



Jacobs
Kuhlmei
Greß
Schwinger

Pflege-Report 2015

Schwerpunkt:

Pflege zwischen Heim
und Häuslichkeit

 Schattauer

Klaus Jacobs
Adelheid Kuhlmei
Stefan Greß
Antje Schwinger

Pflege- **Report 2015**

This page intentionally left blank

Pflege- Report 2015

Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit

Herausgegeben von

Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß und Antje Schwinger

Mit Beiträgen von

Stefan Blüher
Christoph Bräutigam
Dagmar Dräger
Christiane Eifert
Dirk Engelmann
Michaela Evans
Petra Fuhrmann
Jürgen Gohde
Stefan Greß
Cornelia Heintze
Josef Hilbert
Thomas Hommel

Annett Horn
Klaus Jacobs
Kathrin Jürchott
Thomas Kleina
Adelheid Kuhlmei
Susanne Kümpers
Gerd Künzel
Ulrike Mengel-Müller
Günter Meyer
Sandra Möller
Martin Mühlegg
Martin Müller

Christoph J. Rupprecht
Eckart Schnabel
Antje Schwinger
Antje Sörensen
Andrea Teti
Andrea Waltersbacher
Felix Welti
Klaus Wingefeld
Birgit Wolter
Klaus Zok

Mit 40 Abbildungen und 42 Tabellen

Zuschriften an:

Susanne Sollmann

Redaktion Krankenhaus-Report
Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Ihre Meinung zu diesem Werk ist uns wichtig!

Wir freuen uns auf Ihr Feedback unter www.schattauer.de/feedback oder direkt über QR-Code.



Bibliografische Information 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.

Besonderer Hinweis:

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2015 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Lektorat: Lektorat und redaktionelle Bearbeitung durch die Herausgeber

Satz: Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Kulmbacher Straße 16 ½, 95445 Bayreuth

Druck und Einband: Druckerei Himmer AG, Steinerne Furt 95, 86167 Augsburg

Auch als E-Book erhältlich:

ISBN 978-3-7945-6922-9

ISBN 978-3-7945-3107-3

Vorwort

Der Pflege-Report ist eine neue jährliche Publikationsreihe des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Warum haben wir uns dazu entschlossen, die zum Teil schon seit vielen Jahren bestehenden Report-Reihen des WiDO um eine weitere wichtige Versorgungsperspektive zu ergänzen? Die Antwort auf diese Frage liegt auf der Hand. Die Versorgung von Pflegebedürftigen zählt zu den großen gesellschaftlichen Herausforderungen unserer Zeit, und zwar – wie mit Blick auf die demografische Entwicklung schon lange bekannt ist – noch auf viele Jahre hinaus in immer größerem Umfang. Es hat eine ganze Zeit gedauert, bis die Pflege als eigenständiges wissenschaftliches Themenfeld akzeptiert worden ist, und noch viel länger, bis sie in der Mitte des gesellschaftspolitischen Diskurses angekommen ist und endlich in einer Weise Beachtung findet, wie es ihrer immensen Bedeutung entspricht. Schon heute sind große Teile der Bevölkerung unmittelbar betroffen – sei es selbst als Pflegebedürftige oder aber als Menschen, die informell oder professionell mit Pflege befasst sind, indem sie Pflegeleistungen erbringen oder mit deren Organisation und Finanzierung zu tun haben. Zudem wissen wir, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland absolut, vor allem aber auch in Relation zur insgesamt rückläufigen Bevölkerungszahl in den kommenden Jahren und Jahrzehnten noch weiter deutlich wachsen wird. Damit werden zugleich die gesellschaftspolitische Bedeutung der Pflege und die mit ihr verbundenen Herausforderungen weiter zunehmen und vielfältige Fragen aufwerfen, auf die Antworten gefunden werden müssen – auf wissenschaftlich fundierter Grundlage und mit Blick auf eine breite gesamtgesellschaftliche Akzeptanz.

Der Pflege-Report will dabei helfen, wesentliche Herausforderungen im Pflege-Kontext systematisch zu analysieren und nach geeigneten Lösungswegen zu suchen. Er will Brücken bauen zwischen Wissenschaft auf der einen sowie Praxis und Politik auf der anderen Seite. Denn die anstehenden Herausforderungen können nur dann erfolgreich gemeistert werden, wenn wissenschaftliche Erkenntnisse möglichst schnell in den Pflegealltag gelangen, was zugleich aber auch voraussetzt, dass sich die Wissenschaft gezielt mit praxisrelevanten Fragen der Pflege, ihrer Organisation und Finanzierung befasst. In beide Richtungen will der Pflege-Report Impulse geben.

Zu guter Letzt sei unser Dank ausgesprochen. Er gilt zum einen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des WiDO, die an der Fertigstellung des ersten Pflege-Reports tatkräftig mitgewirkt haben, ganz besonders Susanne Sollmann für die redaktionelle Betreuung der Publikation an den beiden Schnittstellen zu den Autorinnen und Autoren sowie zum Verlag. Zum anderen danken wir dem Schattauer Verlag, dass er den Pflege-Report als neue Publikationsreihe in sein Verlagsprogramm aufgenommen und die erste Ausgabe auf professionelle Weise verlegerisch betreut hat.

Berlin und Fulda, im März 2015

Klaus Jacobs
Adelheid Kuhlmei
Stefan Greß
Antje Schwinger

This page intentionally left blank

Inhalt

Teil I	Schwerpunktthema	
	Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit	
1	Pflegebedürftigkeit: Herausforderung für spezifische Wohn- und Versorgungsformen – eine Einführung in das Thema	3
	Adelheid Kuhlmeiy und Stefan Blüher	
1.1	Risiko Pflegebedürftigkeit	4
1.2	Charakteristika von Pflegebedarf	5
1.3	Wohn- und Versorgungswünsche bei Pflegebedarf	6
1.4	Versorgung in spezifischen Wohnformen	9
1.5	Ausblick: Pflegebedürftigkeit und die Zukunft spezieller Wohn- und Versorgungsformen	11
2	Wohnen im Alter: Versorgungsformen in der Pflege	15
	Andrea Teti	
2.1	Veränderte Bedarfs- und Bedürfnislage im Alter	15
2.2	Wunsch und Realität: Wohnen im Alter im Falle der Pflegebedürftigkeit	17
2.2.1	Wünsche und Erwartungen: Ergebnisse aus der COMPASS-Studie . .	17
2.2.2	Derzeitige Verteilung der Wohnformen im Alter	17
2.3	Glossar zu Wohn- und Versorgungsformen	18
2.4	Fazit	21
3	Pflege in neuen Wohn- und Versorgungsformen – die Wahrnehmung der älteren Bevölkerung	27
	Klaus Zok und Antje Schwinger	
3.1	Einleitung	28
3.2	Relevanz des Themas, persönliche Erfahrungen und Verhalten im Falle der eigenen Pflegebedürftigkeit	29
3.3	Einstellungen gegenüber neuen Angebots- und Versorgungsformen	30
3.3.1	Betreutes Wohnen	32
3.3.2	Senioren- oder Alten-WG	37
3.3.3	„Mehrgenerationenhaus“	40
3.3.4	„24-Stunden-Pflege“	44
3.3.5	„Pflegeheim im Ausland“	47
3.4	Fazit	52

4	Institutionell ausgerichtete Pflegeversorgung – der skandinavische Weg	55
	Cornelia Heintze	
4.1	Familienbasiert-subsidiär contra servicebasiert-universalistisch – eine Einführung zu unterschiedlichen Systemwelten und ihrer Steuerung	56
4.1.1	Parallele Herausforderungen, konträre Systemwelten	56
4.1.2	Systemarchitektur und Steuerung entscheiden über den Outcome	59
4.2	Vom klassischen Heim zur Vielfalt von Wohn- und Versorgungsformen jenseits bisheriger Häuslichkeit – Blick auf Strukturentwicklungen und die Ergebnisse von Marktöffnungen.	61
4.2.1	Einebnung der Trennung von häuslich und institutionell	61
4.2.2	Verbreitungsgrad und Wirkung der Nutzung von Marktinstrumenten	64
4.3	Auf dem Weg zur demenzgerechten Pflege: kleine Wohngruppen, strukturierte Tagesprogramme, breitere Fachlichkeit.	66
4.4	Fazit	69
5	Pflegebedürftige ältere Menschen – Selbstbestimmung stärken, Teilhabe ermöglichen, Lebensqualität erhöhen	
	Anregungen aus den Niederlanden	73
	Petra Fuhrmann und Christoph J. Rupprecht	
5.1	Einleitung	74
5.2	Langzeitpflege in den Niederlanden – das servicebasierte Pflegemodell.	75
5.3	Stationäre Pflege – Abkehr vom konventionellen Pflegeheim.	77
5.4	Pflegereform.	78
5.5	Die Rolle der Kommunen – Pflege vor Ort gestalten	79
5.6	Wohnortnahe Gesundheitsversorgung und Prävention	81
5.7	Fazit	82
5.8	Besondere Herausforderungen in Deutschland	83
6	Qualität und Qualitätsbeurteilung in der pflegerischen Langzeitversorgung	85
	Klaus Wingenfeld	
6.1	Einleitung	85
6.2	Pflegequalität in Medienberichten	86
6.3	Qualitätsbeurteilung.	87
6.4	Fachliche Grundlagen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung	90
6.5	Öffentliche Qualitätsberichte als Anreiz zur Qualitätsentwicklung.	91
6.6	Qualitätsmanagement.	92
6.7	Settingspezifische Anforderungen am Beispiel der Beurteilung von Ergebnisqualität.	93
6.8	Fazit	94

7	Gesundheitsförderung bei Pflegebedürftigkeit – Potenziale und Herausforderungen in der stationären Langzeitversorgung	97
	Thomas Kleina und Annett Horn	
7.1	Hintergrund	97
7.2	Gesundheitsförderung aus Expertensicht	99
7.3	Gesundheitliche Potenziale und Problemlagen der Nutzer	101
7.4	Schlussfolgerungen und Fazit	104
8	Personalbedarf in Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige	109
	Christoph Bräutigam, Michaela Evans und Josef Hilbert	
8.1	Gegenwärtige Personalsituation verschiedener Angebotsformen . . .	109
8.2	Prognosen zum Personalbedarf	112
8.3	Potenzielle Einflüsse auf die Entwicklung	116
8.4	Wege zur Personalbedarfsdeckung	117
9	Die Einbindung der Angehörigen von Pflegebedürftigen	121
	Dagmar Dräger	
9.1	Das Pflegepotenzial von Angehörigen im häuslichen Versorgungsbereich	121
9.1.1	Die Bereitschaft zur Pflege in der häuslichen Versorgung	121
9.1.2	Charakteristik pflegender Angehöriger und ihre Motivation	122
9.1.3	Das Leistungsspektrum pflegender Angehöriger	123
9.2	Ressourcen und Risiken der Angehörigen von Pflegebedürftigen . . .	124
9.2.1	Belastungen und Ressourcen pflegender Angehöriger in der häuslichen Versorgung	124
9.2.2	Der Übergang zur Institution Heim	125
9.2.3	Belastungen und Konflikte in der Institution Heim	127
9.3	Angehörige und ihre Rolle bei der Versorgung in der Institution Heim	128
9.3.1	Das Leistungsspektrum Angehöriger in der Institution Heim	128
9.3.2	Förderung der Angehörigenressource in der Institution Heim	130
10	Soziale Teilhabe pflegebedürftiger älterer Menschen in innovativen stationären Wohnformen	135
	Susanne Kümpers und Birgit Wolter	
10.1	Einleitung	136
10.2	Soziale Teilhabe angesichts von Alter und Pflegebedürftigkeit	136
10.3	Soziale Teilhabe und Pflege	137
10.4	Soziale Teilhabe, soziale Exklusion und Gesundheit älterer Menschen	139
10.5	Wohnform, Exklusion und soziale Teilhabe	140

10.6	Förderung sozialer Teilhabe in (innovativen) Pflege-Wohn- formen	141
10.7	Fazit	143
11	Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit – rechtliche Barrieren zur Diversifizierung des Angebots	147
	Felix Welti	
11.1	Einleitung	147
11.2	Rechtliche Barrieren.	148
11.2.1	Numerus Clausus der Leistungsformen und Leistungserbringer bei Sachleistungen der Pflegeversicherung	148
11.2.2	Begrenzttes Volumen beim Pflegegeld	149
11.2.3	Restriktionen beim Persönlichen Budget	149
11.2.4	Mehrkostenvorbehalt in der Sozialhilfe	150
11.2.5	Sektorentrennung.	151
11.2.6	Objekt- und Sektorenorientierung von Investitionsförderung	152
11.2.7	Objektorientierung der Aufsichtsbehörden und des Verbraucher- schutzes	152
11.3	Schluss	152
12	Kooperation und Koordination auf kommunaler Ebene	155
	Dirk Engelmann, Jürgen Gohde und Gerd Künzel	
12.1	Einleitung	155
12.2	Warum brauchen wir eine umfassende Pflegereform, die über die Reform der Pflegeversicherung hinausgeht?	156
12.3	Leistungsbereiche für ein umfassendes Versorgungsangebot	158
12.4	Planung und Steuerung einer sozialräumlich ausgerichteten Pflege- und Versorgungslandschaft	159
12.5	Ausblick	163
Teil II	Praxisbeispiele	
13	Senioren-Wohngemeinschaften – Pflege im kleinen Kreis.	167
	Thomas Hommel	
14	Bremer Heimstiftung – alt werden im vertrauten Viertel	171
	Antje Sörensen	
15	Ambulant betreute Wohngemeinschaften Ein Beispiel aus den Berliner Stadtteilen Schöneberg und Charlottenburg	175
	Günter Meyer	

16	Die Sonnweid – Beziehung und Lebensraum sind wichtiger als Konzepte	179
	Martin Mühlegg	
17	Das Quartiersprojekt „Goethe15sen.“ in Kassel	183
	Ulrike Mengel-Müller, Sandra Möller, Martin Müller	
18	Die Modellprogramme zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – Impulse für Praxis und Forschung	187
	Eckart Schnabel und Christiane Eifert	
18.1	Einleitung	187
18.2	Ziele, Aufgaben und Forschungsverständnis	188
18.3	Arbeitsfelder und -schwerpunkte der Forschungsstelle Pflegeversicherung	189
18.4	Innovationsfelder der Pflegeversicherung	190
18.4.1	Qualitätsentwicklung in der Pflege	190
18.4.2	Pflege- und Betreuungsbedarf in unterschiedlichen Settings.	191
18.4.3	Unterstützung pflegender Angehöriger	192
18.4.4	Interventionen bei kognitiven Einschränkungen	192
18.4.5	Pflege- und Betreuungspersonal in der Pflege	193
18.4.6	Prävention und Rehabilitation in der Pflege.	193
18.4.7	Multimorbidität und Pflegeverläufe	194
18.4.8	Technologische Entwicklungen in der Pflege	194
18.5	Systemfragen in der Pflege.	195
18.6	Ausblick	195

Teil III Daten und Analysen

19	Pflegebedürftigkeit in Deutschland	201
	Antje Schwinger, Andrea Waltersbacher und Kathrin Jürchott	
19.1	Einleitung	201
19.2	Datengrundlage und Methoden	202
19.3	Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit	204
19.3.1	Prävalenz der Pflegebedürftigkeit	204
19.3.2	Schwere der Pflegebedürftigkeit	208
19.3.3	Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit.	213
19.3.4	Verlauf der Pflegebedürftigkeit	219
19.4	Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen	223
19.4.1	Ambulante ärztliche Versorgung	223
19.4.2	Stationäre Versorgung	226
19.4.3	Versorgung mit Arzneimitteln	230

19.4.4	Versorgung mit Heilmittleistungen	239
19.5	Zusammenfassung	244
	Autorenverzeichnis	249
	Sachverzeichnis	263

Einführung

Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß und Antje Schwinger

In der Pflege gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Im Sozialgesetzbuch XI ist explizit als Ziel der Pflegeversicherung verankert, dass vorrangig die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützt werden soll, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Allen einschlägigen Befragungen zufolge entspricht dies zugleich dem Wunsch des Großteils der Bevölkerung. Zudem steht die Versorgung in stationären Pflegeheimen vielfach in keinem guten Ruf. Die Heime werden vielfach als Ort des Sterbens wahrgenommen. Der freiwillige Umzug in ein Pflegeheim ist für viele undenkbar. Eine stationäre Unterbringung steht vielfach für den finalen, unvermeidlichen Schritt, wenn alle Optionen, in den eigenen vier Wänden zu verbleiben, nicht mehr tragfähig sind.

Die Chancen, die Pflege außerhalb der bisherigen Häuslichkeit bietet – von altersgerechten Wohnstrukturen bis hin zu stationären Einrichtungen –, werden dagegen wenig diskutiert. Wahrgenommen werden vielmehr der drohende Autonomieverlust und eine defizitäre Versorgung in den Heimen. Dies müsste ein Umzug aus der eigenen Häuslichkeit in eine gezielt auf die Lebensphase „Pflegebedürftigkeit“ angepasste Wohn- und Versorgungsform aber keineswegs zwangsläufig bewirken. Im Gegenteil – je nach Bedarfslage kann hier professionelle Unterstützung im Vergleich zur vorwiegend informellen Pflege im bisherigen häuslichen Umfeld durchaus positive Versorgungsimpulse setzen. Auch können sich Aufgaben der Gesundheitsförderung oder gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten in speziellen Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige ausgesprochen positiv entwickeln – zum Teil weit über die entsprechenden Potenziale im angestammten häuslichen Umfeld hinaus. Nicht zuletzt gilt es zu berücksichtigen, dass aufgrund fehlender familiärer Unterstützung vor Ort bzw. der Schwere des Pflegebedarfs perspektivisch immer mehr Personen auf Pflege außerhalb der eigenen Häuslichkeit angewiesen sind, wozu bei vielen von ihnen überdies beiträgt, dass ihre Wohnsituation für Pflege oft ungeeignet ist und sich auch kaum mit vertretbarem Aufwand oder gar nicht pflegegerecht umgestalten lässt.

Vor diesem Hintergrund setzt sich der Pflege-Report 2015 mit dem Schwerpunktthema „Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“ zum Ziel, die besonderen Potenziale von Pflege außerhalb der häuslichen Umgebung aufzeigen. Die heute bestehenden Defizite insbesondere in der stationären Pflege können und dürfen kein hinreichendes Argument gegen verstärkt professionell-formelle und institutionalisierte Pflege oder sonstige gezielte Unterstützung per se sein. Ziel des Pflege-Reports 2015 ist es deshalb, heutige Defizite in der Pflege zu benennen, innovative Konzepte aufzuzeigen sowie die Überwindung von Entwicklungsbarrieren zu diskutieren.

Dabei sind mit Pflege „außerhalb der bisherigen Häuslichkeit“ oder „institutionalisierter Pflege“ keineswegs allein die heutigen stationären Pflegeheime gemeint. Schon heute bilden sich zunehmend neue Versorgungskonzepte wie zum Beispiel

betreute Wohnformen oder Demenz-Wohngemeinschaften heraus, für die die dichotome Trennung ambulant versus stationär nicht mehr richtig greift. Leistungsrechtlich werden diese neuen Wohnformen der ambulanten Versorgung zugerechnet. Tagespflege hingegen, bei der die Pflegebedürftigen eigentlich vorwiegend im eigenen häuslichen Umfeld verbleiben, wird als „teilstationär“ gewertet. Im Hinblick auf das Ziel, zweckmäßige Pflegearrangements für unterschiedliche komplexe Bedarfslagen zu schaffen und dabei zuallererst die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt zu stellen, sind die im Hinblick auf leistungs- und finanzierungsrechtliche Erfordernisse oftmals allzu starren Abgrenzungen vielfach hinderlich.

Die hier eingennommene Perspektive ist eine andere: Als Pflege in speziellen Wohn- und Versorgungsformen gilt alles, wofür Pflegebedürftige oder andere Personen, die dies im leistungsrechtlichen Sinne noch nicht sind, aber gesundheitlich oder in ihrer Teilhabe eingeschränkt sind, ihr ursprüngliches Wohnumfeld dauerhaft verlassen. Ob sie dabei zum Beispiel eine Demenz-Wohngemeinschaft, Betreutes Wohnen oder ein stationäres Pflegeheim wählen, sei dahingestellt. Ein Ziel des Pflege-Reports ist es zu untersuchen, wie geeignete Pflege „außerhalb der bisherigen Häuslichkeit“ gestaltet sein kann und welcher Anstöße es bedarf, damit sich eine solche Versorgungslandschaft entwickelt.

Schwerpunktthema „Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“

Der einleitende Beitrag des Pflege-Reports 2015 macht die zentrale Bedeutung der Gestaltung der Wohn- und Versorgungsumwelten als eigenständige Ressource deutlich, wenn es darum geht, grundlegende Anforderungen an „gute Pflege und Versorgung“ zu definieren. Dazu zählen neben der qualifizierten Pflege als weitere wesentliche Aufgaben die Stärkung und Förderung noch vorhandener gesundheitlicher Ressourcen, der Erhalt eines Höchstmaßes an Autonomie sowie die soziale Teilhabe. Für den Großteil der Bevölkerung stellt die häusliche Pflege in der angestammten Wohnumgebung durch vertraute Angehörige, gegebenenfalls mit professioneller Unterstützung, die mit Abstand bevorzugte Versorgungsform dar. Damit wird dieses Idealbild zugleich aber auch zur maßgeblichen Referenz für alle Pflegearrangements außerhalb der eigenen Häuslichkeit. Das gilt für vielfach noch eher randständige neue Wohn- und Versorgungsformen, aber auch für die Ausgestaltung der stationären Pflege im Heim (*Beitrag Kuhlmei/Bliüher*).

Schon heute existiert ein breites Panorama von klassischen und innovativen Wohnformen, die eine möglichst selbständige Lebensführung bis ins hohe Alter ermöglichen. Allerdings spielen neue Wohn- und Versorgungsformen – Betreutes Wohnen, traditionelle Altenwohnungen, Pflegewohngruppen oder andere Formen gemeinschaftlichen Wohnens – trotz einer gewissen Bedeutungszunahme in den letzten Jahren neben den „normalen“ Wohnungen sowie dem klassischen Alten- und Pflegeheim noch immer lediglich eine deutlich nachgeordnete Rolle. Dabei bergen sie vielfältige Potenziale, wenn sie gezielt an die Bedarfs- und Bedürfnislagen ihrer Bewohner angepasst werden. Das verdeutlicht eine strukturierte Übersicht, in der die spezifischen Vor- und Nachteile unterschiedlicher Wohn- und Versorgungsformen einander gegenübergestellt werden (*Beitrag Teti*).

Eine repräsentative Befragung des WiDO zu den Erwartungen und Vorstellungen der älteren Generation in Bezug auf neue Wohn- und Versorgungsformen

verweist auf eine große Offenheit und grundsätzlich positive Einstellung der Generation „50 plus“ gegenüber neuen Wohn- und Versorgungsformen. Dabei weist Betreutes Wohnen die größte Attraktivität auf, aber auch die Idee des Mehrgenerationenhauses stößt auf große Sympathie, gefolgt von Alten-/Senioren-Wohngemeinschaften und der 24-Stunden-Pflege. Auf nahezu einhellige Ablehnung stößt dagegen die Option eines Pflegeheims im Ausland. Doch warum führen die durchweg positiven Einstellungen der älteren Bevölkerung nicht zu einer größeren Verbreitung von neuen Wohn- und Versorgungsformen im Alter? Auch hierzu gibt die Befragung Hinweise, indem auf unzureichende Informationen und die Befürchtung unzureichender finanzieller Mittel verwiesen wird (*Beitrag Zok/Schwinger*).

Wie ist es um die Erfahrungen mit der Organisation der Langzeitpflege im Ausland bestellt? Können wir davon in Deutschland vielleicht etwas lernen? Der Pflege-Report wirft einen Blick auf die skandinavischen Länder, die durch eine dezidiert professionell ausgerichtete Pflegeversorgung im Rahmen integrativ angelegter öffentlicher Care-Dienste gekennzeichnet sind, die zumeist auskömmlich aus Steuermitteln finanziert werden. Dabei liegt bei der Pflegeversorgung der Schwerpunkt in professionellen häuslichen Diensten, die es Senioren ermöglichen, möglichst lange im vertrauten Umfeld wohnen zu verbleiben. Zugleich ist aber auch der Anteil Älterer, der in Sonderwohnformen versorgt und betreut wird, im Schnitt höher als in Deutschland (*Beitrag Heintze*). Auch in den Niederlanden, die wie Deutschland eine Pflege-Sozialversicherung haben, nehmen die Gebietskörperschaften, speziell auch auf kommunaler Ebene, bei der Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur eine aktivere Rolle ein als bei uns. Neben der Stärkung der häuslichen Pflege durch den Ausbau wohnortnaher Hilfe- und Unterstützungsstrukturen kümmert sich die Pflegepolitik in den Niederlanden gezielt um den Umbau von Pflegeheimen und die Weiterentwicklung der Wohn- und Betreuungsangebote für ältere und pflegebedürftige Menschen (*Beitrag Fuhrmann/Rupprecht*).

Nach dem Blick über die Grenzen wendet sich der Pflege-Report 2015 zentralen Querschnittsaufgaben zu und versucht, spezifische Potenziale zu identifizieren, die für die Versorgung von Pflegebedürftigen außerhalb der bisherigen Häuslichkeit bestehen. Das betrifft zunächst Fragen der Pflegequalität. Eine Bestandsaufnahme verdeutlicht die Komplexität der für die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung relevanten Fragen. Diese Komplexität nimmt bei einer Diversifikation von Versorgungsangeboten zu. Hieraus, aber auch aus wachsendem Druck zur Einführung neuer Methoden der Qualitätsbeurteilung, resultiert Handlungsbedarf, um interne Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung und externe Prüfungen auf eine neue konzeptionelle Basis zu stellen (*Beitrag Wingenfeld*).

Der Beitrag zur Gesundheitsförderung bei Pflegebedürftigkeit stützt sich auf Untersuchungen der stationären Langzeitpflege. Auch wenn es sich bei deren Nutzern ganz überwiegend um chronisch kranke, multimorbide und funktionsbeeinträchtigte Menschen handelt, verfügen diese über förderungswürdige Gesundheitspotenziale. Stationäre Pflegeeinrichtungen tun sich jedoch schwer, geeignete Interventionen zur Gesundheitsförderung zu etablieren. Es bedarf eines verbesserten Verständnisses des Konzeptes Gesundheitsförderung und im Hinblick auf den gezielten Einsatz von Fördermaßnahmen einer sorgfältigeren Berücksichtigung der jeweiligen Fähigkeiten der Nutzer (*Beitrag Kleina/Horn*).

