



Die selbstorganisierte Pflege findet sich vor allem bei Pflegebedürftigen mit niedrigem Pflegebedarf. Knapp 75 % der selbstorganisierten Pflegebedürftigen haben Pflegegrad 1 und 2. Die Inanspruchnahme professioneller Pflege ist auch vom Bildungsstand abhängig, wie die Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach nachweist.

Jeder zweite Pflegebedürftige im häuslichen Umfeld mit Pflegesach- und Kombileistungen hat maximal Pflegegrad 2. In der vollstationären Pflege hat knapp jeder Vierte Pflegegrad 2. Im ambulant betreuten Wohnen ist es nur jeder Fünfte. Je höher der Pflegebedarf, umso höher ist der stationäre Pflegebedarf.

Abbildung 57: Wie lange verbleiben Pflegebedürftige im Schnitt im Setting



Mehr als 50 % der Versicherten im Pflegeheim verbleiben weniger als 12 Monate in der stationären Pflege. Nur etwas mehr als jeder vierte der selbstorganisierten Pflegebedürftigen verbleibt länger als drei Jahre in seinem ursprünglichen Setting. Die durch professionelle ambulante Pflege unterstützten Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit verlassen überwiegend innerhalb von 12 Monaten ihr Setting. Bei der Beurteilung des vorstehenden Diagramms ist zu beachten, dass die Aussagen lediglich aus den bereitgestellten Daten für 2017 bis 2020 abgeleitet werden konnten. Dennoch ist eine gewisse Stabilität der selbstorganisierten Pflege festzuhalten. Wo erforderlich, werden Kombileistungen in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme von ambulanten Diensten bzw. das Abrufen von Pflegesachleistungen erfolgt eher vorübergehend.

Im untersuchten DAK-Routinebestand sind im Jahr 2019 im Schnitt 48 von 100 Versicherten selbstorganisiert. Laut der offiziellen Pflegestatistik organisierten Ende 2019 insgesamt 2,3 Mio. der 4,1 Mio. gesetzlich oder privat versicherten Pflegebedürftigen ihre Pflege ausschließlich selbst, das sind 56 von 100 Versicherten mit Pflegebedarf (vgl. Destatis 2019). Für 2021 werden amtlich inzwischen 4,6 Mio. Pflegebedürftige vermeldet, ein Anstieg um 0,3 Mio. Versicherte bzw. 12 % gegenüber 2020. Die vorliegenden Routinedaten erlauben aber nur detaillierte Auswertungen für die Jahre 2017 bis 2020. Deutlich wird: Wir stehen in den nächsten Jahren vor einem erheblichen absoluten Anstieg des Pflegebedarfs. Das sollte bei den nachfolgenden Ausführungen beachtet werden.

Im untersuchten DAK-Routinebestand sind in 2019 rund 48 % selbstorganisiert

Ohne die selbstorganisierte Pflege ist die Sicherstellung der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf in Deutschland nicht zu gewährleisten. Ein Rückgang der selbstorganisierten Pflege kann derzeit von Pflegediensten und Pflegeheimen nicht aufgefangen werden. Die selbstorganisierte Pflege muss pflegepolitisch durch geeignete Maßnahmen gestützt werden. Veränderungstrends in den Pflegesettings müssen rechtzeitig erkannt werden.

Selbstorganisierte Pflege und Betreuung: Sache von Familienangehörigen und Personen aus dem sozialen Umfeld

Selbstorganisierte Pflege in der Häuslichkeit kann auf unterschiedliche Weise umgesetzt bzw. kombiniert werden. Mit zunehmendem Pflegebedarf ist es zwingend notwendig, dass die Pflegebedürftigen durch externe Personen unterstützt und dauerhaft beaufsichtigt werden. Vor allem Familienangehörige oder andere Personen aus dem sozialen Umfeld übernehmen die Pflege und Betreuung.

Laut Bundesministerium für Gesundheit wurden 2019 von den gesetzlichen Pflegekassen für 1,1 Mio. Angehörige 2,4 Milliarden EUR an die Rentenversicherung abgeführt, das sind im Schnitt 2.200 EUR.

Eine im Jahr 2021 durchgeführte Onlinebefragung von 27.000 pflegenden Angehörigen kommt zu dem Ergebnis, dass 2019 von 4,1 Mio. Pflegebedürftigen allein 3,1 Mio. durch Angehörige bzw. von Angehörigen und ambulanten Diensten versorgt wurden. Fast jeder zweite pflegende Angehörige pflegte seine Mutter bzw. seinen Vater (48 % bei 23.660 Rückmeldungen) bzw. 22 % den Lebenspartner. Von den pflegenden Angehörigen (22.404 Rückmeldungen) gaben 26 % an, voll erwerbstätig zu sein. 30 % waren teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig, 29 % waren im Ruhestand und 15 % waren nach eigener Aussage nicht erwerbstätig (vgl. Büscher 2022).

Knapp 30 % von 15.582 Angehörigen wussten von der Möglichkeit, sich von der Arbeit befreien zu lassen, um Angehörige zu pflegen, verzichteten aber aus finanziellen Gründen darauf. 14 % von den Befragten kannten diese Option dagegen nicht und bei weiteren 9 % hat es der Arbeitgeber nicht angeboten bzw. musste es nicht anbieten (vgl. Büscher 2022).

Mehr als ein Drittel der Befragten gab an, dass die Pflege für sie nur unter Schwierigkeiten oder eigentlich gar nicht mehr zu bewältigen sei. Jeder vierte Pflegebedürftige brauche jede Nacht Hilfe. Durchschlafen sei für fast jeden Dritten Angehörigen nicht möglich. Und fast zwei von drei Pflegebedürftigen könnten eigentlich keine Stunde alleingelassen werden (vgl. VdK 2022).

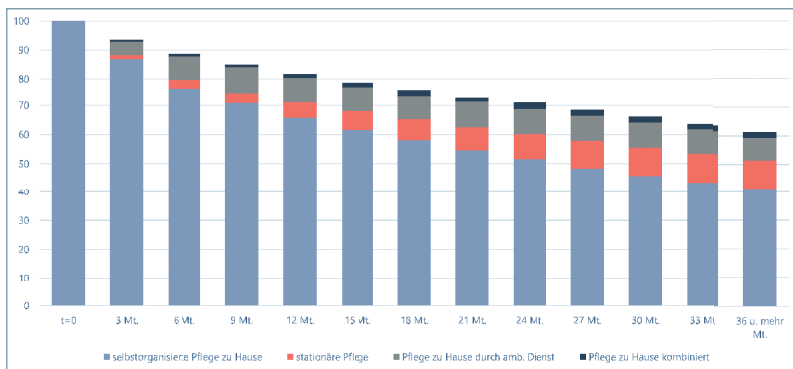
Höchststrichterliche Rechtsprechung erinnert an prekäre Arbeitsbedingungen bei der „24-Stunden-Pflege“

Teilweise erfolgt die Pflege und Betreuung auch durch im Haushalt (auf Zeit) wohnende sogenannte „24-Stunden-Pflege-Kräfte“ oder „Live-Ins“. Ähnlich wie bei pflegenden Angehörigen ist die Pflegekraft meist rund um die Uhr gefordert. Auch hier fehlt es an verlässlichen amtlichen Informationen zur Systemrelevanz der „24-Stunden-Pflege-Kräfte“. Es ist aber von mehreren 100.000 Kräften auszugehen. Die Hans-Böckler-Stiftung geht in einer Veröffentlichung von 2018 von 300.000 bis 500.000 Personen aus. Eine andere Quelle geht von 850.000 Osteuropäerinnen aus, die in deutschen Haushalten mit Pflegebedürftigen leben, arbeiten und regelmäßig nach einigen Monaten ausgetauscht werden (vgl. Petermann und Seeböhm 2019). Eine höchstrichterliche Rechtsprechung, etwa ein Urteil vom Bundesarbeitsgericht vom 24. Juni 2021, deckt prekäre Arbeitsbedingungen auf. Arbeitszeitvorschriften und Ruhezeiten werden nicht eingehalten, nächtliche Ruf-

bereitschaften bleiben ohne Entlohnung, eine Mindestlohnvergütung unterbleibt (vgl. Diakonie 2021). Zwischen 1.500 bis 4.000 Euro pro Monat kosteten Pflegekräfte bisher unter prekären Arbeitsbedingungen. Die Kosten dürften sich bei einer Beschäftigung zu regulären Arbeitsbedingungen annähernd verdreifachen.

Fast 50 % der Pflegebedürftigen organisierten in 2020 ihre Pflege selbst. Weitere 13 % kombinierten Leistungen, pflegten selbst bzw. riefen ergänzende Leistungen bei ambulanten Pflegediensten ab. Das nachfolgende Diagramm zeigt auf, wie lange anfänglich 100 selbstorganisierte Pflegegeldempfänger in ihrem Setting verbleiben bzw. in welche anderen Settings gewechselt wird.

Abbildung 58: Stabilität des selbstorganisierten Pflegesettings bei 100 Versicherten in Monaten



Deutlich wird aus der vorstehenden Gegenüberstellung, dass aus Sicht der Routinedaten das ursprünglich gewählte häusliche selbstorganisierte Setting relativ stabil bleibt. Knapp 40 % der Pflegebedürftigen sind nach 36 Monaten verstorben. In geringem Umfang werden Leistungen kombiniert. Nur wenige wechseln in die stationäre Pflege bzw. lassen sich ausschließlich durch einen ambulanten Pflegedienst versorgen.

Entscheiden sich Angehörige bzw. Pflegebedürftige für die selbstorganisierte Pflege, haben sie dennoch verschiedene Kombinationsmöglichkeiten, die körperliche und seelische Belastung in der selbstorganisierten Pflege zu verringern, ohne dass das bei der Auswertung der Routinedaten sofort ersichtlich ist:

- Sofern Bedarf für häusliche Behandlungspflege (Injektionen, Arzneimittelgabe, Katheter-Wechsel, PEG-Versorgung, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen etc.) besteht, kann ein häuslicher Pflegedienst diese sogenannte Häusliche Krankenpflege gem. § 37 SGB V erbringen. Die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege ist indiziert, wenn der Patient wegen einer Erkrankung der ärztlichen Behandlung bedarf und die häusliche Krankenpflege Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans ist. 2019 werden von 100 Pflegebedürftigen 48

selbstorganisiert versorgt. Etwas mehr als jeder zehnte von ihnen, der selbstorganisiert gepflegt wird, empfängt Häusliche Krankenpflege. Bei den Pflegebedürftigen mit Kombileistungen bzw. Sachleistungen (28 von 100 Pflegebedürftigen) erhält fast jeder vierte Häusliche Krankenpflege (siehe Abbildung 54).

- Geld- und Sachleistungen können in der Häuslichkeit nach § 38 SGB XI kombiniert werden. Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Abs. 3 zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37. Von 100 Pflegebedürftigen haben etwas mehr als 14 Empfänger Geld- und Sachleistungen kombiniert. Das waren 2019 rund 59.900 Pflegegeldempfänger. Demgegenüber stehen 52.600 Pflegesachleistungsempfänger (knapp 13 von 100 Pflegebedürftigen), die sich ausschließlich durch einen ambulanten Pflegedienst pflegen ließen (siehe Abbildung 54).
- Inwieweit Pflegebedürftige professionelle Pflegedienste nutzen, die in der Regel zeitlich limitierte Komplexpauschalen erbringen, die Angehörige aber unbezahlt die übrige Pflege- und Betreuung über den Tages- und Nachtverlauf abdecken, lässt sich aus den Routinedaten nicht ableiten, obgleich diese Form der Versorgung Relevanz hat, wie das Institut für Demoskopie Allensbach in Kapitel 2 nachweist.
- Ergänzend kann auch Tagespflege in Anspruch genommen werden, das geht aus Tabelle 3 hervor.

Etwas mehr als 15.100 Pflegebedürftige bezogen 2019 Tagespflegeleistungen

Etwas mehr als 15.100 Pflegebedürftige bezogen im Jahr 2019 Tagespflegeleistungen. Die meisten davon (7.100) organisierten ihre Pflege selbst. Jeder zwanzigste Pflegegeldempfänger (5 %) nahm Tagespflegeleistungen in Anspruch. Bei den Pflegebedürftigen mit Kombileistungen (selbstorganisierte Pflege in Kombination mit der ambulanten Pflege) war es jeder zehnte bzw. waren es 4.100 Pflegebedürftige. Von den in der Häuslichkeit durch einen Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen nutzte ebenfalls jeder zehnte die Tagespflege („ambulant“). Annähernd jeder zehnte nahm auch in den ambulant betreuten Wohngruppen („WG“) die Tagespflege in Anspruch.

Auffällig ist, dass im ambulanten Setting und in den Wohngruppen deutlich über 20 % der Pflegebedürftigen mehr als 10.000 Euro pro Jahr an Tagespflegeleistungen durch die Pflegekasse abriefen. Im selbstorganisierten Setting wurden deutlich weniger Tagespflegeleistungen beansprucht. Es ist nur eine partielle Unterstützung von Angehörigen durch die Tagespflege bei der Pflegekasse zu beobachten. Fast die Hälfte (41 %) derjenigen, die selbstorganisiert pflegen, nahm nicht mehr als 2.500 Euro pro Jahr in Anspruch.

Tabelle 3: Inanspruchnahme Tagespflege 2019 in den Pflegesettings

	selbstorganisiert	kombiniert	ambulant	WG
Tagespflegegäste	7.146	4.066	1.592	73
in % (N=353.211)	5 %	10 %	10 %	9 %
DAK-Kosten p. a.				
über 10,0 TEUR	9 %	10 %	23 %	22 %
über 5,0 bis 10,0 TEUR	25 %	25 %	28 %	18 %
über 2,5 bis 5,0 TEUR	25 %	26 %	20 %	26 %
über 1,0 bis 2,5 TEUR	21 %	20 %	14 %	21 %
unter 1,0 TEUR	20 %	18 %	15 %	14 %

Quelle: Eigene Darstellung

3.6 Bedeutung der Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege dient einerseits zur Entlastung pflegender Angehöriger und andererseits für Übergangssituationen nach Klinikaufenthalten (vgl. Klie und Monzer 2022). Im Jahr 2020 wurden 6 von 100 DAK-Pflegebedürftigen in der Kurzzeitpflege versorgt. 50 von 100 Pflegebedürftigen organisierten dagegen ihre Pflege selbst bzw. 28 von 100 empfingen Sach- und Kombileistungsempfänger in der Häuslichkeit. Daher soll die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege näher untersucht werden. Kurzzeitpflege kommt vor allem in Frage:

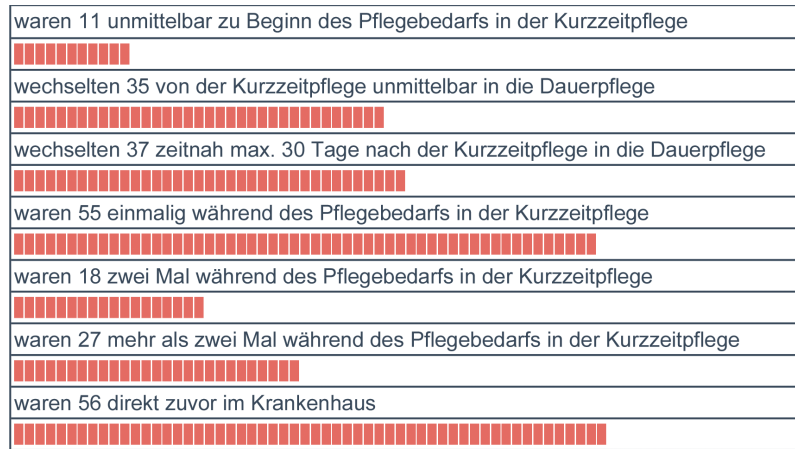
- bei Urlaub des Pflegenden bzw. zur Entlastung des Pflegenden
- bei einem zeitweise erhöhten Pflegeaufwand, der zu Hause nicht geleistet werden kann bzw. bei vorübergehendem Ausfall des ambulanten Pflegedienstes
- bei einem dauerhaft erhöhten Pflegeaufwand, der noch nicht zu Hause geleistet werden kann

Nach Klinikaufenthalten

- bei Suche nach einer stationären Unterbringung

Nur 6 % der DAK-Pflegebedürftigen nutzen 2020 Kurzzeitpflege

Abbildung 59: Von 100 Anspruchsberechtigten wurde zwischen 2017 und 2020 Kurzzeitpflege wie folgt genutzt...



Mehr als die Hälfte der Kurzzeitpflegegäste kommen direkt aus dem Krankenhaus. Nur 11 % wurden unmittelbar zu Beginn des Pflegebedarfs in der Kurzzeitpflege versorgt. Kurzzeitpflege spielt daher nicht nur zu Beginn des Pflegebedarfs eine Rolle. Bei 35 % der Kurzzeitpflegeplätze schloss sich unmittelbar ein stationärer Daueraufenthalt nach § 43 SGB XI an. Weitere 37 % wechselten maximal 30 Tage nach der Kurzzeitpflege in die stationäre Dauerpflege. Immerhin waren 27 % mehr als zweimal währenddessen in der Kurzzeitpflege. Weitere 18 % nutzten zweimal Kurzzeitpflege.

Die Kurzzeitpflege ist nach § 42 SGB XI auf eine Dauer von 56 Tagen pro Kalenderjahr beschränkt. Für diese Zeit übernimmt die Pflegekasse einen Teil der stationären pflegebedingten Unterbringungskosten. Allerdings werden maximal 1.774 Euro Pflegekosten im Jahr übernommen (Stand 17. Oktober 2022). Die Kosten für die Unterkunft und Verpflegung müssen selbst bezahlt werden, ebenso die gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen nach § 82 Abs. 3 oder 4 SGB XI. Maximal sind 56 Tage bewilligbar, aber nur dann, wenn der pflegebedingte Aufwand nicht über 31,67 Euro pro Tag liegt. In vielen tarifgebundenen Häusern liegt der pflegebedingte Aufwand allerdings bereits darüber. Vermutlich werden nach Umsetzung des Tariftreuegesetz alle Kurzzeitpflegeeinrichtungen diese Schwelle überschreiten. Mehr als 1.774 Euro pflegebedingte Kosten werden pro Jahr nicht finanziert. Der Kurzzeitpflegeaufenthalt richtet sich nicht nach den gesetzlich maximal zu verordnenden Tagen, sondern nach dem maximal verfügbaren Erstattungsbetrag, kann also deutlich weniger als 56 Tage betragen.

Kurzzeitpflege kann zusätzlich mit der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI kombiniert werden. Pflegepersonen können sich bis zu sechs Wochen oder insgesamt 42 Tage im Kalenderjahr vertreten lassen. So können längere Kurzzeitpflegeaufenthalte finanziert und der Eigenanteil begrenzt werden.

Auffällig ist, dass 72 % der Kurzzeitpflegeaufenthalte unmittelbar bzw. mittelbar in Zusammenhang mit einer stationären Dauerpflege stehen. Da der Pflegekassenzuschuss nach §§ 39 und 42 SGB XI für die Kurzzeitpflege höher als in der stationären Pflege liegt, ist erklärbar, dass der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI ein Kurzzeitpflegeaufenthalt vorgeschaltet wird. Das bedeutet aber auch, dass in fast drei Viertel der Fälle Kurzzeitpflege nicht in dem gesetzgeberisch intendierten Sinne genutzt wird.

Der vollstationären Pflege geht oft ein Kurzzeitpflegeaufenthalt voraus

Dieses Modell ist aus Sicht der Einrichtungen rational. Viele haben daher mit den Pflegekassen eingestreute Kurzzeitpflege im Versorgungsvertrag vereinbart. Erst werden die höheren Pflegekassenzuschüsse für die Kurzzeitpflege ausgenutzt. Der Bewohner verbleibt danach im Haus bzw. sogar in seinem Pflegezimmer und wird dann stationär nach § 43 SGB XI abgerechnet.

Durch solitäre Kurzzeitpflegeplätze, die ausschließlich mit Kurzzeitpflegegästen belegt werden, könnte der aktuellen Praxis entgegengewirkt werden. Aus Einrichtungssicht ist aber das Wiederbelegungsrisiko für einen solitären Kurzzeitpflegeplatz deutlich höher. Daher werden mit den Pflegekassen höhere Heimkosten vereinbart, das höhere Wiederbelegungsrisiko wird somit eingepreist. In Baden-Württemberg haben beispielsweise solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen eine Soll-Auslastung von 85 % vereinbart. Die Einrichtung kann 15 % des Jahres leer stehen und ist noch ausfinanziert. In der vollstationären Pflege werden ansonsten seitens der Pflegekassen oft nur 2 % bis 3 % Leerstand (7 bis 11 Tage) pro Jahr akzeptiert. In Anbetracht der höheren solitären Kurzzeitpflegekosten sinkt allerdings die Aufenthaltsdauer der Kurzzeitpflegegäste weiter, solange nicht die Bereitschaft besteht, die Kurzzeitpflege komplett aus eigener Hand zu bezahlen.

Kurzzeitpflege ist daher aus Sicht der Leistungserbringer ein Geschäftsmodell mit vielen Unwägbarkeiten sowie einem hohen Ertrags- und Personalgewinnungsrisiko. Dies erscheint auch eine Begründung weshalb trotz investiver Förderungen durch einzelne Bundesländer weniger Kurzzeitpflegeplätze geschaffen als gebraucht werden:

- Bei eingestreuter Kurzzeitpflege ist zu erwarten, dass Bewohner als Kurzzeitpflegegast aufgenommen werden und nach dem Ausschöpfen der Maximalbeträge ihr Bewohnerzimmer behalten und in die vollstationäre Pflege wechseln. Es ist unwahrscheinlich, dass Heimbetreiber eingestreute Plätze konsequent für Urlaubs- und Verhinderungspflege freihalten.
- Mit Blick auf den vorherrschenden Kostendruck bzw. die Renditeerwartungen der Betreiber ist auch bei solitären Kurzzeitpflegeplätzen zu erwarten, dass ein solitärer Kurzzeitpflegeplatz nicht für Urlaubs- und Verhinderungspflege freigehalten wird und ein Zimmer über eine längere Zeit bis zum nächsten Urlaubsgast leer bleibt.

- Betreiber werden versuchen solitäre Kurzzeitpflegeplätze immer kurzfristig, z. B. durch Aufnahmen aus dem Krankenhaus zu belegen, solange die Nachfrage seitens der Krankenhäuser hoch bleibt. Angehörige haben daher wenig Möglichkeiten ein halbes Jahr im Voraus einen Urlaub zu planen und einen Kurzzeitpflegeplatz zu buchen.
- Springt ein Urlaubsgast kurz vor der gebuchten Kurzzeitpflege ab, weil er krank wird oder ins Krankenhaus muss, geht das zu Lasten der Einrichtung. Wird der Kurzzeitpflegegast während seines Aufenthaltes krank und muss ins Krankenhaus, ist der Kurzzeitpflegeplatz je nach Bundesland trotz fehlender Wiederbelegbarkeit gegenüber den Pflegekassen und dem Bewohner nicht abrechenbar. Auch das ist ein weiterer Grund, weshalb es in den Bundesländern unterschiedlich viele Kurzzeitpflegeangebote gibt.

Kurzzeitpflege kommt eine große Bedeutung zur Sicherung der Pflege in der Häuslichkeit zu

Einrichtungen gehen bei solitärer Kurzzeitpflege ein weiteres schwer kalkulierbares Risiko ein. Kurzzeitpflege wird maximal für 56 Tage bewilligt bzw. der Kurzzeitpflegezuschuss ist absolut auf 1.774 Euro pro Jahr gedeckelt, was für die pflegebedingten Aufwendungen erstattbar ist. In Baden-Württemberg lagen Anfang 2022 die pflegebedingten Aufwendungen für einen eingestreuten Kurzzeitpflegeplatz bei 1.222 Euro pro Monat (vgl. vdek 2022). Nach rund 43 Tagen ist in Anbetracht der pflegebedingten Aufwendungen von 1.222 Euro pro Monat die Kurzzeitpflegepauschale von 1.774 Euro pro Jahr bereits komplett ausgeschöpft. Bei solitärer Kurzzeitpflege sind es erfahrungsgemäß in Baden-Württemberg eher 37 bewilligbare Tage. Angenommen die Pflegekasse stellt nach 37 Tagen ihre Zahlungen ein, müsste der Kurzzeitpflegegast die Heimkosten vollständig selbst übernehmen. Das waren in Baden-Württemberg Anfang 2022 im Schnitt 83,53 Euro pro Tag (vgl. vdek 2022). Findet sich für den Kurzzeitpflegegast danach kein Dauerpflegeplatz (oder ist die Rückkehr in die Häuslichkeit noch nicht möglich, weil Angehörige ausgefallen sind), verbleibt der Kurzzeitpflegegast in der Kurzzeitpfleeinrichtung, trotz ungeklärter Kostenübernahme.

Kurzzeitpflege kommt eine große Bedeutung zur Sicherung der Pflege in der Häuslichkeit zu. Nach § 39e SGB V ist inzwischen auch eine Übergangspflege im Krankenhaus für maximal 10 Tage möglich, sofern das Krankenhaus hierfür über das nötige Pflegepersonal verfügt. Können im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, erbringt die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist. Dieses Angebot könnte zur weiteren Entlastung bei der Kurzzeitpflege beitragen, nach 10 Kurzzeitpflegetagen im Krankenhaus ist aber auch ein Übergang in die vollstationäre Dauerpflege möglich. Auch hier existieren Fehlanreize. Mitnahmeeffekte werden aktuell zu Gunsten der Dauerpflege gesetzlich begünstigt, da ein unmittelbarer Wechsel in die Dauerpflege erlaubt wird.

3.7 Bedeutung des Pflegegrad 1

Im Jahr 2017 wurde mit Einführung des Pflegegrad 1 der Kreis der Leistungsberechtigten in der Pflegeversicherung erweitert. Ende 2020 empfingen etwas mehr als 418.600 DAK-Versicherte Pflegeleistungen, davon waren etwas mehr als 53.800, also knapp 13 % im Pflegegrad 1. Gegenüber 2017 ist das annähernd eine Verdoppelung der Versicherten mit Pflegegrad 1.

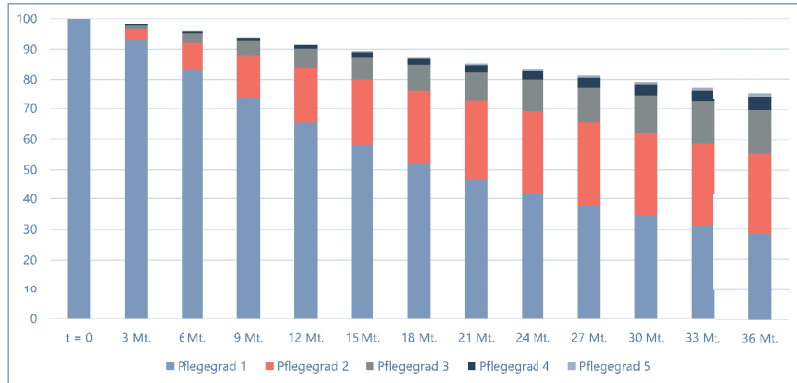
**Pflegegrad 1
gegenüber 2017
annähernd
verdoppelt**

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 weisen gegenüber Personen mit höheren Pflegegraden geringere Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit auf. Es werden keine Pflegeleistungen gewährt, sondern lediglich ein Entlastungsbetrag gezahlt. Auf ambulante Sachleistungen durch Pflegedienste oder auf Pflegegeld haben erst Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 einen Anspruch. Die Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 zielen darauf, die Selbstständigkeit der Betroffenen durch praktische Hilfestellungen möglichst lange zu erhalten und ihnen den Verbleib in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 erhalten vollumfängliche Pflegehilfsmittelunterstützung. Ebenso kann die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI in Anspruch genommen werden. Es besteht auch die Möglichkeit zu Lasten der Pflegekasse einen Beratungsbesuch durch einen ambulanten Pflegedienst abzurufen. Der Entlastungsbetrag kann – sofern örtlich verfügbar – für Unterstützungsleistungen genutzt werden.

Die nachfolgende Abbildung zeigt auf, wie sich der Pflegebedarf bei anfänglich 100 Versicherten mit Pflegegrad 1 binnen 36 Monaten entwickelt hat. Jeder Vierte ist nach 36 Monaten verstorben. Knapp 30 % halten im Zeitraum von 36 Monaten den ursprünglichen Pflegegrad. Nach 36 Monaten werden 27 % im Pflegegrad 2 versorgt. Knapp 20 % sind nach 36 Monaten in Pflegegrad 3, 4 oder 5 eingestuft.

Abbildung 60: Wie entwickelt sich der Pflegebedarf bei anfänglich 100 Versicherten mit Pflegegrad 1 in Monaten (2019)?



Im Jahr 2019 waren im Schnitt 41.100 Versicherte in Pflegegrad 1 eingestuft. Von diesen fragten 67 % Entlastungsleistungen gemäß § 45a/45b SGB XI nach (Gesamtvolumen 24 Mio. Euro). Beantragt wurden im Schnitt 871 Euro. Maximal bewilligbar wären 1.500 Euro pro Versicherten gewesen. Knapp 6 % bzw. 2.400 Empfänger fragten freiwillig bei einem ambulanten Dienst einen Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI nach. Vier Prozent, 1.800 Empfänger von 41.100 Anspruchsberechtigten, riefen Mittel zur Wohnumfeldverbesserung mit durchschnittlich 5.700 Euro ab (Gesamtvolumen 10 Mio. Euro). Von lediglich vier Prozent der Versicherten wurden Pflegekurse durch Angehörige nachgefragt.

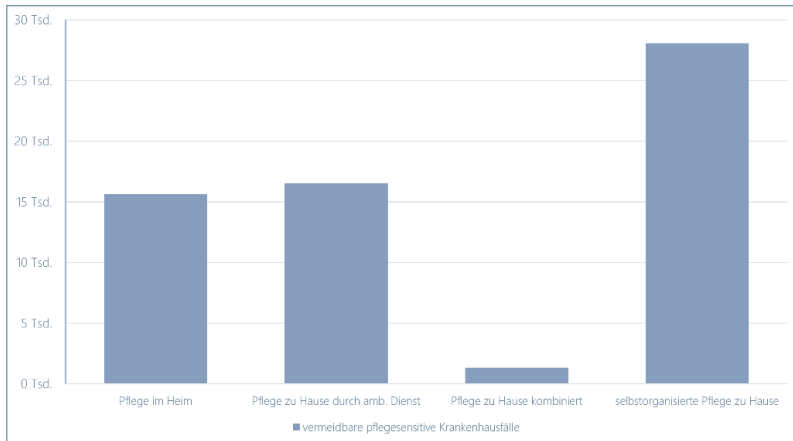
3.8 Krankenhausaufenthalte von Pflegebedürftigen

Kommen Pflegebedürftige aus der Häuslichkeit oder dem Pflegeheim ins Krankenhaus, besteht immer die Gefahr, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert – sei es durch die psychische Belastung, Infektionen oder aufgrund fehlender Mobilisation im Krankenhaus. Zudem finden sich pflegebedürftige Menschen mit hirnorganischen Beeinträchtigungen in der ungewohnten Umgebung oft nicht zurecht, wodurch der Krankenhausaufenthalt sie zusätzlich belastet.

Im Rahmen eines Innovationsfondsprojekts wurde untersucht, in welchen Fällen eine gute Behandlung ohne Krankenseinweisung möglich ist (vgl. Bohnet-Joschko et al. 2022). Es zeigte sich, viele Einweisungen wären durch eine effektive und frühzeitige Versorgung im Pflegeheim vermeidbar. Dazu wurde geprüft, mit welchen Diagnosen Pflegeheimbewohner am häufigsten eingewiesen werden und welche von diesen vermeidbar wären. Durch die Expertenbefragung im Rahmen des Innovationsfondsprojekts wurden 58 pflegesensitive Indikationen (ICDs) mit Krankenhaus-Vermeidungspotenzial identifiziert.

In der nachfolgenden Übersicht haben wir die sogenannten pflegeheim-sensitiven Krankenhausfälle auf weitere Pflegesettings ausgeweitet. Das erscheint sinnvoll, da bei näherer Betrachtung eine vollständige bzw. partielle Unterstützung der Pflegebedürftigen durch einen ambulanten Pflegedienst gegeben ist. Etwas mehr als jeder zehnte selbstorganisierte Pflegegeldempfänger fragt regelmäßig häusliche Krankenpflege nach. Selbstorganisierte Pflegegeldempfänger mit Pflegegrad 2 und 3 (76 % bzw. rund 152.500 Empfänger) müssen halbjährlich eine Pflegeberatung abrufen. Die Pflegegeldempfänger mit Pflegegrad 4 und 5 (9 % bzw. rund 17.200) müssen sich nach § 37 Abs. 3 SGB XI sogar vierteljährlich von einem Pflegedienst beraten lassen. Insofern spricht vieles dafür, auch Krankenhausaufenthalte von Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit auf ihre Vermeidbarkeit zu untersuchen. Lediglich Personen mit Pflegegrad 1 sind weniger gut erreichbar, da für sie aktuell keine Verpflichtung besteht bei einem professionellen Pflegedienst eine Pflegeberatung nachzufragen. Der Medizinische Dienst hätte jedoch die Möglichkeit im Rahmen der Begutachtung entsprechende Risiken zu identifizieren (vgl. Klie und Monzer 2022). Auf eine Darstellung der vermeidbaren Krankenhausfälle bei Pflegegrad 1 wird nachfolgend verzichtet.

Abbildung 61: Vermeidbare Krankenhausfälle nach Settings (Pflegegrad 2-5) in 2019



Im Jahr 2019 fielen rund 316.900 Krankenhausfälle an. Diese wurden im bereitgestellten Routinebestand auf die 58 pflegesensitiven Diagnosen überprüft. Es konnten 202.000 Krankenhausfälle für die Pflegegrade 2 bis 5 als möglicherweise vermeidbar eingestuft werden. Als tatsächlich vermeidbar zeigten sich bis zu 81.400 pflegesensitive Krankenhausfälle (ohne Berücksichtigung der Fälle mit Pflegegrad 1). Für das Innovationsfondsprojekts wurde das Vermeidungspotenzial mithilfe von multiprofessionellen Expertenanhörungen im Detail untersucht. Das Ergebnis: Bis zu einem Drittel der Krankenhausfälle sind bei einer optimierten sektorenverbindenden Versorgung in Pflegeheimen und ambulanten Settings vermeidbar.

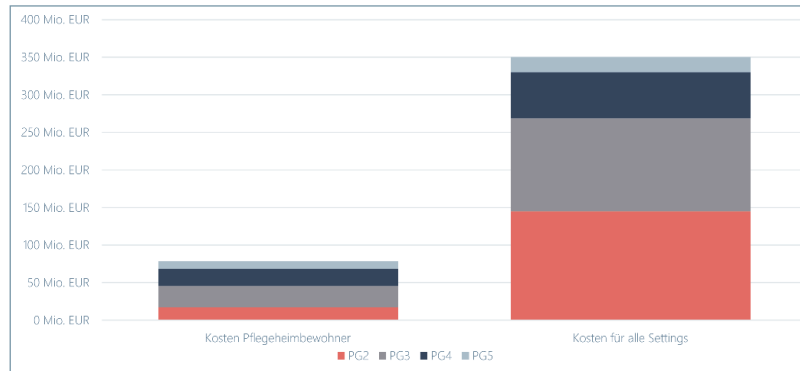
Hochgerechnet auf alle gesetzlich Versicherten ergeben sich vermeidbare Krankenhauskosten von bis zu ca. 3,6 Mrd. EUR

Werden nur die Krankenhausaufenthalte von Heimbewohnern berücksichtigt, ergeben sich 19.600 vermeidbare pflegesensitive Krankenhaufälle bzw. eine Kostenbelastung von 78 Mio. Euro. Werden auch die vermeidbaren Krankenhauskosten der in der Häuslichkeit gepflegten Versicherten (durch Pflegedienste und/oder Familienangehörige mit Pflegegrad 2 bis 5) eingerechnet, ergeben sich insgesamt bis zu 81.400 vermeidbare pflegesensitive Krankenhaufälle bzw. eine Kostenbelastung von bis zu 350 Mio. Euro für die DAK.

Hochgerechnet auf alle gesetzlich Versicherten ergeben sich damit vermeidbare Krankenhauskosten von bis zu ca. 3,6 Milliarden Euro.

Die nachstehende Gegenüberstellung zeigt die Kostenabschätzung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte auf:

Abbildung 62: Kostenabschätzung vermeidbarer pflegesensitiver Krankenhaufälle (Pflegegrad 2-5) in 2019



Die hier beschriebenen pflegesensitiven Krankenhaufälle lassen sich allerdings nur durch eine verbesserte sektorenverbindende und multiprofessionelle Zusammenarbeit und damit notwendige Ressourcenumschichtungen vom Krankenhaus zu den vorgelagerten Systemen verringern. Bisher scheiterten sektorenübergreifende bzw. behandlungspfadbezogene Aktivitäten vielfach an den sektorspezifischen Finanzierungslogiken.

Entscheidend erscheint die Kombination einer Vielzahl von Maßnahmen, die im Zusammenspiel zur Vermeidung der pflegesensitiven Krankenhaufälle beitragen:

- Pflegekräfte in den ambulanten Diensten und den Pflegeheimen müssen mit den niedergelassenen Haus- und Fachärzten Hand in Hand unter Ausnutzung der Delegationsmöglichkeiten zusammenarbeiten. Dazu ist eine gemeinsame digitale Fallakte notwendig.
- Multiprofessionelle Fallbesprechungen können helfen, Krankenhauseinweisungen zu verhindern.

- Krankenhausfachärzte sollten bedarfsweise im Rahmen eines Telekonsils differenzdiagnostisch hinzugezogen werden, um der Multimorbidität der Pflegebedürftigen gerecht zu werden.
- Wichtig ist ein optimierter (digitalisierter) Austausch von Vitaldaten, wie beispielsweise Gewicht, Blutdruck und Puls, das schließt bei Bedarf auch die automatisierte Vitaldatenüberwachung ein. Die aktuelle europäische und deutsche Hypertonieleitlinie betont die Bedeutung einer regelmäßigen praxisunabhängigen Selbstmessung für eine gesicherte Diagnose (vgl. ESC/ESH 2018). Das ist eine lösbare Herausforderung für die Pflegekräfte und Angehörige. Die Aufgabe der Ärzte liegt mehr in der Anleitung zur Selbstmessung und der Qualitätssicherung.
- Die Pflege- und Behandlungsnotwendigkeiten sollten partizipativ mit den betroffenen Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen abgestimmt werden. Deshalb ist eine kontinuierliche vorausschauende Begleitung der Pflegebedürftigen notwendig.
- Wichtig ist es, die Selbstwirksamkeit der Pflegebedürftigen durch professionelle Beratungsangebote zu stärken. Ist der pflegebedürftige Patient beispielsweise in der Lage, die verordneten Medikamente auch einzunehmen: Denkt er immer an die Einnahme? Wird er hilfsweise daran digital gestützt erinnert? Bekommt er die verordneten Medikamentenpackungen auch mit seinem Handicap geöffnet? Bei den chronischen Krankheiten unterstützen beispielsweise Lebensstilmaßnahmen wie eine altersgerechte Ernährung und Bewegungsübungen wirksam die medikamentöse Therapie. Pflegebedürftige müssen hier begleitet werden. Das kann zur Verringerung von Krankenhausaufenthalten beitragen.
- Die Pflegebedürftigen müssen im Bedarfsfall durch ein aufsuchendes Case Management begleitet werden, das in verlässlicher Weise in regionale Care Management Strukturen eingebunden ist (vergleiche hierzu das Kapitel „Stabilisierung der häuslichen Pflege – Good Practice aus 16 Bundesländern“, insbesondere ReKo).
- Ein breites lokales Unterstützungsnetzwerk rund um die Pflegebedürftigen, unter Einbeziehung von pflegenden Angehörigen, der Nachbarschaftshilfe, Pflegekräften, Sozialarbeitern, Ärzten und weiteren Personen ist hier wichtig.

Im Ergebnis bedarf es insofern sektorenübergreifender Finanzierungs- und Koordinationsanreize, um eine behandlungspfadbezogene Versorgung zur Vermeidung pflegesensitiver Krankenhausfälle zu stärken.

Viele Krankenhausfälle von Pflegebedürftigen treten in den letzten drei Lebensmonaten auf (vgl. Jacobs et al. 2022). Nicht selten nehmen die Komorbiditäten und Komplikationen vor dem Lebensende zu. Die als pflegesensitiv definierten Krankenhausfälle machen nur einen Teil der Krankenhausfälle aus. Daher ist es

interessant zu analysieren, in welcher Lebensphase vermeidbare pflegesensitive Krankenhausfälle auftreten. Unsere Auswertungen zeigen, dass die als pflegesensitiv definierten Behandlungsbedarfe, weit vor dem Lebensende auftreten. Es zeigt sich, dass sich hinter den vermeidbaren Krankenhausfällen chronische Volkskrankheiten verbergen. Insbesondere durch eine rechtzeitige Behandlung eines Bluthochdrucks, eines Diabetes mellitus, einer koronaren Herzerkrankung oder einer Herzinsuffizienz ließen Krankenhausfälle durch eine zielgerichtete Pflegeplanung sowie eine präventive pflegerische Begleitung der Pflegebedürftigen und eine verbesserte Interaktion mit den behandelnden Ärzten vermeiden. Daraus ist zu schließen, dass ein erhebliches und pflegerisch gut erschließbares Präventionspotenzial besteht, um die Lebensqualität der Pflegebedürftigen durch die Verringerung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte zu verbessern.

Eine Antwort auf ein wichtiges Problem in der Versorgung erhält, wer regelmäßig und systematisch analysiert, welche Arzneimittel für ältere bzw. multimorbide Patienten die sicherste (= hilfreichste) bzw. die am wenigsten schädliche Medikation darstellen.

Schnell kommen bei pflegebedürftigen Personen mit verschiedenen Krankheitssymptomen mehr als zehn Medikamente zusammen, die über den Tag meist mehrmals eingenommen werden. Dabei kann es vorkommen, dass Pflegebedürftige Medikamente erhalten, die ihnen mehr schaden als helfen (vgl. Kratz 2019). Durch fehlende Medikamente oder Medikamente mit Wechselwirkung steigt u. a. das Risiko für kardiovaskuläre Events, wie Herzinfarkt oder Schlaganfall.

FORTA (Fit FOR The Aged) ist ein Arzneimittelklassifizierungssystem, das als klinisches Hilfsmittel zur Überwachung und Optimierung der Arzneimitteltherapie und des Pflegemanagements älterer Patienten entwickelt wurde. Mithilfe einer FORTA-Analyse lässt sich anhand von Routinedaten der Grad der Über-, Unter und Fehlmedikation messen (vgl. OptiMedis 2022).

Für 299 Wirkstoffe und 30 Indikationen (ICDs), welche durch internationale Experten auf ihre geriatrische Relevanz beurteilt wurden, erfolgt eine leitlinienkonforme altersangemessen Risiko- und Nutzenbewertung bzw. eine Positiv- und Negativkennzeichnung. Es geht darum, nachteilige Arzneimittel zu vermeiden ohne notwendige Arzneimittel zu vergessen. Die Grundregel ist, dass mit „A“ bewertete Substanzen zuerst gegeben werden sollen bzw. müssen (Pflichtmedikation), dann B-Substanzen additiv oder alternativ eingesetzt werden können, auf C-Substanzen nur zurückgegriffen werden soll, wenn alle besser bewerteten Alternativen ausgeschöpft wurden, und D-Substanzen – bis auf wenige Ausnahmefälle – vermieden werden.

Eine Analyse der bereitgestellten Routinedaten für den Zeitraum 2017 bis 2020 ergibt nach dem FORTA-Epi Score Score (vgl. Rabenberg et al. 2019) folgendes

Bild der Über-, Unter- und Fehlmedikation: Gemittelt ergibt sich pro Jahr für 424.500 Fälle eine Unterversorgung bzw. für 196.000 Fälle eine Überversorgung. Zu beachten ist, dass Pflegebedürftige mit einer Über- und Unterversorgung in der Auswertung doppelt erfasst sind. Damit entfallen für die Jahre 2017 bis 2020 in der zugrundeliegenden Versichertenpopulation 68 % der erfassten Fälle auf eine Unterversorgung bzw. 32 % auf eine Übermedikation.

Unterversorgung: Im Schnitt ergeben sich für das ausgewertete Zeitfenster von 2017 bis 2020 etwa 424.500 Fälle mit Unterversorgung pro Jahr. Bei 66 % dieser Fälle fehlt die Pflichtmedikation, wovon in 18 % genau ein Medikament fehlte und bei weiteren 9 % mindestens eines und folglich weitere Medikamente fehlten.

Analyse der Über-, Unter- und Fehlmedikation: jährlich etwa 424.500 Fälle mit Unterversorgung bzw. 196.000 Fälle mit Überversorgung

Abbildung 63: Unterversorgung nach dem FORTA-Score

In 68% der fehlversorgten Fälle liegt eine Unterversorgung vor: Von 100 unterversorgten Fällen bestand ...
in 66 Fällen Unterversorgung wegen fehlender Pflichtmedikation
in 18 Fällen Unterversorgung weil genau ein Medikament aus der Liste fehlte
in 9 Fällen Unterversorgung weil mindestens ein Medikament aus der Liste fehlte
in 2 Fällen ein abhängiges Medikament gegeben wurde
in 1 Fällen Medikament C vor Medikament B verordnet wurde
in 1 Fällen Medikament D vor Medikament B verordnet wurde
in 1 Fällen Medikament C vor Medikament A verordnet wurde

In Fällen der Überversorgung lässt sich für die Versichertenpopulation folgendes feststellen: Es wurden durchschnittlich pro Jahr 196.000 Fälle mit Überversorgung identifiziert. In 42 von 100 Fällen wurde ein Medikament ohne Diagnose verordnet. Auffällig ist auch, dass Medikamente doppelt verordnet wurden bzw. das weniger geeignete Medikamente den Leitlinienempfehlungen vorgezogen wurden.

Abbildung 64: Überversorgung nach dem FORTA-Score

In 32% der fehlversorgten Fälle liegt eine Überversorgung vor: Von 100 überversorgten Fällen bestand ...
in 42 Fällen Überversorgung wegen Medikation ohne Diagnose
in 12 Fällen Überversorgung aus mehreren Gründen
in 12 Fällen Überversorgung da ein Medikament doppelt verordnet wurde
in 12 Fällen Überversorgung da C vor B verordnet wurde
in 11 Fällen Überversorgung da B vor A verordnet
in 8 Fällen Medikament D vor Medikament B verordnet wurde
in 2 Fällen Überversorgung da bessere Medikamente in dieser Gruppe existieren

Neben der hier dargestellten populationsbezogenen Betrachtung lässt sich über die FORTA-Analyse auch individuell patientenbezogen der Grad der Über- und Un-

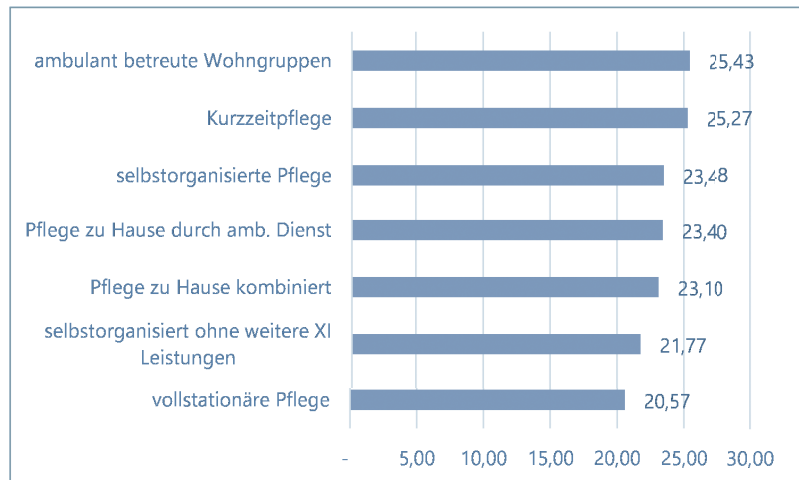
terversorgung ermitteln, um so gezielt die Behandlung zu verbessern (vgl. Schulte et al. 2022).

3.9 Pflegesettings und Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich

Risikostrukturzuweisung 2019 für die vollstationär versorgten Versicherten liegt deutlich unter der für die selbstorganisierten Versicherten

Des Weiteren wurden für 2019 die Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich für die DAK-Pflegebedürftigen näher untersucht. Auffällig ist, dass die Zuweisung für die vollstationär versorgten Pflegeheimbewohner mit 20,57 Euro/Tag am niedrigsten lag, während die Morbidität bei Pflegegeldempfängern in der Häuslichkeit bei einer Ausschüttung von 23,48 Euro/Tag offenbar deutlich höher lag. Die Ausschüttung in ambulant betreuten Wohngruppen lag mit 25,43 Euro/Tag am höchsten. Hier bedarf es in Anbetracht der niedrigen Fallzahlen für die Folgejahre ab 2021 weiterer Auswertungen. Da Kurzzeitpflege häufiger nach Krankenhausaufenthalten erfolgt, ist die vergleichsweise hohe Risikostrukturzuweisung erklärbar. Grundsätzlich deutet eine hohe Risikostrukturzuweisung auf ein hohes Präventionspotenzial hin.

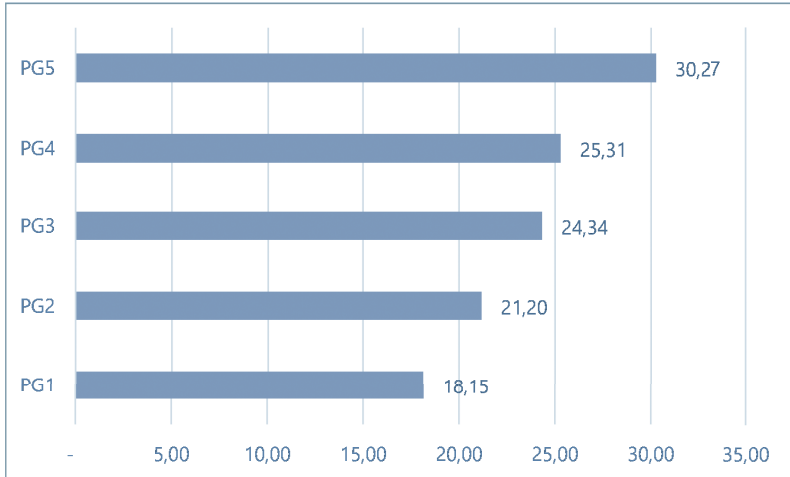
Abbildung 65: Risikostrukturzuweisung 2019 in Euro pro Tag und Setting



Zu erwarten war, dass die Zuweisung mit zunehmendem Pflegegrad bzw. zunehmender Hilfebedürftigkeit steigt. Für Versicherte mit Pflegegrad 5 lag die Ausschüttung 2019 bei 30,27 Euro/Tag, für Pflegegrad 1 wurden lediglich 18,15 Euro/Tag ausgeschüttet. Auffällig ist, dass in der vollstationären Pflege die Ausschüttung trotz hohem Pflegebedarf mit 20,57 Euro/Tag vergleichsweise gering war. Einen Erklärungsansatz könnte die oft fehlende Begleitung von Pflegeheimbewohnern durch niedergelassene Fachärzte liefern. Somit mangelt es auch an einer leitlinienkonformen Behandlung von chronischen Krankheiten wie Herzinsuffizienz, Diabetes und der koronaren Herzkrankheit. Das könnte die vergleichsweise nied-

rigeren Morbi-RSA Zuweisungen für die Versicherten in der vollstationären Pflege erklären.

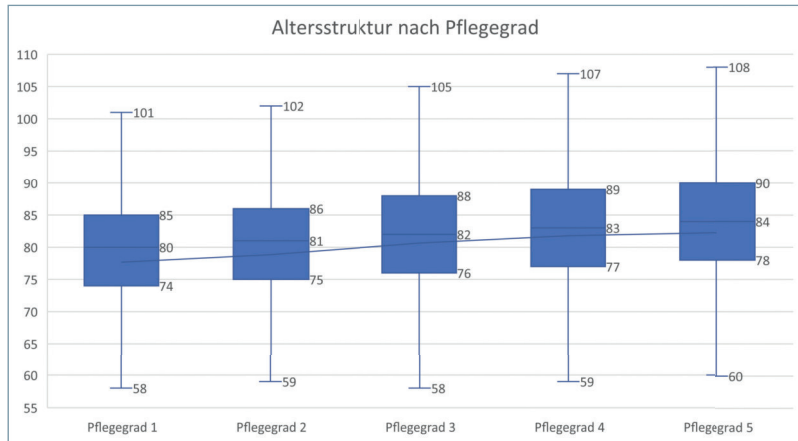
Abbildung 66: Risikostrukturzuweisung 2019 in Euro pro Tag und Pflegegrad



3.10 Altersstruktur der Pflegebedürftigen

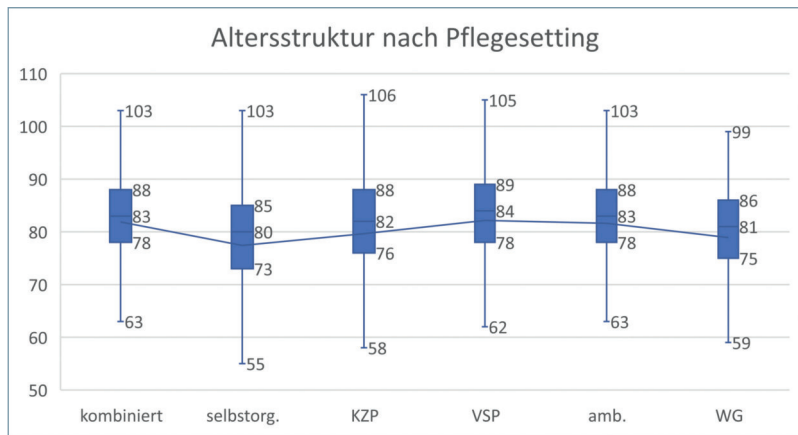
Der Median liegt im Pflegegrad 5 bei 84 Jahren. Das heißt die Hälfte der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 5 sind älter als 84 Jahre. Das Durchschnittsalter liegt bei 82 Jahren (eingezeichnete Linie). Das erste und dritte Quartil schwankt etwa 6 Jahre um den Median. In diesem Bereich liegen 50 % der Werte. Die Spannweite liegt im Pflegegrad 5 zwischen 60 (Minimum) und 108 Jahren (Maximum), wobei die Darstellung um Ausreißerwerte bereinigt wurde. Im Vergleich dazu liegt der Median im Pflegegrad 1 lediglich vier Jahre niedriger bei 80 Jahren bei einer ähnlichen Streuung der Quartile und der Minimal- und Maximalwerte. Der Median für die Pflegegrade 2, 3 und 4 steigt jeweils um 1 Jahr an, bei ähnlicher Streuung.

Abbildung 67: Altersstruktur nach Pflegegraden



Pflegebedürftige in der selbstorganisierten Pflege (ohne Abruf weiterer SGB-Leistungen) sind im Median 80 Jahre alt („selbstorg.“). Die Pflegegeldempfänger mit Kombileistungen liegen im Median bei 83 Jahren („kombiniert“). Unwesentlich älter sind die vollstationär versorgten Pflegeheimbewohner („VSP“). Für Kurzzeitpflegeempfänger liegt der Median bei 82 Jahren („KZP“), bei Pflegesachleistungsempfängern („amb.“) bei 83 Jahren bzw. bei Pflegebedürftigen in ambulant betreuten Wohngruppen bei 81 Jahren („WG“). Das erste und dritte Quartil schwankt stabil in allen Pflegesettings zwischen fünf bis sechs Jahre um die Medianwerte.

Abbildung 68: Altersstruktur nach Pflegesetting



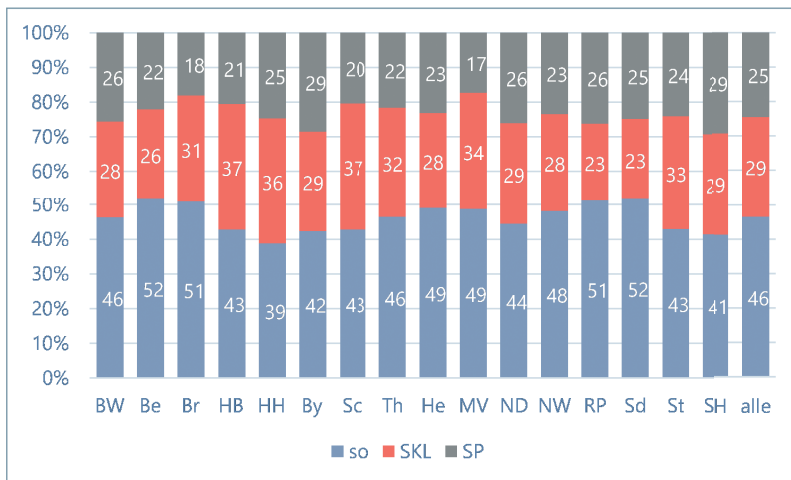
3.11 Regionalanalysen

In der nachstehenden Abbildung ist die Verteilung der Pflegesettings in den einzelnen Bundesländern gegenübergestellt. Dargestellt werden die selbstorganisierte

Pflege zu Hause („so“), die stationäre Pflege – genauer die vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI zusammen mit der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI sowie die Anteile der ambulant betreuten Wohngruppen, soweit über einen Zuschlag nach § 38a SGB XI ableitbar („SP“) – sowie Pflege, die mit Sach- und Kombileistungen durch ambulante Pflegedienste in der Häuslichkeit unterstützt (SKL). Für die Bundesländer wurden folgende Abkürzungen verwendet: Baden-Württemberg („BW“), Berlin („Be“), Brandenburg („Br“), Freie Hansestadt Bremen („HB“), Freie und Hansestadt Hamburg („HH“), Freistaat Bayern („By“), Freistaat Sachsen („Sc“), Freistaat Thüringen („Th“), Hessen („He“), Mecklenburg-Vorpommern („MV“), Niedersachsen („ND“), Nordrhein-Westfalen („NW“), Rheinland-Pfalz („RP“), Saarland („Sd“), Sachsen-Anhalt („St“), Schleswig-Holstein („SH“).

Für die Herleitung der Settings auf Länderebene wurde für die Zuschlüsselung der Versicherten mit Pflegegrad 1 zur selbstorganisierten Pflege ein vereinfachter Algorithmus verwandt. Das führt dazu, dass für 2020 über alle Bundesländer hinweg der Anteil der selbstorganisierten Pflege nur bei 46 %, die durch Sach- und Kombileistung in der Häuslichkeit unterstützte Pflege bei 29 % und die stationäre Pflege bei 25 % liegt. Bei genauer Herleitung liegt der Anteil der selbstorganisierten Pflege bundesweit bei 50 %, die Sach- und Kombipflege bei 28 % und die stationäre Pflege bei 22 % (siehe Abbildung 55). Da die Berechnung für die Bundesländer einheitlich erfolgte, ist ein Vergleich nach Bundesländern dennoch gut möglich.