Spezielle Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige benötigen qualifiziertes Pflegepersonal, um ihre Potenziale im Hinblick auf „gute Pflege und Versorgung“ ausschöpfen zu können. Die entsprechende Analyse im Pflege-Report unterstreicht den beträchtlichen Handlungsdruck, den es insbesondere bei der Gewinnung von Fachkräften gibt. Dabei geht es nicht um isolierte Maßnahmen, sondern um ein ganzes Bündel von Maßnahmen, die sich zum Teil wechselseitig beeinflussen. Betroffen sind davon so unterschiedliche Zielgrößen wie die Ausweitung des Beschäftigungsumfangs, die Verlängerung der Berufsverweilzeit, die Verbesserung der beruflichen Qualifizierung, die Aufwertung der Pflege durch Akademisierung, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die Verminderung des Lohnabstands zu anderen Branchen sowie die Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland (*Beitrag Bräutigam/Evans/Hilbert*).

Für den Großteil der Pflegebedürftigen in Deutschland erfolgt die Pflege zu Hause durch Angehörige, deren Bedeutung in diesem Kontext unbestritten ist. Angehörige spielen aber auch eine Rolle, wenn Pflegebedürftige ihr häusliches Umfeld verlassen, denn die zu groß gewordene Belastung der pflegenden Angehörigen ist dafür vielfach ein wesentlicher Grund. Im Heim sind die Angehörigen im Hinblick auf Unterstützungsleistungen dann oft plötzlich vollkommen „außen vor“. Das hat sich in den vergangenen Jahren zwar schon in einer wachsenden Zahl von Einrichtungen verändert, die über ausgearbeitete Konzepte zur Angehörigenarbeit verfügen, doch können die Unterstützungspotenziale durch Angehörige außerhalb des häuslichen Umfelds noch lange nicht als ausgeschöpft gelten (*Beitrag Dräger*).

In einem umfassenden Konzept von Pflege ist soziale Teilhabe ein integraler Bestandteil des Lebens von pflegebedürftigen älteren Menschen und der enge Zusammenhang zwischen Teilhabe, Gesundheit und Lebensqualität im Alter unbestritten. Die jeweilige Wohnform kann einen wichtigen Beitrag zur Sicherung von sozialer Teilhabe bzw. zur Vermeidung von Exklusion bei Pflegebedürftigkeit leisten. Neue Wohn- und Versorgungsformen bieten in dieser Hinsicht vielfältige Potenziale, insbesondere wenn sie sich in das und für das Quartier öffnen und die Mobilität der Pflegebedürftigen aktiv fördern (*Beitrag Kümpers/Wolter*).

Die Diversifizierung des Pflegeangebots im Spektrum „zwischen Heim und Häuslichkeit“ wird durch eine Reihe rechtlicher Barrieren behindert, die insbesondere aus dem gegliederten Sozialleistungssystem mit unterschiedlichen Leistungsträgerschaften der Pflegeversicherung, Krankenversicherung und Sozialhilfe, einer strikten Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Angeboten in allen Rechtsgebieten sowie einer unzureichenden Integration von Krankenbehandlung, medizinischer Rehabilitation, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und Pflege resultieren. So erschweren etwa bestehende Restriktionen beim Persönlichen Budget mehr Selbstbestimmung und Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen innerhalb stationärer Wohnformen und sollten auf den Prüfstand gestellt werden (*Beitrag Welti*).

Auf die in anderen Ländern gegenüber Deutschland teilweise sehr viel aktivere Rolle der Kommunen im Kontext der Pflegeversorgung haben bereits die beiden Beiträge dieses Reports zu den skandinavischen Ländern und den Niederlanden verwiesen. Die spezifische Rolle der Kommunen kann und muss aber auch in Deutschland deutlich gestärkt werden. Als Voraussetzung dafür wird ein Kooperationsmodell beschrieben, bei dem die Kommunen eine infrastrukturelle und koordinierende Rolle in verpflichtender Zusammenarbeit mit den Pflege- und Kranken-

kassen wahrnehmen. Ziel ist eine am Individuum ausgerichtete koordinierte Versorgungsplanung und eine sozialräumliche Gestaltung, die den Mix professioneller und zivilgesellschaftlicher Hilfen organisiert (*Beitrag Engelmann/Gohde/Künzel*).

Praxisbeispiele

Abgerundet wird der Beitragsteil des Pflege-Reports 2015 durch fünf Praxisbeispiele unterschiedlicher Ausprägung:

- ambulant betreute Senioren-Wohngemeinschaften (*Beitrag Hommel*)
- die Bremer Heimstiftung mit Angeboten für unterschiedliche Lebensmodelle an 26 Standorten im vertrauten Bremer Viertel (*Beitrag Sörensen*)
- ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz in den Berliner Bezirken Charlottenburg und Schöneberg (*Beitrag Meyer*)
- Sonnweid das Heim in der Nähe von Zürich, das in verschiedenen Wohnformen Raum für 155 stationäre Bewohner mit Demenz bietet (*Beitrag Mühlegg*)
- das Quartiers- und Wohnprojekt „Goethe15sen.“ in Kassel mit barrierearmem Wohnraum für Senioren in einer sozial integrierenden Nachbarschaft (*Beitrag Mengel-Müller/Möller/Müller*)

Daran anschließend wird ein noch Überblick über Ziele, Aufgaben und das Forschungsverständnis der Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband gegeben, indem relevante Arbeitsfelder und -schwerpunkte aus den laufenden Modellprogrammen vorgestellt und daraus resultierende Impulse für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und -versorgung skizziert werden (*Beitrag Schnabel/Eifert*).

Daten und Analysen

Den Schlusspunkt im Pflege-Report 2015 setzt ein Beitrag mit empirische Analysen zu Entwicklung und Status quo der Pflegebedürftigkeit sowie zur gesundheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland. Grundlage sind zum einen die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes und zum anderen AOK-Abrechnungsdaten, die auf die deutsche Wohnbevölkerung hochgerechnet wurden. Die Daten der Pflegestatistik belegen die Zunahme der Pflegebedürftigkeit, aber auch deren deutliche regionale Varianz zwischen den Ländern. Bei den Analysen zur Gesundheitsversorgung der Pflegebedürftigen nach einzelnen Leistungsbereichen erfolgt – für Frauen und Männer – jeweils ein Vergleich mit gleichaltrigen Versicherten ohne Pflegebedürftigkeit sowie eine differenzierte Sicht nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und dem Versorgungssetting (*Beitrag Schwinger/Waltersbacher/Jürchott*). Dieser Empirie-Beitrag soll auch in Zukunft fester Bestandteil des Pflege-Reports sein; es ist beabsichtigt, ihn sukzessive weiter auszubauen.

This page intentionally left blank

Teil I Schwerpunktthema

Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit

(Kapitel 1–12)

This page intentionally left blank

Pflegebedürftigkeit: Herausforderung für spezifische Wohn- und Versorgungsformen – eine Einführung in das Thema

Adelheid Kuhlmeiy und Stefan Blüher

Abstract

Pflegebedürftigkeit als Zustand höchster physischer, psychischer und sozialer Vulnerabilität ist zu einem zentralen Gesundheitsrisiko in den Gesellschaften des langen Lebens geworden. Angesichts eines zukünftig weiter steigenden Pflegebedarfs stellt sich die Frage, welche Versorgungsformen geeignet sind, wesentliche Anforderungen an „gute Pflege und Versorgung“ zu erfüllen. Zu den grundlegenden Anforderungen gehören in diesem Zusammenhang eine qualifizierte Pflege, die Stärkung und Förderung noch vorhandener gesundheitlicher Ressourcen, der Erhalt eines Höchstmaßes an Selbstständigkeit und Selbstbestimmung sowie soziale Teilhabe. Die Gestaltung von Wohn- und Versorgungsumwelten kann diesbezüglich als eigenständige Ressource – respektive als Risiko – für den Erhalt von physischer oder psychischer Gesundheit und Selbstbestimmung betrachtet werden. Die häusliche Pflege in der angestammten Wohnumgebung durch nahe Angehörige, eventuell unterstützt durch ambulante Dienste, ist dabei mit Blick auf den Erhalt von Autonomie und Selbstbestimmung die bei Weitem bevorzugte Versorgungsform. „Häuslichkeit“ als Idealbild stellt somit letztlich immer auch den Bezugspunkt für andere Versorgungsformen außerhalb der angestammten Wohnung dar. Sowohl die Pflege im Heim als auch andere spezielle Wohnformen müssen diesem Bezugspunkt Rechnung tragen, um gemeinhin akzeptierte Alternativen für die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit darzustellen. Gerade für derzeit noch eher randständige Angebote, wie Wohngemeinschaften oder Mehrgenerationenkonzepte, bieten sich hier Chancen, das Verhältnis zwischen institutionellen Erfordernissen und individueller Selbstbestimmung neu auszutarieren. Aber auch die vorhandenen Strukturen der stationären Pflege im Heim sind so zu gestalten, dass „Häuslichkeit“ im Sinne eines Qualitätsaspektes in Institutionen entstehen kann.

Being in need of care as the highest state of physical, mental and social vulnerability has become a key health risk in the societies of long life. Faced with an increasing demand for long-term care in the future, the question arises what forms of care are suitable to meet the key requirements for “good (health) care”. The basic requirements in this context include skilled nursing, strengthening and promoting health resources, the preservation of the highest standards of independence and self-determination and social participation. In this respect, the design of residential and care environments can be considered as an independent

resource – or as a risk respectively – for maintaining physical or mental health and self-determination. Home care in the familiar environment by close family, possibly supported by outpatient services, is by far the preferred form of care with respect to maintaining autonomy and self-determination. Thus “domesticity” as an ideal is always the reference point for other forms of care outside the own apartment. Long-term care in a nursing home as well as other special forms must take account of this reference point to represent acceptable alternatives for care at home. Especially still rather marginal forms of long-term care, such as residential communities or multi-generation concepts, offer the opportunity to rebalance the relationship between institutional requirements and individual self-determination. However, the existing structures of residential care in nursing homes must be redesigned in such a way that “domesticity” as a quality aspect can develop in institutions.

1.1 Risiko Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit ist zu einem zentralen Gesundheitsrisiko in den Gesellschaften des langen Lebens geworden. Immer mehr Menschen sind mit dem Thema Pflege in unterschiedlicher Weise konfrontiert. Zum Beispiel gab weit über die Hälfte der Befragten des Gesundheitsmonitors 2013 (60%) an, mit dem Thema Pflegebedürftigkeit in Berührung gekommen zu sein. Darunter hatte jeder Fünfte (21%) zu einem früheren Zeitpunkt einen Angehörigen gepflegt bzw. versorgte derzeit ein Familienmitglied (Kuhlmei et al. 2013). Das Ausmaß der Angst vor einer Pflegebedürftigkeit ist in Deutschland schon heute relativ weit verbreitet. So äußerte jeder Zweite in einer Infratest-Umfrage (12/2012), von einer kostenlosen Assistenz beim Freitod Gebrauch machen zu wollen, um dem Schicksal der Pflegebedürftigkeit zu entgehen. Die Ergebnisse der Generali-Altersstudie (2013) bestätigen: Im Sorgenkatalog der befragten 65- bis 85-Jährigen steht die Aussage „Dass ich pflegebedürftig werde, dauerhaft auf Pflege angewiesen bin“ ganz oben in der Rangfolge.

So geäußerte Ängste sind auch Ausdruck von Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit und eines stetig steigenden Betroffenheitsgrades. In Deutschland sind derzeit rd. 2,5 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI (Statistisches Bundesamt 2013). Das Pflegerisiko steigt im Altersgang deutlich an: Sind bei den 60- bis unter 80-Jährigen nur ca. 3,5% pflegebedürftig, ist mit 80 Jahren etwa jeder Fünfte betroffen, mit 85 Jahren jeder Dritte und die 90-Jährigen und Älteren insgesamt zu mehr als 60% (Büscher und Wingenfeld 2008). Frauen sind häufiger pflegebedürftig und ihr Pflegebedarf nimmt im Alter deutlich schneller zu als der der Männer (DZA 2007). Daten zur Entwicklung des Pflegebedarfs in Deutschland verweisen auf die wachsenden Herausforderungen: Die Schätzungen liegen für das Jahr 2050 in einer Bandbreite von 3,17 Millionen Betroffenen (Dietz 2002) bis ca. 4,35 Millionen Pflegebedürftige (SVR 2009).

1.2 Charakteristika von Pflegebedarf

Pflegebedürftigkeit ist ein Zustand höchster physischer, psychischer und sozialer Vulnerabilität, der laut des deutschen Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI (§ 14)) Personen definiert, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. An welchem Kumulationspunkt körperlicher Leiden, psychischer Beeinträchtigungen und sozialer Konstellationen dieser Zustand eintritt, ist letztendlich nicht bekannt. Relativ sicher ist, dass Pflegebedürftigkeit auf multifaktoriell verursachten chronischen Erkrankungen oder Behinderungen beruht. Die häufigsten Erkrankungen, die zur Pflegebedürftigkeit führen, sind neben Frakturen (häufig nach Unfällen) und Amputationen insbesondere Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfälle), andere chronische Erkrankungen der inneren Organe und des Bewegungsapparats, schwere rheumatische Erkrankungen, Krankheiten des Skelett- und Bewegungsapparats, psychische Erkrankungen sowie Beeinträchtigungen der Sinnesorgane. Ein wesentliches Merkmal ist die – insbesondere bei älteren Pflegebedürftigen – häufig auftretende Überlagerung von chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen, womit sehr häufig kognitive Einschränkungen verbunden sind. Angesichts der steigenden Lebenserwartung und der stark wachsenden Zahl sehr alter Menschen nimmt damit insbesondere die Bedeutung von Demenzerkrankungen als Ursache von Pflegebedürftigkeit zu (MDS 2006; SVR 2009).

Durch die Studien zu „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung“ (MuG), die sowohl für die Situation in Privathaushalten als auch für die stationäre Versorgung durchgeführt wurden, stehen Ergebnisse zur Verfügung, die die gesundheitliche Vulnerabilität von zumeist älteren Menschen in Pflegesituationen verdeutlichen. Die schwerwiegendsten Einschränkungen in den Alltagsverrichtungen zeigen sich beim Duschen/Waschen, gefolgt von An- und Auskleiden, Toilettennutzung und Nahrungsaufnahme. Das Ausmaß solcher funktionellen Einschränkungen zeigt sich in den Befunden aus der stationären Versorgung deutlich: Fast 90 % der Bewohner haben Hilfebedarf beim Duschen und Waschen, beim An- und Auskleiden, bei der Toilettennutzung sowie bei der Nahrungsaufnahme (Schneekloth und Wahl 2006). Neben diesen Beeinträchtigungen, die vor allem den Bereich von Bewegung und Beweglichkeit betreffen, leiden Pflegebedürftige unter ihrer eingeschränkten kognitiven Leistungsfähigkeit. Diese Einschätzung wird durch die Daten aus der Studie „MuG IV“ zur Selbstständigkeit in stationären Einrichtungen gestützt: Knapp 60 % der Bewohner sind häufig oder gelegentlich unfähig zur Lösung von Alltagsproblemen, über 50 % antriebsarm oder niedergeschlagen, knapp 50 % zeigen sich häufig oder gelegentlich unfähig, ihre Grundbedürfnisse wahrzunehmen, sind räumlich unzureichend orientiert und bedürfen einer andauernden Hilfestellung. Eine häufig oder gelegentlich beeinträchtigte Orientierung im Hinblick auf Personen wiesen knapp 40 % auf und zwischen 30 und 35 % zeigten Störungen im Tag-/Nacht rhythmus sowie sozial abweichendes Verhalten (Schneekloth und Wahl 2006).

Angesichts der Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger ist eine wesentliche Aufgabe pflegerischer Versorgung auch darin zu sehen, verbliebene Gesundheit im Alter

im Sinne einer Ressourcenstärkung zu stützen und die jeweils erreichbare Selbstständigkeit für die Betroffenen zu erhalten. Dies kann nur gelingen, wenn die Anstrengungen zur Prävention und Gesundheitsförderung im höheren Lebensalter deutlich intensiviert werden. Diese Überlegungen müssen zukünftig viel stärker auch auf die Gestaltung von Wohn- und Versorgungsformen bei bereits eingetretene Pflegebedarf bezogen werden. Gerade physische und psychische Funktionalität und alltagspraktische Kompetenzen werden nämlich in hohem Maße von Wohn- und Versorgungsumwelten beeinflusst. Das jeweilige Wohn- und Versorgungssetting ist mithin als eigenständige Ressource (respektive Risiko) für den Erhalt, die Steigerung (oder den Verlust) von körperlicher oder geistiger Leistungsfähigkeit und Selbstständigkeit im Alter zu begreifen. Dies gilt ausdrücklich nicht nur für die häusliche Wohnumwelt, sondern ebenso für Wohn- und Versorgungskonzepte außerhalb der Häuslichkeit (vgl. den Beitrag von Kleina und Horn, Kapitel 7 in diesem Band). Verbreitete Vorstellungen mit Blick auf wünschenswerte Wohn- und Versorgungsformen bei Hilfe- und Pflegebedarf, die Ressourcen für Selbstständigkeit und Teilhabe versprechen, beziehen sich dabei derzeit noch ganz überwiegend auf den möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit.

1.3 Wohn- und Versorgungswünsche bei Pflegebedarf

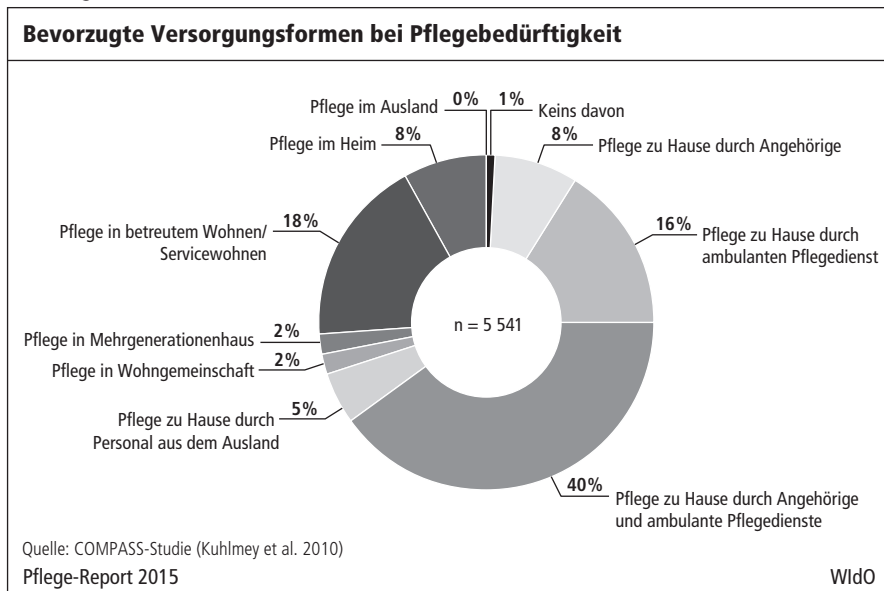
Die Mehrheit der in Deutschland lebenden Frauen und Männer möchte im Falle des Eintretens einer Pflegebedürftigkeit zu Hause versorgt werden; alle größeren Befragungen bestätigen dies (vgl. z. B. Gesundheitsmonitor 2006 und 2013; COMPASS-Studie 2010; Deutscher Altenpflege-Monitor 2006) (vgl. den Beitrag von Zok und Schwinger, Kapitel 3 in diesem Band). Mit diesem Wunsch ist die Hoffnung verbunden, ein hohes Maß an Selbstständigkeit und Kontinuität im Leben im Hinblick auf vertraute Personen im bekannten Wohnumfeld bewahren zu können.

So wird die Auswahl der bevorzugten Versorgungsform bei Pflegebedürftigkeit in einer Befragung (COMPASS-Studie) von knapp 6.000 Personen (>40 Jahre) nach einer Prioritätenliste eindeutig durch das Versorgungssetting „*Pflege in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige und ambulante Dienste*“ angeführt (40%) (vgl. Abbildung 1–1) (Kuhlmei et al. 2010). Im Gesundheitsmonitor 2006 geben 64% der Befragten an, dass sie von Familienmitgliedern Unterstützung erwarten (Amhof 2006). Der normative Anspruch auf Pflege durch die Kinder (45%) und auf Pflege durch den Partner (62,3%) scheint hoch. Die Wunschpflegeperson bleibt aus der Sicht von Betroffenen ein Angehöriger (Runde et al. 1997 u. 2003). Im Deutschen Altenpflege-Monitor 2006 geben 55% der Befragten an, sich grundsätzlich vorstellen zu können, durch Angehörige oder Kinder zu Hause gepflegt zu werden (vgl. den Beitrag von Dräger, Kapitel 9 in diesem Band).

Angesichts dominierender Vorstellungen, wonach Pflege in der eigenen Häuslichkeit als Idealfall gilt, haben Wohn- und Versorgungsformen außerhalb der Häuslichkeit nach wie vor einen schweren Stand (vgl. Abbildung 1–1).

Neuere Wohnformen, wie z. B. die *Mehrgenerationenhäuser*, spielen mit 2% als bevorzugte Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit eine untergeordnete Rolle (vgl. Abbildung 1–1). Generationenwohnen steht für das Zusammenleben von Jung

Abbildung 1–1



und Alt; die Befragten erwarten ein abwechslungsreiches Miteinander in der Regel in gemeinsamen Wohnumwelten. Bei Pflegebedürftigkeit ist Hilfe intern wie auch extern organisiert denkbar. Für viele Befragte steht das *Generationenwohnen* allerdings für Wohnen in der „eigenen Familie“, welches dann 39% Zustimmung erhält (Deutscher Altenpflege-Monitor 2006).

Hinsichtlich der Präferenz von organisierten Wohngemeinschaften ist die Datenlage uneinheitlich. In der COMPASS-Studie (Kuhlmey et al. 2010) bevorzugen lediglich 2% diese Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit, im Deutschen Altenpflege-Monitor 2006 38% der Befragten. Wichtig erscheint in der selbst organisierten Wohngemeinschaft das Miteinander mit anderen Menschen. Bei Pflegebedürftigkeit wird Hilfe eher von außen erwartet. Wichtige Merkmale, die man sich in beiden Wohnformen erhofft, sind: gegenseitige Hilfe im Alltag, nicht allein zu sein und das gegenseitige Geben und Nehmen (Deutscher Altenpflege-Monitor 2006).

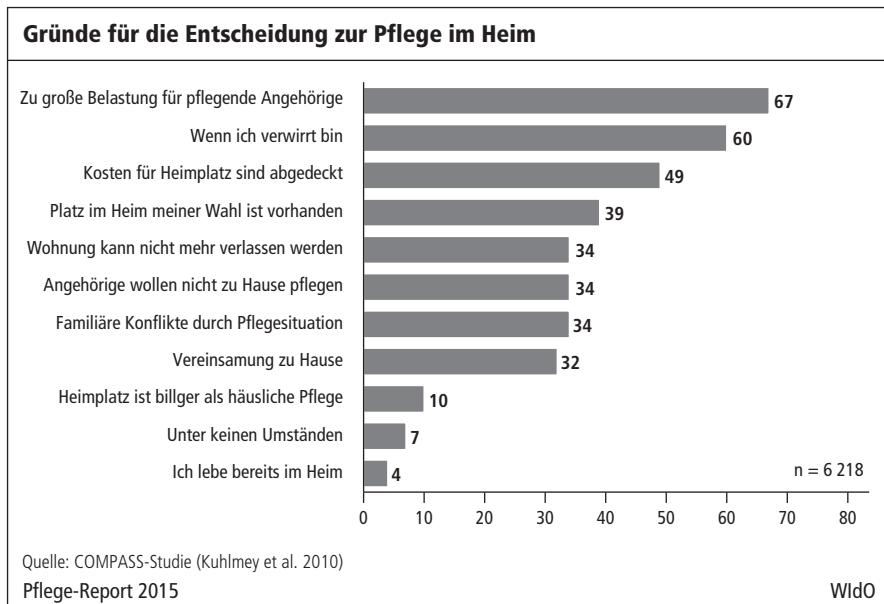
Dieses Konzept ist insbesondere durch ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell Erkrankte bekannt. Hier leben durchschnittlich sechs bis acht hochbetagte Senioren als Mieter in einer gemeinsam genutzten Wohnung zusammen. Diese wird häufig durch einen Verein oder auch durch eine private Initiative angemietet. Die Rund-um-die-Uhr-Betreuung und -Pflege übernehmen ambulante Pflegedienste. In der Regel ist in einer WG auch nur ein Pflegedienst tätig und dieser ist meist bestrebt, ein festes Pflegeteam pro WG vorzuhalten. Jeder Bewohner hat einen getrennten Miet- und Pflegevertrag.

Wenn die Versorgung zu Hause nicht mehr möglich ist, würden 84% der Befragten einer TNS Emnid-Studie gerne ein eigenes Apartment mit pflegerischer Betreuung beziehen (*Betreutes Wohnen/ Servicewohnen*). Sie entscheiden sich damit für eine im Vergleich zur stationären Heimversorgung selbstständigere Wohnform

(TNS Emnid 2008). Im Deutschen Altenpflege-Monitor 2006 ist ebenfalls eine hohe Akzeptanz der Pflege im Betreuten Wohnen (65%) erkennbar. In Konkurrenz mit allen genannten Wohn- und Versorgungsformen erfährt die Pflege im Betreuten Wohnen/Servicewohnen in der COMPASS-Studie einen Zuspruch von 18% aller Befragten und wird damit ungefähr doppelt so häufig genannt wie die Pflege im Heim. Lediglich 8% aller Befragten würden sich für *Leben und Pflege im Heim* als Versorgungsform im Falle einer Pflegebedürftigkeit entscheiden (vgl. Abbildung 1–1). Zu dem gleichen Ergebnis kommt 2007/2008 der Deutsche Altenpflege-Monitor. Im Vergleich hierzu waren es in den Jahren 2005/2006 noch 13% der Befragten, die der Heimversorgung im Falle von Hilfe- und Pflegebedarf zustimmten. Die stationäre Altenpflege verliert demzufolge in den letzten Jahren in Deutschland eher noch an Akzeptanz. Gegenüber diesem allgemeinen Befund zeigt sich eine fast doppelt so hohe Zustimmung zur Versorgung im Heim bei befragten Frauen im Vergleich zu den Männern und bei denjenigen Befragten, die bereits Pflegeerfahrung haben (Kuhlmei et al. 2010).