Abbildung 69: Pflegesettings im Bundesländervergleich (2020)

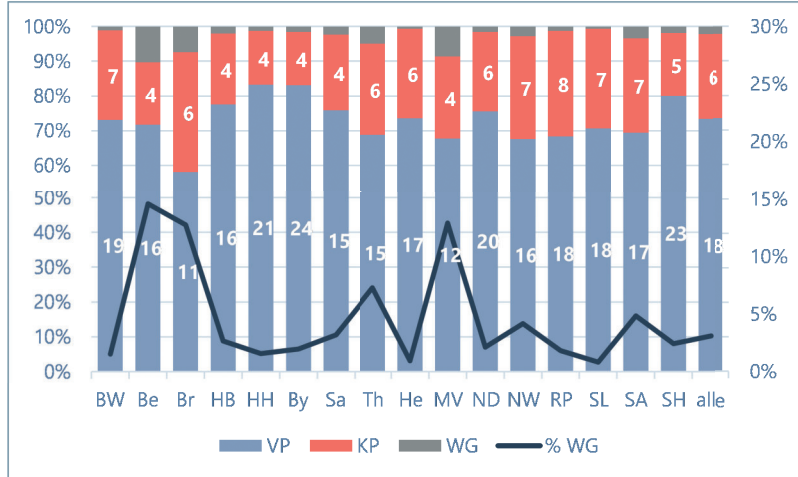


Der Anteil der selbstorganisierten Pflege schwankt im bundesweiten Vergleich stark. Die höchsten Werte haben Berlin, Brandenburg, Rheinland-Pfalz und das Saarland. Die niedrigsten Werte haben Bayern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein. Die Sach- und Kombileistungspflege schwankt zwischen 23 % in Rheinland-Pfalz und dem Saarland sowie 37 % in Hamburg.

Der Anteil der selbstorganisierten Pflege schwankt stark zwischen den Bundesländern

Darüber hinaus haben wir pro Bundesland die stationären Pflegesettings verglichen: Vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI (VP), Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI (KP) sowie die ambulant betreuten Wohngruppen („WG“), soweit über einen Zuschlag nach § 38a SGB XI ableitbar. Des Weiteren wird pro Bundesland der Anteil der ambulant betreuten Wohngruppen an der vollstationären Pflege dargestellt („% WG“).

Abbildung 70: Dauerpflege im Bundeslandvergleich (2020)



Berlin und Mecklenburg-Vorpommern haben den höchsten Anteil an ambulant betreuten Wohngemeinschaften

Berlin hat neben Mecklenburg-Vorpommern den höchsten Anteil von ambulant betreuten Wohngemeinschaften an der vollstationären Pflege. In Baden-Württemberg („BW“), Hessen („HE“) und im Saarland („SL“) ist er am niedrigsten. Der Anteil der Kurzzeitpflege schwankt zwischen 4 % in Berlin, Bremen, Bayern, Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern sowie 8 % in Rheinland-Pfalz.

Abbildung 71: Entwicklung der Settings 2017–2020 im Bundesländervergleich

	selbstorganisierte Pflege zu Hause		Sach- und Kombileistungen durch Pflegedienste zu Hause		Kurzzeit- und vollstationäre Pflege, ambulante Wohngruppen	
	2020	+/- zu 2017	2020	+/- zu 2017	2020	+/- zu 2017
Be	52%	↗ 7 %	26%	↓ -18 %	22%	↗ 12 %
Sd	52%	↗ 6 %	23%	↓ -18 %	25%	↗ 10 %
RP	51%	↗ 3 %	23%	↓ -16 %	26%	↗ 11 %
Br	51%	→ 1 %	31%	↓ -15 %	18%	↗ 38 %
He	49%	↗ 6 %	28%	↓ -11 %	23%	→ 2 %
MV	49%	→ 2 %	34%	↓ -14 %	17%	↗ 33 %
NW	48%	↗ 7 %	28%	↓ -16 %	23%	↗ 11 %
Th	46%	→ 2 %	32%	↓ -11 %	22%	↗ 18 %
BW	46%	↗ 10 %	28%	↓ -18 %	26%	↗ 9 %
alle	46%	↗ 8 %	29%	↓ -15 %	25%	↗ 8 %
ND	44%	↗ 11 %	29%	↓ -18 %	26%	↗ 8 %
SA	43%	→ 0 %	33%	↘ -8 %	24%	↗ 13 %
HB	43%	↗ 15 %	37%	↓ -19 %	21%	↗ 17 %
Sa	43%	↗ 7 %	37%	↓ -14 %	20%	↗ 17 %
By	42%	↗ 11 %	29%	↓ -14 %	29%	→ 1 %
SH	41%	↗ 11 %	29%	↓ -14 %	29%	↗ 3 %
HH	39%	↗ 11 %	36%	↘ -9 %	25%	→ -2 %

Der Anteil der selbstorganisierten Pflege ist in vielen Bundesländern gegenüber 2017 moderat bis deutlich gestiegen. In Berlin („BE“) hat die selbstorganisierte Pflege bezogen auf das Jahr 2020 im bundesweiten Vergleich mit 52 % den höchsten Anteil. In Hamburg („HH“) versorgen sich hingegen nur 39 % selbstorganisiert. Deutlich rückläufig sind in allen Bundesländern die Sach- und Kombileistungen. Einen vergleichsweise niedrigen Anteil an stationärer Pflege haben Brandenburg („Br“) und Mecklenburg-Vorpommern („MV“). In Bayern („By“) und Schleswig-Holstein liegt der stationäre Anteil mit 29 % am höchsten. Hoch ist der stationäre Anteil mit 25 % bzw. 26 % außerdem in Baden-Württemberg („BW“), Rheinland-Pfalz („RP“), Niedersachsen („ND“) und in Hamburg („HH“). Deutlich gestiegen ist der stationäre Anteil vor allem in den Bundesländern mit niedrigerem stationären Nachfrageniveau.

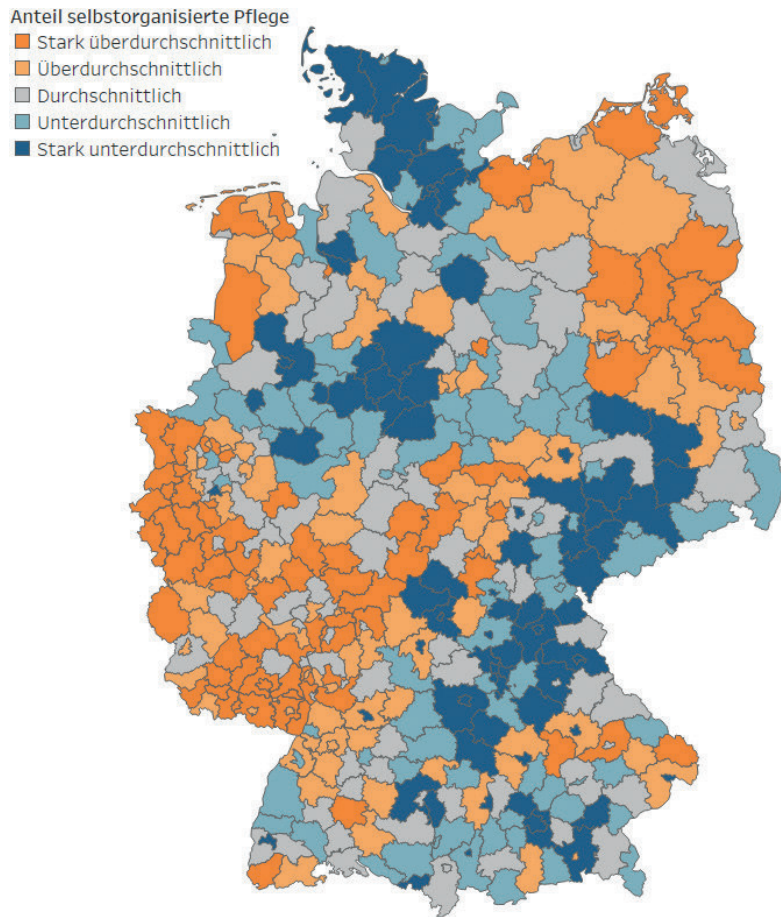
Eine weitere untersuchte Fragestellung in diesem Kontext war: Gibt es im Stadt-/Landvergleich bzw. innerhalb eines Bundeslandes eine homogene Verteilung im wichtigsten Setting, der selbstorganisierten Pflege?

Die nachfolgende Abbildung zeigt auf, ob der Anteil der selbstorganisierten Pflege auf Kreisebene eher (stark) überdurchschnittlich bzw. (stark) unterdurchschnittlich ausgeprägt ist. Deutlich wird: Es gibt weder eine homogene Verteilung auf Bundesländerebene noch bei einem Vergleich der eher städtischen mit den ländlichen Regionen.

Der Anteil der selbstorganisierten Pflege ist in vielen Bundesländern gegenüber 2017 gestiegen

Selbstorganisierte Pflege ist sehr inhomogen verteilt

Abbildung 72: Anteil selbstorganisierte Pflege im Bundesvergleich (2020)



3.12 Literaturverzeichnis

Bohnet-Joschko, Sabine, Maria Paula Valk-Draad, Timo Schulte, und Oliver Groene (2022): „Nursing Home-Sensitive Conditions: Analysis of Routine Health Insurance Data and Modified Delphi Analysis of Potentially Avoidable Hospitalizations“. <https://doi.org/10.12688/f1000research.73875.2>.

Bundesanzeiger (2021): „Konzernabschluss zum Geschäftsjahr vom 01.01.2020 bis zum 31.12.2020 der Convivo Holding GmbH, Bremen“. Zugegriffen 23. Oktober 2022. www.bundesanzeiger.de.

Bundestag (2017): Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II). Zugegriffen 17. Oktober 2022. <https://dserver.bundestag.de/btd/18/059/1805926.pdf>

- Büschler, A. (2022): „VdK-Pflegestudie: Zwischen Wunsch und Wirklichkeit mit Pflegegeld und finanziellen Sorgen“. Zugegriffen 23. Oktober 2022. www.vdk-naechstenpflege.de/wp-content/uploads/2022/09/VdK-Studie_Buescher_Kurzfassung.pdf.
- Destatis (2019): „Pflegestatistik - Statisches Bundesamt (Datenstand 2019)“. Zugegriffen 23. Oktober 2022. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html.
- Destatis (2022) „Pflegestatistik - Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen (Statistisches Bundesamt [Destatis])“. Zugegriffen 23. Oktober 2022. www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=416.
- Diakonie (2021): „FAQ zum BAG-Urteil zu 24-Stunden-Betreuung vom 24. Juni 2021“. Zugegriffen 23. Oktober 2022. www.diakonie.de/journal/faq-bag-urteil-live-in-care.
- GKV-Spitzenverband (o. J.): „Nachweis über einen Beratungs-besuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI“. Zugegriffen 23. Oktober 2022. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/formulare/nachweis/210204_Nachweis_Beratungseinsatz_Formular_37Abs3_SGBXI_belegbar.pdf.
- Jacobs, Klaus, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber, und Antje Schwinger (Hrsg.) (2022): *Pflege-Report 2022: Spezielle Versorgungslagen in der Langzeitpflege*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2022. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-65204-6>.
- Klie, T. (2022): „Geteilte Verantwortung. Elf ambulante Wohngemeinschaften, die nach dem Freiburger Modell arbeiten, sind evaluiert worden. Das Konzept der geteilten Verantwortung zeigt sich in der Umsetzung zwar nicht gerade als Selbstläufer – unterm Strich jedoch bezeichnen Beteiligte sie als eine „wunderbare Alternative zum Heim“, Altenheim. *Lösungen fürs Management* 61 (2), Nr. 2/2022 (o. J.): S. 16–21.
- Klie, Thomas, Christine Moeller-Bruker, Wilhelm Haumann, Helmut Hildebrandt, Laura Lange, Philip Lewin, Michael Monzer, u. a. (2018): *DAK-Pflegereport 2018: Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit*. Herausgegeben von Andreas Storm. *Pflegereport 2018*. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH, 2018.
- Klie, Thomas, Christine Moeller-Bruker, Wilhelm Haumann, Helmut Hildebrandt, Laura Lange, Philip Lewin, Pablo Rischard, und Timo Schulte (2019): *DAK-Pflegereport 2019: 25 Jahre Pflegeversicherung: Kosten der Pflege – Bilanz und Reformbedarf*. Herausgegeben von Andreas Storm. *Pflegereport 2019*. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH, 2019.
- Klie, Thomas, und Michael Monzer (2022): „Case Management-basierte sektorenübergreifende Kurzzeitpflege – Teil 2“. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV)*, Nr. 11/2022 (o. J.).
- Kratz, Torsten; Diefenbacher, Albert (2019): „Psychopharmacological Treatment in Older People: Avoiding Drug Interactions and Polypharmacy“. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 508-18. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0508.

- OptiMedis (2022): „FORTA (Fit fOR The Aged) Score“. Zugegriffen 23. Oktober 2022. <https://optimedis.de/forta/>.
- Petermann, Arne, und Frederic Seeböhm (2019): „Betreuung in häuslicher Gemeinschaft (sog. 24-Stunden-Betreuung)“. Berliner Anwaltsblatt, Nr. 11 (22. Oktober 2019), S. 5. <https://doi.org/10.37307/j.2510-5116.2019.11.05>.
- Rabenberg, Andree, Timo Schulte, Helmut Hildebrandt, und Martin Wehling (2019): „The FORTA (Fit fOR The Aged)-EPI (Epidemiological) Algorithm: Application of an Information Technology Tool for the Epidemiological Assessment of Drug Treatment in Older People“. *Drugs & Aging* 36, Nr. 10 (Oktober 2019), S. 969–978. <https://doi.org/10.1007/s40266-019-00703-7>.
- Schulenburg, K. (2021): „Fachtag Wohnen und Pflege 17. November 2021 Kommunale Daseinsvorsorge – Schwerpunkt Pflege“. Zugegriffen 23. Oktober 2022. www.lfp.bayern.de/wp-content/uploads/2021/11/Fachtagung-Wohnen-und-Pflege-Kommunale-Daseinsvorsorge-%E2%80%93-Schwerpunkt-Pflege_Dr.-Klaus-Schulenburg.pdf.
- Schulte, T. A.; Rabenberg M; Wehling, O Gröne, und H. Hildebrand (2022): „Mit patientenindividueller Analyse die optimale Medikation finden“. *Welt der Krankenversicherung*, Nr. 12/2020 (o. J.): S. 308–312.
- Swart, E., H. Gothe, S. Geyer, J. Jaunzeme, B. Maier, T. Grobe, und P. Ihle (2015): „Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen“. *Das Gesundheitswesen* 77, Nr. 02 (26. Januar 2015), S. 120–126. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1396815>.
- Vdek (2022): „Daten zum Gesundheitswesen: Soziale Pflegeversicherung (SPV): Finanzielle Belastung (Eigenanteil) einer/eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege nach Bundesländern“. Zugegriffen 23. Oktober 2022. www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/daten/f_pflegeversicherung/spv_leistungszuschlag_in_eur_01_2022_saeulen.jpg.
- VdK (2022): „Nächstenpflege: Alleingelassen und in Bürokratie erstickt. Zentrale Studienergebnisse und Forderungen des Sozialverbands VdK und Pflege-Glossar“. Zugegriffen 23. Oktober 2022. www.vdk-naechstenpflege.de/wp-content/uploads/2022/05/VdK-Pflege-studie_Zentrale-Studienergebnisse_Forderungen_und_Pflege-Glossar_9-5-2022.pdf.

4. „Das gehört wahrscheinlich im Leben dazu“ – Interviews zum Leben mit häuslicher Pflege

Leon A. Brandt, Isabel Schön, Thomas Klie

4.1 Einleitung

Der Befund ist stabil und erstaunlich zugleich: Die meisten auf Pflege angewiesenen Menschen werden zu Hause gepflegt und dort ganz überwiegend von Partner*innen sowie An- und Zugehörigen. Daran hat die Pflegeversicherung nichts geändert. Bislang zeigt die viel beschworene demografische Entwicklung ebenso wenig Auswirkung auf das Verhältnis von stationärer und häuslicher Pflege. Im Gegenteil hat sich der Anteil der häuslichen Pflege und dort der ohne professionelle Unterstützung und Begleitung eher erhöht. Auch die viel beschworene Individualisierung und Modernisierung der Gesellschaft, die deutlich stärkere Erwerbsbeteiligung von Frauen hat nichts daran geändert, dass Pflege als eine Familienaufgabe verstanden und gestaltet wird.

Die Pflegeversicherung ist fiskalisch auf der Familienpflegebereitschaft kalkuliert. Es lässt sich durchaus auch als eine in der Gesellschaft tief verankerte Sorgeskultur interpretieren, dass Pflege nicht weitgehend außerhalb von Familien und informellen Netzwerken „vergesellschaftet“ wird. Sie stehen aber im Zusammenhang mit dem Schlüsselthema der Pflege: das der Aufwertung der gesellschaftlichen, ökonomischen und politischen Rolle von Frauen (vgl. Heintze 2015). Sind diese Befunde, die auch prospektiv durch die repräsentative Bevölkerungsbefragung (vgl. hierzu Haumann in diesem Band) bestätigt werden, tragfähig? Müssen wir uns gar keine allzu großen Gedanken um die Zukunft der Pflege machen? Kann sich Politik auf der Pflegebereitschaft der Bürger*innen in Deutschland ausruhen?

So wenig wird hinter die Zahlen geschaut. Die Interviewstudie nimmt unterschiedlichste Pflegearrangements und -konstellationen in den Blick. Sie zeigen in eindrücklicher Weise wie die Vielfalt der Bewältigungsstrategien und -muster, mit denen häufig unter ausgesprochen schwierigen Bedingungen Pflege- und Sorgearbeiten übernommen werden und wie diese unvorhergesehenen Bedingungen in die Lebensplanung integriert werden können. Dabei wird auch sehr deutlich, dass nicht zuletzt ökonomische Gesichtspunkte und eine regional verfügbare Infrastruktur einen großen Anteil daran haben, dass Pflege nicht nur freiwillig, sondern auch in gewisser Weise gezwungenermaßen als Aufgabe der Familie verstanden wird bzw. werden muss. 33 Pflegegeschichten, 33 Bewältigungsstrategien: Die Interviewstudie gibt einen tiefenscharfen Einblick in exemplarische Pflegegeschicksale.

Ausgangssituation

Fehlende „Vergesellschaftung“ von Pflege

Unfreiwillige Familienaufgabe

Studiendesign

Insgesamt wurden 33 Interviews von drei verschiedenen Interviewer*innen geführt; zwei pro Bundesland, drei in Schleswig-Holstein.¹⁵ In den Interviews wurden folgende Themenbereiche mit Hilfe von Leitfragen angesprochen:

- Genese und Ausgestaltung des Pflegearrangements
- Die Rolle professioneller Pflegekräfte sowie Vorstellungen von guter Pflege
- Stabilisierende Faktoren und Aspekte eines guten Lebens unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit¹⁶
- Gefahren für die Stabilität¹⁷
- Erfahrungen mit Beratung und Unterstützungsleistungen
- Bewertung der Pflegeleistungen und der gesellschaftlichen Verteilung von Pflegeaufgaben in Bezug auf die eigene Lebenssituation
- Vorstellungen und Forderungen in Bezug auf Leistungen der Pflegeversicherung und politische Maßnahmen zur Stabilisierung und Entlastung der häuslichen Pflege durch An- und Zugehörige.

Interviewpartner*innen

Gewonnen wurden die Interviewteilnehmer*innen über ein Anschreiben der DAK-Gesundheit sowie über Anfragen bei Pflegestützpunkten (Niedersachsen, Bayern, Brandenburg). Insgesamt erreichten uns über 200 Rückmeldungen mit der Bereitschaft zur Teilnahme: Gesprächsbereitschaft und Gesprächsbedarf scheint es zu geben. Die Interviews dauerten zwischen 20 und 60 Minuten. Sie wurden telefonisch geführt, aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Zur Auswertung wurden mit Hilfe einer anfänglich offen-induktiven, sequentiellen Codierung Kategorien entwickelt, die mit Bezügen aus den weiteren Interviews angereichert wurden. Die Kategorien wurden schließlich in Beziehung zueinander gesetzt, geclustert und entlang der Fragestellungen selektiert. Bevor die Ergebnisse der Analyse dargestellt werden, wollen wir zuerst einen Einblick geben, welche (sozio-demografischen) Hintergründe die Teilnehmer*innen hatten:

- Alle Pflegegrade von 2 bis 5 waren vertreten.
- Das Alter der Interviewten reichte von 46 bis 87 Jahre.

¹⁵ Methodisch orientierten wir uns dabei am integrativen Ansatz nach Jan Kruse (2014) sowie Grounded Theory Methoden (vgl. Strauss und Corbin 1996).

¹⁶ Theoriegeleitet spielten dabei eine Rolle: Zufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation und Gestaltungsmöglichkeiten des eigenen Lebens, soziale Kontakte, Beteiligung an der Entscheidungsfindung (vgl. von Kutzleben et al. 2017; Nussbaum 2016; Nolan et al. 2006; Heusinger und Klünder 2005).

¹⁷ Hierzu wurden Risikofaktoren für die Stabilität (Klie und Büscher 2020), Copingstrategien mit Veränderungen (vgl. von Kutzleben et al. 2017) und das Erleben der Corona-Pandemie angesprochen.

- Auf Grundlage der Angaben zu (beruflicher) Bildung und Auskommen mit dem Einkommen ordnen wir ca. die Hälfte der Interviewten einem prekär bis niedrigen sozio-ökonomischen Status zu, 10 einem mittleren und 7 einem hohen.
- 2 der Personen hatten einen Migrationshintergrund in dem Sinne, dass sie oder ihre Eltern außerhalb Deutschlands geboren wurden. Dies hat sich in Bezug auf die Pflegeerfahrungen allerdings nicht als relevant gezeigt, weshalb hierauf im weiteren Verlauf auch nicht weiter eingegangen wird, um nicht essentialisierende Vorstellungen zu manifestieren. Dies entspricht auch den Erfahrungen und Empfehlungen von Depner et al. (2022).
- Der Großteil der Interviewten spricht keine stark belastenden Erfahrungen an. Wir gehen davon aus, dass zu persönlichen, mündlichen Interviews überwiegend Personen bereit sind, die sich nicht in einer aktuell krisenhaften und belasteten Situation befinden. Geht es doch um ein sehr privates, ggf. auch schambesetztes Thema, das typischerweise nicht ohne weiteres öffentlich preisgegeben wird.

Wir wollen die interviewten Personen auch selbst zu Wort kommen lassen. Daher finden im Folgenden einige Falldarstellungen ihren Platz. Sie veranschaulichen zugleich die Analysen. Die ausführlichen Darstellungen aller Interviews werden 2023 in 16 Länderreporten veröffentlicht. Die Analyse folgt den Schwerpunktsetzungen der Interviews. Die Interviewpartner*innen sind pseudonymisiert. Einige Angaben wurden verfremdet, um die zugesicherte Anonymität der Teilnehmer*innen zu gewährleisten. Wir bedanken uns sehr für die Bereitschaft zur Teilnahme und die große Offenheit sowie Bereitschaft, uns an den Pflegeerfahrungen teilhaben zu lassen!

Fallvignetten

Tabelle 4: Merkmale der Interviewten

Nr.	Bl.	Pseudonym	Status	Netzwerk-situation (nach Blinkert/Klie 1999)	Angehörigen-Beziehung Hauptpflegeperson	berufliche Helfer	Leistungen (falls bekannt)
1	NI	Christine Appel	mit PB	prekär	keine	amb. Pflegedienst	evtl. Kombi
2	RP	Martin Tacke	pfl. Ang.	stabil	pfl. Mutter	amb. Pflegedienst	Kombi
3	TH	Tanja Mägert	pfl. Ang.	stabil	pfl. Ehemann	keine	Pflegegeld
4	ST	Birgit Schmied	mit PB	labil	Schwester, Mutter, Bruder	amb. Pflegedienst, Haushaltshilfe, selbst Pflegefachperson	Pflegegeld
5	SH	Konrad Schubert	pfl. Ang.	stabil	pfl. Ehefrau	Haushaltshilfe	Pflegegeld
6	HB	Friedrich Berger	pfl. Ang.	stabil	pfl. Ehefrau	amb. Pflegedienst	Kombi
7	TH	Edeltraut Riese	pfl. Ang.	labil	pfl. Tochter	24h-Intensivpflege	Sachleistungen
8	BW	Susanna Bauer	mit PB + pfl. Ang.	labil	Sohn	Haushaltshilfe, Alltagsassistenz, selbst Pflegefachperson	Pflegegeld
9	NW	Anne Gustav	pfl. Ang.	stabil	pfl. Ehemann	amb. Pflegedienst, Tagespflege	Sachleistungen

10	NI	Luise Sommer	pfl. Ang.	stabil	pflegte Vater und Mutter	amb. Pflegedienst, Tagespflege, Haushaltshilfe, SAPV	Sachleistun- gen
11	SL	Renate Kaiser	pfl. Ang.	stabil	pflegt Schwieger- mutter	keine – (früher HKP und amb. Pflegedienst)	Pflegegeld
12	HB	Dieter Liebig	pfl. Ang.	stabil	pflegt Ehefrau	keine	Pflegegeld
13	BE	Silke Fischer	mit PB	labil	Sohn und Schwie- gertochter	keine	Pflegegeld
14	BE	Ulrich Schlegel	pfl. Ang.	stabil	pflegt Ehefrau	amb. Pflegedienst, Haushalts- hilfe	Kombi
15	ST	Carola Lehmann	pfl. Ang.	stabil	pflegt Mutter und Vater	amb. Pflegedienst, Haushaltshil- fe, Fahrdienst, Essen auf Rädern	evtl. Kombi
16	RP	Frank Heine	mit PB + pfl. Ang.	stabil	pflegt Mutter	amb. Pflegedienst, Haushaltshil- fe, Verhinderungspflege	evtl. Kombi
17	HE	Bernhard Vogt	mit PB	labil	Partnerin	keine	Pflegegeld
18	SH	Reinhard Beyer	mit PB	stabil	Ehefrau und Tochter	amb. Pflegedienst	evtl. Sachleis- tungen
19	HH	Harald Pohl	mit PB	labil	Tochter	ggf. privat Pflegefachperson	Pflegegeld
20	SN	Andreas Barth	pfl. Ang.	stabil	pflegt Ehefrau	amb. Pflegedienst, Tagespflege, Haushaltshilfe	Kombi

Nr.	Bl.	Pseudonym	Status	Netzwerk- situation (nach Blinkert/Klie 1999)	Angehörigen- Beziehung Hauptpflegeperson	berufliche Helfer	Leistungen (falls bekannt)
21	HE	Claudia Thiel	pfl. Ang.	stabil (bzw: labil)	pfl. Eltern, Schwiegermutter und Freundin	Haushaltshilfe bei den Eltern, HKP bei Freundin	Pflegegeld
22	NW	Werner Ritter	mit PB	stabil	Ehefrau	keine	Pflegegeld
23	MV	Irene Eckert	pfl. Ang.	stabil	pfl. Ehemann	amb. Pflegedienst, Tagespflege	Kombi
24	SN	Klaus Fink	mit PB	prekär	keine	amb. Pflegedienst	Sachleistungen
25	SL	Kurt Wegner	pfl. Ang.	stabil	pfl. Ehefrau	amb. Pflegedienst	Kombi
26	BW	Dirk Rose	pfl. Ang.	labil	pfl. Mutter	keine	Pflegegeld
27	MV	Marlis Pieper	mit PB	prekär	keine	amb. Pflegedienst, Essen auf Rädern, Haushaltshilfe	Sachleistungen
28	BY	Stefanie Adler	pfl. Ang.	labil-stabil	pfl. Mutter	24h-Betreuung, Tagespflege	evtl. Pflege- geld
29	HH	Rita Erdmann	mit PB	labil-stabil	Kinder	amb. Pflegedienst	Kombi
30	BY	Silvia Bach	pfl. Ang.	labil-stabil	pfl. Mutter	24h-Betreuung, HKP, früher kurz- zeitig amb. Pflegedienst	Pflegegeld

31	BB	Toni Diez	mit PB	labil-stabil	Keine (lebt mit Ehefrau, die auch PB hat)	Pflegedienst, Essen auf Rädern, Wohnen mit Service	Sachleistungen
32	BB	Ursula Riemann	pfl. Ang.	stabil	Pflegt Ehemann, früher Sohn	Haushaltshilfe	Pflegegeld
33	SH	Lise Gruber	mit PB	stabil	Ehemann	Haushaltshilfe, Verhinderungspflege	evtl. Pflegegeld

Quelle: Eigene Darstellung

4.2 Wege in die Pflege

Multiple Faktoren

Den einen Weg in die Pflege, d. h. in die Übernahme von Verantwortung in der häuslichen Pflege von An- oder Zugehörigen, gibt es nicht. Ebenso vielgestaltig wie die Diagnosen, welche die Pflegebedürftigkeit der Betroffenen begründen, sind die Motiv- und Lebenslagen ihrer An- und Zugehörigen, Verantwortung in der häuslichen Pflege zu übernehmen. Neben persönlichen Vorstellungen und moralischen bzw. ethischen Haltungen können auch praktische Faktoren wie die räumliche Nähe oder ökonomische Erwägungen eine Rolle bei der Entscheidungsfindung spielen. Gleichzeitig entfalten gesellschaftliche Erwartungshaltungen und gender-normative Rollenvorstellungen ebenso bei der Entstehung und Ausgestaltung häuslicher Pflegesettings ihre Wirkung, wenn auch zumeist unterschwellig.

Keine Automatismen

Für ein tiefergehendes Verständnis davon, welche Wege in die Pflege führen können, bedarf es einer differenzierten Betrachtung unterschiedlicher Pflegearrangements. Hierbei geht es insbesondere um die Analyse jener sozialen Netzwerke, innerhalb derer sich die Personen mit Pflegebedarf bewegen. Zwar lassen sich teilweise relationale Zusammenhänge zwischen Netzwerksituation und Motivlage für die Verantwortungsübernahme in der häuslichen Pflege ausmachen, daraus sollten jedoch keine Gesetzmäßigkeiten oder Automatismen abgeleitet werden. Beispielsweise sind es oftmals Ehepartner*innen, welche füreinander Aufgaben in der häuslichen Pflege übernehmen. Die individuellen ausschlaggebenden Beweggründe innerhalb unseres Sample variieren jedoch von Pflichtgefühlen über Mitleid bis hin zu wirtschaftlichen Zwangssituationen oder Abwägungen. Wer in welchem Ausmaß Aufgaben in der häuslichen Pflege übernimmt ist folglich von verschiedenen Wirkfaktoren abhängig, die in unterschiedlichen Kombinationen anzutreffen sind.

4.2.1 Luise Sommer: Die Managerin des Pflegearrangements

„Hineinwachsen“ in Pflegeverantwortung

Luise Sommer ist Anfang 50 und kümmerte sich gemeinsam mit ihrer an Depression erkrankten und unterstützungsbedürftigen Mutter um ihren kürzlich verstorbenen Vater. Dieser war an einer langsam fortschreitenden chronischen Krankheit erkrankt. Sein Unterstützungsbedarf stieg stetig. Zu Beginn kümmerte sich seine Ehefrau alleine um ihn und gewährleistete eine 24h-Betreuung. In dieser Zeit entlastete Fr. Sommer ihre Mutter gelegentlich durch ihre Anwesenheit sowie Tätigkeiten außerhalb des Hauses wie beispielsweise Einkaufen. Da jedoch der Bedarf direkter (körperlicher) Pflege zunahm und da die Mutter zugleich aufgrund ihrer eigenen Krankheit nicht immer einsatzbereit war, beteiligte sich Fr. Sommer zunehmend auch an pflegerischen Tätigkeiten wie Hilfe bei Toilettengängen. Außerdem übernahm sie die Verantwortung für die Organisation von Hilfen, um so ihre Mutter zu entlasten und das Pflegearrangement zu stabilisieren.

„Also als wir beide das nicht mehr stemmen konnten, dann kam der Pflegedienst dazu – die letzten zwei Jahre. Das habe ich immer wieder angepasst der Situation, dass die öfter kamen ins Haus. Es war erst einmal die Woche, dann dreimal die Woche, dann jeden Tag und dann jeden Tag zweimal, dann jeden Tag dreimal. Also das – es musste immer wieder abgestimmt werden diese Situation, wie man das zu Hause noch tragen konnte. [...] Ich habe noch eine Tagespflege organisiert, da ist er zweimal die Woche hingegangen. Also ich habe immer mich- immer geguckt, wie ist die Situation und wie kann ich da noch etwas verbessern, wie kann ich den Zustand zu Hause halten, weil der Wunsch meines Vaters war schon zu Hause zu sterben und das wollte ich ihm natürlich ermöglichen und da habe ich sehr drum gekämpft.“ (Int. 10, Z. 52–67)

Neben dem Pflegedienst und der Tagespflege organisierte Fr. Sommer auch Hilfsmittel wie einen Rollator, Unterstützung in Form einer Haushaltshilfe, und im Sterbeprozess des Vaters eine spezialisierte ambulante Palliativpflege (SAPV). Obwohl sie ihren Kindern nicht zu viel abverlangen wollte, bezog sie schließlich auch diese in die Pflege des (Groß-)Vaters mit ein. Sie halfen gelegentlich, um die Mutter der Interviewten zu entlasten und ihr ein paar Freiheiten zu erschließen, wie z. B. zum Chor zu gehen. Fr. Sommer verteilte die Aufgaben auf viele Schultern. Keine*r der beteiligten Akteur*innen sollte zu sehr beansprucht werden. Sie nahm dabei die Rolle der Managerin bzw. Moderatorin des Arrangements ein, die die Bedürfnisse aller Beteiligten – zu Hause wohnen bleiben, freie Zeiten in Anspruch nehmen – im Auge behielt. Drohten Belastungen zu groß zu werden, erweiterte sie den aus professionellen Fachkräften und Angehörigen bestehenden Helfer*innenkreis.

Rolle als Managerin

Die mit dieser managenden Rolle einhergehenden Anstrengungen beschrieb Fr. Sommer als fordernd:

„Das letzte Jahr war ein ganz schlimmes Jahr für mich, weil ich ja immer zusehen musste, wie ich das da zu Hause über Wasser halten konnte. Also das- also mir ging es da sehr schlecht mit und ich habe, ich habe noch einen Bruder, der weiter weg wohnt, wo ich keine Unterstützung bekommen habe. Also ich habe mich da sehr mit alleine gefühlt. Also das zu entscheiden und die Verantwortung zu haben. Ich habe mich sehr verantwortlich gefühlt, das zu managen und das in die Hand zu nehmen erstmal das alles drum herum, aber auch mit anzupacken und dann die eigene Familie, also so die Kinder, das ist natürlich schwierig, aber die da auch einfach mit ins Boot zu holen. Wenn ich dann mal nicht konnte, dass ich sage, könnt ihr bitte mal hinfahren. Das ist mir sehr schwer gefallen, [...] Also dieser Kummer-Modus der war IMMER da. Man ist damit ins Bett gegangen, man ist da morgens mit aufgestanden und ich habe ja in der Zeit war ich auch teilweise mal krankgeschrieben, weil ich einfach überfordert war.“ (Int. 10, Z. 196–218)

Bedürfnismanagement

Zwar hat Fr. Sommer versucht, ihre Hobbys aufrecht zu erhalten. Auch soziale Kontakte hat sie gepflegt. Ihre Lebensfreude litt allerdings sehr, die Ungewissheit über den weiteren Krankheitsverlauf und potenziell anstehende Aufgaben bereiteten ihr stets Sorgen. Insbesondere dem Vater gerecht zu werden, dessen Bedürfnisse sich widersprechen konnten oder denen am Arrangement Beteiligte entgegenstanden, gestaltete sich als schwierig und führte zu zahlreichen Auseinandersetzungen.

„Er konnte sehr schlecht Hilfe annehmen – am Anfang, das war sehr, sehr schwierig und für meine Mutter natürlich eine ganz hohe Belastung. Die ist da fast dran kaputt gegangen, dass die diese Verantwortung übernehmen musste und ich musste immer mit ihm in den Dialog gehen, dass wir aber diese Hilfe brauchen und das Mutter nicht mehr kann und das waren sehr, sehr schwierige Prozesse, das umzusetzen, aber da musste man einfach mal handeln, nicht? [...] Ganz zum Schluss hat er es angenommen, nicht? [...] Wenn Mutter auf dem Sofa liegt und nicht kann und ich berufstätig bin, wer soll es dann machen, nicht?“ (Int. 10, Z. 173–185)

Corona-Pandemie

Auch der Umgang mit der Corona-Pandemie war nicht konfliktfrei. Anfängliche Skepsis des Vaters gegenüber einer Impfung und die Tendenz zur Selbstisolation führten zu Diskussionen, Konflikten und Besorgnissen.

Fremde Hilfe annehmen

Fr. Sommer konnte ihre beiden Eltern gut verstehen und sich in sie hineinversetzen: die erkrankte Mutter, die nur begrenzt Kraft für die Pflege hatte und der Vater, der fremde Hilfe nicht annehmen mochte. Fr. Sommer geht davon aus, dass ihr Vater nicht der einzige war, dem es schwerfällt, (fremde) Hilfe anzunehmen:

„Das kennt man ja, wenn die Leute irgendwann mal einen Rollator bekommen, der steht dann mehr in der Ecke, als dass sie den nutzen, weil sie sich dafür schämen, weil sie meinen mit 80 Jahren brauchen sie noch keinen Rollator und das ist das Normalste auf der Welt, nicht? Das ist eine ganz schwierige Generation, glaube ich, weil die einfach sehr auf Familie sich eingeschossen haben, Familie unterstützt dich.“ (Int. 10, Z. 186–192)

Mehr Unterstützung durch Pflegeversicherung

Dass sich das Organisieren von Hilfen für Fr. Sommer als so kraftraubend gestaltete, lag nicht zuletzt daran, dass die Verfahren rund um die Antragstellung von Pflegegraden und finanziellen sowie anderen Hilfen kompliziert und schwer zu durchschauen waren. Sie schilderte im Gespräch u. a., wie sie einmal Urlaub nahm, um für die Pflege da zu sein. Sie wollte einen finanziellen „Ausgleich“ beantragen. Dies sei aber so kompliziert gewesen, dass sie im Nachhinein lieber darauf verzichtet und sich selbst krankgeschrieben habe, eine Strategie, die auch in der IfD Studie (vgl. Haumann i. d. B.: Abbildung 32) zu Tage tritt. Schwierig sei bei der Organisation der Hilfen, die zuständigen Ansprechpersonen zu finden. Viele Akteur*innen, z. B. Ärzt*innen, wüssten häufig nicht Bescheid. Schließlich fanden

Fr. Sommer und ihr Mann durch Internetrecherchen eigenständig heraus, was sie beantragen können. Um diesem Problem zu begegnen, wünscht sich Fr. Sommer, dass z. B. der Pflegedienst mehr Eigeninitiative und Verantwortung übernimmt. Hilfreich sei dies aus ihrer Sicht beispielsweise bei der Beantragung von Hilfsmitteln, da sie sich in diesen Zusammenhängen fachlich nicht auskenne. *„Beratung ist mir zu wenig“* (Int. 10, Z. 594) erklärte Fr. Sommer. Zwar hatte sie auch Kontakt zu einer Case Managerin, hätte sich aber von dieser ebenfalls mehr direkte Beteiligung an der Organisation gewünscht.

Für die Unterstützung, die Fr. Sommer durch den Pflegedienst erhielt, war sie dankbar – dennoch sieht sie auch hier Lücken. Die fachliche Qualifikation reiche ebenso wenig aus wie die zeitlichen Ressourcen, um ihr als Angehörige Tipps für die Pflege geben zu können, z. B. zur Dekubitusprophylaxe (Vermeidung von Gewebeschäden durch Druck, der z. B. beim langen Liegen entsteht). Die Prophylaxemaßnahmen habe ihre Mutter, die zuvor schon Erfahrungen in der Pflege nahestehender Personen gesammelt hatte, übernommen. Zwischenmenschlich erlebte Fr. Sommer die Pflegekräfte allerdings als größtenteils „angemessen“ wenn auch nicht alles glatt lief.

„Eine gute Pflegekraft ist erstmal, die Zeit hat, die Zeit hat und die einfühlsam ist und auch die sich ihrer Arbeit, ja vertraut ist und weiß, was sie tut, dass die ja kompetent damit umgeht und nicht auch noch klagt während der Arbeit, wie anstrengend das ist. Natürlich ist es anstrengend, mit einem Pflegebedürftigen umzugehen, aber für uns Angehörige ist das eine Hilfestellung im Leben, dass da jemand mit herein kommt, der dann Arbeit abnimmt, dass wir uns dann mal zurückziehen konnten, aber wenn man dann von diesen Personen auch noch mitgeteilt bekommt, wie schlimm es doch ist. Das finde ich kompetenzlos.“ (Int. 10, Z. 134–141)

Fr. Sommer sieht es als selbstverständlich an, dass sie und ihre Mutter als Familienmitglieder sich an der Pflege beteiligen. Das bleibt im Interview unhinterfragt. Professionelle werden zur Unterstützung zusätzlich hinzugezogen. Fr. Sommer folgt damit einem familiären Verständnis von Pflegeverpflichtung. Sie erfüllt mit ihrem Engagement eine intergenerationale Verantwortung familiärer Sorgearbeiten i. S. v. Reziprozität. Von ihrem Bruder, der weiter weg wohnt, fühlt sie sich in diesem Zusammenhang allein gelassen.

„Ja, wir sind jetzt hier in so einer ländlichen Gegend, da ist es einfach so, dass man sich innerhalb der Familie viel unterstützt. Da ist es ja auch so, ich habe von meinen Eltern viel bekommen. Als unsere Kinder klein waren, haben die aufge- aufgepasst, das ist so generationsübergreifend, dann gibt man das im Alter zurück.“ (Int. 10, Z. 541–543)

**Bessere
Qualifikation &
mehr Zeit**

**Familiäres Ver-
ständnis von
Pflegeverpflich-
tung**

Finanzielle Belastungen & Anerkennung

Das Finanzielle spielt dabei keine Rolle für die Frage, ob sie sich beteiligt, sondern eher in welchem Umfang man sich als Familie verausgabt. Viele der durch den Pflegedienst erbrachten Leistungen wurden, als der Pflegebedarf zunahm, selbst bezahlt, zusätzlich zu den Sachleistungen aus der Pflegeversicherung. Dies erwies sich für Familie Sommer als sehr kostspielig. In der Folge übernahm diese auch aus finanziellen Überlegungen Aufgaben, die sie eigentlich durch einen Pflegedienst hätte erledigen lassen wollen. Als der Pflegebedarf noch geringer war, hatte der Vater von Fr. Sommer Kombileistungen erhalten und dabei das Pflegegeld an seine Frau sowie seine Tochter weitergegeben. Das empfand Fr. Sommer als Anerkennung. Positiv wertete sie auch den Erwerb von Rentenanwartschaften durch ihr Pflegeengagement. Dass sie in ihrer Situation ungefähr genauso viel zuzahlen musste, als hätten sie ein Pflegeheim in Anspruch genommen, obwohl sie noch selbst viel an Arbeit übernommen haben, empfindet Fr. Sommer als nicht gerecht. Der Wunsch, dem Vater die häusliche Pflege zu ermöglichen, überwog jedoch finanzielle Erwägungen.

Proaktiver Umgang & eigenes Engagement

Bewältigen konnte Fr. Sommer die häusliche Pflege schließlich dank ihres proaktiven Umgangs mit Herausforderungen, ihres tatkräftigen Engagements, der Verteilung der Lasten auf mehreren Schultern sowie der vorausschauenden Planung und innerlichen Vorbereitung auf das „worst case Szenario“.

„Ich habe gedacht, ich darf nicht ausfallen und es ist auch so gewesen. [...] Das habe ich mir nicht vorgestellt, was wäre, wenn ich jetzt ausfallen würde. Ja, dann wäre natürlich worst case immer die vollstationäre Pflege gewesen oder zumindest Kurzzeitpflege. Also ich habe wohl immer gedacht, du musst einen Schritt weiter sein, wenn der und der Fall eintritt. Also ich war gedanklich wohl schon immer einen Schritt weiter: wenn das eintreten sollte, dass ich dann eine Lösung habe und dass ich dann nicht wie ein Ochs vorm Berg stehe. Also das habe ich mir immer so- ne immer ein Schritt voraus sein, damit man dann mit der Situation umgehen kann, aber den Schritt wollte ich ja nicht gehen.“ (Int. 10, Z. 251–263)

Alles in allem hat Fr. Sommer aber das Gefühl, alles richtig gemacht zu haben und bereit ihr Engagement in der Pflege ihres Vaters nicht. Abschließend stellte sie für sich fest, der Verantwortung gerecht geworden zu sein, die ihr innerhalb des familialen Gefüges zugekommen war. Dieses Empfinden schuf einen Ausgleich zu den belastenden Elementen der Pflegesituation und ermöglichte es Fr. Sommer, die negativen Erfahrungen in ein insgesamt positiv bewertetes Gesamtbild einzuordnen:

„Im Abschluss habe ich alles richtig gemacht. Also dass wir so den Weg gegangen sind, dass mein Vater zu Hause sterben konnte, das war für uns eine sehr selige Erfahrung. Es war einfach anstrengend und das muss man so annehmen und das gehört wahrscheinlich im Leben dazu.“ (Int. 10, Z. 564–568)

4.2.2 Pflegesettings und Netzwerksituation

Das Beispiel von Fr. Sommer illustriert eine Möglichkeit, wie ein Pflegearrangement entsteht und sich kontinuierlich verändern kann. Die Pflegesettings im Sample lassen sich zunächst in drei grundlegende Konstellationen unterteilen.

Zwei Personen griffen für die Ausgestaltung ihrer häuslichen Pflege ausschließlich auf professionelle Fachkräfte zurück und banden in keiner Form An- oder Zugehörige in pflegerische Tätigkeiten ein. Zu diesen gehört der an Multipler Sklerose (MS) erkrankte Hr. Fink. Zwar habe er Familie und auch noch einige Freundschaften, würde aber den telefonischen Kontakt mit diesen bevorzugen, da er bei Besuchen immer „einen Schub“ bekäme.

Häusliche Pflege ohne An- & Zugehörige

„Bei mir ist es eben so: Wenn ich alleine in meiner Wohnung bin, dann kann ich alles steuern. Ich trage ständig eine Windel. Und wenn das nicht so geht, wie ich das mir richtig voraussetze und wie ich das mache und ich habe Besuch, da passiert es eben, da habe ich meine Windel voll. Und das ist für mich sehr unangenehm. [...] Das ist mir ein paar Mal passiert und deshalb habe ich mich da ein bisschen zurückgezogen. Wenn ich zuhause in meiner Wohnung bin und mir passiert sowas, da kann ich dann mit dem Rollstuhl ins Bad kommen und mich abduschen. Das geht alles. Aber es ist immer sehr unangenehm für mich persönlich, wenn da jemand dabei ist. Ob das ein Fremder ist oder ein Bekannter oder Verwandter. [...] Wenn man früher ganz anders war und auf einmal praktisch innerhalb von ein paar Jahren so abbaut.“ (Int. 24, Z. 190 ff.)

Aus Scham über seine körperliche Verfassung meidet Hr. Fink den direkten Kontakt zu seinen Angehörigen. Dementsprechend zieht er diese nicht in seine Pflege mit ein, auch nicht für alltägliche Erledigungen wie Einkäufe oder gemeinsame Unternehmungen. Ähnlich wie Hr. Fink, der seinen Lebensalltag entsprechend seinen Vorstellungen von Autonomie ausgestaltet und nach Möglichkeit Kontrolle über die Planung seiner Abläufe behält, um für ihn mit Scham behafteten Situationen zu entgehen, steht auch bei Susanna Bauer der Erhalt ihrer Selbstständigkeit im Vordergrund. Als ehemalige Krankenpflegerin verfügte sie selbst über für die häusliche Pflege wesentliches Fachwissen und Kompetenzen sowie ein breites Netzwerk aus der Zeit ihrer Berufstätigkeit. Hier holt sie sich bei Bedarf in vielfältiger Form Rat.

Scham & Selbstständigkeit

„Das kommt halt darauf an, in welche Richtung dieser Rat geht. Wenn es ein medizinischer ist, dann habe ich immer noch sehr viel Bekanntschaften, mit denen ich dann in Kontakt stehe, auch Ärzte, von früher halt und auch Krankenschwestern, mit denen ich heute noch sehr gut befreundet bin. Ja und ansonsten brauche ich eigentlich wenig Rat. Ich versuche, das alles immer selber zu meistern.“ (Int. 8, Z. 281 ff.)

Sich nicht selbst aufgeben

Außerdem habe Fr. Bauer in ihrem Berufsleben gesehen, wie Personen mit Pflegebedarf „*sich aufgegeben haben*“ (Int. 8, Z. 297), d. h. wie diese die Kraft verloren, in ihrer neuen gesundheitlichen Situation Ideen und Pläne für ein „gutes Leben“ zu entwickeln. Genau dagegen scheint Fr. Bauer anzukämpfen und sich, soweit es nur geht, ihre Selbstständigkeit zu bewahren. Lediglich für Aufgaben, die sie partout nicht mehr alleine meistern kann, zieht sie eine Haushaltshilfe hinzu. Auch ist ihr Sohn nicht in die unmittelbare häusliche Pflege einbezogen. Er steht für Unternehmungen wie einen Spaziergang durch den Park oder einen Konzertbesuch bereit.

„Hybride“ Netzwerke

Neben diesen Konstellationen, in denen es entweder an einem sozialen Netzwerk fehlt bzw. dieses von den Personen mit Pflegebedarf bewusst nicht aktiviert wird, lassen sich rein familiäre sowie „hybride“ Netzwerke unterscheiden. Die rein familiären Netzwerke im Sample setzen sich ausschließlich aus den (Ehe-) Partner*innen, einem Elternteil oder dem Kind bzw. den Kindern oder aus einer Mischung dieser Angehörigen zusammen. Enkelkinder tauchen allenfalls am Rande als mögliche soziale Kontakte und nur vereinzelt als Unterstützer*innen bei Aufgaben der häuslichen Pflege selbst auf. Einen spezifischen Fall eines rein familiären Netzwerkes bilden Gundula Heine und ihr Sohn. Dieser hatte selbst wenig soziale Anbindung und zog zurück in das Haus seiner Mutter. Auch benötigt er Pflege. So unterstützen sie sich gegenseitig und bilden eine Art Pflegegemeinschaft.

Vielfalt der Akteur*innen

Diese rein familiären Netzwerke werden in einigen Fällen zu „hybriden“ Netzwerken erweitert. In diesen spielen Freund*innen, Nachbar*innen, professionelle Pflegekräfte und/oder andere Dienstleister*innen wie beispielsweise Haushaltshilfen oder Physiotherapeut*innen eine Rolle. Eine besondere Helferin im heimischen Pflegenetzwerk aktiviert Silke Fischer. Auf Anregung ihres Sohnes nutzt sie die virtuelle Assistenztechnologie „Alexa“ – zur einfacheren Bedienung von Haushaltsgeräten und in Notfällen: dann kann sie mit Hilfe „ihrer“ Alexa ihre Schwiegertochter kontaktieren etwa nach einem Sturz.

4.2.3 Motive für die Übernahme von Verantwortung in der Pflege

Moralische & ethische Überzeugungen

Ein erster wesentlicher Grund für die Übernahme von Aufgaben in der häuslichen Pflege von Angehörigen, der von den Interviewten angeführt wurde, sind moralische oder ethische Überzeugungen. In den Antworten auf die Frage, warum sie sich an der häuslichen Pflege beteiligen würden, kam oftmals indirekt, teilweise auch direkt, zum Ausdruck, dass sie ihre Beteiligung für selbstverständlich hielten. So etwa im Gespräch mit Friedrich Berger, der seine Sichtweise so erläutert:

„An und für sich, wenn man immer zusammengelebt hat, das ganze Leben, [...] ist man an und für sich ja auch im Alter verpflichtet, dass man dann auch die

schlechten Zeiten da dann mitmacht. Und soweit einem das möglich ist, könnte man das ja machen, ja. Ja, anstrengend ist es, ja.“ (Int. 6, Z. 597 ff.)

Ähnlich wie Hr. Berger verbinden auch andere Eheleute mit dem Eintreten der Pflegebedürftigkeit oftmals den Beginn der „schlechten Zeiten“, die „mitgemacht“ werden müssen. Mit der sich aus dem Eheversprechen ergebenden Pflicht verbinden die interviewten Eheleute dementsprechend häufig vor allen Dingen die Übernahme praktischer Aufgaben wie häuslicher oder organisatorischer Tätigkeiten, aber ebenso auch Körperpflege. Demgegenüber lag der Fokus nur selten darauf, ideelle Unterstützung zu leisten, etwa indem man dem*der Angehörigen zur Seite steht und sich darum kümmert, ein „gutes Leben“ mit der Pflege zu gestalten (vgl. dazu unten 4.6 „Das gute Leben mit Pflege“). In diesem Zusammenhang fiel auf, dass gerade in Ehen, da die Pflege den Schwerpunkt der gemeinsamen Beziehung bildete, die Ehemänner oftmals betonten, wie lange die Ehepaare bereits verheiratet waren und dabei regelmäßig die Jahreszahl nannten. So antwortete etwa Konrad Schubert auf die Frage, wie es dazu gekommen sei, dass er nun Verantwortung in der häuslichen Pflege seiner Ehefrau übernehme:

„Naja, weil ich bin der Ehemann. Und wir sind erst siebenundfünfzig Jahre verheiratet.“ (Int. 5, Z. 7 f.)

Zwar geht aus den Erzählungen auch immer wieder die Zuneigung für den*die Angehörige mit Pflegebedarf hervor, wird aber von den Pflegenden selbst nie ausdrücklich und nicht als zentrales Motiv thematisiert. Vielmehr stehen der institutionelle Charakter der Ehe sowie die sich daraus ergebenden Pflichten zur gegenseitigen Fürsorge in „schlechten Zeiten“ im Vordergrund. Inwieweit emotionale Verbundenheit eine Rolle bei der Übernahme von Verantwortung in der häuslichen Pflege spielt, lässt sich hingegen oftmals nur vermuten. Beispielsweise erläuterte der zuvor bereits zitierte Hr. Berger, dass er seine demente Ehefrau nicht in ein Heim geben könne, weil er Mitleid mit ihr hätte und er andernfalls selbst ewig ein schlechtes Gewissen haben würde.

„Ja, ich weiß nicht, wie ich das nenne soll. Mitleid oder wie soll ich sagen. Aus dem Grunde könnte ich sie auch schon nirgends hingeben, weil ich dann ewig ein schlechtes Gewissen hätte, ne?“ (Int. 6, Z. 475 ff.)

Weniger sein schlechtes Gewissen als das von ihm beschriebene Mitleid deuten darauf hin, dass Hr. Berger sich seiner Ehefrau verbunden fühlt. Diese ist an Demenz erkrankt, worunter das gegenwärtige gemeinsame Leben der Eheleute stark leidet. In diesem Zusammenhang wirkt Hr. Bergers Mitleid mehr wie eine Reminiszenz an das vormalig geteilte Leben und die gelebte Beziehung. Flankiert wird diese Zuneigung aus vormalig (enger) Verbundenheit jedoch zugleich durch die sich aus der Institution Ehe ergebende Treuepflicht. Diese findet ihren Ausdruck im

Eheverpflichtungen in „schlechten“ Zeiten

Zuneigung nur als mittelbares Motiv

schlechten Gewissen, welches sich bei Hrn. Berger einstellen würde, wenn er sich nicht selbst um seine Frau kümmern würde.

Das Versprechen „zu Hause sterben zu können“

Ein neben dem ehelichen Versprechen und den sich daraus ergebenden Implikationen ebenfalls wiederholt genannter Beweggrund, der auch in das moralisch-ethische Spektrum fällt, ist das – oftmals vom Kind bzw. den Kindern an ein Elternteil – gegebene Versprechen, dass die betroffene Person „zu Hause sterben“ könne. Dies war etwa im eingangs geschilderten Fall von Luise Sommer ein Leitmotiv, die häusliche Pflege ihres Vaters mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln aufrechtzuerhalten. Derweil verschlechterte sich dessen Gesundheit zunehmend, bis er schließlich Pflegegrad 5 zugeschrieben bekam und sich stets zwei Pflegekräfte um ihn kümmern mussten. Fr. Sommer beschreibt ausführlich, wie sie das Pflegesetting immer wieder aufs Neue den Gegebenheiten anpassen musste, um den Wunsch ihres Vaters zu erfüllen.

„Also ich habe [...] immer geguckt, wie ist die Situation und wie kann ich da noch etwas verbessern, wie kann ich den Zustand zu Hause halten, weil der Wunsch meines Vaters war schon zu Hause zu sterben und das wollte ich ihm natürlich ermöglichen und da habe ich sehr drum gekämpft.“ (Int. 10, Z. 64 ff.)

Bedeutung des eigenen Beitrages für Erhalt häuslicher Pflege

Für Fr. Sommer stand die Frage im Vordergrund, wie die Situation der häuslichen Pflege aufrechterhalten werden konnte, um eine institutionelle Unterbringung ihres Vaters zu vermeiden. Demgegenüber richtete sich der Fokus eines anderen Interviewpartners, Martin Tacke, darauf, wie er seinen Beitrag zur Pflege seiner Eltern weiterhin gewährleisten könne, weil dieser unabdingbar schien. Im Interview sprach Hr. Tacke primär über die Pflege seiner Mutter, die jede von ihm initiierte Form professioneller Unterstützung ablehnte, weswegen er schließlich der Einzige war, der diese Aufgaben übernehmen konnte. Derweil würden die Kosten für einen Heimplatz „*innerhalb von wenigen Monaten*“ alles aufbrauchen, wofür seine Eltern „*vierzig, fünfzig, sechzig Jahre, siebzig Jahre teilweise gekämpft*“ hatten (Int. 2, Z. 371 ff.). Für Hrn. Tacke schien mit dem Heimaufenthalt der Mutter der Verlust des elterlichen Eigenheims notwendigerweise verbunden. Hingegen hatte er seinem Vater einmal das Versprechen gegeben, „*dass er zu Hause sterben darf*“ (Int. 2, Z. 379). Um dem gerecht zu werden, musste Hr. Tacke die häusliche Pflege seiner Mutter selbst leisten.

Zweifel an Kompetenzen professioneller Pflegekräfte & Kontrollbedürfnis

Auch in anderen Fällen übernahmen Angehörige Aufgaben in der häuslichen Pflege, weil der (alleinige) Einsatz von Fachkräften entweder von ihnen oder den Personen mit Pflegebedarf abgelehnt bzw. als nicht erforderlich erachtet wurde. Wiederholt ließ sich ein Zusammenhang zwischen dieser Haltung und den eigenen Zweifeln an den Kompetenzen des Pflegepersonals erkennen. Auffällig waren in diesem Zusammenhang drei Fälle, in den jeweils Männer ihre Ehefrauen bzw. Mütter pflegten, und dabei ein gesteigertes Kontrollbedürfnis gegenüber dem Pflegedienst zum Ausdruck brachten. Eingehend beschreibt etwa Ulrich Schlegel,

dass er seine Ehefrau aufgrund negativer Vorerfahrungen mit Pflegefachkräften nicht „in fremde Hände“ geben wolle, um die Kontrolle darüber zu behalten, „was da jetzt mit meiner Frau geschieht“ (Int. 14, Z. 8 ff.). Noch einmal explizit daraufhin befragt, ob es seine Stellung als Ehemann gewesen sei, die ihn hauptsächlich dazu bewegt habe, Verantwortung in der häuslichen Pflege seiner Frau zu übernehmen, erklärte Hr. Schlegel:

„Ne, die hatte ich schon vorher übernommen, weil ich vorher meine Mutter gepflegt habe und ich habe da schon gesehen, dass man die Kontrolle behalten muss, denn wenn man da keine Kontrolle ausübt, dann artet das alles aus. Dann macht der Pflegedienst, was er will und aus dieser Lehre, sage ich mal, die ich gezogen habe bei meiner Mutter, habe ich gesagt, dass mache ich mit meiner Frau von Anfang an gar nicht so und da habe ich einfach die Kontrolle übernommen und das musste alles über meinen Schreibtisch laufen und ich habe da also auch immer die Hände drauf, dass das also die Dienstleistungen vernünftig gemacht wird.“ (Int. 14, Z. 79 ff.)

Um die ordnungsgemäße Aufgabenerfüllung durch die Fachkräfte beständig überwachen zu können, mussten die drei benannten Ehemänner selbst eine beständige Rolle in der häuslichen Pflege übernehmen. Demgegenüber waren es wiederholt Elternteile, die ihr Kind bzw. ihre Kinder in die Pflege einbezogen, weil sie diesen persönlich und teilweise auch fachlich besonderes Vertrauen schenkten – wobei letzteres im Vergleich nur äußerst selten in Bezug auf die professionellen Pflegekräfte geäußert wurde.

Ebenso kann die Übernahme pflegerischer Verantwortung teilweise durch ökonomische Faktoren bestimmt sein. So setzen bestimmte Erkrankungen wie insbesondere Demenz eine vor allen Dingen zeitlich umfassende Betreuung voraus, die mit dem aufgrund des Pflegegrades ausgezahlten Pflegegeldes gegebenenfalls jedoch nicht im gebührenden Umfang bezahlt werden kann. In diesen Fällen müssen Angehörige selbst pflegerische Aufgaben übernehmen, wenn sie die zusätzlich entstehenden Kosten nicht selbst tragen wollen bzw. können. Der bereits oben zitierte Hr. Berger schilderte im Gespräch eine diesbezüglich wichtige Annahme: Neben seinen moralisch-ethischen Überzeugungen würden auch ökonomische Erwägungen für ihn eine Rolle spielen, seine Ehefrau nicht ins Heim geben zu wollen. Er ging, ebenso wie Hr. Tacke, davon aus, dass er das gemeinsame Eigenheim verkaufen müsste, um die dadurch entstehenden Kosten zu decken.

Ökonomische Ursachen & unzureichendes Leistungsspektrum

„Wenn wir sie jetzt zum Beispiel in ein Pflegeheim geben würden, dann müssten wir unser Haus verkaufen, weil sonst ja meine ganze Rente draufgeht. Und meine Frau hat wenig Rente. Und davon könnten wir das Pflegeheim nicht bezahlen und dann würde meine Rente mit draufgehen und dann müsste ich auch sehen, dass ich irgendwo unterkommen, ne? Also muss sie hier im Hause bleiben, damit wir das alles so erhalten können.“ (Int. 6, Z. 298 ff.)

„Entlohnung“ durch Pflege- geld

Mittelbar könnten monetäre Erwägungen in umgekehrter Richtung im Fall von Harald Pohl eine Rolle gespielt haben, der maßgeblich von seiner Tochter gepflegt wird. Ausschlaggebender Grund für ihre Einbindung in das Setting schien neben der unmittelbaren räumlichen Nähe insbesondere der Umstand zu sein, dass sie vorübergehend arbeitslos war. Im Austausch für ihre Hilfe reichte Hr. Pohl das Pflegegeld, welches er erhielt, vollständig an seine Tochter weiter.

Pflegeverant- wortung als Schicksal

Weniger ein Motiv, denn ein Faktor der bei der Übernahme pflegerischer Verantwortung für einige der Interviewten eine Rolle spielt, ist das Schicksal. In unterschiedlichen Spielarten wurde entweder die zur Pflegebedürftigkeit führende Diagnose oder das Zustandekommen des Pflegesettings als ein eher fatales, zum Teil nicht beeinflussbares Moment beschrieben, welches die Interviewten zu akzeptieren und anzunehmen hatten. Daraufhin befragt, wie es dazu gekommen war, dass er nun Aufgaben in der häuslichen Pflege seiner Ehefrau übernehme, erzählt Dieter Liebig Folgendes:

„Ich mache die Kurzform [...]. Ich und meine Frau wir sind jetzt- was sind wir jetzt?- [über 20] Jahre in diesem Jahr zusammen. Das ist meine dritte Frau. Ich bin 76, meine Frau ist [Ende 50]. Als ich sie geheiratet habe oder wir uns kennengelernt haben, habe ich gedacht: ‚Na eine junge Frau, 20 Jahre jünger, das ist doch schön, eine feine Sache. Die hilft dir irgendwann, wenn du alt bist aus dem Bett.‘ Naja, [...] wie sagt man so schön? Plane dein Leben und das Schicksal fällt lachend vom Stuhl. [...] Die war 30 Jahre und von dem- in der Blüte ihres Lebens, aber so nach und nach ging das dann los.“ (Int. 12, Z. 10 ff.)

Daran anschließend beschreibt Hr. Liebig eine ganze Kette von Erkrankungen, die, wie ein Arzt es ihm gegenüber einmal bemerkt haben soll, für drei Patient*innen ausgereicht hätten. Hr. Liebig's scheinbar ursprünglich gehegter Plan, eine deutlich jüngere Frau zu heiraten, damit diese ihn später pflegen könne, war folglich nicht nur nicht aufgegangen, sondern in sein Gegenteil verkehrt worden. Diese schicksalshafte Wendung hat er jedoch als seine „*Lebensaufgabe*“ angenommen; er und seine Frau hätten einander „*gesucht und gefunden*“ (Int. 12, Z. 45). Zwar seien die Voraussetzungen damals andere gewesen, aber schließlich habe er ihrer Mutter vor deren Tode versprochen, „*auf sie aufzupassen, auf die Tochter aufzupassen*“ und das tue er, solange er könne (Int. 12, Z. 46 ff.). Die Annahme seines (vermeintlichen) Schicksals begründet Hr. Liebig folglich mit einer Kombination bereits oben geschilderten moralisch-ethischen Motiven – den sich aus der Ehe ergebenden Treupflichten und einem persönlichen Versprechen.

Familiäre Ver- pflichtungen in Kind-Eltern- Beziehung

Neben der Beziehungsform der Ehe kann das Schicksal ebenso innerhalb direkter verwandtschaftlicher Verhältnisse eine tragende Rolle spielen, insbesondere in der Kind-Eltern-Beziehung. Beispielhaft zitiert lässt sich hier Carola Lehmann, die gemeinsam mit ihren zwei Geschwistern beide Eltern pflegt. Auf die Frage zur Entstehung des Pflegesettings bemerkt sie lakonisch:

*„Na ja wie kommt man dazu, man wird einfach irgendwann reingeboren, ne, und irgendwann hat man dann die Pflege an der Backe, wie man so schön sagt.“
(Int. 15, Z. 7)*

Auch in dieser Konstellation kommt erneut eine starke moralische Komponente zum Tragen, sodass sich mit zunehmendem Alter die Verantwortlichkeit der Eltern für das Wohlergehen ihrer Kinder umzukehren scheint. Auf deren Seite wird mit der Geburt die Verpflichtung begründet, sich um die eigenen Eltern kümmern zu müssen. Dabei schwingt in der Wortwahl, die Pflege „an der Backe“ zu haben eine ausdrückliche Unfreiwilligkeit, wenn nicht sogar etwas Ungewolltes mit.

Ein letztes Motiv für die Übernahme von Pflegeverantwortung, welches im Sample eine Rolle spielte, ist die Identifikation mit der Rolle als pflegende*r An- bzw. Zugehörige*r. Dieses lässt sich noch einmal in zwei unterschiedliche Formen differenzieren. Zum einen gibt es Personen, die aufgrund der langjährigen und/oder mehrfachen Übernahme von Verantwortung eine regelrechte „Pflegebiografie“ aufweisen, beispielsweise indem zuerst ein Elternteil und dann der*die Partner*in oder eine Person über einen langen Zeitraum gepflegt wird. In diesem Zusammenhang kann die Pflege eine ähnliche sinnstiftende Funktion entfalten wie andere Formen von Arbeit.

Darüber hinaus gibt es auch jene An- bzw. Zugehörigen, für welche die Übernahme von Pflegeverantwortung zu einer Aufgabe oder einem Projekt wird, welche/welches sie erledigen bzw. managen. So etwa im Fall von Dirk Rose, der seine beiden Eltern pflegt, im Interview aber vor allen Dingen über seine fast hundertjährige Mutter erzählt. Sein Vater ist zwischenzeitlich verstorben. Er war und ist auch weiterhin in verringertem Umfang als selbstständiger Geschäftsleiter tätig und scheint die häusliche Pflege seiner Mutter gemäß ähnlicher Logiken zu handhaben. In seinen Ausführungen macht Hr. Rose deutlich, dass er sowohl die Planung als auch die Ausführung der Pflege fast vollständig selbst übernimmt. Da er selbst über eine medizinische Grundausbildung verfügt, achte er darauf, Dinge möglichst selbst, möglichst „autark“ entscheiden zu können (Int. 26, Z. 204 ff.). Gleichzeitig beschreibt er seine Mutter als „relativ pflegeleicht“, sodass er sie nach entsprechenden Anweisungen, wie sie sich beschäftigen solle, „auch mal ohne Probleme vier, fünf Stunden allein lassen“ könne (Int. 26, Z. 97 ff.). Dabei agiert Hr. Rose keinesfalls völlig an den Bedürfnissen und Interessen seiner Mutter vorbei, stellt aber seine Entscheidungen bestimmende Position im Zuge ihrer Pflege stark heraus.

**Identifikation
mit pflegender
Rolle**

**Pflege als
Projekt**

4.2.4 Exkurs: Die pflegende Ehefrau

Im Sample taucht ein Typus auf, der unter normativen und materiellen Gesichtspunkten eine Geschlechterspezifität aufweist: Die „pflegende Ehefrau“. Es handelt sich dabei um Frauen, die ihre Ehemänner bzw. in einem Fall ihre Schwiegermutter

pflügen. Dabei lassen sich mit Blick auf die Motivation für die Übernahme pflegerischer Verantwortung, die Ausgestaltung des Pflegesettings sowie den Umgang mit eigenen Belastungen Muster erkennen. Illustriert werden diese Aspekte zunächst anhand der Falldarstellung zu Tanja Mägert. Anschließend erfolgt eine systematische Einordnung des Typus der pflegenden Ehefrau mit Blick auf die Ergebnisse des gesamten Samples.

Tanja Mägert – Alternativlos?

Entscheidung: „Heim oder Haus“

Tanja Mägert pflegt seit fast zwanzig Jahren ihren Ehemann. Nach einem Verkehrsunfall hat dieser bleibende Beeinträchtigungen kognitiver und körperlicher Art. Nachdem der Ehemann aus dem Krankenhaus kam, stand die Entscheidung an: *„Heim oder Haus. Und da haben wir uns für zu Hause entschieden.“* (Int. 3, Z. 14–15)

Ökonomische Zwänge

Faktisch gab es allerdings keine Wahl zwischen diesen zwei Optionen: Das Geld reichte nicht für ein Pflegeheim. Auch einen Pflegedienst oder sonstige professionelle Unterstützung hat Fr. Mägert nicht einbezogen. Auf die Frage hin, ob sie sich bewusst gegen einen Pflegedienst entschieden habe, antwortet sie mit einer Gegenfrage:

„Warum sollte ich den nehmen? [...] Im Moment bin ich noch körperlich so in der Lage, dass ich es machen kann. Er kann ja noch ein paar Schritte gehen. Es ist halt- er braucht Windeln halt, beim Anziehen muss man behilflich sein und wenn ich ehrlich bin, der Pflegedienst kommt doch höchstens ne halbe Stunde.“ (Int. 3, Z. 63–70)

Der pflegerischen Verantwortung gewachsen sein

Es scheint beinahe, als würde Fr. Mägert sich durch die Frage nach dem Pflegedienst angegriffen fühlen. Sie vermutet möglicherweise den Vorwurf, dass sie dieser Aufgabe als pflegende Angehörige nicht gewachsen sei. Diese Vermutung wird dadurch gestärkt, dass sie später konstatiert, dass durch ihre Pflegebereitschaft ihr Mann bisher nicht gelitten habe. Es ist ihr sehr wichtig, dass sie sich gut um ihren Mann kümmert. Neben der Hilfe im Alltag bei Essen, Körperhygiene und Anziehen fördert sie ihren Mann täglich in seinen Fähigkeiten: Lese-, Schreib- und Sprechübungen sowie gezielte Bewegung gehören seit Jahren zum täglichen Programm des Ehepaars. Motiviert ist sie dadurch, die Fähigkeiten ihres Mannes soweit wie möglich zu erhalten. Im Pflegeheim findet diese Förderung ihrer Ansicht nach nicht statt. Nachmittags wird gemeinsam z. B. auf der Terrasse gegessen. Fr. Mägert ordnet die gemeinsame Lebensweise mit Pflegebedarf ein: *„Wir haben jedenfalls die letzten Jahre das Beste daraus gemacht.“* (Int. 3, Z. 270)

Leistungsspektrum der Pflegeversicherung nicht passfähig

Das Beste aus der gegebenen Situation zu machen, ist jedoch für Fr. Mägert mit viel Mühe und Selbstaufgabe verbunden. Die Gewährleistung der 24h-Betreuung prägt ihr Leben. Die ggf. in Betracht kommenden Hilfen durch einen ambulanten Pflegedienst sind weder passfähig noch ausreichend. Fr. Mägerts Bemerkung,

dass der Pflegedienst höchstens eine halbe Stunde komme, offenbart ihr Frustration über Möglichkeiten, die ambulante Pflegedienste im Rahmen des Leistungskatalogs der Pflegeversicherung ihr bieten. Die modularen Leistungen stellen keine Entlastung für sie dar. Während ein Heimplatz infolge monetärer Belastungen nicht in Betracht kam, scheitert der Einbezug von Fachkräften in die häusliche Pflege am starren Leistungsrahmen der Pflegeversicherung.

Fr. Mägerts eingeschränkter finanzieller Handlungsspielraum war besonders folgenreich für sie: Weil ein Pflegeheim zu teuer war, musste sie ihre Berufstätigkeit aufgeben, um ihren Ehemann selbst zu pflegen. Dadurch wiederum sank das Haushaltseinkommen und ihre Rentenanwartschaften verloren an Wert. Professionelle Unterstützung über den Leistungsrahmen der Pflegeversicherung hinaus ist für Fr. Mägerts Einkommens- und Vermögenssituation unrealistisch:

*„Wie soll denn ich da ein Pflegeheim organisieren? Wir müssen ja schließlich auch von etwas leben. Und unsere täglichen Kosten laufen ja auch mit. Also wie soll ich das ORGANISIEREN? Und ich musste frühzeitig aufhören zu arbeiten. Ich hatte ja Arbeit damals, als er entlassen wurde aus der Klinik. Also war ich gezwungen aufzuhören. Selbst wenn der Pflegedienst gekommen wäre, das hätte mir auch nicht viel gebracht, wenn ich den ganzen Tag nicht zu Hause bin.“
(Int. 3, Z. 220–226)*

Auch ein alternatives Unterstützungsmodell wie Lohnersatzleistungen hätte ihr nur begrenzt geholfen. Da diese nur für einen begrenzten Zeitraum ausgezahlt werden, der Pflegebedarf hingegen dauerhaft besteht, hätte Fr. Mägert im Anschluss erneut überlegen müssen, wie sie die Pflege hätte organisieren und finanzieren können. Es ist davon auszugehen, dass ihr auch dann keine andere Möglichkeit verblieben wäre, als pflegerische Aufgaben selbst zu übernehmen und in der Folge ihren Job zu kündigen. Nunmehr nutzt sie das Pflegegeld als eine Art Ausgleich. Es fließt in das Haushaltsbudget der Familie ein, aus dem auch Pflegekosten bspw. für Pflegemittel wie Windeln finanziert werden müssen.

Direkte Hilfe bekommt Fr. Mägert von ihrer Schwester sowie von der Schwester des Ehemanns, die im gleichen Dorf leben. Die zwei Kinder und eine Nichte wohnen ebenfalls in der Nähe und kommen öfter vorbei. Das familiär-nachbarschaftliche Netz ist gut aufgestellt; bei Bedarf gibt es die Möglichkeit, Unterstützung anzufragen und zuverlässig zu erhalten. Auch als Fr. Mägert aufgrund einer Operation für ein paar Tage ausgefallen ist, konnten die Schwestern einspringen. Dennoch beschwört sie das Schicksal („*Toi toi toi*“), dass sie nicht längerfristig krank wird. Zwar bietet die Familie – nicht als Kleinfamilie, sondern die „ganze Verwandtschaft“ – ein Auffangnetz und sichert die soziale Teilhabe, indem man beispielsweise gemeinsam auf Dorffeste geht. Jedoch bleibt Fr. Mägert in ihrer Rolle als Ehefrau die Hauptverantwortliche für die Pflege ihres Ehemannes. Im

Ökonomische Abwärtsspirale

Pflegegeld als Ausgleich für monetäre Einbußen

Verwandtschaft als Auffangnetz

Gegensatz zu anderen Interviewpartner*innen berichtet sie ungeschönt von den Einschränkungen, die sie dadurch erfährt.

„I: Wie geht es ihnen denn ganz grundsätzlich mit ihrer Lebenssituation als pflegende Angehörige?“

Fr. Mägert: Manchmal beschissen, wenn man ehrlich sein soll. [...] Naja, was heißt- man ist sehr oft zu Hause. Was will man weitermachen. Joa, das ist es ja halt, sehr viel Unternehmungen kann man nicht machen, das wissen sie ja, sehr oft kann ich ja nicht weg. Ich kann ihn ja nicht stundenlang zu Hause lassen. Also so im Großen und Ganzen ist es halt, (3) naja wie soll man sagen, (3) naja, es geht so. Auch wenn der Pflegedienst kommen WÜRDE, müsste ich auch zu Hause bleiben, denn die kommen, waschen und gehen wieder, vielleicht noch anziehen. Und so ist es abends auch und das kann ich ja selber machen. Naja, so ist das.“ (Int. 3, Z. 86–100)

Resignation & Management des Status quo

„Was will man weiter machen“ – Fr. Mägert zeigt sich (teilweise) resigniert und fügt sich in ihr „Schicksal“. Dies wird auch an ihrer Aussage später im Interview deutlich: *„Also wir haben so lang allein gepflegt, so machen wir das weiter.“* (Int. 3, Z. 307). In der Folge lebt sie mit jenen Limitationen, die ihr in ihrer Rolle als pflegende Ehefrau abverlangt werden. Dementsprechend kann sie auch mit der Frage im Interview nach alternativen Versorgungsmodellen – wie der starken Verantwortungsübernahme staatlicherseits in Schweden – nicht viel anfangen. Derartige Überlegungen sind zu weit von ihrer lang eingeübten Lebensrealität entfernt.

Retrospektive & Erhaltung des eigenen Narrativ

Infolge fehlender ökonomischer Ressourcen und der rigiden Leistungsgrenzen der Pflegeversicherungen können Pflegeaufgaben kaum bis gar nicht an Fachkräfte abgegeben werden. Warum Fr. Mägert sich dieser angenommen hat und sie auch angesichts der damit für sie einhergehenden Belastungen weiter annimmt, wird an folgender Aussage deutlich:

„Wenn ich nochmal vor der Aufgabe stehen würde, weiß ich nicht. Kann ich im Moment- wüsste ich nicht wie ich mich da entscheiden würde. Viele würden sich ja dagegen entscheiden, die gehen ihre Wege. Hat man sehr oft. Naja, wie heißt es so schön bei der Trauung: in guten, wie in schlechten Zeiten. Wenn die schlechten Zeiten kommen, sind sie fort. (Pause) Obwohl es bestimmt überall nicht immer Freude, Friede, Eierkuchen ist. Kann ich mir nicht vorstellen. So.“ (Int. 3, Z. 314–320)

Zwar spielt Fr. Mägert zunächst offen mit dem Gedanken, die Pflegeverantwortung retrospektiv nicht noch einmal zu übernehmen, projiziert diese Überlegung jedoch sogleich auf „die anderen“, die ihren eigenen Weg gehen würden. Sie kritisiert diejenigen, welche nur die guten Zeiten des Ehelebens mitnehmen würden

und in den schlechten dann fort seien. Damit distanziert sie sich von dieser Option. Im Nachhinein stellt sie sich nun den Schwierigkeiten und schließt, in einer Art Galgen-Humor, mit dem Merkel-Zitat „*Wir schaffen das*“ (Int. 3, Z. 327 f.)

Einordnung: Der Typus „pflegende Ehefrau“

Zunächst ist noch einmal hervorzuheben, dass in der häuslichen Pflege in Bezug auf die Geschlechterrollen ein Wandel stattgefunden hat. Dieser geht u. a. mit der verstärkten Bedeutung der Erwerbstätigkeit aller Familienmitglieder einher (vgl. z. B. Riegraf 2019, S. 769). Das von uns erhobene Datenmaterial bestätigt den Befund, dass insbesondere eine Erwerbstätigkeit maßgeblich dazu beiträgt, dass die*der An- oder Zugehörige von Pflegeaufgaben entbunden wird. Dabei waren es im Sample vor allen Dingen die erwerbstätigen Kinder der Interviewpartner*innen, denen kaum bis gar keine Pflegeaufgaben übertragen wurden.

Dennoch lassen sich weiterhin Muster der Verteilung der Reproduktionsaufgaben nach Geschlecht ausmachen. Darauf, wie die interviewten Männer als Ehemänner und Kinder diese Verantwortung übernehmen, wurde bereits im vorangegangenen Abschnitt eingegangen. Parallel dazu kristallisierte sich in der Analyse der „Typus“ der pflegenden Ehefrauen heraus, bei denen einige Ähnlichkeiten struktureller und motivationaler Art erkennbar sind. Neben Tanja Mägert lassen sich aus unserem Sample folgende Frauen diesem Typus zuordnen: Anne Gustav und Irene Eckert. Darüber hinaus haben wir in die Analyse mit einbezogen: die Mutter von Luise Sommer, die wir allerdings nicht selbst interviewt haben, sowie Renate Kaiser, die zwar nicht ihren Ehemann pflegt, aber ihre Schwiegermutter. Zum einen handelt es sich hierbei um eine Beziehung, die ebenfalls über die Ehe vermittelt ist und zum anderen ähneln die Erzählungen von Fr. Kaiser denen der anderen Ehefrauen.

Während zunächst festzustellen ist, dass in der gesamten Gesellschaft, d. h. auch bei Männern, die latente Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeverantwortung vorhanden ist (vgl. Haumann i. d. B. Abbildung 42), stellt sich die Frage, warum sie von Ehefrauen in besonderer Weise wahrgenommen wird. Hier lässt sich ein Zusammenwirken von insbesondere vier wesentlichen Faktoren feststellen. Zum einen führen (1) fehlende ökonomische Ressourcen und (2) führen die strengen Leistungsgrenzen der Pflegeversicherung dazu, dass Pflegeaufgaben gar nicht oder nicht im benötigten bzw. gewünschten Ausmaß an professionelle Fachkräfte abgegeben werden können. Plätze in stationären Einrichtungen wie Pflegeheimen sind oftmals mit extrem hohen Kosten verbunden. Demgegenüber können gewünschte Leistungen für die häusliche Pflege nicht immer über die Versicherung abgerechnet werden bzw. passen die Angebote nicht zu den Bedürfnissen der Menschen mit Pflegebedarf. Dadurch erst entsteht das unbedingte Erfordernis, dass ein*e An- oder Zugehörige Pflegeaufgaben übernehmen muss.

An die Ehefrauen (3) adressierte gendernormative Rollenbilder begründen in einer – insbesondere im Verhältnis zu den Ehemännern – noch immer spezifischen

Geschlechterrollen: Wandel und Kontinuitäten

Insbesondere Frauen übernehmen Pflegeaufgaben

Das Eheversprechen

Weise die Erwartungshaltung, Verantwortung im privaten Bereich und Sorgetätigkeiten zu übernehmen. Diese Erwartung wird zugleich flankiert durch (4) das moralische Moment der Institution Ehe, wie es bezüglich der Ehemänner weiter oben (vgl. Abschnitt 4.2.3) bereits herausgearbeitet wurde. Das eheliche Versprechen, einander beizustehen, gilt demnach unbedingt und ohne Einschränkungen in guten wie in schlechten Zeiten. Entgegen eventueller Erwartungen ist die Pflege innerhalb der Ehe aus Sicht der Frauen nicht von romantischen Motiven geprägt, sondern wird recht pragmatisch als Bestandteil der gemeinsamen Lebensführung verstanden.¹⁸ Fr. Gustav stellt z. B. fest:

„Ja, das war für mich selbstverständlich. Wir sind verheiratet und ja ich denke, das gehört mit dazu.“ (Int. 9, Z. 43 f.)

Pflege im Privaten

Die gendernormativen Rollenbilder sind in Bezug auf Pflege in besonderer Weise geprägt von der Verteilung von Arbeit in die öffentliche Sphäre, die insbesondere dem erwerbstätigen Mann als Brotverdiener zuzurechnen war, und der privaten häuslichen Sphäre, welche dem Aufgaben- und Herrschaftsbereich der Frau unterstellt sei. Die Übernahme von Pflegetätigkeiten im eigenen Wohnbereich stellt für Frauen folgerichtig eine Selbstverständlichkeit dar. So sagt Fr. Kaiser darüber, was entscheidend für sie war, die Pflege zu übernehmen: *„Ja, weil ich im Haus bin und mich bereit erklärt habe, das zu machen.“ (Int. 11, Z. 57)*

Das Haus: Die Domäne der Frau

Das Motiv des Hauses und der Privatsphäre als „Domäne der Frau“ war insbesondere in den 1950er Jahren prägend für die Verteilung der Pflegeaufgaben (vgl. Riegraf 2019, S. 768 f.) Dieses Muster begegnet uns – wenngleich in abgewandelter Form – auch in unseren Interviews. Weitere Familienmitglieder erfüllen häufig Aufgaben, die um das Haus herum stattfinden. So erledigt z. B. auch die von uns interviewte Fr. Sommer als pflegende Tochter primär Einkäufe und organisatorische Aufgaben, während ihre Mutter, die Ehefrau des Pflegebedürftigen, die Betreuung im Haus übernahm.

Während in Fr. Sommers Arrangement berufliche Helfer*innen integriert sind, lässt Fr. Mägert demgegenüber Ablehnung erkennen. Neben der finanziellen Erwägung kann es sein, dass (professionelle) Unterstutzer*innen möglicherweise aus Angst, Kontrolle über die „Domäne“ der eigenen Häuslichkeit abtreten zu müssen, gar nicht erst in diese vorgelassen werden. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass erfolgreiches Handeln in der eigenen Domäne, dem eigenen „Herrschaftsbereich“ eine sinnstiftende Wirkung entfalten kann. Wichtig in diesem Kontext ist, dass der Zustand der häuslichen Pflege ebenso wie bei Fr. Mägert bei allen von uns interviewten Ehefrauen bereits über einen (zum Teil sehr) langen Zeitraum aufrechterhalten wird. Zudem betreuen sie – mit wenigen Ausnahmen – ihre Ehepartner 24/7, d. h. rund um die Uhr. Es entsteht der Eindruck, dass wie im Falle von Fr. Mägert, die Pflege des Ehemannes zum zentralen und prägenden

¹⁸ Zur Romantisierung von Sorgetätigkeit vgl. Riegraf 2019 nach Bock und Duden.

Bestandteil des eigenen Lebens und somit der eigenen Identität geworden ist. Damit einhergehende Entbehrungen und Belastungen werden in Kauf genommen, während sie für die Pflege gleichermaßen unentbehrlich wird. Dass sie womöglich zeitweise nicht in der Lage sein könnten, die pflegerische Verantwortung maßgeblich wahrzunehmen, wird ausgeblendet: Das darf nicht sein. Dabei mussten viele der Frauen sich bis zum Zeitpunkt des Interviews scheinbar noch nicht mit der Frage nach alternativen Pflege- und Betreuungsformen auseinandersetzen bzw. deuten diese als eine Bedrohung. Das Erkennen und Gestalten von Spielräumen in der eigenen sozialen Rolle fällt unter Stress und im Alter immer schwerer. In der Folge erscheint der Status quo – so beschwerlich er auch sein mag – immer wieder als unumstößlich, wie im Fall von Fr. Gustav:

*„Ja, das ist im Moment ja nicht möglich, nicht? Krank werden darf ich eigentlich nicht, weil ansonsten müsste er in eine Kurzzeitpflege oder was weiß ich.“
(Int. 9, Z. 141 f.)*

Obwohl Fr. Mägert andeutet, dass ihr die Möglichkeit, den Ehepartner zu verlassen und sich der Belastung der täglichen, lebenslangen Pflege nicht zu stellen, bewusst ist, entscheidet sie sich dafür, das gegebene Eheversprechen einzuhalten. Ähnlich weist Fr. Gustav die Möglichkeit, die Verantwortung für die Pflege abzugeben, entschieden von sich:

„Verschiedene Bekannte von uns sagten, den musst du ins Altenheim tun, aber ne, das finde ich nicht so in Ordnung, nicht? Also so wie es im Moment noch läuft, geht das gut. Es ist für- es ist schonmal ziemlich anstrengend für mich, aber ja gut.“ (Int. 9, Z. 51–53)

Gleichzeitig wird hier deutlich, welche Belastungen für sie mit der Übernahme pflegerischer Verantwortung einhergehen. Fr. Mägert geht es ähnlich; auf die Frage, wie es ihr mit ihrer Rolle als pflegende Angehörige gehe, bemerkt sie: *„Manchmal beschissen, wenn man ehrlich sein soll.“* (Int. 3, Z. 89). Zwar gehen die anderen interviewten Ehefrauen nicht immer so ausdrücklich auf diese Schwierigkeiten ein, beschönigen ihre Situation aber auch ebenso wenig.

Bezogen auf den Aspekt der Geschlechterrollen und deren Reproduktion in den Interviews, sind auch die unterschiedlichen Gesprächsdynamiken interessant. Eines dieser Interviews wurde von einem Mann geführt, der selbst verheiratet ist. Das Gespräch lief relativ flüssig und die Interviewte erzählte scheinbar frei. In den anderen Interviews, die von einer anderen, selbst nicht verheirateten Interviewerin geführt wurden, waren die Interviewten eher kurz angebunden und wirkten teilweise verteidigend. Die Interviewerin reflektierte anschließend, dass diese ihr einen Lebensentwurf präsentierten, den sie für sich persönlich ablehnt. Dies hat sie möglicherweise während der Interviews unterbewusst übertragen und den Frauen den Eindruck vermittelt, dass sie sie bewertet. Dies äußert sich auch in

Moralischer Bezugspunkt

Zwischen Fra- gen und Hinter- fragen

dem Gefühl der Interviewerin, dass sie mit ihren Fragen nach Entscheidungen und Zustandekommen der Lebenssituation zu kritisch war und die Lebenssituation der Interviewten *hinterfragte*. Wie in dem obigen Zitat von Fr. Gustav deutlich wird, scheint diese sich öfter damit konfrontiert zu sehen, dass ihre Entscheidung, die Pflege selbst zu übernehmen, in Frage gestellt wird. Insgesamt ließe sich schlussfolgern, dass die Interviewten, die schon sehr lange mit ihrer einmal getroffenen Entscheidung in all ihren Konsequenzen leben, es u. a. als Strategie entwickelt haben, sich nicht weiter mit alternativen Lebensentwürfen zu beschäftigen. Dies spiegelt sich auch wider in den Fragen zu Finanzen und Politik. Außer dem Wunsch nach mehr (finanzieller) Anerkennung und stärkerer proaktiver Begleitung bei der Organisation der Pflege scheinen die Fragen nach anderen Modellen zu abstrakt und an den Lebensrealitäten der Frauen vorbeizugehen. Da ein anderes Leben ohnehin unerreichbar erscheint und die einmal getroffene Entscheidung retrospektiv legitimiert werden muss, wird an diesen Stellen abgeblockt.

Frauen in der Hauptverantwortung

Ökonomisch-systemische Zwänge in Verbindung mit moralökonomischen sowie gendernormativen Erwartungshaltungen führen dazu, dass sich Frauen in besonderer Weise mit der Erwartung konfrontiert sehen, Pflegeverantwortung zu übernehmen. Schließlich übernehmen die Ehefrauen die Pflege meist haupt- oder sogar alleinverantwortlich. Bei der Bearbeitung dieser multiplen Problemlagen zu berücksichtigen ist, in welcher Weise die sozial-geschlechtlich basierte Zuordnung der häuslichen Sphäre für bestimmte Frauen auch einen sinnstiftenden bzw. identitätstragenden Charakter entwickeln kann. Der verstärkte Einsatz von professionellen Helfer*innen bzw. Fachkräften könnte von diesen Frauen als ein (zusätzlicher) Verlust an Einfluss erlebt werden.

4.2.5 Dynamiken

„Hineinrutschen“ oder „Hineinwachsen“

Sämtliche der in den Abschnitten zuvor behandelten Motivlagen für die Übernahme von Verantwortung in der häuslichen Pflege von An- oder Zugehörigen lassen sich in zwei grundlegende Dynamiken bei der Entstehung bzw. Ausgestaltung des Settings unterteilen. Dabei steht der bewusst-geplanten vor allen Dingen die eher ungewollte bzw. kaum zu beeinflussende Übernahme von Pflegeverantwortung gegenüber. Hierbei gibt es zum einen die Dynamik des „Hineinrutschens“. Der Pflegebedarf tritt in diesen Fällen plötzlich und unvorhersehbar auf. Die An- und Zugehörigen steigen in zentraler Rolle in das neue Pflegearrangement ein und übernehmen umfassend Verantwortung. Zum anderen sind uns Fälle begegnet, in denen sie eher langsam eine weitgehende Verantwortungsrolle „hineinwachsen“ oder „driften“ (vgl. Ullman-Margalit 1986). Hier verläuft der Prozess der Einbindung in die häusliche Pflege eher organisch und sukzessiv. Schrittweise und deshalb für den*die An- oder Zugehörige kaum merklich nimmt das Pensum sowie gegebenenfalls die Bedeutung ihrer Pflegeverantwortung zu. Beispielsweise waren sie zunächst nur mit organisatorischen Aufgaben betraut, die sich mit der Zeit um

konkrete pflegerische Tätigkeiten wie etwa Körperhygiene ergänzen. So gesehen rückt hier die*der An- bzw. Zugehörige immer näher an den Körper der Person mit Pflegebedarf heran. Schrittweise werden bis dato tabuisierte Schwellen der Privatsphäre, Intimität und Körperkontakt überschritten. Durch den typischerweise im Krankheitsverlauf zunehmenden pflegerischen Bedarf wächst, wenn das Pflegegeregime nicht vollständig (auf osteuropäische Haushaltshilfen oder ein Pflegeheim) umgestellt wird, der zeitliche Umfang der Sorge- und Pflegeaufgaben.

Diese beiden Formen der eher unvorhergesehenen womöglich unfreiwilligen Übernahme von Pflegeverantwortung weisen die Gemeinsamkeit auf, dass es in der Regel an einer bewussten vorausschauenden Auseinandersetzung der Beteiligten über die Ausgestaltung des Pflegesettings fehlt. In diesem Zusammenhang würde es um Fragen gehen wie: Wer übernimmt in welcher Form Verantwortung; welche Bedürfnisse haben die am Netzwerk Beteiligten; wo verlaufen persönliche Grenzen der Bereitschaft und Kraft; wie soll mit einem (teilweisen) Ausfall eines bzw. einer der beteiligten Helfer*innen umgegangen werden?

Der plötzliche Eintritt des „Pflegefalles“¹⁹, fachlich oft unzureichend begleitet, für alle beteiligten lebensverändernd – eben als Schicksalsschlag – eingebettet in eine nicht bedarfsgerechte Infrastruktur ist typisch. Die Angehörigen, die sich in der Verantwortung sehen und diese auf der Basis der in Deutschland kulturell fest verankerten grundsätzlichen Familienpflegebereitschaft (vgl. Haumann i. d. B. Abbildung 42) in der akuten Krisensituation eingehen, bleiben in ihr gefangen. So fällt auf, dass die zuvor skizzierten grundsätzlichen Absprachen, wenn sie nicht zum Entstehungszeitpunkt des Pflegesettings getroffen wurden, in der Regel auch nicht mehr nachgeholt werden. Spätere Arrangementänderungen entspringen oftmals eher einer neuen Krisenbewältigung, etwa aufgrund von Erkrankungen oder Dekompensation der pflegenden Angehörigen. An die Stelle einer grundlegenden Bestandsaufnahme des und Reflexion über das bestehende Setting – ggf. mithilfe eines Case Managements – tritt ein Vorgehen, das darauf fokussiert, den entstandenen und mitunter schwierigen bis krisenhaften Status quo zu managen. Gerade dies führte in den geschilderten Fallkonstellationen dazu, dass die am Pflegesetting Beteiligten sich ihrer eigenen Bedürfnislagen nicht bewusst werden und diese entsprechend auch nicht kommunizieren, geschweige denn befriedigen können. Ebenso geraten im Modus des dauerhaften Krisenmanagements andere Möglichkeiten des Umgangs aus dem Blick; insbesondere jene für die Beteiligten weniger belastende Ausgestaltung des Arrangements. Die Einbeziehung weiterer Helfer*innen, um dadurch Aufgaben und Verantwortung abzugeben und sich als hauptverantwortliche Person bei der Ausgestaltung der Pflege zu entlasten, wird mit der Zeit oft schwieriger.

Wenig vorausschauende Auseinandersetzung

Entscheidung aus der Krise wird nicht immer überdacht

¹⁹ Zum Begriff vgl. Klie und Scholz-Weinrich 1991.

4.3 Berufliche Helfer*innen

Variationen der Beteiligung von beruflichen Helfer*innen

Neben den An- und Zugehörigen gehören berufliche Helfer*innen, allen voran Haushaltshilfen und professionelle Pflegefachpersonen, zu den wesentlichen Akteur*innen in Netzwerken häuslicher Pflege. Ob und inwieweit diese einbezogen werden, hängt nicht nur vom Pflegebedarf, sondern auch vom finanziellen Handlungsspielraum sowie den lebensweltlichen Prägungen und individuellen Einstellungen der Beteiligten ab. Viele Haushalte lehnen jede fremde Hilfe als Eingriff in die Familie und den Haushalt ab. Maßgeblich ist auch, zu welchem Zeitpunkt sowie in welchem Umfang Personen mit Pflegebedarf bzw. ihre An- und Zugehörigen von den unterschiedlichen Formen professioneller Unterstützung erfahren. Besteht ein entsprechender Bedarf, kann dieser oft aufgrund fehlender Hilfeangebote am Ort nicht gedeckt werden. Es fehlt an ambulanten Diensten und anerkannten Unterstützungsleistungen. Zugleich müssen die vorhandenen Angebote in ihrer Ausgestaltung mit den individuellen Ressourcen der anderen Akteur*innen – zeitlich und finanziell – korrespondieren. Diese Aspekte werden im folgenden Abschnitt vertieft und dabei zunächst am Fall von Friedrich Berger illustriert.

4.3.1 Friedrich Berger – Pflege als Beziehung

Leben mit Demenz

Seit seinem Renteneintritt vor über 16 Jahren pflegt Friedrich Berger seine an Demenz erkrankte Ehefrau. Unterstützung bekommt der 81-Jährige dabei sowohl von den zwei gemeinsamen Töchtern, als auch von einem professionellen Pflegedienst, der jeden Morgen zu den Eheleuten in das Eigenheim am Bremer Stadtrand kommt. Die Demenz seiner Ehefrau hatte bereits vor 20 Jahren eingesetzt und ist nunmehr auf dem „Höhepunkt“ angekommen, wie Friedrich Berger es beschreibt.

„Sie ist vollkommen hilflos und macht nichts mehr und praktisch, ja, ist voll pflegebedürftig. Sie wird gefüttert, sie wird gewindelt.“ (Int. 6, Z. 15 ff.)

Pflege bestimmt den Alltag

Der Alltag der Eheleute wird von der Pflege bestimmt. Jeden Morgen kommt der Pflegedienst, um seine Ehefrau aus dem Bett zu holen, zu waschen und anzuziehen. Danach reicht Friedrich Berger seiner Frau das Frühstück. Anschließend verbringen sie gemeinsam Zeit im Wohnzimmer, regelmäßig mit Fernsehen, bis zum Mittagessen. Tagsüber kümmert sich Hr. Berger um seine Ehefrau und erledigt sämtliche anfallende Aufgaben. In dringenden bzw. Notfällen kann er zu jeder Tages- und Nachtzeit eine seiner Töchter anrufen. Sie lebt, in der Nähe und bringt ihre Mutter in der Regel auch abends ins Bett. Die andere Tochter holt die Mutter einmal in der Woche morgens mit dem Auto ab und betreut sie tagsüber im eigenen Zuhause.

Dass Hr. Berger die Hauptverantwortung für die Organisation der Pflege und der Gestaltung des gemeinsamen Lebens übernimmt, hat sich mit dem Beginn der De-

menz seiner Ehefrau wie selbstverständlich „ergeben“. Er sieht es als seine Pflicht an, dass man auch die „*schlechten Seiten mitmacht*“, wenn man das ganze Leben zusammen verbracht hat. Und er hat Mitleid mit seiner Frau und ihrer Situation. Er könne sie „*nirgends hingeben*“. Täte er das, hätte er „*ewig ein schlechtes Gewissen*“ (Int. 6, Z. 477 f.). Seine Ehefrau lebt bereits seit über 20 Jahren mit der Demenz. Die Situation habe sich erst sukzessive und dann vor etwa zehn Jahren deutlich verschlechtert.

Schlechte Seiten gehören dazu

„Ja das ist ja von Anfang an gewesen. [...] Den Pflegedienst, den haben wir jetzt vor einem Jahr ja erst genommen. Vorher haben wir das alleine gemacht. Da war ich hier zuständig und da habe ich das Ding gemacht und bei Bedarf kam dann eins von den Kindern.“ (Int. 6, Z. 82 ff.)

Auf die Unterstützung durch den Pflegedienst greift Hr. Berger erst seit einem Jahr zurück. Er ist mittlerweile selbst in seiner Mobilität eingeschränkt. Dabei kam der Pflegedienst zunächst nicht nur morgens, sondern auch am frühen Abend. Damit sei Hr. Berger jedoch überhaupt nicht klargekommen, weil seine Frau, dadurch dass sie so früh ins Bett gebracht wurde, in der Regel wieder munter geworden sei, wenn er schlafen gehen wollte. In der Folge habe er „*das ganze Theater*“ noch einmal gehabt (Int. 6, Z. 94 f.). Außerdem, so kritisiert Hr. Berger, habe sich der Pflegedienst darauf beschränkt, seiner Frau „*einmal mit dem Waschlappen durchs Gesicht zu gehen*“ und sie dann ins Bett zu legen (Int. 6, Z. 91 f.). Deswegen habe er die professionelle Pflege auf den Morgen beschränkt und erledige die restlichen Aufgaben selber bzw. mit Unterstützung seiner Töchter. Dabei betonte Hr. Berger, dass er gerne stärker auf professionelle Unterstützung zurückgreifen würde, aber nicht unter den gegebenen Bedingungen. Die Leistungen der Pflegedienste sind auf punktuelle Unterstützung ausgelegt. Das genau beklagt Hr. Berger: die meiste Arbeit falle an, wenn der Pflegedienst nicht da sei. Es sei aus seiner Sicht nicht fair, dass dieser für seine Arbeit so viel Geld bekomme.

Pflegedienst: nachgeordnete Bedeutung

„Dann gucken Sie mal: Morgens der Pflegedienst, der kommt, wenn es hochkommt, eine halbe Stunde. Und in der halben Stunde passiert nicht viel. Da wird meine Frau aufs Klo gesetzt. Und wenn sie in fünf Minuten nichts gemacht hat, dann wird sie angezogen. Und wenn sie danach hier auf dem Sofa sitzt und gefrühstückt hat, dann bin ich dran und dann mache ich die Hose sauber. Ne? So läuft das hier.“ (Int. 6, Z. 560 ff.)

Auch habe Hr. Berger bereits einmal versucht, seine Ehefrau in eine außerhäusliche Pflege zu geben, was jedoch eine „*Katastrophe*“ gewesen sei (Z. 612). Er habe es nicht mit seinem Gewissen vereinbaren können, seine Frau so pflegen zu lassen. Da habe er sie wieder zu sich genommen. Darüber hinaus käme die Unterbringung in einem Pflegeheim auch aus finanziellen Gründen nicht in Betracht. Seine Ehefrau verfüge nur über eine geringe Rente. Er wäre nicht nur dazu gezwungen, seine

Fremde Hilfe, die nicht klappt

eigene mit dazugeben, sondern müsse auch das gemeinsame Haus verkaufen. Der Heimaufenthalt sei extrem teuer und von ihm nicht zu stemmen.

Angst vor Verlust des Hauses

Während Hr. Berger die Pflege seiner Ehefrau vornehmlich aus Verbundenheit und moralischen Motiven übernimmt gesellen sich haushaltsökonomische Abwägungen hinzu. Die Alternative hieße: Verkauf und Aufgabe des eigenen Hauses. Seine Ehefrau müsse zu Hause bleiben und gepflegt werden, damit sie alles so erhalten könnten, erklärt Hr. Berger. Dementsprechend kritisiert er den Umstand, dass Personen, die ihr Geld nicht in ein Eigenheim investiert, sondern das (Erwerbs-)Leben über damit Urlaube finanziert hätten, im Alter für einen Heimplatz vom Staat bezuschusst würden.

„Und wer sich selber was erschaffen hat und Haus oder Grundbesitz hat, der muss das hergeben dann. Und das [...] sehe ich [...] nicht ganz ein. Wir haben Bekannte, die sind jedes Jahr ein paar Mal in den Urlaub gefahren. [...] Und die Dame ist jetzt im Heim. Und da brauchen die Kinder nicht bezahlen. Das ist schön vom Staat alles bezahlt.“ (Int. 6, Z. 509 ff.)

Keine Vertrauensbeziehung mit Pflegefachperson

Während andere Settings für die Pflege seiner Ehefrau für Hrn. Berger momentan nicht in Betracht kommen, entstehen aus dem gegenwärtigen für ihn ebenfalls große Herausforderungen. Zum einen beschreibt er, dass die Pflegekräfte beständig wechseln würden, zum Teil wochen-, manchmal aber auch tageweise. Folglich müssten er und auch seine Frau sich beständig auf neue Personen einstellen. Zwar gibt es eine vom Pflegedienst erstellte Mappe, in welcher sämtliche Pflegeaufgaben aufgelistet sind. Aber er wisse nicht, ob die Fachkräfte sich diese auch jedes Mal richtig durchlesen würden. Eine gute Pflegekraft zeichnet sich für Hrn. Berger dadurch aus, dass sie ihre Aufgaben gewissenhaft sowie gründlich erledigt und sich mit seiner Ehefrau unterhält, so gut es möglich sei, denn manchmal sei sie gut ansprechbar und antworte auch.

Lebensführung „total eingeschränkt“

Zum anderen bestimme die Demenzerkrankung seiner Ehefrau seine und die gemeinsame Lebensführung. Seinen eigenen Bedürfnissen könne er kaum bis gar nicht nachgehen, denn sein Leben sei durch die Übernahme der Verantwortung in der Pflege seiner Frau „total eingeschränkt“ (Int. 6, Z. 142).

„Ja ich kann ja selber für mich überhaupt nichts machen. Ich kann nirgends hingehen, ich kann nirgends einkaufen, da muss ich hier jemanden haben oder muss von den Kindern jemand hierbleiben. Ich kann nicht in Ruhe mal irgendwas lesen. Dann wird gerufen und geplärrt und getan und ja.“ (Int. 6, Z. 314 ff.)

Hr. Berger hat dabei nicht das Gefühl, von seiner Frau in seinen Bedürfnissen gesehen werden zu können. Sie lebt „vollkommen in einer eigenen Welt“ (Int. 6, Z. 202). Er beschreibt Situationen, da sie sich mit der in der Wohnung stehenden Fotografie eines Enkelkinds unterhalte oder mit der Nachrichtensprecherin im Fernsehen

schimpfe. Zwar versucht Hr. Berger weiterhin soziale Kontakte aufrecht zu erhalten. Er muss Freund*innen zu ihnen nach Hause einladen. Es ist ihm nicht möglich, mit seiner Frau irgendwohin zu fahren. Kämen Gäste, würde das für Hrn. Berger hingegen Arbeit machen, weil er dann alles vorbereite – Mittagessen und/oder Kaffee koche und Kuchen bereitstelle – seine Frau aber während der Gespräche oftmals einschlafe.

Das gemeinsame Leben der Eheleute mit Pflege wird durch die Symptome der Demenz und den Umgang mit ihnen sowie durch das Alltagsmanagement bestimmt. Zwar beschreibt Hr. Berger die Gesamtsituation zunächst als ein Auf und Ab, jedoch wird immer wieder – zumeist implizit – deutlich, wie stark er belastet ist. Einmal wird Hr. Berger etwas konkreter und erklärt, dass es oftmals deprimierend für ihn sei, dass er „*komische Gedanken*“ bekäme und dächte „*lass es sein*“ (Int. 6, Z. 130 f.). Diese Empfindungen kollidieren womöglich mit seinem Pflichtgefühl sowie dem Mitleid gegenüber seiner Frau. Gleichzeitig macht Hr. Berger deutlich, dass seine Lebenssituation – und dabei insbesondere der Erhalt des eigenen Hauses – davon abhängig ist, dass das gegenwärtige Pflegesetting aufrechterhalten wird. Der moralische Konflikt, welchen Hr. Berger mit sich selbst aushandeln muss, wird somit zugleich auch durch die faktische Verschränkung von Moral und Geld determiniert. Er will es durchstehen, das gegenwärtige Pflegesetting inklusiver aller Belastungen und Herausforderungen aufrechterhalten. Alternativen, die für ihn mit eigener Lebensgestaltung verbunden wären, scheiden für ihn (aktuell) aus. Zwar erklärt Hr. Berger ausdrücklich, dass er dazu stehe, dass sich in erster Linie die Angehörigen an der häuslichen Pflege beteiligten sollten. Es wird aber klar, dass er diesen Anspruch vor allen Dingen an sich selbst richtet. Mit seinen Töchtern besteht eine klare Absprache: wenn er gar nicht mehr kann, dann würde er seine Frau in „*die Pflege geben*“. Die beiden Töchter sollen ihre beruflichen Tätigkeiten aufrechterhalten können.

„Nein, dann muss sie in die Pflege, das geht sonst nicht, dann geht das nicht. Wenn mit mir irgendwas ist, das haben wir mit den Kindern abgesprochen, dann geht sie in die Pflege. Das geht nicht.“ (Int. 6, Z. 283 f.)

Moralischer Konflikt führt zu Belastungen

4.3.2 Berufliche Helfer*innen. Geteilte Verantwortung?

Beruflicher Helfer*innen können in vielfältiger Form in Pflegesettings eingebunden werden. In unserem Sample begegnete uns eine große Bandbreite an Art und Umfang. Abseits derjenigen Arrangements, die ohne berufliche Helfer*innen organisiert sind, waren es folgende:

- Nur mit Haushaltshilfe;
- Mit ambulantem Pflegedienst an wenigen Tagen in der Woche oder Tagespflege (ggf. ergänzt von Haushaltshilfe);

Große Bandbreite an Art und Umfang

- Mit täglichem oder mehrmals täglichem Besuch von ambulantem Pflegedienst (ggf. ergänzt von Tagespflege oder Haushaltilfe);
- Gelegentlich: Einbezug von Alltagsassistenz;
- Mit 24h-Betreuungskraft (ggf. unter Einbezug weiterer beruflicher Helfer*innen);
- Mit häuslicher Intensivpflege.

Hauptsächlich körpernahe Pflegeaufgaben

Professionelle Pflegekräfte unterstützen meist bei der morgendlichen Körperhygiene und beim Anziehen, teilweise auch bei der Medikamentengabe. Ebenso hatten zahlreiche von uns Interviewte über die Leistung der Häuslichen Krankenpflege (gem. § 37 SGB V) Kontakt mit Pflegediensten. In diesem Rahmen werden z. B. Katheterwechsel durchgeführt.

Frühzeitiger Einbezug Professioneller

Der Weg zum Einbezug beruflicher Helfert*innen kann ebenfalls sehr unterschiedlich verlaufen. In manchen Arrangements hatten die Personen mit Pflegebedarf oder Angehörige von vornherein Kontakt mit einer Beratung oder einer Sozialstation, wurden frühzeitig über die Möglichkeiten der Unterstützung aufgeklärt und folgten den Empfehlungen. So erzählt Kurt Wegner, der seine Ehefrau pflegt, wie es dazu kam, dass er den Pflegedienst eingebunden hat:

„Ja das hat man mir in der Früh-Reha schon nahegelegt, dass ich mir einen Pflegedienst nehmen soll, der mich unterstützt. Und wir kannten einen Pflegedienst, von unserer Freundschaft her, deren Schwiegersohn dem sein Vater hatte einen Pflegedienst und da habe ich die dann mal angerufen, da sind die dann hergekommen und haben [...] die Modalitäten besprochen und bearbeitet und waren dann gleich da.“ (Int. 25, Z. 15–20)

Dass Pflegedienste aufgrund von Bekanntheit oder Verwandtschaft ausgewählt werden, findet sich auch in weiteren Interviews. Wenn die Möglichkeit besteht, scheint diese Vertrautheit hilfreich, um Kontakt zu professionellen Helfer*innen außerhalb des engsten Familienkreises aufzubauen. Allgemein wurden die viertel- oder halbjährlich stattfindenden Beratungsbesuche von Pflegediensten gem. § 37 Abs. 3 SGB XI oftmals als hilfreich erlebt. Sie stellen in manchen Fällen die Hauptbezugsquelle von Informationen über Pflegeleistungen, mögliche Hilfsmittel oder Umbauten dar.

Ausweitung der Beteiligung Professioneller

In einigen Arrangements wurde der Einbezug beruflicher Helfer*innen aufgrund steigenden Pflegebedarfs ausgeweitet, wie beispielsweise in den Schilderungen von Fr. Sommer sehr anschaulich wird. Sie zieht immer mehr Hilfen hinzu, orientiert am steigenden Unterstützungsbedarf ihrer Eltern. Das fängt bei einer Haushaltshilfe an, geht weiter mit dem ambulanten Pflegedienst, den sie immer häufiger beauftragt, bis zur Tagespflege (vgl. Abschnitt 4.2.1). Ebenso spielt die Entlastung der Angehörigen eine Rolle, wie z. B. im Fall von Hr. Berger. So versuchen die meis-

ten, die Pflege im ersten Moment weitestgehend innerhalb der Familie zu bewältigen, holen sich aber Hilfe, wenn für sie eine Grenze des Machbaren erreicht ist. Dabei erfahren manche erst spät allen ihnen potenziell zur Verfügung stehenden Hilfen. Dieser Befund wird auch in der IfD-Befragung bestätigt, (vgl. Haumann i. d. B.: Abbildung 21). Aber auch Kraftgrenzen, die Abnahme der körperlichen Belastbarkeit der pflegenden Ehepartner*innen mit Pflegedauer und das steigende Alter spielen eine Rolle, wenn es darum geht einen Pflegedienst (in größerem) Umfang hinzuziehen.

Manche Arrangements reduzieren aber auch die Beteiligung professioneller Helfer*innen mit der Zeit und vor dem Hintergrund der gesammelten Erfahrungen. Sinkt der Pflegebedarf, passt die Hilfe nicht, stimmt die Qualität nicht oder wird deutlich: das können wir auch allein – wird dem Pflegedienst gekündigt oder werden Teilleistungen abbestellt. Letzteres beschreibt etwa Fr. Kaiser:

„Die haben dann nur immer abends dann da, wo sie ihr ihr Nachthemd angezogen haben, dann am Anfang musste ja dann auch immer dieser Katheterwechsel da gemacht werden und da haben wir sie auch langsam herunter gebracht gehabt und dann war eigentlich nur noch Nachthemd anziehen. Da habe ich gesagt: ‚Also Nachthemd anziehen, das kann ich auch selber machen.‘“ (Int. 11, Z. 74–78)

Ähnlich hat Hr. Berger (vgl. Abschnitt 4.3.1) die abendlichen Besuche des Pflegedienstes einstellen müssen, weil seine pflegebedürftige Frau dabei immer so früh ins Bett gebracht wurde, dass sie wieder wach wurde, wenn er schließlich selbst ins Bett gehen wollte. Sein eigentlicher Wunsch nach Entlastung konnte dadurch nicht umgesetzt werden. Hr. Berger macht in diesem Zusammenhang deutlich, dass er eigentlich gerne stärker auf den Pflegedienst zurückgreifen würde, wenn dessen Leistungen besser an seine und die Bedürfnisse seiner Frau angepasst wären und der Pflegedienst mehr Zeit hätte.

Eine starke Beteiligung und dominierende, ggf. bevormundende Rolle des Pflegedienstes kann außerdem zu dem Gefühl des Autonomieverlusts führen. Der Pflegedienst gibt einen zeitlichen Rahmen vor, an dem die Personen mit Pflegebedarf und oft auch pflegende Angehörige zu Hause sein müssen. Eine Person berichtete telefonisch, dass sie den Pflegedienst schließlich wieder abstellte, weil ihre Tagesstruktur dadurch zu sehr fremdbestimmt und von vorgegebenen Terminen geprägt gewesen sei. Besonders extrem äußert sich die Angst vor einem möglichen Autonomieverlust bei Hr. Schlegel, der früher seine Mutter und nun seine Ehefrau pflegt:

„Denn wenn man da keine Kontrolle ausübt, dann artet das alles aus. Dann macht der Pflegedienst, was er will und aus dieser Lehre, sage ich mal, die ich

Reduktion der Beteiligung Professioneller

Angst vor Bevormundung

gezogen habe bei meiner Mutter, habe ich gesagt, dass mache ich mit meiner Frau von Anfang an gar nicht so.“ (Int. 14, Z. 80 ff)

Zwar bezieht Hr. Schlegel den Pflegedienst ein, für ihn ist es aber wichtig, dabei die Organisation auf jeden Fall in den eigenen Händen zu behalten.

Fachwissen bei Bewertung der Pflegekräfte nachrangig

Das Fachwissen, das die Pflegekräfte mitbringen, spielt bei der Bewertung der Relevanz der Pflegedienste kaum eine Rolle. Zwar schauen sich einige An- bzw. Zugehörige „Tricks“ von den Pflegekräften ab, z. B. für körperlich schwere Hebeaufgaben, mit der Intention, diese dann selbst einsetzen zu können. Voraussetzung dafür, die Pflege (vollständig) selbst zu übernehmen, ist die Einschätzung, die Pflege fachlich und tatsächlich selbst durchführen zu können. Hr. Liebig, der seine Ehefrau komplett ohne professionelle Unterstützung pflegt, führt aus, wie er das bewerkstelligte, als er nach einer Operation selbst eingeschränkt war:

„Saubermachen konnte ich trotzdem, nur nicht so schnell und da ich ja innerlich scheinbar [...] ein bisschen Perfektionist bin [...], lasse ich ungern andere in die Wohnung rein, die das machen, und bei meiner Tochter weiß ich, wenn die das machen würde, die würde es genauso sauber, so pingelig machen wie ich. Deswegen ich möchte im Grunde genommen so lange wie möglich auch keine fremde Hilfe haben hier.“ (Int. 12, Z. 176–182)

Finanzielle Erwägungen

Finanzielle Erwägungen spielen eine zentrale Rolle, wenn es um den Einbezug professioneller Unterstützung geht, insbesondere in Bezug auf den Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen. Die angestellten Berechnungen basieren dabei nicht immer auf zutreffenden Grundlagen. Ängste sind am Wirken, wie bei Hrn. Berger, der fürchtet den Familienbesitz aufgeben zu müssen. Teilweise werden Eigenanteile oder Zuzahlungen zu hoch eingeschätzt. Ebenso wichtig scheinen Aspekte des Nutzens und der Effizienz des Einsatzes Professioneller in dieser Berechnung. Die Vorgaben der Leistungskataloge, die engen Zeitfenster, führten bei einigen Interviewten zu der Einschätzung: Das lohnt sich nicht, das ist das Geld nicht wert. Auch, um die Qualität der zwischenmenschlichen Ebene zu gewährleisten, wird die Pflege von den Angehörigen lieber selbst in die Hand genommen.