Aber selbst bei bester privater oder ambulanter professioneller Hilfe und optimaler Ausschöpfung aller Möglichkeiten der Wohnraumanpassung kann ein Punkt erreicht werden, wo der Verbleib in den eigenen vier Wänden selbst zum Verlust wird. In diesem Zusammenhang muss einmal mehr betont werden, dass Versorgung in der eigenen Häuslichkeit keineswegs immer und in jedem Falle die beste Lösung darstellen muss. Sie kann vielmehr für Gepflegte und Pflegende mit gravierenden Belastungen und Einschränkungen – wie z. B. der Gefahr sozialer Isolation und Vereinsamung – einhergehen (vgl. auch Abbildung 1–2). Hier kann der Umzug in ein Heim oder eine andere spezifische Wohn- und Versorgungsform außerhalb der Häuslichkeit Möglichkeiten – etwa im Hinblick auf Teilhabe und Integration – bieten, die helfen können, das alltägliche Leben wieder besser zu bewältigen. Die Gründe für einen Umzug in ein Pflegeheim haben sich in den letzten zehn Jahren nicht verändert. Es handelt sich offenkundig immer um Kombinationen von Gesundheitszustand, Netzwerkressourcen und der im Heim abrufbaren Unterstützung. So identifizierten auch die Untersuchungen von Schneekloth 1998 und 2006 die folgenden Gründe: eine erhebliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation, der Zusammenbruch der häuslichen Versorgungssituation sowie der Ausfall der Hauptpflegeperson, die Unfähigkeit, nach einem Krankenhausaufenthalt wieder selbstständig leben zu können, der Wunsch nach geeigneter Betreuung, die Suche nach Sicherheit bei eingeschränkten Selbstversorgungsfähigkeiten, der Wunsch nach besserer sozialer Einbindung sowie die Befürchtung, Angehörigen zur Last zu fallen (Boguth 2009, modifiziert nach Schneekloth u. Müller 1998 und Schneekloth 2006). Auch die COMPASS-Studie bestätigt, dass die Entscheidung für eine Pflege im Heim begründet wird mit der Belastung von nahen Angehörigen: 67% der Befragten würden in ein Heim gehen, um pflegende Angehörige zu entlasten. Ein weiterer, besonders gravierender Grund sind kognitive Einschränkungen: 60% geben dies als ausschlaggebend für einen Heimeintritt an. Bemerkenswert ist aber auch, dass knapp ein Drittel eine drohende Vereinsamung zu Hause als möglichen Grund für einen Umzug ins Heim nennt und damit die bereits betonte potenzielle Ressource von Pflege außerhalb der eigenen Häuslichkeit anspricht (vgl. Abbildung 1–2) (vgl. auch den Beitrag von Kumpers und Wolter, Kapitel 10 in diesem Band).

Abbildung 1–2



Insgesamt verweist die Studienlage auf eine Einschätzung der Befragten zum Thema Pflege und Versorgung in spezifischen Wohnformen, die sich wie folgt zusammenfassen lässt: Versorgung außerhalb der eigenen Häuslichkeit stellt vor allem bei schweren gesundheitlichen Einschränkungen, die mit zu hohen Belastungen des sozialen Netzwerks und/oder mit Grenzen einer angemessenen ambulanten Versorgung einhergehen, eine Option dar. Hierin spiegelt sich durchaus ein Teil der aktuellen Versorgungsrealität in der institutionellen Pflege wider.

1.4 Versorgung in spezifischen Wohnformen

In Deutschland werden aktuell 743 000 pflegebedürftige Menschen in 12 400 Pflegeheimen von 661 000 Beschäftigten versorgt (Büscher und Dorin 2014). Eine steigende Tendenz ist nicht zu übersehen: 2011 lebten 32 % mehr Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen als 1999 (Statistisches Bundesamt 2013). Mit zunehmender Anzahl gesundheitlicher Einschränkungen und fortschreitenden Funktionsverlusten steigt die Wahrscheinlichkeit einer (institutionalisierten) pflegerischen Versorgung außerhalb der eigenen Häuslichkeit. Dies bedeutet heute noch immer vor allem Versorgung im Pflegeheim. Vollstationär gepflegte Frauen und Männer sind im Schnitt deutlich älter als zu Hause Versorgte. So sind 50 % der Heimbewohnerinnen und -bewohner hochaltrig (85 Jahre und älter), zu Hause lebende Pflegebedürftige dagegen zu rund 30 %. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für pflegeassoziierte physische und psychische Erkrankungen deutlich. Mit Blick auf die vollstationäre Versorgung steht insbesondere der Verlust der kognitiven Leis-

tungsfähigkeit in hoher Korrelation zu einem Pflege- und Hilfebedarf und stellt inzwischen den wichtigsten Grund für den Übergang in ein Pflegeheim dar. Durchschnittlich sind fast 70 % aller Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner heute an einer Demenz – in unterschiedlichen Schweregraden und unabhängig von ihrer Ursache – erkrankt (Schäufele et al. 2007).

Diese höhere physische und psychische Vulnerabilität spiegelt sich deutlich im höheren stationären Versorgungsbedarf und dem entsprechenden Leistungsgeschehen wider: So lag 2011 der Anteil von Pflegebedürftigen mit der höchsten Pflegestufe III in der stationären Versorgung bei 20 %, bei den zu Hause Gepflegten dagegen bei nur 9 % (Statistisches Bundesamt 2013).

Werden Menschen in Deutschland nach den Kriterien einer guten Versorgung außerhalb der Häuslichkeit gefragt, dann spielen insbesondere gut ausgebildetes Pflegepersonal (90 %), eine gute medizinisch-therapeutische Versorgung und die Sauberkeit der Einrichtung (jeweils 86 %) sowie eine angenehme Atmosphäre bzw. ein höflicher Umgang miteinander (85 %) eine wesentliche Rolle (Kuhlmei et al. 2010; TNS Emnid-Umfrage 2007) (vgl. Abbildung 1–3). Für mehr als zwei Drittel aller Befragten sind die Kosten des Heimaufenthaltes sowie ein ansprechendes Verpflegungsangebot maßgeblich (jeweils 68 %) und für 61 % die Lage sowie Umgebung, in der sich das Heim befindet. Für jeden zweiten Befragten sind der Ruf bzw. die Bekanntheit des Heimes sowie seine ansprechende (innere und äußere) architektonische Gestaltung (jeweils 55 %) und einrichtungsinterne Qualitätsüberprüfungen (53 %) von Bedeutung. Die Trägerschaft eines Heimes spielt lediglich für 29 % der Befragten eine entscheidende Rolle bei der Angebotsauswahl (Kuhlmei et al. 2010). Befragte des Altenpflege-Monitors, die bereits an einem Entscheidungspro-

Abbildung 1–3



zess für ein Heim beteiligt waren, bestätigen zu 76%, dass die örtliche Nähe zum bisherigen Wohnumfeld ausschlaggebend ist für die Auswahl eines Heimes. Ebenso spielen Kosten für 43% der Befragten eine Rolle, während Größe (16%) und Träger eines Heims (11%) in dieser Befragung ebenso zu vernachlässigen sind (Deutscher Altenpflege-Monitor 2007/08) (vgl. den Beitrag von Wingenfeld, Kapitel 6 in diesem Band).

Letztendlich müssen sich spezifische Wohn- und Versorgungsform aber auch an den Kriterien messen lassen, die zu einer Priorisierung der häuslichen Versorgung führen. Diese Kriterien sind die Beibehaltung einer möglichst großen Eigenständigkeit und der Verbleib in vertrauter Umgebung trotz Pflegeabhängigkeit (Kuhlmeier et al. 2010; Runde et al. 2003).

Beim Übergang in eine Versorgung außerhalb der Häuslichkeit gibt ein Mensch nicht nur die eigene Wohnung, sondern auch seine bisherige Beständigkeit auf, verliert das Zuhause und ein Stück der eigenen Identität. Der Einzug in ein Pflegeheim ist kein schlichter Umzug, sondern ein kritisches Lebensereignis und fordert keine geringe Anpassungsleistung von allen Betroffenen.

1.5 Ausblick: Pflegebedürftigkeit und die Zukunft spezieller Wohn- und Versorgungsformen

Eine Herausforderung für neue Angebote und die Weiterentwicklung spezieller Wohn- und Versorgungsformen bei insgesamt zunehmendem Pflegebedarf kann darin gesehen werden, eine überzeugende Alternative zu der nach wie vor dominierenden Vorstellung vom Ideal der Pflege und Versorgung in der eigenen Häuslichkeit zu bieten. Eine Erhöhung der Akzeptanz spezifischer Formen zur Versorgung bei Pflegebedarf kann dabei nur erreicht werden, wenn es gelingt, wesentliche Aspekte einer häuslichen Versorgung besser als bislang konzeptionell in ein außerhäusliches Setting zu implementieren. Dazu gehören die Beibehaltung einer möglichst großen Eigenständigkeit und Selbstbestimmung sowie der Verbleib in vertrauten Lebensräumen (Ortsteil, Quartier, Dorf usw.). In diesem Zusammenhang muss auch die Rolle von Institutionen und ihr Einfluss auf selbstbestimmtes Handeln trotz Pflegebedürftigkeit auf den Prüfstand gestellt werden. Dies kann einerseits bedeuten, auch Pflege in stationären Einrichtungen als Versorgungsmix zu betrachten und zu organisieren, indem z. B. familiäre Unterstützungsleistungen und professionelle Hilfe und Pflege hier viel stärker verzahnt werden. Andererseits bedarf es einer besseren Diversifizierung von Angeboten mit möglichst individuellen, auf wechselnde Hilfebedarfe flexibel reagierenden Versorgungsnetzen, die je nach Bedarf unterschiedliche Formen umfassen können wie teil- oder vollstationäre Pflege, Servicewohnen, organisierte Wohngemeinschaften oder Mehrgenerationen-Konzepte. Wie auch im Bereich der medizinischen Versorgung eine bessere Integration unterschiedlicher Versorgungspfade – beispielsweise für chronisch Erkrankte – gefordert wird, benötigt auch die pflegerische (Langzeit-)Versorgung mehr Durchlässigkeit und Flexibilität, die nicht nur die Bedarfe, sondern auch die Bedürfnisse des zu Versorgenden zum Maßstab nimmt. Dabei ist an ein Kontinuum mit fließenden Übergängen von der häuslichen Versorgung in außerhäusliche Settings zu

denken, die grundlegende Elemente von „Häuslichkeit“ (Privatsphäre, Geborgenheit, Selbstbestimmung) mit erforderlichen Leistungen einer institutionellen Versorgung (Sicherheit, hohe Qualitätsstandards für jeden Versorgungsbedarf) verbinden.

Der Pluralisierung der Gesellschaft und der damit einhergehenden Ausdifferenzierung von Lebenslagen und Lebensstilen, die insbesondere für die Lebensphase Alter mehr und mehr bestimmend wird, muss auch bei Hilfe- und Pflegebedarf Rechnung getragen werden. Davon ausgehend könnten Mentalitäten und Haltungen zukünftig Pflegebedürftiger deutlich stärker noch zu einer Ablehnung von Versorgungssettings führen, in denen (vermeintliche) institutionelle Erfordernisse die Selbstbestimmung des Einzelnen beschränken. Die Chance für spezielle Wohn- und Versorgungsformen kann gerade darin gesehen, das Verhältnis zwischen Institution und Individuum so auszutarieren, dass Formen von „Häuslichkeit“ auch außerhalb der angestammten Wohnung entstehen können. Häuslichkeit steht in diesem Sinne als Chiffre für eine individualisierte hochwertige Versorgung unter Wahrung größtmöglicher Eigenständigkeit und Selbstbestimmung.

Die notwendige Weiterentwicklung von Angeboten für Wohn- und Versorgungsformen, die Aspekte von Häuslichkeit mit den Stärken einer institutionalisierten Hilfe und Pflege verbinden, erfordert geeignete Rahmenbedingungen. Neben Finanzierungsfragen sind hierbei immer wieder auch gesetzliche Regelungen und Verordnungen, die häufig Barrieren für die Realisierung neuer Angebote darstellen, zu überprüfen. Aktuell zeigen sich deutliche regionale bzw. lokale Unterschiede in der Verbreitung spezieller Versorgungsformen, wie z.B. ambulant betreuter Demenz-Wohngemeinschaften. Während die Zahl dieser Einrichtungen in Großstädten und Ballungszentren zunimmt, sind sie in vielen Regionen als Versorgungsform noch kaum bekannt.

In diesem Zusammenhang müssen sicherlich auch unterschiedliche Mentalitäten und biografische Erfahrungen von Menschen Beachtung finden. Hilfe- und Pflegebedürftige, die auf eigene Vorerfahrungen mit gemeinschaftlichen, nicht familialen Wohnformen, etwa aus dem jüngeren oder mittleren Erwachsenenalter, zurückgreifen können, werden solche spezifischen Angebote eher als Versorgungsform in Betracht ziehen. Hier kann von einem Effekt ausgegangen werden, dass nachrückende Generationen im Schnitt deutlich aufgeschlossener gegenüber heute noch eher randständigen Versorgungsformen sein werden. Dennoch dürften Mehrgenerationen-Konzepte oder Wohngemeinschaften wohl in absehbarer Zeit keine annähernd große Verbreitung finden wie etwa die Pflege im Heim; und sie werden auch – wenngleich sie sinnvolle Elemente eines weiter gespannten, flexiblen Versorgungsmixes sein können – nicht zu jeder Zeit und für jeden Pflege- und Versorgungsbedarf gleichermaßen geeignet sein. Dies verweist gleichzeitig auf die Notwendigkeit, bestehende Strukturen der stationären Pflege im Heim dergestalt weiter zu entwickeln, dass Formen von „Häuslichkeit“ im Sinne von größtmöglicher Selbstbestimmtheit und Bewahrung von Individualität auch unter institutionellen Bedingungen möglich werden.

Literatur

- Amhof R. Pflege und Versorgung im Alter in der Wahrnehmung der Bevölkerung. Gesundheitsmonitor 3/2006. http://www.hpm.org/Downloads/Newsletter_HPNGemo/0306_Pflege.pdf (12. November 2014).
- Boguth K. Harninkontinenz im Alter. Bern: Hans Huber 2009.
- Büscher A, Dorin L. Pflegebedürftigkeit im Alter. Berlin: Walter de Gruyter 2014.
- Büscher A, Wingenfeld K. Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit im Alter. In: Kuhlmei A, Schaeffer D (Hrsg). Handbuch Gesundheit und Krankheit im Alter. Bern: Hans Huber 2008, 107–19.
- Budnick A, Kummer K, Kuhlmei A, Blüher S, Dräger D. Pflegende Angehörige im Fokus. Der Hausarzt 2010; 11: 18–19.
- COMPASS – „Private Pflegeberatung“. Studie zu Erwartungen und Wünschen der PPV-Versicherten an eine qualitativ gute Pflege und an die Absicherung bei Pflegebedarf. COMPASS-Versichertenbefragung 2010.
- Deutscher Altenpflege-Monitor 2006. Basisstudie, Fachreihe Alternative Wohnformen und Brennpunktthema Häusliche Pflege. Hannover: Vincentz Network 2006.
- Deutscher Altenpflege-Monitor 2007/08: Repräsentative Studie zu Erwartungen und Einstellungen zukünftiger und potenzieller Altenpflege-Kunden in Deutschland. Hannover: Vincentz Network 2008.
- Dietz B. Die Pflegeversicherung. Ansprüche, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag 2002.
- DZA (Deutsches Zentrum für Altersfragen): Report Altersdaten: Alter und Pflege. Berlin 2007.
- Generali Zukunftsfonds (Hrsg)/Institut für Demoskopie Allensbach 2013. Generali Altersstudie. Bundeszentrale für politische Bildung: Schriftenreihe Band 1348.
- Gesundheitsmonitor 3/2006. http://www.hpm.org/Downloads/Newsletter_HPNGemo/0306_Pflege.pdf (12. November 2014).
- Gesundheitsmonitor 5/2013. http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbc/SID-A8124530-36889A34/bst/GesundheitsMonitor_5-2013_web.pdf (12. November 2014).
- Kuhlmei A, Dräger D, Winter M, Beikirch E. COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. DZA-Informationen 2010, Altersfragen 37 (4): 4–11.
- Kuhlmei A, Suhr R, Blüher S, Dräger D. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit: Pflegeerfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen 18 und 79 Jahren. Gesundheitsmonitor 2013. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2013; 1–12.
- Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) http://www.mds-ev.de/media/pdf/Demenz-Broschuere_4MB.pdf (12. November 2014).
- Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (StBA) 2013.
- Runde P, Giese R, Stierle C: Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen des gesellschaftlichen Wandels. Analysen und Empfehlungen auf der Basis von repräsentativen Befragungen bei AOK Leistungsempfängern der Pflegeversicherung. Universität Hamburg, Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung 2003.
- Runde P, Giese R, Vogt K, Wiegel D: Die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes und seine Wirkung auf den Bereich der häuslichen Pflege. Forschungsbericht Band 2: Die Wirkungen auf Einstellungen und Verhalten. Universität Hamburg, Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung 1999.
- Runde, P, Giese R, Kerschke-Risch P, Scholz U, Wiegel D. Einstellungen und Verhalten zur Pflegeversicherung und zur häuslichen Pflege. Forschungsbericht 271. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1997.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Sondergutachten: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Baden-Baden: Nomos 2009.

- Schäufele M, Köhler L, Lode S, Weyerer S. Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Engels D, Pfeuffer F, Heusinger J, Knoch T, Köhler L, Lode S, von Törne I, Schäufele M, Schneekloth U, Wahl HW, Weyerer S (Hrsg). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 169–232.
- Schneekloth U, Wahl HW. Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. 2006.
- Schneekloth U, Müller U. Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung“. Stuttgart: Kohlhammer 1998.
- TNS Emnid. Die Pflegesituation in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung unter der Bevölkerung in Deutschland im Auftrag der Marseille-Kliniken AG. Bielefeld 2007.
- TNS Emnid: Die Pflegesituation in Deutschland – die Sicht der Betroffenen. Bundesweite TNS Emnid-Studie im Auftrag der Marseille-Kliniken AG. Bielefeld 2008.

Andrea Teti

Abstract

Im höheren Alter gehört das Wohnen zu den wichtigsten Dimensionen, die Lebensqualität und Autonomie beeinflussen. Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, welche Wohnformen eine möglichst selbstständige Lebensführung bis ins hohe Alter hinein ermöglichen. Eine Annäherung an dieses Thema erfolgt durch die Vorstellung von klassischen und innovativen Wohnformen im Alter, von Wünschen Älterer in Bezug auf Wohn- und Versorgungssituation sowie der gegenwärtigen Verteilung der Wohnformen in Deutschland.

Living arrangements are among the key dimensions impacting quality of life and autonomy in old age. This article addresses the question of which living arrangements permit older adults to live as independently as possible into very old age. To this end, the article presents classic and innovative living arrangements in old age, discusses what older people want in terms of their residential and healthcare situation and maps out the current distribution of different living arrangements in Germany.

2.1 Veränderte Bedarfs- und Bedürfnislage im Alter

Das Wohnen gehört zu den wichtigsten Dimensionen, die Lebensqualität und Autonomie älterer Menschen beeinflussen (Lawton 1991). Mehrere Studien zur Altersforschung weisen auf die zunehmende Bedeutsamkeit der Wohnsituation in der zweiten Lebenshälfte hin (Spangenberg 2013; Wahl 2007; Oswald 2002). Im höheren Lebensalter erlebt man oft eine bedeutsame Einschränkung des Aktivitätsradius. Mit fortschreitendem Alter und dem Übergang in den Ruhestand schränkt sich der Aktivitätsradius des Einzelnen stark auf das Wohnumfeld ein (Baltes 1996). Die Lebensqualität im Alter ist daher eng mit der Qualität des Wohnens verbunden: Gerade im höheren Alter verbringen Menschen einen Großteil ihres Alltags im unmittelbaren Wohnbereich; über drei Viertel der Tageszeit halten sie sich zu Hause auf und 80 % der Tagesaktivitäten finden dort statt (Oswald 2002). Daher gilt nach Saup: „Alltag im Alter heißt vor allem Wohnalltag“ (Saup 1993, S. 90). Aus diesem Grund wirken sich objektive Wohnbedingungen wie subjektives Wohnerleben maßgeblich auf Lebenszufriedenheit und Selbständigkeit aus. Räumlich-soziale Wohnbedingungen „können als Voraussetzung sowohl für Mobilität als auch für gesellschaftliche Partizipation [und psychisches Wohlbefinden, A. T.] angesehen werden“ (Oswald 2002, S. 97).

Dementsprechend erweisen sich das Wohnen und das Wohnumfeld als außergewöhnlich relevant für verhältnispräventive Maßnahmen im Alter, da in den personen- und umweltbezogenen Bedingungen des Wohnens einerseits große Ressourcen, andererseits erhebliche Risikofaktoren zu identifizieren sind. Ressourcen sind z. B. Selbständigkeit und Selbstversorgung; Risiken sind etwa Sturzgefahr oder Isolation). Wohnbedingungen üben darüber hinaus einen erheblichen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden aus (Bonnefoy 2007; Braubach 2011). Welche Gesundheitsrisiken und -potenziale die Wohnsituation und das Wohnumfeld mit sich bringen, wurde in den letzten Jahren zunehmend in der Public-Health-Forschung diskutiert (Teti et al. 2013; Braubach 2011; Mielck 2004). Ungünstige Wohnbedingungen und Barrieren in der Wohnung sowie im Wohnumfeld wirken sich potenziell nicht nur physisch (Unfall- und Verletzungsrisiken), sondern auch psychisch (Depression und Angstzustände) sowie sozial (Isolation) aus und gehen vor allem mit einer erhöhten Institutionalierungsgefahr einher (Rosenbrock 2007; Oswald 2007). Des Weiteren üben kritische Wohnbedingungen einen Einfluss auf das Pflegebedürftigkeitsrisiko aus: Zugangseinschränkungen zur Wohnung sowie andere Barrieren weisen einen signifikanten Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit im Alter auf (Iwarsson 2007).

Wie lässt sich Wohnen als gesundheitsgerecht oder -fördernd bezeichnen? Die objektiven Gegebenheiten der Wohnung und des Wohnumfeldes werden mit dem Alter immer bedeutsamer. Es kann beispielsweise davon ausgegangen werden, dass alte, gesundheitlich eingeschränkte Menschen, die in schlecht ausgestatteten Wohnungen leben oder diese ungünstig erreichen bzw. verlassen können, auch verstärkt auf Hilfs- und Pflegeleistungen anderer angewiesen sind und damit in ihrer Selbstständigkeit limitiert sind (Dieck 1991). Diesbezüglich wird auch eine Verbindung zwischen Wohnqualität einerseits und Hilfe- und Pflegebedarf andererseits erkannt, mit der Folge, dass eine mangelhafte Wohnung die Selbst- oder Fremdversorgung im häuslichen Rahmen verhindern kann (Kohli 2005). Zu definieren, wann Wohnen im Alter gesundheitsgerecht ist, stellt sich jedoch genau so schwierig dar wie die Benennung der Faktoren für Lebensqualität im Alter. Wohnen, Alter, Lebensqualität und Gesundheit sind mehrdimensionale Konstrukte, die sich in einer Wechselwirkungsabhängigkeit gegenseitig beeinflussen (Cifuentes 2007).

Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich dieser Beitrag mit folgenden Fragen: Welche Wohnformen ermöglichen eine möglichst selbstständige Lebensführung bis ins hohe Alter hinein? Inwiefern eignen sich diese für die unterschiedlichen Bedarfs- und Bedürfnislagen spezifischer Zielgruppen (selbstständige Ältere vs. Ältere mit ausgeprägtem Pflegebedarf)?

Dieser Buchbeitrag ist folgendermaßen gegliedert: Zunächst wird ein Überblick über Wünsche und Vorstellungen in Bezug auf die Wohn- und Versorgungssituation im angenommenen Fall einer Pflegebedürftigkeit im Alter gegeben. Ferner werden diese Vorstellungen in Hinblick auf die gegenwärtige Verteilung der Wohnformen in Deutschland diskutiert. Darüber hinaus liefert dieser Beitrag eine Definition klassischer und innovativer Wohnformen im Alter. Im selben Abschnitt werden zusätzlich deren grundlegendste Merkmale tabellarisch festgehalten und im Fazit kritisch abgewogen. Abschließend wird auf vier Good-Practice-Wohnprojekte verwiesen, die im Anhang an diesen Band in Form von Steckbriefen angeführt sind.

2.2 Wunsch und Realität: Wohnen im Alter im Falle der Pflegebedürftigkeit

2.2.1 Wünsche und Erwartungen: Ergebnisse aus der COMPASS-Studie

Dieser Abschnitt beschreibt die Vorstellungen älterer Frauen und Männer hinsichtlich ihrer Wohnsituation und Versorgung im Falle von Pflegebedürftigkeit anhand der bundesweiten COMPASS-Studie, die in den Jahren 2009/2010 am Institut für Medizinische Soziologie der Charité, Universitätsmedizin Berlin durchgeführt wurde. Bei dieser Befragung handelt es sich um eine postalische Versichertenbefragung, bei der insgesamt 20 000 zufällig ausgewählte Versicherte der Generation 40 plus aus vier verschiedenen privaten Pflegeversicherungen in Deutschland angeschrieben wurden. Davon konnten 6 218 (Response 31,1 %) erfasst werden (Kuhlmeiy 2010). Ziel dieser Studie war es, darzustellen, welche Erwartungen und Wünsche alte Menschen an ihre Wohnumgebung haben, sollten sie pflegebedürftig werden.

Die Frage, welche Wohn- und Versorgungsform die Studienteilnehmer im Fall einer angenommenen Pflegebedürftigkeit präferieren würden, wurde wie folgt beantwortet: Die meisten Befragten (64,0 %) ziehen ein Pflegearrangement in der gewohnten Häuslichkeit vor. Die hochbetagten Befragten (90 Jahre und älter) bilden hier eine Ausnahme: Im Fall einer Pflegebedürftigkeit würde diese Altersgruppe sich häufiger für eine Unterbringung im Pflegeheim entscheiden. Innovative Versorgungsformen wie Betreutes Wohnen oder Mehrgenerationenhäuser ziehen 19,7 % der Studienteilnehmer in Erwägung. Dabei ist ein signifikanter Altersgradient zu vermerken ($p < 0,001$). Die Befragten bis zum 70. Lebensjahr wählen signifikant häufiger innovative Versorgungsformen als die Befragten der Generation 70 plus (siehe dazu auch Teti et al. 2012).

2.2.2 Derzeitige Verteilung der Wohnformen im Alter

Die Vielfalt an potenziellen Wohn- und Versorgungsformen im Alter spiegelt sich jedoch kaum in der Realität wider. Im Hinblick auf die Verteilung von Wohn- und Versorgungsformen in Deutschland haben sich in den letzten 20 Jahren kaum Veränderungen gezeigt. Nach dem 2. Altenbericht zu Wohnen im Alter lebten im Jahr 1994 94 % der Befragten über 65 Jahre in der gewohnten Häuslichkeit (sog. normale Wohnung) (Tabelle 2–1). Rund 4,6 % wurden in Alten- oder Pflegeheimen versorgt. Weniger als 1 % der älteren Frauen und Männer hatten sich für alternative Wohnformen wie Betreutes Wohnen, Wohn- und Hausgemeinschaften sowie Mehrgenerationenwohnen entschieden (DBT 1998). Eine Dekade später sieht die Verteilung der Wohnformen nach einer repräsentativen Befragung (BMVBS 2011) wie folgt aus: Die häufigste Wohnform im Alter ist weiterhin die eigene Häuslichkeit (92 %). Nur insgesamt 8 % der älteren Frauen und Männer entscheiden sich für alternative Wohnformen; darunter sind ganze 4 % Pflegeheimbewohner. Von denjenigen über 65 Jahre, die bereits pflegebedürftig sind, werden über 68 % zu Hause gepflegt und rund 32 % in Heimen versorgt (Destatis 2011). Daten zu den spezifischen Wohnformen erweisen sich allerdings als begrenzt verwertbar, da eine eindeutige Zuordnung bislang nicht immer möglich war. Wohn- und Versorgungsformen au-

Tabelle 2–1

Verteilung der Wohnformen im Alter (65plus)

	2. Altenbericht 1998	BMVBS 2011	Pflegestatistik 2011
„Normale“ Wohnungen	94,0 %	92,0 %	68,4 % der Pflegebedürftigen
Alten- und Pflegeheim	4,6 %	4,0 %	31,6 % der Pflegebedürftigen
Betreutes Wohnen	0,3 %	2,0 %	
Trad. Altenwohnungen	0,7 %	1,0 %	
Pflegewohngruppen	<0,1 %	1,0 %	
Gemeinschaftliches Wohnen	<0,1 %	<1,0 %	
	Erhebung 1994	Erhebung 2008	Erhebung 2007
Grundgesamtheit	Bevölkerung ab 65 Jahre	Bevölkerung ab 65 Jahre	Pflegebedürftige aller Altersgruppen

Pflege-Report 2015

WidO

ßerhalb der gewohnten Häuslichkeit sind größtenteils innovative Wohnangebote, die in den bisherigen Befragungen und Erhebungen lediglich unzureichende Berücksichtigung gefunden haben. Angesichts dessen leistet der folgende Abschnitt „Glossar zu Wohn- und Versorgungsformen“ einen Beitrag zur Einordnung traditioneller und vor allem innovativer Wohnformen.

2.3 Glossar zu Wohn- und Versorgungsformen

Die Bezeichnung einzelner Wohnformen wird in der Literatur teilweise uneinheitlich verwendet. Einige Wohnformen sind daher aufgrund der unklaren Anwendung einschlägiger Begrifflichkeiten schlecht zu erfassen. Der folgende Abschnitt liefert einen Beitrag zur Definition und Abgrenzung der bekanntesten Wohnformen. Diese werden hier in Form eines Glossars aufgelistet und kurz charakterisiert.

Vollstationäre Pflege

Pflege- und Altenheim steht für eine stationäre Unterbringungsform von älteren Frauen und Männern mit ausgeprägtem Pflegebedarf. Diese Form der vollstationären Pflege ist darauf ausgerichtet, alten Menschen, die nicht mehr eigenständig in der Lage sind, ihren Haushalt zu führen und eine besondere pflegerische Betreuung benötigen, eine umfassende vollstationäre Betreuung zu gewährleisten (BMG 2014). Service und Pflege werden durch die jeweiligen Träger wahrgenommen. Die vollstationäre Pflege ist eine vergleichsweise kostspielige Versorgungsform (Wingefeld 2008). Je nach Pflegestufe zahlt die Pflegekasse einen Betrag (bis zur jeweiligen Leistungsgrenze), der jedoch lediglich die Kosten der Pflege deckt. Für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige selbst aufkommen. Vollstationäre Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung findet erst dann statt, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht ausreichen und folglich eine sogenannte Heimbedürftigkeit besteht. Letztere wird von den Pflegekassen in Zusammenarbeit mit dem

Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) festgestellt. Trotz des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ bleiben Alten- und Pflegeheime quantitativ immer noch die bedeutendste Sonderwohnform für Ältere. Die Heimunterbringung ist im letzten Jahrzehnt noch einmal deutlich ausgeweitet worden, mit einem Zuwachs von 15,6% der Pflegeplätze im Zeitraum 2005 bis 2011 (Kremer-Preiß 2014) bzw. von 26,2% im Zeitraum 1999 bis 2011 (Rothgang et al. 2013). Parallel zum Anstieg der Heimplätze wächst kontinuierlich die Anzahl der Pflegeheime mit einem Zuwachs von 29,0% im Zeitraum 2005 bis 2011 (Rothgang et al. 2013).

Betreutes Wohnen

Der Begriff Betreutes Wohnen ist in Deutschland gesetzlich nicht festgelegt. Es handelt sich dabei um einen Sammelbegriff für unterschiedlich organisierte Kombinationen von Wohnen, Betreuung und Pflege. Im Idealfall mietet der Bewohner eine zentral gelegene barrierefreie bzw. barriere reduzierte Wohnung, meist in einer speziellen Wohnanlage. Darüber hinaus muss er ein Paket von Grundleistungen des jeweiligen Trägers abnehmen, für die monatlich eine sogenannte Betreuungspauschale zu entrichten ist. Diese spezielle Wohnform ist auf eine zugehende kontinuierliche Betreuung ausgerichtet, die jedoch nicht eine ständige Anwesenheit des Betreuungspersonals vorsieht (Crößmann 2005). Das Betreute Wohnen eignet sich für Bewohner und Bewohnerinnen, die über ein hohes Maß an Selbständigkeit verfügen. Diese profitieren im Wesentlichen von einer psychosozialen Betreuung und Beratung sowie von der sozialen Integration, die dieses besondere Setting anbietet. Anfangs 2000 gab es bereits ca. 4 000 solcher Wohnanlagen, in denen 230 000 ältere Menschen lebten. Dies entspricht knapp 2,0% der bundesweiten Versorgungsquote der 65-Jährigen und Älteren (Kremer-Preiß 2012). Das Betreute Wohnen ist auch als Service Wohnen bekannt geworden. Gemeint ist damit ein Wohnverhältnis, bei dem verschiedene Dienstleistungen inbegriffen sind. Der Grundservice enthält zum Beispiel Hausmeisterdienste, Notrufanschlüsse und die Lieferung warmen Essens. Ein zusätzlicher Wahlservice kann Pflege, Verpflegung, Reinigung der Wohnung sowie den Wäschedienst umfassen. Die Wohnform des Betreuten Wohnens unterliegt nicht den heimrechtlichen Bestimmungen, die für Pflegeheime und vollstationäre Einrichtungen gelten (Kremer-Preiß 2003).

Altersgerechtes barrierefreies Wohnen

Altersgerechtes Wohnen wird in der gängigen Literatur nicht klar umschrieben, da eine gesetzliche bzw. allgemeingültige Definition dieses Begriffs bisher nicht formuliert worden ist (Teti 2013). Hierbei handelt es sich um private Wohnungen, die dank einer alterskompatiblen baulichen Ausstattung eine überwiegend selbständige Haushaltsführung ermöglicht. Die vor Kurzem erschienene Definition des Bundesbauministeriums sieht für die altersgerechte Wohnung Folgendes vor: Diese Wohnform „umfasst nicht nur eine weitgehend barrierefreie/-reduzierte Wohnung, sondern auch ein barrierefreies/-reduziertes Wohnumfeld, die ortsnahe Verfügbarkeit wesentlicher Infrastruktureinrichtungen sowie soziale und pflegerische Unterstützungsangebote. Von einer barriere reduzierten Wohnung wird ausgegangen, wenn bestimmte Mindeststandards [...] eingehalten werden“ (BMVBS 2011, S. 25). Letzteres wird anhand folgender vier Kriterien dargelegt: maximal drei Stufen zum Wohnungseingang, keine Stufen im Wohnbereich, ausreichende Bewegungsflächen

und Türbreiten sowie eine bodengleiche Dusche. Eine solche Wohnsituation kann durch ambulante Dienste (Hauswirtschaftshilfe, Essen auf Rädern, Pflegedienst) unterstützt werden. Demzufolge lässt sich bei Bedarf auch die angestammte Wohnung durch entsprechende Anpassungen altersgerecht umwandeln. Die Kosten für eine solche Anpassung hat in der Regel der Mieter zu tragen. Bei einer Wohnraumanpassung ist die Genehmigung des Vermieters einzuholen. Hat der Vermieter zugestimmt, so behält er ein Mitspracherecht bei der Umsetzung der Maßnahmen. Außerdem kann der Besitzer beim Auszug des Mieters den späteren Rückbau der Veränderungen verlangen (Rückbaupflicht, BGB § 546a Abs. 1) (Teti 2012). Für eine Wohnraumanpassung kann im Fall einer Pflegebedürftigkeit eine finanzielle Unterstützung für wohnverbessernde Maßnahmen (SGB XI § 40 Abs. 4) beantragt werden. Zudem besteht hierfür die Möglichkeit, geförderte Kredite für barriere-reduzierende Maßnahmen oder für den Kauf umgebauten Wohnraums bei der nationalen Förderbank KfW zu beantragen.

Gemeinschaftliches Wohnen

Diese innovative Wohnform richtet sich an ältere Menschen, die noch bedingt selbstständig zu leben in der Lage sind und vor allem mit anderen in Gemeinschaft leben wollen (Kremer-Preiß 2014). Darunter fallen Mehrgenerationenhäuser und Wohngemeinschaften mit anderen älteren Menschen. Das Interesse an gemeinschaftlichen Wohnprojekten wächst und in den vergangenen Jahren haben sich (meist selbstorganisierte) gemeinschaftliche Wohnformen verbreitet. Altwerden in der Gemeinschaft, generationsübergreifendes Wohnen in guter Nachbarschaft sind Wünsche, die in Deutschland zunehmen. Ein Grund dafür könnte im gegenwärtigen Zuwachs der Einpersonenhaushalte gesehen werden. Einer bundesweiten Umfrage zufolge (n=4.197 zwischen 65 und 85 Jahre) würden heutzutage 31,0% der Befragten das gemeinschaftliche Wohnen einem Einpersonenhaushalt im Alter vorziehen (Heinze 2013). Eine Quantifizierung der tatsächlichen Angebote an gemeinschaftlichem Wohnen ist allerdings aufgrund fehlender verlässlicher Datenquellen schwierig. Nach Schätzungen ging man im Jahr 2000 von 250 solchen Projekten gemeinschaftlichen Wohnens aus, in denen knapp 8000 ältere Menschen leben (Kremer-Preiß 2003). Gegenwärtig schätzt man, dass die Anzahl derartiger Projekte deutschlandweit bis auf 700 gestiegen sein könnte (Besser 2010).

Wohnen mit Demenz

Zu den alternativen Wohn- und Versorgungsformen zählen ambulant betreute Wohngemeinschaften (WGs) für Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz. In dieser Wohnform sind Bewohner und Bewohnerinnen Mieter einer gemeinsam genutzten Wohnung. Pflege- und Demenz-WGs können als Pflegearrangement betrachtet werden, das zwischen der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit und einer vollstationären Versorgung angesiedelt ist (Wolf-Ostermann 2013). Sie stellen „keine intermediäre Versorgungslösung dar, da die meisten BewohnerInnen bis zu ihrem Tod in der WG verbleiben“ (Gräske 2013). Diese spezielle Wohnform sieht vor, dass typische familienähnliche Lebens- und Wohnstrukturen beibehalten werden. Betreuung und Pflege werden in der Regel von professionellen ambulanten Pflegediensten übernommen, doch Angehörige können auf Pflege und Betreuung Einfluss nehmen und/oder auch selbst die Pflege und den Alltag ihrer Angehörigen mitge-

stalten (Patlewko 2002). Im Allgemeinen hat in den betreuten Wohngemeinschaften jeder Bewohner ein eigenes Zimmer. Wohnzimmer, Küche und teilweise Bäder, die den Bedürfnissen der BewohnerInnen angepasst sind, werden gemeinschaftlich genutzt bzw. geteilt (Kremer-Preiß 2003). Derzeit sind in Deutschland rund 1 400 solcher WGs mit insgesamt über 10 000 Versorgungsplätze bekannt (Gräske 2013). Diese alternative Wohn- und Versorgungsform wird seit 2013 nach dem neuen Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG: BMG 2013) explizit gefördert. Pro Wohngemeinschaft können bis zu 10 000 EUR für nötige Umbaumaßnahmen sowie eine monatliche Pauschale von 200 EUR pro Bewohner beantragt werden (Gräske 2013).

Siedlungsgemeinschaften

Eine innovative und durchaus zukunftssträchtige Wohnform für das Alter ist die Siedlungsgemeinschaft. Hierunter versteht man Gemeinschafts- und Hilfsangebote für Bewohner einer bestehenden Siedlung. Vor dem Hintergrund, dass ganze Siedlungen altern und zunehmend mit Problemen älterer Menschen konfrontiert werden, können in bestehenden Siedlungen von Wohnungsbaugesellschaften oder aus privater sowie kommunaler Initiative Unterstützungsangebote für ältere Menschen organisiert werden (Kremer-Preiß 2003). Das entscheidende Kriterium für diese Wohnform ist das Entstehen eines sozialen Netzwerks über das Wohnen hinaus: Siedlungsgemeinschaften entstehen erst, wenn zu dem Wohnen in einer Siedlung eine aktive und wirksame Nachbarschaft vor Ort hinzukommt (BMFSFJ 2006). Eine einheitliche Verwaltung, beispielsweise im Rahmen einer Wohnungsgenossenschaft oder Wohnungsbaugesellschaft, ist allein aber nicht ausreichend, um die Entstehung einer Siedlungsgemeinschaft zu begründen.

Pflege im Ausland

Aus nachvollziehbaren Kostengründen entscheiden sich deutsche Bürger immer öfter für ein Pflegearrangement im Ausland, denn etwa in osteuropäischen oder südostasiatischen Staaten fallen Pflege und Betreuung weit günstiger aus als in Deutschland (Stormer 2011). Doch bei einer solchen Entscheidung sollte von Fall zu Fall eingehend geprüft werden, welche Kosten von der deutschen Pflegeversicherung übernommen werden. Das Spektrum des Pflegeangebots im Ausland ist äußerst differenziert: Das Angebot reicht von der Pflege-WG bis zum herkömmlichen Pflegeheim. Qualität und Umfang dieser Pflegeversorgung ist bisher kaum untersucht worden; daher gibt es zum jetzigen Zeitpunkt noch keine belastbare Datenlage, die eine Beurteilung solcher Pflegearrangements ermöglicht.

2.4 Fazit

Tabelle 2–2 enthält eine Synopse der bereits erörterten Wohn- und Versorgungsformen. Neben der Auflistung von Merkmalen wie Rechtsform, Vertragslage und Finanzierungsmöglichkeiten werden der Aspekt der möglichen Selbstbestimmung der Bewohner sowie die Vor- und Nachteile der jeweiligen Wohnform kritisch abgewägt. Ferner werden Zielgruppen genannt, für die sich das jeweilige Wohnange-

Tabelle 2-2
Synopse der Wohn- und Versorgungsformen im Alter

Wohn- und Versorgungsform	Rechtsform/Vertragslage	Finanzierung	Grad der Selbstbestimmung	Vorteile	Nachteile	Zielgruppe
Vollstationäre Pflege	<p>Gesetzeslage: Heimgesetz (HeimG)</p> <p>Träger: Juristische Person, die das Heim unterhält (in der Regel GmbH)</p> <p>Verträge: Heimbewohner schließen einen Heimvertrag mit dem Träger (Behandlungsvertrag) / der Träger schließt Verträge mit den Krankenkassen</p>	Kosten der Pflege werden von der Pflegekasse finanziert. Unterkunft und Verpflegung können im Rahmen der Pflegeversicherung übernommen werden.	Geringe Möglichkeit, das Wohnumfeld an persönliche Bedürfnisse anzupassen und den Alltag selbst zu gestalten	Umfassendes Pflege- und Betreuungsangebot für alte Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, selbstständig ihren Haushalt zu führen	Vergleichsweise kostspielige Versorgungsform, die lediglich auf eine funktionelle Pflege ausgerichtet ist	Eignet sich für die stationäre Unterbringung von Personen mit ausgeprägtem Pflegebedarf (rund um die Uhr)
Betreutes Wohnen	<p>Gesetzeslage: Wohn- und Betreuungsgesetz (WBVG)</p> <p>Träger: juristische Person, die das Betreute Wohnen unterhält: i. d. R. GmbH oder eingetragene Vereine (e. V.)</p> <p>Verträge: Bewohner schließen einen Mietvertrag und/oder Pflegeverträge mit dem Träger</p>	Kosten sind zunächst von den Bewohnern selbst zu finanzieren. Bei Inanspruchnahme von pflegerischen Leistungen können diese von der Pflegekasse übernommen werden.	Geringe Möglichkeit, das Wohnumfeld zu beeinflussen, jedoch freie Gestaltung des Wohnalltags	Bewohner profitieren von einer psychosozialen Betreuung und Beratung sowie von einem hohen Maß an sozialer Integration in der Einrichtung	Geringere Selbstbestimmung und Gestaltungsfreiheit als in privaten Haushalten	Eignet sich für Bewohner, die über ein hohes Maß an Selbständigkeit verfügen und von der sozialen Unterstützung im Setting profitieren können
Altersgerechtes barrierefreies Wohnen	<p>Gesetzeslage: allgemeines Privatrecht (BGB) bzw. Mietrecht</p> <p>Träger: Bewohner oder Eigentümer der Wohneinheit</p> <p>Verträge: Bewohner schließen einen Miet- bzw. Kaufvertrag und geben bei Bedarf die altersgerechte Sanierung der Wohnung in Auftrag</p>	Miet- und Kaufkosten sind zunächst von den Bewohnern selbst zu finanzieren. Umbaukosten können über die Pflegeversicherung und/oder KfW-Kredite finanziert werden	Hohes Maß an Gestaltungsfreiheit des eigenen Wohnumfelds sowie an Selbstbestimmung im Wohnalltag	Bewohner können in den angestammten Wohnungen verbleiben, ohne einen Umzug in Kauf zu nehmen	Beim Auszug aus einer angepassten Mietwohnung kann der Vermieter den Rückbau der Veränderungen verlangen	Eignet sich für Bewohner, die über ein hohes Maß an Selbständigkeit verfügen und geringen Pflegebedarf

<p>Gemeinschaftliches Wohnen</p>	<p>Unterschiedliche Gesetzeslage: allgemeines Privatrecht (BGB) / Mietrecht / Eingetragene Vereine (e. V.) / eingetragene Genossenschaft (eG)</p>	<p>Miet-, Kauf- oder Beteiligungskosten sind zu tragen Hohes Maß an Gestaltungsfreiheit des eigenen Wohnumfelds sowie an Selbstbestimmung im Wohnalltag</p>	<p>Selbstbestimmung, Gestaltungsfreiheit und Möglichkeit, auf Angebote der nachbarschaftlichen Hilfe zurückzugreifen</p>	<p>In der Regel selbstinitiierte Wohnprojekte: bisher geringes Angebot</p>	<p>Eignet sich für selbstständige Bewohner, die von der sozialen Unterstützung im Setting profitieren können und wollen</p>
<p>Demenz- und Pflege-WG</p>	<p>Gesetzeslage: Wohn- und Betreuungsgesetz (WBVG) Träger: i. d. R. Sozial- oder Pflegedienste Verträge: WG-Bewohner schließen einzelne Mietverträge mit dem Vermieter (Träger). Zusätzlich können Bewohner selbst eine BGB-Innungsgesellschaft bilden. Aus diesem Gesellschaftsvertrag ergeben sich einzelne Rechte und Pflichten der Mieter untereinander</p>	<p>Gemäß PNG (BMG 2013) werden Demenz- und Pflege-WGs mit einem Betrag bis zu 10.000 EURO gefördert. Zusätzlich kann ein Pauschalbetrag von 200 EURO pro Bewohner beantragt werden</p>	<p>Professionelle Pflege in familienähnlichen Lebens- und Wohnstrukturen. Angehörige können auf Pflege und Betreuung Einfluss nehmen und/oder auch sich selbst in die Pflege einbringen.</p>	<p>Erfordert den Umzug in eine neue Wohnsituation</p>	<p>Eignet sich für Menschen, die einen erhöhten Pflege- oder Behandlungsbedarf haben und in einer Gruppe integriert werden können und möchten</p>
<p>Siedlungsgemeinschaften</p>	<p>Gesetzeslage / Träger: i. d. R. eingetragene Genossenschaft (e.G.) oder eingetragener Verein (e.V.) Verträge: Bewohner einer Siedlung haben i. d. R. Mietverträge mit dem Vermieter (z. B. Wohnungsbaugesellschaft/WBG) bereits geschlossen. Zusätzlich können Pflege- und Betreuungsverträge mit Pflegediensten geschlossen werden</p>	<p>Mietkosten sind zunächst von den Bewohnern selbst zu finanzieren. Zusätzliche Pflegekosten können von der Pflegekasse finanziert werden</p>	<p>Die angestammte Wohnsituation bleibt erhalten, zusätzlich verfügt man über ein soziales Netzwerk, das über das Wohnen hinausgeht. Es besteht die Möglichkeit, auf Angebote der nachbarschaftlichen Hilfe zurückzugreifen</p>	<p>Bisher geringes Angebot. Die Initiierung solcher Projekte erfordert Absprachen und Synergien zwischen Stadtverwaltung, WBG und Pflegediensten</p>	<p>Eignet sich für selbstständige Bewohner, die von der sozialen Unterstützung im Setting profitieren können und wollen</p>
<p>Pflege im Ausland</p>	<p>Gesetzeslage: keine vorgeschriebene Rechtsform Träger: i. d. R. private Unternehmen Verträge: unterschiedlicher Art im Rahmen des allgemeinen Privatrechts</p>	<p>Sämtliche Wohn- und Pflegekosten sind zunächst vom Bewohner zu tragen</p>	<p>Unter Umständen geringere Pflege- und Betreuungskosten als in Deutschland</p>	<p>Erfordert einen Umzug ins Ausland</p>	<p>Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es keine belastbare Datenlage, die eine Einschätzung solcher Pflegearrangements ermöglicht</p>

bot eignet. Von allgemeinen Empfehlungen zur „richtigen“ Wohnform für das Alter wird aufgrund der großen Heterogenität der gesamten Zielgruppe älterer Menschen abgesehen. Bei der Auswahl der geeigneten Wohnform spielt nicht nur die sich im individuellen Altersverlauf verändernde Bedarfs- und Bedürfnislage eine bedeutende Rolle. Ebenso wichtig für eine Entscheidung sind persönliche Vorstellungen und Wünsche. Demzufolge sollten die in Frage kommenden Wohnformen von Fall zu Fall eingehend geprüft und vor allem unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung der Betroffenen gewählt werden.

Praxisbeispiele

In Teil II dieses Bandes (Kapitel 13–17) werden Beispiele von bestehenden Wohn- und Versorgungsformen der Pflege im Alter in Form von Steckbriefen vorgestellt. Hierfür wurden die Träger von ausgewählten Wohnangeboten darum gebeten, ihr Projekt und das Gründungskonzept kurz zu beschreiben. Zudem wurden rechtliche Aspekte und Finanzierungsmöglichkeiten der jeweiligen Wohnprojekte erfragt. Abschließend hatten die Autoren die Möglichkeit, über Erfahrungen bezüglich der Entwicklung des Wohnprojekts zu berichten und Empfehlungen auszusprechen, die sich daraus ableiten lassen. Diese Sammlung von Praxisbeispielen umfasst das Betreute Wohnen (Bremer Heimstiftung: Sörensen, Kapitel 14), eine Demenz-WG und eine Senioren-WG aus Berlin (Pflagestation Meyer Kratzsch: Meyer, Kapitel 15 bzw. Seniorenwohngemeinschaft: Hommel, Kapitel 13), eine schweizerische Demenzeinrichtung (Sonnweid, Wetzikon: Mühlegg, Kapitel 16) und ein Siedlungs- und Quartiersprojekt (Goethe15sen, Kassel: Mengel-Müller, Kapitel 17).

Literatur

- Baltes MM, Maas I, Wilms HU, Borchelt M. Alltagskompetenz im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg). Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag 1996; 525–42.
- Besser J. Zusammen ist man nicht allein: Alternative Wohnprojekte für Jung und Alt. Patmos: Mannheim 2010.
- BMFSFJ. Wohnen im Alter. Strukturen und Herausforderungen für kommunales Handeln. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung der Landkreise und kreisfreien Städte. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg). Bonn 2006.
- BMG. Pflege-Neuausrichtung-Gesetz PNG. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) 2013. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/glossarbegriffe/p-q/pflege-neuausrichtung-gesetz.html> (15. August 2014).
- BMG. Glossar: Stationäre Pflege. Bundesministerium für Gesundheit BMG (Hrsg) 2014. <http://www.bmg.bund.de/pflege/leistungen/stationaere-pflege.html> (15. August 2014).
- BMVBS. Wohnen im Alter. Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung BMVBS (Hrsg) Forschungen, Heft 147. Berlin 2011.
- Bonnefoy X. Inadequate housing and health: an overview. *Int. J Environment and Pollution* 2007; 30 (3/4): 411–29
- Braubach M, Jacobs DE, Ormandy D. Environmental Burden of Disease Associated with Inadequate Housing. WHO Regional Office for Europe (Hrsg). Copenhagen 2011.
- Cifuentes F, Weber A. Gesundheitsgerechtes Wohnen im Alter – Interventionsbereiche für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Lautersack et al. Hat Alter(n) noch Zukunft? Frankfurt/Main: Mabuse: 2007.