Familien- orientierung

Gegen den Einbezug von professionellen Helfer*innen sprach bei einigen Interviewten auch eine familialistische Wertehaltung. Die Vorstellung davon, dass Pflege in erster Linie private Familiensache sei, äußert sich im Interview mit Hr. Rose in einem klaren moralischen Urteil:

„Ja, dass man eben nicht mehr persönlich Verantwortung zu übernehmen hat, sondern man kann es abgeben an entsprechende Dienste oder Dienstleistungen und ja also das ist dann einfach zu anonym, finde ich, und grundsätzlich ist der Staat ja schon, was die Sozialleistungen angeht überbordend, ja. [...] das finde ich nicht richtig.“ (Int. 26, Z. 269–275)

Die Tendenz, Pflege eher innerhalb der Familie zu organisieren und professionelle Helfer*innen nur hinzuziehen, wenn es nicht anders geht, wird durch die Rahmenbedingungen, unter denen die professionelle Pflege erbracht wird, verstärkt. Soweit die Interviewten Erfahrungen mit Pflegediensten hatten, äußerten diese selten Kritik in Bezug auf die Pflegekräfte selbst. Bis auf wenige schlechte Erfahrungen sind sie – im Rahmen der durch die Pflegeversicherungen gemachten Vorgaben – zufrieden mit dem zwischenmenschlichen Umgang. Kritik üben die Interviewpartner*innen an den Rahmenbedingungen. Sie erschweren es den Pflegekräften, ihren Aufgaben so nachzukommen wie es den Erwartungen der Personen mit Pflegebedarf bzw. der An- und Zugehörigen entspräche. Ein wesentlicher und häufig genannter Kritikpunkt bezieht sich auf die Zeitpläne der Pflegekräfte, die zu eng getaktet seien. Auch wird die Ökonomisierung der Pflege und die Gewinnerzielungsabsicht mancher Träger als Problem benannt. Bei vielen der von uns Interviewten bzw. deren Angehörigen besteht ein dauerhafter Betreuungsbedarf. Die Angebote des Pflegedienstes können diesen nicht vollständig decken – die Eigenleistung der Angehörigen ist unverzichtbar.

Zufrieden mit menschlicher Seite, Kritik am System

An- und Zugehörige stehen aber nicht immer im benötigten Ausmaß zur Verfügung. Personen mit Pflegebedarf, deren Angehörige zu weit entfernt wohnen bzw. beruflich und/oder familiär stark eingebunden sind, sind auf berufliche Helfer*innen existenziell angewiesen. Bezogen auf eigene Kinder betonten Interviewte, dass sie deren Erwerbstätigkeit nicht einschränken wollten. Dazu sagt Silke Fischer, die sich ein kleines Netzwerk an Ansprechpersonen aufgebaut hat und die Unabhängigkeit vom Sohn wahr:

Einbezug von Kindern unter Einschränkungen

„Ich möchte auf gar keinen Fall meinem Sohn, der wirklich also eine ganz hohe idealistische Einstellung hat zu seinem Beruf, der opfert sich praktisch für seinen Beruf auf [. . .]. Und dem möchte ich ja nun nicht noch mehr zur Last fallen. Also er gibt mir vor allem diese Sicherheit. Diese Sicherheit, dass ich zu jeder Zeit und er weiß auch, dass ich nicht übertreibe, dass ich ihn nur dann in Anspruch nehmen würde, wenn ich wirklich nicht kann. Auch nicht, möchte ich auch nicht, jedes Wochenende zum Beispiel bei meinen Kindern auf er Terrasse sitzen, das bisschen Freizeit, was die haben, das brauchen die wirklich auch für ihre Ehe und dann sage ich manchmal. ‚Och ne, mir geht es heute nicht so gut, da bleib ich- ich bleibe lieber zu Hause. Ich lese gerade ein gutes Buch‘ und ja.“ (Int. 13, Z. 471–481)

4.3.3 Die fließende Grenze zwischen persönlicher Beziehung und professioneller Pflege

Die Gründe, die gegen den (begrenzten) Einbezug von professionellen Helfer*innen sprechen, sind meist vielschichtig und miteinander verschränkt. Die persönliche Beziehung zwischen Pflegekraft und pflegebedürftiger Person stellt dabei

Pflege ist Vertrauenssache

einen weiteren Faktor dar, denn Pflege ist auch Vertrauenssache. Dementsprechend werden fremde Hilfen deutlich einfacher und besser akzeptiert, wenn es gelingt, eine tragfähige zwischenmenschliche Beziehung aufzubauen. Zwischenmenschliche Aspekte bestimmen das Bild von guter Pflege (vgl. Abschnitt 4.4.1). Die Beziehungsorientierung ist sowohl professioneller wie nachbarschaftlicher bzw. anderen Formen privater Hilfe zu eigen. Die spezifische Qualität nicht primär beruflich tätiger Helfer*innen liegt allerdings gerade in der ihrer Unterstützung zugrundeliegenden überschießenden persönlichen Zuwendung und Personenzentrierung. Demgegenüber müssen professionelle Pflegekräfte fachliche Standards wahren und agieren dabei zugleich innerhalb zeitlicher Rahmenvorgaben, die von den Pflegeversicherungen vorgegeben werden.

Berufliche Helfer*innen leisten auch Freundschaftsdienste

Für Fr. Bauer z. B. besonders wichtig ist die Unterstützung durch ihre Haushalthilfe, die ihr zu einer Freundin geworden ist. Deswegen übernimmt sie zusätzlich zu den Reinigungsaufgaben, für die sie monetär entlohnt wird, in Form von „Freundschaftsdiensten“ unentgeltlich auch weitere Unterstützungsaufgaben. Diese ermöglichen Fr. Bauer ihre Selbständigkeit. Auch Silke Fischer, die ebenfalls alleine lebt, freundet sich mit einer Helferin an und spannt eine andere Freundin durch einen finanziellen Zuschuss verbindlicher in ihr Unterstützter*innennetzwerk ein:

„Es gibt eine Freundin, die jünger ist als ich, die ich noch von [ehemaliger Wohnort der Interviewten] kenne. [...] Die kommt also immer noch zu mir, die ist auch inzwischen Rentnerin, aber sehr robust, hat eine kleine Rente und ist sehr froh, dass sie sich bei mir ein bisschen etwas noch dazu verdienen kann und sie kauft für mich ein. Die weiß also- wir kennen uns schon viele Jahre, als mein Mann noch lebte- und die weiß auch, was ich esse, was ich trinke, was ich gerne mag oder auch nicht. Die kauft für mich ein. [...] Und ja, diese Dame also, diese Freundin betreut mich. Dann habe ich mich angefreundet mit meiner Physiotherapeutin.“ (Int. 13, Z. 135–153)

Grenzen hybrider Arrangements

Derartige hybride Arrangements stoßen jedoch praktisch und hinsichtlich ihrer Akzeptanz an Grenzen. So konstatiert Fr. Fischer ebenfalls:

„Ich könnte auch- ich könnte wirklich bei meiner Erkrankung diesen Begleitservice brauchen, aber ich sage ihnen ganz ehrlich: Ich möchte nicht mit einer fremden Person, die ich gar nicht kenne, die mir da zur Verfügung gestellt wird, Arm in Arm hier einmal um den Block gehen. Ne, mache ich nicht. Ne, möchte ich nicht. Am Wochenende zum Beispiel holt mein Sohn mich hier unten wieder ab mit dem Auto.“ (Int. 13, Z. 335–340)

Es müssen nicht unbedingt beide Beziehungsebenen in einer Person realisiert werden, sie können sich – wie in den meisten Fällen der von uns Interviewten – in verteilten Rollen im Unterstützter*innennetzwerk aktualisieren. Klar trennt z. B. Fr. Erdmann das für sich. Auf Beziehungsebene ist ihr der Kontakt zu ihren Kindern

sehr wichtig; gegenüber beruflichen Helfer*innen nimmt sie eine distanziertere Haltung ein:

„Der Pflegedienst macht seinen Job. Wobei der seinen Job gut macht und durchaus darauf reagiert und durchaus auch ja darauf reagiert, wie es mir geht. Das tun sie auf jeden Fall. Aber für sie bin ich natürlich Patient und davon haben sie mehrere Gott sei Dank.“ (Int. 29, Z. 160–163)

Insgesamt trägt die Hybridität der Sorgenetzwerke zur Stabilität des Pflegearrangements und zur Versorgungssicherheit bei.²⁰ Die persönlichen Beziehungen auf der einen Seite garantieren die Verwirklichung von Kernaspekten der guten Sorge: zwischenmenschlicher Kontakt, Empathie, Verantwortung für die Gestaltung des Alltags und Gewährleistung der Betreuung. Helfer*innen aus dem privaten Bereich sind zudem spontan und gegebenenfalls im Notfall verfügbar, dafür aber ebenso unbeständig – in diese Zusammenhänge ist auch die Hilfe aus der Nachbarschaft einzuordnen. Die Unterstützung durch berufliche Helfer*innen auf der anderen Seite ist verbindlich und durch vertragliche Beziehungen klar geregelt. Vor allem gewährleistet sie Professionalität und damit fachliche Qualität der Hilfen (zur Differenzierung gewerblicher und privater Sorgearbeit vgl. auch Röber 2005, S. 71–74). Corinna Frommherz (2007, S. 99 f.) fand in ihrer Studie heraus, dass sich Menschen mit Pflegebedarf durch eine geringfügige Bezahlung von nachbarschaftlichen Hilfen als selbstständiger erleben, weil sie nicht das Gefühl hätten, anderen zur Last zu fallen oder ständig dankbar sein zu müssen. Die Bezahlung macht es ihnen leichter, (außerfamiliäre) Hilfe anzunehmen. Im Sinne von Reziprozitätsnormen bleiben die Personen mit Pflegebedarf „weniger schuldig“. Gleichzeitig sind diese Helfer*innen keine anonymen Fremden. Sie können zu Freund*innen werden. Auf der anderen Seite empfinden in der Untersuchung von Frommherz die nachbarschaftlichen und ehrenamtlichen Helfer*innen, die in kleinem Umfang entlohnt werden, ihre Arbeit als weniger fremdbestimmt als unter reinen Lohnarbeitsbedingungen (vgl. ebd., S. 119). Auch in Bezug auf Beratung heben manche der Interviewten die Bedeutung einer persönlichen und zugewandten Arbeitsweise hervor. So z. B. Hr. Liebig:

„Dann haben wir Gott sei Dank eine Pflegeberatung hier, eine junge Frau von der Firma [Name der Firma] und die [...] berät uns sehr gut. Man hat uns dann auch Wege aufgezeigt, was wir machen können, was wir machen sollten, und [...] da sind wir ganz begeistert von. Zumal das eine sehr nette und sympathische Frau ist. Also man muss ja auch die Menschen mögen, die einen beraten, sonst wird das alles nichts.“ (Int. 12, Z. 109–114)

²⁰ Kritisch diskutiert wird die strukturelle Einbindung nicht entlohnter, ehrenamtlicher Arbeit u. a. unter dem Aspekt der Ausbeutung von Tine Haubner und Silke van Dyk (2021). Hier wird jedoch die These vertreten, dass diese Einbindung unerlässlich ist, um gute Sorge zu gewährleisten – unter entsprechenden Rahmenbedingungen.

**Hybridität
stabilisiert**

Wunsch nach enger Begleitung

Einige wünschen sich eine deutlich intensivere, individuelle Begleitung und Hilfe bei Entscheidungen. Hinweise auf Gesetzeslagen zu Unterstützungsleistungen allein reichen oftmals nicht und werden nicht als hilfreich erlebt.

An der Bevorzugung von Hilfe durch Familienangehörige ändert das ganze Spektrum an beruflichen Hilfen nichts. Berufliche Helfer*innen sind insbesondere gefragt:

- wenn keine An- und Zugehörigen verfügbar sind;
- wenn die Person mit Pflegebedarf verfügbare An- und Zugehörige nicht in die eigene Pflege einbinden möchte;
- wenn die An- und Zugehörigen entlastet werden sollen;
- wenn es um fachlich anspruchsvolle Tätigkeiten geht.

Gegen den Einsatz beruflicher Helfer*innen bestehen insbesondere folgende Vorannahmen bzw. Bedenken:

- die Familie kann es besser;
- die Rahmenbedingungen, unter denen die professionelle Pflege stattfindet, sind ungünstig;
- berufliche Hilfen sind teuer;
- professionelle Hilfen sind oftmals nicht passfähig;
- Hilfen von außen gefährden potenziell die eigene Autonomie.

In Pflegearrangements muss Platz für zwischenmenschliche Aspekte der Pflege sein. Auf diese und weitere Aspekte guter Pflege wird im folgenden Kapitel eingegangen.

4.4 Gute Pflege & gute Pflegekräfte

Zeit und Vertrauen sind wichtig

Sowohl Personen mit Pflegebedarf als auch pflegende An- und Zugehörige wurden gefragt, was für sie eine gute Pflegefachkraft ausmacht und welche Erwartungen sie an gute professionelle Pflege richten. In ihren Antworten formulierten die Interviewten Erwartungen, welche sich nicht ausschließlich auf fachliche Qualifikationen bezogen. Vordergründig war immer wieder das Bedürfnis, dass die Pflegekräfte sich Zeit nähmen, um eine vertrauensvolle Beziehung zu den Pflegegedürftigen sowie zu den An- und Zugehörigen aufzubauen. Damit wurden an die professionelle Pflege Erwartungen formuliert, die vorrangig in der privaten Pflege durch An- oder Zugehörige zu verorten sind. Entscheidend waren für die Interviewpartner*innen bei der Bewertung der professionellen Pflegedienste Fragen

der Vertrauenswürdigkeit. Demgegenüber lag auf den spezifischen Fertigkeiten sowie der Expertise, welche die Pfleger*innen kraft ihres Berufs mit sich bringen, ein deutlich geringeres Augenmerk. Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist auch, dass die von den Interviewpartner*innen formulierte Kritik sich in den seltensten Fällen gegen die Pflegekräfte selbst richtete. Bemängelt wurden in der Regel vielmehr die systemischen Bedingungen, unter denen diese arbeiten müssen. Das folgende Kapitel beschäftigt sich eingehend mit den Anforderungen an gute Pflege sowie gute Pflegekräfte, die von den Interviewten mit Pflegebedarf sowie An- und Zugehörigen formuliert werden. Illustriert werden diese Aspekte zunächst an den Erzählungen von Susanna Bauer, die einen Einblick in das gewähren, was gute Pflege für sie bedeutet.

4.4.1 Susanna Bauer: Selbst ist die Pflegefachfrau

Susanna Bauer ist Mitte Sechzig und lebt als Witwe allein. Seit wenigen Jahren ist sie durch eine fehlgeschlagene Operation halbseitengelähmt und leidet zudem an einer Inkontinenz. Den Übergang vom Krankenhausaufenthalt zurück in das Leben zu Hause mit Pflegebedarf beschreibt als besonders herausfordernd.

**Übergang von
Krankenhaus in
häusliche Pflege
herausfordernd**

„Ja ich konnte mich halt um alles selber kümmern, nicht? Also man hat zwar mir Anlaufstellen gesagt in der Reha, aber die konnten mir im Endeffekt auch nicht weiterhelfen. Also ich musste mir alles selber erarbeiten dann.“ (Int. 8, Z. 46–48)

Beratungsstellen etwa der Pflegekasse hat sie nicht als hilfreich erlebt. Fr. Bauer musste sich selbst helfen. Ihre eigenen Lebens- und Berufserfahrungen lieferten ihr die dafür notwendigen Ressourcen. Zum einen hatte sie zuvor ihre Mutter gepflegt und musste sich in diesem Zusammenhang bereits in das komplizierte Regelungsgeflecht der Pflegeversicherung einarbeiten. Fr. Bauer hatte ihrer Mutter versprochen, diese – so gut sie es konnte – selbst zu versorgen.

„Ich hatte meiner Mutter mal versprochen: So lange wie es geht, tue ich dich einfach nicht ins Heim, weil das war für sie das Schlimmste. Sie wollte in ihrer Eigentumswohnung bleiben und das haben wir, Gott sei Dank, geschafft.“ (Int. 8, Z. 604–607)

Fr. Bauer konnte ihr Versprechen einhalten, wenngleich es ihr nicht gelang, die die Pflege bis zum Schluss ganz allein zu übernehmen. Sie war beruflich in Nachtdienste eingespannt und später mit ihrer eigenen Krankheit beschäftigt. Als ihre Mutter rund um die Uhr gepflegt werden musste, engagiert Fr. Bauer schließlich eine 24h-Betreuerin aus Polen. Wirklich zufrieden war sie mit der Lösung allerdings nicht, da sie der Zuverlässigkeit der Betreuerin teils misstraute. Verlässlichkeit und Beständigkeit spielten eine große Rolle für Fr. Bauer. In ihrem Beruf hatte

**Pflege der
Mutter**

sie die Erfahrung gemacht, dass Personen mit Pflegebedarf von ihren Angehörigen „vergessen“ wurden, was ihr selbst nie passieren sollte.

Expertise und Netzwerk als Pflegefachkraft

Neben den Erfahrungen, die Fr. Bauer im Zuge der Pflege ihrer Mutter gesammelt hatte, verfügt sie zum anderen als Pflegefachkraft über das entsprechende Fachwissen und langjährige Erfahrung. Zudem verfügt sie aufgrund ihres beruflichen Hintergrundes über ein Netzwerk an ehemaligen Kolleg*innen, durch welches sie medizinisch-pflegerische sowie organisatorische Unterstützung erfährt. Außerdem schildert Fr. Bauer, dass sie durch ihren Beruf einen „starken Willen“ entwickeln konnte. Er hilft ihr dabei, sich selbst in die komplexen Regelungen der Pflegeversicherung einzuarbeiten und mit ihrer neuen Lebenssituation zurechtzukommen. Einfach sei das dennoch nicht:

„Ja man muss halt sehr viel zurückstecken, nicht? Ich bin ja auch im Berufsleben praktisch herausgerissen worden. Ich war selbstständig, ich habe ein Auto gehabt, ich konnte überall hinfahren und das kann ich halt jetzt nicht mehr. Ich brauche immer jemanden, den ich dann bitten muss, irgendwie mit mir raus zu gehen.“ (Int. 8, Z. 187–191)

Selbständigkeit durch breites Netz

Unabhängigkeit ist für Fr. Bauer ein hohes Gut, weswegen sie der mit ihrer Erkrankung einhergehende teilweise Verlust ihrer Selbständigkeit besonders hart trifft. Zugleich vermag sie es, sich ein vielseitiges und ihr eine selbstbestimmte Lebensführung ermöglichendes Helfer*innennetz aufzubauen. Mit Assistenz gelingt ihr ein ihren Präferenzen entsprechender Alltag. Sie sucht proaktiv nach Hilfe und mobilisiert sich punktuell Unterstützung, die ihrem Bedarf entspricht. So schafft sie es, ihr Leben auch mit den neuen Herausforderungen und der Verwiesenheit auf fremde Hilfe zu meistern: Ein wichtiger Schritt, den sie unternahm, war der Umzug in die Nähe ihres Sohnes. Sie schätzt seine Gesellschaft. Sie gehen in den Park oder besuchen Konzerte. Mit genuinen Pflegeaufgaben ist er hingegen in der Regel nicht betraut. Fr. Bauer erwartet von ihrem Sohn auch nicht, dass dieser ihre Betreuung übernehmen sollte, wenn ihr Pflegebedarf steigt. In diesem Fall zieht sie in Betracht, in betreutes Wohnen oder in ein Pflegeheim umzuziehen.

Beschäftigungen alleine zum Erhalt der Selbständigkeit

Fr. Bauer kann außerdem gut mit sich alleine sein. Diese Fähigkeit hat ihr auch geholfen, während der Corona-Pandemie mit den deutlich reduzierten sozialen Kontakten gut zurecht zu kommen.

„Ich habe eigentlich überlegt, was kannst du machen, dass du hier nicht den ganzen Tag nur herum sitzt und Fernsehen guckst, sondern ich habe dann halt versucht, irgendwie ja eine Beschäftigung zu finden und dann habe ich angefangen zu häkeln, was mir sehr viel Spaß macht. Dann habe ich Kreuzworträtsel angefangen. Dann habe ich mir Hörbücher heruntergeladen. Das ist besser, als die Bücher die ganze Zeit zu halten, weil dann die Knochen irgendwann sehr wehtun, wenn es so dicke Wälzer sind. Ja, so kommt man halt irgendwie durch

den Tag und ich nehme mir jeden Tag irgendetwas vor, was ich mache.“ (Int. 8, Z. 208–215)

Fr. Bauer hat sich Tätigkeiten gesucht, die sie durch den Tag tragen und mit denen sie sich selbst fördert. Dies entspricht auch ihrem Verständnis der Tätigkeiten einer Pflegekraft. Im Mittelpunkt sollte der Erhalt der Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person stehen. In diesem Sinne ist Fr. Bauer ihre eigene Pflegekraft.

Für die Erledigung alltäglicher Aufgaben wie Körperpflege, Einkäufe, Kochen, Reinigungs- und Gartenarbeiten greift Fr. Bauer auf die Unterstützung durch verschiedene Helfer*innen zurück. Die hohe Flexibilität ihrer Unterstützer*innen gibt Fr. Bauer einerseits ein hohes Maß an Sicherheit und ermöglicht ihr andererseits, ihren Alltag weitestgehend selbstbestimmt zu gestalten. Neben einer Alltagsassistentin, die Fr. Bauer im Bedarfsfall anfragen kann, ist insbesondere eine Haushaltshilfe, zu der sie ein geradezu freundschaftliches Verhältnis unterhält, von zentraler Bedeutung. Die Haushaltshilfe kommt 2–3-mal wöchentlich zum Putzen. Da sie in unmittelbarer räumlicher Nähe wohnt, kann Fr. Bauer sie außerdem auch spontan anrufen und um Hilfe bitten. Außerdem erzählt Fr. Bauer von einer Nachbarin, die ihr gelegentlich beim An- und Ausziehen der Strümpfe und Schuhe hilft.

Flexibles Netzwerk

„Ich hab jetzt auch das Glück gehabt, das eine sehr nette alleinstehende Nachbarin eingezogen ist, entweder macht die das oder ich rufe meine Haushaltshilfe an, die wohnt nur ein paar Minuten von hier weg. Die ist dann auch bereit, dann immer schnell da zu sein und zu kommen.“ (Int. 8, Z. 145–152)

Die Hilfen scheinen vielfältig und weitgehend zu sein. So schildert Fr. Bauer, dass die Haushaltshilfe ihr in die Dusche hilft, oder ihr beim Kochen unterstützt, das Nudelwasser abzugießen – was sie selbst nicht mehr kann. Kochen bleibt ansonsten ihre Sache. Voraussetzung ihrer selbstbestimmten Lebensführung ist Fr. Bauers Management ihres Unterstützungsnetzwerkes. Sie knüpft sich und pflegt ein Netzwerk, das sie dabei unterstützt, ihr alltägliches Leben so gestalten zu können, wie es ihr entspricht. Auch mit Blick auf ihre Zukunft kann sich Fr. Bauer vorstellen, über dieses Netzwerk im Bedarfsfall mehr Hilfe zu organisieren. In gewisser Weise ist sie ihre eigene Case Managerin.

Mehr Unterstützung bei Bedarf

Für das Arrangement von Fr. Bauer ist die Beziehung zu den Helfer*innen, die über eine reine Dienstleistungsebene hinaus geht, elementar. Die Haushaltshilfe „kümmert sich sehr gut“ (Int. 8, Z. 85) um Fr. Bauer und leistet einen „Freundschaftsdienst“, indem sie weitaus engagierter ist, als es ihr Angestelltenverhältnis nahelegen würde:

Freundschaftsdienst

„Also sie macht sehr viel auch umsonst, muss ich sagen. Wenn ich jetzt wirklich jemanden hätte, der total jetzt fremd wäre, ich glaube, dann käme ich vielleicht

ganz knapp damit hin, aber es käme darauf an, wie viel Stundenlohn diejenige haben wollte dann.“ (Int. 8, Z. 170)

Fr. Bauer geht davon aus, dass sie von einer Dienstleistungsfirma nicht so viel Hilfe erwarten könne. Von einem rein ökonomisch ausgerichteten Dienst würde sie ausschließlich die gebuchten bzw. buchbaren Stunden bekommen. Auf einen Pflegedienst ist Fr. Bauer nicht angewiesen, was ihr entgegenkommt. Mit den von der Pflegeversicherung erfassten Pflegeleistungen könnte sie den Bedarf an flexiblen Unterstützungsleistungen weder finanzieren noch organisieren. Die Alltagsassistenz zahlt sie aus dem Entlastungsbeitrag; die Haushaltshilfe aus dem Pflegegeld. Letztere kommt durch ihre unentgeltliche Mehrarbeit keineswegs auf den ihr zustehenden Stundenlohn. Die hybride Konstruktion der Hilfe-Helfer Beziehung ist typisch für stabile Arrangements, die weitgehend selbst organisiert werden (können) (vgl. Abschnitt 4.3.3). Dass Fr. Bauer auf eine Reihe von Ansprüchen der Pflegeversicherung verzichtet, dürfte ihr bewusst sein: Autonomie hat ihren Preis.

Zwischen- menschliches vor Monetärem

Rein finanzielle Motivation sollten, so Fr. Bauer, ohnehin nicht die Grundlage für pflegerische Berufe sein:

I: „[Der] menschliche Umgang. Das ist also sehr, sehr wichtig, denn die Kranken und Pflegebedürftigen sind ja doch sehr, sehr sensibel und man sollte dann schon also nicht das einfach nur machen, weil es Geld bringt, sondern sollte mit dem Herzen auch ein bisschen dabei sein.“ (Int. 8, Z. 691–696)

Gemäß ihrem eigenen Berufsverständnis versuche eine „gute Pflegekraft“ den eigenen Stress hintenanzustellen und sich Zeit für die Patient*innen zu nehmen, sich mit diesen auseinanderzusetzen und ihnen zuzuhören. Sie repräsentiert ein klassisches Verständnis vom Pflegeberuf, das die zwischenmenschliche Ebene in den Vordergrund stellt. Dazu passt Fr. Bauers Kritik am Medizinischen Dienst. Dieser könne den Unterstützungsbedarf einer Person gar nicht richtig einschätzen – schon gar nicht aus der Ferne, wie während der Corona-Pandemie. Es bräuchte eine längerfristige Beurteilung des MD, ansonsten sei diese fehleranfällig und führe dazu, dass der Pflegebedarf unterschätzt würde. Fr. Bauer selbst weiß sich zwar zu behaupten. Sie hat bereits einmal einen Widerspruch gegen eine Entscheidung des MD durchgesetzt. Sie geht allerdings davon aus, dass anderen die Durchsetzung und Wahrnehmung der eigenen Interessen nicht ohne weiteres möglich sei. Sie wünscht dementsprechend mehr Transparenz und weniger Komplexität in der Pflegeversicherung.

4.4.2 „Was für mich eine gute Pflegekraft ausmacht? Das, was es nicht gibt“

Von der guten Pflegekraft als Utopie, als „das, was es nicht gibt“, spricht Fr. Appel im Interview. Die damit einhergehende Kritik richtet sie nicht gegen die Fachkräfte selbst. Die Umstände, unter denen diese arbeiten müssen, stehen im Fokus ihrer Kritik.

Pflege nach Bedarf

„Die Pflegekräfte haben ja nur eine Vorgabe. Das ist gebucht oder wie immer es heißt und das wird gemacht und mehr nicht. Und eine gute Pflegekraft für mich, müsste auch sagen okay, ich sehe, es ist Bedarf, hier das müsste mal gemacht werden und das müsste mal gemacht werden. Und das passiert natürlich nicht.“ (Int. 1, Z. 54–58)

Der strikte Dienst nach ökonomisch diktierten Vorgaben führt aus Fr. Appels Sicht dazu, dass bei der ambulanten Pflege gerade nicht die eigentlichen Bedarfe der Personen mit Pflegebedarf im Vordergrund stünden und womöglich nicht berücksichtigt würden. Immer wieder bezieht sich die Kritik der Interviewten auf die zeitlich enge Taktung der Pflegedienste. Für jede Leistung gibt es klar vorgegebene Zeitkontingente, die den Rahmen für Hausbesuche limitieren. Das beschreibt auch Fr. Schmied im Gespräch. Ihr fehlt es an:

Verhinderung durch Vorgaben

„Zeit, vor allen Dingen und- Zeit, um mit den Leuten zu reden. [...] Von mir aus direkt kann ich es nicht sagen, aber ich kriege das so mit hier in der Nachbarschaft. Die kommen und gehen, ne? Also die Zeit ist einfach gering. Es sind einfach zu viele, ich verstehe es. Und der Zeitpunkt. Also fünf Minuten hierfür und fünf Minuten dafür. Zum Anziehen drei Minuten und zum ins Bett bringen fünf Minuten und Spritzen eine Minute. Das habe ich hier so von der Umgebung mitbekommen.“ (Int. 4, Z. 85–92)

Das Bild der zeitlich eng getakteten Pflege hat sich in der Gesellschaft festgesetzt (vgl. Haumann i. d. B.: Abbildung 24). Das gilt auch für Fr. Schmied, die selbst gar keinen Pflegedienst in Anspruch nimmt. Dass Pflege ein knappe Ressource ist und die wenigen Pflegekräfte zu viele Aufgaben zu bewältigen haben, auch das ist in der Bevölkerung und unseren Interviewpartner*innen mehrheitlich bekannt. Die professionellen Pfleger*innen haben scheinbar gar nicht die Möglichkeit, sich jene Zeit zu nehmen, die den Ansprüchen an gute Pflege gerecht werden würde. Daraufhin befragt, was für sie eine gute Pflegekraft ausmacht, benennen die Gesprächspartner*innen Eigenschaften, die die schlechten Rahmenbedingungen wettmachen sollen. Pflegekräfte sollen demnach selbst aktiv werden und sich Zeit – die sie eigentlich nicht haben – im Einzelfall *nehmen*. So sagt etwa Fr. Kaiser:

Zu wenig Zeit für gute Pflege

„Ja, das ist halt, ja wie halt wahrscheinlich überall, dass sie [die Pflegekraft] sich auch ein bisschen Zeit nimmt dann.“ (Int. 11, Z. 84 f.)

Kontinuität in den Beziehungen

Gute Pflege lebt aus der Sicht der Interviewten auch von Kontinuität in der Pflegebeziehung. So erwartet Fr. Kaiser von einer guten Pflege:

„Dass sie halt da- ja, dass vielleicht auch nicht jeden Tag jemand anderes kommt, dass [das] vielleicht mehr personenbezogen ist, so ein bisschen. Ja, also es fehlt halt das Menschliche dann immer dabei.“ (Int. 11, Z. 86–88)

Nicht nur zu den Personen mit Pflegebedarf, sondern auch zu den An- bzw. Zugehörigen soll eine gute Pflegekraft eine gelungene Beziehung unterhalten. Die Fachkraft soll mit diesen beständig im Austausch sein und zusammenarbeiten. Fr. Adler charakterisiert die Eigenschaften einer idealen Pflegekraft folgendermaßen:

„Herzlichkeit, Genauigkeit und als zur Stelle stehend, sich sehr gut um die Mutter kümmern, feststellen, wenn ihr gewisse Sachen, wo es ihr nicht gut geht oder zum Beispiel sie mir oder meiner Schwester Bescheid gibt, was wir dann beachten sollen und wie wir zum Beispiel auch eine Hilfestellung leisten könnten.“ (Int. 28, Z. 201–204)

Zugewandtheit und Empathie

Zugewandtheit und Empathie als zwischenmenschliche Qualitäten wünschen sich die Interviewten; wertschätzende Kommunikation und zwischenmenschliche Interaktion. Dies wünscht sich auch Hr. Berger, der seine an Demenz erkrankte Ehefrau pflegt:

„Und, dass die Pflegekraft sich auch mit ihr unterhält, so gut es möglich ist. Denn manchmal ist sie ja gut ansprechbar und antwortet auch.“ (Int. 6, Z. 117–119)

Die Antworten fallen größtenteils als abstrakt formulierte Wünsche oder als Kritik an den bestehenden Verhältnissen aus. Positiv und konkret auf Eigenschaften guter Pflege geht Fr. Pieper ein. Sie erzählt in diesem Zusammenhang, dass die Hauswirtschafterin dazu bereit sei, nicht an ihrem formalen, eng gefassten Auftrag festzuhalten, sondern sich an den Bedürfnissen der Interviewten zu orientieren und darüber hinaus zu gehen:

„Ja aber die immer zur Hauswirtschaft gekommen ist seit dem vergangenen Jahr, seit meinem Armbruch, die ist schon in Ordnung. Die ist sehr tüchtig. Und die fragt dann auch Frau Pieper, möchten Sie noch irgendwie was Besonderes, dann stellen wir was Anderes zurück.“ (Int. 27, Z. 144–149)

Gute Pflege erfordert Aufopferungsbereitschaft

Gute Unterstützung, um es allgemein zu formulieren, ist im Zweifelsfall dazu bereit, sich zum Wohle der Pflegebedürftigen und auch der Angehörigen von einem eng festgelegten Korsett geplanter Hilfen zu lösen. Und sie sollten gegenüber den Pflegebedürftigen nicht die ungünstigen Rahmenbedingungen beklagen.

So Fr. Sommer:

„Eine gute Pflegekraft ist die [...] nicht auch noch klagt während der Arbeit, wie anstrengend das ist. Natürlich ist es anstrengend, mit einem Pflegebedürftigen umzugehen, aber für uns Angehörige ist das eine Hilfestellung im Leben, dass da jemand mit herein kommt, der dann Arbeit abnimmt, dass wir uns dann mal zurückziehen konnten, aber wenn man dann von diesen Personen auch noch mitgeteilt bekommt, wie schlimm es doch ist. Das finde ich kompetenzlos.“ (Int. 10, Z. 134–141)

Dass Pflegekräfte nicht klagen sollen, unterstreicht, wie ausgeprägt idealisiert das Bild der Pflege weiterhin ist. Von ihnen wird eine starke Aufopferungsbereitschaft erwartet. Nicht nur von Familienmitgliedern, sondern auch von professionellen Pflegenden und weiteren beruflichen Helfer*innen wird erwartet, dass sie den Pflegebedürftigen zuliebe pflegen. Dabei spielt, auch die Erwartung an echte Zuneigung eine Rolle. Fr. Adler schildert ihre Erfahrung mit einer 24h-Betreuerin folgendermaßen:

„Die backen Kuchen zum Beispiel oder bereiten Essen so nett vor mit extra- die sagen zum Beispiel beim Essen: ‚Ach schau‘ mal her, das ist ein fröhliches Gesicht, extra für die- für dich.‘ Also die machen alles mit ganz viel Liebe. So wie ich das persönlich auch machen würde zum Beispiel.“ (Int. 28, Z. 181–184)

Dieser Anspruch findet sich nicht nur bei den pflegenden Angehörigen wieder, sondern etwa auch bei Fr. Bauer, selbst pflegebedürftig und zugleich ausgebildete Pflegefachperson:

I: „Nun sind sie ja selber Pflegefachkraft. Wo würden sie denn sagen, was macht gute Pflege, was macht professionelle Pflege gerade in der häuslichen Pflege aus? Was- wenn sie eine Pflege- fachpflegerische Unterstützung bräuchten, worauf würden sie da setzen? Was sollen die- was sollen ihre Kolleginnen können?“

Fr. Bauer: „Ja auf jeden Fall den menschlichen Umgang. Das ist also sehr, sehr wichtig, denn die Kranken und Pflegebedürftigen sind ja doch sehr, sehr sensibel und man sollte dann schon also nicht das einfach nur machen, weil es Geld bringt, sondern sollte mit dem Herzen auch ein bisschen dabei sein.“ (Int. 8, Z. 685–693)

Die so skizzierte Pflege changiert zwischen Beruf und Berufung. Fachliche Pflege wird immer stärker professionalisiert und soll scheinbar zugleich als persönlicher Liebesdienst erbracht werden. Die insbesondere in der häuslichen Pflege an Pflegekräfte gerichteten Erwartungen haben wenig gemein mit dem Profil und dem Selbstverständnis professioneller Pflege. Dieser Befund aus der Bevölkerungsbefragung (vgl. Haumann i. d. B.: S. 31 ff.) wird auch in der Interviewstudie bestätigt. Pflege soll auf Liebe und Freiwilligkeit basieren. Das Ideal ist unerreichbar und

**Pflege von
Herzen**

**Zwischen Beruf
und Berufung**

vermengt berufliche Qualifikationen mit privaten Erwartungen. Es gibt aber auch Erzählungen, die neben dem außerordentlichen Engagement die Professionalität der Pflegefachkräfte betonen. Fr. Riese, deren Tochter zu einem großen Teil von professionellen Pflegekräften im Rahmen von 24h-Intensivpflege gepflegt wird, sagt diesbezüglich:

„Also ich bin, wie gesagt, mit allen in unserem Team super zufrieden und jetzt muss ich erstmal überlegen, was das eigentlich ausmacht. Also das wichtigste ist natürlich, klar, wie sie sich um unsere Tochter jetzt kümmern. Also dass sie wirklich sehr auf sie eingehen, dass sie sie auch sehr ordentlich pflegen und wenn also irgendetwas mal ist und so, dann sieht man also, dass sie sofort drauf reagieren und auch nochmal beim Arzt nachfragen und sich auch dann Sachen besorgen, die dann noch zusätzlich da sind. Also ich hab den Eindruck, wichtig ist halt, dass sie kompetent sind, was bei uns der Fall ist, dass sie sehr auf den Pflegenden eingehen und auch mit ihm eben kommunizieren und nicht nur waschen und Zähne putzen, kämmen und fertig. Ja, sondern in diesem Falle, dass sie sich auch sehr kommunikativ um sie mit kümmern. Sehr zuverlässig. Also wenn wirklich mal irgendetwas mit der Ablösung nicht klappt, dann bleibt eben der eine mal eine Stunde länger, wenn der andere im Stau steht. Da gibt's überhaupt keine Diskussion und nichts. Also ich denke das sind so die wichtigsten Sachen.“ (Int. 7, Z. 138–151)

Berufliche Helfer*innen als Ersatz für Angehörige

Gute Pflege heißt aus der Sicht der Interviewpartner*innen oftmals auch, dass sie Aufgaben übernehmen, die von An- und Zugehörigen gerade nicht erledigt werden können. Zum Ausdruck kommt dieser Wunsch in dieser Aussage von Hrn. Beyer, der von seiner Frau gepflegt wird.

„Ja, dass sie auf den Pflegenden eingeht, aber auch Dinge erkennt, die der Pflegende möglicherweise gar nicht weiß oder das nicht erkennt und dass die solche Themen dann ansprechen.“ (Int. 18, Z. 86–88)

Hr. Beyer nähert sich in seiner Formulierung an professionelle Anforderungen an eine Fachkraft: systematisches Fachwissen und hermeneutische Kompetenz auf der Basis von reflektierter Berufserfahrung, an. Die Fachkraft soll sich in ihrem Fachbereich umfassend auskennen und zugleich im konkreten Fall ein entsprechend gutes Gespür haben, um das eigene Wissen situations- und bedarfsgerecht einsetzen zu können. Dies knüpft wiederum an die zu Beginn von Fr. Appel und Fr. Schmied formulierten Aspekte an, geht aber zugleich darüber hinaus. Die Pflegefachkräfte sollten nicht nur pflegerische Verrichtungen – etwa bei der Körperhygiene – in den Mittelpunkt stellen, sondern sich auch die Zeit und den Raum nehmen, um ihre spezifische Expertise zum Einsatz zu bringen. Das würde bedeuten, den jeweiligen Einzelfall eigenständig zu evaluieren, um davon ausgehend zu überlegen, wie die Person mit Pflegebedarf aus fachlicher Sicht weiterhin in ihrer Lebensführung und dem Umgang mit ihrer Erkrankung unterstützt werden kann.

Die Steuerung des Pflegeprozesses, die hier angesprochen wird, ist berufsrechtlich betrachtet, die Kernaufgabe der Pflege. Im Rahmen der Leistungskataloge der Pflegeversicherung wird diese Kernaufgabe kaum reflektiert und finanziert.

4.5 Geld und Moral

Wie das häusliche Pflegesetting ausgestaltet wird und dabei insbesondere ob und in welchem Umfang professionelle Unterstützungsleistungen in Anspruch genommen werden, hängt maßgeblich von der ökonomischen Situation der Haushalte sowie den Einstellungen der Akteur*innen – auch gegenüber dem Sozialstaat – ab. Einen Einblick in die Bedeutung des Geldes in der Pflege liefert das Beispiel von Harald Pohl, dessen Erzählungen im Folgenden dargestellt werden.

Die Wechselwirkung zwischen Leistungen und Inanspruchnahme

4.5.1 Harald Pohl – Der zufriedene Camper

Vor über acht Jahren erlitt Harald Pohl einen Schlaganfall., in dessen Folge er halbseitig gelähmt war. Er hat sich, wie er es beschreibt, „da wieder rausgekämpft“ (Int. 19, Z. 7) und sei mittlerweile wieder verhältnismäßig gut mobil. Nur sein linker Arm, den er sich vor wenigen Monaten bei einem Sturz gebrochen hatte, bereitet ihm derzeit noch größere Schwierigkeiten. Doch auch diese nimmt Hr. Pohl in Kauf und macht jeden Morgen zwanzig Minuten Gymnastik. Bereits vor seinem Unfall habe er dies regelmäßig getan, weil dadurch „in Gang gekommen“ sei (Int. 19, Z. 143). Außerdem erlaube ihm die Gymnastik, sich selbstständiger zu bewegen; so könne er beispielsweise die achtzehn Stufen zu seiner Wohnung selbst hochsteigen, wie er zufrieden bemerkt. Nur ungeduldig sei er manchmal darüber, dass die Heilung seines Arms so lange dauere.

Nach Unfall wieder „in Gang kommen“

„Also, es wird langsam besser. Es dauert bloß immer. Ich bin ein Mensch, der ein bisschen ungeduldig ist. Hat der Doktor auch gesagt zu mir, Sie müssen Geduld haben, Sie sind vierundachtzig, was wollen Sie denn noch. Ja, aber das geht mir alles zu langsam.“ (Int. 19, Z. 145 ff.)

Auch mit seiner Diabeteserkrankung scheint Hr. Pohl gut zurechtzukommen. Seine Leidenschaft fürs Kochen hat er sich dadurch folglich auch nicht nehmen lassen, wiege nur seine Lebensmittel zuvor immer sorgfältig ab, wie er erläutert. Darüber hinaus setzt Hr. Pohl sich die erforderlichen Spritzen drei Mal täglich selbst. Auf seine regelmäßigen ein- bis zweistündigen Spaziergänge, für welche er seinen Rollator nutzt, nimmt er sich auch stets etwas zu Trinken und zu Essen mit, um seine Blutzuckerwerte durchgehend stabil halten zu können.

Mit Diabeteserkrankung leben

Oft und gerne reist auf einen Campingplatz, auf dem er sich auch während des Interviews gerade befindet. Schon seit mehreren Jahrzehnten komme er regelmä-

Unterstützer*innen- netz auf Campingplatz

ßig dorthin und „*kenne ja jeden hier*“ (Int. 19, Z. 230). Außerdem habe er gemeinsame mit seinen Kindern und Enkelkindern dort eine Art Wagenburg, sodass stets jemand vor Ort sei, der sich nach ihm erkundige und sich um ihn kümmern könnte. Zudem gibt es auch eine Krankenschwester auf dem Campingplatz selbst, welche er bei Bedarf konsultieren könnte. Seine Kinder haben Hr. Pohl außerdem eine Rampe ans Vorzelt gebaut, so dass er dieses problemlos mit seinem Rollator betreten kann. Hr. Pohl ist in ein breites familiäres Netzwerk eingebunden. Dieses unterstützt ihn nicht nur in vielfältiger Form, es bietet auch zahlreiche soziale Kontaktpunkte. Seine Enkelkinder rufen ihn regelmäßig zu Hause in seiner Stadtwohnung an, um sich nach ihm zu erkundigen. Lebensfreude zeichnet Hr. Pohl in seinem Alter und auch unter Bedingungen der Pflegebedürftigkeit aus. Diese gibt ihm die Energie für sich selbst zu sorgen – beispielsweise durch tägliche Gymnastik, die sowie die Überprüfung seiner Blutzuckerwerte. Zum anderen sichert Hr. Pohl sich dadurch für ihn wichtige lebensweltliche Erfahrungs- und Bezugsräume – wie die regelmäßigen Spaziergänge in der Stadt, die Besuche auf dem Campingplatz und das Weiterleben in der bisherigen Wohnung.

Besonders wichtig: Die Tochter

Die wichtigste Bezugsperson von allen ist für Hr. Pohl seine Tochter. Sie wohnt in derselben Straße wie er, nur ein paar Häuser weiter, und unterstützt ihn in zahlreichen Belangen. Tag und Nacht könne Hr. Pohl sie anrufen. So helfe sie ihm etwa zwei bis drei Mal die Woche beim Baden und Abtrocknen, weil er dies insbesondere aufgrund seines gebrochenen Arms nicht mehr alleine kann. Ebenso sortiert sie ihm die Tabletten vor, die er täglich nehmen muss und achtet darauf, dass die Spritzen gegen seinen Diabetes richtig eingestellt sind. Außerdem geht sie für ihn einkaufen und fährt ihn auf seinen Campingplatz. Zwar würden auch seine zwei Söhne aushelfen, aber seine Tochter trage derzeit klar die Hauptverantwortung hinsichtlich der Organisation der Pflege. Allein für die Reinigung seiner Wohnung kommt einmal wöchentlich eine bezahlte Reinigungskraft vorbei. Seitdem Hr. Pohl Hilfe benötigt, habe seine Tochter sich um alles gekümmert und tue das bis heute, sodass er sich selbst über nichts habe informieren müssen. Neben der praktischen räumlichen Nähe scheint er sich auch in persönlicher Weise mit ihr besonders verbunden zu fühlen.

„Ja, wenn meine Tochter da ist, geht es mir natürlich gut. Vielleicht ist das auch eine kleine Kopfsache. Also wenn ich irgendwas habe, so Kleinigkeiten, Knie oder Schulter oder Kopfschmerzen, wenn meine Tochter da ist, dann geht es mir besser.“ (Int. 19, Z. 114 ff.)

Ambivalenz angesichts Ver- wiesenheit auf Tochter

Dabei hat Hr. Pohl ein ambivalentes Verhältnis zu diesem Pflegesetting. Auf der einen Seite zeigt er sich vollauf zufrieden mit der Unterstützung und Hilfe, die seine Tochter leistet. Er könne sich nicht beklagen, denn besser als sie würde der Pflegedienst das auch nicht machen. Deshalb sei er froh, dass sie sich um ihn kümmern könnte. Überhaupt komme er mit der gegenwärtigen Situation, wie sie für ihn ist, sehr gut zurecht. Gleichzeitig sieht er auf der anderen Seite, dass dies

schließlich nur möglich ist, weil seine Tochter momentan nicht berufstätig ist und umfassend Verantwortung für seine häusliche Pflege übernimmt.

„Darf ich ja gar nicht sagen. Ich bin froh, dass sie arbeitslos ist. Dass sie im Haus ist und sich um mich kümmern kann.“ (Int. 19, Z. 95)

Im Gegenzug gibt er das Pflegegeld, welches er erhält an seine Tochter weiter, wobei er sie gerne noch mehr unterstützen würde, was er aber aufgrund seiner geringen Rente nicht kann. Würde er mehr Pflegegeld beziehen, würde er dies jedenfalls direkt an sie weiterreichen. Gleichzeitig bemerkt Hr. Pohl, dass der ihm zugestandene Pflegegrad seiner Einschätzung nach zu gering bemessen sei. Hingegen sei er kein Mensch, „*der lange bettelt*“ und „*wenn das nicht geht, geht das nicht und fertig*“ (Int. 19, Z. 79 f.). Obwohl er das mit einem höheren Pflegegrad verbundene Pflegegeld letztlich an seine Tochter weitergeben würde, sieht er darin eine Form von Almosen, die er nicht in Anspruch nehmen möchte. Dieses Verständnis der Sozialleistung begründet Hr. Pohl dabei biografisch, indem er auf seine Kindheit während des Zweiten Weltkrieges und in den Jahren danach verweist.

„Das sieht für mich so nach Betteln aus und da habe ich nichts mit am Hut. Da nehme ich lieber ein bisschen weniger und fürs Essen und Trinken reicht das. Ich komme gut aus. Und naja, ich bin in einer schlechten Zeit groß geworden.“ (Int. 19, Z. 381 ff.)

Während Hr. Pohl sich mit seiner Situation genügsam und zufrieden zeigt, hat er zugleich einen differenzierteren Blick darauf, wie herausfordernd die Situation für seine Tochter ist, welche maßgeblich Aufgaben in seiner häuslichen Pflege übernimmt. So sei zwar sie es gewesen, die sich von sich aus angeboten und gesagt hätte, sie übernehme gerne seine Pflege, doch Hr. Pohl beschreibt auch, dass dies für seine Tochter eine spürbare Belastung darstelle. Wenngleich sie nicht darüber reden würde, merke er doch, „*dass sie dann im Stress ist*“ (Int. 19, Z. 260), weil sie sich neben ihm auch um sich und ihre eigene Familie kümmern müsse.

„Sie hat ja auch was vor. Sie muss ja auch an ihre Familie denken. Der Junge geht noch zur Schule. Und der Mann arbeitet auch und wenn die abends kommen, die wollen ja auch ihr Essen haben. Und das muss sie ja auch alles machen.“ (Int. 19, Z. 272 ff.)

Seinerseits hatte Hr. Pohl deswegen zunächst überlegt, in ein Altersheim zu ziehen, weil es ihm lieber gewesen wäre, von keinem seiner Angehörigen unterstützt zu werden. Zwar hatte er sich bereits über einen möglichen Platz erkundigt, aber seine Kinder hätten sich entschieden dagegen ausgesprochen und schließlich sei es auch eine finanzielle Frage gewesen. Von seiner Rente hätte Hr. Pohl einen Heimplatz nicht bezahlen können, sodass seine Kinder „*ja auch wieder rangenommen*“ worden wären, was er ebenso wenig gewollt habe (Int. 19, Z. 430 f.).

Pflegegeld als Unterstützung der Angehörigen

Anerkennung der potenziellen Belastung der pflegenden Angehörigen

Im Zweifelsfall auch fremde Hilfe

Gleichzeitig kann Hr. Pohl sich gut vorstellen, eine professionelle Fachkraft im Zuge seiner häuslichen Pflege in Anspruch zu nehmen. Zwar sei seine Tochter noch kein einziges Mal ausgefallen, aber die beiden hätten schon miteinander abgesprochen, dass Hr. Pohl einen Pflegedienst in Anspruch nehmen wird, wenn sie seine Pflege nicht mehr übernehmen kann, etwa aufgrund eines neuen Jobs.

*„Ja, wie gesagt, wenn meine Tochter jetzt wieder Arbeit hat, ich weiß ja nicht, wann das ist, dann hole ich sofort den Pflegedienst, das würde ich machen.“
(Int. 19, Z. 460 ff.)*

4.5.2 Wie nutzen die Interviewten die Pflegeleistungen?

Komplexe Hintergründe für Inanspruchnahme von Leistungen

Hr. Pohl erhält Pflegegeld, das er an seine Tochter weitergibt – damit handhabt er den Umgang mit den Pflegeleistungen wie viele der Menschen mit Pflegebedarf (vgl. Haumann i. d. B.: Abbildung 34) Das Interview mit ihm illustriert aber noch etwas genauer, welche Überlegungen und finanziellen Verhältnisse dahinterstehen können. Hr. Pohl wird von seiner Tochter gepflegt, weil diese aktuell erwerbslos ist und das Pflegegeld es ihr erleichtert, ihr Leben in finanzieller Hinsicht zu bewältigen. Die exakte Höhe scheint dabei nicht ausschlaggebend, sondern jedes bisschen mehr eine Hilfe darzustellen. In diesem Zusammenhang merkt Hr. Pohl an, dass er bzw. seine Tochter mehr finanzielle Unterstützung bräuchten und erklärt gleichzeitig, dass er seinerseits nichts weiter unternehmen wolle, um den ihm verwehrten höheren Pflegegrad doch noch zu bekommen. Sich dafür einzusetzen, wäre für ihn eine Form von Betteln, wie er es beschreibt und dadurch seine moralische Sicht auf die Dinge zum Ausdruck bringt. Zugleich klingt im Gespräch durch, dass Hr. Pohls Tochter die Pflege auch ohne das Pflegegeld übernehmen würde, da ihre emotionale Bindung zum Vater maßgeblich für ihre Beteiligung an seiner Pflege zu sein scheint.

Dieses Beispiel führt mitten hinein in die komplexen Verhältnisse, die die Interviewten zu den Pflegeleistungen haben. In diesem Zusammenhang eröffnet sich eine große Spannweite an Nutzungsmöglichkeiten von Pflegegeld, Sachleistungen, Kombinationsleistungen und weiteren Sozialleistungen:

- Die in Anspruch genommenen Leistungen orientieren sich am Bedarf.
- Es werden Leistungen in Anspruch genommen, aber diese reichen nicht aus, um den Bedarf zu decken.
- Höhere Leistungen werden in Betracht gezogen, falls der Bedarf steigt, momentan aber noch nicht in Anspruch genommen.
- Die Entscheidung zum konkreten Bezug der Leistungen ist in andere Aspekte eingebettet, die genauen Wirkzusammenhänge werden aus den Interviews nicht immer vollständig ersichtlich, sind evtl. auch nicht klar abgrenzbar.

Einerseits gibt es jene Personen mit Pflegebedarf bzw. An- und Zugehörigen, die gut mit den Pflegeleistungen zurechtkommen und selbstverständlich auf das zurückgreifen, was ihnen zusteht. So erzählt z. B. Hr. Schlegel, der seine Ehefrau pflegt, dass er aus dem Leistungskatalog das ausgesucht hat, was für ihn passt. Bei ihm lief es auf Kombileistungen hinaus, d. h. vom Pflegedienst erhält er Sachleistungen und was darüber hinaus „übrig ist“ bekommt Hr. Schlegel in Form von Pflegegeld ausgezahlt. Wenn er nur Pflegegeld wählen würde, käme ihm weniger Hilfe zu, weshalb er sich für diese Lösung entschieden hat. Noch deutlicher an der Bedarfslage orientiert sich die Tochter der von uns Interviewten Edeltraut Riese, die in erster Linie überlegt, was sie an Unterstützung braucht und darauf aufbauend die Finanzierung organisiert. Dies geht aber vermutlich auch mit der guten sozio-ökonomischen Situation der Familie einher. Eher selten wird das Pflegegeld dafür ausgegeben, um Aspekte des „guten Lebens“ zu realisieren. Dies tut etwa Hr. Liebig, der sich gemeinsam mit seiner Frau, unterstützt durch das Pflegegeld, Urlaubsreisen leistet und zudem finanzielle Sicherheit durch Rücklagen verschaffen kann.

Pflegeleistungen auskömmlich?

Andere Interviewpartner*innen erzählen, dass sie die Leistungen gerne als Entlastung nutzen würden, was finanziell aber nicht hinkommt; in der Konsequenz übernehmen sie selbst Aufgaben, die sie eigentlich gerne an berufliche Helfer*innen abgeben würden.

Reichen die Leistungen?

„Ich hab zum Beispiel jetzt gerade, wenn wir da am Gespräch sind mit dem Pflegedienst sieben Tage die Woche morgens und fünf Tage die Woche abends, denn für sieben Tage abends reicht das Geld nicht.“ (Int. 25, Z. 248–248)

So beschreibt es Kurt Wegner, der seine Ehefrau pflegt. Falls diese in Zukunft ins Pflegeheim müsste, weil er die Pflege nicht mehr übernehmen könnte, bezieht er Zuschüsse vom Sozialamt als mögliche Unterstützung in seine Überlegungen mit ein.

Die Zusammenhänge der finanziellen Mittel und der in Anspruch genommenen Unterstützung erscheinen nicht immer eindeutig. Denn in die Entscheidung, ob überhaupt „fremde“ Hilfe in Anspruch genommen wird, spielen weitere Überlegungen hinein (vgl. insbesondere Abschnitte 4.2.3 und 4.3.2). An einigen Punkten gibt es aus Sicht der Pflegenden bzw. der Personen mit Pflegebedarf ein Preis-Leistungs-Missverhältnis. Der durch die professionelle Hilfe begründete Entlastungseffekt ist zum Teil zu gering, als dass es sich lohnt, die dafür erforderlichen finanziellen Mittel aufzuwenden. Das Argument, die Pflegeaufgaben auch „selbst machen“ zu können, wird hier wiederholt vorgebracht. In manchen Fällen, in denen das Pflegegeld fester Bestandteil des Haushaltseinkommens ist, verwiesen die Befragten explizit darauf, dass die finanziellen Mittel andernfalls nicht ausreichen würden. In anderen Fällen erscheint es weniger eindeutig, dass die direkten finanziellen Leistungen für die Haushaltsführung notwendig sind. So geht beispielsweise aus den

Uneindeutige Zusammen- hänge

Aussagen von Bernhard Vogt, der in einer betreuten Wohnanlage lebt, nicht klar hervor, ob er keine weitere Hilfe in Anspruch nimmt, weil er diese nicht braucht, oder weil ihm nicht klar ist, dass er statt Pflegegeld auch Sachleistungen oder eine Kombination von beidem in Anspruch nehmen könnte. Einige der Interviewten beschäftigen sich gar nicht mit den Finanzen. Dies liegt entweder daran, dass die Verantwortung innerhalb des Arrangements klar verteilt und die Interviewte Person nicht zuständig ist. Oder die Interviewpartner*innen wollten sich damit nicht beschäftigen und haben das Gefühl, dem nicht gewachsen zu sein. Beispielsweise ist Marlis Pieper sehr froh darüber, dass ein Sozialverband in finanziellen Angelegenheiten die Verantwortung übernimmt und diese Fragen für sie klärt.

Schwierigkeiten mit dem Pflege- heim

Finanzielle Erwägungen spielen eine zentrale Rolle, wenn es um die Ablehnung des Pflegeheims geht. Zwar wurde als Hauptgrund gegen diese Form der Unterbringung von Angehörigen vorgetragen, dass das Leben in einem Heim qualitativ nicht dem im eigenen zu Hause entsprechen würde. Darüber hinaus jedoch fehlt den Interviewten in der Regel das Geld für die Unterbringung in einem *guten* Pflegeheim. Manche äußern die Angst, dass infolge einer Unterbringung in einem Heim so hohe Kosten anfallen würden, dass das Familienvermögen und das Immobilieneigentum davon betroffen wären.

Wenn tatsächlich nur geringe finanzielle Eigenmittel vorhanden sind, kann dies auch zu einer Spirale der finanziellen Probleme führen. Fr. Mägert etwa musste ihren Job aufgeben, um ihren Mann pflegen zu können, da das Geld für das Pflegeheim nicht reichte. Nun hat sie Probleme mit ihrer eigenen kleinen Rente, da Versicherungszeiten fehlen und die finanzielle Prekarität sich fortsetzt. Teilweise besteht bei den Interviewpartner*innen Verärgerung darüber, dass es für die Pflege zu Hause weniger finanzielle Zuschüsse gibt als für die Pflege im Heim. Dies wird als fehlende Anerkennung empfunden.