- Crößmann C, Börner KH. Neue Wohn- und Betreuungsformen im heimrechtlichen Kontext. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ (Hrsg). Rostock 2005.
- Destatis. Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Hrsg) 2011.
- Deutscher Bundestag. Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alter. Drucksache 13/9750. Bonn: Deutscher Bundestag (DBT) (Hrsg) 1998.
- Dieck M. Wohnen. In: Oswald F et al. (2. Aufl.). Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer 1991.
- Gräske J, Worch J, Meyer S, Wolf-Ostermann K. Ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen in Deutschland. Eine Literaturübersicht zu Strukturen, Versorgungsergebnissen und Qualitätsmanagement. Bundesgesundheitsblatt 2013; 56 (10): 1410–17.
- Heinze RG. Altersstudie 2013: Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Generali und Institut für Demoskopie Allensbach. Fischer: Frankfurt am Main 2013; 303–20.
- Iwarsson S, Wahl HW, Nygren C, Oswald F, Sixsmith A, Sixsmith J, Széman Z, Tomsone S. Importance of the home environment for healthy aging: conceptual and methodological background of the European ENABLE-AGE Project. The Gerontologist 2007; 47 (1): 78–84.
- Kohli M, Künemund H (Hrsg). Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey (2. Aufl.). Wiesbaden: VS-Verlag 2005.
- Kremer-Preiß U, Stolarz H. Leben und Wohnen im Alter. Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse. Köln: Bertelsmann Stiftung/Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) 2003.
- Kremer-Preiß U. Aktuelle und zukunftssträchtige Wohnformen für das Alter. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP. Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen (2. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer 2012; 554–61.
- Kremer-Preiß U, Mehnert T (Hrsg). Wohnatlas. Rahmenbedingungen der Bundesländer beim Wohnen im Alter. Teil 1: Bestandsanalyse und Praxisbeispiele. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)/Wüstenrot Stiftung 2014.
- Kuhlmei A, Dräger D, Winter M. COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. Informationsdienst Altersfragen 2010; 37 (4): 4–11.
- Lawton MP. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. San Diego: Academic Press 1991.
- Mielck A, Bolte G. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen: Neue Impulse für Public Health Forschung und Praxis. In: Bolte G, Mielck A (Hrsg). Umweltgerechtigkeit: Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen. Weinheim: Juventa 2004; 7–28.
- Oswald F. Wohnbedingungen und Wohnbedürfnisse im Alter. In: Schlag B, Megel K. Mobilität und gesellschaftliche Partizipation im Alter. Stuttgart: Kohlhammer 2002; 97–111.
- Oswald F, Wahl HW, Schilling O, Nygren C, Fänge A, Sixsmith A, Sixsmith J, Széman Z, Tomsone S, Iwarsson S. Relationships between housing and healthy aging in very old age. The Gerontologist 2007; 47 (1): 96–107.
- Pawletko K. Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen. Bonn: Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg) 2002.
- Rosenbrock R, Michel C. Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitsförderung. Berliner Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften VIII. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2007.
- Rothgang H, Müller R, Unger R. Barmer GEK Pflegereport 2013. Reha bei Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Barmer GEK, Band 23. Schwäbisch-Gmünd 2013.
- Saup W. Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer 1993.
- Spangenberg L, Glaesmer H, Brähler E, Kersting A, Strauß B. Nachdenken über das Wohnen im Alter: Einflussfaktoren auf wohnbezogene Zukunftspläne und Wohnpräferenzen in einer repräsentativen Stichprobe ab 45-Jähriger. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2013; 46 (3): 251–9.
- Stormer C. Dement unter Palmen. Zeit Online: Gesellschaft. 28. Juni 2011. <http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2011-06/demenz-pflege-thailand> (15. August 2014).

- Teti A, Kuhlmei A, Dräger D, Blüher S. Prädiktoren individueller Wohnmobilität älterer Frauen und Männer. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2012; 7 (4): 278–85.
- Teti A, Grittner U, Kuhlmei A, Blüher S. Wohnmobilität im Alter. Altersgerechtes Wohnen als primärpräventive Strategie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2013; 47: 320–8.
- Wahl HW, Oswald F. Altern in räumlich- sozialen Kontexten: Neues zu einem alten Forschungsthema. In: Reichert M, Gösken E, Ehlers A (Hrsg). Was bedeutet der demografische Wandel für die Gesellschaft? Hamburg: Lit-Verlag 2007; 55–75.
- Wingenfeld. Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei A, Schaeffer D (Hrsg). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber 2008; 370–81.
- Wolf-Ostermann K, Worch A, Meyer S, Gräske J. Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflegebedarf. Versorgungsangebote und gesetzliche Rahmenbedingungen in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2013.

3 Pflege in neuen Wohn- und Versorgungsformen – die Wahrnehmung der älteren Bevölkerung

Klaus Zok und Antje Schwinger

Abstract

Der Beitrag liefert ein dezidiertes Bild der Erwartungen und Vorstellungen der älteren Generation zu verschiedenen Pflegealternativen zwischen Heim und Häuslichkeit. Hierzu wurde im Sommer 2014 eine – bezogen auf die Altersgruppe 50–80 Jahre – bevölkerungsrepräsentative Grundgesamtheit von 2006 Personen telefonisch befragt. Der Mehrheit der Befragten ist Pflegebedürftigkeit in der einen oder anderen Form bereits begegnet. 71,5 Prozent finden das Thema sehr wichtig.

In der Gesamtschau zeigt sich, dass die Generation 50 plus neuen Wohn- und Angebotsformen grundsätzlich offen gegenübersteht. Mit Ausnahme der Pflege im Ausland werden alle thematisierten Angebote eher als attraktiv denn unattraktiv eingestuft. Betreutes Wohnen stellt die bekannteste Versorgungsform und die mit den höchsten Zustimmungswerten (54,1 %) dar. Assoziiert werden damit professionelle Pflege und eine gute medizinische Versorgung. Fast jeder Dritte (31 %) geht jedoch davon aus, dass ein solches Angebot für ihn zu teuer wäre.

Eine hohe Zustimmung erfährt auch das Konzept des Mehrgenerationenhauses (51,8 %). Im Vordergrund steht dabei der soziale Rahmen und die gegenseitige Unterstützung von Jung und Alt. Im Vergleich dazu fällt die Bewertung von Senioren/Alten-WGs etwas zurückhaltender aus (39,0 % Zustimmung). Auch hier werden Möglichkeiten sozialer Kontakte und das Zusammenleben mit Menschen in einer ähnlichen Lebenslage gesehen, aber auch von rund einem Drittel der Älteren (34,7 %) kritisch bewertet („alt macht alt“).

Der Option einer 24-Stunden-Pflege stehen viele Befragte grundsätzlich eher positiv gegenüber (41,1 %). Der Einschätzung, dass die Qualität und die Betreuung bei einer solchen Pflege oft schlecht seien, widerspricht ein Großteil der Befragten (46,5 %). Im Gegenteil wird mit diesem Versorgungsansatz häufig professionelle Pflege und gute medizinische Versorgung bei Rundumbetreuung assoziiert, wobei die Begleitumstände („ständiges Zusammenleben mit wechselnden Fremden“) durchaus kritisch gesehen werden. Ein Pflegeheim im Ausland lehnt das Gros der Befragten ab (7,2 % Zustimmung). Gegen dieses Versorgungsmodell spricht aus Sicht der Befragten insbesondere eine komplette Aufgabe des bisherigen Lebens.

The article illustrates expectations and ideas of the older generation on different alternatives of long-term care between a nursing home and domesticity. For this

purpose, a representative population of 2,006 persons – based on the age group 50–80 years – were interviewed via telephone in the summer of 2014. The majority of respondents have already encountered nursing care in one form or another and feels that the subject is very important (71.5%).

The overall picture shows that the generation 50 plus are basically open to new residential forms. With the exception of care abroad all alternatives were classified as rather more than less attractive. Assisted living is the best known form of care and that with the highest agreement values (54.1%). Respondents associate with it professional nursing care and good medical care. Almost one in three (31%) believes, however, that assisted living would be too expensive for him or her.

The concept of multi-generational house also finds considerable approval (51.8%) due to the social context and the mutual support of young and old. In comparison, the evaluation of shared apartments for the elderly is somewhat more constrained (39.0% agreement). Again, the social contacts and living with people in a similar situation in life are approved of, but also seen critically (“old makes you old”) by about one third of the elderly (34.7%).

Many respondents are generally more in favour of the option of 24-hour care, (41.1%). Most disagree to the notion that the quality and care are often poor (46.5%). On the contrary, they often associate professional care and good medical care and all-round support with this treatment approach, whereas the living circumstances (“permanent coexistence with changing strangers”) are seen quite critical. A nursing home abroad is rejected by the majority of those polled (7.2% agreement). Particularly the complete abandonment of the previous life is unattractive.

3.1 Einleitung

Ziel der gesetzlichen Pflegeversicherung ist es, den Pflegebedürftigen einen möglichst langen Verbleib in der eigenen häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Pflegebedürftige sollen trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen. Auch deshalb setzt die Pflegeversicherung auf „ambulant vor stationär“. Dies steht in Einklang mit den Präferenzen der Betroffenen: Die Mehrzahl der Bevölkerung – auch EU-weit – wünscht, im Falle von Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld verbleiben zu können (GMS 2013; Allianz 2013; Zok 2011; Dorin und Büscher 2012; COMPASS 2010; Dittmann 2008). Damit geht eine hohe Pflegebereitschaft der Angehörigen einher (Zok 2011). Eine Unterbringung in einem Pflegeheim stellt dagegen nur für wenige eine präferierte Versorgungsalternative dar (COMPASS 2011; GMS 2013).

Gleichwohl müssen auch die Chancen diskutiert werden, die eine Pflege außerhalb der eigenen Häuslichkeit bieten kann. Insbesondere ein Umzug in eine der Lebensphase „Pflegebedürftigkeit“ angemessene Wohn- und Versorgungsform ist zu diskutieren. Je nach Bedarfslage kann hier professionelle Unterstützung im Vergleich zur vorwiegend informellen Pflege im häuslichen Umfeld durchaus positive Versorgungsimpulse setzen. Denkbar ist auch, dass sich die Gesundheitsversorgung

oder auch die gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten positiv entwickeln. Ohnehin ist zu diskutieren, inwiefern aufgrund schwindender familiärer Unterstützung vor Ort bzw. der demografischen Entwicklung perspektivisch immer mehr Personen auf Pflege außerhalb der eigenen Häuslichkeit angewiesen sein werden.

Vor diesem Hintergrund liefert dieser Beitrag ein Bild der Erwartungen und Vorstellungen der älteren Generation zu verschiedenen Alternativen zwischen Heim und Häuslichkeit. Hierzu wurde im Sommer 2014 eine – bezogen auf die Altersgruppe 50–80 Jahre – bevölkerungsrepräsentative Grundgesamtheit von 2006 Personen telefonisch (CATI) befragt.¹ Erhoben wurden zunächst die Relevanz des Themas und persönliche Erfahrungen mit dem Thema Pflege (Abschnitt 3.2). Den Schwerpunkt der Befragung bildeten mögliche Lebens- und Pflegealternativen in einer alternden Gesellschaft (Abschnitt 3.3). Nachgegangen wurde insbesondere der Frage, welche alternativen Angebotsformen der Pflege bekannt sind, wie diese bewertet werden und welche Gründe für oder gegen das jeweilige Pflegemodell sprechen.

3.2 Relevanz des Themas, persönliche Erfahrungen und Verhalten im Falle der eigenen Pflegebedürftigkeit

Die Mehrheit der befragten 50- bis 80-Jährigen gibt an, in unterschiedlicher Weise persönliche Erfahrungen mit dem Thema Pflege gemacht zu haben (Tabelle 3–1): entweder weil sie in ihrer Familie oder im Bekanntenkreis schon einmal mit dauerhaften Pflegefällen konfrontiert waren (33,6%) oder weil sie selbst einen Angehörigen oder eine nahestehende Person dauerhaft pflegen (35,5%). Ferner sind rund 3 Prozent der Befragten selbst von Pflegebedürftigkeit betroffen.² Damit haben rund drei Viertel (72%) der hier Befragten schon einmal Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit gemacht; Frauen häufiger als Männer, die Jüngeren jedoch in ähnlichem Ausmaß wie die Älteren.

Nicht überraschend ist also, dass das Thema Pflegebedürftigkeit für die über 50-Jährigen eine hohe Relevanz hat. Die Mehrheit (71,5%) hält das Thema persönlich für extrem wichtig (Tabelle 3–2). Lediglich eine Minderheit (29,1%) macht sich keine Sorgen um eine mögliche Pflegebedürftigkeit. Gleichzeitig halten nur rund ein Viertel der Befragten (26,3%) das Risiko, selbst einmal pflegebedürftig zu werden, für sehr gering. Insgesamt gibt fast jeder Zweite (48,9%) an, sich mit dem

1 Die Stichprobe wurde durch das sozialwissenschaftliche Umfragezentrum (SUZ) der Universität Duisburg-Essen gezogen. Sie gilt als bevölkerungsrepräsentativ für die Grundgesamtheit der in Privathaushalten lebenden, über eine Festnetz- oder eine Mobilfunknummer erreichbaren Personen im Alter von 50 bis 80 Jahren. Die Feld-Zeit dauerte vom 28. Juli bis zum 06. September 2014.

2 Die Stichprobe ist damit nur eingeschränkt repräsentativ für die Grundgesamtheit der Pflegebedürftigen. Nach der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes sind in der Altersgruppe ab 50 Jahre rund 7 von hundert Personen pflegebedürftig, wobei hiervon rund jeder Dritte in einem Pflegeheim lebt. Auch die Schwere der Pflegebedürftigkeit der hier Befragten – Pflegestufen 0 (14,3%), I (36,5%) und II (23,8%), 25,4 Prozent (noch keine Zuordnung) – ist nur eingeschränkt repräsentativ.

Tabelle 3–1

Pflegeerfahrungen der Befragten nach Alter und Geschlecht (in Prozent)

	Insgesamt	Altersgruppen			Geschlecht	
		50–<60	60–<70	70–80	Männer	Frauen
<i>Anzahl Befragte</i>	2006	707	646	653	738	1268
Ohne Bezug zur Pflege	27,9	29,4	24,5	29,7	30,6	26,3
Mit Pflege bereits konfrontiert	33,6	36,8	35,9	28,0	36,3	32,1
Pflegeperson	35,3	31,5	37,5	37,2	30,1	38,3
Pflegebedürftige	3,1	2,3	2,2	5,1	3,0	3,2

Pflege-Report 2015

WIdO

Thema Pflegebedürftigkeit und seinen möglichen Folgen schon einmal auseinandergesetzt zu haben.

Personen mit Pflegeerfahrung weisen bei allen Fragen eine deutlich höhere Sensibilität auf. Interessant ist ferner, dass die Einschätzung eines eigenen Pflegerisikos mit dem Einkommens- und Bildungsniveau ansteigt, der Grad der Auseinandersetzung („... habe mich schon oft damit beschäftigt ...“) mit dem Thema aber nicht. Personen mit einfacher Schulbildung und niedrigerem Einkommen setzen sich sogar häufiger mit der Frage auseinander, was eine Pflegebedürftigkeit für ihr Leben bedeuten würde, als Personen mit höherer Bildung und höherem Einkommen. Während die Einschätzung des eigenen Pflegerisikos sicher auch eine intellektuelle Frage darstellt, befassen sich Besserverdiener und höher Gebildete sicher auch deshalb weniger mit dem Thema, weil sie das Gefühl von Kompensationssicherheiten haben, was mehr Verdrängung erlaubt.

3.3 Einstellungen gegenüber neuen Angebots- und Versorgungsformen

Die Begrifflichkeiten möglicher alternativer Lebens- und Versorgungsformen im Alter wie „Betreutes Wohnen“, „Senioren- oder Alten-WG“, „Mehrgenerationenhaus“, „24-Stunden-Pflege“ oder „Pflegeheim im Ausland“ stellen offenbar kein Novum dar (Abbildung 3–1). Die Mehrheit der Befragten aus der Bevölkerungsgruppe der 50- bis 80-Jährigen gibt an, schon von Alternativen zur Pflege zu Hause oder im Pflegeheim gehört zu haben.

Allerdings antwortet auf die folgende Frage: „Haben Sie sich mit ... auch schon einmal näher beschäftigt?“ nur jeweils eine deutliche Minderheit – von „Betreutem Wohnen“ abgesehen – zustimmend mit „ja“ (Tabelle 3–3). Die sozialen Variablen differenzieren zum einen nach Geschlecht und nach Alter, Frauen haben sich erwartungsgemäß häufiger mit Pflege-Alternativen befasst als Männer (vgl. Compass 2010, S. 77), die Jüngeren der befragten Bevölkerungsgruppe häufiger als Hochbetagte. Personen, die mit dem Thema Pflege persönlich konfrontiert sind, nehmen wohl auch Alternativen häufiger wahr als dies Personen tun, die nicht betroffen

Tabelle 3-2

Einstellungen zum Thema Pflege

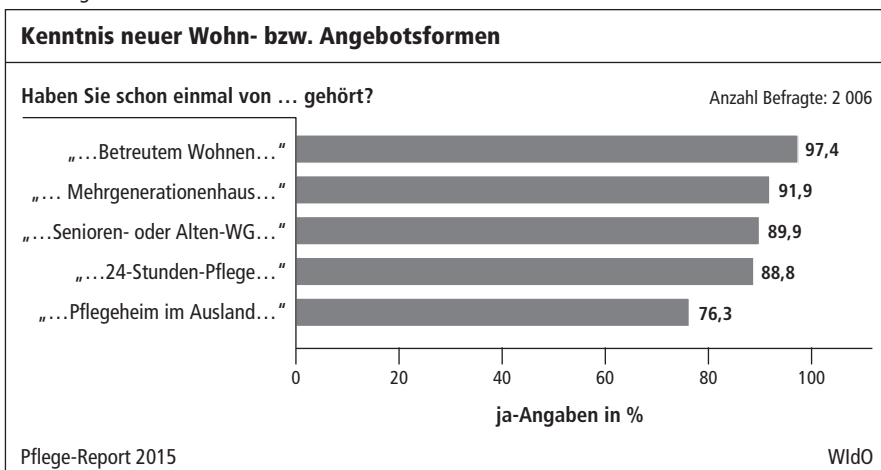
	Insgesamt	Betroffenheit*		Schulbildung			Haushaltseinkommen in Euro			
		Ohne Bezug zur Pflege	Mit Pflege bereits konfrontiert	einfach	mittel	hoch	<1000	1000-<2000	2000-<3000	>=3000
<i>Anzahl Befragte</i>	2006	560	675	708	713	754	119	465	474	504
Das Thema, „wie bin ich im Falle von Pflegebedürftigkeit versorgt“, ist mir persönlich extrem wichtig.	71,5	64,3	70,4	77,8	74,8	69,2	68,9	72,3	67,9	74,2
Über das Thema Pflegebedürftigkeit mache ich mir keine Sorgen.	29,1	30,9	28,6	28,8	30,6	25,1	35,3	31,4	31,0	23,2
Das Risiko, selbst pflegebedürftig zu werden, halte ich für sehr gering.*	26,3	28,9	26,4	24,3	25,1	22,0	35,0	28,5	27,2	20,5
Ich habe mich schon oft damit beschäftigt, was eine Pflegebedürftigkeit für mein Leben bedeuten würde.	48,9	37,5	44,3	60,5	50,6	44,4	54,6	50,5	49,2	46,4

* ohne Pflegebedürftige
Anteile „stimme zu“ und „stimme voll und ganz zu“ in Prozent

Pflege-Report 2015

WfO

Abbildung 3–1



sind. Zudem dokumentiert sich im Antwortverhalten fast durchgängig ein Anstieg des Interesses mit zunehmender Schulbildung und steigendem Haushaltseinkommen.

Die folgenden Bewertungen und Einschätzungen einzelner alternativer Lebens- und Versorgungsformen wurden sowohl standardisiert (auf einer Ordinalskala) gefragt als auch offen (mit freier Feld-Vercodung, die Antwortkategorien wurden nicht vorgelesen) erhoben. Die jeweils relevanten Angebotsformen wurden von den Interviewern zuvor anhand kurzer Erläuterungen einleitend erklärt.

3.3.1 Betreutes Wohnen

Die Frage: „Wie attraktiv ist Betreutes Wohnen für Sie?“ wurde mit der Erläuterung eingeleitet: „Man zieht in eine altersgerechte Wohnung um. In dieser Wohnung kann man je nach Bedarf flexible Hilfen bei Haushalt, Pflege und Betreuung erhalten“ (Abbildung 3–2). Mehr als die Hälfte der Befragten (54,1 %) zwischen 50 und 80 Jahren steht dieser Wohnform aufgeschlossen gegenüber und antwortet mit „sehr attraktiv“ bzw. „attraktiv“. Knapp ein Drittel (31,3 %) antwortet abwägend mit „teils, teils“. Lediglich 14,6 Prozent reagieren auf die Frage ablehnend. Die Teilgruppenanalyse relevanter und soziodemografischer Parameter ergibt an der Stelle keine signifikanten Abweichungen von den Durchschnittswerten.

Das Vorteilsargument „Betreutes Wohnen kann ich mir für mich persönlich gut vorstellen, da ich die für mich notwendigen Hilfen nach meinen Wünschen und Bedürfnissen nachfragen kann“ erzielt eine insgesamt hohe Zustimmung (64,7 %) bei den Befragten, vor allem bei Personen mit höherem Schulabschluss und Besserverdiener (Tabelle 3–4). Personen mit einfacher Schulbildung und Geringverdiener lehnen dieses Statement am häufigsten ab (18,3 % und 19,8 %). Bei der Verknüpfung dieses Angebots mit einer finanziellen Einschränkung („... viel zu teuer ...“) kann sich ein Drittel der Befragten Betreutes Wohnen aus finanziellen

Tabelle 3-3

Wahrnehmung neuer Wohn- bzw. Angebotsformen

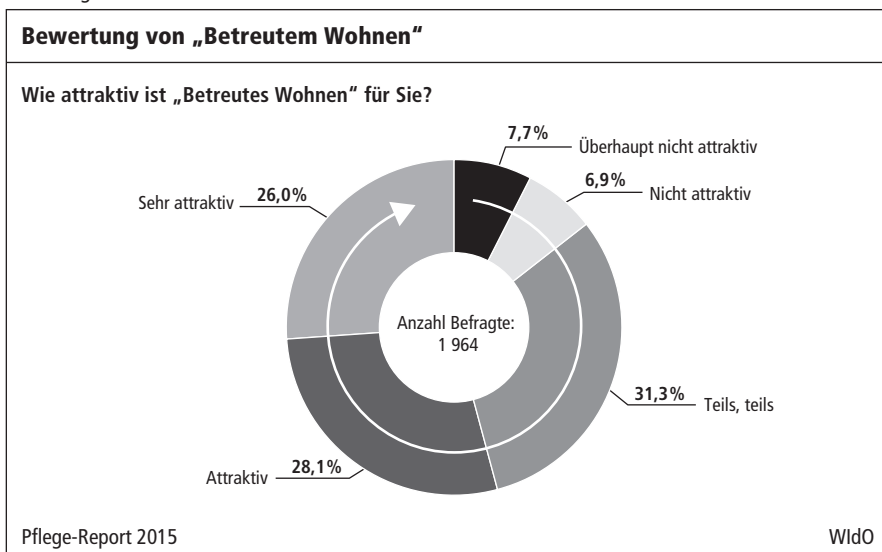
„Haben Sie sich schon einmal mit ... näher beschäftigt?“	Insgesamt	Alter		Geschlecht		Betroffenheit	Schulbildung			Haushaltseinkommen in Euro							
		50-59	60-69	70-80	männlich		weiblich	ohne Bezug	konfron- tiert	pfl. Ange- höriger	Pflege- person	ein- fach	mittel	hoch	<1 000	1 000- <2 000	2 000- <3 000
Anzahl Befragte Minimum	1 531	514	527	490	539	992	391	538	567	35	367	537	607	75	344	370	406
Anzahl Befragte Maximum	2 006	707	646	653	738	1 268	560	675	708	63	513	713	754	119	465	474	504
„... Betreutem Wohnen ...“	51,8	51,9	53,9	49,5	48,3	53,8	39,0	55,2	58,0	56,1	43,9	54,2	54,4	44,5	50,3	48,4	56,5
„... 24-Stunden- Pflege ...“	36,5	39,8	36,8	32,5	35,0	37,3	21,5	38,7	44,9	32,7	31,4	34,3	41,6	27,7	30,7	34,0	44,3
„... Mehrgenera- tionenhaus ...“	31,2	34,9	34,4	24,0	28,6	32,7	24,1	29,8	38,1	28,9	24,2	30,7	35,7	19,4	27,3	29,6	38,2
„... Senioren- oder Alten-WG ...“	29,2	33,5	32,1	21,5	26,8	30,6	21,9	29,1	34,9	27,7	22,4	26,5	35,4	22,7	26,8	25,5	35,9
„... Pflegeheim im Ausland ...“	14,9	17,5	15,2	11,8	13,9	15,4	13,6	14,7	15,9	17,1	11,7	14,2	17,3	12,0	10,5	17,0	15,5

Ja-Angaben in Prozent

Pflege-Report 2015

Wido

Abbildung 3–2



Gründen nicht vorstellen (31,7%). Die Vorbehalte steigen erwartungsgemäß mit sinkendem Einkommen (Zustimmung bei < 1 000 Euro Haushaltseinkommen: 50,9%) und finden sich bei Personen mit einfachem Schulabschluss (40,9%) und der Teilgruppe der Hochaltrigen zwischen 70 und 80 Jahren (38,3%) überdurchschnittlich häufig.

Auf die offene Frage nach Argumenten für Betreutes Wohnen („Was spricht aus Ihrer Sicht für Betreutes Wohnen?“) geben die Befragten spontan vor allem Qualitätsaspekte wie professionelle Pflege (27,5% der Befragten) und gute medizinische Versorgung (24,6%) an (Abbildung 3–3). Ferner werden häufig Argumente genannt, die den Bewohner weiterhin als eigenständig handelnden und sozial teilhabenden Akteur sehen (soziale Kontakte: 26,3%, Organisation durch Eigeninitiative ist gut: 20,5%; Selbstständigkeit: 14,9% und neues soziales Umfeld: 8,1%). 13 Prozent finden an Betreutem Wohnen positiv, dass sie dort auf Menschen treffen, die in einer ähnlichen Lebenssituation sind. 7,7 Prozent nennen die „Interessengemeinschaft“ als positiven Aspekt. Die positiven Reaktionen der Befragten in den Freitext-Antworten spiegeln häufig die Verknüpfung einer weiterhin möglichst autonomen Lebensgestaltung mit einem modularen Versorgungsmodell im Alter wider (beispielhaft: „individuell leben bei gleichzeitiger pflegerischer Betreuung“; „Eigenständigkeit und Hilfe“). Die direkte Frage, ob sie Argumente gegen diese Wohnform haben, wird von der Mehrheit der 50- bis 80-Jährigen verneint (es spricht nichts dagegen: 51,5% der Befragten).

Die Gegenargumente schwanken zwischen Angst vor den entstehenden Kosten (z. B. „alles extra zahlen“) und einer Skepsis gegenüber der Praxistauglichkeit dieses Modells (z. B. „nichts für wirklich Schwerkranke“, „doch nur 08/15-Betreuung“). In der gruppierten Darstellung (Abbildung 3–3) zeigt sich, dass das Finanzargument eine gewisse Rolle spielt (zu teuer: 12,8% der Befragten) und Befürch-

Tabelle 3-4

Einstellungen zu „Betreutem Wohnen“

„Betreutes Wohnen“ kann ich mir für mich persönlich gut vorstellen, da ich die für mich notwendigen Hilfen nach meinen Wünschen und Bedürfnissen nachfragen kann.	Ins- gesamt		Alter		Geschlecht		Schulbildung			Haushaltseinkommen in Euro			
	96-	50-59	60-69	70-80	männlich	weiblich	einfach	mittel	hoch	<1000	1000-<2000	2000-<3000	>=3000
	1964	698	634	632	722	1242	496	704	739	116	460	468	497
Anzahl Befragte	9,6	6,7	10,4	11,9	8,9	10,0	13,5	9,5	6,6	16,4	10,2	9,4	4,8
(1) stimme überhaupt nicht zu	5,3	4,9	6,0	5,1	5,4	5,2	4,8	5,1	5,7	3,4	5,4	4,7	6,0
(2) ...	20,4	19,9	19,7	21,7	21,3	19,9	22,2	19,6	20,2	18,1	22,4	22,2	16,3
(3) ...	25,0	29,8	22,2	22,5	28,8	22,8	21,2	23,3	29,6	21,6	22,2	24,6	30,8
(4) ...	39,7	38,7	41,6	38,9	35,6	42,1	38,3	42,5	37,9	40,5	39,8	39,1	42,1
(5) stimme voll und ganz zu	14,9	11,6	16,4	16,9	14,3	15,2	18,3	14,6	12,3	19,8	15,7	14,1	10,9
(1+2)	64,7	68,5	63,9	61,4	64,4	64,9	59,5	65,8	67,5	62,1	62,0	63,7	72,8
(4+5)	„Betreutes Wohnen“ kann ich mir für mich persönlich gar nicht vorstellen, da so ein Service für mich viel zu teuer wäre.												
Insg.	Alter		Geschlecht		Schulbildung			Haushaltseinkommen in Euro					
	50-59	60-69	70-80	männlich	weiblich	einfach	mittel	hoch	<1000	1000-<2000	2000-<3000	>=3000	
	1882	664	612	606	696	1186	474	671	712	114	434	445	486
Anzahl Befragte	23,8	23,9	25,5	21,8	26,4	22,2	18,4	22,4	28,4	18,4	17,3	22,5	32,7
(1) stimme überhaupt nicht zu	16,4	19,7	14,7	14,4	20,4	14,0	12,4	13,0	22,3	8,8	12,7	18,2	20,8
(2) ...	28,2	30,4	28,4	25,6	26,1	29,4	28,3	29,5	26,7	21,9	28,6	29,9	25,1
(3) ...	13,6	14,3	13,1	13,4	13,2	13,8	14,3	15,6	11,7	15,8	13,8	13,3	13,6
(4) ...	18,1	11,6	18,3	24,9	13,8	20,6	26,6	19,5	11,0	35,1	27,6	16,2	7,8
(5) stimme voll und ganz zu	40,1	43,7	40,2	36,1	46,8	36,2	30,8	35,3	50,7	27,2	30,0	40,7	53,5
(1+2)	31,7	25,9	31,4	38,3	27,0	34,4	40,9	35,2	22,6	50,9	41,5	29,4	21,4
(4+5)	Angaben in Prozent												
Pflege-Report													
WfG													

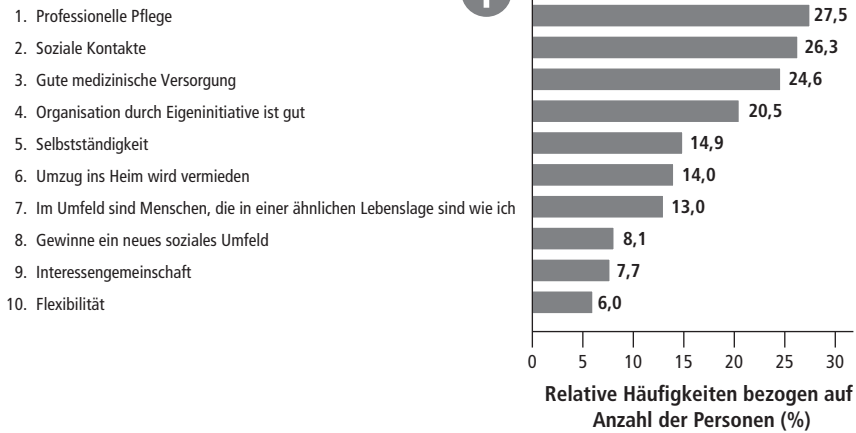
Abbildung 3–3

Pro- und Contra-Argumente „Betreutes Wohnen“

„Betreutes Wohnen“ bedeutet: ...

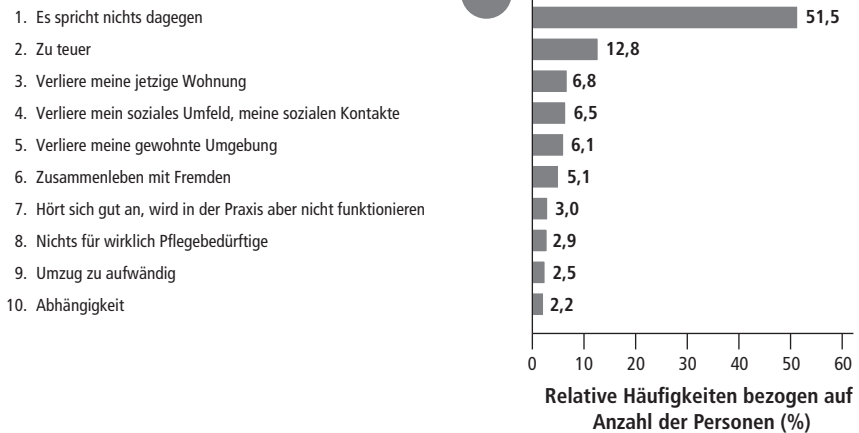
Was spricht aus Ihrer Sicht für Betreutes Wohnen? (Mehrfachnennungen)

Anzahl gültiger Fälle: 1 946



Was spricht aus Ihrer Sicht gegen Betreutes Wohnen? (Mehrfachnennungen)

Anzahl gültiger Fälle: 2 001



tungen formuliert werden, das gewohnte Umfeld bzw. soziale Kontakte zu verlieren (verliere meine jetzige Wohnung: 6,8%; ... mein soziales Umfeld: 6,5%; ... gewohnte Umgebung: 6,1%, Zusammenleben mit Fremden: 5,1%).

3.3.2 Senioren- oder Alten-WG

Die Option einer Wohngemeinschaft für Senioren wurde mit „Eine Senioren- oder Alten-WG ist eine Haus- oder Wohngemeinschaft, in der Menschen mit Pflegebedarf zusammenleben. Die notwendigen Hilfen bei Pflege und Betreuung werden gemeinschaftlich organisiert.“ eingeleitet. Im Vergleich zum Betreuten Wohnen fällt die Bewertung dieser Alternative für ein Leben im Alter doch eher ambivalent aus (Abbildung 3–4). Zwar bewerteten zwei von fünf Befragten eine Senioren- oder Alten-WG mit attraktiv bzw. sehr attraktiv (39,0%). Auf der anderen Seite finden sich aber auch fast ein Drittel Gegenstimmen, die diese Wohn- bzw. Lebensform als nicht bzw. überhaupt nicht attraktiv einstufen (31,2%). Bei der Bewertung zeigt sich ein klarer Alterseffekt: Jüngere Befragte zeigen sich häufiger aufgeschlossen (50–60 Jahre: 47,8%) als Menschen zwischen 70 und 80 Jahren (30,4%), bei ihnen ist die ablehnende Haltung (gar nicht bzw. nicht attraktiv) fast doppelt so hoch (39,1%) wie in der jüngeren Vergleichsgruppe (22,6%).

Immerhin können sich mehr als zwei Fünftel (46,0%) den Umzug in eine „Senioren- oder Alten-WG“ vorstellen, verbunden damit, dass die „Gemeinsamkeit mit Anderen in ähnlicher Lebenslage die Dinge oft erleichtert“ (Tabelle 3–5). Aber auch hier sind es rund 30 Prozent, die dies ablehnen. Die größte Zustimmung zeigen Befragte zwischen 50 und 60 Jahren (54,1%), sie reagieren auch hier deutlich aufgeschlossener als ältere Personen aus der Altersgruppe der 70- bis 80-Jährigen (39,6%).

Abbildung 3–4

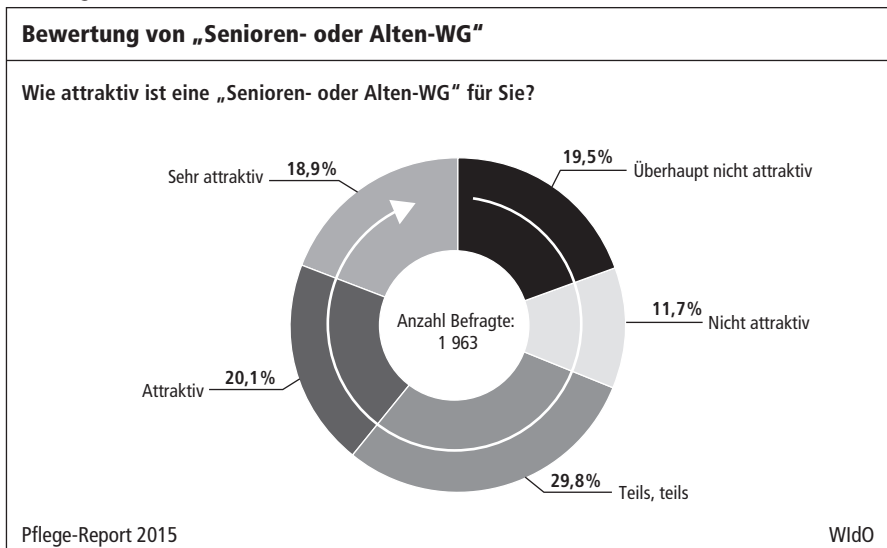


Tabelle 3–5

Einstellungen zu „Senioren- oder Alten-WG“

Einen Umzug in eine „Senioren- oder Alten-WG“ kann ich mir für mich persönlich gut vorstellen. Die Gemeinsamkeit mit Anderen in ähnlichen Lebenslagen erleichtern oft die Dinge.		Alter		Geschlecht		Schulbildung			Haushaltseinkommen in Euro					
		Ins-ge-samt	50–59	60–69	70–80	männlich	weiblich	einfach	mittel	hoch	<1000	1000–<2000	2000–<3000	>=3000
<i>Anzahl Befragte</i>	1969	700	633	636	725	1244	496	704	744	115	462	468	504	
(1) stimme überhaupt nicht zu	19,6	11,7	23,4	24,4	19,3	19,7	21,4	18,6	19,0	20,9	20,6	17,9	17,1	
(2)	11,0	10,9	9,6	12,6	14,8	8,8	9,3	9,7	13,3	12,2	10,2	10,5	13,3	
(3)	23,5	23,3	23,7	23,4	23,7	23,3	26,0	23,9	21,1	21,7	24,5	24,8	20,0	
(4)	20,1	24,1	18,2	17,5	22,1	18,9	17,1	19,7	23,0	19,1	19,3	19,9	22,0	
(5) stimme voll und ganz zu	25,9	30,0	25,1	22,2	20,1	29,3	26,2	28,1	23,7	26,1	25,5	26,9	27,6	
(1+2)	30,6	22,6	33,0	36,9	34,1	28,5	30,6	28,3	32,3	33,0	30,7	28,4	30,4	
(4+5)	46,0	54,1	43,3	39,6	42,2	48,2	43,3	47,9	46,6	45,2	44,8	46,8	49,6	
Einen Umzug in eine „Senioren- oder Alten-WG“ kann ich mir für mich persönlich gar nicht vorstellen, da ich im Alter nicht mit Fremden zusammenziehen möchte.														
Anzahl Befragte		Alter		Geschlecht		Schulbildung			Haushaltseinkommen in Euro					
		Ins-ge-samt	50–59	60–69	70–80	männlich	weiblich	einfach	mittel	hoch	<1000	1000–<2000	2000–<3000	>=3000
1975	699	631	645	645	725	1250	502	703	744	118	461	472	500	
(1) stimme überhaupt nicht zu	25,3	30,0	24,9	20,5	22,5	26,9	22,1	25,5	26,9	20,3	24,7	24,2	27,2	
(2)	14,9	17,0	14,6	12,9	17,1	13,6	13,9	14,2	16,5	17,8	15,2	11,7	18,2	
(3)	25,1	25,3	25,4	24,7	26,1	24,6	27,1	25,7	23,0	28,0	25,6	26,1	24,0	
(4)	11,3	12,3	10,9	10,7	13,0	10,4	11,0	11,5	11,7	10,2	10,6	14,6	10,0	
(5) stimme voll und ganz zu	23,4	15,3	24,2	31,3	21,4	24,6	25,9	23,0	21,9	23,7	23,9	23,5	20,6	
(1+2)	40,2	47,1	39,5	33,3	39,6	40,5	36,1	39,7	43,4	38,1	39,9	35,8	45,4	
(4+5)	34,7	27,6	35,2	42,0	34,3	35,0	36,9	34,6	33,6	33,9	34,5	38,1	30,6	

Angaben in Prozent

Pflege-Report 2015

WIFO

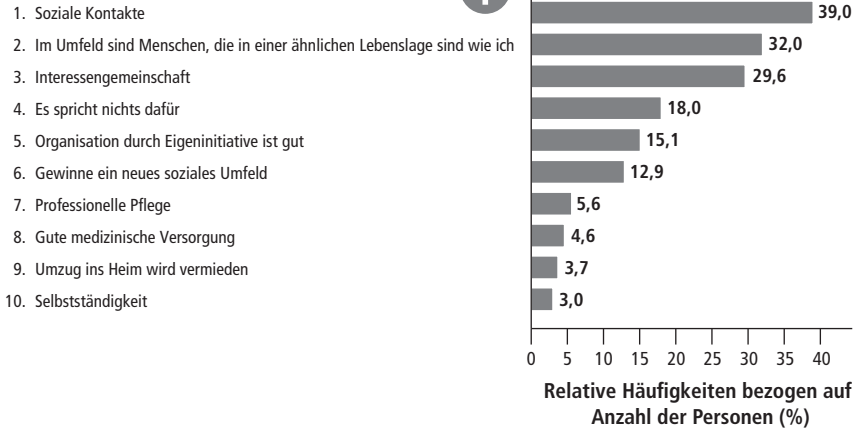
Abbildung 3–5

Pro- und Contra-Argumente „Senioren- oder Alten-WG“

„Senioren-WG“ bedeutet: ...

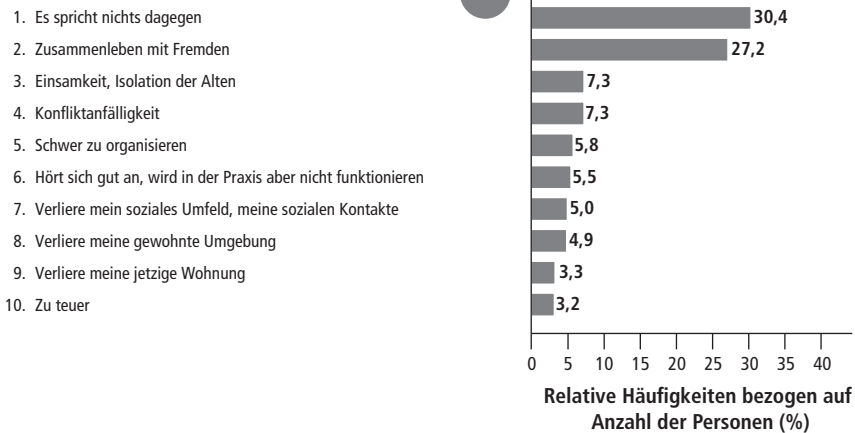
Was spricht aus Ihrer Sicht für eine Senioren- oder Alten-WG?
(Mehrfachnennungen)

Anzahl gültiger Fälle: 1 972



Was spricht aus Ihrer Sicht gegen eine Senioren- oder Alten-WG?
(Mehrfachnennungen)

Anzahl gültiger Fälle: 2 002



Auf der anderen Seite ist für ein Drittel der Befragten aus der Bevölkerungsgruppe (34,7%) eine solche Lebensform nicht vorstellbar, da sie „im Alter nicht mit Fremden zusammenziehen“ möchten. Auch hier zeigt sich der benannte Alterseffekt, die Ablehnung dieses Vorschlages steigt vor allem mit dem Alter an (70- bis 80-Jährige: 42,0%).

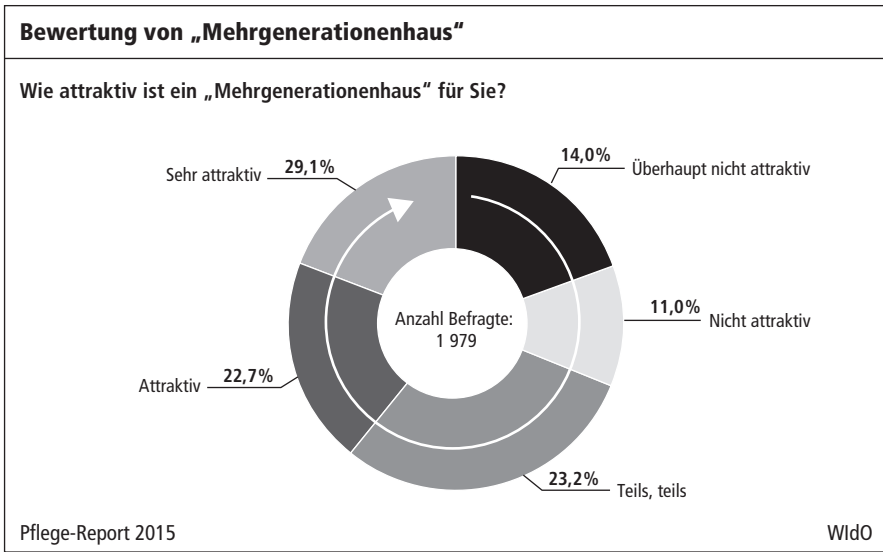
Bei älteren Menschen haben soziale Bindungen und Beziehungen einen anderen Stellenwert und werden deshalb mutmaßlich auch anders wahrgenommen und bewertet als bei Jüngeren. Bei der Frage nach den Gründen, die für oder gegen eine Senioren- oder Alten-WG sprechen, werden mehrheitlich Argumente formuliert, die soziale Umfeld-Faktoren betreffen (Abbildung 3–5). Als Pro-Argumente werden die Möglichkeit sozialer Kontakte (39,0% der Befragten), ein Umfeld mit Menschen in einer ähnlichen Lebenslage (32,0%) wahrgenommen und die WG als Interessengemeinschaft (29,6%) sowie neues soziales Umfeld (12,9%) gesehen. Fast ein Fünftel der Befragten nennen Eigeninitiative (15,1%) und Selbstständigkeit (3,0%) als Pro-Argumente. Immerhin rund 10 Prozent der Befragten nennen medizinische Qualitätsaspekte (professionelle Pflege 5,6% und gute medizinische Versorgung 4,6%). Die O-Töne spiegeln häufig die vorwiegend sozialen Ansprüche (z. B. „man hat eine Aufgabe, Gemeinschaft“) verbunden mit pragmatischen Erwartungen (z. B. „Mietkosten teilen“).

Als Ausdruck der Ambivalenz bei der allgemeinen Einschätzung der Attraktivität zeigen sich aber nahezu ebenso deutlich Gegenargumente, die ebenfalls soziale Umfeld-Faktoren beinhalten – diesmal allerdings negativ konnotiert: Nicht wenige Befragte schätzen das Zusammenleben mit Fremden (27,2% der Befragten) und die potenzielle Konflikanfälligkeit (7,3%) einer Senioren-WG kritisch ein. 7,3 Prozent der Befragten befürchten gar eine „Einsamkeit und Isolation der Alten“. Einzelne Aussagen von Befragten wie beispielsweise „alt macht alt“ oder „umgeben von kranken Menschen“ fokussieren zwar selektiv, aber treffend das Kernproblem dieser Wohnform für Senioren mit potenziellem Pflegebedarf.

3.3.3 „Mehrgenerationenhaus“

Im Unterschied zur Senioren-WG wird unter einem Mehrgenerationenhaus im Allgemeinen eine Hausgemeinschaft verstanden, in der – so lautete der einführende Text – „mehrere Generationen, d. h. Junge und Alte, unter einem Dach leben und sich gegenseitig unterstützen“. Diese Option, in der idealerweise Menschen jeden Alters zusammenkommen und vom gegenseitigen Austausch profitieren, findet deutlich mehr Akzeptanz als die Senioren-WG. Möglicherweise wird ein Mehrgenerationenhaus nicht selten in einem historisierenden „Blick zurück“ mit einer verklärend-romantisierenden Vorstellung vom überkommenen Zusammenleben in Großfamilien assoziiert, in denen die Herausforderungen des Lebens und die Anforderungen des Alltages von mehreren Generationen gemeinsam gemeistert wurden. Jeder Zweite (51,8%) schätzt diese Wohn- und Lebensform für das Alter im Allgemeinen als sehr attraktiv bzw. attraktiv ein (Abbildung 3–6). Die andere Hälfte der Befragten antwortet abwägend mit teils, teils (23,2%) oder stuft ein solche Option für sich als nicht attraktiv ein (25,0%). Wiederum stellt sich diese Wohnform für „jüngere“ Personen zwischen 50 und 60 Jahren deutlich häufiger als attraktiv dar (58,0%) als für hochaltrige Personen zwischen 70 und 80 Jahren (43,6%).

Abbildung 3–6



Das Argument, das mutmaßliche Stärken des Modells deutlicher hervorhebt („Ein Umzug in ein Mehrgenerationenhaus kann ich mir für mich persönlich gut vorstellen, denn dies gibt mir die Möglichkeit, anderen im Haus zu helfen, wenn ich noch kann und Hilfe zu bekommen, wenn ich diese selbst benötige.“), wird mehrheitlich gestützt (58,1%), insbesondere von Personen zwischen 50 und 59 Jahren (64,1%) (Tabelle 3–6). Die kritisch-ablehnende Haltung, die in der Aussage „Ein Umzug in ein Mehrgenerationenhaus kann ich mir für mich persönlich gar nicht vorstellen, da so etwas letztlich immer nur in der Theorie gut klingt, in der Praxis aber nicht funktioniert“ zum Ausdruck kommt, stützen rund 30 Prozent der Befragten (30,7%), steigt mit dem Alter an und ist entsprechend bei Geringverdienern und einfach Gebildeten häufiger verbreitet.

Bei den Antworten auf die offene Frage: „Was spricht aus Ihrer Sicht für ein Mehrgenerationenhaus?“ (Abbildung 3–7) formulieren die Befragten häufig Argumente, die den familiär-sozialen Rahmen dieses Wohn- bzw. Versorgungskonzepts betonen (z. B. „Zusammenleben von Jung und Alt“; „vergleichbar mit Großfamilie“). In der gruppierten Darstellung geben 36,5 Prozent der Befragten die Möglichkeit „sozialer Kontakte“ an, 32,6 Prozent „Jung und Alt profitieren“, 23,7 Prozent nennen „Interessengemeinschaft“ und 19,5 Prozent „neues Umfeld“. Qualitätsaspekte wie eine gute medizinische Versorgung werden hingegen kaum genannt (1,9%).