4.5.3 Die staatliche Verantwortung aus Sicht der Interviewten

Perspektiven auf die Rolle des Staates

Das Vertrauen in staatliche Institutionen ist in Bezug auf Unterstützung der häuslichen Pflege unterschiedlich stark ausgeprägt. Die Einen verlassen sich in letzter Instanz darauf, abgesichert zu sein. Rita Erdmann sagt z. B.:

„Wenn es gar keins [Pflegeleistungen] mehr geben würde, wüsste ich keinen Ausweg. Aber mein Mann sagt immer, der Staat lässt uns nicht verhungern (lacht).“ (Int. 29, Z. 286–288)

Andere, wie Dieter Liebig, gehen davon aus, dass staatlich organisierte Leistungen nicht richtig funktionieren (können). Wiederum andere weisen die Verantwortung staatlicherseits ganz explizit zurück. Dirk Rose als pflegender Angehöriger seiner

Mutter findet es richtig, zuerst die Personen aus dem Nahbereich im Kontext der häuslichen Pflege zur Verantwortung zu ziehen:

„Ja, dass man eben nicht mehr persönlich Verantwortung zu übernehmen hat, sondern man kann es abgeben an entsprechende Dienste oder Dienstleistungen und ja also das ist dann einfach zu anonym, finde ich, und grundsätzlich ist der Staat ja schon, was die Sozialleistungen angeht überbordend.“ (Int. 26, Z. 269–272)

Dementsprechend halten diese Interviewpartner*innen die bestehenden staatlichen Unterstützungsleistungen entweder für ausreichend, wenn nicht sogar für überflüssig. Das setzt aber voraus, dass genügend Unterstützung durch die An- und Zugehörigen tatsächlich vorhanden und gewünscht ist.

Demgegenüber äußern einige Interviewpartner*innen deutliche Vorbehalte, wenn es darum geht, die eignen Kinder in die Pflicht zu nehmen. Das betrifft sowohl die direkte Hilfe als auch finanzielle Unterstützung. So z. B. bei Hrn. Pohl, der nicht möchte, dass seine Kinder für das Pflegeheim aufkommen müssen. Die finanzielle Angewiesenheit auf staatlichen Leistungen in der Tendenz leichter annehmbar zu sein als Abhängigkeiten in den eigenen Nahbeziehungen. Dennoch wird auch in Bezug auf diese Pflegeleistungen in einigen Fällen Zurückhaltung geübt. Fr. Fischer schildert:

„Mein Sohn hat da ganz strenge moralische Werte und der sagt dann: ‚Ne, was wir regeln können, das regeln wir und man muss nicht alles das in Anspruch nehmen, was die Pflege bietet, sondern das, was man braucht.‘ Und da hat er ja auch Recht. Wenn das nämlich mal so wäre, dann würden wir bestimmt in der Pflege eine ganze Menge sparen. Ich könnte auch wirklich bei meiner Erkrankung diesen Begleitservice brauchen, aber ich sage ihnen ganz ehrlich, ich möchte nicht mit einer fremden Person, die ich gar nicht kenne, die mir da zur Verfügung gestellt wird, Arm in Arm hier einmal um den Block gehen. Ne, mache ich nicht.“ (Int. 13, Z. 331–339)

Bei Hrn. Pohl wie bei Fr. Fischer kommt implizit das selbe, stark moralisch geprägte Narrativ zum Ausdruck: das des*der „Sozialschmarotzer*in“, der*die man nicht sein will. Dennoch kommen in den Interviews auch Forderungen nach mehr staatlicher Unterstützung zum Tragen. Diese wird insbesondere in der Gewährleistung der Rahmenbedingungen gesehen, z. B. der Förderung von Ausbildung, der Schaffung eines Arbeitsumfeldes mit weniger Zeitdruck für Pflegefachpersonen und somit Sicherstellung der infrastrukturellen Versorgung. Wichtig bleibt dabei, dass die Individuen und Familien die Freiheit behalten, selbst über das Pflegesetting zu entscheiden. Staatliche Untersetzung wird dahingehend teils als potenzielle Gefahr gesehen, wie von Anne Gustav:

Zwischen Staat und Familie

Anderen nicht zur Last fallen wollen?

„Wie gesagt, dass es jedem freigestellt sein soll, ob er die Pflege übernimmt oder nicht, ob das jetzt Vater, Mutter ist oder Mann oder Frau, dass da nicht irgendwie vom Staat eingegriffen wird und gesagt wird, du hast jetzt keine Kontrolle mehr über die Pflege und so weiter. Das finde ich nicht so gut. Dann lieber so lassen wie im Moment jeder kann selber entscheiden und dann ist gut.“ (Int. 9, Z. 320–324)

Ermöglichung durch mehr Unterstützung

Andere, wie Edeltraud Riese, gehen hingegen davon aus, dass stärkere staatliche Unterstützung mehr Möglichkeiten für die*den Einzelne*n schafft:

„[...] dass man halt individuell entscheiden kann, ohne dass man finanziell Druck hat, wie man sowas für sich oder für seine Angehörigen organisieren will, also dass das ganze System mehr darauf ausgelegt ist, dass nicht irgendwie mit der Gießkanne alles gemacht wird, sondern dass man individuell verschiedene Möglichkeiten schafft und dass dann eben jeder entscheiden kann, also ich möchte das in so einem schweren Fall wie bei uns so machen oder [...] wenn finanziell es nötig ist, dass man es eben auch selber viel übernehmen kann, dass eben diese Möglichkeiten ALLE bestehen KÖNNTEN und eben derjenige, den es betrifft entscheiden kann, was nehme ich davon wie in Anspruch und das aber dann auch ausreichend sein muss.“ (Int. 7, Z. 365–374)

Um diese zum Teil stark divergierenden bzw. zum Teil uneindeutigen Positionierungen in Bezug auf Pflegeleistungen zu verstehen, bedarf es einer tiefergehenden Analyse der Zusammenhänge von Wertvorstellungen und Ökonomie.

4.5.4 Der Zusammenhang von Wertvorstellungen und Ökonomie

Moralökonomie: Hintergrund

In den Interviews wurde gezielt nach der Motivation für die Wahl von Pflegeleistungen und Wertvorstellungen in Bezug auf die Verantwortung mit Pflege gefragt. Hintergrund dieser Fragen sind Vorannahmen über die Wirksamkeit moralischer Vorstellungen für die Inanspruchnahme (wohlfahrt-)staatlicher Leistungen. Martin Kohli et al. (1989) fassen den Begriff der Moralökonomie folgendermaßen prägnant zusammen:

„Es geht um die Legitimität grundlegender wirtschaftlicher Interessen oder, schärfer, um die Unverletzlichkeit grundlegender Rechte.“ (Kohli et al. 1989, S. 536)

Es geht um jene sozialen Normen und Verpflichtungen, die einem kollektiven Verständnis nach in Bezug auf gesellschaftliche Tauschverhältnisse gültig sind und um die Verteilung gesellschaftlicher Ressourcen. Was sind legitime Leistungen und Gegenleistungen? Frank Schulz-Nieswandt spezifiziert, was das im Bereich

der wohlfahrtsstaatlichen Daseinsvorsorge bedeutet. Die staatliche Daseinsvorsorge wird unter Berücksichtigung von Potenzialen geplant, die Werte wie (intergenerationale) Solidarität und Normen wie Kooperationsbereitschaft und soziales Engagement berücksichtigen. Sie beziehen das Moment der freiwilligen Leistungen der Menschen untereinander im privaten oder halb-öffentlichen Bereich in ihre Berechnungen mit ein und planen demgemäß Unterstützungsleistungen (vgl. Schulz-Nieswandt 2019, S. 221). Nach Kohli et al. (1989, S. 538) reagierten dementsprechend Sozialversicherungen z. B. darauf, dass die Daseinsvorsorge auch unter der Voraussetzung zunehmender Individualisierung gewährleistet werden muss – und nicht bspw. die Gewährleistung von Pflege durch Angehörige vorausgesetzt werden kann. Nichtsdestotrotz wirken familienorientierte Werte nach wie vor und die Pflegeversicherung bietet mit dem Pflegegeld weiterhin Anreize dafür, Pflege nicht vollständig professionalisiert zu bewältigen. Die gesellschaftliche Verantwortung für Pflege wird weiterhin zu großen Teilen im privaten Bereich verortet. Anders als etwa in skandinavischen Ländern leistet sich Deutschland ein sehr teures Gesundheitswesen und gibt für Langzeitpflege vergleichsweise wenig Geld aus (vgl. Heintze 2012). Die volkswirtschaftliche Notwendigkeit ist umstritten. Auch wenn in der Reflexion der Individuen kein unmittelbarer Zusammenhang erkennbar ist, wird das Prinzip gestützt von den individuellen Bedarfen und Werthaltungen in Bezug auf das Leben mit Pflegebedürftigkeit; die gesetzten Rahmenbedingungen für die häusliche Pflege werden psychodynamisch abgesichert über Schuld- um Schamkulturen (vgl. Schulz-Nieswandt 2006, S. 119). Die Frage, ob die Finanzen das Pflegesetting prägen, verneinen dementsprechend einige Gesprächspartner*innen bzw. fallen die Antworten hier teilweise ambivalent aus. Die moralischen Selbstverständlichkeiten äußern sich in Form persönlicher Motivationen. Auch wenn sich die Interviewten nicht die Frage stellen, ob es anders machbar wäre, gewährleisten ihre moralischen Grundüberzeugungen das Handeln im Sinne der gesamtgesellschaftlich umsetzbaren Verteilung von Pflegeverantwortung.

In den bisher dargestellten Ergebnissen der Interviewstudie sind die Werthaltungen und Motivationen der von uns Interviewten für Entscheidungen in Bezug auf das Pflegearrangement oder für die Übernahme von Pflegeaufgaben bereits skizziert worden. Diese werden im Folgenden noch einmal explizit in Hinblick auf Implikationen für die Aufgabenverteilung innerhalb des Wohlfahrtsstaates zusammengefasst.

Einerseits lassen sich normative Bezüge finden, die einer Beteiligung der Familie eher entgegenstehen und die staatliche bzw. privatwirtschaftliche Leistungen stärker in die Pflicht nehmen:

Wertvorstellungen jenseits der Familie

- Man will nahestehenden Menschen als Person mit Pflegebedarf nicht „zur Last fallen“. Teilweise führt dies zu Rückzug von den Verwandten. Allerdings wird die Weitergabe von finanziellen Mitteln wie das Pflegegeld bis zu einem gewissen Grad als ein Ausgleich der Belastung empfunden.

- Von Kindern wird nicht erwartet, Pflegeverantwortung zu übernehmen – insbesondere nicht, wenn diese anderweitigen Verpflichtungen haben wie Erwerbsarbeit. Die individuelle Entfaltung und Leistungserbringung im Beruf steht im Widerspruch zur Übernahme von Pflegeverantwortung. So kommt eine gezielte Reduktion der eigenen Erwerbsarbeitszeit meistens nicht in Frage. Stattdessen übernehmen diejenigen Pflegeaufgaben, die nur in geringem Ausmaß bzw. überhaupt nicht in Erwerbsarbeit eingebunden sind.

Die Wertorientierungen, die zur Konstruktion von Pflege als privater, familiärer Aufgabe führen und den Einbezug weiterer – auch professioneller – Hilfen eher ablehnen, überwiegen:

Wertvorstellungen über Pflege als Privatangelegenheit

- Pflege ist wesentlich von Beziehungen geprägt; gute Pflege findet in persönlichen, insbesondere familiären Nahbeziehungen statt. Die zu intensive Einbindung von Pflegediensten – und damit bspw. ein höherer Bedarf an Pflegeleistungen – ist dementsprechend oft nicht gewünscht.
- Gute Pflege wird freiwillig und aus Zuneigung heraus erbracht. Die vollständige Entlohnung würde diesem Prinzip entgegenstehen und, wie teilweise an professioneller Pflege kritisiert, zu einer Ökonomisierung führen.

Liberaler Vorstellung von Autarkie

- Die Beteiligung (staatlich geförderter) Dienstleister wird teilweise als Eingriff in die Autonomie empfunden.
- Selbständigkeit gilt als positiver Bezugspunkt für das Selbstbild: Selbst machen, was selbst geht, wird als besonders passt in das Selbstbild autonomer Subjekte. „Selbst“ muss sich dabei nicht nur auf die Person mit Pflegebedarf beziehen, sondern kann auch die Familie als Ausgangspunkt haben – wobei „selbst“ auf die Familie erweitert werden kann.
- Selbstgewählte Verpflichtungen, Versprechen auf Solidarität im Rahmen der Ehegemeinschaft sind einzuhalten und nur eingeschränkt an andere delegierbar.
- Von außerhalb der Familie Unterstützung zu erwarten erscheint als „betteln“. Sich auf soziale Sicherungssysteme zu verlassen wird als negativ gewertet bzw. würde zu einem negativen Selbstbild führen.

Familiäre Reziprozität

- Einige der Kinder möchten ihren Eltern gerne die Sorge zurückgeben, die sie als Kinder von diesen erfahren haben. Auch manche der Personen mit Pflegebedarf hoffen auf intergenerationale Reziprozität, hier ist die Anspruchshaltung aber weniger stark ausgeprägt.
- Die Unterbringung im Pflegeheim wird als Vernachlässigung der Personen, für die man Zuneigung oder Verantwortung empfindet, interpretiert. Zwar gibt es durchaus Verständnis dafür, wenn andere aufgrund ihrer Lebenssituation nicht dazu in der Lage sind, Pflege selbst zu übernehmen. Dennoch wählen die von uns Interviewten einen anderen Weg, denn „man könne es sich nicht verzeihen“

oder es „belaste das Gewissen“, wenn man Angehörige im Pflegeheim unterbringt.

Unterschiedliche, miteinander konkurrierende Wertvorstellungen können dabei aber auch zu Konflikten führen. So führt Klaus Fink, der schließlich keine Hilfe von Angehörigen in Anspruch nehmen will, aus:

„Es ist besser, wenn ein Verwandter die Bude saubermacht und einkaufen geht, als wenn das jemand anderes macht, ja. Aber eigentlich, man muss auch aufpassen, dass man sagt, dass man die Verwandten, die pflegen, dass man die nicht überfordert. Weil ich das sehr oft erlebt habe von Bekannten, dass die Verwandten, dass die dann wirklich am Limit waren und dann würde keine sagen, ich mache das nicht mehr. Die schnappen dann alle nach Luft entsprechend.“
(Int. 24, Z. 352–360)

Die Vorstellungskraft in Bezug auf eine andere Verteilung der Verantwortung in Bezug auf die Pflege und verbesserte Unterstützungsmöglichkeiten der privat geleisteten Pflege ist von den vorhandenen strukturellen Gegebenheiten geprägt und geht kaum über diese hinaus. Die Pflegeversicherung und die Strukturen der Daseinsvorsorge sind für Laien schwer nachvollziehbar, wodurch es diesen erschwert wird, konkrete Veränderungspotenziale zu formulieren. So stellt Hr. Fink fest:

„Man kann sich das ja gar nicht richtig vorstellen. Ich sage es- Es ist schwierig. Man kann sich diese Preisgestaltung für die Pflege gar nicht richtig vorstellen.“
(Int. 24, Z. 284–286)

Der Staat wird weitgehend als Stütze und Rahmengeber für die primär familiären Pflegearrangements akzeptiert; mal wird mehr, mal wird weniger von ihm erwartet, als es aktuell der Fall ist. Im Großen und Ganzen haben sich die von uns Interviewten mit den gegebenen Bedingungen arrangiert.

4.6 Das gute Leben mit Pflege

Das Entstehen eines Settings häuslicher Pflege geht sowohl für die Person mit Pflegebedarf als auch für die pflegenden An- bzw. Zugehörigen mit zum Teil grundlegenden Umstellungen einher. Die die Pflegebedürftigkeit begründenden Erkrankungen betreffen – wenn auch in unterschiedlicher Intensität – mindestens gleich zwei Faktoren, die für die Gestaltung eines guten Lebens zentral sind. Die Einschränkungen der eigenen Gesundheit führen in der Regel auch zu einem Verlust von Mobilität bzw. des autonomen Handlungsspielraums. Dabei werden sowohl die Personen mit Pflegedarf als auch pflegende An- und Zugehörige vor die herausfordernde Frage gestellt, ob und wie die Akteur*innen unter diesen Konditionen ein gutes Leben für sich und miteinander gestalten können.

Konkurrierende Wertvorstellungen

Geringes Gestaltungspotenzial

Das gute Leben angesichts Einschränkungen gestalten

Bestimmung und Realisierung als Herausforderungen

Für alle Akteur*innen ergeben sich in diesem Zusammenhang mindestens zwei grundlegende Herausforderungen: Die der Bestimmung und jene der Realisierung. Zunächst stellt sich die Frage, welche Gelingensfaktoren für ein gutes Leben mit häuslicher Pflege erfüllt sein müssen. So lassen sich zwar objektiv bestimmbare Elemente ausmachen, aber die Entscheidung darüber, was das gute Leben meint, ist zugleich stark subjektiv geprägt. Folglich bedarf es hier einer stärkeren Fokussierung auf den Einzelfall und die konkrete Lebensgestaltung und weniger einen Abgleich mit dem statistisch als „normal“ festgesetzten (vgl. Nolan et al 2006, S. 20). Wenngleich das gute Leben mit Pflege immer auch mit determiniert wird durch die Qualität der Pflege, darf es keinesfalls auf diese reduziert werden. Es braucht an dieser Stelle einer differenzierteren Betrachtung (vgl. McKee 1999). Vordergründig zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang, was dem Leben der unterschiedlichen Akteur*innen Wert und Sinn gibt und welche Wahrnehmung sie von sich sowie ihrer eigenen Biografie haben (vgl. Nolan et al. 2006, S. 19 f.). Trotzdem sollte dadurch der Aspekt der guten Pflege keinesfalls aus dem Blick geraten. Für dessen Gestaltung spielt die Motivation professioneller Pflegekräfte eine tragende Rolle. Um diese nicht nur zu begründen, sondern auch aufrechtzuerhalten bedarf es neben einer fairen monetären Entlohnung auch eines ideellen Anerkennnisses des Werts sowie der Bedeutung ihrer Arbeit (vgl. Nolan et al. 2006, S. 21).

Sechs Sinne guten Lebens mit Pflege

Bei der Beantwortung dieser grundlegenden Fragen kann insbesondere auf das von Nolan (1997) entwickelte Konzept der sechs Sinne (six senses) zurückgegriffen werden. Der von ihm bewusst gewählte Begriff des Sinnes verweist dabei auf die subjektive sowie wahrnehmbare Natur der zentralen Gelingensfaktoren eines gelungenen Lebens mit häuslicher Pflege (vgl. Nolan et al. 2006, S. 21). Die sechs Sinne bzw. Empfinden beschreibt Nolan wie folgt:

- Empfinden von Sicherheit
- Empfinden von Kontinuität
- Empfinden von Zugehörigkeit
- Empfinden von Zweck
- Empfinden von Erfüllung
- Empfinden von Bedeutung

Realisierung von gutem Leben bedarf Ressourcen

Die einmal ermittelten Gelingensfaktoren und Bedarfe der unterschiedlichen Akteur*innen müssen sodann auch realisiert werden (können), um überhaupt zu einem guten Leben mit Pflege beitragen zu können. In diesem Zusammenhang ist problematisch, dass die dafür notwendigen Ressourcen äußerst unterschiedlich verteilt sind. Wichtig sind an dieser Stelle sämtliche Sorten von Kapital, d. h. neben dem ökonomischen insbesondere auch das soziale und kulturelle (vgl. Bourdieu 2021). Entscheidend ist folglich nicht nur, über welche finanziellen Mittel die

Personen mit Pflegebedarf bzw. die An- und Zugehörigen verfügen. Maßgeblich sind u. a. auch deren Kontakte, ihr gesellschaftlicher Stand, wie gut sie an kulturelle und gesellschaftliche Angebote angebunden sind, wie gut es ihnen gelingt, sich Informationen zur Ausgestaltung ihrer Lebenssituation zu beschaffen. Gleichzeitig müssen die Akteur*innen innerhalb des Pflegesettings über geeignete Strategien verfügen, um ihr vorhandenes Kapital für sich nutzbar zu machen. Dafür müssen sie beispielsweise wissen, welche Angebote und Leistungen ihnen überhaupt zur Verfügung stehen. Damit das gute Leben mit der häuslichen Pflege gemäß den eigenen Vorstellungen gestaltet werden kann, braucht es jedoch in der Regel auch Ressourcen, deren Vorhandensein weder von den Personen mit Pflegebedarf, noch von den pflegenden An- bzw. Zugehörigen bestimmt wird. Hierzu zählt insbesondere die Frage, ob ausreichend professionelle Pflegekräfte zur Verfügung stehen und inwieweit diese auf die konkreten Bedarfslagen des eigenen Pflegearrangements reagieren können.

Im Folgenden werden zwei kontrastierende Beispiele dargestellt: Zum einen das Gespräch mit Martin Tacke, der durch die Pflege seiner Mutter stark belastet ist und bei dem von der „Gestaltung des guten Lebens“ kaum die Rede sein kann. Im Gegensatz dazu geht aus den Erzählungen von Dieter Liebig hervor, dass er und seine Frau recht gut ihre Interessen verfolgen können. Im Anschluss wird detaillierter auf Aspekte des Umgangs mit dem Leben mit Pflege und dessen Gestaltung eingegangen.

4.6.1 Martin Tacke – „Ja, wir haben also wirklich den Kampf“

Martin Tacke pflegt bereits seit mehreren Jahren seine Mutter. Zunächst habe er von ihrem Leiden nichts mitbekommen – sie war lebensbedrohlich an Pankreatitis erkrankt. In der Folge einer Operation sei Hr. Tacke die Ernsthaftigkeit der Lage jedoch bewusst geworden. Nachdem seine Mutter mehrere Rehas durchlaufen hatte, stellte sich für ihn im Gespräch mit einer Sozialberaterin im Krankenhaus heraus, dass seine Mutter Unterstützung im Zuge ihrer häuslichen Pflege benötigen würde. Folglich war die Frage zu klären, wer sich um sie kümmern könnte.

Hr. Tackes Schwester wohne über 250 km weit von den gemeinsamen Eltern entfernt, sodass sie von vorneherein nicht in Frage gekommen sei. Da seine damalige Ehefrau weniger verdient habe als er selbst, schlug Hr. Tacke seiner Mutter zunächst vor, diese um Hilfe zu bitten. Jedoch, so geht es aus seinen Schilderungen hervor, hätten seine Mutter und seine damalige Ehefrau einen schweren Konflikt gehabt und deshalb überhaupt nicht mehr miteinander gesprochen.

„Ja, meine Mutter hat aber mit meiner Frau in den letzten Wochen, Monaten vorher NICHT gesprochen. Wir sprechen [nicht] von nicht viel [sprechen], sondern NICHT gesprochen.“ (Int. 2, Z. 36 ff.)

Langsames Gewahrwerden der Veränderung

**Niemand sonst
übernahm
Pflegerantwortung**

Während unklar blieb, worin der Konflikt bestand, machte Hr. Tacke deutlich, dass seine Mutter nicht über ihren Schatten habe springen können. Schließlich habe er sich bereiterklärt, die häusliche Pflege seiner Mutter zu übernehmen. Diese Entscheidung war und ist für ihn – wie sich im Laufe des Interviews immer deutlicher herausstellte – mit weitreichenden negativen Folgen verbunden.

Während Hr. Tacke zunächst nur die Pankreatitis seiner Mutter als den die Pflegebedürftigkeit auslösenden Grund benannte, wurde zu einem späteren Zeitpunkt im Gespräch klar, dass diese ebenfalls an einer (womöglich schweren) Demenz leidet. In der Folge kam es dazu, dass Hr. Tacke seine Mutter wortwörtlich in Vollzeit pflegt, d. h. 24 h am Tag und sieben Tage die Woche.

„Also, es sind [...] vierundzwanzig Stunden. Das heißt, wenn ich nachts dann um drei aufwache, weil meine Mutter aufs Klo geht, setze ich mich in Unterhosen dahin und warte bis sie auch zurückkommt.“ (Int. 2, Z. 41 ff.)

**Mutter blockt
Therapie- und
Pflegemaßnahmen ab**

Wiederholt und auf verschiedenen Wegen habe Hr. Tacke versucht, die gesundheitliche Situation seiner Mutter zu verbessern bzw. seine eigene Belastung durch den Einsatz professioneller Fachkräfte zu verringern. Sämtliche dieser Maßnahmen habe seine Mutter jedoch, wie es aus den Schilderungen von Hrn. Tacke hervorgeht, sabotiert bzw. verunmöglicht. Beispielsweise habe er für seine Mutter eine Krankengymnastik zu Hause organisiert, damit sie ihre körperliche Beweglichkeit aufrechterhalten bzw. verbessern könne. Seine Mutter jedoch sei, sobald die Person von der Physiotherapie vorbeigekommen sei, zunächst einmal auf die Toilette gegangen, um auf diesem Wege Zeit zu schinden. Außerdem habe seine Mutter regelmäßig Termine kurzfristig abgesagt. Hr. Tacke habe versucht, sowohl seine Mutter, als auch die Person von der Physiotherapie zu motivieren, die Behandlung fortzusetzen. Schließlich aber habe letztere diese eingestellt:

„Also die hat gesagt, Entschuldigung, ich habe andere Leute, die brauchen das, die machen das mit.“ (Int. 2, Z. 74 f.)

Vergleichbare Verhaltensweisen seiner Mutter beschreibt Hr. Tacke etwa auch bezüglich einer Person, die er organisiert habe, um mit ihr spazieren zu gehen – da seine Mutter dies von vorneherein nicht mit ihm habe tun wollen – sowie hinsichtlich einer Tagespflege, die er für sie organisiert hatte. Auch seinem Vater gegenüber, der ihr regelmäßig das Essen reiche, verhalte sie sich so.

„Aber so geht meine Mutter mit uns hier im Haus mit allen um, nur nicht mit der Sozialstation. Da ist sie ganz nett und macht sie Witzchen. Ja, wir haben also wirklich den Kampf.“ (Int. 2, Z. 87 ff.)

Derweil sei Hr. Tacke es, welcher den Unmut der dritten Parteien abbekomme, weil seine Mutter die kurzfristigen Absagen von Terminen schließlich auch nicht

selbst vorgenommen, sondern ebenfalls auf ihn übertragen hätte. Er beschreibt ihr Dilemma dahingehend, dass sie zwar einerseits weiterhin ein selbstbestimmtes Leben führen wolle, dazu aber andererseits nicht mehr in der Lage sei und sie schließlich sämtlich Angebote, die er ihr zur Verbesserung ihrer Situation unterbreitet habe, „zu ignorieren, abzuschaffen, wegzutreten“ versucht habe (Int. 2, Z. 155 ff.). Eine Unterbringung seiner Mutter in einem Pflegeheim komme aus finanziellen Gründen nicht in Betracht, da die hohen Zuzahlungen innerhalb weniger Monate alles verbrauchen würden, wofür seine Eltern „vierzig, fünfzig, sechzig, siebzig Jahre teilweise gekämpft“ hätten (Int. 2, Z. 372 f.). Zudem habe Hr. Tacke seinem Vater versprochen, dass dieser in seinem eigenen Zuhause sterben dürfe.

Das selbstbestimmte Leben leidet unter der alltäglichen Verantwortung

Nachdem der ursprüngliche Konflikt zwischen seiner damaligen Frau und seiner Mutter nicht beigelegt werden konnte, auch nachdem Hr. Tacke wieder bei seinen Eltern eingezogen war, kam es schließlich zur Scheidung. Aufgrund der rund um die Uhr erfolgenden häuslichen Pflege sei es ihm auch nicht möglich, andere soziale Kontakte aufrecht zu erhalten, diese lägen brach. Allenfalls gelegentlich käme seine Schwester, um Hrn. Tacke zu entlasten, dann könnte er eine halbe Stunde frei nehmen. Demgegenüber habe Corona seine soziale Isolation zusätzlich verschärft.

Abbruch sozialer Kontakte

Der primäre soziale Kontakt Hrn. Tackes ist jener zu seiner Mutter, der jedoch wiederum stark von ihrer Demenz geprägt zu sein scheint. Er beschreibt, wie sie ihm gegenüber ausfällig werde und ihn beleidige. Zudem habe sie sich vollkommen aus dem familiären Zusammenleben zurückgezogen und isoliere sich im unteren Stockwerk des gemeinsamen Hauses. In „ihrem Bau“ (Int. 2, Z. 207) bzw. „ihrer Burg“ (Int. 2, Z. 243) habe sie sich mittlerweile so eingerichtet, dass sie ihr Zimmer nur noch für den Toilettengang und zur Beschaffung von Lebensmitteln aus der Küche verlassen müsse. Zudem durchsuche sie den Küchenmüll regelmäßig, um herauszufinden, was Hr. Tacke und sein Vater gegessen hätten und ob die beiden ihr etwas vorenthalten würden. Zudem beschreibt er wiederholt, wie seine Mutter die gemeinsamen Küchenhandtücher als Einlagen gegen ihre Inkontinenz benutze, was ihn massiv störe, wovon er sie aber trotz wiederholter Bitten nur schwer abbringen könne.

„Ja, zum Beispiel, ich habe nichts dagegen, wenn meine Mutter ihre Gästehandtücher sich in die Unterhosen stopft, um die vollzupinkeln. Aber ich habe etwas dagegen, wenn das die Geschirrhandtücher sind, die dieses Tier holt, ja? Weil ganz einfach, da mach ich mir ein Messer damit sauber danach.“ (Int. 2, Z. 96 ff.)

Um die pflegerischen Aufgaben übernehmen zu können, gab Hr. Tacke auch seine Berufstätigkeit vollständig auf. Aufgrund dessen – und da er sich scheinbar auch nicht arbeitslos gemeldet hatte – ist er bereits seit mehreren Jahren selbst nicht mehr krankenversichert und hat folglich keinen Zugang zu notwendigen medizini-

Aufgabe der Berufstätigkeit für die Pflege

schen Leistungen. So lindere er seine Zahnschmerzen etwa, indem er Schmerzmittel von seiner Mutter abzwackt. Dabei wisse er selbst, dass das nicht gut sei.

Existenzielle Krise?

Die Übernahme pflegerischer Verantwortung scheint Hr. Tacke folglich in eine existenzielle Krise geführt zu haben, in deren Kontext er primär darauf fokussiert ist, mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln durchzukommen. Sein Leben hänge derweil „in den Brüchen“ (Int. 2, Z. 53). Die Verfolgung eigener (Lebens-) Ziele oder Pläne sei ihm überhaupt nicht mehr möglich. In dem Moment, da er morgens aufstehe, müsse er „aus der Hüfte schießen“ und könne deshalb nichts planen, keine Termine einhalten, überhaupt nichts selbst machen, wie Hr. Tacke ganz ausdrücklich betont (Int. 2, Z. 184 ff.). Aufgrund seiner zuvor wiederholten vergeblichen Anläufe, etwas an der gesundheitlichen Situation seiner Mutter sowie am Pflegesetting als solchem zu ändern, sieht er für sich selbst auch keinerlei Handlungs- oder Gestaltungsspielraum.

„Ja, also ich kann ja nichts ändern, ich kann nichts ins Positive drücken. Ich muss nur das Negative abwenden oder so lange, wie möglich weghalten. Mehr kann ich nicht machen.“ (Int. 2, Z. 507 ff.)

Bis zum „Abwinken“ fühle er sich selbst belastet, gibt Hr. Tacke an, zumal er das Gefühl hat, dass seine Bedürfnisse seiner Mutter „auf Deutsch gesagt scheißegal“ seien (Int. 2, Z. 112 und Z. 121). Auf die Frage hin, wie es ihm grundsätzlich mit seiner Lebenssituation als pflegender Angehöriger gehe, deutete Hr. Tacke unter Verweis auf eine nahegelegene Autobahnbrücke die Möglichkeit seines Suizids als Ausweg aus seiner Situation an.

Zusätzlich bürokratische Hürden

An anderer Stelle gab er demgegenüber ausdrücklich an, dass er Unterstützung bräuchte, etwa in Abrechnungsfragen. Hingegen schildert er die Herausforderungen, die sich für ihn u. a. daraus ergeben, dass Kompetenzen und Expertisen nicht bei einer Stelle innerhalb des Pflegesystems gebündelt wären. Darüber hinaus äußert er sein Unverständnis über das Abrechnungswesen jener Firma, von der seine Mutter ihre Inkontinenzunterlagen bezieht. Konsterniert stellt Hr. Tacke schließlich fest:

„Bürokratisch ist es nicht, ich würde ganz einfach sagen, die Leute, die die Gesetz machen oder die Sachen planen, die wissen nicht, wie es an der Front ist.“ (Int. 2, Z. 451 f.)

4.6.2 Dieter Liebig: Das Eheleben mit Pflege

Dieter Liebig ist Mitte siebzig, seit kurzem in Rente und pflegt seine Frau, die aufgrund einer Diabetes-Erkrankung und damit einhergehenden Gefäßserkrankungen motorisch und sensorisch stark eingeschränkt ist. In kleinerem Umfang begann

seine Beteiligung bereits vor über 10 Jahren und nahm dann mit der zunehmenden Einschränkung seiner Frau zu. Da er selbständig als Ingenieur arbeitete, konnte er sich die Zeit zwischen Pflege und Beruf frei einteilen. Zudem gab er sein Büro auf, um von zu Hause aus zu arbeiten. Vor ein paar Jahren war er eine Zeitlang in die Pflege seiner Schwiegermutter eingebunden, hat dort Wäsche gewaschen, aufgeräumt und regelmäßig Essen vorbeigebracht. Auch für sich selbst und seiner Frau übernimmt Hr. Liebig die Hausarbeit. Darüber hinaus hilft er seiner Frau im Alltag, z. B. beim Duschen und überwacht ihren Blutzuckerspiegel. Dies im Blick zu behalten ist ihm wichtig, um Notfallsituationen, wie er sie schon erlebt, hat, zu vermeiden:

„Ich habe sie in frühen Zeiten zu Anfang unserer Beziehung zweimal wieder holen müssen mit dieser Spritze und da war sie voll weggetreten. Das dauert ein, zwei Stunden bis sie wieder einigermaßen bei Verstand ist. Das möchte ich nicht wieder erleben.“ (Int. 12, Z. 74–77)

Die Leidensgeschichte seiner Frau nimmt einen großen Teil in seiner Erzählung ein. Die Sorge um sie ist – in einer unausgesprochenen Selbstverständlichkeit – eine der Hauptfaktoren, warum er sich so stark einbringt. Darüber hinaus fügt sich die Entwicklung, dass er seine Frau pflegt, in sein eigenes biographisches Narrativ ein. Hr. Liebig erzählt, dass er mit seiner Frau in dritter Ehe verheiratet ist und sie einige Jahre jünger ist als er. Dass er derjenige sein würde, der innerhalb dieser Ehe die Pflege übernimmt, damit hatte er nicht gerechnet. Nichtsdestotrotz nimmt er diese Aufgabe klaglos an. Mittlerweile identifiziert er sich mit seiner Rolle als „Vollzeitpfleger“ bzw. als „Hausmann“ (Int. 12, Z. 92 und Z. 55) und zieht daraus Sinn und Bedeutung:

„Das ist so meine Lebensaufgabe. Wir haben uns gesucht und gefunden, zwar unter anderen Voraussetzungen, aber es ist so, dass ich ihrer Mutter versprochen habe vor ihrem Tode, auf sie aufzupassen, auf die Tochter aufzupassen und das tue ich, solange ich kann.“ (Int. 12, Z. 44–48)

Dieses Versprechen will Hr. Liebig auf jeden Fall halten – was ihm Sorge bereitet, ist, dass er im Falle seines Todes nicht mehr für sie da sein würde. Allerdings ist seine Frau abgesichert und könnte sich in diesem Fall ein Pflegeheim leisten. Für größere anfallende Aufgaben oder wenn er ausfallen und krank werden würde, könnte er sich auch temporär auf seine Kinder und Enkel verlassen, insbesondere auf seine Tochter, die es bei sich beruflich einrichten könnte. Er sieht die Kinder darüber hinaus aber nicht dazu verpflichtet, Pflegeverantwortung für seine Frau zu übernehmen, denn es sind nicht ihre Kinder – sie haben seine Frau erst im Erwachsenenalter kennengelernt. In Bezug auf seine erste Frau, die Mutter der Kinder, sieht er sie aber durchaus in der Pflicht.

Flexibel gestaltbare Arbeitszeit – Anpassung an Pflegebedarf

Das Leben mit Pflege als Trick des Schicksals

Versprechen zur Verantwortungsübernahme

**Pflege in erster
Linie familiär
organisiert**

Innerhalb des weiteren Kreises der Familie gibt es außerdem einen Pflegedienst, der Hr. Liebig und seine Ehefrau – falls es nicht anders ginge – unterstützen könnte und der auch schon bei der Schwiegermutter beraten hatte. Pflege ist in erster Linie eine in familiäre Beziehungen eingebundene Aufgabe – berufliche Helfer*innen sind im Pflegearrangement von Hr. Liebig's Frau nicht beteiligt. Das liegt auch daran, dass Hr. Liebig davon ausgeht, dass Pflegekräfte aufgrund der Rahmenbedingungen kaum die Möglichkeit hätten, eine aus seiner Sicht gute Pflege zu leisten. Neben dem medizinischen Fachwissen erwartet Hr. Liebig von einer guten Pflegekraft, dass sie sich Zeit nimmt und auf die Person mit Pflegebedarf eingeht.

„Man kann nicht die kranken und die alten Leute einfach so abschieben und sagen: ‚So jetzt machen wir deine Tabletten und jetzt ist alles in Ordnung. Musst du noch zur Toilette? Nein, ich muss wieder los.‘ Nicht? Das geht nicht [...] Bei meiner Schwiegermutter kamen manchmal zwei. Da war dann einer ein Lehrling oder ein Praktikant oder sowas. Das war eine feine Sache. Die eine hat die Arbeit gemacht, die andere hat dann sich mit meiner Schwiegermutter beschäftigt und da war sie immer glücklich und zufrieden hinterher.“ (Int. 12, Z. 207–224)

**Mängel bei
Pflegediensten
aufgrund von
Ökonomisierung**

Seiner Meinung wird das bei professionellen Pflegediensten aber aufgrund von Ökonomisierung und Privatisierung nicht umgesetzt und den Pflegekräften keine Zeit gelassen. Er könne gut verstehen, dass man für das geringe Gehalt der Pflegekräfte die schweren Tätigkeiten nicht übernehmen wolle – dennoch tut er es selbst, ohne Gehalt. Auch in Bezug auf Beratung ist diese Beziehungsebene ein wichtiger Gelingensfaktor für ihn:

„Dann haben wir Gott sei Dank eine Pflegeberatung hier, eine junge Frau von der Firma Kompass und die hat uns sehr gut- oder berät uns sehr gut. Man hat uns dann auch Wege aufgezeigt, was wir machen können, was wir machen sollten, und das war- da sind wir ganz begeistert von. Zumal das eine sehr nette und sympathische Frau ist. Das kommt da- also man muss ja auch die Menschen mögen, die einen beraten, sonst wird das alles nichts.“ (Int. 12, Z. 109–114)

Hr. Liebig versteht Pflege als Gefühls- und Beziehungsarbeit, die bestenfalls nicht in Abhängigkeit von einem monetären Lohn entrichtet wird. Für ihn kommt außerdem hinzu, dass er seinen eigenen Angaben zufolge sehr anspruchsvoll ist und die Aufgaben zu seiner Zufriedenheit erledigen am besten selbst könne. Bspw. hätten sie eine Zeit lang eine Haushaltshilfe gehabt, die aber nicht seinen Ansprüchen entsprechend saubergemacht hätte. Also übernimmt er das nun wieder selbst.

**Gute Voraus-
setzungen durch
Wohnlage**

Dass es so gut funktioniert, dass er fast alleine für die Pflege seiner Frau zuständig ist, liegt evtl. u. a. in der guten Wohnlage begründet. Das Ehepaar konnte in eine barrierefreie Wohnung ziehen, die die nötige Infrastruktur wie Einkaufsläden, medizinische Versorgung und kulturelle Angebote in Laufweite bereitstellt. Wie gewünscht liegt die Wohnung in der Nähe eines Gewässers, was für Hr. Liebig

zusätzlich Lebensqualität darstellt. Im Alltag springt gelegentlich ein Nachbar ein, wenn Hr. Liebig selbst durch z. B. eigene Arzttermine verhindert ist. Auch finanziell bestehen keine Probleme. Das Pflegegeld wird in geringem Anteil für zusätzliche Kosten durch die Pflege wie bspw. Taxifahrten, aber auch für die Ermöglichung schöner Erlebnisse wie gemeinsame Urlaube ausgegeben und mit Blick auf mögliche zukünftige finanzielle Mehrbelastungen gespart. Bei Hinzuziehen eines Pflegegedienstes müssten allerdings Abstriche gemacht werden. Dabei geht Hr. Liebig davon aus, dass es andere, insbesondere angesichts des bürokratischen Aufwandes, der mit Pflegeleistungen einhergeht, nicht so leicht hätten. Reine Hinweise auf die Gesetzeslage, wie er sie bspw. durch die DAK-Gesundheit erhalten hat, seien nicht hilfreich. Er selbst hat bereits einmal mit anwaltlicher Hilfe die Verzögerung einer Reha-Maßnahme aufgrund bürokratischer Verfahren seiner Frau verkürzen können. Er weiß sich zu helfen, findet aber, dass der Staat seine Verantwortung, Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen stärker zu unterstützen und Ressourcen angemessen zu verteilen, nicht gerecht wird.

Angesichts dieses fehlenden Vertrauens in den Staat oder berufliche Helfer*innen organisiert sich Hr. Liebig selbst. Das Vertrauen in sich selbst kompensiert das strukturelle Defizit und schafft Resilienz angesichts schwieriger Situationen. So konnte das Ehepaar auch ganz gut damit zurechtkommen, als sie einmal an Corona erkrankt waren:

„Wir hatten das eine Woche. Wir hatten genug Vorräte zu Hause. Wir brauchten niemanden zu belästigen in der Zeit. Arzttermine haben wir abgesagt und nach einer Woche ging es uns wieder besser und nach vierzehn Tagen- ich war eher wieder frei als meine Frau, [...] und dadurch konnte ich dann wieder aktiv werden und sie noch zwei, drei Tage zu Hause und dann war das auch alles okay.“
(Int. 12, Z. 398–403)

Zwar schildert Hr. Liebig, dass die Pflege eine gewisse körperliche Belastung darstelle und es auch niederschlagende Erfahrungen sowie Unsicherheiten angesichts der Krankheit der Frau gebe. Bei seiner Frau geht er davon aus, dass es für sie besonders schwierig sei, mit der Asymmetrie in Bezug auf den Beitrag zum gemeinsamen Alltag zurecht zu kommen. Insgesamt aber verfolgen beide eine Haltung der Akzeptanz.

„Und sich beklagen, dass sie jetzt krank ist, bringt auch nichts. Sie ist nun einmal krank. Sicherlich kommen, wenn sie einen Schlaganfall hatte, die Frage: ‚Warum ich immer?‘ Das ist auch verständlich und ich denke, das ist auch menschlich, aber nö, nach drei Tagen kneift sie die Mausbacken wieder zusammen und sagt, wir müssen nach vorne gucken. Und das tun wir halt eben beide.“ (Int. 12, Z. 352–357)

**Lieber selbst
pflegen als in
andere ver-
trauen**

**Annahme des
Schicksals**

Resilienz Aus den eigenen materiellen und infrastrukturellen Ressourcen, dem großen familiären Netzwerk als Notfallnetz sowie der mentalen Einstellung und dem Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit ergibt sich eine sehr starke Resilienz. Entsprechend ist auch sein Fazit zu den noch nicht ganz abgeschlossenen Überlegungen in Bezug auf Strategien, falls er selbst in der Pflege ausfällt: *„Das wird schon klappen“* (Int. 12, Z. 190).

Zu dieser Zuversicht trägt sicherlich bei, dass sich das Ehepaar auch bisher ein Leben ermöglichen konnte, mit dem sie insgesamt zufrieden sind, in dem sie ihren gemeinsamen Interessen gut folgen und soziale Kontakte pflegen können. Bekanntschaften wohnen in der unmittelbaren Nachbarschaft, bspw. ein Ehepaar, das in einer ähnlichen Situation mit Pflegebedarf ist und die sich gegenseitig unterstützen. Auch kulturelle Angebote wie Kino und Theater sind fußläufig erreichbar. Das gemeinsame Leben wird zu zweit gestaltet, es wird gemeinsam darüber entschieden:

„Ja ja ja. Wir sprechen zwar immer alles ab, mal mehr und mal weniger. Das werden sie kennen, wenn sie in einer Beziehung leben oder verheiratet sind. Manchmal eher weniger, aber das passiert dann schon einmal, aber wir einigen uns dann immer.“ (Int. 12, Z. 307–310)

Teilhabe unter Berücksichtigung von Fähigkeiten

Die beiden gestalten das Leben *mit* Pflege, an dem auch die Ehefrau unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten teilhaben kann. Das illustriert auch die Erzählung von Kochabenden mit Freunden:

„Ja, da kann man natürlich viel im Sitzen machen. Ich darf meiner Frau nur, wenn möglich, nicht die Messer in die Hand geben. Das wird gefährlich, nicht weil sie mich überfällt, aber sie ist A Linkshänderin und diese Koordination durch das eine blinde Auge ist natürlich recht schwierig. Und da- man muss vorsichtig sein, aber sie kann dekorieren und solche Sachen machen. Das geht alles wunderbar.“ (Int. 12, Z. 279–284)

4.6.3 Sich arrangieren

Gelingt es, sich zu arrangieren?

Die Frage, ob ein gutes Leben mit Pflege gelingen kann, hängt maßgeblich davon ab, ob und inwieweit die Akteur*innen des jeweiligen Settings es vermögen, innerhalb der eigenen Möglichkeiten entsprechend zu agieren. Wie vielschichtig sich dieses Erleben gestalten kann, zeigte sich etwa im Gespräch mit Ingrid Schmied, die ihre Situation bildlich so beschreibt:

„Ich war ein lebenslustiger Typ, ich habe immer auf dem Tisch getanzt, jetzt komme ich nichtmehr bis auf den Stuhl.“ (Int. 4, Z. 144)

Sie leidet seit mehreren Jahren unter verschiedenen nervlichen Erkrankungen. Als dann auch noch ihr Mann, der sie zuvor gepflegt und unterstützt hatte, verstarb, entschied sie sich aus der Stadt, in der sie fünfzig Jahre lang gelebt hatte, in jenen Ort zu ziehen, wo ihre Mutter und ihre Geschwister leben. Insbesondere ihre Schwester unterstützt sie in vielen alltäglichen Belangen und kümmert sich etwa um den Einkauf. Sie ist es aber auch, die Fr. Schmied zu gemeinsamen Unternehmungen wie Grillen einlädt und abholt, denn ihr Schwester wisse, dass sie so etwas immer gerne gemacht habe. Außerdem unterhält Fr. Schmied von sich aus einige soziale Kontakte. Zum einen zu Freund*innen aus jener Stadt, in der sie zuvor lange gelebt hatte. Mit diesen würde sie telefonieren bzw. würden diese sie gelegentlich besuchen kommen. Zum anderen hat Fr. Schmied nach ihrem Umzug in ihre alte Heimatstadt, wo sie zur Schule gegangen war, wieder an Freundschaften aus der damaligen Zeit angeknüpft. Zugleich erlebt sie ihre Lebenssituation mit Pflege auch immer wieder als belastend:

„Na klar ist das doof. [...] Ich meine, ich werde jetzt ja zweiundsechzig, das Theater fing an mit achtundfünfzig, ja. Da sind die anderen Menschen, sage ich mal, am Höhepunkt ihres Lebens und ich bin schon auf dem Abgrund. Das ist schon eine Belastung. Wenn ich mich auch teilweise mittlerweile damit arrangiere [...]“ (Int. 4, Z. 273 ff)

Ergänzend fügt Fr. Schmied an dieser Stelle noch hinzu, dass sie sich keine Fotos mehr von früher anschauen könne, weil sie diese zu sehr schmerzten. Deutlich wird an dieser Stelle einerseits die Schwere des Verlusts an Möglichkeiten, den sie infolge ihrer Krankheit erfahren hat, in dessen Folge sie sich in einem „Abgrund“ wiederzufinden scheint. Außerdem verstarb ihr Ehemann nur wenige Jahre nach Eintreten ihrer Erkrankung. Demgegenüber deuten Fr. Schmieds Umzug sowie die Aufrechterhaltung bzw. das Wiederaufgreifen sozialer Kontakte daraufhin, dass sie ihr Leben, soweit es ihr möglich ist, gestaltet und mit für sie positiven Erlebnissen füllt.

Zwischen Abgrund und positiven Erlebnissen

Ein Arrangement zum Umgang mit seiner Situation hat auch Klaus Fink für sich geschaffen. Aufgrund seiner Erkrankung an Multipler Sklerose (MS) meidet er zu viel sozialen Kontakt, weil dieser ihn überfordert. Vielmehr braucht er einen strukturierten und vom ihm gut zu steuernden Tagesablauf. Um sich genau diesen zu ermöglichen, greift er auf einen Pflegedienst zurück, der die für Hr. Fink notwendige Unterstützung leistet, ihm aber auch gleichermaßen seinen Raum gibt. Genau damit scheint er zufrieden zu sein, denn wie Hr. Fink es erklärt, sei es für ihn am besten, wenn er „seinen Stil“ für sich fahren könne (Int. 24, Z. 73). Ein weiterer zentraler Aspekt, in dem zum Ausdruck kommt, wie er sich mit seiner Erkrankung arrangiert, ist sein Hobby. Nach wie vor beschäftigt Hr. Fink sich mit Geschichte, wenngleich auch nicht mehr in derselben Weise wie früher:

Steuerung des Tagesablaufs

„Naja, ich habe mich [...] für Historie interessiert. Das mache ich weiter, aber [...] Früher war ich ja viel unterwegs und habe viel fotografiert. Das kann ich eben nicht mehr. Ich sage es mal so, ich ordne jetzt ein bisschen meinen Bestand sozusagen, den ich früher aufgenommen habe. Da bin ich aber damit zufrieden, weil wie gesagt, ich möchte auch gar nicht raus und mir irgendwelche historische Bauten ansehen. Da habe ich kein Interesse mehr. Weil ich merke, das schaffe ich nicht mehr.“ (Int. 24, Z. 126)

Anpassung der Hobbys

Während an dieser Stelle einerseits ein Bedauern von Hrn. Fink darüber deutlich wird, dass er eben nicht mehr hinaus kann, um wie früher historische Bauten anzuschauen, scheint es in der Ordnung seiner Bestände auch ein versöhnliches Moment mit seiner Situation zu geben. Anstatt sich von seinem Hobby gänzlich abzuwenden, pflegt er dieses jetzt in einer anderen Form als zuvor.

Ausgehend von diesen beiden Fällen scheint gerade das Erleben und Anerkenntnis des eigenen Verlusts an Handlungsmöglichkeiten eine wesentliche Voraussetzung zu sein, um sich auf die neue Lebenssituation einzulassen und die sich daraus ergebenden Potenziale wahrnehmen zu können. Indem die interviewten Personen mit Pflegebedarf sich arrangieren, finden sie Wege, die Ambivalenz zwischen Verlust und dem weiterhin Möglichen zu leben. Dies folgt dem Anerkenntnis, dass das gute Leben mit Pflege auch immer ein Leben mit Pflege ist.

Blick auf Bedürfnisse, Wünsche und Ziele

Es erscheint sinnvoll, das gute Leben mit Pflegebedarf gegebenenfalls vergleichbar dem guten Leben mit Behinderung zu betrachten. Folglich sollte der Fokus nicht primär auf den dadurch begründeten Beeinträchtigungen im alltäglichen Erleben, sondern auf die Bedürfnisse, Wünsche und Lebensziele gerichtet sein, welche die Menschen weiterhin verfolgen wollen. Das Anerkenntnis dieser verknüpft mit dem Anerkenntnis der Behinderung bzw. des Pflegebedarfs sind wesentliche Voraussetzungen eines gelungenen Arrangements und damit eines guten Lebens mit Pflege.

4.6.4 Pflegedürftigkeit & soziale Kontakte

Reduktion von Selbstverwirklichungsmöglichkeiten

In diesem Zusammenhang ist zugleich zu berücksichtigen, dass die Pflegebedürftigkeit zwar nicht notwendigerweise und zudem in Abhängigkeit von der jeweiligen Erkrankung, aber doch oftmals mit zunehmendem Alter eintritt. Jedenfalls war dies im Sample wiederholt der Fall. Der Alterungsprozess geht dabei zugleich ohnehin einher mit einer Reduktion von Selbstverwirklichungsmöglichkeiten und sozialen Kontakten. Dabei wurde etwa im Gespräch mit Carola Lehmann deutlich, inwieweit Pflege und Alter beim Verlust sozialer Kontakte verschränkt sein können. In Bezug auf ihre pflegebedürftigen Eltern führte sie aus:

„Das ist ganz, ja ganz wichtig, dass viele Freunde, die man früher hatte, im Alter nicht mehr kommen, weil die, die auch älter werden, aber noch gut drauf sind, mit den Behinderungen und Beeinträchtigungen der Anderen nicht klar kommen. Und dass nicht jeden Tag vor Augen haben wollen.“ (Int. 15, Z. 202 ff.)

Die zunehmenden Berührungängste ebenfalls alternder Freund*innen beschreibt auch Rita Erdmann bezogen auf sich und ihren Ehemann, die beide mit Pflegebedarf leben.

Verlust sozialer Kontakte

„Ja, jaja, wir haben noch paar Freunde, die immer kommen, aber das blättert natürlich auch langsam ab, ne, dass weiß man ja, wie das im Leben ist. Die Anderen führen ihr eigenes Leben und führen das weiter, was man ihnen ja auch gönnt und was auch richtig ist, aber für uns bleibt ja dann nichtmehr so viel Zeit übrig. Klar, wir telefonieren immer noch, ich habe auch noch Kontakt zu Leuten, die ich vor 40 Jahren gekannt habe und immer noch kenne aber das beschränkt sich ja auf Briefe und auf die Kommunikationsmittel, die man heutzutage hat, das ist ja nicht so, dass man mit denen noch was unternehmen kann.“ (Int. 29, Z. 171 ff.)

Fr. Erdmann muss regelmäßig zur Dialyse und ihr Ehemann ist auf einen Rollstuhl angewiesen. Sie können zudem beide nicht mehr Auto fahren und sind folglich in ihrer Mobilität stark eingeschränkt. Auch dadurch scheinen Kontakte mit ihnen an Attraktivität für frühe Freund*innen zu verlieren, die ihr Leben weiterführen wie bisher und sich dadurch nicht auf die eingeschränkten Möglichkeiten des Ehepaars Erdmann einlassen wollen. Zwar wird der Kontakt gehalten, aber es kommt eben nicht mehr zu gemeinsamen Unternehmungen. Folglich kann die Gestaltung des Lebens mit Pflege mit zusätzlichen Herausforderungen verbunden sein.

Wie gut die Bewältigung dieser Herausforderungen gelingen kann, zeigt sich hingegen am Fall von Harald Pohl. Aus den Folgen eines vor einigen Jahren erlittenen Schlaganfalls hat er sich in seinen Worten *„herausgekämpft“* (Int. 19, Z. 7). Selbst mit seinen über achtzig Jahren hat er sich diese energische Art beibehalten und wird mitunter auch von seinem Arzt zur Geduld ermahnt.

Sich „herauskämpfen“

„Also, es wird langsam besser. Es dauert bloß immer. Ich bin ein Mensch, der ein bisschen ungeduldig ist. Hat der Doktor auch gesagt zu mir, Sie müssen Geduld haben, Sie sind vierundachtzig, was wollen Sie denn noch. Ja, aber das geht mir alles zu langsam.“ (Int. 19, Z. 145 ff.)

Auch darüber hinaus scheint es Hr. Pohl zu gelingen, sein Leben trotz des Pflegebedarfs nach seinen Vorstellungen gestalten zu können. Von zentraler Bedeutung ist in diesem Zusammenhang ein Campingplatz, auf dem er seit über vierzig Jahren Stammgast ist und gemeinsam mit einigen anderen Familienmitgliedern eine Wagenburg hat. Außerdem kennt er zahlreiche der anderen Gäste, sodass

Vielfältige Kontaktmöglichkeiten über familiäres Netzwerk

täglich jemand an seinem Wagen vorbeikäme, um sich nach ihm zu erkundigen. Gerade dieses engmaschige soziale Netzwerk scheint ein weiterer wesentlicher Gelingensfaktor für Hrn. Pohls gutes Leben mit Pflege zu sein. Darüber hinaus wird im Gespräch deutlich, dass er insbesondere von seiner Tochter auf vielfältige Art und Weise Unterstützung erhält, zumal diese auch die Hauptverantwortung für die Ausgestaltung der häuslichen Pflege trägt. Gleichzeitig macht Hr. Pohl deutlich, dass er sich seiner Tochter auch emotional stark verbunden fühlt. Es kann gemutmaßt werden, dass die Hrn. Pohl mögliche Abgabe von Verantwortung an eine Vertrauensperson, ebenfalls eine starke Entlastung für ihn bedeutet. Diese wiederum bildet die Voraussetzung dafür, dass er sein Leben auch im hohen Alter noch genießen kann.

4.6.5 Pflege und das gute Zusammenleben

Gemeinsame Aktivitäten...

Die Frage nach dem guten Leben stellt sich im Kontext häuslicher Pflege jedoch nicht nur bezogen auf die Einzelpersonen, wie in den meisten der vorangegangenen Beispiele. Je nachdem inwieweit An- bzw. Zugehörige in die Pflege involviert sind, geht es auch um das gute Zusammenleben mit Pflege. Besonders erfolgreich scheint dies Dieter Liebig und seiner Ehefrau zu gelingen. Während er im Interview zunächst von ihrer langen und von zahlreichen Erkrankungen geprägten Leidensgeschichte erzählt, kommt er bei der Frage, wie gut es ihm gelingt, eigene Lebensziele zu verfolgen und soziale Kontakte zu pflegen, regelrecht ins Schwärmen. Ausführlich erzählt er zunächst von der Wohnung, die seine Frau und er gefunden hätten. Diese entspräche all ihren Bedürfnissen und sei neben guten Einkaufsmöglichkeiten, Ärzt*innen und Apotheken auch nah an einem Theater sowie einem Kino: *„Wir gehen liebend gern ins Theater, wir gehen liebend gern ins Kino.“* (Int. 12, Z. 285 f.) Darüber hinaus wohnen auch die sozialen Kontakte in direkter Nachbarschaft. Sodann erzählt Hr. Liebig von einem befreundeten Ehepaar, mit dem er und seine Frau regelmäßig gemeinsam kochen würden:

„Ja, da kann man natürlich viel im Sitzen machen. Ich darf meiner Frau nur, wenn möglich, nicht die Messer in die Hand geben. Das wird gefährlich, nicht weil sie mich überfällt, aber sie ist [...] Linkshänderin und diese Koordination durch das eine blinde Auge ist natürlich recht schwierig. Und da- man muss vorsichtig sein. Aber sie kann dekorieren und solche Sachen machen. Das geht alles wunderbar. Also da können wir nicht klagen und wir haben beide Gott sei Dank auch die gleichen Interessen.“ (Int. 12, Z. 279 ff.)