Die grundsätzlich eher positive Einschätzung zeigt sich auch bei den Reaktionen auf die Frage nach möglichen Nachteilen dieser Variante für eine Lebensform im Alter – am häufigsten reagieren die Probanden auf die Frage „Was spricht aus Ihrer Sicht gegen ein Mehrgenerationenhaus?“ mit „es spricht nichts dagegen“ (44,8% der Befragten). Allerdings führen nicht wenige einschränkend auch praktische Schwierigkeiten an, wie „hört sich gut an, wird in der Praxis aber nicht funk-

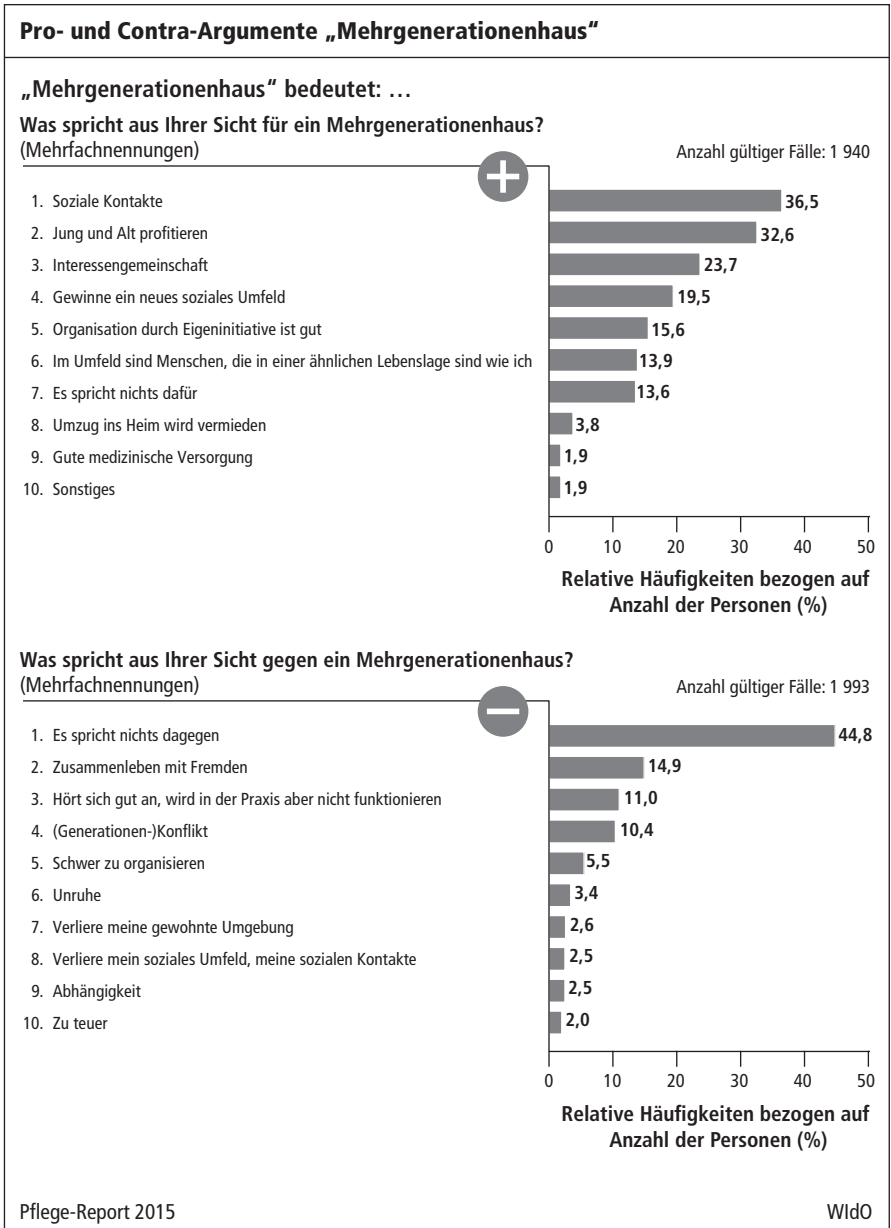
Tabelle 3-6

Einstellungen zum „Mehrgenerationenhaus“

	Ins-ge-samt		Alter		Geschlecht		Schulbildung			Haushaltseinkommen in Euro				
	1977	701	50-59	60-69	70-80	männlich	weiblich	einfach	mittel	hoch	<1000	1000-<2000	2000-<3000	>=3000
Ein Umzug in ein „Mehrgenerationenhaus“ kann ich mir für mich persönlich gut vorstellen, denn dies gibt mir die Möglichkeit, anderen im Haus zu helfen, wenn ich noch kann und Hilfe zu bekommen, wenn ich diese selbst benötige.	13,7	10,0	13,2	13,2	18,2	13,0	14,1	14,9	14,9	11,4	15,5	15,7	11,5	11,2
(1) stimme überhaupt nicht zu	8,9	9,3	7,5	7,5	9,9	10,8	7,8	7,3	8,3	10,5	10,3	7,6	8,7	9,4
(2)	19,3	16,7	20,1	21,4	18,3	18,3	19,9	21,2	19,3	17,8	16,4	18,1	19,8	19,5
(3)	20,5	23,7	18,8	18,6	18,6	24,3	18,3	16,8	20,6	23,1	20,7	18,6	18,3	24,7
(4)	37,6	40,4	40,3	31,9	31,9	33,7	39,9	39,8	36,8	37,1	37,1	40,0	41,7	35,3
(5) stimme voll und ganz zu	22,6	19,3	20,7	28,0	28,0	23,7	21,9	22,2	23,2	21,9	25,9	23,4	20,2	20,5
(1+2)	58,1	64,1	59,2	50,5	57,9	58,2	56,6	57,5	60,3	57,8	58,5	60,0	60,0	60,0
(4+5)	Ein Umzug in ein „Mehrgenerationenhaus“ kann ich mir für mich persönlich gar nicht vorstellen, da so etwas letztlich immer nur in der Theorie gut klingt, in der Praxis aber nicht funktioniert.													
	Ins-ge-samt		Alter		Geschlecht		Schulbildung			Haushaltseinkommen in Euro				
	1936	690	50-59	60-69	70-80	männlich	weiblich	einfach	mittel	hoch	<1000	1000-<2000	2000-<3000	>=3000
Anzahl Befragte	1936	690	623	623	623	710	1226	489	696	728	114	449	465	490
(1) stimme überhaupt nicht zu	26,7	32,5	28,3	18,8	18,8	24,1	28,2	23,7	26,7	28,4	24,6	25,2	27,7	30,8
(2)	16,2	17,4	17,2	14,0	14,0	20,6	13,7	13,1	14,8	19,8	13,2	16,0	14,4	18,4
(3)	26,4	24,3	25,4	29,7	24,6	24,6	27,4	28,2	27,6	23,8	25,4	27,6	26,2	26,9
(4)	12,0	10,9	12,4	13,0	13,0	12,3	11,9	13,9	12,4	10,9	17,5	10,9	12,7	10,6
(5) stimme voll und ganz zu	18,6	14,9	16,9	24,6	24,6	18,5	18,8	21,1	18,5	17,2	19,3	20,3	18,9	13,3
(1+2)	42,9	49,9	45,4	32,7	32,7	44,6	41,9	36,8	41,5	48,2	37,7	41,2	42,2	49,2
(4+5)	30,7	25,8	29,2	37,6	37,6	30,7	30,7	35,0	30,9	28,0	36,8	31,2	31,6	23,9

Angaben in Prozent
Pflege-Report 2015

Abbildung 3–7



tionieren“ (11,0 %) oder „ist schwer zu organisieren“ (5,5 %). Skeptiker dagegen befürchten ein „Zusammenleben mit Fremden“ (14,9 %) und „Generationenkonflikte“ (10,4 %) und kritisieren damit die Eigenschaften und Argumente, die eigentlich das zentrale Wesensmerkmal eines Mehrgenerationenhauses ausmachen. Als charakteristisch mögen hier einzelne Aussagen gelten wie: „Jung und alt – das beißt sich“, „zu turbulent“ oder „alle sind überfordert und jüngere haben keine Zeit.“

3.3.4 „24-Stunden-Pflege“

Die mögliche Option einer Rund-um-die-Uhr-Pflege wurde im Rahmen der Befragung wie folgt vorgestellt: „Eine persönliche Pflegekraft wird im eigenen Haushalt angestellt. Solche 24-Stunden-Kräfte kommen häufig aus Osteuropa, verbleiben einige Wochen oder Monate und wohnen in den meisten Fällen im Haushalt.“ Die allgemeine Bewertung dieses Pflege-Szenarios fällt eher ambivalent aus (Abbildung 3–8). Zwar beurteilen zwei Fünftel diese Pflege-Variante als „attraktiv“ (41,1 %) – gleichzeitig ist aber auch mehr als ein Drittel der Bevölkerungsgruppe zwischen 50 und 80 Jahren gegenteiliger Auffassung („nicht attraktiv“: 35,2 %). Knapp ein Viertel der Befragten antwortet abwägend mit „teils, teils“ (23,7 %). Der Anteil der positiven Bewertungen steigt mit dem Einkommen an (< 1 000 Euro Haushaltsnettoeinkommen: 36,2 %; \geq 3 000 Euro: 45,3 %) und fällt in der Altersgruppe der 60- bis 70-Jährigen am höchsten aus (45,7 %).

Maßgeblich für die Befürwortung eines solchen Modells scheint vor allem die finanzielle Dimension zu sein (Tabelle 3–7). So kann sich fast die Hälfte der Befragten (44,9 %) eine solche Lösung für sich vorstellen, da sie diese für umsetzbar, da bezahlbar halten. Demgegenüber sind es nur ein Viertel der Befragten (24,3 %), die ein solches Versorgungsmodell für sich ablehnen, da sie es mit Qualitätsdefiziten verbinden.

Abbildung 3–8

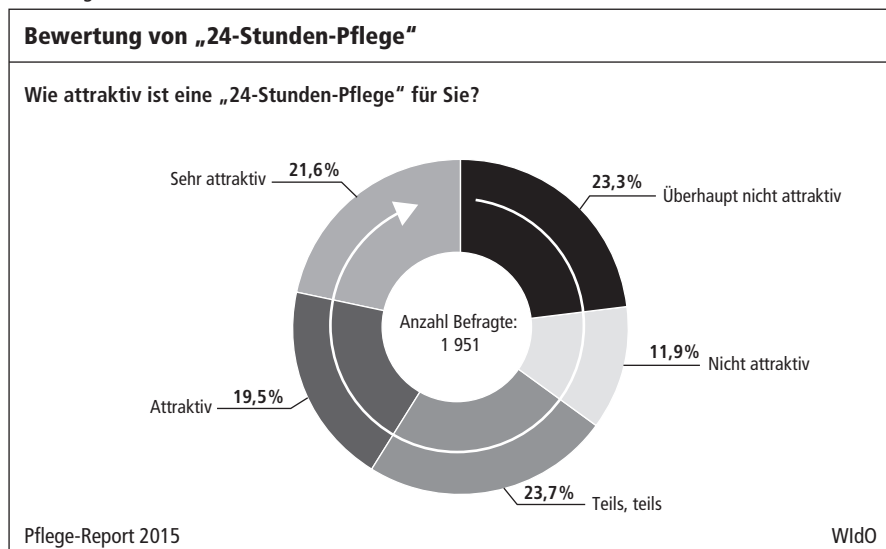


Tabelle 3-7
Einstellungen zur „24-Stunden-Pflege“

	Eine „24-Stunden-Pflege“ kann ich mir für mich persönlich gut vorstellen, denn dies ist die einzig bezahlbare Lösung, wenn man zu Hause gepflegt werden möchte.												
	Ins-ge-samt		Alter		Geschlecht		Schulbildung		Haushaltseinkommen in Euro				
	1908	674	60-69	70-80	männlich	weiblich	einfach	mittel	hoch	<1000	1000-<2000	2000-<3000	>=3000
<i>Anzahl Befragte</i>	1908	674	620	614	700	1208	483	683	718	113	442	452	495
(1) stimme überhaupt nicht zu	21,0	23,4	18,1	21,2	18,6	22,4	20,5	24,5	17,8	23,9	26,5	18,4	17,6
(2) ...	11,8	13,5	11,5	10,4	11,9	11,8	10,8	13,3	11,6	13,3	13,6	11,7	9,9
(3) ...	22,3	25,8	20,5	20,4	22,0	22,5	19,9	20,8	25,5	17,7	21,7	20,6	24,4
(4) ...	18,9	18,2	21,1	17,4	23,9	16,1	16,8	14,6	24,4	15,0	14,0	20,6	23,6
(5) stimme voll und ganz zu	25,9	19,0	28,9	30,6	23,7	27,2	32,1	26,8	20,8	30,1	24,2	28,8	24,4
(1+2)	32,8	36,9	29,5	31,6	30,4	34,2	31,3	37,8	29,4	37,2	40,0	30,1	27,5
(4+5)	44,9	37,2	50,0	48,0	47,6	43,3	48,9	41,4	45,1	45,1	38,2	49,3	48,1
Eine „24-Stunden-Pflege“ kann ich mir für mich persönlich gut vorstellen, denn dies ist die einzig bezahlbare Lösung, wenn man zu Hause gepflegt werden möchte.													
	Ins-ge-samt												
	Ins-ge-samt		Alter		Geschlecht		Schulbildung		Haushaltseinkommen in Euro				
	1865	662	60-69	70-80	männlich	weiblich	einfach	mittel	hoch	<1000	1000-<2000	2000-<3000	>=3000
<i>Anzahl Befragte</i>	1865	662	611	592	687	1178	460	674	707	107	439	446	482
(1) stimme überhaupt nicht zu	26,5	24,9	30,3	24,3	26,1	26,7	27,2	25,1	27,3	26,2	25,7	24,7	26,1
(2) ...	20,1	22,8	20,3	16,7	23,9	17,8	16,1	17,7	25,2	13,1	15,0	22,9	25,3
(3) ...	29,2	31,4	25,9	30,1	26,8	30,6	32,0	29,4	27,3	29,9	33,5	29,6	27,2
(4) ...	10,1	8,3	11,3	10,8	10,6	9,8	7,6	10,7	10,7	6,5	10,3	8,5	11,4
(5) stimme voll und ganz zu	14,2	12,5	12,3	18,1	12,7	15,1	17,2	17,2	9,5	24,3	15,5	14,3	10,0
(1+2)	46,5	47,7	50,6	41,0	49,9	44,6	43,3	42,7	52,5	39,3	40,8	47,5	51,5
(4+5)	24,3	20,8	23,6	28,9	23,3	24,9	24,8	27,9	20,2	30,8	25,7	22,9	23,9

Angaben in Prozent
 Pflege-Report 2015

WIGD

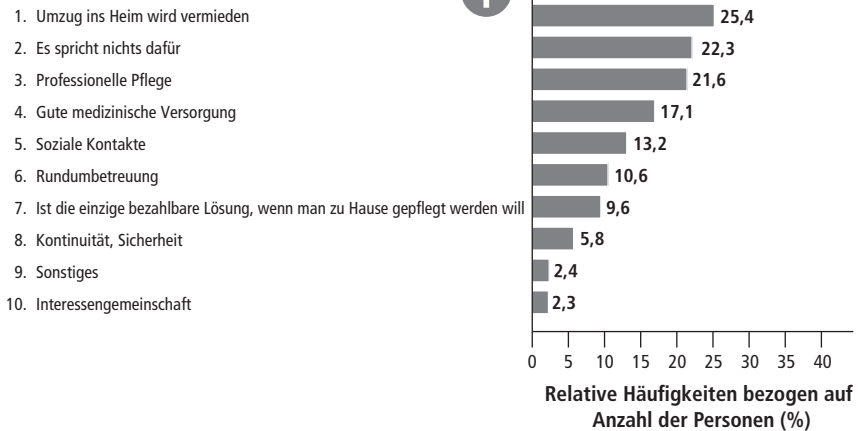
Abbildung 3–9

Pro- und Contra-Argumente „24-Stunden-Pflege“

„24-Stunden-Pflege“ bedeutet: ...

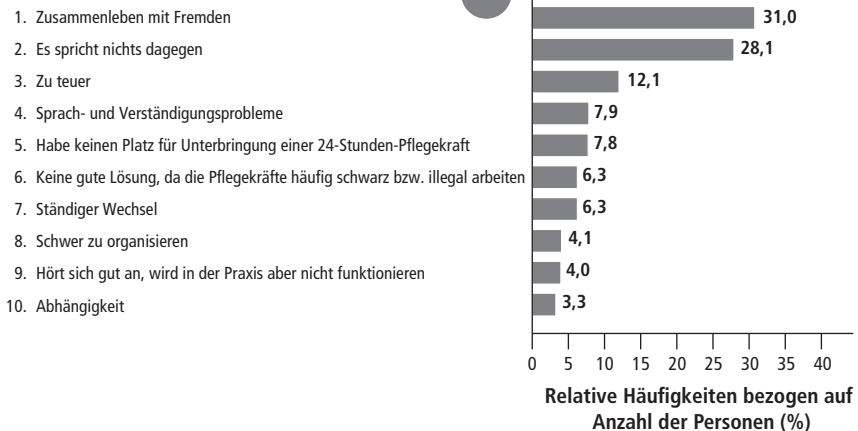
Was spricht aus Ihrer Sicht für eine 24-Stunden-Pflege? (Mehrfachnennungen)

Anzahl gültiger Fälle: 1 953



Was spricht aus Ihrer Sicht gegen eine 24-Stunden-Pflege? (Mehrfachnennungen)

Anzahl gültiger Fälle: 1 984



Häufige Argumente für die „Rund-um-die-Uhr-Pflege“ im eigenen Haushalt aus Sicht der befragten Bevölkerungsgruppe betonen vor allem die erwartete hohe Versorgungsqualität (Abbildung 3–9): professionelle Pflege (21,6 % der Befragten), gute medizinische Versorgung (17,1 %) und Rundumbetreuung (10,6 %). Allerdings kann die in diesem Zusammenhang im Freitext häufig geäußerte Bemerkung „man ist nie allein“ auch anders verstanden werden. Im Weiteren werden eher pragmatische Argumente assoziiert, die ein Leben in der gewohnten Umgebung stützen: Ein Umzug ins Heim wird vermieden (25,4 %), einzig bezahlbare Lösung für zu Hause (9,6 %), Kontinuität und Sicherheit (5,8 %). 22,3 Prozent der Befragten antworten ferner spontan auf die offene Frage „Was spricht für eine 24-Stunden-Pflege?“ mit „es spricht nichts dafür“.

Auch wenn mehr als ein Viertel (28,1 %) der Befragten angibt, dass nichts gegen häusliche Rund-um-die-Uhr-Pflegekräfte spricht, werden doch auf die Frage nach den Gegenargumenten am häufigsten die erwarteten Kernkritikpunkte genannt: Zusammenleben mit Fremden (31,0 % der Befragten), zu teuer (12,1 %), Sprach- bzw. Verständigungsprobleme (7,9 %) und Platzmangel (7,8 %). Nicht wenige äußern darüber hinaus moralische Bedenken: „Keine gute Lösung, da die Pflegekräfte häufig schwarz bzw. illegal arbeiten“ (6,3 %). Auch hier mögen einzelne Zitate die Bandbreite der vorliegenden Gegenargumente illustrieren: „Abhängigkeit von Pflegekraft“, „allein mit einem Fremden“, „Ausbeutung der Polen“, „man kann ausgebeutet werden“, „Missbrauch von Notlagen einkommensbedürftiger Menschen“, „ständiger Wechsel schafft kein Vertrauen“.

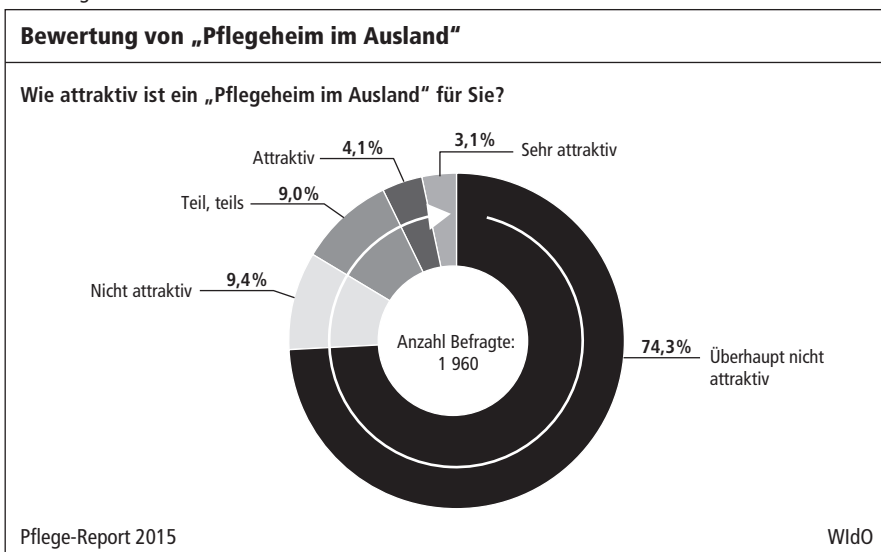
3.3.5 „Pflegeheim im Ausland“

Ein Pflegeheim im Ausland wird immer wieder mal in den Medien als ein mögliches populäres Zukunftsszenario aufgegriffen und polarisierend dargestellt – häufig entweder extrem verklärend positiv besetzt als „Klinik unter Palmen“ oder moralisierend als „Abschiebung in die Fremde“. Als eine reale Möglichkeit zur Organisation der eigenen Pflege wird diese Option aber offenbar vom Gros der Befragten in der relevanten Altersgruppe deutlich abgelehnt (83,7%). Lediglich 7,2 Prozent beurteilen eine Pflege im Ausland für sich als „attraktiv“ oder „sehr attraktiv“. Knapp 10 Prozent antworten unsicher mit „teils, teils“ (Abbildung 3–10).

Auch die Vorstellung einer Pflege im Ausland als eine gute und bezahlbare Alternative wenn man zu Hause nicht (mehr) gepflegt werden kann, wird nur von einer Minderheit der Befragten (12,1%) gestützt (Tabelle 3–8). Lediglich Männer sowie jüngere Befragte zwischen 50 und unter 59 Jahren stimmen dieser Auffassung etwas häufiger zu (15,2% und 14,6%) als Frauen und Ältere. Die deutlich Mehrheit hingegen kann sich einen Umzug in ein Pflegeheim im Ausland nicht vorstellen (78,7%), 9,1 Prozent teilweise.

Deutlich höher ist die spontane Zustimmung zu einem klischeehaft formulierten Statement, das eine Pflegelösung im Ausland mit (weg)organisierter Abschiebung gleichsetzt: „Ein Umzug in ein Pflegeheim im Ausland kann ich mir für mich persönlich gar nicht vorstellen, denn dies ist doch nur etwas, wo man Verwandte hinschiebt, um die Pflege möglichst billig zu organisieren“ (Zustimmung: 62,2%). Nur etwas mehr als ein Viertel widerspricht dieser Aussage (27,1%).

Abbildung 3–10



Auf die Frage nach Argumenten für ein Pflegeheim im Ausland reagieren die meisten Befragten erwartungsgemäß spontan mit „es spricht nichts dafür“ (63,2% der Befragten) (Abbildung 3–11). Erst mit deutlichem Abstand folgen mögliche Kostengesichtspunkte (einzig bezahlbare Lösung, wenn man nicht zu Hause gepflegt werden kann 11,5% der Befragten, Kostenreduktion 8,2%), Urlaubsklischees (besseres Klima, Wetter: 5,1%; menschlicher, liebevoller: 2,5%) als Pro-Argumente sowie Qualitätsvorstellungen über eine Pflege im Ausland (ebenso gute Qualität: 3,2%, professionelle Pflege 2,6%).

Umgekehrt werden auf die Frage nach Gegenargumenten deutlich mehr Kritikpunkte genannt, die im Wesentlichen den kompletten Verlust und die Aufgabe des bisherigen Lebens beschreiben (Verlust des sozialen Umfeldes: 57,6% der Befragten; Verlust der gewohnten Umgebung: 49,4%, Aufgabe der Wohnung: 12,4%). Einzelne Aussagen wie „Kulturschock“ und „Angst vor dem Fremden“ unterstreichen zudem deutlich, wie weit weg die Option einer Pflege im Ausland offenbar aktuell für die befragte Bevölkerungsgruppe tatsächlich ist.

Auf die abschließende Frage, welches der angesprochenen Modelle nun letztlich am interessantesten für die eigene Versorgung erscheint, zeigt sich das in Tabelle 3–9 dargelegte Bild. Es bestätigt sich die nach der vorhergehenden Analyse für die einzelnen Versorgungsformen erwartete Rangfolge: „Betreutes Wohnen“ wird am häufigsten präferiert (40,4%). Mit Abstand folgt an zweiter Stelle „Mehrgenerationenhaus“ (26,4%). Die Präferenzen für eine 24-Stunden-Pflege oder Senioren-WG sind deutlich niedriger. Ein Pflegeheim im Ausland stellt keine ernsthafte Alternative dar.

Die Bewertung der neuen Wohn- und Angebotsformen variiert jedoch deutlich in Abhängigkeit vom Alter. Während sich die Hälfte der 70- bis 80-Jährigen (49,7%) zuerst für das Betreute Wohnen entscheiden würde, zeigen sich die jüngeren Jahr-

Tabelle 3–8

Bewertung von „Pflegeheim im Ausland“

Ein Umzug in ein „Pflegeheim im Ausland“ kann ich mir für mich persönlich gut vorstellen, da es eine gute, bezahlbare Lösung ist, wenn man nicht mehr zu Hause gepflegt werden kann.	Ins-ge-samt		Alter		Geschlecht		Schulbildung			Haushaltseinkommen in Euro			
	1960	691	634	635	männlich	weiblich	einfach	mittel	hoch	<1000	1000–<2000	2000–<3000	>=3000
	69,0	65,9	69,4	72,6	61,8	73,1	69,6	71,7	66,0	66,1	69,2	69,7	65,3
(1) stimme überhaupt nicht zu	9,7	11,3	9,5	8,3	10,9	9,1	8,6	9,1	11,2	9,3	10,5	8,6	11,0
(2)	9,1	8,8	9,5	9,1	12,0	7,5	8,2	7,8	11,0	8,5	9,6	7,5	11,8
(3)	5,1	6,2	4,4	4,4	7,4	3,7	4,6	4,6	5,8	5,1	4,6	6,5	5,6
(4)	7,1	8,4	7,3	5,5	7,8	6,7	9,0	6,9	6,0	11,0	6,1	7,7	6,2
(5) stimme voll und ganz zu	78,7	76,6	78,9	80,9	72,7	82,2	78,2	80,7	77,2	75,4	79,7	78,3	76,3
(1+2)	12,1	14,6	11,7	9,9	15,2	10,4	13,6	11,5	11,8	16,1	10,7	14,2	11,8
(4+5)	Ein Umzug in ein „Pflegeheim im Ausland“ kann ich mir für mich persönlich gar nicht vorstellen, denn dies ist doch nur etwas, wo man Verwandte hinschiebt, um die Pflege möglichst billig zu organisieren.												
Ein Umzug in ein „Pflegeheim im Ausland“ kann ich mir für mich persönlich gar nicht vorstellen, denn dies ist doch nur etwas, wo man Verwandte hinschiebt, um die Pflege möglichst billig zu organisieren.	Ins-ge-samt		Alter		Geschlecht		Schulbildung			Haushaltseinkommen in Euro			
	1923	683	626	614	männlich	weiblich	einfach	mittel	hoch	<1000	1000–<2000	2000–<3000	>=3000
	18,9	17,0	18,2	21,7	17,7	19,6	22,6	18,6	16,0	26,8	21,7	17,6	13,2
(1) stimme überhaupt nicht zu	8,2	8,8	8,3	7,5	10,4	7,0	7,7	7,8	8,9	8,0	7,0	8,7	9,9
(2)	10,7	13,2	10,7	7,8	10,7	10,6	7,1	12,2	11,4	9,8	11,2	10,2	11,9
(3)	9,2	11,4	7,5	8,5	10,7	8,4	6,7	7,8	12,5	12,5	8,5	10,2	9,1
(4)	53,0	49,6	55,3	54,6	50,6	54,5	55,8	53,5	51,2	42,9	51,6	53,2	56,0
(5) stimme voll und ganz zu	27,1	25,8	26,5	29,2	28,1	26,5	30,3	26,5	24,9	34,8	28,7	26,4	23,0
(1+2)	62,2	61,1	62,8	63,0	61,3	62,8	62,5	61,3	63,7	55,4	60,1	63,4	65,0
(4+5)	Angaben in Prozent												

WAGO
Pflege-Report 2015

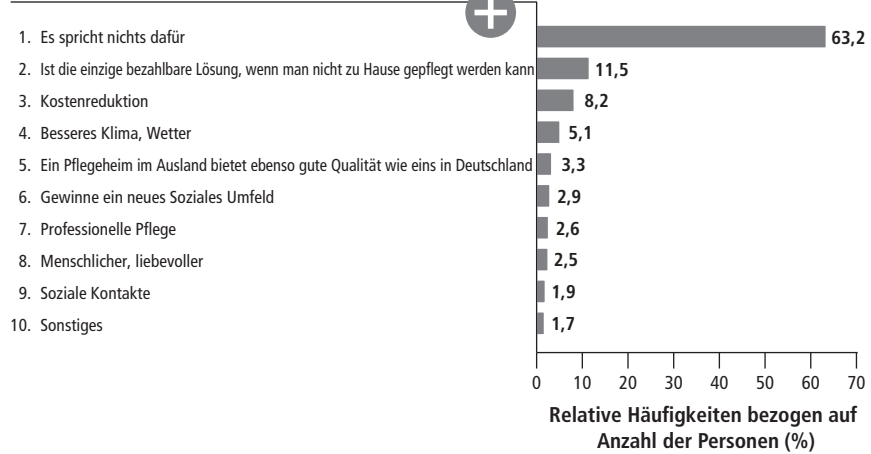
Abbildung 3–11

Pro- und Contra-Argumente „Pflegeheim im Ausland“

„Pflegeheim im Ausland“ bedeutet: ...