...unter den entsprechenden infrastrukturellen Voraussetzungen

Neben den vielfältigen geteilten Interessen sowie der guten infrastrukturellen Anbindung lassen sich den Schilderungen von Hrn. Liebig noch zwei weitere wesentliche Gelingensfaktoren für das gute gemeinsame Leben mit Pflege entnehmen. Zum einen ist Hr. Liebig selbst noch sehr mobil und kann insbesondere sein Auto weiterhin benutzen – beispielsweise um seine Frau zu speziellen Ärzt*innen zu

fahren, die nicht in unmittelbarer Nähe sind. Zum anderen zeigt sich am Beispiel des gemeinsamen Kochens, dass neben dem Anerkenntnis, was seine Frau aufgrund ihrer Erkrankungen nicht mehr tun kann, ein Fokus darauf gelegt wird, eine Aufgabe für sie zu finden, die es ihr ermöglicht, sich ins gemeinsame Erleben einzubringen und somit an diesem teilzuhaben.

4.6.6 Zusammen leben mit Pflegebedarf vs. Pflege als Zusammenleben

Ganz anders beschreibt Kurt Wegner die Situation zwischen ihm und seiner Ehefrau, welche neben den Folgen von Schlaganfällen auch an einer Demenz erkrankt ist. Zum Zeitpunkt des Gesprächs pflegt er sie bereits seit mehreren Jahren. Daraufhin befragt, ob er seine eigenen Lebensziele seit der Übernahme von Pflegeaufgaben weiterhin verfolgen könne, antwortete Hr. Wegner:

„Manches ja, aber vieles nein. Es gibt einiges, was ich nicht mehr machen kann, wie zum Beispiel in Urlaub fahren, wir sind immer gern so in Urlaub gefahren zwei, drei Wochen, das geht gar nicht mehr. Aber sonst ist so, ich mach mein Hobby, ich singe im Chor und so, das mache ich weiterhin. Organisiere ich dann jemand, der bei meiner Frau ist, wenn es länger dauert und ich geh dann weg. Kann nicht immer nur zuhause sitzen.“ (Int. 25, Z. 113 ff.)

Während gemeinsame Unternehmungen gerade nicht mehr möglich sind, schafft Hr. Wegner hingegen für sich selbst Räume, in denen er aus seinem Pflegealltag ausbrechen kann. Bereits zuvor beschrieb er im Interview, dass er auch in diesen Zeiten zu seiner Frau stehe, dass er sie auch weiterhin liebe, die Situation für ihn aber insgesamt schwierig sei. Seine Strategie im Umgang mit dieser Herausforderung sei generell, dass er aus dem Haus gehe – *„bisschen in Garten oder sonst wohin und komme dann wieder und dann ist wieder gut“* (Int. 15, Z. 100 f.). Gegen Ende des Interviews spricht er hingegen noch einmal deutlich davon, dass er gerne noch einmal mit seiner Frau verreisen würde, es aber aufgrund ihrer „Immobilität“ (sie sitzt im Rollstuhl) stets mit sehr hohen Kosten verbunden wäre, die sie nicht stemmen könnten.

„Wäre schon mal schön, wenn man nochmal könnte, aber das ist, sie ist zu immobil, das ist immer schlecht möglich oder mit einem hohen finanziellen Aufwand und den habe ich nicht, kann ich nicht.“ (Int. 25, Z. 325 ff.)

Sogar an den rollstuhlgerechten Umbau des eigenen Autos habe er gedacht, der aber ebenfalls zu teuer wäre. Die gelungene Gestaltung des gemeinsamen Lebens mit Pflege scheint in diesem Fall folglich neben den spezifischen Folgen der Demenzerkrankung auch durch mangelnde finanzielle Ressourcen erschwert zu sein.

Keine gemeinsamen Unternehmungen mehr

Ausbrechen aus dem Pflegealltag

Besonders Demenz verändert die Beziehung

Sich infolge von Demenz ergebende Schwierigkeiten im Zusammenleben beschreibt auch Friedrich Berger. Dessen Ehefrau leidet bereits seit über 20 Jahren daran. Mittlerweile sei ihre Demenz so stark fortgeschritten, dass sie vollkommen in ihrer eigenen Welt lebe. In der Folge seien keine gemeinsamen Unternehmungen mehr möglich. Gelegentlich organisiere Hr. Berger, dass alte Freund*innen zu ihnen zu Besuch kämen. Die würden dann auch mit seiner Frau sprechen, die aber gegebenenfalls mitten im Gespräch einschlafe.

Teilweise fehlen Kraft und Kreativität

In den Fällen wie denen von Hrn. Wegner und Hrn. Berger scheint aufgrund verschiedener Faktoren nur noch bedingt die Möglichkeit zu bestehen, ein gutes Leben mit Pflege zu gestalten. Vielmehr tendieren die Situationen hier zur Pflege als Leben. Zum einen wird der Tagesablauf auch des*der pflegenden An- oder Zugehörigen stark durch die pflegerischen Tätigkeiten strukturiert. Wenngleich dies in den zitierten Interviews nicht vordergründig thematisiert wurde, ist dennoch zu berücksichtigen, dass Pflegealltage von einer hohen Redundanz und Trivialität geprägt sein können, infolge derer den An- oder Zugehörigen in verstärktem Maße die notwendige Kraft und Kreativität fehlen kann, die es braucht, um aus einmal eingefahrenen Situationen auszubrechen. Zum anderen fehlt es oftmals an anderweitigen Formen gemeinsamen Erlebens. Bilden pflegerische Kontakte auf Dauer die primären Berührungspunkte zwischen An- oder Zugehörigen, scheint es äußerst schwierig, eine Nähebeziehung aktiv aufrechtzuerhalten, welche zugleich die Grundlage für die gemeinsame Lebensgestaltung bildet.

Im Extremfall: Frage nach gutem Leben in weiter Ferne

Ein extremes Beispiel, bei dem die Frage nach der Gestaltung des guten Lebens völlig aus dem Blick geraten zu sein scheint, beschreibt Martin Tacke. Er ist derart intensiv in die häusliche Pflege seiner Mutter einbezogen, dass diese sein Leben nicht nur zunehmend füllt, sondern auch bestimmt. Da seine Mutter nahezu alle Formen professioneller pflegerischer Unterstützung ablehnt, ist es letztlich Hr. Tacke, welcher die Aufgaben übernimmt. Dadurch hat sich im Verlaufe mehrerer Jahre eine Dynamik entwickelt, die es ihm unmöglich zu machen scheint, seine eigenen Ziele zu verfolgen.

„Nein, ich kann keine Ziele anpacken. Ich- Wenn ich morgens aufstehe oder irgendwann aufstehe, dann muss ich sofort aus der Hüfte schießen. Ich kann nichts planen, ich kann nichts machen, ich kann keine Termine einhalten, NICHTS.“ (Int. 2, Z. 184 ff.)

Allenfalls wenn seine Schwester, die weiter entfernt wohnt, gelegentlich vorbeikomme, könne Hr. Tacke sich für eine Stunde eine Auszeit nehmen. Im Laufe des Interviews beschreibt er jedoch, wie infolge der Übernahme von Verantwortung in der häuslichen Pflege seiner Mutter seine Ehe auseinanderging – es schien einen ungelösten Konflikt zwischen seiner Mutter und seiner damaligen Frau gegeben zu haben. Darüber hinaus jedoch gab Hr. Tacke auch seinen Beruf auf und ist zudem mittlerweile selbst seit mehreren Jahren nicht mehr krankenversichert. Das

bestehende Pflegesetting hat folglich Hrn. Tacke in die Prekarität getrieben. Im Interview machte er zudem deutlich, wie stark er von der momentanen Situation belastet war und deutete an einer Stelle die Möglichkeit eines Suizids als Ausweg an.

Auffällig an diesem Fall ist, dass die pflegebedürftige Mutter professionelle Unterstützung weitestgehend ablehnt und die pflegerischen sowie auch organisatorische Aufgaben sämtlich auf Hrn. Tacke zurückfallen, der diese in einem konsequenten operativen Modus abarbeitet. Dadurch treten aber nicht nur Fragen nach der Gestaltung des gemeinsamen Lebens in den Hintergrund, sondern schließlich auch grundsätzliche Aspekte von Selbstfürsorge.

Wenn weitere Unterstützung fehlt

Im krassen Gegensatz dazu steht der Fall der Tochter von Edeltraut Riese. Diese ist seit über 24 Jahren an MS erkrankt und wird mittlerweile in einem professionellen 24h-Intensivsetting in der eigenen Wohnung gepflegt. Im Schichtwechsel kümmert sich ein Team von fünf Pfleger*innen und einer Teamleiterin um ihre Tochter. Das Team übernimmt dabei nicht nur pflegerische Aufgaben wie Körperhygiene, sondern unterhält sich mit der Tochter, schaut gemeinsam fern oder hört Musik. Während Fr. Riese sich zwar ihrerseits um organisatorische Aufgaben kümmert, liegt ihr Fokus vor allen Dingen darauf, mit ihrer Tochter regelmäßig Zeit zu verbringen. Ihr Mann komme etwa alle zwei Wochen, um seine Tochter zu besuchen, und Fr. Riese ist jede Woche einmal bei ihr.

„Und dann also wir lesen viel mit ihr Zeitung. Ich lese ihr- und sie liest dann auch in der Zeitung oft noch einiges mit. Also lesen kann sie schon noch und wir unterhalten uns dann auch darüber, was wir so in der Zeitung lesen. Ansonsten gucken wir halt auch Fernsehen, hören Musik und gucken Fotos und alles Mögliche sowas an oder auch aufm Handy irgendwelche Nachrichten oder Musik, [...] von der ich auch weiß, dass sie die immer gern gehört hat, wenn da irgendwas neues rauskommt von irgendwelchen Leuten und so.“ (Int. 7, Z. 83 ff.)

Fr. Riese schildert dann auch ausdrücklich, wie schwer es allen Beteiligten gefallen ist, die Erkrankung der Tochter anzunehmen, zumal diese immer weiter voranschritt und damit deren Handlungsmöglichkeiten zunehmend einschränkte. Für das Gelingen des persönlichen Kontakts mit der Tochter maßgeblich scheint jedoch, dass die am Setting beteiligten An- und Zugehörigen – neben den Eltern insbesondere auch der Freund der Tochter – einen Umgang mit ihrem Schmerz gefunden zu haben scheinen, der schließlich zur Akzeptanz der gegebenen Situation führen kann.

Akzeptanz der veränderten Situation als Umgangsstrategie

„Aber, wie gesagt, wir haben uns immer so Schritt für Schritt an die Sache angenähert und sind uns da auch mit meinem Mann einig, wir können nichts anderes machen, als sie eben noch so gut es geht zu unterstützen und wir müssen das akzeptieren, was da leider passiert ist.“ (Int. 7, Z. 191 ff.)

Zudem wird deutlich, dass es auch das engmaschige Netz an Unterstützung – mittlerweile in Form einer 24h-Intensivpflege – ist, welches die Beziehungsebenen zwischen den Eltern bzw. dem Freund und der Tochter in bedeutendem Umfang zu entlasten scheint und damit den Raum eröffnet, sich auf gemeinsame Aktivitäten zu konzentrieren. Folglich scheint es, dass pflegerische Aufgaben innerhalb eines Settings entweder auf mehrere An- bzw. Zugehörige verteilt oder gegebenenfalls an professionelle Pfleger*innen abgegeben werden können, um somit die persönliche Beziehungsebene zur Person mit Pflegebedarf zu entlasten. Davon ausgehend zeigt sich einmal mehr die Notwendigkeit, dass es ausreichender Fachkräfte bedarf, um dem Bedarf nach Entlastung häuslicher Pflegesettings entgegenzukommen und Menschen mit Pflegebedarf in der selbstbestimmten Gestaltung ihres Lebens zu unterstützen.

4.7 Fazit

„Resilienz“ ist nicht nur ein Modebegriff. Der Begriff stammt ursprünglich aus der Kybernetik. Das Konzept der Resilienz wird überall dort bemüht, wo Stabilität bedroht und Haltungen und Strategien gefragt sind, um zu neuem Gleichgewicht, zu neuer Kraft und Stabilität zu gelangen (vgl. Staudinger 2001). Auch wenn in den Analysen der 33 Pflegegeschichten das Thema Resilienz nicht im Vordergrund stand, ist doch eine erstaunliche Stabilität feststellbar, zu denen Pflegende, aber auch Menschen mit Pflegebedarf immer wieder finden oder gefunden haben. Dazu können im Einzelnen beitragen: Persönlichkeitsmerkmale, Lebenserfahrung, Coping-Strategien, soziale Netzwerke, Entlastungsangebote, die Fähigkeit zur Umdeutung und die Plastizität in der eigenen Lebensgestaltung und Identitätskonstruktion. Wir kennen die Resilienzfaktoren von Pflegearrangements (vgl. ZQP 2019). Diese finden wir in den 33 Pflegegeschichten in verschiedenen Variationen bestätigt. Unterstützungsangebote für Pflegende, aber auch auf Pflege angewiesene Menschen, sollten sich, wie das ZQP es seinerseits empfiehlt, in besonderer Weise auf das fokussieren, was für Resilienz bedeutsam ist.

Stabile Pflege- und Sorgeskultur

Ein stabilisierender Faktor für eine stabile Pflege- und Sorgeskultur ist sicher die in der deutschen Bevölkerung über alle Generationen hinweg verankerte Moral. Es gehört zur Partnerschaft, zur Familiensolidarität, zur Solidarität in Freundeskreisen, zueinander zu stehen und dies auch bzw. gerade unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit. Das ist im engeren sozialen Netzwerk, in der Kernfamilie und in Partnerschaften selbstverständlich. Aus den Gesprächen hören wir Störgefühle, Resignation und Frust sowie Grenzen der Sorgebereitschaft heraus. Grundlegend in Frage gestellt wurde sie von unseren Interviewpartner*innen jedoch nicht. In diesem Zusammenhang ist die Selektivität des Sample zu berücksichtigen. Unsere Interviewpartner*innen übernehmen Pflege- und Sorgeaufgaben, sie stehen zu diesen Aufgaben und sind bereit darüber zu reden. Bemerkenswert ist insbesondere das ausgeprägte Bedürfnis über die Pflegesituation zu sprechen. Demgegen-

über gibt es sicherlich zahlreiche Haushalte, in denen man über die Pflege nicht reden möchte.

Zu den zentralen gesellschaftlichen Fragen gehört, ob die Bedingungen der häuslichen Pflege auch Bedingungen „guten Lebens“ für auf Pflege angewiesene Menschen und die pflegenden An- und Zugehörigen sind. Es bleibt eine Frage, die uns in unseren Forschungen begleitet wird. Wir haben aus den Interviews vor allen Dingen herauslesen müssen, dass pflegende Angehörige, aber auch auf Pflege angewiesene Menschen deutliche Abstriche an dem machen, was für sie ihr bisheriges Leben ausmachte. Das kann auch zu einer Neubewertung dessen führen, was sie in ihrem Leben als bedeutsam erachten. So waren schon die Befunde aus dem DAK-Pflegereport 2021, in dem junge Pflegende im Mittelpunkt standen, bemerkenswert: Die Übernahme von sozialer Verantwortung für auf Pflege angewiesene Menschen hat Spuren hinterlassen. Soziale Verantwortungsübernahme, auch unter schwierigen Bedingungen, wurde als eine Dimension unserer Existenz erkannt und für die zukünftige Lebensführung als sinnstiftend gesehen. Nur verpflichtet eine solche Sicht der Dinge die Gesellschaft nicht davon, sich für jene Bedingungen verantwortlich zu zeichnen, welche die Übernahme von Pflegeaufgaben er- und verträglich machen. Diese Verantwortung wird trotz sozialer Pflegeversicherung und vielfältiger Unterstützungs-, Entlastungs- und professioneller Angebote mitnichten überall eingelöst. Auch davon zeugen die 33 Geschichten.

Das Versprechen von „Bedingungen guten Lebens“ mit Pflege wird nicht eingelöst

Aus den Interviews werden zudem die Eigenheiten der Pflegeversicherung in Deutschland deutlich, insbesondere im Abgleich zu den skandinavischen Modellen. Diese sehen eine bedarfsgerechte professionelle Versorgung vor und enthalten mit ergänzender Familiensorge eine plafonierte Teilleistung für Pflegebedarfe, die eher ergänzend professionelle Unterstützung bereitstellt. In Deutschland muss der größte Anteil der Kosten und Ressourcen von den auf Pflege angewiesenen Menschen selbst respektive von ihren An- und Zugehörigen getragen werden. Dies führt zu haushaltsökonomischen Restriktionen, die die Pflegearrangements im hohen Maße beeinflussen und prägen. Heime kommen nicht nur nicht in Betracht, weil ihr Image schlecht und ihre Qualität in den Augen der Pflegebedürftigen häufig zu wünschen übrig lässt, sondern auch, weil sie die Haushalte ökonomisch überfordern und überdies das im Leben Erarbeitete (Vermögen) in Frage stellen und bedrohen. Auch davon zeugen die Interviews: Die Pflege zu Hause wird aufrechterhalten, weil man weder den An- und Zugehörigen zur Last fallen, noch das Vermögen und den Lebensmittelpunkt der Familie in Frage stellen möchte. Das Konzept der Moralökonomie passt auch und gerade auf die Pflege in von Reziprozitätsnormen geprägten Generationenverhältnissen.

Ökonomische Zwänge als maßgebliche Wirkfaktoren

Besonders betroffen von ökonomischen Abwägungen, die sich auch auf den Beibehalt oder die Aufgabe von Erwerbsarbeit beziehen, sind Frauen. Das Gender-Normativ wirkt auch und gerade in der Pflege. Zum einen werden Frauen als Sorgende sozialisiert, sind prädestiniert für soziale Aufgaben, ihre Erwerbsarbeit ist nicht

Bedeutung von Gender-Normativen in der Ausgestaltung der häuslichen Pflege

in gleicher Weise verankert und selbstverständlich, wie die der Männer. Durch einen aufgrund verschiedener Wirkfaktoren noch immer regelmäßig niedrigeren Verdienst als Männer sind sie eher diejenigen, die Erwerbsarbeit zurückstellen (müssen). Zum anderen sind es Frauen, welche im Alter ihre Partner pflegen, da sie statistisch länger leben und oftmals einen älteren Mann heirate. Hier handelt es sich ebenfalls um ein Muster im Gender-Normativ, das durch religiöse Treueverpflichtungen unterstrichen und durch soziale Erwartungen stabilisiert wird. In Deutschland setzt die Pflegeversicherung – anders als in Skandinavien – auf die Strategie der Ausreichung von Geldbeträgen (Pflegegeld) an all die in der Regel weiblichen Angehörigen, die die eigene Erwerbstätigkeit zurückstellen resp. reduzieren, um in der Familie zunächst Kinder zu erziehen und dann Sorgearbeit zu erbringen für Eltern, Schwiegereltern usw. Eine derartige Strategie zementiert traditionelle Geschlechterverhältnisse, statt sie aufzubrechen (vgl. Heintze 2015). Zu Recht verweist Heintze darauf, dass die Frage der Ausgestaltung der Pflegepolitik auch einer der Frage der Gleichberechtigung von Frauen ist. Auch deshalb macht es Sinn darüber nachzudenken, das Politikfeld Pflege in das Familienressort zu verlagern.

Heime im Fokus der Pflegepolitik

Im Vordergrund der pflegepolitischen Befassungen mit der Pflegeversicherung stehen auf der einen Seite die Heime. Sie werden aktuell noch teurer, als sie schon waren. Ihnen gilt der größte Teil der pflegepolitischen Aufmerksamkeit. Mit ihnen lässt sich auch Geld verdienen. Die mehr oder weniger gut organisierten Stakeholder sorgen dafür, dass die Finanzströme zugunsten der Pflegeheime nicht in Frage gestellt werden. Auch die ambulante Pflege wird im Wesentlichen unter dem Gesichtspunkt diskutiert, ob die Qualität der Pflegedienste stimmt, ob wir genügend Pflegekräfte in der häuslichen Pflege haben – was nicht der Fall ist. Dabei spielen die ambulanten Dienste eine untergeordnete Rolle. Weiterhin werden sie im Rahmen der Pflegeversicherung nur von einer Minderheit regelmäßig in Anspruch genommen.

Revision des Bilds von guter Pflege

Jene Fragen, die im Zusammenhang mit der Professionalisierung der Pflege, mit Vorbehaltsaufgaben für und der Qualitätssicherung von Pflegediensten diskutiert werden, spielen für die Mehrheit der Pflegehaushalte, auch für die von uns interviewten kaum eine Rolle. Insofern diese auf professionelle Pflege zurückgreifen, werden jene Faktoren, die den spezifischen Gehalt der Professionalität von Pflege ausmacht, selten bis gar nicht gesehen. Elemente wie ihre Beratungsfunktion, ihre besondere Interaktionskunst, die grundlegende fachliche und handwerkliche Kompetenz der Pflegekräfte werden weder von den Personen mit Pflegebedarf, noch den pflegenden An- und Zugehörigen in ihrer Wertigkeit (an-)erkannt. Demgegenüber wird Gute Pflege von unseren Interviewpartner*innen verstanden als beziehungsorientiert, als empathisch, als rücksichtsvoll. Das hängt auch mit der Organisation der häuslichen Pflege und ihrer Finanzierung zusammen: Eine zeit- und leistungsorientierte Refinanzierung ambulanter Pflege lässt die, mit der professionellen Pflege verbundenen Begleitungs- und Steuerungsfunktion in

den Hintergrund treten. Selbstverständlich ist Pflege im Kern auch unter professionstheoretischen Gesichtspunkten Interaktionskunst. Dabei haben die Interviewten allerdings weniger klassische Pfl egetätigkeiten und Verrichtungen im Blick, die beziehungsorientiert gestaltet werden, sondern fokussieren auf die Aushandlungsprozesse zwischen Pflegefachkraft und Pflegenden sowie auf Pflege angewiesenen Menschen. Die gleichberechtigte Beteiligung an der medizinischen und pflegerischen Primärversorgung wird von den auf Pflege angewiesene Menschen so nicht wahrgenommen. Die Bilder der Pflege sind immer noch sehr traditionell und konventionell.

Die enorme Solidaritätsleistung, die auch eine gesellschaftliche Leistung ist, wird unter den Voraussetzungen, unter denen sie erbracht wird, kaum gesehen und anerkannt. Das vermag auch das Pflegegeld nicht zu leisten, das zwar willkommen ist, aber letztlich an den grundlegenden ökonomischen Engpässen in den Pflegehaushalten nichts ausrichten kann. Zugehende Beratung, überhaupt eine aufmerksame und professionelle fachliche Begleitung von Pflegehaushalten, findet unter diesen Umständen nicht statt. Hier lägen, wie in dem Good Practice-Kapitel darzulegen sein wird, am ehesten Ansätze für die Weiterentwicklung des Pflegesystems in Deutschland. Für die auf Pflege angewiesenen Menschen und unsere Sorgeskultur wird es darauf ankommen, die Bedeutung von Entlastung, von ver- und geteilter Verantwortung in den Vordergrund zu rücken. Pflege ist ein „Gestaltsal“ und kein Schicksal; zumindest sollte das so sein.

**Pflege als
„Gestaltsal“**

In der Beteiligung von An- und Zugehörigen, von Nachbar*innen, von Freund*innen, von Ehrenamtlichen liegt eine zentrale, insbesondere für die Resilienz bedeutsame Strategie. Diese wiederum setzt die Verfügbarkeit sozialer Netzwerke voraus bzw. verlangt sie nach Architekt*innen, die solche Netzwerke mitaufzubauen in der Lage sind. Dieser Ansatz war und ist mit dem Buurtzorg-Konzept (vgl. Gray et al. 2015) verbunden, welches in Deutschland allerdings aus verschiedenen Gründen Insolvenz anmelden musste. Lokal ausgerichtete Unterstützungsstrukturen, eine größere Freiheit für die Pflegehaushalte, Budgets für Unterstützungsnetzwerke einsetzen, eine aufmerksame Begleitung durch nicht kontrollierende, sondern unterstützende professionelle, Möglichkeiten des Erfahrungsaustausches auch im Sinne von Selbsthilfe – hierin liegen Perspektiven, wenn man das deutsche System nicht insgesamt in Frage stellen will. In den Interviews wird auch die Bedeutung hauswirtschaftlicher Hilfen wiederholt thematisiert. Diese Form der Unterstützung wird häufig vernachlässigt, während eine einseitige Fokussierung auf Pflege stattfindet.

**Komplexe und
stabile Netzwerke
als Resilienz-
faktor**

Will man grundsätzlicher werden, so stellt sich die Frage der Finanzierung des Gesundheits- und Pflegewesens in Deutschland generell. Deutschland verfügt über eines der teuersten Gesundheitswesen der Welt, gibt allerdings für die Langzeitpflege unterdurchschnittlich wenig aus (Heintze 2012). Die damit einhergehenden Folgen sind auch in den GKV-Routinedatenanalysen herausgearbeitet worden.

Grundlegende Änderungs- bedarfe im deutschen Ge- sundheits- und Pfliegewesen

Man darf die 33 Geschichten über die häusliche Pflege, die häufig über Jahre dauern, Leben prägt, Lebensabschnitte – häufig den letzten – bestimmt, nicht ohne die gesundheits- und pflegepolitischen Kontexte interpretieren. Es sind allein private Geschichten und Schicksale. Es gilt die grundlegenden Fragen der Gestaltung unseres Gesundheits- und Pflegesystems in den Blick zu nehmen. Dabei enthalten die 33 Interviews eine Menge Lehrmaterial. Sie erinnern auch daran, dass gesellschaftliche Solidarität in modernen Gesellschaften Fairness braucht, um stabil zu bleiben.

Vulnerables Menschenbild als Grundvor- aussetzung

Die Gestaltung von Pflegeaufgaben verlangt nach einem Menschenbild, das auch die vulnerablen Seiten des Lebens und unserer Existenz akzeptiert. Auf Pflege angewiesene Menschen und pflegende Angehörige lässt man nicht allein. Deshalb dürfen sich die sozialen Netzwerke, die Zivilgesellschaft, als auch der Staat nicht aus der Pflicht nehmen, wenn es um Fragen der häuslichen Pflege geht. Das gilt ebenfalls für die Kommunen, die das Leben und die Pflege vor Ort mitverantworten. Der Einsatz von Professionellen muss stärker auf die Begleitung von Pflegehaushalten hin ausgerichtet werden.

Pflege als öffentliche, gesellschaftliche Aufgabe

Zudem muss die Thematik Pflege von der ihr bislang anhaftenden Scham befreit und stärker in öffentliche Diskurse eingebracht werden. Pflege ist nicht primär – so wie es aus den 33 Interviews herauszuhören ist – Privatsache, sondern vor allen Dingen eine öffentlich zu bearbeitende Herausforderung. Angesichts des Fachkräftemangels wird man kaum auf mehr Personal, dafür aber auf einen gelingenden Qualifikations- und Hilfenetz setzen können. Dieser will jedoch gestaltet sein und verlangt weit mehr als bürokratisch abgesicherte und kontrollierte Pflege- und Betreuungsdienste.

4.8 Literaturverzeichnis

Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (1999): Pflege im sozialen Wandel. Eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger. Hannover: Vincentz Network.

Bourdieu, Pierre (2021): Die feinen Unterschiede. 28. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Depner, Anamaria; Schimpf, Lisa; Schwertner, Juliane; Wahnem, Alena von (2022): Altern in der Migration aus der Perspektive eines qualitativen Forschungsansatzes. In: ProAlter (1), S. 47–49.

Frommherz, Corinna (2007): Zwischen Erwerbsarbeit und Ehrenamt – Monetarisierung bürgerlichen Engagements am Beispiel der Bürgerschaft Eichstetten. Diplomarbeit. Evangelische Fachhochschule, Freiburg.

- Gray, Bradford H.; Sarnak, Dana O.; Burgers, Jako S. (2015): Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2015/may/home-care-self-governing-nursing-teams-netherlands-buurtzorg-model?redirect_source=/publications/case-studies/2015/may/home-care-nursing-teams-netherlands.
- Heintze, Cornelia (2012): Auf der Highroad – der skandinavische Weg in ein zeitgemäßes Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen 5 nordischen Ländern und Deutschland; (Kurzfassung). Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Wirtschaft- und Sozialpolitik (WISO Diskurs: Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik). Online verfügbar unter <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/09243-20120730.pdf>, zuletzt geprüft am 24.05.2017.
- Heintze, Cornelia (2015): Skandinavien macht es vor. Eine gute Langzeitpflege und -betreuung ist gut für alle. Vortrag bei der VPOD-Verbandskonferenz im Januar 2015 in Thun. Online verfügbar unter www.denknetz.ch/wp-content/uploads/2017/07/heintze_vergleich_skan-dinavien_ch_d_mai_15.pdf, zuletzt geprüft am 31.10.2022.
- Heusinger, Josefine; Klünder, Monika (2005): „Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen!“. Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements. Dissertation. Freie Universität, Berlin.
- Klie, Thomas; Büscher, Andreas (2020): Subjektorientierte Qualitätssicherung in der Langzeitpflege. Projektteil II. Oktober 2020.
- Klie, Thomas; Scholz-Weinrich, Gabriele (1991): Wider den Pflegefall. Dokumentation einer Kampagne. KDA. Köln.
- Kohli, Martin; Haller, Max; Hoffmann-Nowotny, Hans-Joachim; Zapf, Wolfgang (1989): Moralökonomie und „Generationenvertrag“. Kultur und Gesellschaft: Verhandlungen des 24. Deutschen Soziologentags, des 11. Österreichischen Soziologentags und des 8. Kongresses der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie in Zürich 1988.
- Kruse, Jan (2014): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kutzleben, Milena von; Köhler, Kerstin; Dreyer, Jan; Holle, Bernhard; Roes, Martina (2017): Stabilität von häuslichen Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz: Entwicklung und Konsentierung einer Definition von Stabilität durch Expertenfokusgruppen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 50 (3), S. 210–218.
- McKee, Kevin J.; Whittick, Janice E.; Gilhooly, Mary M.L.; Ballinger, Brian R.; Gordon, David S.; Mutch, William J.; Philp, Ian (1999): The willingness to continue caring in family supporters of older people. In: Health & Social Care in the Community 7 (2), S. 100–108.
- Nolan, Mike.R. (1997) Health and social care: What the future holds for nursing. Keynote address at Third Royal College of Nursing Older Person European Conference and Exhibition, Harrogate.

- Nolan, Mike; Brown, Jayne; Davies, Sue; Nolan, Janet; Keady, John (2006): *The Senses Framework: improving care for older people through a relationship-centred approach*. Getting Research into Practice (GRiP) Report No. 2. University of Sheffield.
- Nussbaum, Martha C. (2016): *Gerechtigkeit oder das gute Leben*. Gender Studies. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Riegraf, Birgit (2019): *Care, Care-Arbeit und Geschlecht: gesellschaftliche Veränderungen und theoretische Auseinandersetzungen*. In: Beate Kortendiek, Birgit Riegraf und Katja Sabisch (Hg.): *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung*, Bd. 65. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (Geschlecht und Gesellschaft), S. 763–772.
- Röber, Michaela (2005): *Wohlfahrtspluralismus und häusliche Pflegearrangements*. Dissertation. Justus-Liebig-Universität, Gießen. Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2006): *Sorgearbeit, Geschlechterordnung und Altenpflegeregime in Europa*. Berlin, Münster: LIT Verlag.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2019): *Daseinsvorsorge*. In: Friso Ross, Mario Rund und Jan Steinhaußen (Hg.): *Alternde Gesellschaften gerecht gestalten. Stichwörter für die partizipative Praxis*. Berlin, Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich, S. 219–227.
- Staudinger, Ursula M.; Greve, Werner (2001): *Resilienz im Alter*. In: *Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 95–144. www.researchgate.net/publication/300492922_Resilienz_im_Alter.
- Strauss, Anselm L.; Corbin, Juliet (1996): *Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Ullmann-Margalit, Edna (1986) *Opting: the case of „big“ decisions*. In: *Jahrbuch 1984/85 Wissenschaftskolleg Berlin*. – 4. – Berlin: Siedler.
- van Dyk, Silke; Haubner, Tine (2021): *Community-Kapitalismus*. 1. Auflage. Hamburg: Hamburger Edition.
- ZQP (2019): *Stärkung von Resilienz bei pflegebedürftigen älteren Menschen mit chronischen Schmerzen*. Abschlussbericht. Online verfügbar: www.zqp.de/studie-resilienz-pflegebeduerftiger/?hilite=Pflege+resilienz; zuletzt geprüft am 31.10.2022.

5. Stabilisierung der häuslichen Pflege – Good Practice aus 16 Bundesländern

Isabel Schön, Thomas Klie

Das Portfolio der Pflegeversicherung, des SGB XI, wurde, was die Leistungen für auf Pflege angewiesene Menschen anbelangt, in den letzten Jahren deutlich erweitert – aber auch immer unübersichtlicher. § 45 SGB XI wurde in Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes zur „Diskriminierung“ von Menschen mit Demenz um §§ 45a und b SGB XI ergänzt. Inzwischen geht die Zählung bis § 45f SGB XI. Gerade die hier angesiedelten und mit begrenzten Mitteln finanziell ausgestatteten Hilfen sollen der Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur vor Ort unter Einbeziehung von bürgerschaftlich Engagierten und Selbsthilfe dienen sowie dem als wichtig erkannten Netzwerkaufbau. In der Breite hat das nicht getragen und nicht dazu beigetragen, dass auf Pflege angewiesene Menschen flächendeckend die Hilfen bekommen, die sie sich wünschen und die sie brauchen. Noch immer gilt – das wird aus den Interviewstudien allzu deutlich: „Die Unterstützung kommt nicht so, wie sie soll.“ Von entlastenden und unterstützenden Leistungen ist die Rede, von sogenannten niederschweligen Angeboten. Wenn niederschwellig heißt, dass man sie gar nicht bemerkt oder sie übersehen kann, haben sie ihr Ziel verfehlt.

Nicht nur die soziale Pflegeversicherung, auch viele Kommunen und die Bundesländer sehen die Notwendigkeit, die häusliche Pflege zu flankieren. Ohne Länder und Kommunen lässt sich eine die häuslichen Pflegearrangements unterstützende Infrastruktur nicht gewährleisten. Manche Bundesländer kennen Planungsverpflichtungen und -hilfen: Rheinland-Pfalz mit seiner durchaus innovativ zu nennenden Pflegestrukturplanung, Nordrhein-Westfalen mit der längsten Planungsgeschichte, was Fragen der Altenhilfe und Pflege anbelangt. Niedersachsen unterstützt den Aufbau von Pflegekonferenzen, die in anderen Bundesländern schon länger praktiziert werden und verbindet sie mit einer Landespflegeberichterstattung. In Bayern werden seniorenpolitische Gesamtkonzepte von den Kommunen erwartet und geschrieben – mit unterschiedlicher Verbindlichkeit. Brandenburg geht in der Pflegepolitik bis auf die Gemeindeebene. Die Länder lösen ihre pflegepolitische Infrastrukturverantwortung in unterschiedlicher Weise ein – und nicht mehr wie ursprünglich vorgesehen durch die Übernahme von Investitionskosten insbesondere für die stationäre Pflege. Trotz aller Bemühungen reicht es nicht, um wirklich bedarfsgerechte und effiziente Unterstützungsstrukturen für die häusliche Pflege aufzubauen, die nicht indizierte und gewünschte Heimübersiedlungen verhindern und Überforderungssituationen vorbeugen.

An vielen Orten wurde mit Modellmitteln Neues erprobt. Davon soll in diesem Kapitel die Rede sein: Von Good Practice zur Stärkung und Stabilisierung häusli-

Nach wie vor keine flächendeckende Unterstützung

Pflegepolitische Verantwortung je nach Bundesland unterschiedlich eingelöst

**Beispiele für
Good Practice
zur Stabilisie-
rung häuslicher
Pflege**

cher Pflegearrangements. Aus jedem Bundesland wurde – in Abstimmung mit der DAK-Gesundheit – ein Beispiel ausgewählt. Dabei wurden als besonders relevant erachtete Zielsetzungen, Arbeitsweisen und Maßnahmen bei der Auswahl von Good Practice berücksichtigt: Das Care und Case Management spielt eine große Rolle, der Sozialraum- und Quartiersbezug, Leitbilder wie Caring Communities oder sorgende Gemeinden, Digitalisierung und professionelle Begleitung. Auch die Einbeziehung bürgerschaftlichen Engagements und eine kritisch begleitende Zivilgesellschaft sind unverzichtbar. Die Beispiele sollen anschaulich machen, womit die festgestellten Desiderate in der Unterstützung häuslicher Pflegearrangements aufgegriffen und beantwortet werden können. (Fast) alle Good Practice-Beispiele leiden daran, dass es sich bei ihnen um zeitlich befristet finanzierte Modellprojekte handelt. Die „Projektitis“ ist ein Grunddilemma der deutschen Pflegepolitik, die ohne Innovation nicht auskommt. Auch der GKV-Spitzenverband hat zahlreiche Modellprojekte gefördert und evaluiert. Strukturwirksam sind viele der Projekte bisher noch nicht geworden. Damit muss Schluss sein. Damit geht es auch jeweils darum, Strategien zu entwickeln, dass Good Practice zu Bausteinen der Regelversorgung respektive der regionalen Infrastruktur und -förderung wird. Modellprojekte, Good Practice darf nicht von dem unabwiesbaren Reformbedarf und der notwendigen Aufmerksamkeitsverlagerung zugunsten der häuslichen Pflege ablenken. Diese Gefahr besteht stets bei Modellprojekten. Die Bedarfe der auf Pflege angewiesenen Menschen und der pflegenden Angehörigen ist nicht so wartefähig, wie das bürokratische Förderinstitutionen verlangen. Unterstreichen die 16 Good Practice-Beispiele einerseits den Handlungsbedarf, so veranschaulichen sie andererseits die Kreativität, die klugen Ansätze und die leistungsfähigen Strukturen, die in den Good Practice Regionen – und vielerorts – aufgebaut werden konnten. Sie sind übertragbar und verlangen stabile Unterstützung, aber auch Finanzierung.

5.1 Die Good Practice Beispiele im Überblick

Tabelle 5: Überblick über die Good Practice Beispiele

	Case Management Beratung	Care Management und Strukturentwicklung	Quartiersbezug und Caring Community	Professionelle/fachpflegerische Begleitung privater Helfer*innen	Bündelung/ Vernetzung von Angeboten	Digitalisierung	Zivilgesellschaftliche Engagementformen
Erwachsenenschutz	X	X			X		X
Quartiersprojekt des Sozialen Netzes	X	X	X		X		X
Der Sorgende Bezirk Treptow-Köpenick		X	X	X	X		X
FAQIP		X	X	X	X		
Quartiersarbeit der Bremer Heimstiftung		X	X	X	X		X
QplusAlter	X	X	X	X	X		X
SOwieDAheim				X			X
KATE		X	X	X	X		
ReKo	X	X	X		X	X	
MIA				X	X		X
Gemeindegeschwester ^{plus}	X	X	X	X	X		
Seniorenlots*innen				X	X		X
Demenznetz Delitzsch		X		X	X		X
Bürgerinitiative Stendal		X		X			X
KIWA				X	X	X	X
AGATHE	X	X	X	X			

Quelle: Eigene Darstellung



5.2 Baden-Württemberg: Erwachsenenschutz im Landkreis Tuttlingen

Abbildung 73: Schaubild EWS



5.2.1 Hintergrund

Gewalt in der häuslichen Pflege

Gewalt in der häuslichen Pflege, etwa physische und psychische Gewalt, Freiheitsentzug oder finanzielle Ausbeutung, ist verbreiteter als öffentlich bekannt (vgl. Thoma et al. 2004). Zu den Faktoren, die Gewalt fördern, gehören u. a. Überforderung und Überlastung der Pflegepersonen, familiäre Konflikte oder prekäre Wohnverhältnisse. Gleichzeitig sind Pflegebeziehungen oft einerseits von starken Abhängigkeitsverhältnissen und andererseits von engen familialen Beziehungen geprägt. In dem Modell-Projekt „Erwachsenenschutz im Landkreis Tuttlingen“ (gefördert vom Sozialministerium BW 2017–2021) ging es darum, die Sensibilität für Gewaltpotenziale in der häuslichen Pflege im Landkreis insgesamt zu fördern und professions- und institutionsübergreifend Verfahrensweisen zu erarbeiten, Zuständigkeiten zu klären und Hilfsstrukturen zu identifizieren und etablieren.²¹ Dabei wurde der Schutz von fundamentalen Menschenrechten, wie jene auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit, als Aufgabe der Daseinsvorsorge verstanden. Dies weist der Kommune und damit dem Landkreis die Aufgabe zu, die Bedingungen zur Realisierung eines guten, demütigungsfreien und in Beziehungen eingebetteten Lebens, auch und gerade unter dem Eindruck von Fragilität, Vulnerabilität und Unterstützungsbedarf, im Blick zu haben und darauf hinzuwirken, dass alle Beteiligten ihren Beitrag zur Vermeidung von Gewalt in der eigenen Häuslichkeit leisten.

²¹ Moderiert und wissenschaftlich begleitet wurde es von AGP Sozialforschung.

5.2.2 Tätigkeitsfelder und Merkmale

Zu Projektbeginn wurden von relevanten Akteuren im Landkreis – von Polizei über den Krankenhaussozialdienst, bis zur Altenhilfefachberatung – Fälle gesammelt, in denen Gewaltgeschehen bekannt geworden waren. Aus diesen Fallkonstellationen wurden im Rahmen von Runden Tischen mit beteiligten Akteuren wie Kliniken, niedergelassenen Ärzt*innen, Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst, der Feuerwehr, Vermittlungsdiensten osteuropäischer Haushaltshilfen, Pflegediensten oder ehrenamtlichen Initiativen Kontextfaktoren identifiziert und daran anschließend Konzepte zur Prävention sowie für die Beantwortung eines akuten Handlungsbedarfs entwickelt.

**Ausgangspunkt:
Fallarbeit**

Konkret wird angestrebt, stabile „Sorgenetze“ zu etablieren und den Dialog der beteiligten Institutionen zu verbessern. Schon bestehende Care und Case Management-Strukturen wurden und werden weiterhin qualifiziert – um Übergänge z. B. aus dem Krankenhaus besser gestalten zu können sowie zu vermeiden, dass die Nachverfolgung von Gewaltgeschehen abbricht. Auch vorbeugend können Case Manager*innen aktiv werden und helfen, gewaltfördernde Situationen wie z. B. starke Belastung, zu vermeiden. Zur Qualifizierung der Care Management-Strukturen gehört auch, ein fachliches sowie auch öffentliches Bewusstsein für Risiko-Situationen zu schärfen. In diesem Kontext wurden z. B. Redufix-Schulungen zur Prävention freiheitsentziehender Maßnahmen durchgeführt. Das Ergebnis, das operativ die größte Wirkung erzielte, ist ein Assessment-Bogen, den die beteiligten Akteure – von Polizei, Betreuungsbehörde, ambulanter Dienst bis zum SpDI nutzen, um Risiken zu erkennen und daran anschließend ein abgestimmtes weiteres Vorgehen sicherzustellen, damit der Fall weiterverfolgt wird. Die Gesamtheit der Maßnahmen stellt einen Schritt zu einer Sorgeskultur hin dar, welche Demütigungen durch Gewalthandlungen vorbeugt und entgegenwirkt.

**Ziel: stabile
Sorgenetze**

5.2.3 Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege

Das Projekt hat Modellcharakter und leistet einen Beitrag dazu, das tabuisierte Thema Gewalt in der Pflege aufs Tableau zu bringen. Die Beeinträchtigung von Rechten auf Unversehrtheit, Freiheit sowie auf ein selbstbestimmtes und von gesellschaftlicher Teilhabe geprägtes Leben muss entgegengewirkt werden. Insbesondere die im Ansatz verankerte und auf selbstkritischem Lernen basierende Weiterentwicklung der Case und Care Management-Strukturen trägt zu einer Infrastrukturentwicklung bei. Auch die Awareness-Funktion des Medizinischen Dienstes wird hervorgehoben und es lässt sich mit weiteren Konzepten, wie der „Subjektorientierten Qualitätssicherung“, anknüpfen.

**Strukturent-
wicklung und
Enttabuisierung**

5.2.4 Weiterführende Informationen und Quellen

Klie, Thomas; Wernicke, Florian (2021a): Abschlussbericht Erwachsenenschutz im Landkreis Tuttlingen. Auf dem Weg zum sorgenden Landkreis. AGP Sozialforschung. Online verfügbar: www.landkreis-tuttlingen.de/media/custom/2527_2943_1.PDF?1629806381.

Klie, Thomas (2021b): Erwachsenenschutz im Landkreis Tuttlingen. In: Der Landkreis – Zeitschrift für kommunale Selbstverwaltung 91 (Juni 2021), S. 335–338.

Klie, Thomas (2021c): Der sorgende Landkreis Erwachsenenschutz im Landkreis Tuttlingen – Ein Projektbericht. In: BtPrax 30 (4), S. 132–134.

Thoma, J. Zank, S. & Schacke, C. (2004). Gewalt gegen demenziell Erkrankte in der Familie: Datenerhebung in einem schwer zugänglichen Forschungsgebiet. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 37, S. 349–350.



5.3 Bayern: „Quartiersprojekt“ des Sozialen Netz im Nürnberger Osten

Abbildung 74: Logo Soziales Netz im Nürnberger Osten



Ganzheitliche Versorgung im Mittelpunkt

Seit 2020 wird vom Bayerischen Ministerium für Gesundheit und Pflege das „Quartiersprojekt – nach den Gesichtspunkten einer zukunftsorientierten Gesundheitsversorgung mit alternativen Wohnformen“ gefördert. Träger des Projektes ist der Evangelische Gemeindeverein Nürnberg-Mögeldorf e. V. – Soziales Netz im Nürnberger Osten. Im Projekt werden in einem neuen Wohnquartier Versorgungswege evaluiert. Das „Soziale Netz“ agiert als Service-Dienstleister für einige der Wohneinheiten dort – entsprechend dessen Ansatz wird die Würde des Menschen und dessen Ganzheitliche Versorgung in den Mittelpunkt gestellt.

5.3.2 Tätigkeitsfelder und Merkmale

Case Manage- ment im Quartier

Das Projekt konnte auf gute Voraussetzungen vor Ort aufbauen: Zum einen ist das „Soziale Netz“ als Dienstleister in über 50 Service-Wohnungen im Quartier Langseestraße tätig. Das Wohnen mit Service unterstützt für sich bereits Leben mit häuslicher Pflege mittels Hausnotruf, Rezeptionsdiensten, Beratung und der Organisation von gesellschaftlichen und kulturellen Teilhabemöglichkeiten. Darü-

ber hinaus gibt es ein Quartiersbüro, das Ressourcen und Hilfepotenziale gemäß dem Motto „Das Dorf in der Stadt“ koordiniert, außerdem ein Quartierscafé als Treffpunkt. Auch eine Quartiersmanagerin ist tätig und kann z. B. den Kontakt zum eigentlichen Projekt herstellen: Es besteht im Kern aus einem gezielten Case Management, wohnortnah und quartiersorientiert durch das „Servicezentrum Medizin und Pflege“ des „Sozialen Netzes“. Bevor Personen Case Management-Klient*innen werden, können sie sich beraten lassen, ob es für sie geeignet ist. Dann wird die Teilnahme kostenpflichtig und ein schriftlicher Vertrag mit Zielbeschreibung und individuellem Versorgungsweg abgeschlossen. Die Case Manager*innen begleiten die Klient*innen engmaschig und helfen bei Bedarf auch bei der konkreten Organisation. Dabei können sie u. a. auf die vielfältigen Angebote des „Sozialen Netzes“ zurückgreifen – z. B. Kurzzeit- und Tagespflegeangebote, und das so in einer Vorreiterrolle bestehende Hospizangebot, das auch viele ambulante Möglichkeiten bietet. Der Großteil der Klient*innen wird von den Case Manager*innen zu Hause besucht. Hauptgründe für die Inanspruchnahme der Case Manager*innen sind der Wunsch, zu Hause wohnen zu bleiben sowie Angehörige bei der Organisation der Unterbringung zu entlasten.

Dieses quartiersorientierte Case Management wird parallel evaluiert und an die Bedarfssituationen angepasst. So zeigte sich bspw., dass es für eine gute Versorgung notwendig ist, das Quartiers-Verständnis zu erweitern und dieses auf den gesamten Stadtteil auszuweiten, sodass Hausärzt*innen besser Bezug darauf nehmen konnten. Auch der Übergang in und von der Kurzzeitpflege wurde als relevant für die Steuerung identifiziert. Darüber hinaus gab es Nachschulungen der Case Manager*innen für den Bereich der palliativen Versorgung, um hier dem besonderen Bedarf besser gerecht werden zu können.

**Ständige
Weiter-
entwicklung**

5.3.3 Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege

Im bisherigen Projektverlauf zeichnete sich ab, dass tatsächlich ein längerer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit durch frühzeitige Unterstützung ermöglicht wird. Zusätzlich zeigen sich weitere Effekte, die sowohl den Menschen mit Pflegebedarf zugutekommen als auch die Versorgungsstrukturen entlasten: So konnten Doppeluntersuchungen vermieden sowie schnellere und gezieltere Maßnahmen ergriffen werden. Auch weniger Krankenhausaufenthalte sind ein Ziel. Schließlich werden im Projekt wichtige Impulse für die erfolgreiche Implementierung des Case Management zur Unterstützung des Lebens mit Pflege gesetzt.

**Längerer Ver-
bleib in der
eigenen Häus-
lichkeit**

5.3.4 Weiterführende Informationen und Quellen

Beucker, Günter; Leretz, Andrea; Drexler, Romana; Schmiedel, Andrea (2022): Case Management als wichtiges Steuerungsinstrument in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung. In: Case Management 2022 (3).

www.diakonie-mögeldorf.de



5.4 Berlin: Der Sorgende Bezirk Treptow-Köpenick

Abbildung 75: Wappen von Treptow-Köpenick



5.4.1 Hintergrund

Sozialraum- orientierte Zu- sammenarbeit

Der „Sorgende Bezirk Treptow-Köpenick“ begann 2015 als Projekt zur Entwicklung eines Demografie-Konzeptes für den Bezirk. Von der sozialraumorientierten Planungskoordination kam in Zusammenarbeit mit wichtigen Akteuren aus der im Pflegebereich tätigen Institutionen, wie dem Krankenhaus Hedwigshöhe, der Sozialstiftung Köpenick oder den Malteser Hilfsdiensten, der Impuls, sich mit dem Thema der „Sorgenden Gemeinschaft“ (vgl. Klie 2020b) auseinanderzusetzen. Ein besonderer Fokus wurde auf die Begleitung Sterbender gelegt. Es wurden Fachtage und Austauschrunden organisiert. Sorge bedeutet in diesem Sinne anteilnehmende Aufmerksamkeit für die Lebenssituation der Mitbürger*innen; sich um vulnerable Bevölkerungsgruppen wie Sterbende, Geflüchtete und Einsame zu kümmern, ohne bevormundend zu sein. Schließlich wurde die „Sorgende Gemeinschaft“ als Leitbild in das Demografie-Konzept des Bezirks integriert, welches ab 2023 fortgeschrieben und in diesem Sinne weiterentwickelt werden soll.

5.4.2 Tätigkeitsfelder und Merkmale

Die „Sorgende Gemeinschaft“ als Werte- kontext

Im „Sorgenden Bezirk“ wird zum Thema gemacht und als Wertekontext für die kontinuierliche Quartiersentwicklung gesetzt, wie „Sorge“ im Quartiers- bzw. Lebensweltbezug organisiert wird und wie Sorge-Netzwerke gestärkt werden können. Akteure sind Bürger*innen in ihren Netzwerken des sozialen Nahraums, z. B. Familien und Nachbarschaften, sowie Institutionen wie Unternehmen und Behörden. Im Rahmen der Sozialraumorientierten Planung wird, neben den in Berlin üblichen Kriterien, in Treptow-Köpenick das Streben nach der „Sorgenden Gemeinschaft“ in die ständige Arbeit des Bezirks integriert. Um die Sorgeskultur zu fördern, werden lebensweltorientiert Freiwilligen-Strukturen sowie professio-

nelle Dienste unterstützt und vernetzt, außerdem wird Selbsthilfe gefördert. Eine wichtige Rolle spielt dabei ehrenamtliche Hilfe, die Bürger*innen in freiwilligem Engagement füreinander erbringen; sowohl familiär und nachbarschaftlich als auch in Initiativen und Vereinen. Die Netzwerkarbeit verfolgt dabei u. a. das Ziel, die „Sorgende Gemeinschaft“ als Thema in die Breite der Stadtgesellschaft zu bringen.

Konkrete Handlungsfelder ergeben sich dementsprechend daraus, was die Bürger*innen für Sorgendes Miteinander und für Teilhabe brauchen. Beispiele dafür sind u. a. Informationsveranstaltungen zu Young Carers, oder die Förderung von Nachbarschaftshilfen zu Zeiten der Corona-Pandemie. Auch beim Einwerben von Mitteln zukünftiger Projekte wird die sorgende Gemeinschaft schwerpunktmäßig mitgedacht.

Förderung von Engagement

5.4.3 Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege

Der „Sorgende Bezirk Treptow-Köpenick“ rückt lebensweltlich orientierte Bedingungen guten Lebens und Teilhabe unter Vorzeichen von Pflegebedürftigkeit in den Fokus der Sozialraumorientierten Planung. Die Stärkung der „Sorge“ geht dabei über Pflege im engeren Sinne hinaus, indem sie sowohl die unterschiedlichen Bedürfnisse auf Pflege angewiesener Menschen in den Blick nimmt als auch die unterschiedlichen Akteure der „Wohlfahrtsproduktion“ – von Familie über Marktanbieter und Staat bis zu dem immer mitgedachten bürgerschaftlichen Engagement und der Bürger*innenbeteiligung.

Teilhabe wird gestärkt

5.4.4 Weiterführende Informationen und Quellen

www.berlin.de/ba-treptow-koepenick/politik-und-verwaltung/service-und-organisationseinheiten/sozialraumorientierte-planungskoordination/artikel.653403.php

Klie, Thomas (2022a): Sozialraumorientierung in Berlin Treptow-Köpenick. Im Gespräch mit Ines Schilling. In: die Hospiz Zeitschrift 24 (1), S. 30–33.

Klie, Thomas (2020b): Caring Community. Beliebiger Dachbegriff oder tragfähiges Leitbild in der Langzeitpflege? In: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (Hg.): Pflege. Praxis – Geschichte – Politik. Bonn (Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ); Schriftenreihe Band 10497), S. 26–41.

Sozialstiftung Köpenick (2020): Impuls für die Steuerungsrunde zum Demografiekonzept im Bezirk Treptow-Köpenick.

Sternenzeit (2018): Zeitung aus Treptow-Köpenick für freiwilliges Engagement. Sorgender Bezirk Treptow-Köpenick. Frühjahr 2018. Online verfügbar: www.sternenfischer.org/freiwillige/zeitung-sternenzeit/.



5.5 Brandenburg: Fachstelle Altern und Pflege im Quartier (FAPIQ)

Abbildung 76: Logo FAPIQ



5.5.1 Hintergrund

Landesweite Vernetzung und Qualifizierung

Die „Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg“ (FAPIQ) wurde 2015 eingerichtet. Das übergeordnete Ziel ist die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung insbesondere bei Pflege in der eigenen Häuslichkeit und des selbstbestimmten Lebens mit Pflege vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und dem Fachkräftemangel. Die Fachstelle soll mit ihren Angeboten dazu beitragen, dass ältere Menschen so lange und so gut wie möglich im vertrauten Umfeld leben können. Die „FAPIQ“ agiert dabei landesweit und vernetzt, begleitet und qualifiziert diverse Initiativen vor Ort, die dazu beitragen, altersfreundliche und pflegestützende Lebensräume zu gewährleisten. Zudem unterstützt sie im Rahmen des Paktes für Pflege Brandenburg die Brandenburger Kommunen bei der Etablierung und Umsetzung von Maßnahmen kommunaler Pflegepolitik. Die „FAPIQ“ wird vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV) und den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung im Land Brandenburg gefördert.

5.5.2 Tätigkeitsfelder und Merkmale

Verortet vor Ort

Die „FAPIQ“ hat vier Standorte in Brandenburg mit direkten Ansprechpartner*innen vor Ort, die für Beratung und Organisation in der jeweiligen Region verantwortlich sind. Neben Schulung und Beratung von Kommunen, Kreisen, Initiativen und engagierten Ehrenamtlichen organisiert sie Veranstaltungen und stellt über ihre Website Informationen und Arbeitshilfen zur Verfügung. So können vor Ort Strukturen und Initiativen entwickelt werden, die auf Unterstützung in den Bereichen „altersgerechtes Wohnen“, „alltagsunterstützende Angebote“, „altersgerechte Quartiersentwicklung“ und „sozialräumliche pflegerische Versorgungsstrukturen“ zurückgreifen können.

Ein zentrales Förderprogramm des Landes im Rahmen des 2020 gestarteten Paktes für Pflege ist „Pflege vor Ort“. Das Programm richtet sich an Landkreise und

kreisfreie Städte, die Angebotsstrukturen der Pflege und angrenzender Versorgungsbereiche vernetzen, koordinieren und Pflegestrukturbedarfsplanungen erstellen und an die kreisangehörigen Kommunen, die alterns- und pflegegerechte sozialräumliche Hilfen im Vor- und Umfeld von Pflege aufbauen sowie Maßnahmen entwickeln, die Angehörige pflegebedürftiger Menschen entlasten. Die „FAPIQ“ berät Kommunen bei der Konzeptentwicklung und Antragstellung und unterstützt sie bei der Verankerung der geförderten Maßnahmen.

Stärkung von sozialräumlichen Hilfen

Darüber hinaus organisiert die „FAPIQ“ jährlich einen Ideenwettbewerb „Älter werden im vertrauten Wohnumfeld“. Die im Ergebnis von einer Jury ausgewählten Projekte erhalten eine Förderung. Sie sind beispielgebend und zeigen, wie vielfältig die Möglichkeiten sind, ein selbstbestimmtes Leben im Alter und mit Pflege zu unterstützen. Das können u. a. Maßnahmen sein zur Stärkung sozialer Netze, für einen verbesserten Zugang zu Informationen und zum Aufbau von Nachbarschaftshilfe-Strukturen. So wurden z. B. bereits eine Vortragsreihe zu psychischen Erkrankungen im Alter, Kochkurse zur Kontaktförderung, die Errichtung von Sitzmöglichkeiten in einer kulturellen Begegnungsstätte, Sportangebote, IT-Stammtische oder Bürgerforen gefördert. Diese und weitere Angebote werden auf der Website bekannt gemacht.

Ideenwettbewerb fördert Angebote

5.5.3 Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege

Die „FAPIQ“ nimmt eine Multiplikatorenfunktion ein und unterstützt die fachliche qualifizierte Einrichtung von Initiativen und Strukturen vor Ort in ganz Brandenburg. Damit leistet sie landesweit einen Beitrag zur Quartiersentwicklung und vernetzt die vielfältige, aber oft unübersichtliche Unterstützungslandschaft aus ehrenamtlichen und professionellen Angeboten.

Multiplikatorenfunktion für Quartiersentwicklung

5.5.4 Weiterführende Informationen und Quellen

www.fapiq-brandenburg.de/



5.6 Bremen: Quartiersarbeit der Bremer Heimstiftung

Abbildung 77: Logo Bremer Heimstiftung



BREMER HEIMSTIFTUNG

5.6.1 Hintergrund

Entwicklung der sozialen Stadt

Die Bremer Heimstiftung war und ist Träger von Wohnstiften und stationären Pflegeeinrichtungen in Bremen. Der Vorstand entschied Anfang der 1990er Jahre, keine weiteren Heime mehr zu bauen, sondern ausschließlich quartiersbezogen zu arbeiten und neue Wohn- und Versorgungsformen zu entwickeln sowie zu implementieren – zuletzt den Ellener Hof, als ökologisches und solidarisches Quartier. Die Bremer Heimstiftung bietet verschiedene Services im Bereich der Altenhilfe und Pflege an. Eines der Angebote ist das „Wohnen mit Service“ in einer der 23 Wohnanlagen. Charakteristisch für diese Wohnanlagen – das sind teils Stadtteilhäuser, teils Stiftungsdörfer – ist ihre Verankerung und Vernetzung im Stadtteil, denn die Stiftung hat sich die Beteiligung an der Entwicklung einer sozialen Stadt auf die Fahne geschrieben. Dabei initiieren die Häuser jeweils eigene Kooperationen mit ihrem direkten Umfeld im Stadtteil, wodurch vielfältige Angebote entstehen.

5.6.2 Tätigkeitsfelder und Merkmale

Wohnen mit Service

Das „Wohnen mit Service“ der Bremer Heimstiftung bietet unterschiedlich große Wohneinheiten in gemeinschaftlichen Wohnanlagen, die in unmittelbarer Nähe von Einkaufsmöglichkeiten, Apotheken, Arztpraxen und öffentlichen Verkehrsmitteln liegen. Sie sind mit einem Hausnotruf ausgestattet und es gibt ansprechbare Mitarbeiter*innen, die bei Bedarf professionelle Hilfe z. B. aus den Bereichen Hauswirtschaft oder Pflege vermitteln oder Unterstützung in Fällen von akuter Erkrankung bieten. Auch ehrenamtliche Hilfe, teils aus der direkten Nachbarschaft, wird vermittelt. Manche der Häuser folgen einem Mehrgenerationenkonzept und einige bieten auch Kurzzeit- und Tagespflegeplätze an. Darüber hinaus besteht je nach Standort ein Angebot an gemeinschaftlichen Aktivitäten, Cafés, (vergünstigten) Mittagstischen, Bibliotheken oder gesundheitsfördernden Angebote.

Ein besonders ambitioniertes Beispiel, das auch in die Stadtentwicklung eingebettet ist, ist das sozial-ökologische Modellquartier Ellener Hof: Die Bremer Heimstiftung hat hier ein Konzept für den Bau und Sanierung zur Entwicklung eines kleinen Stadtteils vorgelegt, der dem Konzept des urbanen, vernetzten Dorfes folgt und mehrere Generationen mitdenkt, von Kindern über Studierende bis zu alten Menschen mit Unterstützungsbedarf. Bspw. ist bei der Auswahl des öffentlich nutzbaren Mobiliars wie Bänken der Bedarf älterer Menschen und von Rollstuhlfahrer*innen mitgedacht. Es gibt hier Häuser für Mehrgenerationenwohnen, Therapiepraxen, Räumlichkeiten mit Bühne, die von Vereinen oder auch privat genutzt werden können, einen Kindergarten sowie eine Schule für Pflegeberufe. Bewohner*innen können sich in verschiedenen Initiativen engagieren, z. B. in einem Café, Gemeinschaftsgärten, einem Kulturverein oder einer Nähwerkstatt. So fügen sich die Wohnanlagen in ihr jeweiliges Umfeld ein und bieten insgesamt vielfältige Möglichkeiten für das Wohnen mit Pflege.

Das sozial-ökologische Modellquartier

5.6.3 Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege

„Wohnen mit Service“ ermöglicht selbständiges, selbstbestimmtes Wohnen mit Pflege, das die Teilhabe am Stadtleben fördert. Der Ellener Hof stellt ein zukunftsweisendes Beispiel dafür da, wie Teilhabe von sehr heterogenen Personengruppen und Gestaltung eines gemeinsamen Lebens – auch von und mit Menschen mit Pflegebedarf – von vornherein in der Stadtentwicklung mitbedacht werden kann und sollte. Zudem zeigt die ökologische Ausrichtung, dass dieses Projekt Lösungsansätze für individuelle und gesellschaftliche Herausforderungen heute und in der Zukunft entwickelt.

Stärkung des selbstbestimmten Wohnens

5.6.4 Weiterführende Informationen und Quellen

www.bremer-heimstiftung.de/

<https://stadtleben-ellenerhof.de/>

Schulz, Peter (2018): Ein gutes Stück Bremen. 65 Jahre Bremer Heimstiftung. Bremen, Kellner.



5.7 Hamburg: QplusAlter

Abbildung 78: Logo QplusAlter



5.7.1 Hintergrund

Bessere Ver- zahnung von Unterstützung im Quartier

„QplusAlter“ ist ein Teil der Initiative „Q8 Sozialraumorientierung“ der Evangelischen Stiftung Alsterdorf, die konsequent quartiers- und personenorientiert arbeitet. Das Projekt wird in Partnerschaft durchgeführt mit und gefördert durch die Deutsche Fernsehlotterie, die Karin und Walter Blüchert Gedächtnisstiftung, die NORDMETALL-Stiftung und die HOMANN-Stiftung. Die früher sog. Alsterdorfer Anstalten wurden als Komplexeinrichtung aufgelöst, der bisherige Campus zu einem inklusiven Stadtteil weiterentwickelt. In zahlreichen städtischen Quartieren wurden inklusive Ansätze des Wohnens für Menschen mit Behinderung verwirklicht. „QplusAlter“ greift auf die Erfahrungen aus der langjährigen Q8-Arbeit in den Quartieren, auf Erfahrungen aus einem vorhergehenden Projekt in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung sowie auf Erfahrungen der Stiftung in der Altersmedizin zurück. Es begann als von verschiedenen Stiftungen gefördertes Modellprojekt, das bis 2021 evaluierend vom ISSAB der Universität Duisburg-Essen begleitet wurde. Das Ziel ist die bessere Verzahnung von Unterstützungsleistungen von Kranken- und Pflegekassen, Altenhilfe und kommunalen Angeboten, orientiert an Ressourcen und den Präferenzen der Menschen mit Pflegebedarf sowie pflegender Angehöriger. Sie sollen in ihrem Stadtteil ein gutes Leben führen und zur Gestaltung ihres Alltags die Unterstützung finden können, die sie brauchen. Auf der anderen Seite sollen bereitstehende Ressourcen effizient genutzt werden.

5.7.2 Tätigkeitsfelder und Merkmale

Ressourcenakti- vierung mit Hilfe von Lots*innen

Menschen ab 65 Jahren sowie pflegende Angehörige können sich an Lots*innen wenden, die ein breit gefasstes Aufgabenspektrum haben: Sie erkunden erst im Dialog mit dem Menschen, was ihm wichtig ist und was er will. Im Anschluss begeben sich der*die Lots*in und die ratsuchende Person unter Berücksichtigung

ihrer Ressourcen gemeinsam auf Unterstützungssuche: Was kann – ggf. mit den geeigneten Hilfsmitteln – die ratsuchende Person selbst tun? Wo können evtl. Nachbar*innen oder Angehörige helfen? Welche Ressourcen bietet das Quartier? Welche professionelle Unterstützung wird gebraucht? Und auch: Was kann und möchte die Person auch für andere tun? So werden prozesshaft und kontinuierlich Ressourcen miteinander verknüpft. Die Lots*innen nehmen dabei eine vermittelnde Rolle ein und moderieren den Prozess, ggf. auch Konflikte. So können sie einerseits dazu beitragen, dass sozialstaatliche Leistungen gezielt genutzt werden, und andererseits können sie darüber hinaus gehende Unterstützungsarrangements fördern. Die Unterstützung durch Lots*innen ist besonders in Umbruchsituationen wichtig. Daher entsteht der Kontakt zu den Lots*innen neben vermittelnden Akteuren aus dem Quartier zum großen Teil über den Sozialdienst des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf. Es greift dort, wo das Entlassmanagement des Sozialdienstes endet und eine Begleitung des Alltags in der Häuslichkeit beginnt. Durch die Corona-Pandemie wurde der Kontakt über digitale Medien, bei dem die Lots*innen ebenfalls unterstützten, bedeutsamer.

5.7.3 Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege

Die „QplusAlter“-Arbeitsweise nimmt Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf sowie unterstützende und pflegende Angehörige in den Blick, auch schon bevor Leistungsansprüche bestehen. So können unter der Zusammenarbeit und Mitsprache aller beteiligter Akteure passgenaue Unterstützungsarrangements organisiert werden. Das steigert die Selbstwirksamkeit und Teilhabe älterer Menschen und pflegender Angehöriger. Die vielfältigen mit dem Ansatz verbundenen leistungsrechtlichen Fragen müssen in der Zukunft geklärt werden: Er weist über ein versäultes und defizitorientiertes bürokratisches Leistungssystem hinaus.

Mehr Selbstwirksamkeit und passgenaue Unterstützung

5.7.4 Weiterführende Informationen und Quellen

www.q-acht.net/qplus/qplusalter

Deutsche Fernsehlotterie, Karin und Walter Blüchert Gedächtnisstiftung, NORDMETALL-Stiftung, HOMANN-Stiftung, Fachbrochure Hg.: (2022): Wie wollen Sie im Alter leben? Modellprojekt QplusAlter – Unterstützung im Quartier, Hamburg.

Förster, Marion; Haubenreisser, Karen (2020) „QplusAlter“: Neue Unterstützungsformen im Quartier für ältere Menschen und pflegende Angehörige. In: Case Management 17 (3); S. 106–110.

Haubenreisser, Karen; Oertel, Armin (2016): Q8 – Quartiere bewegen. In: Borck, Sebastian et al. (Hrsg): Wechselwirkungen im Gemeinwesen. Wichern-Verlag, Berlin. S. 278–290.



5.8 Hessen: SOWieDAheim

Abbildung 79: Logo SOWieDAheim



5.8.1 Hintergrund

Qualitätsgesicherte Häusliche Tagespflege

„SOWieDAheim“ ist ein innovatives Tagespflege-Konzept, das seine Ursprünge in Schottland hat. 2006 wurde es im Main-Kinzig-Kreis erprobt und implementiert – erst als Modellprojekt zur Verbesserung der Versorgungslage in der Pflege und Entlastung von Angehörigen unter dem Titel „Qualitätsgesicherte Häusliche Tagespflege“. Mittlerweile ist das Projekt mit mehreren Preisen honoriert und zum etablierten Bestandteil der Pflegestrukturen der Region geworden. Die übergeordneten Ziele des Projektes sind die Entlastung von Angehörigen, die Sicherung des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit, die Förderung der Fähigkeiten und des Selbstwertgefühls des Menschen mit Pflegebedarf sowie der Schutz vor Isolation und Vereinsamung.

5.8.2 Tätigkeitsfelder und Merkmale

Geschulte Gastgeber*innen und Betreuer*innen

Kern des Projektes „SOWieDAheim“ ist die „Tagespflege“, die nicht wie meist üblich in einer festen Einrichtung stattfindet, sondern in privaten Haushalten: Personen mit Demenz, die in der eigenen Häuslichkeit leben und unterstützt werden, besuchen ein- oder mehrmals wöchentlich für vier bis fünf Stunden einen Gasthaushalt. Gasthaushalte gibt es in mehreren Ortschaften im gesamten Landkreis. Sie werden von einem*einer Gastgeber*in und einer weiteren Betreuungsperson betreut; beide werden eigens dafür geschult. Nach einem ersten Kennenlernen besuchen die Personen mit Pflegebedarf regelmäßig in einer Gruppe von bis zu maximal fünf Personen den Gasthaushalt. Während des Aufenthalts werden die Gäste individuell unterstützt, und es werden Aktivitäten, die an ihre Bedürfnisse angepasst sind, durchgeführt. Die Gruppenaktivitäten umfassen z. B. gemeinsames Spazierengehen, gemeinsam Essen und auch die Zubereitung des Essens, Singen oder gemeinsame Gespräche. Auch Ruhezeiten sind in der Regel vorgesehen. So können die Menschen mit Pflegebedarf an einem ritualisierten Alltag in familiärer Atmosphäre teilnehmen. Kontinuierlich werden Freiwillige gesucht. Sowohl die Haushalte als auch die Betreuungspersonen müssen bestimmte Kriterien erfüllen und daher, bevor sie tätig werden können, durch ein Fachgremium

anerkannt werden. Koordiniert wird dies von Fachkräften, die die Schulungen durchführen, Kontakt zu den Angehörigen halten, herausfinden, ob das Angebot für die Gäste das richtige ist und schließlich die Gastgeber*innen und Gäste zusammenbringen. Dabei wird die Milieunähe, Eckpunkte der Biografie sowie die aktuelle Lebenssituation berücksichtigt.

Das Angebot der qualitätsgesicherten häuslichen Tagespflege besteht hauptsächlich im ländlichen Bereich des Landkreises. Darüber hinaus gibt es, in eher städtischen Gebieten, wohnortnahe Bewegungsgruppen für die Dauer von 3–5 h. Diese bieten ebenfalls gemeinsame Bewegung, Ruhezeiten und gemeinsame Mahlzeiten. Die Bewegungsangebote fördern die sensomotorischen und kognitiven Fähigkeiten und erstrecken sich von Yoga über Tanztees bis hin zu Bewegung mit Tieren. In diesem Rahmen können außerdem soziale Kontakte aufgebaut und gepflegt werden. Zudem wird auch Einzelbetreuung im Alltag im Rahmen des Projektes angeboten.

Angepasst an lokale Strukturmerkmale

5.8.3 Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege

Leben mit Unterstützung in einem alltäglichen, familiären, häuslichen Umfeld ist das, was sich viele Menschen im Alter wünschen. Gleichzeitig benötigen Angehörige Auszeiten und Entlastung – z. B. über Tagespflege. Um beide Ziele miteinander zu vereinbaren, braucht es innovative Konzepte wie „SoWieDAheim“. In den Gastfamilien können die Menschen mit Pflegebedarf soziales Miteinander in einer alltäglichen Umgebung erfahren. Dies trägt zum Schutz vor Isolation bei, fördert das Wohlbefinden und mittels des Rahmenprogramms auch z. B. kognitive Fähigkeiten. Bisher zeigte sich, dass sowohl die Gäste als auch die Gastgeber*innen zufrieden sind und die Angehörigen sich tatsächlich in großen Teilen entlastet fühlen. Das Projekt hat einige Nachahmer gefunden, etwa das Bürgernetz Freiburg Opfingen.

Soziales Miteinander im Sozialraum

5.8.4 Weiterführende Informationen und Quellen

www.alzheimer-mkk.de/sowiedaheim/

Gregor, Barbara; Fieres, Heinrich; Zörkler, Maria (2011): Entwicklung qualitätsgesicherter häuslicher Tages- und Kurzzeitpflege im Main-Kinzig-Kreis. Endbericht. Main-Kinzig-Kreis, Leitstelle für Ältere Bürger; iso-Institut für sozialforschung und Sozialwirtschaft. Gelnhausen; Saarbrücken. Online verfügbar: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/entwicklung_qualitaet/Endbericht_Modellprojekt_8_Main-Kinzig-Kreis_19301.pdf.

Kommunales Center für Arbeit – Jobcenter und Soziales des Main-Kinzig-Kreises (2016): Leitfaden zum Aufbau von qualitätsgesicherter häuslicher Tagespflege. Online verfügbar: www.akugmbh.de/assets/files/SoWieDaheim%20Leitfaden%20Main-Kinzig-Kreis.pdf.

Leipold, Andrea (2015): „Wir machen den Tag zu einem schönen Tag“. In: Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit. pg-papers, Fulda. Online verfügbar: https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/deliver/index/docId/320/file/pgp_2015_01_Leipold.pdf.

Auszeichnung für „So wie daheim“. Hessischer Demografie-Preis für Vorzeigeprojekt (2020). In: Gelnhäuser Neue Zeitung, Online, 17.9.2020. Online verfügbar unter www.gnz.de/region/main-kinzig-kreis/auszeichnung-fur-so-wie-daheim-GN1395697.

Zörkler, Maria; Kirchgäßner, Renate (2014): DCM in innovativen Versorgungsformen – Das Beispiel häuslicher Tagespflege. In: Riesner, Christine (Hrsg.): Dementia Care Mapping (DCM): Evaluation und Anwendung im deutschsprachigen Raum. Bern: Huber Verlag. S. 165–181.



5.9 Mecklenburg-Vorpommern: Modellprojekt KATE

Abbildung 80: Logo GeriCoach



5.9.1 Hintergrund

Selbsthilfeförderung, Teilhabe und Versorgungsstrukturen

„KATE“ steht für „Koordinstelle der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Landesverband Mecklenburg-Vorpommern, Selbsthilfe Demenz zur Verbesserung von Teilhabe- und Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen durch das Erfolgsmodell Dreiklang“ und beschreibt damit bereits die Zielsetzung der Selbsthilfeförderung, um Teilhabe und Versorgungsstrukturen zu verbessern. Es richtet sich an Menschen mit Demenz, die in der eigenen Häuslichkeit leben und deren Angehörige. Ihre Lebensqualität und Wohlbefinden sollen verbessert werden. Das Modellprojekt wird seit 2018 vom Ministerium für Soziales, Gesundheit & Sport sowie dem LV der Pflegekassen M-V und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mit einer Laufzeit bis Juni 2023 gefördert.

5.9.2 Tätigkeitsfelder und Merkmale

Qualifikation von „GeriCoaches“

„Dreiklang“ im Namen des Projektes steht für die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihren Familien durch Angehörigenschulung, Selbsthilfegruppen und Helferkreise. Zu diesem Zweck wurde in einem ersten

Schritt ein Curriculum erarbeitet, mit dem Fachkräfte aus dem Bereich Gesundheit oder Soziales zu sog. „GeriCoaches“ geschult werden. Innerhalb der Schulung lernen die Teilnehmenden alles rund um das Thema Demenz und übernehmen in ihrer Region eine Koordinierungsfunktion.

Nach Abschluss der Qualifizierung bauen die Fachkräfte eigenständig regionale Strukturen zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz auf, schaffen lokale Vernetzungen von Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialwesen und etablieren wirksame Versorgungs- und Unterstützungsinstrumente. Zudem übernimmt der „GeriCoach“ eine Koordinierungs- und Beratungsfunktion für Betroffene und ihre Familien, die in der Häuslichkeit leben, damit diese frühestmöglich einen Zugang zur qualitätsgesicherten medizinisch pflegerischen Versorgung und individuellen Unterstützungsleistungen im Alltag erhalten. Sie verfolgen das Ziel, Personen mit Demenz und ihre Angehörigen dazu zu befähigen, ihre Handlungsspielräume zu erkennen, zu erweitern und zu nutzen. Durch die beruflichen Vorkenntnisse und die zusätzliche Qualifizierung sind „GeriCoach“ es dazu in der Lage, verschiedene Unterstützungsangebote anzubieten. So führen sie öffentliche Angehörigenschulungen sowie individuelle häusliche Schulungen durch. Letztere sind gerade in den ländlichen Regionen wichtig. Zudem bauen sie Helfer*innenkreise aus Ehrenamtlichen auf und begleiten diese. Weiterhin initiieren sowie begleiten sie Selbsthilfegruppen. So geben sie den Betroffenen das erforderliche Handwerkszeug, um mit der Erkrankung und den Erkrankten besser umgehen zu können sowie den Alltag besser zu meistern. „GeriCoach“ es haben darüber hinaus die Aufgabe, Demenz-Partner-Schulungen im Rahmen der weltweiten Demenz-Partner-Initiative durchzuführen. Neben konkreten Angeboten leisten die „GeriCoaches“ intensive Aufklärungsarbeit in der eigenen Region und schaffen somit ein demenzsensibles Umfeld.

Beratung, Vernetzung und Schulung

5.9.3 Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege

„KATE“ ist ein Projekt, das auf Begleitung von Haushalten gerichtet ist und somit das Netzwerk um die Personen mit Pflegebedarf in den Blick nimmt. „GeriCoaches“ sind Multiplikator*innen und Erfüllungsgehilfen der Nationalen Demenzstrategie. Sie stärken die Versorgungsstrukturen vor Ort, insbesondere in ländlichen Regionen. Sie unterstützen, dass Menschen mit Demenz so lange und so gut wie möglich in der eigenen Häuslichkeit leben können und Angehörige die erforderliche Unterstützung und Entlastung erfahren, die sie für diese Aufgabe benötigen.

Stärkung von Versorgungsstrukturen

5.9.4 Weiterführende Informationen und Quellen

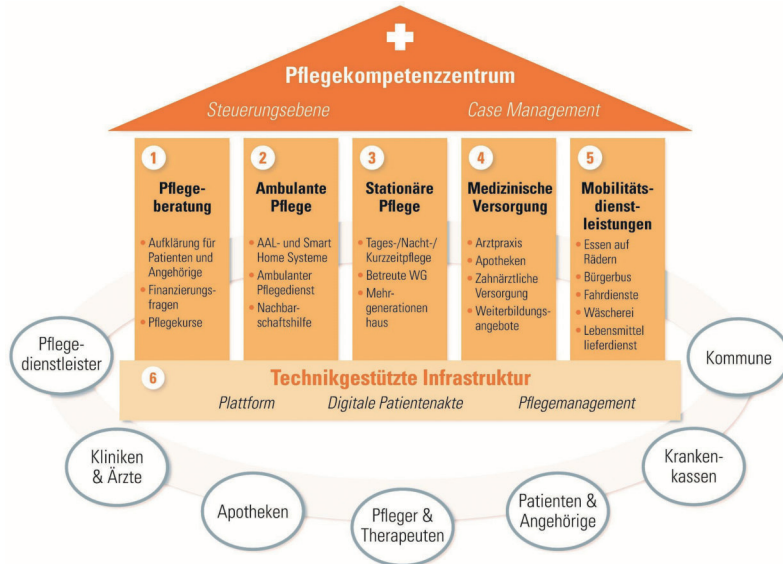
<https://alzheimer-mv.de/projekte/modellprojekt-kate/>

<https://alzheimer-mv.de/mitmachen/gericoach-werden/faq-gericoach/>



5.10 Niedersachsen: Regionales Pflegekompetenzzentrum (ReKo)

Abbildung 81: Schaubild ReKo



5.10.1 Hintergrund

Verankerung von Care und Case Management

Das „Regionale Pflegekompetenzzentrum“ (ReKo) im Landkreis Grafschaft Bentheim/Landkreis Emsland startete im Herbst 2019 als Modellprojekt der DAK-Gesundheit, der Universität Osnabrück sowie des Gesundheitsregion EUREGIO e. V. Gefördert wird es durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses. Zentrale Akteur*innen im ReKo sind die Case Manager*innen, die nach einer Schulung sowie der Etablierung eines regionalen Netzwerks im August 2020 die Begleitung von Menschen mit Pflegebedarf sowie pflegenden An- und Zugehörigen aufnehmen konnten. Einem pflegebezogenen Case Management Ansatz folgend, arbeiten sie fallorientiert und institutionenübergreifend. Eigens dafür wurde dementsprechend eine IT-Infrastruktur – das sog. „digitale Ökosystem“ – entwickelt, das die Case Manager*innen bei ihrer Arbeit unterstützt. Vor dem Hintergrund demografischer Entwicklungen ist das Ziel die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Pflegebedarf mit besonderem Fokus auf dem ländlichen Raum sowie eine Entlastung aller an der Pflege beteiligten Personen. Daher werden insbesondere auch kleine, regionale Kliniken einbezogen. Perspektivisch sollen hier, neben bereits bestehendem Case Management, Einrichtungen der Langzeitpflege, medizinische Angebote und Selbsthilfestrukturen eng miteinander verzahnt und aufeinander abgestimmt werden.

5.10.2 Tätigkeitsfelder und Merkmale

Teilnehmen können aktuell Personen mit einem anerkannten Pflegegrad, angehende Pflegebedürftige oder pflegende An- und Zugehörige, bei denen eine komplexe Krisensituation vorliegt und die Regelversorgung an ihre Grenzen stößt. Die Case Manager*innen identifizieren gemeinsam mit den Klient*innen den Unterstützungsbedarf und koordinieren im Anschluss daran die individuellen Versorgungsschritte. Dazu gehört das Aufbauen fallspezifischer Sorgenetzwerke aus informellen und professionellen Hilfen. Die Case Manager*innen sind dezentral bei verschiedenen Pflegestützpunkten und weiteren Anlaufstellen des Gesundheitswesens angesiedelt, wie bspw. im Sozialdienst von Kliniken, und vernetzen sich untereinander. Sie bauen außerdem ein Netzwerk aus Einrichtungen der Langzeitpflege, Pflegediensten, Einrichtungen der Alltagsversorgung wie bspw. Fahrdiensten, medizinische Angebote wie bspw. Physiotherapeut*innen oder Hausärzt*innen, Apotheken, Selbsthilfegruppen oder Freiwilligenagenturen auf. Auch komplementäre Funktionen wie die Qualifizierung von Fachkräften sind mit dem „ReKo“ vernetzt.

Unterstützt wird die Vernetzung durch eine angepasste „ReKo“ IT-Infrastruktur, mittels derer die Netzwerkpartner*innen schnell Informationen wie bspw. Gesundheitsinformationen austauschen können. Außerdem können die Case Manager*innen dort Kapazitäten bei Unterstützungsangeboten prüfen und digital mit ihren Klient*innen kommunizieren. Angehörige haben ebenfalls Einsicht und erhalten so einen Überblick. Nutzer*innen können selbstbestimmt darüber entscheiden, welche Informationen sie teilen wollen. Auf Basis dieser vernetzenden Arbeit sind die Case Manager*innen dazu in der Lage, Versorgungslücken der Region zu identifizieren. Das Rückmelden der strukturellen Bedarfe im Rahmen der kommunalen Versorgungsplanung gehört ebenso zu den Aufgaben der Case Manager*innen.

Aufbau von Sorgenetzwerken

Das „digitale Ökosystem“ und Care Management

5.10.3 Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege

Dadurch, dass kompetente, pflegebezogene und vernetzte Case Manager*innen die Koordination der Versorgung übernehmen, kann die wohnortnahe und individuelle Unterstützung der Personen mit Pflegebedarf erleichtert werden. An- und Zugehörige und Personen mit Pflegebedarf werden von dieser Aufgabe entlastet. Aktuell befindet sich das Modellprojekt noch in der Evaluation, es konnten jedoch schon einige Erfolge erzielt werden. So zeigt die Erfahrung der Case Manager*innen, dass ein Verbleib in der Häuslichkeit trotz komplexer Versorgungsarrangements regelmäßig realisiert werden kann. Die Rückbindung zur Steuerung von Versorgungsstrukturen sichert die Anpassung an sich verändernde Bedarfe.

Verbleib in Häuslichkeit bei komplexer Versorgungslage

5.10.4 Weiterführende Informationen und Quellen

www.rekopflege.de

www.dak.de/dak/unternehmen/regionales-pflegekompetenzzentrum-2149322.html

Klie T, Monzer M. Regionale Pflegekompetenzzentren – Innovationsstrategie für die Langzeitpflege vor Ort. Hamburg: medhochzwei;2018. (DAK-Gesundheit).

Regionales Kompetenzzentrum (2022). Regionale Case Management-Organisation mit digitalem Ökosystem – Projektbeschreibung Langversion. Online verfügbar: <https://osnadocs.ub.uni-osnabrueck.de/handle/ds-202209197565>

Storm, Andreas (2022): Case Management in der Pflege: Konsequente Wege mit dem ReKo-Projekt. Interview geführt von Thomas Klie. In: Case Management 19 (2/2022). S. 75–76.



5.11 Nordrhein-Westfalen: Servicestelle für Migrant*innen im Alter – MIA

Abbildung 82: Logo MIA



5.11.1 Hintergrund

Stärkung der Teilhabe von Menschen mit Migrationsge- schichte

Die „Servicestelle für Migrant*innen im Alter – MIA“ ist ein Projekt des Verbunds der sozial-kulturellen Migrantenvereine in Dortmund e. V. (VMDO). Ziel des Vereins ist es, die gleichberechtigte Teilhabe aller zu fördern. Dazu hat er Angebote u. a. für Kinder, Frauen und Senior*innen, für die der Verein zivilgesellschaftliches Engagement fördert. Zielgruppe des Projekts „MIA“ sind Menschen mit Migrationsgeschichte – insbesondere türkisch-, kurdisch- und arabisch-sprachige – die einen Pflegebedarf haben und deren Angehörige. Die Inanspruchnahme von Gesundheits-, Beratungs- und Pflegeleistungen wie Senior*innenbüros oder Sozialversicherungs- und Pflegedienstleistungen ist bei älteren Menschen mit Migrationsgeschichte weniger ausgeprägt als bei Senior*innen ohne. Das Ziel ist also, die Zugänge zu diesen Unterstützungsangeboten und -leistungen zu fördern, um Belastungen, Isolation und schlechtere Versorgung zu vermeiden. Das Projekt startete im Januar 2021 und wird von der Stiftung Deutsches Hilfswerk gefördert.

5.11.2 Tätigkeitsfelder und Merkmale

Im präventiv angelegten Projekt „MIA“ wird auf verschiedenen Wegen das Ziel verfolgt, ältere Migrant*innen in die Lage zu versetzen, Zugang zu bestehenden Unterstützungsleistungen zu erhalten und in Anspruch zu nehmen. Interessierte können eine Orientierungsberatung im Haus der Vielfalt in Dortmund wahrnehmen. Auch ein aufsuchendes Beratungsangebot gibt es – sowohl für Menschen mit Pflegebedarf als auch für Angehörige. Die Beratung erfüllt damit eine Funktion als Brückenbauerin zum bestehenden Hilfesystem im Rahmen der Daseinsvorsorge.

Brücken zum bestehenden Hilfesystem

Doch nicht nur die direkte Begleitung von Menschen mit Unterstützungsbedarf ist Teil des Projektes. Über „MIA“ wurde ein ehrenamtlicher Begleitdienst initiiert und koordiniert. Um darüber hinaus weitere Unterstützungsangebote zu erwirken, werden außerdem in anderen Migrant*innenorganisationen Multiplikator*innen zu inhaltlichen und praktischen Fragen rund um das Leben mit Pflegebedarf geschult. Das Ziel ist, dass auch diese daraufhin Angebote entwickeln und bereitstellen und die Angebotsvielfalt für Migrant*innen mit Pflegebedarf steigt. In Kooperation mit weiteren Organisationen und Projekten des VMDO werden außerdem Workshops und Tagungen durchgeführt. Themen sind z. B. wie man eine Selbsthilfegruppe gründet, Pflegegrade und Pflegeleistungen nach SGB XI, Migration und psychische Erkrankungen im Alter oder kultursensible Beratung. Auch Informationsveranstaltungen für Angehörige und Menschen mit Pflegebedarf werden organisiert, teils in türkischer Sprache. Diese thematisieren Hintergrundwissen sowie praktische Tipps im alltäglichen Leben und zielen so auch auf die Entlastung von Angehörigen ab. Beim VMDO gibt es darüber hinaus weitere Fachstellen und Projekte, an die auch das Projekt MIA anknüpfen kann. So werden z. B. auch in Kooperation mit der „Kordinationsstelle Demenz“ Qualifizierungsmaßnahmen für ehrenamtliche Alltags- und Demenzbetreuer*innen organisiert und diverse Betreuungsangebote vorgehalten. Auch allgemeine Treffen für Senior*innen werden über weitere Projekte des VMDO organisiert.

Begleitdienst und Multiplikator*innenschulung

5.11.3 Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege

„MIA“ ist bestehenden Angeboten der Daseinsvorsorge vorgelagert und erleichtert Menschen, die einen erschwerten Zugang dazu haben, den Weg dorthin. Damit wird die Wirksamkeit dieser Angebote erhöht. Soziale Ungleichheiten zeigen sich natürlich auch beim Leben mit Pflege – umso wichtiger ist es, hier gezielt Programme zu entwickeln, die dem entgegenwirken und Zugänge zu schaffen sowie Informationen so breit wie möglich zu verteilen. So können Versorgungslücken, Belastung und Isolation von allen Menschen mit Pflegebedarf etwas entgegengesetzt werden; Familien werden entlastet und die Lebensqualität mit Pflege kann steigen. Die Multiplikator*innenschulungen sind eine wichtige Maßnahme, um den Wirkungskreis der gezielten Ansprache von Migrant*innen zu erhöhen.

Schafft Zugänge, verringert Isolation

5.11.4 Weiterführende Informationen und Quellen

www.vmdo.de

<https://www.vmdo.de/arbeit-soziales-integration/news-detail/neues//mia-servicestelle-fuer-migrantinnen-im-alter.html>



5.12 Rheinland-Pfalz: Gemeineschwester^{plus}

Abbildung 83: Logo Gemeineschwester^{plus}



GEMEINESCHWESTER^{plus}

5.12.1 Hintergrund

**Gesundheits-
förderndes
Beratungs- und
Vernetzungsan-
gebot**

„Gemeineschwester^{plus}“ ist ein gesundheitsförderndes Beratungs- und Vernetzungsangebot, das 2015 als Modellprojekt des Landes Rheinland-Pfalz begann. Es wurde in der ersten Phase von der Universität Köln und dem Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) begleitend evaluiert. Die Evaluation zeigte positive Effekte, und so wurde das Projekt fortgeführt und von 2019 bis 2022 vom Land sowie den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Die Anzahl der Kommunen, die „Gemeineschwester^{plus}“ umsetzen, wächst stetig; das nächste Ziel ist der flächendeckende Aufbau der Beratungsstruktur durch Fachkräfte in den rheinland-pfälzischen Landkreisen und kreisfreien Städten.

5.12.2 Tätigkeitsfelder und Merkmale

**Präventive, netz-
werkbildende
Beratung**

Kerntätigkeit der Fachkräfte „Gemeineschwester^{plus}“ ist die präventiv ausgerichtete Beratung durch Pflegefachpersonen, die als Case Manager*innen oder in Sozialraumentwicklung geschult sind. Die Hauptzielgruppe der Beratung sind Senior*innen, die selbstständig leben und nicht auf Pflege angewiesen sind, sich aber Unterstützung und Beratung in ihrer aktuellen Lebenssituation wünschen. Dabei stellen sich die Grenzen zu einem Leben mit Pflegebedarf als fließend heraus. Während unter 80-Jährige auf Anfrage beraten werden, wird Menschen ab

80 Jahren ein präventiver Hausbesuch angeboten. Mit dem Ziel, soziale Teilhabe zu erhalten und zu fördern sowie Pflegebedürftigkeit (möglichst lange) zu verhindern, erfolgt eine Beratung zu Themen der sozialen Situation, gesundheitlichen und hauswirtschaftlichen Versorgung, Wohnsituation, Mobilität oder Freizeitgestaltung. Die Beratung folgt dem Ansatz der netzwerkbildenden Alltagsbegleitung. Das heißt, wenn gewünscht, werden z. B. wohnortnahe Teilhabeangebote wie Senior*innentreffs, Bewegungsangebote oder Kurse und Veranstaltungen vermittelt. So entstehen Netzwerke aus sozialen Kontakten. Teilweise begleiten die Berater*innen bei Arztbesuchen. Wenn der Bedarf besteht, wird zeitnah Kontakt zum Pflegedienst hergestellt, um z. B. Pflegeleistungen zu beantragen. Außerdem werden Gesprächsangebote bei (emotionalen) Problemen und Lebenskrisen gemacht. Die Case Manager*innen halten und suchen Kontakte – während der Pandemie z. B. auch kreativ mit Taschen, die Informationen, Gedächtnistrainings, Bewegungsanregungen und Kleinigkeiten zum Genuss enthielten.

Darüber hinaus ist eine weitere Aufgabe der Fachkräfte „Gemeineschwester^{plus}“, gesundheits- und selbständigkeitsfördernde Angebote zu initiieren und so die sozialräumliche Struktur in den Kommunen zu verbessern. Die Berater*innen setzen z. B. Bewegungsangebote, Informationsveranstaltungen und Fachvorträge um oder verbessern Angebote zur Mobilität, wie Mitfahrbänke und eine bessere Nutzung von Bürgerbussen. Auch Maßnahmen für die Sicherheit, wie „Notfallboxen“ mit wichtigen Informationen für das Krankenhaus oder Angebote zur Generationenverständigung, wie z. B. eine Kräuterwanderung für Jung und Alt, werden durchgeführt. In städtischen Regionen gab es Initiativen, in denen Informationen für ältere Migrant*innen aufbereitet wurden. Außerdem bringen sie sich in Strukturentwicklungsprozesse ein, in der Vergangenheit z. B. im Rahmen einer „Dorf-erneuerung“, wo sie die Perspektive der hochbetagten Menschen vertraten. So nehmen sie auch Aufgaben im Rahmen des Care Managements wahr.

Entwicklung von Angeboten und Strukturen

5.12.3 Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege

Die Fachkräfte „Gemeineschwester^{plus}“ arbeiten komplementär zu den Pflegestützpunkten und unterstützt alte Menschen dabei, so lange wie möglich zu Hause leben zu können. Als wichtiges Ziel wird der Aufbau von Netzwerken verfolgt, denn viele der Ratsuchenden leben alleine und in ländlichen Regionen. Durch die Netzwerke erhalten die Menschen schon im Vorfeld der Pflegebedürftigkeit Kontakte und Strukturen, auf die sie später bei Unterstützungsbedarf zurückgreifen können. Durch die Beratung fühlen sich die Hochbetagten schließlich, wie die Evaluation zeigt, sicherer, besser informiert und wertgeschätzt.

Netzwerke für stabile Unterstützung im Bedarfsfall

5.12.4 Weiterführende Informationen und Quellen

www.gemeineschwesterplus.rlp.de

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) (Hg.) (2019): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprojekt Gemeineschwesterplus von Juli 2015 bis Dezember 2018 im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, Online verfügbar: https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Abschlussbericht-GSplus-DIP-final.pdf.

Schulz-Nieswandt, Frank; Köstler, Ursula; Mann, Kristina (2018): Evaluation des Modellprojekts „Gemeineschwesterplus“ des Landes Rheinland-Pfalz im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinlandpfalz. Universität Köln.

Schulz-Nieswandt, Frank (2019): Das Gemeineschwesterplus-Experiment in Modellkommunen des Landes Rheinland-Pfalz. Der Evaluationsbericht im Diskussionskontext. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.



5.13 Saarland: „Aktiv statt einsam“ – Ehrenamtliche Senioren- lotsen/Innen

Abbildung 84: Logo des Landkreises Neunkirchen



**Willkommensregion
Neunkirchen**

5.13.1 Hintergrund

Für selbstän- diges Leben, gegen Verein- samung

Ursprünglich durch das Landesprogramm „Seniorenlotsen“ initiiert, wurden 2017 für ein Jahr Senior*innenlots*innen im Landkreis Neunkirchen eingestellt. Seit Ablauf der Förderung führt der Landkreis, koordiniert durch die Leitstelle „Älter werden“, das Projekt auf eigene Kosten und mit ehrenamtlichen Lots*innen durch. Das Ziel war und ist die wohnortnahe Vermittlung von Beratungs- und Hilfsangeboten und somit die Unterstützung zu einem möglichst selbständigen Leben sowie das Entgegenwirken von Vereinsamung. Das Projekt folgt einem sozialraum- und ressourcenorientierten Ansatz. Als Anlaufstelle für ältere Menschen und Angehörige bereitet die Leitstelle auch über das Projekt hinaus die vielfältigen Informationen rund um das Leben im Alter und mit Pflege auf und ist an verschiedenen (Präventions-)Projekten beteiligt.

5.13.2 Tätigkeitsfelder und Merkmale

„Informieren, Motivieren, Aktivieren und Begleiten“ – das sind Grundsätze, an denen sich die Tätigkeiten der Senior*innenlost*innen im Landkreis Neunkirchen orientieren. Die Beratung durch die Lots*innen ist in den Kommunen des Landkreises verankert und steht allen Interessierten damit wohnortnah und außerdem kostenlos zur Verfügung. Die Beratung setzt bereits im Vorfeld der Pflegebedürftigkeit ein, denn die Lots*innen fungieren als erste Ansprechpartner*innen und Vertrauenspersonen. Sie vermitteln, bei Bedarf auch im Rahmen von Hausbesuchen, Kontakte zu Angeboten, verschiedenen pflegebezogenen Akteuren und Diensten vor Ort. Dabei haben sie auch die Freizeitgestaltung im Blick. So können die Lots*innen die aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unterstützen. Um passende Angebote vermitteln zu können, bauen sich die Seniorenlots*innen ein Netzwerk an Angeboten auf – wie bspw. Pensionärsvereinen, Möglichkeiten des ehrenamtlichen Engagements oder sportliche Aktivitäten. Für letztere unterstützt die Leitstelle „Älter werden“ das Projekt „Fit und Vital“. Dieses macht Bewegungsangebote für Personen ab 50 Jahre mit kooperierenden Sportvereinen auch in den Orten außerhalb des Stadtgebietes von Neunkirchen. Auch mit den kommunalen Senior*innenbeiräten kooperieren die Lots*innen. Die Berater*innen arbeiten ehrenamtlich und werden von der Leitstelle „Älter werden“ regelmäßig geschult. Sie erhalten Fortbildungen und Aufwandsentschädigungen. Außerdem organisiert die Leitstelle gemeinsame Treffen einmal im Quartal und betreut die Ehrenamtlichen u. a. durch kollegiale Beratung.

**Informieren,
Motivieren,
Aktivieren und
Begleiten**

5.13.3 Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege

Die Lots*innen agieren sozialräumlich orientiert und präventiv. Sie helfen Älteren schon frühzeitig, die vielfältigen Angebote zu überblicken und vermitteln diese passend nach Bedarf. So wird die selbständige Lebensführung von Menschen in vertrauter Umgebung unterstützt und Vereinsamung entgegengesteuert. Der Zugang ist niedrigschwellig, denn die Lots*innen sind selbst vor Ort.

Stärkung selbständiger Lebensführung

5.13.4 Weiterführende Informationen und Quellen

Rischard, Pablo; Hoopii, Renée; Klie, Thomas (2021): Abschlussbericht „Masterplan ‚Aktives Alter und Gesellschaftliche Teilhabe‘“, – Seniorenbericht und Seniorenplanung im Saarland. Im Auftrag des Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland.

www.aelterwerden-landkreisneunkirchen.de/verzeichnis/index.php?kategorie=6892

www.landkreis-neunkirchen.de



5.14 Sachsen: Demenznetz Delitzsch

Abbildung 85: Logo Demenznetz Delitzsch



5.14.1 Hintergrund

Vernetzung für Menschen mit Demenz

Das Demenznetz Delitzsch ist ein Netzwerk, das aus verschiedenen Partner*innen besteht, die im Bereich der Unterstützung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen relevant sind: Die Stadt, der Landkreis, Wohnraumanbieter*innen, Freiwilligen-Angebote, Pflegedienstleister*innen, Wohlfahrtsverbände und ein Landesverband aus Selbsthilfeinitiativen haben sich zusammengeschlossen. Das seit 2020 bestehende Netzwerk wird im Rahmen des Projektes „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bis 2023 gefördert. Koordiniert wird das Netzwerk vom Projektpartner Soziokulturelles Zentrum Delitzsch e. V., das die Arbeit mit und für Menschen mit Demenz als einen Schwerpunkt in Nachbarschafts- und Quartiersarbeit kennt. Das Ziel ist die Förderung von Fähigkeiten und Teilhabe von Menschen mit Demenz durch die Entwicklung kurz- und langfristiger Angebote, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit.

5.14.2 Tätigkeitsfelder und Merkmale

Diversität der Angebote

Entsprechend der Diversität der am Netzwerk beteiligten Akteure bieten diese jeweils verschiedene Formen der Unterstützung an: Das reicht von Entlastung für Angehörige (z. B. durch Begleitsdienste oder Nachbarschaftshilfe) und Erfahrungsaustausch (z. B. in Selbsthilfegruppen) über Freizeitgestaltung (z. B. Organisation von Spielnachmittagen oder Ausflügen), Förderung von Fähigkeiten (z. B. Bewegungsangebote), über Interessenvertretung (bei der Stadt, Pflegekassen oder auch z. B. Verkehrsbetrieben) und Aufklärungsarbeit (z. B. in Form von Vorträgen und Broschüren) hin zu Beratungsgesprächen mit Betroffenen, Angehörigen und

Institutionen. Für eine Erweiterung des Netzwerkes und damit auch der vernetzten Angebote wird ständig geworben.

Zentral für die Verbesserung der Unterstützung von Menschen mit Demenz ist die ganz konkrete und praktische Netzwerkarbeit. Die einzelnen Partner*innen erfahren von ihren Mitarbeiter*innen und Freiwilligen vor Ort, welchen Bedarf die Personen mit Pflegebedarf haben und können Dank des regen Austauschs zwischen den Netzwerkpartnern kompetent an passende Angebote weitervermitteln. Darüber hinaus treffen sich die Netzwerkpartner regelmäßig ca. alle zwei Monate, tauschen sich über die festgestellten Bedarfe aus und planen Maßnahmen wie z. B. weitere Angebote oder Veranstaltungen. Das Soziokulturelle Zentrum als Koordinator hat darüber hinaus ein Nachbarschafts- und Quartiersbüro eröffnet, das auch eine direkte Anlaufstelle für Menschen mit Beratungs- und Unterstützungsbedarf sowie für freiwillige Helfer*innen bietet.

Vermittlung und Weiterentwicklung im Netzwerk

5.14.3 Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege

Das Finden passender Angebote ist für Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen aufgrund der Unübersichtlichkeit oft schwierig. Eine Vernetzung, die bedarfsgerecht die Angebote der verschiedenen Netzwerkpartner vor Ort vermittelt, stellt also eine große Hilfe dar. Die Hilfen können so schneller und auf allen Seiten ressourcensparend dort ankommen, wo sie gebraucht werden. Dies ist ein wichtiger Schritt zu einer verbesserten Versorgung. Elementar ist außerdem die vernetzte Weiterentwicklung von Unterstützungsangeboten, die an die Bedarfe der Menschen mit pflegebedarf rückgekoppelt ist.

Ressourcensparender Weg zur passenden Unterstützung

5.14.4 Weiterführende Informationen und Quellen

www.demenznetz-delitzsch.de

Netzwerkstelle Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz: www.netzwerkstelle-demenz.de/praxisbeispiele-materialien/projekte-aus-der-praxis/projekt/demenznetz-delitzsch

Soziokulturelles Zentrum Delitzsch e. V.: www.mittendrin-skz.de/seite/487755/projekt-lokale-allianz-f%C3%BCr-menschen-mit-demenz-delitzsch.html



5.15 Sachsen-Anhalt: Bürgerinitiative Stendal e. V. (BIS)

Abbildung 86: Logo BIS



5.15.1 Hintergrund

Sorgende Kommune unter aktiver Bürger*innen- beteiligung

Angesichts des steigenden Anteils älterer Menschen mit Pflegebedarf in der Stadt Stendal wurden bereits 2004 einige Bürger*innen aktiv: Sie gründeten die „Bürgerinitiative Stendal e. V.“ Der Verein wuchs, professionalisierte sich und bietet nun verschiedene Formen der Unterstützung für ein möglichst langes, selbstbestimmtes Leben zu Hause. Sie verfolgen die Ziele, Angehörige zu entlasten, ehrenamtliches Potenzial zu nutzen und über Hilfe durch Selbsthilfe Selbständigkeit zu fördern. Die Bürgerinitiative beteiligte sich außerdem am Aufbau eines Pflegenetzes unter dem Leitbild der „Sorgenden Kommune“. Sie trägt also ein Verständnis mit, demnach Pflege in die Quartiersentwicklung integriert und in Unterstützungsnetzen aus Kommune, Ehrenamtlichen und Dienstleistern koordiniert und gesichert werden muss. Dabei soll der Mensch als Ganzer in seinen alltäglichen (Unterstützungs-)Bedarfen den Ausgangspunkt darstellen.

5.15.2 Tätigkeitsfelder und Merkmale

Niedrigschwellige Vermittlung nachbarschaftlicher Unterstützung

Das erste und immer noch bestehende Standbein der Bürgerinitiative war das Nachbarschafts-Netzwerk „Hilfe zur Selbsthilfe“, über das Menschen mit dem Wunsch und der Zeit zu Helfen mit Menschen mit Unterstützungsbedarf zusammengebracht werden und im Haushalt unterstützen, zu Terminen oder Spaziergängen begleiten oder soziale Aktivitäten unternehmen. Dies sollte gegen soziale Isolation wirken und auch den Personen mit Unterstützungsbedarf die Möglichkeit bieten, sich einzubringen, indem sie z. B. Wissen weitergeben. Das Angebot wurde später um das „Generationscafé“ erweitert. Einmal im Monat backen Ehrenamtliche Kuchen und schenken Kaffee aus, begleitet von Vorträgen oder kulturellen Beiträgen. So konnte auch ein Raum für Gespräche geschaffen werden. Dank Hartnäckigkeit der Mitglieder der Bürgerinitiative bei der Einwerbung von (öffentlichen) Fördermitteln konnte schließlich auch ein Tagespflegeangebot in einer Tagesstätte eingerichtet werden. Hier arbeiten professionelle Pflegekräfte und Bundesfreiwilligendienstleistende, punktuell von Ehrenamtlichen unterstützt, zusammen. In die Tagesstätte integriert sind Besuche durch die Physiotherapie oder Dienstleistungen wie bspw. durch eine Friseurin.

Die Bürgerinitiative organisiert regelmäßig Fortbildungen für die Ehrenamtlichen. Außerdem wird die Angebotsvielfalt ständig weiterentwickelt. Bspw. gibt es derzeit im Rahmen des Projektes „Generationsbrücke – Begegnungen“ einen monatlichen Besuch der Tagesstätte für Senior*innen durch eine Kindertagesstätte. Gemeinsam werden Aktivitäten wie bspw. Basteln unternommen. Im Rahmen einer Veranstaltungsreihe „Kultur mit BIS“ wird, begleitet durch eine Lesung, gemeinsam Kulinarisches ausprobiert. Darüber hinaus haben sich aus der Initiative in Stendal heraus zwei Ortsgruppen in benachbarten Ortsteilen gegründet. Dort wird u. a. ebenfalls Unterstützung im Alltag oder soziale Begegnungen, z. B. mit Geflüchteten und gemeinsame Ausflüge organisiert.

Weiterentwicklung und Professionalisierung

5.15.3 Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege

Die Bürgerinitiative in Stendal ist ein gutes Beispiel, wie Ehrenamtliche in Eigenregie, auch aus einem Prinzip der Selbsthilfe heraus, Strukturen entwickeln und institutionalisieren können. Die Verzahnung von ehrenamtlicher Unterstützung mit professioneller Pflege ist dabei ein wichtiges Element, wie dem Fachkräftemangel bei gleichzeitiger Gewährleistung von Lebensqualität mit Pflege begegnet werden kann. Die Orientierung an der sorgenden Gemeinde gewährleistet die Entwicklung von Angeboten entsprechend der Bedarfe vor Ort.

Gute Verzahnung ehrenamtlicher und professioneller Unterstützung

5.15.4 Weiterführende Informationen und Quellen

www.bisev.de

<https://soziale-innovation.sachsen-anhalt.de/soziale-innovationen/pilotprojekte/pflege-im-quartier-gesundheits-und-pflegebuendnisse/>



5.16 Schleswig-Holstein: Koordinationsstelle für innovative Wohn-Pflege- Formen im Alter (KIWA)

Abbildung 87: Logo KIWA



5.16.1 Hintergrund

Selbstbestimmtes Wohnen in Wohn-Pflege-Gemeinschaften

Um angesichts des demografischen Wandels neue Wohnkonzepte zu entwickeln und auch zu vermitteln, wurde die „Koordinationsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen im Alter“ (KIWA) gegründet. Das ist ein Projekt des „Forums Pflegegesellschaft“ und wird vom Schleswig-Holsteinischen Ministerium für Soziales, Jugend, Familie, Senioren, Integration und Gleichstellung gefördert. Die „KIWA“ operiert landesweit mit dem Ziel, selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf im Alter zu fördern. Der Fokus liegt dabei auf der Etablierung von Wohn-Pflege-Gemeinschaften, die als besonders geeignet identifiziert werden, um in einer privaten, häuslichen Umgebung engmaschige Unterstützung zu gewährleisten.

5.16.2 Tätigkeitsfelder und Merkmale

Wohnen mit passgenauer Unterstützung

In den Wohn-Pflege-Gemeinschaften leben Personen mit Unterstützungsbedarf zusammen in Wohnungen oder Häusern, die für diesen Bedarf geeignet bzw. umgebaut wurden. Jede*r hat ein eigenes Zimmer, das frei gestaltet werden kann. Nach Wunsch können sie Dienstleister*innen für Betreuungs- und Unterstützungsaufgaben, z. B. Alltagsassistenzen oder für die Pflege hinzuziehen. Anfallende Aufgaben im Haushalt wie Kochen, Einkaufen, Putzen werden unter den Bewohner*innen, Dienstleister*innen und Angehörigen aufgeteilt und so gemeinsam bewältigt. Und natürlich können auch gemeinsame Aktivitäten geplant und durchgeführt werden.

Beratung und Förderung einer innovativen Wohnform

Um die Wohn-Pflege-Gemeinschaften zu fördern, informiert, berät und begleitet die „KIWA“ Interessierte zu deren Realisierung. Zielgruppe der Beratungen sind Wohnraumanbieter*innen, Genossenschaften, Kommunen und potenzielle Mieter*innen – sowie ältere Menschen und Angehörige. Die Qualitätssicherung ist dabei ein wichtiges Thema. Dafür stellt die „KIWA“ Orientierungshilfen für Interessierte sowie Qualitätsempfehlungen und Planungshilfen bereit, fördert den

Austausch zwischen Mieter*innen, Vermieter*innen und Dienstleister*innen und stellt immer wieder neue Erkenntnisse zur Diskussion, indem sie Expert*innen einlädt und Fachtage veranstaltet. Die „KIWA“ berät darüber hinaus auch zu Fragen der gelingenden Gemeinschaft: Wie gelingt der Aufbau eines Netzwerkes? Wie kann die Nachbarschaft eingebunden werden? Hier ist die „KIWA“ nicht nur beratend aktiv, sondern ruft dazu auf, „Wohnpatenschaften“ zu übernehmen, also im Rahmen von bürgerschaftlichem Engagement in den Wohngemeinschaften bei der Gestaltung des Alltags helfen. Außerdem legt die „KIWA“ einen Schwerpunkt auf Digitalisierung: Einerseits fördert sie Kompetenzen und die digitale Vernetzung, andererseits nutzt sie digitale Möglichkeiten, um die Beratung und Planung zu unterstützen und Wohnprojekte anschaulicher und greifbarer zu machen. So hat sie z. B. eine virtuelle Wohn-Pflege-Gemeinschaft konzipiert, die online besichtigt werden kann. Darüber hinaus stellt die „KIWA“ noch einige weitere konkrete Hilfen bereit, bspw. ein Personalkonzept für die ambulante Betreuung, ein Muster für einen Mietvertrag, einen Fragebogen für Immobilienbesitzer*innen, mittels dessen sie prüfen können, ob ihre Immobilie für eine Wohngemeinschaft in Frage kommt oder Informationen über finanzielle Unterstützung. Durch diese gebündelte Bereitstellung von Informationen und Planung sowie die kontinuierliche Begleitung kann sichergestellt werden, dass von vornherein wichtige Aspekte entsprechend des Unterstützungsbedarfs berücksichtigt werden, bspw. räumliche Voraussetzungen wie ausreichend große Gemeinschaftsräume, geeignete Bodenbeläge oder die Nutzung technischer Hilfsmittel.

5.16.3 Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege

Selbstbestimmtes Leben im Alter mit Unterstützungsbedarf in häuslicher Umgebung bedarf geeigneten Wohnraums. Dafür schaffen die Wohn-Pflege-Gemeinschaften grundlegende Voraussetzungen in der Infrastruktur der Wohnungen und in der sozialen Einbindung der Mieter*innen. Auch Menschen ohne ein z. B. familiäres soziales Netzwerk haben so die Möglichkeit, in einer häuslichen Umgebung zu bleiben. Die „KIWA“ bündelt das Wissen und Erfahrungen um die noch nicht sehr weit verbreitete Wohnform und schafft so die Voraussetzung für erfolgreiche Projekte.

Wohnen in häuslicher Umgebung – auch ohne privates Netzwerk

5.16.4 Weiterführende Informationen und Quellen

www.kiwa-sh.de

KIWA (2017): Gepflegt alt werden – selbstbestimmt und privat leben. Qualitätsempfehlungen und Planungshilfen für ambulant betreute Wohn-Pflege-Gemeinschaften in Schleswig-Holstein. Online verfügbar: www.kiwa-sh.de/images/pdfs/KIWA2017_web_Einzelseiten.pdf



5.17 Thüringen: „AGATHE – Älter werden in der Gemeinschaft – Thüringer Initiative gegen Einsamkeit“

Abbildung 88: Logo AGATHE



5.17.1 Hintergrund

Für mehr Selbstbestimmung und gegen Einsamkeit

Die Thüringer Landesregierung hat angesichts der hohen Zahlen alleinlebender Senior*innen, Tendenz steigend, Handlungsbedarf erkannt. Deshalb wurde 2021 das Programm „AGATHE – Älter werden in der Gemeinschaft – Thüringer Initiative gegen Einsamkeit“ ins Leben gerufen. Im Rahmen des Programms werden Landkreise und kreisfreie Städte (anteilig) gefördert, die, angepasst an die lokal vorhandenen Bevölkerungs- und Angebotsstrukturen, Fachkräfte für die Beratung älterer Menschen einstellen können. Bei der Entwicklung des Programms wurden auch ähnliche Projekte und deren Evaluation, wie das ebenfalls hier aufgeführte Projekt „Gemeineschwester^{plus}“ in Rheinland-Pfalz, berücksichtigt. Die Ziele des Programms sind, gegen Einsamkeit im Alter vorzugehen, gesundes und selbstbestimmtes Altern zu fördern sowie Teilhabemöglichkeiten zu steigern. So soll u. a. akuten Krisen vorgebeugt und der Verbleib in der eigenen Wohnung sichergestellt werden.

5.17.2 Tätigkeitsfelder und Merkmale

Case Management zur Schaffung von individuellen Netzwerken

Um die aufgeführten Ziele zu erreichen, sollten Faktoren wie die Stärkung von Resilienz, Sicherstellung von Mobilität, die Schaffung individueller Netzwerke sowie Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit gestärkt werden. Dafür wird die Zielgruppe der älteren Menschen in der Nacherwerbsphase, die alleine zu Hause leben, mit einem niedrigschwelligen Beratungs-, Informations- und Vermittlungsangebot von Fachkräften zu Hause aufgesucht. Der Kontakt kommt über Öffentlichkeitsarbeit wie bspw. Zeitungsartikel oder Flyer in Briefkästen zustande. Die Besuche werden kostenfrei und nur mit vorheriger Zustimmung durchgeführt. Die Beratung orientiert sich am Case Management-Ansatz und damit auch an den Ressourcen und Bedarfen der beratungssuchenden Person. Die Fachkräfte verweisen zum einen präventiv auf Strukturen der Versorgung wie bspw. Pflegeberatungen; außerdem vermitteln sie Angebote aus dem Bereich der Gesundheitsförderung oder Freizeitgestaltung. So werden Hobbys gefördert und Kontakte aktiviert. Auch an Leistungserbringer*innen aus dem Quartier wird vermittelt. Darüber hinaus be-

gleiten die Fachkräfte die Personen bei Bedarf bei persönlichen Lebenskrisen und vermitteln ggf. an entsprechende Beratungsstellen. Sie arbeiten auch mit ehrenamtlichen Strukturen zusammen und initiieren z. B. mit Vereinen und Initiativen neue Angebote. Dem Programmleitfaden der Landesregierung entsprechend sollen die Berater*innen auch in Gremien der Sozialplanung einbezogen werden, um Strukturen weiterzuentwickeln.

Ein Schwerpunkt im Programm in Thüringen liegt auf der fachlichen Qualifikation der Berater*innen. Diese sollen zum einen schon eine Ausbildung im sozialen, pädagogischen, medizinischen und/oder pflegerischen Bereich mitbringen. Zum anderen werden Qualifizierungsmaßnahmen für ihre spezifische Tätigkeit vom Land bereitgestellt. Das Land beteiligt sich darüber hinaus u. a. durch Unterstützung der Vernetzung der Fachkräfte und Beratung der lokalen Koordinator*innen.

**Qualifizierte
Beratung**

5.17.3 Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege

Das Programm „AGATHE“ setzt bewusst im vorpflegerischen Bereich an, um kritischen Situationen vorzubeugen. Der Aufbau von Netzwerken und die Vermittlung in Teilhabeangebote wirkt gegen die Isolation, was ebenfalls dazu beiträgt, dass Lebenssituationen mit umfassenden Pflegebedarf so lange wie möglich vermieden werden können. Die Erfahrungen der Berater*innen tragen zu Strukturentwicklung vor Ort bei – z. B. wurde Mobilität bereits als wichtiges Handlungsfeld identifiziert.

**Prävention,
konkrete Hilfe
und Strukturent-
wicklung**

5.17.4 Weiterführende Informationen und Quellen

www.agathe-thueringen.de

5.18 Literaturverzeichnis

Alzheimer Gesellschaft Main Kinzig e. V. (o. J.): Die Alzheimer Gesellschaft Main Kinzig e. V., Online verfügbar: <http://alzheimer-mkk.de/>, [letzter Aufruf: 27.10.2022].

BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (o. J.): Demenznetz Delitzsch, Online verfügbar: www.netzwerkstelle-demenz.de/praxisbeispiele-materialien/projekte-aus-der-praxis/projekt/demenznetz-delitzsch, [letzter Aufruf: 27.10.2022].

Beucker, Günter; Leretz, Andrea; Drexler, Romana; Schmiedel, Andrea (2022): Case Management als wichtiges Steuerungsinstrument in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung. In: Case Management 2022 (3).

Bezirksamt Treptow-Köpenick von Berlin (o. J.): Sorgender Bezirk Treptow-Köpenick, Online verfügbar: www.berlin.de/ba-treptow-koepenick/politik-und-verwaltung/service-und-organi

- sationseinheiten/sozialraumorientierte-planungskoordination/artikel.653403.php, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- Bildarchiv Bayerischer Landtag (o. J.): Bayerisches Staatswappen, Online verfügbar: www.bayern.landtag.de/parlament/staatssymbole/bayerisches-staatswappen/, [letzter Aufruf: 31.10.2022].
- Bremer Heimstiftung (o. J.): Bremer Heimstiftung, Online verfügbar: www.bremer-heimstiftung.de/, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- Bürgerinitiative Stendal e.V. (o. J.): Online verfügbar: www.bisev.de/, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- DAK-Gesundheit (o. J.): Regionales Pflegekompetenzzentrum, Online verfügbar: www.dak.de/dak/unternehmen/regionales-pflegekompetenzzentrum-2149322.html#/, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- Demenznetz Delitzsch (2022): Delitzsch in 5 Minuten, Online verfügbar: www.demenznetz-delitzsch.de/, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Mecklenburg- e.V. Selbsthilfe Demenz (o. J.a): Modellprojekt KATE, Online verfügbar: <https://alzheimer-mv.de/projekte/modellprojekt-kate/>, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. Selbsthilfe Demenz (o. J.b): Häufig gestellte Fragen zum GeriCoachOnline verfügbar: <https://alzheimer-mv.de/mitmachen/gericoach-werden/faq-gericoach/>, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- Deutsche Fernsehlotterie, Karin und Walter Blüchert Gedächtnisstiftung, NORDMETALL-Stiftung, HOMANN-Stiftung, Fachbroschüre Hg.: (2022): Wie wollen Sie im Alter leben? Modellprojekt QplusAlter – Unterstützung im Quartier, Hamburg.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) (Hg.) (2019): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprojekt Gemeindegewestertplus von Juli 2015 bis Dezember 2018 im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. Online verfügbar: https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Abschlussbericht-GSplus-DIP-final.pdf, [letzter Aufruf: 12.10.2022].
- Evang. Gemeindeverein Nbg. Mögeldorf e.V. & gGmbH (2017): Soziales Netz im Nürnberger Osten, Online verfügbar: www.diakonie-moefeldorf.de/, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg (2021): FAPIQ, Online verfügbar: www.fapiq-brandenburg.de/, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- Förster, Marion; Haubenreisser, Karen (2020) „QplusAlter“: Neue Unterstützungsformen im Quartier für ältere Menschen und pflegende Angehörige. In: Case Management 17 (3); S. 106–110.
- Gelnhäuser Neue Zeitung (2020): Auszeichnung für „So wie daheim“. Hessischer Demografie-Preis für Vorzeigeprojekt. In: Gelnhäuser Neue Zeitung, Online verfügbar: www.gnz.de/

- region/main-kinzig-kreis/auszeichnung-fur-so-wie-daheim-GN1395697, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- Gemeindegewerplus: Logo. Online Verfügbar: <https://mastd.rlp.de/ar/unsere-themen/aeltere-menschen/gemeindegewerplus/>; zuletzt geprüft am 31.10.2022.
- Gesundheitsregion EUREGIO e. V. (o. J.): ReKo-Regionales Pflegekompetenzzentrum, Online verfügbar: www.rekopflege.de/, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- Gregor, Barbara; Fieres, Heinrich; Zörkler, Maria (2011): Entwicklung qualitätsgesicherter häuslicher Tages- und Kurzzeitpflege im Main-Kinzig-Kreis. Endbericht. Main-Kinzig-Kreis, Leitstelle für Ältere Bürger; iso-Institut für sozialforschung und Sozialwirtschaft.Gelnhausen; Saarbrücken. Online verfügbar: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/entwicklung_qualitaet/Endbericht_Modellprojekt_8_Main-Kinzig-Kreis_19301.pdf, [letzter Aufruf: 31.10.2022].
- Haubenreisser, Karen; Oertel, Armin (2016): Q8 – Quartiere bewegen. In: Borck, Sebastian et al. (Hrsg): Wechselwirkungen im Gemeinwesen. Wichern-Verlag, Berlin. S. 278–290.
- KIWA (2016): Koordinationsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen im Alter, Online verfügbar: www.kiwa-sh.de/, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- KIWA (2017): Gepflegt alt werden – selbstbestimmt und privat leben. Qualitätsempfehlungen und Planungshilfen für ambulant betreute Wohn-Pflege-Gemeinschaften in Schleswig-Holstein. Online verfügbar: www.kiwa-sh.de/images/pdfs/KIWA2017_web_Einzelseiten.pdf, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- Klie, Thomas; Monzer, Michael (2018): Regionale Pflegekompetenzzentren – Innovationsstrategie für die Langzeitpflege vor Ort. In: DAK-Pflegereport 2018, Hamburg: medhochzwei.
- Klie, Thomas (2020): Caring Community. Beliebiger Dachbegriff oder tragfähiges Leitbild in der Langzeitpflege? In: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (Hg.): Pflege. Praxis – Geschichte – Politik. Bonn (Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ); Schriftenreihe Band 10497), S. 26–41.
- Klie, Thomas; Wernicke, Florian (2021a): Abschlussbericht Erwachsenenschutz im Landkreis Tuttlingen. Auf dem Weg zum sorgenden Landkreis. AGP Sozialforschung. Online verfügbar: www.landkreis-tuttlingen.de/media/custom/2527_2943_1.PDF?1629806381, [letzter Aufruf: 31.10.2022].
- Klie, Thomas (2021b): Erwachsenenschutz im Landkreis Tuttlingen. In: Der Landkreis – Zeitschrift für kommunale Selbstverwaltung 91 (Juni 2021), S. 335–338.
- Klie, Thomas (2021c): Der sorgende Landkreis Erwachsenenschutz im Landkreis Tuttlingen – Ein Projektbericht. In: BtPrax 30 (4), S. 132–134.
- Klie, Thomas (2022): Sozialraumorientierung in Berlin Treptow-Köpenick. Im Gespräch mit Ines Schilling. In: die Hospiz Zeitschrift 24 (1), S. 30–33.
- Kommunales Center für Arbeit – Jobcenter und Soziales des Main-Kinzig-Kreises (2016): Leitfaden zum Aufbau von qualitätsgesicherter häuslicher Tagespflege. Online verfügbar: www.kiwa-sh.de/

- akugmbh.de/assets/files/SoWieDaheim%20Leitfaden%20Main-Kinzig-Kreis.pdf, [letzter Aufruf: 31.10.2022].
- Landesportal Sachsen-Anhalt (2022): Pflege im Quartier – Gesundheits- und Pflegebündnisse, Online verfügbar: www.akugmbh.de/assets/files/SoWieDaheim%20Leitfaden%20Main-Kinzig-Kreis.pdf, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- Landkreis Neunkirchen (2022): Website. Online verfügbar: www.landkreis-neunkirchen.de, [letzter Aufruf: 17.11.2022].
- Landkreis Neunkirchen, Leistelle „Älter werden“ (o. J.): Senioren und Seniorenbetreuung, Online verfügbar: www.aelterwerden-landkreisneunkirchen.de/verzeichnis/index.php?kategorie=6892m, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- Leipold, Andrea (2015): „Wir machen den Tag zu einem schönen Tag“. In: Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit. Fulda: pg.papers, Online verfügbar: https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/deliver/index/docId/320/file/pgp_2015_01_Leipold.pdf, [letzter Aufruf: 31.10.2022].
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung des Landes Rheinland-Pfalz (o. J.): Gemeindegewerplus, Online verfügbar: <https://mastd.rlp.de/de/unsere-themen/aeltere-menschen/gemeindegewerplus/>, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- Q8 Sozialraumorientierung (o. J.): Q8 plus- Menschen bewegen, Online verfügbar: www.q-acht.net/qplus/qplusalter/, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- Regionales Kompetenzzentrum (2022). Regionale Case Management-Organisation mit digitalem Ökosystem – Projektbeschreibung Langversion. Online verfügbar: <https://osnadocs.ub.uni-osnabrueck.de/handle/ds-202209197565>, [letzter Aufruf: 12.10.2022].
- Rischard, Pablo; Hoopii, Renée; Klie, Thomas (2021): Abschlussbericht „Masterplan „Aktives Alter und Gesellschaftliche Teilhabe““ – Seniorenbericht und Seniorenplanung im Saarland. Im Auftrag des Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland.
- Schulz, Peter (2018): Ein gutes Stück Bremen. 65 Jahre Bremer Heimstiftung. Bremen, Kellner.
- Schulz-Nieswandt, Frank; Köstler, Ursula; Mann, Kristina (2018): Evaluation des Modellprojekts „Gemeindegewerplus“ des Landes Rheinland-Pfalz im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinlandpfalz. Universität Köln.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2019): Das Gemeindegewerplus-Experiment in Modellkommunen des Landes Rheinland-Pfalz. Der Evaluationsbericht im Diskussionskontext. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Soziale Innovation Sachsen-Anhalt (2022): Pflege im Quartier – Gesundheits- und Pflegebündnisse. Online Verfügbar unter: <https://soziale-innovation.sachsen-anhalt.de/soziale-innovationen/pilotprojekte/pflege-im-quartier-gesundheits-und-pflegebuendnisse/>; zuletzt geprüft am 2.11.2022.
- Sozialstiftung Köpenick (2020): Impuls für die Steuerungsrunde zum Demografiekonzept im Bezirk Treptow-Köpenick.

- Soziokulturelles Zentrum e.V. (o. J.): Projekt „Lokale Allianz für Menschen mit Demenz Delitzsch“, Online verfügbar: www.mittendrin-skz.de/seite/487755/projekt-lokale-allianz-f%C3%BCr-menschen-mit-demenz-delitzsch.html, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- Staatsministerium Baden-Württemberg (o. J.): Das Große Landeswappen, Online verfügbar: www.baden-wuerttemberg.de/de/unser-land/landeswappen-und-hymnen/landeswappen/, [letzter Aufruf: 31.10.2022].
- Stadtleben Ellener Hof (2022): Stadtleben Ellener Hof – Gemeinsam wohnen und wachsen, Online verfügbar: <https://stadtleben-ellenerhof.de/>, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- Sternenfischer (2018): Zeitung Sternenzeit, in: Sternenfischer, Online verfügbar: www.sternenfischer.org/freiwillige/zeitung-sternenzeit/, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- Storm, Andreas (2022): Case Management in der Pflege: Konsequente Wege mit dem ReKo-Projekt. Interview geführt von Thomas Klie. In: Case Management 19 (2/2022). S. 75–76.
- Thoma, J. Zank, S. & Schacke, C. (2004). Gewalt gegen demenziell Erkrankte in der Familie: Datenerhebung in einem schwer zugänglichen Forschungsgebiet. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 37, S. 349–350.
- Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (o. J.): agathe, älter werden in der Gemeinschaft, Online verfügbar: www.agathe-thuringen.de/, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- VMDO (2021): Logo MIA. Online verfügbar: <https://www.vmdo.de/arbeit-soziales-integration/news-detail/neues//mia-servicestelle-fuer-migrantinnen-im-alter.html>, [letzter Aufruf: 17.11.2022].
- VMDO (2022): Verbund der sozial-kulturellen Migrantenvereine in Dortmund e.V., Online verfügbar: www.vmdo.de/, [letzter Aufruf: 27.10.2022].
- Wikipedia (o. J.): Wappen von Berlin, Online verfügbar: https://de.wikipedia.org/wiki/Wappen_Berlins#/media/Datei:Coat_of_arms_of_Berlin.svg, [letzter Aufruf: 31.10.2022].
- Wikipedia (o. J.): Brandenburgischer Adler, Online verfügbar: https://de.wikipedia.org/wiki/Brandenburgischer_Adler#/media/Datei:DEU_Brandenburg_COA.svg, [letzter Aufruf: 31.10.2022].
- Wikipedia (o. J.): Wappen der Stadt Bremen, Online verfügbar: [https://de.wikipedia.org/wiki/Bremen#/media/Datei:Bremen_Wappen\(Mittel\).svg](https://de.wikipedia.org/wiki/Bremen#/media/Datei:Bremen_Wappen(Mittel).svg), [letzter Aufruf: 31.10.2022].
- Wikipedia (o. J.): Landeswappen Hessen, Online verfügbar: https://de.wikipedia.org/wiki/Landeswappen_Hessens#/media/Datei:Coat_of_arms_of_Hesse.svg, [letzter Aufruf: 31.10.2022].
- Wikipedia (o. J.): Großes Landeswappen Mecklenburg-Vorpommern, Online verfügbar: [https://de.wikipedia.org/wiki/Wappen_Mecklenburg-Vorpommerns#/media/Datei:Coat_of_arms_of_Mecklenburg-Western_Pomerania_\(great\).svg](https://de.wikipedia.org/wiki/Wappen_Mecklenburg-Vorpommerns#/media/Datei:Coat_of_arms_of_Mecklenburg-Western_Pomerania_(great).svg), [letzter Aufruf: 31.10.2022].

- Wikipedia (o. J.): Das kleine Staatswappen der Freien und Hansestadt Hamburg, Online verfügbar: https://de.wikipedia.org/wiki/Landeswappen_Hamburgs#/media/Datei:DEU_Hamburg_COA.svg, [letzter Aufruf: 31.10.2022].
- Wikipedia (o. J.): Wappen von Niedersachsen. Das weiße Roß im roten Felde, Online verfügbar: https://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_Wappen_in_Niedersachsen#/media/Datei:Wappen_von_Niedersachsen.svg, [letzter Aufruf: 31.10.2022].
- Wikipedia (o. J.): Coat of arms of North Rhine-Westfalia, Online verfügbar: https://de.wikipedia.org/wiki/Wappen_Nordrhein-Westfalens#/media/Datei:Coat_of_arms_of_North_Rhine-Westfalia.svg, [letzter Aufruf: 31.10.2022].
- Wikipedia (o. J.): Coat of arms of Rhineland-Palatinate, Online verfügbar: https://de.wikipedia.org/wiki/Landeswappen_von_Rheinland-Pfalz#/media/Datei:Coat_of_arms_of_Rhineland-Palatinate.svg, [letzter Aufruf: 31.10.2022].
- Wikipedia (o. J.): Wappen des Saarlands, Online verfügbar: https://de.wikipedia.org/wiki/Landeswappen_des_Saarlandes#/media/Datei:Wappen_des_Saarlands.svg, [letzter Aufruf: 31.10.2022].
- Wikipedia (o. J.): Wappen des Freistaats Sachsen, Online verfügbar: https://de.wikipedia.org/wiki/Landeswappen_Sachsens#/media/Datei:Coat_of_arms_of_Saxony.svg, [letzter Aufruf: 31.10.2022].
- Wikipedia (o. J.): Wappen Sachsen-Anhalt, Online verfügbar: https://de.wikipedia.org/wiki/Wappen_Sachsen-Anhalts#/media/Datei:Wappen_Sachsen-Anhalt.svg, [letzter Aufruf: 31.10.2022].
- Wikipedia (o. J.): Landeswappen Schleswig-Holstein, Online verfügbar: https://de.wikipedia.org/wiki/Wappen_Schleswig-Holsteins#/media/Datei:DEU_Schleswig-Holstein_COA.svg, [letzter Aufruf: 31.10.2022].
- Wikipedia (o. J.): Thüringer Landeswappen, Online verfügbar: https://de.wikipedia.org/wiki/Th%C3%BCringer_Landeswappen#/media/Datei:Coat_of_arms_of_Thuringia.svg, [letzter Aufruf: 31.10.2022].
- Zörkler, Maria; Kirchgäßner, Renate (2014): DCM in innovativen Versorgungsformen – Das Beispiel häuslicher Tagespflege. In: Riesner, Christine (Hrsg.): Dementia Care Mapping (DCM): Evaluation und Anwendung im deutschsprachigen Raum. Bern: Huber Verlag. S. 165–181.

6. Häusliche Pflege – Ausblick und Perspektiven

Thomas Klie

6.1 Stabile Einstellungen, geringe soziale Plastizität?

Die Situation der häuslichen Pflege in den Fokus des DAK-Pflegereportes zu nehmen, darauf haben sich der Vorstandsvorsitzende Andreas Storm und der weiteren Verantwortlichen verständigt. Ihre Empirie, die Bedingungen, auf denen sie fußt, die Voraussetzungen, von denen eine künftige Stabilität häuslicher Pflegearrangements abhängt, wurden untersucht. Die häusliche Pflege wird weiterhin als Aufgabe von Partnerschaften und Familien sowie Freundeskreisen verstanden. Deutschland kennzeichnet ein familienorientiertes und kein serviceorientiertes Pflegesystem, wie es aus anderen Ländern bekannt ist (vgl. Heintze 2012). Trotz der sehr unterschiedlichen, den verschiedenen Generationen zugeordneten Orientierungen und „Sprachen“ (siehe Abbildung 89): Die Bindung an die Familie, die Bereitschaft für nahe An- und Zugehörige, sie bleibt bei einer relevanten Mehrheit der Bevölkerung – auch in der jungen Generation – ein fester Bestandteil moralischer Orientierung.

Häusliche
Pflege hoch
relevant

Abbildung 89: Generationen

Talking a different language					
Formative experiences	Maturists (pre-1945)	Baby boomers (1945-1960)	Generation X (1961-1980)	Generation Y (1981-1995)	Generation Z (Born after 1995)
	Wartime rationing Rock'n'roll Nuclear families Defined gender roles - particularly for women	Cold War 'Swinging Sixties' Moon landings Youth culture Woodstock Family-orientated	Fall of Berlin Wall Reagan/Gorbachev/ Thatcherism Live Aid Early mobile technology Divorce rate rises	9/11 terrorists attacks Social media Invasion of Iraq Reality TV Google Earth	Economic downturn Global warming Mobile devices Cloud computing Wiki-leaks
Percentage in UK workforce	3%	33%	35%	29%	Employed in either part-time jobs or apprenticeships
Attitude toward career	Jobs for life	Organisational - careers are defined by employees	"Portfolio" careers - loyal to profession, not to employer	Digital entrepreneurs - work "with" organisations	Multitaskers - will move seamlessly between organisations and "pop-up" businesses
Signature product	Automobile	Television	Personal computer	Tablet/smartphone	Google glass, 3-D printing
Communication media	Formal letter	Telephone	E-mail and text message	Text or social media	Hand-held communication devices
Preference when making financial decisions	Face-to-face meetings	Face-to-face ideally but increasingly will go online	Online - would prefer face-to-face if time permitting	Face-to-face	Solutions will be digitally crowd-sourced

Source: Barclays, University of Liverpool

Insofern lässt sich zunächst festhalten: Die gesellschaftliche Basis für eine auf informelle Unterstützung von Partner*innen, An- und Zugehörigen, Freund*innen aber auch auf Nachbarschaften fussende Bewältigung häuslicher Sorge- und Pflegeaufgaben ist gegeben; das bestätigt die repräsentative Bevölkerungsbefragung des IfD Allensbach, das zeigen die GKV-Routinedatenanalysen. Auch aus den qualitativen Interviews wird deutlich: Das deutsche Modell der familienorientierten (Langzeit-)Pflege wird nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Der Befund hat durch-

Hohe Pflege-
bereitschaft ist
gegeben

aus etwas Überraschendes. Widerspricht er doch gängigen Annahmen über die Individualisierung und Modernisierungseffekte unserer Gesellschaft. Auch ist der vielbeschworene Generationenkonflikt (zuletzt Johannes Pantel 2022) keiner der sich durch die deutschen Familien zieht. Der Generationenkonflikt wird eher auf der Makroebene ausgetragen. Nur, wie nachfolgende Generationen, etwa die Generationen Y und Z Solidaritätsaufgaben in ihre Vorstellungen von gutem Leben und Selbstentfaltung integrieren, das ist offen.

**Aber: häusliche
Pflege ist nicht
zukunftsfest**

Der Befund der gesellschaftlichen Sorgebereitschaft darf aber keinesfalls als Entwarnung in der Pflegefrage gelesen werden. Schon heute ist die häusliche Pflege vielerorts bedroht, sind pflegende Angehörige im hohen Maße überlastet; sind wir konfrontiert mit einer zunehmenden Zahl von Ein-Personen-Haushalten, in denen die Sorge und Pflege schlicht nicht sichergestellt ist und Menschen in zum Teil dramatischer Weise unversorgt auf sich selbst gestellt sind. Diese Wirklichkeiten konnten wir in dem DAK-Pflegereport 2022 nicht einfangen. Sie sind aber eminent (vgl. Klie und Büscher 2022). Die als Basis für die häusliche Pflege ausgemachte Stabilität in den Einstellungs- und Verhaltensmustern der deutschen Bevölkerung ist weder modernisierungsfest noch den demografischen Herausforderungen im Zusammenhang mit den in Rente gehenden Boomern gewachsen. Während wir in Deutschland um Geschlechtergerechtigkeit, um Vielfalt, um für die aktuell prägenden Generationen maßgeblichen Balancen zwischen den verschiedenen Dimensionen des Lebens und der Lebensgestaltung – Partner*in, Eigenzeit, Hobbys, Arbeit, Familie – ringen, ist die häusliche Pflege, die die Politik immer noch als stabile Grundlage der Pflegeversicherung einstuft, nicht als zukunftsfest anzusehen. Eine zusätzliche Herausforderung ist die fehlende geschlechtergerechte Verteilung der zusätzlichen Belastung durch die Übernahme der Pflege.

**Häusliche
Pflege bleibt von
Ungleichheiten
geprägt**

Das Gendernormativ zeigt seine Wirkung: Es sind im Wesentlichen weiterhin Frauen, die Pflegeaufgaben übernehmen. Das wird es in dieser Prägung in der Zukunft nicht mehr geben (sollen). Der unabweisbare Bedarf an Fachkräften und die Ausdehnung der Erwerbsarbeit auf alle Bevölkerungsgruppen lässt die Ressource informelle Pflege – zumindest in zeitlicher Hinsicht – kleiner werden. Das Ringen um eine faire Verteilung von Care-Aufgaben zwischen den Generationen und Geschlechtern, von der Kindererziehung bis zur Sorge um ältere Menschen, wird als eine der zentralen Herausforderungen für die Solidaritätsfähigkeit der Gesellschaft gesehen. Von Care-Revolution (vgl. Winker 2010) ist hier die Rede. Die Sorge für An- und Zugehörige, für Partner*innen, als ein Schicksal anzusehen, das im Wesentlichen von Frauen bewältigt wird, passt nicht in eine aufgeklärte, moderne und auf Gleichstellung und -gerechtigkeit ausgerichtete Gesellschaft. Gleichwohl bleibt das Bild von Fairness zwischen den Generationen und Geschlechtern eines der tragenden für eine moderne Gesellschaft.

Die häusliche Pflege in ihrer bisherigen Gestalt passt dazu schlicht nicht. Aktuell viel bedrohlicher für die Stabilität häuslicher Pflegearrangements – auch unter dem Gesichtspunkt der Wahrung von Menschenrechten, der Sicherung von Grundbedürfnissen sowie der Qualität von Pflege – ist die schon seit langem bekannte demografische Entwicklung. Aktuell haben wir es mit einer berufsdemografischen Dynamik zu tun, die lange und sträflich unterschätzt wurde. Nicht zuletzt die Träger von Einrichtungen der Langzeitpflege haben sich mit Blick auf kurzfristige Renditeerwartungen nicht ausreichend darum gekümmert, für ihr Personal der Zukunft Sorge zu tragen. Nun scheiden sie aus: die „Boomer-Pflegekräfte“. Für Bayern wurde diagnostiziert: Auch wenn es gut läuft, werden in den kommenden Jahren jeweils 1.000 Pflegefachkräfte aus dem Gesundheits- und Langzeitpflegebereich weniger dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen (vgl. Isfort und Klie 2021). Der ambulante Sektor ist am stärksten von den Problemen der Personalgewinnung betroffen. Überdies rächt sich der im internationalen Vergleich niedrige Versorgungsgrad der deutschen Bevölkerung mit Pflegekräften (vgl. Heintze 2012). Die „Boomer-Pflegekräfte“, die heute unverzichtbar für die Bewältigung der Pflegeaufgaben sind, lassen sich auch nicht durch Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe vollständig kompensieren. Pflegekräfte werden knapp. Die Forderungen nach einer besseren Personalausstattung laufen unter diesem Gesichtspunkt ins Leere. Auch transnationale Pflegekräfte, die wichtig bleiben, werden die Lücke nicht schließen. Und es ist zu beachten, dass Demografieeffekte sich nicht nur in Deutschland als Herausforderung darstellen, sondern weltweit. In 30 Jahren steht die nächste Herausforderung vor der Tür: die Zunahme der auf Pflege angewiesenen Boomer. Dann wird die Zahl der auf Pflege angewiesene Menschen nochmals deutlich steigen – mit entsprechend zunehmenden Unterstützungsbedarfen, sowohl informell, als auch professionell.

Weitere Baustelle: Demografischer Wandel und Pflegepersonal

6.2 Kulturelle und politische Herausforderung

Sowohl die Befunde des DAK-Pflegereports 2022 als auch ein Blick in die Zukunft machen deutlich: Es handelt sich nicht vornehmlich um ein Versorgungs-, sondern ein Sorgethema, wenn wir den Blick auf die häusliche Pflege und damit auch auf die Stabilität der Langzeitpflege insgesamt lenken. Die Solidarität zwischen den Generationen, ob nun in den Familien oder darüber hinaus, ist zunächst eine kulturelle Herausforderung (vgl. Schulz-Nieswandt 2021). Gelingt es uns, das Thema Sorge in unsere Lebensplanung und alltägliche Lebensführung zu integrieren? Als Mann und Frau und auch gegenüber uns nicht unbedingt nahestehenden Menschen? Gelingt es darüber hinaus, aus Pflegebedürftigkeit eine Gestaltungsaufgabe zu machen, die wir nur gemeinsam meistern können und sie nicht vornehmlich als individuelles Schicksal zu sehen und zu ertragen? Leitbilder der geteilten Verantwortung (vgl. Klie 2014) laden dazu ein, sich des Sorgethemas in kultureller Weise zu stellen und neue Leitbilder in der Gesellschaft zu verankern. Dies setzt voraus, dass wir das Sorgethema in aristotelischer Art und Weise auch als ein

Primär ein Sorgethema

Thema der Demokratie begreifen: Es gilt darum zu ringen, wie wir Aufgaben der häuslichen Pflege, aber auch der Langzeitpflege insgesamt gesellschaftlich bewältigen. Hier gibt es keine einfachen Lösungen.

Caring Communities statt bürokratischer Systeme

Bürokratische Systeme, wie sie von der Pflegeversicherung implementiert und abgesichert werden, kommen an Grenzen, wenn sie eine bedarfsgerechte Versorgung in der Fläche nicht mehr sicherstellen können. So sind zertifizierte Alltagshelfer*innen, wenn überhaupt, ein Tropfen auf dem heißen Stein: die Rechtsansprüche auf Unterstützungsleistungen können häufig nicht eingelöst werden. Das Festhalten an stark bürokratisierten Zugangsvoraussetzungen für Leistungen der Pflegeversicherung liest sich als Verkennung der Herausforderungen, die heute schon in der häuslichen Pflege bestehen. Nicht umsonst fordert Ursula Kremer-Preiß eine Demokratisierung von Pflegefragen (vgl. Wohnen 6.0: Kremer-Preiß 2021). Ein solcher Ansatz liegt auch ganz auf der Linie des Konzepts der Caring Communities, die auch auf eine Demokratisierung von Care-Fragen gerichtet ist (vgl. Klie 2022b). „Nicht wegen Blasenschwäche, sondern wegen Netzwerkschwäche“ geraten auf Pflege angewiesene Menschen in die vollstationäre Pflege. Netzwerke müssen in Zeiten des demografischen Wandels und der Mobilität der Gesellschaft gepflegt, neu geflochten und stabilisiert werden. Dazu braucht es lokal angepasste und flexible Leistungen der Pflegeversicherung.

Governanceaufgabe, demokratische Aushandlungsprozesse

Das ist mit Governanceaufgaben verbunden, die im Wesentlichen auf lokaler und regionaler Ebene wahrgenommen werden müssen: Demokratische Aushandlungsprozesse brauchen immer Strukturen, Spielregeln, aber auch Ressourcen. Insofern sind auch Caring Communities voraussetzungsvoll und können nicht einfach als kultur- und naturwüchsige Gebilde vorausgesetzt werden. Wovon ausgegangen werden darf, ist, dass ein Großteil der erwachsenen Bevölkerung pflegeerfahren ist, also mitreden kann und will, wenn es um Aspekte und Gesichtspunkte häuslicher Pflege geht. Schließlich braucht es eine politische Stimme – und das über örtliche Aushandlungsprozesse hinaus für die Pflege, für die pflegenden Angehörigen, aber auch für die beruflich Pflegenden. Der VdK hat mit seiner Studie zur Nächstenpflege (vgl. Büscher 2022) deutlich gemacht, wie wichtig sozialpolitische Forderungen aus der Perspektive pflegender Angehörige und der für sie eintretenden Verbände sind. Anders als in England gibt es in Deutschland keine Gewerkschaft für pflegende Angehörige. Das Beispiel der Berliner Gesetzesinitiative für ein Altenhilfestrukturengesetz zeigt: Ohne die Lobby der pflegenden Angehörigen respektive der älteren Menschen, wird man sich mit den mit vielen Ambivalenzen ausgestatteten Themen Pflege und Altenhilfe politisch nicht wirklich befassen (vgl. Klie 2022a). Auch das ist eine Schlussfolgerung aus dem DAK-Pflegereport: Das Thema Pflege und verträgliche sowie faire Bedingungen häuslicher Pflege, auf die wir weiter setzen, verlangt auch nach einer stärkeren politischen Artikulationsfähigkeit der pflegenden Angehörigen und der künftig auf Pflege angewiesenen Menschen.

Wie schon angedeutet: Zentral für Sorgearrangements sind Netzwerke – in Familien, im Freundeskreis, in Nachbarschaften und Quartieren, in Religionsgemeinschaften (vgl. Breuer und Herrlein 2022) und den unterschiedlichen gesellschaftlichen Milieus bis hin zu Minderheiten, sei es in punkto sexueller Orientierung oder der ethnischen Prägung (vgl. Gleichstellungsbericht der Stadt Freiburg: Teilbericht Pflege & Vielfalt: Stadt Freiburg im Breisgau – Referat für Chancengerechtigkeit. Geschäftsstelle Gender & Diversity (GS G&D) 2021). Auf diese Netzwerke wird es in der Zukunft ankommen, wenn es um eine faire Weiterentwicklung der Langzeitpflege unter maßgeblicher Beteiligung von informell Sorgenden geht. Informelle, gewillkürte, unterstützte Netzwerke sind gefragt und eine Care und Case Management-basierte Arbeitsweise, die in den Good Practice-Beispielen vielfältig unterstrichen wird, die diese erkennt, pflegt, weiterentwickelt, neu schafft und stabilisiert: vom Einzelfall bis hin zu regionalen Strukturen.

Netzwerke stabilisieren

Es wäre aber zu kurz gegriffen, nur auf diesen Ebenen der unterstützten Selbstorganisation der Pflege zu bleiben, die heute prägend für die häusliche Pflege und damit auch Bedingung für die fiskalische Stabilität der Pflegeversicherung ist. Es geht auch um eine Systemfrage. Deutschland gibt vergleichsweise sehr wenig Geld für die Langzeitpflege aus, wenn man sich das Verhältnis von Ausgaben für das Gesundheitswesen insgesamt und den davon entfallenen Teil für die Langzeitpflege anschaut. Hier ist eine Disbalance deutlich zu erkennen.

Die Systemfrage

Insofern kann es nicht nur darum gehen, was angesichts der zu erwartenden Wirtschaftslage von Deutschland kaum möglich sein wird: Die Beiträge zur Pflegeversicherung deutlich anheben. Es muss vielmehr darum gehen, die gesundheitsökonomische und pflegeökonomische Steuerung des Gesamtsystems zu überdenken.

Benötigt werden – in Weiterentwicklung der bisherigen klinikgeprägten Infrastruktur – regionale Gesundheits- und Pflegekompetenzzentren – mit kollektiven Versorgungsformen, aber eben auch der Unterstützung häuslicher Pflegearrangements. Die Daten der GKV-Routineanalyse machen deutlich: In unserem deutschen Gesundheitssystem stecken jede Menge Effizienzressourcen und es hat was mit Stakeholder-Interessen zu tun, dass etwa der Kliniksektor immer noch einer der teuersten weltweit ist. Dass er so kostenintensiv ist, hat viele Gründe. Einer liegt darin, dass der Kliniksektor sowohl Versorgungsdefizite in der Langzeitpflege als auch kollabierende häusliche Pflegearrangements auffängt. Hier sind gesundheitsökonomische Gesamtkonzepte gefragt, die Langzeitpflege und Gesundheitswesen zusammendenken (vgl. Hildebrandt et al. 2021) – aber nicht zusammenführen. Die Langzeitpflege dem Gesundheitsressort zuzuordnen, erweist sich als falsch. Eigentlich müsste die Pflege, insbesondere die Langzeitpflege ein eigener Politikbereich sein respektive werden, der als Teil von Familien- und Gesellschaftspolitik verstanden wird und nicht als Annex eines stark ökonomisch getriebenen Gesundheitssystems. Es geht um Umsteuerung zugunsten des Gesundheitsstatus der Gesamtbevölkerung und der auf Pflege angewiesenen Menschen einer Regi-

Regionale Gesundheits- und Pflegekompetenzzentren gefragt

on. Pflegebedürftige brauchen eine stabile gesundheitliche Primärversorgung. Das stabilisiert auch häusliche Pflegearrangements. Vorschläge, wie eine solche Konzeption aussehen könnte, liegen vor (vgl. Klie et al. 2021, Hildebrandt et al. 2021).

Bedarfsorientierung statt Wettbewerbsneutralität

Und eine weitere Systemfrage ist berührt: Die Marktsteuerung hat zum Ausbau von Infrastruktur geführt, Investitionen insbesondere im stationären Bereich der Langzeitpflege möglich gemacht. Die Wettbewerbsneutralität und die fehlende Steuerung der Angebotsentwicklung führt aber dazu, dass wir es mitnichten mit bedarfsgerechten und gleichwertigen Bedingungen in der Langzeitpflege zu tun haben (so schon DAK-Pflegereport 2018: Klie 2018). Insofern bedarf es einer besseren und strengeren Marktordnung sowie einer bedarfsorientierten und an Partizipationsprozesse gebundene Planung der pflegerischen Infrastruktur und das so, wie es auch den Präferenzen und Bedarfen der Bevölkerung entspricht. Auch hier lassen sich die Erkenntnisse aus dem DAK-Pflegereport 2022 sehr gut aufgreifen.

Bisher keine zukunftsorientierte Politik

Daraus ergibt sich eine Agenda für eine Pflegepolitik, die die häusliche Pflege in den Mittelpunkt stellt und nicht wie üblich die stationäre Langzeitpflege.

6.3 DAK-Gesundheit unterstützt Innovationen

Kampagne Gesundes Miteinander

Die DAK-Gesundheit hat im Zusammenhang mit der Zukunftssicherung fairer häuslicher Pflegebedingungen eine ganze Reihe wichtiger Bausteine geliefert und zu bieten. Dazu gehörte auch die Initiative „Gesundes Miteinander“: Es geht um Leitbilder, um Haltungen, also besonders um die Kultur, die für die Zukunftssicherung der Sorge und Pflege unserer Gesellschaft maßgeblich ist. Die aktuelle Kampagne „Volle Kraft“ zielt auch auf die für die Pflege wichtige Resilienz zur Erhaltung der eigenen Gesundheit ab (vgl. DAK Volle Kraft o. J.).

Die DAK-Gesundheit bemüht sich um leicht zugängliche Informationen für auf Pflege angewiesene Menschen und ihre An- und Zugehörigen und hat gemeinsam mit Sophie Rosentreter die Filmreihe „PflegeLeicht“ initiiert (vgl. DAK Pflegeleicht). Auch das zeigt sich als hoch bedeutsam: Pflegenden Angehörigen und auf Pflege angewiesene Menschen mit Wissensbeständen auszustatten, sie in ihren Fragen abzuholen, sie auf Hilfemöglichkeiten zu verweisen und Resilienzfaktoren für pflegende Angehörige bei der Ansprache, bei der Information und Beratung in den Blick zu nehmen.

Leuchtturmprojekt ReKo in der Grafschaft Bentheim

Die DAK-Gesundheit hat mit dem Leuchtturmprojekt ReKo – Regionales Pflegekompetenzzentrum – in der Grafschaft Bentheim und Emsland ein bundesweit beachtetes Konzept entwickelt und im Rahmen eines Innovationsfonds-Projektes realisiert (vgl. www.rekopflege.de/). Dieses sieht sowohl regional die Infrastrukturen im Sinne von Gesundheits- und Pflegekompetenzzentren vor wie auch eine regionale Care und Case Management-Struktur und -Arbeitsweise, die die

Schnittstellen zwischen der Krankenhaus- und der Versorgung in der Langzeitpflege ebenso im Blick hat, wie die Zusammenarbeit auf kommunaler und regionaler Ebene gewährleistet. Auch die Chancen der Digitalisierung werden in dem digitalen Ökosystem genutzt. Das Konzept ReKo ist in der Lage, nicht nur Gesundheitskosten abzusenken, sondern auch tragfähige regionale Versorgungsstrukturen im Sinne der Patient*innen, der Versicherten, der pflegenden Angehörigen und der auf Pflege angewiesenen Menschen aufzubauen.

Die DAK-Gesundheit beteiligt sich an dem Ansatz der Subjektorientierte Qualitätssicherung (Klie und Büscher 2022), das einen beratungsorientierten Ansatz der Medizinischen Dienste fördert und so potenziell alle auf Pflege angewiesene Menschen rechtzeitig auf Risiken, die sich vor allem aus der häuslichen Pflegesituation ergeben können, hinweist, Empfehlungen formuliert und Beratungen initiiert. Die DAK-Gesundheit hat mit dem DAK-Pflegereport 2022 das Thema häusliche Pflege in den Mittelpunkt gerückt und wird sicherlich aus diesem Bericht auch ihrerseits Schlussfolgerungen ziehen. Naheliegender wäre es insbesondere, die Daten über krankenhaussensitive Pflegearrangements zu analysieren und daraus entsprechende Programme abzuleiten. Dabei wird aber auch hier deutlich werden: Nicht eine Kasse allein kann das Problem in den Griff bekommen. Es bedarf hierfür vielmehr kassenübergreifenden Formen der Zusammenarbeit, die sich in kooperativen Netzwerken auf regionaler Ebene bewähren.

Subjektorientierte Qualitätssicherung

6.4 Literaturverzeichnis

Breuer, Marc; Herrlein, Jannah (Hg.) (2022): Religiöse Migrantengemeinden und ihre Dienstleistungen für ältere Menschen. Zwischen offener Altenarbeit und Altenpflege. 1. Auflage 2022. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH; Springer VS (Altern & Gesellschaft).

Bücher, Andreas (2022): VdK-Pflegestudie: Zwischen Wunsch und Wirklichkeit mit Pflegegeld und finanziellen Sorgen. Vortrag beim Symposium „Armut durch Pflege – Existenzsicherung pflegender Angehöriger“. VdK. Berlin, 27.09.2022. Online verfügbar unter www.vdk-nachstenpflege.de/wp-content/uploads/2022/09/VdK-Studie_Buescher_Kurzfassung.pdf, zuletzt geprüft am 30.10.2022.

DAK Pflegeleicht (o. J.): www.dak.de/dak/gesundheits/pflegeleicht-mit-sophie-rosentreter-2106786.html, abgerufen am 30.10.2022.

DAK Volle Kraft (o. J.): <https://www.dak.de/dak/volle-kraft-2575012>, abgerufen am 28.11.2022.

Hildebrandt, Helmut; Bahrs, Ottomar; Borchers, Uwe; Glaeske, Gerd; Griewing, Bernd; Härter, Martin et al. (2021): Integrierte Versorgung – Jetzt! Ein Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems – regional, vernetzt, patientenorientiert. Hamburg. Online verfügbar unter https://optimedis.de/files/Zukunftskonzept/Buch_Auftaktartikel_Integrierte_Versorgung_Jetzt_Entwurf.pdf, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

- Klie, Thomas (2014): Sorgende Gemeinschaft – Blick zurück oder nach vorne? Geteilte Verantwortung oder Deprofessionalisierung? Was steckt hinter den Caring Communities? In: Praxis Palliative Care (23), S. 20–22.
- Klie, Thomas (2018): Der DAK-Pflegereport 2018: Gleichwertige Lebensbedingungen für die Pflege? Zentrale Erträge und Denkanstöße. In: Thomas Klie: Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 3–30.
- Klie, Thomas (2022a): Berliner Gesetz „Gutes Leben im Alter“. Ein erstes Altenhilfestrukturegesetz auf Landesebene? In: NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2), S. 60–67.
- Klie, Thomas (2022b): Caring Communities. Pflege und zivilgesellschaftliches Engagement. In: Bürger & Staat 72 (3), S. 135–143. Online verfügbar unter www.buergerundstaat.de/3_22/care_arbeit.pdf, zuletzt geprüft am 30.10.2022.
- Klie, Thomas; Büscher, Andreas (2019): Subjektorientierte Qualitätssicherung in der Langzeitpflege. In: NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. 99 (3), S. 114–119.
- Klie, Thomas; Büscher, Andreas (2022): Aufmerksamkeit für die Pflege daheim. Forschungsprojekt „Subjektorientierte Qualitätssicherung“ (10). Online verfügbar unter www.gg-digital.de/2022/10/aufmerksamkeit-fuer-die-pflege-daheim/index.html, zuletzt geprüft am 29.10.2022.
- Klie, Thomas; Ranft, Michael; Szepan, Nadine-Michèle (2021): Strukturreform Pflege und Teilhabe II. Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Beitrag zum pflegepolitischen Reformdiskurs. Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin.
- Kremer-Preiß, Ursula (2021): Wohnen 6.0. Mehr gemeinsam entscheiden, verantworten, gestalten. In: ProAlter 53 (3), S. 8–12.
- OECD (2015): OECD Health Statistics 2015. Online Verfügbar: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>, zuletzt geprüft am 1.11.2022.
- Pantel, Johannes (2022): Der Kalte Krieg der Generationen. Wie wir die Solidarität zwischen Jung und Alt erhalten. 1. Auflage. Freiburg: Verlag Herder.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2021): Vita activa oder Vom lebendigen Wohnen in der Polis. In: ProAlter 53 (3), S. 5–7.
- Stadt Freiburg im Breisgau – Referat für Chancengerechtigkeit. Geschäftsstelle Gender & Diversity (GS G&D) (Hg.) (2021): Bericht zur Gleichstellung der Geschlechter in Freiburg im Breisgau. Teilbericht – Pflege & Vielfalt. Anlage 1 zur DRUCKSACHE G-22/019. AGP Sozialforschung. Freiburg im Breisgau. Online verfügbar unter <https://ris.freiburg.de/pdf-viewer.php?src=aHR0cHM6Ly9yaXMuZnJlaWJ1cmcuZGUvZG9jdW1lbnRzLnBocD9kb2N1bWVudF90eXBIX2lkPTEzJnN1Ym1pc3Npb25fYXR0YWw-NobWVudF9pZD00ODkxOTExMTAwMDE4JmJjMjA2MTAwOTI0MTU0tMC-5wZGYIN0MmaWQ9NjkmannVbj0xJnBsYXRmb3JtPjJpcw==&name=QmVyaWNod>

CB6dXlgR2xlaWNoc3RlbGx1bmcgZGVyIEdlc2NobGVjaHRlciBpbiBGcmVpYnVyZyBpLiBCc-
i4gVGVPbGJlcmlijaHQgLSBQZmxlZ2UgJiBWaWVsZmFsdCAyMDIxLzly, zuletzt geprüft am
30.10.2022.

Winker, Gabriele (2010): Care Revolution – ein Weg aus der Reproduktionskrise. In: Luxemburg.
Gesellschaftsanalyse und linke Praxis (3), S. 124–129.

www.rekopflege.de: abgerufen am 30.10.2022

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Altersverteilung Pflegende in Bayern	3
Abbildung 2:	Eckdaten der Pflegestatistik 2019 – Pflegebedürftige 2019 nach Versorgungsart	5
Abbildung 3:	Nicht genutzte, aber als hilfreich betrachtete Unter- stützung bei der Pflege	8
Abbildung 4:	Wodurch pflegenden Angehörigen Kosten für die Pfl- ege entstehen	10
Abbildung 5:	Drei Viertel der Bevölkerung für eine Lohnersatzlei- stung für pflegende Angehörige	11
Abbildung 6:	Wofür das Pflegegeld genutzt wird	11
Abbildung 7:	Weiterhin breite grundsätzliche Bereitschaft zur Ange- hörigenpflege	13
Abbildung 8:	Pflege: Zu geringer politischer Stellenwert	14
Abbildung 9:	Stabilität des selbstorganisierten Pflegesettings bei 100 Versicherten in Monaten	16
Abbildung 10:	Vermeidbare Krankenhausfälle nach Settings (Pflege- grad 2-5) in 2019	17
Abbildung 11:	Zehn Dimensionen guten Lebens nach Martha Nuss- baum (1999)	20
Abbildung 12:	Fünf Kategorien guter Qualität häuslicher Pflege	21
Abbildung 13:	Die Pflege im Spiegel der Pflegestatistik	33
Abbildung 14:	Über 40 Prozent haben Erfahrungen mit der Pflege	34
Abbildung 15:	Wer Angehörige pflegt	35
Abbildung 16:	Pflege findet überwiegend zu Hause statt	36
Abbildung 17:	Genutzte Unterstützung bei der Pflege	38
Abbildung 18:	Pflegedienste: zum Teil auch allein oder vorwiegend für medizinische Behandlung eingesetzt	39
Abbildung 19:	Nicht genutzte, aber als hilfreich betrachtete Unter- stützung bei der Pflege	40
Abbildung 20:	Pflegeunterstützung, die nicht in Frage kam	41
Abbildung 21:	Längst nicht alle Unterstützungsmöglichkeiten sind bekannt	42

Abbildung 22:	Welche Unterstützungen hilfreich waren	43
Abbildung 23:	Mit der genutzten Unterstützung funktionierte die Pflege meist gut	44
Abbildung 24:	Pflegedienste: Wahrnehmungen und Erfahrungen	45
Abbildung 25:	Meist Schwierigkeiten in der Umgebung einen Pflege- dienst zu finden.	46
Abbildung 26:	Vielfalt in der Pflege: nur wenige äußern Vorbehalte.	47
Abbildung 27:	Unterstützung der Pflege durch Geld- und Sach- leistungen	48
Abbildung 28:	Materielle Unterstützung: Vorteile für Angehörige der gehobenen Schichten	49
Abbildung 29:	Welchen pflegenden Angehörigen Kosten für die Pfl- ege entstehen.	50
Abbildung 30:	Wodurch pflegenden Angehörigen Kosten für die Pfl- ege entstehen.	51
Abbildung 31:	Subjektive Belastung der pflegenden Angehörigen durch die Pflegekosten	52
Abbildung 32:	Krankmeldungen, um Pflegeaufgaben zu übernehmen, sind nicht selten	53
Abbildung 33:	Drei Viertel der Bevölkerung für eine Lohnersatzlei- stung für pflegende Angehörige	54
Abbildung 34:	Wofür das Pflegegeld genutzt wird	55
Abbildung 35:	Verwendung des Pflegegelds für Hilfen im Haushalt: am häufigsten in der gehobenen Schicht.	56
Abbildung 36:	Große Bedeutung des Pflegegelds für die häusliche Pflege	57
Abbildung 37:	Welche pflegenden Angehörigen eine Leistung aus dem Pflegegeld erhalten/erhielten	58
Abbildung 38:	Zeitaufwand für die Pflege: Angehörige, die Pflegegeld erhalten, wenden meist viel Zeit auf	59
Abbildung 39:	Subjektive Bedeutung des Pflegegelds für pflegende Angehörige	60
Abbildung 40:	Erkennbare Effekte des Pflegegelds auf die Pflegebe- reitschaft.	61

Abbildung 41:	Eine Mehrheit befürwortet eine Erhöhung des Pflegegelds – allerdings haben viele dabei auch andere Präferenzen.	62
Abbildung 42:	Weiterhin breite grundsätzliche Bereitschaft zur Angehörigenpflege	63
Abbildung 43:	Weshalb eine (weitere) Pflege nicht in Frage kommt: Oft fehlt es an Zutrauen.	64
Abbildung 44:	Wer mich pflegen sollte	65
Abbildung 45:	Motive für den Wunsch, bei Bedarf durch einen Pflegedienst gepflegt zu werden	66
Abbildung 46:	Motive für den Verzicht auf Pflege durch einen Pflegedienst	67
Abbildung 47:	Strategien für die Sicherung der eigenen Pflege.	68
Abbildung 48:	Der finanzielle Spielraum bestimmt das Vorsorgeverhalten für die Pflege	68
Abbildung 49:	Was soll die Pflegeversicherung übernehmen: Grund- oder Spitzenkosten der Pflege? Geteilte Meinungen	71
Abbildung 50:	Präferenzen, um den Kostensteigerungen in der Pflege zu begegnen	72
Abbildung 51:	Pflege: zu geringer politischer Stellenwert	73
Abbildung 52:	Pflegebedarf, Prävalenz und Inzidenz.	80
Abbildung 53:	Pflegebedarf, Prävalenz und Inzidenz ohne Pflegegrad 1	81
Abbildung 54:	Von 100 Pflegebedürftigen waren in 2019.	83
Abbildung 55:	Entwicklung Pflegebedarf in den Settings	84
Abbildung 56:	Für die Pflegesettings ergab sich 2019 folgende prozentuale Pflegegradverteilung	86
Abbildung 57:	Wie lange verbleiben Pflegebedürftige im Schnitt im Setting.	87
Abbildung 58:	Stabilität des selbstorganisierten Pflegesettings bei 100 Versicherten in Monaten.	89
Abbildung 59:	Von 100 Anspruchsberechtigten wurde zwischen 2017 und 2020 Kurzzeitpflege wie folgt genutzt.	92
Abbildung 60:	Wie entwickelt sich der Pflegebedarf bei anfänglich 100 Versicherten mit Pflegegrad 1 in Monaten (2019)?	96

Abbildung 61:	Vermeidbare Krankenhausfälle nach Settings (Pflegegrad 2-5) in 2019	97
Abbildung 62:	Kostenabschätzung vermeidbarer pflegesensitiver Krankenhausfälle (Pflegegrad 2-5) in 2019	98
Abbildung 63:	Unterversorgung nach dem FORTA-Score	101
Abbildung 64:	Übersversorgung nach dem FORTA-Score	101
Abbildung 65:	Risikostrukturzuweisung 2019 in Euro pro Tag und Setting	102
Abbildung 66:	Risikostrukturzuweisung 2019 in Euro pro Tag und Pflegegrad.	103
Abbildung 67:	Altersstruktur nach Pflegegraden	104
Abbildung 68:	Altersstruktur nach Pflegesetting	104
Abbildung 69:	Pflegesettings im Bundesländervergleich (2020)	105
Abbildung 70:	Dauerpflege im Bundeslandvergleich (2020)	106
Abbildung 71:	Entwicklung der Settings 2017–2020 im Bundesländervergleich	107
Abbildung 72:	Anteil selbstorganisierte Pflege im Bundesvergleich (2020)	108
Abbildung 73:	Schaubild EWS	194
Abbildung 74:	Logo Soziales Netz im Nürnberger Osten	196
Abbildung 75:	Wappen von Treptow-Köpenick	198
Abbildung 76:	Logo FAPIQ	200
Abbildung 77:	Logo Bremer Heimstiftung	202
Abbildung 78:	Logo QplusAlter	204
Abbildung 79:	Logo SOWieDAheim	206
Abbildung 80:	Logo GeriCoach.	208
Abbildung 81:	Schaubild ReKo.	210
Abbildung 82:	Logo MIA.	212
Abbildung 83:	Logo Gemeindegeschwester ^{plus}	214
Abbildung 84:	Logo des Landkreises Neunkirchen	216
Abbildung 85:	Logo Demenznetz Delitzsch	218
Abbildung 86:	Logo BIS	220

Abbildung 87:	Logo KIWA	222
Abbildung 88:	Logo AGATHE	224
Abbildung 89:	Generationen	231

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Pflegebedürftige 2017–2020	79
Tabelle 2:	Pflegebedürftige nach Pflegegrad	80
Tabelle 3:	Inanspruchnahme Tagespflege 2019 in den Pflegesettings	91
Tabelle 4:	Merkmale der Interviewten	114
Tabelle 5:	Überblick über die Good Practice Beispiele	193

Autor*innenverzeichnis



Foto

© Gudrun Holde-Ortner

Leon A. Brandt, geb. 1989 ist wissenschaftlicher Referent am International Centre for Socio-Legal SOCLES und freier Mitarbeiter bei AGP Sozialforschung. Verfassungsrechtliche Fragestellungen mit Schwerpunkten im sozialrechtlichen Bereich bilden neben der Auseinandersetzung mit verschiedenen Formen von religiös-weltanschaulich begründetem Extremismus seine zentralen Forschungsschwerpunkte. Neben seiner derzeit juristisch angelegten Promotion studiert er im Zweitstudium Europäische Ethnologie und Kulturwissenschaften an der Humboldt-Universität zu Berlin.



Foto © OptiMedis AG

Mark Grabfelder ist Manager Business Development/ Market Access. Er ist Diplom-Volkswirt und hat viele Jahre verantwortlich als Kaufmann und Prokurist für große Altenpflegeträger gearbeitet. Unter anderem konzipierte er SGB V/XI-Betriebsvergleiche und Benchmarkprojekte, führte Due-Diligence-Analysen durch, beriet Altenpflegeträger bei Transaktionsvorhaben und verantwortete viele SGB XI Entgeltverhandlungen. Als Geschäftsführer einer medizinischen Fachgesellschaft organisierte und konzipierte er medizinische Fortbildungsangebote für Ärzt:innen, medizinisches und pharmazeutisches Fachpersonal, unter anderem in der patientenzentrierten Gesprächsführung. Er baute

Selbsthilfegruppen auf, führte Patientenveranstaltungen durch und entwickelte digitale Gesundheitshelfer, vor allem im Hinblick auf die Selbstwirksamkeitsstärkung der Betroffenen.



Foto © OptiMedis AG

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt ist Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG sowie Geschäftsführer der Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH in Nordhessen. Sein Schwerpunkt liegt im Aufbau und Management regionaler populationsbezogener IV-Systeme. Der Apotheker und Gesundheitswissenschaftler verfügt über langjährige Erfahrungen in qualitativer Forschung (Medizinsoziologie) und konzeptioneller Arbeit in Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung. Er hat viele Jahre für die Weltgesundheitsorganisation an Präventionsprojekten mitgearbeitet und über 20 Jahre Krankenkassen, Verbände, Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft beraten.



Foto © Privat

Dr. Wilhelm Haumann studierte in Münster. Seit 1995 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Demoskopie Allensbach. Als Projektleiter im Bereich der Sozialforschung hat er hier zahlreiche demoskopische Studien durchgeführt. Schwerpunkte waren dabei Umfragen zur Pflege, zur Entwicklung und Förderung von Familien sowie zum bürgerschaftlichen Engagement.



Foto © EH Freiburg/
Marc Doradzillo

Prof. Dr. habil. Thomas Klie, geb. 1955 in Hamburg, Rechts- und Sozialwissenschaftler sowie Gerontologe. Er leitet das Forschungsinstitut AGP Sozialforschung sowie das Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung in Freiburg und Berlin. Er war Mitglied der Sechsten und Siebten Altenberichtscommission sowie Vorsitzender der Zweiten Engagementberichtscommission der Bundesregierung. Er lehrt in Freiburg und Graz und arbeitet als Rechtsanwalt in Freiburg, München und Berlin und ist Politik beratend tätig. Seit 2022 ist er Geschäftsführer im International Centre for Socio-Legal SOCLES gGmbH. Er verantwortet seit 2015 die DAK-Gesundheit Pflege-reporte.



Foto © OptiMedis AG

Philip Lewin ist Health Data Analyst bei der OptiMedis AG. Er ist gelernter examinierter Altenpfleger und hat einen Bachelor in Gesundheitswissenschaften. Seine Schwerpunkte liegen auf der Analyse und Visualisierung räumlicher Daten. Er arbeitete bereits als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie sowie am Institut für Krebsepidemiologie e.V. der Universität Lübeck. Dort war er an der Durchführung zahlreicher epidemiologischen Studien beteiligt.



Foto © Privat

Isabel Schön studierte Soziologie (M. A.) an der Universität Freiburg und ist wissenschaftliche Mitarbeiterin bei AGP Sozialforschung. Ihre Schwerpunkte liegen in qualitativen Forschungsmethoden, häusliche Pflegearrangements sowie in ELSI Fragen, den ethischen und sozialen Implikationen des Technikeinsatzes in der Pflege.



Foto © OptiMedis AG

Marco Zeptner ist Manager Business Intelligence & System Administration. Er hat ein Diplom in Business Mathematics. Seine Schwerpunkte liegen in der Data Warehouse-Entwicklung sowie der Datenanalytik unter anderem für das FORTA (Fit fOR The Aged) Projekt, einem Arzneimittelklassifizierungssystem zur Überwachung und Optimierung der Arzneimitteltherapie bei älteren Menschen.