Was spricht aus Ihrer Sicht für ein Pflegeheim im Ausland? (Mehrfachnennungen)

Anzahl gültiger Fälle: 1 985



Was spricht aus Ihrer Sicht gegen ein Pflegeheim im Ausland? (Mehrfachnennungen)

Anzahl gültiger Fälle: 1 923

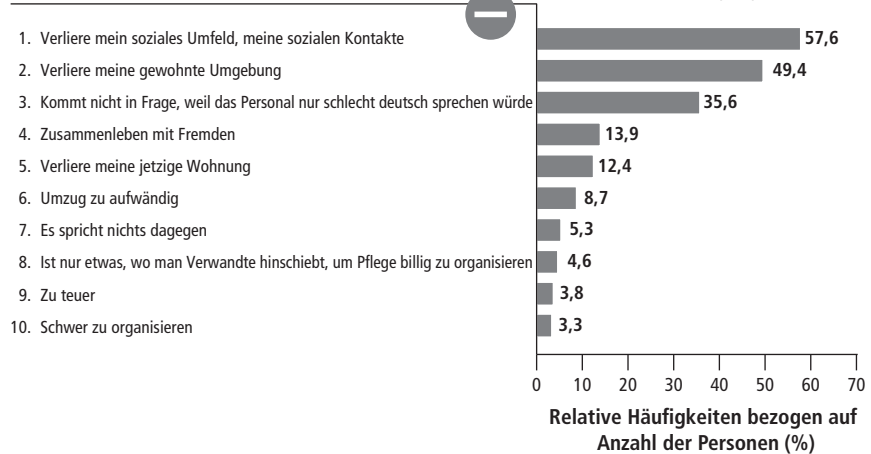


Tabelle 3–9
Ranking neuer Wohn- bzw. Angebotsformen

		Und welche wären für Sie das interessanteste Modell?															
		Insgesamt		Alter		Geschlecht		Typisierung		Schulbildung		Haushaltseinkommen in Euro					
Rang	Anzahl Befragte	50–59	60–69	70–79	80	männlich	weiblich	ohne Bezug	konfrontiert	pfl. Angehöriger	einfach	mittel	hoch	<1000	1000–2000	>=3000	
1.	„Betreutes Wohnen“	40,4	36,8	35,1	49,7	39,6	40,9	43,2	40,9	38,1	35,6	40,8	44,7	36,2	47,0	45,2	40,2
2.	„Mehrgenerationen-Haus“	26,4	31,9	30,1	16,6	27,2	25,9	25,9	27,7	25,6	25,4	23,1	25,6	29,5	18,8	25,4	27,7
3.	„24-Stunden-Pflege“	15,7	10,9	19,1	17,7	16,6	15,2	11,6	13,4	20,9	20,3	18,1	13,5	16,0	12,0	12,2	14,9
4.	„Senioren- oder Alten-WG“	11,5	15,9	10,6	7,7	9,3	12,8	10,7	13,2	10,6	10,2	9,8	11,4	13,1	11,1	11,5	11,7
5.	„Pflegeheim im Ausland“	1,9	2,0	1,9	1,7	2,8	1,4	2,7	2,0	1,2	1,7	2,8	1,6	1,5	2,6	2,4	1,7
	Keins davon ist interessant	4,1	2,6	3,3	6,6	4,6	3,8	6,0	2,9	3,6	6,8	5,4	3,3	3,8	8,5	3,3	3,8

Angaben in Prozent

Pflege-Report 2015

WIGO

gänge insbesondere auch dem Mehrgenerationenhaus und der Senioren-WG gegenüber aufgeschlossener. Die Attraktivität des Modells Betreutes Wohnen nimmt aber offenbar mit steigendem Einkommen ab und ist bei Befragten mit höher Schulbildung sowie Pflegeerfahrung niedriger als der Durchschnittswert.

3.4 Fazit

Die Ergebnisse der hier dargelegten repräsentativen Befragung zeigen, dass die Mehrheit der über 50-Jährigen das Thema „Pflegebedürftigkeit“ für sich persönlich als sehr wichtig erachtet und den relevanten Fragen dazu aufgeschlossen gegenübersteht. Es sind vor allem die biografische Nähe zum Risiko einer Pflegebedürftigkeit, die Erfahrungen damit sowie die eigene Betroffenheit, die die persönliche Relevanz des Themas erhöhen.

Mehr als jeder Vierte in der Bevölkerungsgruppe der über 50-Jährigen gibt an, häufig oder sehr häufig darüber nachzudenken, wie er später einmal gepflegt werden möchte. Weitere Fragen zu den Vorstellungen der Organisation eigener Pflege offenbaren dabei deutliche Dominanz der Familienorientierung: Angehörige bzw. Partner werden nach wie vor als zentrale Unterstützungsinstanz im Fall einer Pflegebedürftigkeit betrachtet.

Vielleicht ist gerade deshalb in der befragten Bevölkerungsgruppe der Anteil derjenigen, die bereits aktiv konkrete Maßnahmen für die eigene Pflegevorsorge ergriffen haben, so erstaunlich niedrig. Lediglich ein Viertel der über 50-Jährigen hat sich über Hilfen bei Pflegebedürftigkeit informiert oder für die eigene Versorgung ein Pflegeheim, ein Betreutes Wohnen oder eine andere Einrichtung besichtigt, rund 30 Prozent haben die eigene Wohnung altersgerecht gestaltet. Möglicherweise ist es die „Psychologie des Alterns“, die keine aktive Auseinandersetzung mit dem Thema zulässt, gemäß dem Motto „Jeder will alt werden, aber keiner will alt sein“ (Marcus Tullius Cicero). Auch in einer modernen vermeintlich aufgeschlossenen „Gesellschaft ohne Tabus“ gibt es kaum ein Thema, das mit so vielen Tabus, Vorurteilen sowie Ängsten und Befürchtungen besetzt ist wie das Altern. So zeigt sich auch anhand der vorliegenden Daten, dass erst eine direkte persönliche Konfrontation mit der Pflege bzw. eine bereits eingeschränkte Gesundheit das Vorsorgeverhalten stärkt bzw. zu einer deutlicheren Positionierung führt.

In diesem Zusammenhang sind alternative Wohn- und Versorgungsformen bekannt. Die überwiegende Mehrheit der Befragten aus der Bevölkerungsgruppe der 50- bis 80-Jährigen gibt an, von Versorgungsformen wie „Betreutes Wohnen“, „Senioren- oder Alten-WG“, „Mehrgenerationenhaus“, „24-Stunden-Pflege“ oder „Pflegeheim im Ausland“ schon mal gehört zu haben. Näher beschäftigt hat sich aber auch nur eine Minderheit mit den jeweiligen Konzepten. Mit Ausnahme der Pflege im Ausland werden alle Angebote grundsätzlich als tendenziell attraktiv eingestuft.

Betreutes Wohnen stellt dabei die bekannteste und auch die Versorgungsform mit den höchsten Attraktivitätswerten dar. Die zweithöchste Zustimmung erhält das Konzept des Mehrgenerationenhauses. Im Vordergrund stehen dabei Argumente, die den sozialen Rahmen sowie die gegenseitige Unterstützung von Jung und Alt betonen. Im Vergleich hierzu fällt auf, dass Senioren/Alten-WGs deutlich zurück-

haltender bewertet werden. Das Zusammenleben mit Fremden und Alten wird hier häufiger negativ assoziiert. Jüngere Jahrgänge stehen den Konzepten „Mehrgenerationenhaus“ und „Senioren-WG“ dabei insgesamt deutlich aufgeschlossener gegenüber. Die Option einer 24-Stunden-Pflege sehen die Befragten ebenso grundsätzlich positiv. Die Präferenz für eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung ist im Vergleich zum Betreuten Wohnen und dem Leben in einem Mehrgenerationenhaus jedoch deutlich niedriger. Assoziiert werden häufig professionelle Eins-zu-eins-Pflegesituationen, aber auch Probleme, die sich aus dem ständigen Zusammenleben mit Fremden ergeben. Ein Pflegeheim im Ausland stellt dagegen kaum eine wünschenswerte Lebens- und Versorgungsform dar. Gegen dieses Versorgungsmodell spricht aus Sicht der Befragten insbesondere der komplette Verlust und die Aufgabe des bisherigen Lebens.

Die insgesamt eher positiven Bewertungen neuer Wohn- und Angebotsformen und das geringe Ausmaß konkreter eingeleiteter Vorsorge-Maßnahmen für das Alter werden häufig auf mangelnde finanzielle Mittel und unzureichende Ressourcen, fehlende oder nur vage Informationen zurückgeführt. Zu Recht, denn oft sind es strukturelle Hindernisse, die die Umsetzung entsprechender Maßnahmen beeinträchtigen. Doch die primäre Ursache ist mutmaßlich eher psychologischer Natur – der Mensch als „Gewohnheitstier“ mag eigentlich keine Veränderungen, hat möglicherweise (mit zunehmenden Alter) Angst davor und versucht deshalb, das gewohnte Leben so lange wie möglich zu halten, zu verteidigen. Das ist möglicherweise ein Grund dafür, dass vor dem Hintergrund der Bevölkerungsentwicklung im „Megatrend“ Altern Anspruch und Wirklichkeit so weit auseinanderklaffen.

Ob das Leben im Alter als Bedrohung oder Chance wahrgenommen wird, ist abhängig von – veränderbaren – psychologischen Faktoren: einem Bewusstsein für eine Veränderung, eine Kompetenz für eine Veränderung und die Motivation dazu. Deshalb ist weiterhin eine vielfältige Landschaft mit unterschiedlichen Angeboten notwendig, die zeigt, wie man mit dem Thema Pflege und Versorgung umgehen könnte, um sich aktiv auf das Alter vorzubereiten.

Literatur

- Allianz D-D-M, Marktforschung. Pflege und Pflegevorsorge – Ergebnisüberblick D-Gesamt & Anhang für Bundesländer. 2013. <https://www.allianzdeutschland.de/> (02. Dezember 2014).
- Compass-Versichertenbefragung. Studie zu Erwartungen und Wünschen der PPV-Versicherten an eine qualitativ gute Pflege und an die Absicherung bei Pflegebedarf. 2010.
- Dittmann J. Deutsche zweifeln an der Qualität und Erschwinglichkeit stationärer Pflege. In: Gesis-Informationen Soziale Indikatoren, Ausgabe 40. Mannheim 2008
- Dorin L, Büscher A. Ambulante Pflegearrangements von Schwerpflegebedürftigen: Präferenzen, Erwartungen, Entscheidungshintergründe. In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg). Gesundheitsmonitor 2011. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung 2012.
- Gesellschaft für Markt und Sozialforschung (GMS). Alternative Pflegekonzepte aus Sicht der Bevölkerung und der Betroffenen. Ein Untersuchungsbericht für den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa). Hamburg 2013.
- Zok K. Erwartungen an eine Pflegereform. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. WIdO-Monitor 2011; 8: 1–8.

This page intentionally left blank

4 Institutionell ausgerichtete Pflegeversorgung – der skandinavische Weg

Cornelia Heintze

4

Abstract

Basierend auf einer gut entwickelten und über Steuern auskömmlich finanzierten kommunalen Infrastruktur bieten die skandinavischen Länder integrativ angelegte öffentliche Care-Dienste, die im Prinzip von der Wiege bis zur Bahre reichen, je nach Altersgruppe aber besonders ausgeprägt sind. Die Leistungen richten sich gemäß dem persönlichen Bedarf an die gesamte Wohnbevölkerung. Ein gesellschaftliches Subsidiaritätsprinzip, das der Familie eine primäre Dienstverantwortung und über Rechtsinstitute wie den Elternunterhalt auch Finanzierungsverantwortung zuweist, existiert nicht (mehr). Die Sorgearbeit ist in hohem Maße defamiliarisiert. Sie konzentriert sich auf professionelle häusliche Dienste, die es Senioren ermöglichen, möglichst lange im vertrauten Umfeld wohnen zu verbleiben. Obwohl damit die Reichweite der „stationären“ Pflege weit hinter den „ambulanten“ (häuslichen) Diensten zurücksteht, ist auch der Anteil Älterer, der in Sonderwohnformen versorgt und betreut wird, im Schnitt höher als in Deutschland.

Based on a well-developed and tax financed municipal infrastructure, the Scandinavian countries provide integrative public nursing care services, ranging in principle from the cradle to the grave; depending on the age group they are, however, particularly pronounced. Benefits are granted to the entire population according to personal needs. A social subsidiarity principle which assigns the primary responsibility to the families and, via legal regulations such as parents keep, also the financial responsibility no longer exists. Instead, the care sector focuses on professional homecare services which enable elderly people to remain in their familiar surroundings as long as possible. Although the range of residential nursing care falls far behind the “outpatient” market, the percentage of elderly people in the special dwelling types is on average higher in Scandinavia than in Germany.

4.1 Familienbasiert-subsidiär contra servicebasiert-universalistisch – eine Einführung zu unterschiedlichen Systemwelten und ihrer Steuerung

4.1.1 Parallele Herausforderungen, konträre Systemwelten

Alternde Gesellschaften können nach dem Tempo, mit dem sich der Alterungsprozess vollzieht, in verschiedene Gruppen unterteilt werden. Zusammen mit Japan, Korea und südeuropäischen Ländern wie Italien, Portugal oder Griechenland gehört Deutschland zu den rasch alternden Gesellschaften, während die skandinavischen Länder als Ergebnis langjährig höherer Geburtenraten und positiver Wanderungsbilanzen ein eher moderates Alterungstempo aufweisen. Die Unterschiede zeigen sich bei der absoluten Zunahme der älteren bis hochaltrigen Bevölkerung und ihren Anteilsgewinnen an der Wohnbevölkerung ebenso wie bei der Entwicklung der sogenannten Altenlastquote, die die Relation zwischen der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter und der älteren Bevölkerung angibt oder dem Medianalter der Bevölkerung. Im europäischen Vergleich weist die deutsche Bevölkerung mit 45,3 Jahren (2013) das höchste Medianalter auf und nach Italien die zweithöchste Altenlastquote.¹ Auch bei den Anteilen der Jahrgänge 65+ und 80+ an der Wohnbevölkerung (vgl. Tabelle 4–1) sowie den hier in der Vergangenheit realisierten Zuwächsen nimmt Deutschland vordere Plätze ein. Die skandinavischen Länder finden sich überwiegend am anderen Ende der Skala oder im Mittelfeld.² Spiegelbildlich dazu sind in allen nordischen Ländern deutlich mehr als ein Fünftel der Bevölkerung jünger als 20 Jahre, verglichen mit nur 18 Prozent in Deutschland.

Der Anpassungsstress, der auf den gesellschaftlichen Institutionen lastet, ist bei einem moderaten Veränderungstempo logischerweise geringer als dort, wo sich der Bevölkerungsaufbau rasch ändert. Die Herausforderung selbst bleibt die Gleiche. Der Sozialstaat ist gefordert, der wachsenden Gruppe von Älteren und Hochaltrigen auf einer verlässlichen Grundlage die Pflege, soziale Betreuung und Alltagsunterstützung zukommen zu lassen, die individuell benötigt wird, um möglichst lange ein eigenständiges Leben in Würde und bei guter Gesundheit führen zu können. Wie die Politik die Herausforderungen zu bewältigen sucht, verläuft im Großen und Ganzen entlang der wohlfahrtsstaatlichen Grundorientierungen (siehe u. a. Heintze 2012, 2013; Dallinger und Theobald 2008). Im konservativen deutschen Sozial(versicherungs)-staat ist diese familienbasiert-subsidiär, in den nordischen Wohlfahrtsstaaten servicebasiert-universalistisch.

Das familienbasiert-subsidiäre Pflegearrangement fußt auf der Idee, dass bei Unterstützungsbedarf zunächst die Angehörigen in der Pflicht sind, die nötigen

1 In der Abgrenzung „Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren“ zu „Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und mehr“ stieg die Quote im Zeitraum 1995 bis 2013 um rd. 40 Prozent und erreicht nun 31,3 Prozent gegenüber 25,9 Prozent im Schnitt der fünf nordischen Länder. Datenquelle: Eurostat-Datenbank, Datenbestand „Bevölkerung am 1. Januar: Strukturindikatoren [demo_pjanind]“ mit Update vom 12.03.2014.

2 Lediglich Finnland weist auch das Muster rascher Alterung auf. So stieg die Altenlastquote im angegebenen Zeitraum annähernd so stark wie in Deutschland (+ 37%). Quelle: vgl. Fußnote 1.

Tabelle 4–1

Formelle Pflege im deutsch-skandinavischen Vergleich 2011/13 (letzter verfügbares Jahr)

	DE	DK	FI	IS	NO	SE
Demografische Strukturdaten						
Bevölkerung 65+: % der Wohnbevölkerung (1.1.13)	20,7	17,8	18,8	12,9	15,7	19,1
Bevölkerung 80+: % der Wohnbevölkerung (1.1.13)	5,4	4,2	5,0	3,6	4,4	5,2
Lebenserwartung (2012)	81,0	80,2	80,7	83,0	81,5	81,8
Lebenserwartung ab 65 Jahren (2012)	19,8	19,0	19,9	20,8	19,8	19,9
Anteil gesunder Lebensjahre an der totalen Lebenserwartung: Frauen im Alter von 65 Jahren (2005 bis 2012 im Durchschnitt)	33,5	67,5	39,4	66,2	60,5	67,7
Anteil gesunder Lebensjahre an der totalen Lebenserwartung: Männer im Alter von 65 Jahren (2005 bis 2012 im Durchschnitt)	39,2	72,6	44,9	72,8	73,8	68,2
Empfänger formeller Pflegeleistungen in % der gleichaltrigen Bevölkerung¹⁾						
Häuslich/ambulant (ab 65-Jährige; NO 67+)	3,1	15,0	rd.11	20,5	17,0	9,2
Institutionell/stationär (ab 65-Jährige; NO 67+)	4,1	3,9	6,0	7,5	6,8	4,9
Formelle Pflegequote insgesamt	7,2	19,2	17,0	28,0	23,8	14,1
Institutionelle Versorgung (Betten) nach Typ und nach Trägern (in %)²⁾						
Öffentlich (DK. Daten von 2013; NO 2012)	6,1	98,6	83,2	über 80	90,4	81,4
Freigemeinnützig	56,9		12,0		5,8	
Privat-gewerblich	37,0	1,3	4,7		3,8	18,6
Öffentliche Ausgaben der Langfristpflege³⁾						
Anteil am BIP (in %)	1,0	2,6	2,4	1,7	2,9	3,7
Ausgaben pro EW ab 65 Jahren (bereinigt um die Unterschiede im BIP pro Kopf): 2012 (in Tsd. Euro)	1,3	4,8	4,5	k.A.	6,4	6,4

¹⁾ Bei Finnland beziehen sich die Angaben zur formellen Pflegequote auf den 30.11.2011 (ohne Langfristpflege in Kliniken). Die Angaben sind in Klammer gesetzt, da hier die Altersgruppen ab 75 Jahren erfasst sind. Bei Schweden beziehen sich die Angaben auf den 1.10.2012 und erfassen nur Leistungen im Bereich des kommunalen Managements. Die Daten für Norwegen betreffen das Jahr 2012 und beziehen sich auf die Altersgruppe 67+.

²⁾ Vergleichbare Daten zur Trägerstruktur bei den häuslichen Leistungen sind aus den nordischen Statistiken nicht zu entnehmen. Dies teilweise, weil (so in Schweden) zwischen häuslich und institutionell gar nicht unterschieden wird. Aus den Beschäftigungsstatistiken (Beschäftigte nach Tätigkeit, Beruf, Sektor ...) ergibt sich jedoch, dass über 80 Prozent der in der Pflegebranche Beschäftigten einen öffentlich-rechtlichen Arbeitgeber haben.

³⁾ Angegeben sind die Daten der OECD für 2011. Sie enthalten bei Dänemark und Norwegen einige Ausgabenblöcke nicht. Bei Einbezug erhöht sich der BIP-Anteil im Falle von Norwegen auf rd. 3 Prozent.

Quellen: Demografische Strukturdaten: Eurostat-Datenbank, Datenbestand „Bevölkerung am 1. Januar: Strukturindikatoren [demo_pjanind]“ mit Update vom 12.03.2014; Lebenserwartung nach Alter und Geschlecht [demo_mlsexpec], Update vom 24.03.14 und Gesunde Lebensjahre (ab 2004) [hlth_hlye] mit Update vom 24.03.14; Daten zur formellen Pflege und der Struktur institutioneller Versorgung siehe die bei Heintze 2012 (Ausgabe 2015 i.E.) mit den dort angegebenen Datenquellen; Öffentliche Ausgaben nach OECD 2013

Leistungen zu organisieren und für die nicht gedeckten Kosten aufzukommen. Die Pflegeversicherung soll die Angehörigenpflege unterstützen, nicht ersetzen. In der Konsequenz ist sie nicht als Vollversicherung angelegt und greift auch erst bei erheblicher Pflegebedürftigkeit. Um Stufe I zu erreichen, muss ein täglicher Mindestbedarf bei Verrichtungen der Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung von 90 Minuten attestiert werden, wobei eine Stunde auf die Grundpflege entfällt. Wer nur ein- oder zweimal in der Woche Unterstützungsbedarf hat, fällt durch das Raster dieses eng auf körperliche Defizite zugeschnittenen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.³ An Wahlrechten freilich mangelt es denjenigen, die als pflegebedürftig eingestuft wurden, nicht. Alternativ zur informellen Pflege durch Angehörige können sie bei einem professionellen Dienstleister ihrer Wahl Leistungen beziehen, beides kombinieren oder sich stationär versorgen lassen. Das Primat gilt jedoch den Angehörigen. In welchem Umfang diese fachlich und menschlich überfordert sind, nimmt das familienbasierte System nur ungern zur Kenntnis, liefert das Festhalten an der quasi Überlegenheit der „Angehörigenpflege“ doch die implizite Begründung dafür, dass die Pflege in Deutschland einen vergleichsweise geringen Professionalisierungsgrad aufweist mit all den Konsequenzen, die dies für die Arbeitsbedingungen (stark polarisiert) und die Bezahlung der im Bereich der Langfristpflege Beschäftigten (hoher Anteil von Niedriglohnbeschäftigung) nach sich zieht.

Im servicebasiert-universalistischen System der nordischen Länder ist die Grundidee eine andere. Es geht um den Einbezug aller Einwohner und Einwohnerinnen unabhängig von ihrer Einkommens- und ihrer Familiensituation. Nicht die Familie ist deshalb der „Hauptpflegedienst“ der Nation, sondern die Organisation, Leistungserbringung und Finanzierung der Langfristpflege ist eine öffentliche, im Zuständigkeitsbereich der Kommunen angesiedelte Aufgabe. Für die Finanzierung gilt als Grundregel: Nursing- und Care-Leistungen werden unabhängig vom Ort ihrer Erbringung (eigene Wohnung, Pflegewohnung, Heim) öffentlich finanziert, Wohn- und Verpflegungskosten allerdings sind aus der Rente zu bestreiten. Reicht diese nicht, übernimmt die Kommune die Differenz und zahlt zudem ein Taschengeld. Zentral ist das Prinzip der institutionellen Solidarität mit dem Staat als Anker. Es tritt an die Stelle subsidiärer Leistungserbringung mit Anker Familie und privaten Vorrangregeln bei professionellen Diensten.⁴ Würde man die Leistungsgewährung an einen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit ähnlich hohen Hürden wie in Deutschland binden, ginge der Anspruch, möglichst wenige Menschen mit Unterstützungsbedarf nicht zu erreichen, ins Leere. Daher werden nicht Individuen in ein starres Schema gepresst, sondern schon Unterstützungsbedarfe von wenigen Stunden in der Woche finden Berücksichtigung.⁵ Im hohen Prozentsatz älterer Menschen, die professionelle Serviceleistungen erhalten, drückt sich diese Bedarfsorientierung aus. Abgese-

3 Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (SGB XI, § 45a), die noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen, können seit der Pflegereform von 2008 zwar auch Leistungen erhalten. Man spricht von „Pflegestufe 0“. Die gewährten Leistungen sind aber kaum mehr als ein Trostpflaster. Aktuell (2014) beträgt das Pflegegeld mtl. 120 € und die Pflegesachleistung mtl. 225 €.

4 Privat, auch privat-gewinnorientiert, kommt in Deutschland vor öffentlich (SGB XI, § 11 II).

5 Nur in Finnland existieren Pflegestufen. Die Pflegestufe 1 greift hier aber bereits bei einem Unterstützungsbedarf von einmal in der Woche.

hen von Island und Norwegen ist der Anteil während der zurückliegenden Dekade allerdings deutlich gesunken. Gleichwohl verbleibt ein beachtlicher Unterschied. Lebenserwartung und Gesundheitszustand der Älteren liefern dafür keine Begründung. Im Gegenteil: Bei vergleichbarer Lebenserwartung liegt der Anteil multimorbider Lebensjahre an der Restlebenszeit derjenigen, die das 65. Lebensjahr erreicht haben, viel niedriger als in Deutschland (vgl. Tabelle 4–1).

4.1.2 Systemarchitektur und Steuerung entscheiden über den Outcome

Die Architektur des Systems ist von erheblicher Relevanz für die Frage, inwieweit politisch gesetzte Qualitäts- und Outcomeziele erreicht werden können oder nicht. In Deutschland bricht sich der Anspruch, Langfristpflege am individuellen Bedarf auszurichten,⁶ schon daran, dass die Leistungsgewährung all diejenigen ausgrenzt, die keinen täglichen oder einen nur im Bereich der sozialen Betreuung und Alltagsunterstützung angesiedelten Bedarf haben. Der Anspruch, die Priorität bei Prävention und Rehabilitation zu setzen (SGB XI, § 5), geht gar völlig ins Leere, weil das Pflegeversicherungsrecht für präventive Maßnahmen keine Instrumente vorsieht, kein Budget und kein Personal. In den nordischen Ländern ist umgekehrt Prävention instrumentell unterlegt und der Ressourceneinsatz bewegt sich in ganz anderen Dimensionen als das, was in Deutschland außerhalb des Regelungsbereiches der Pflegeversicherung von anderen öffentlichen Kostenträgern eingesetzt wird.⁷ Gewiss ist denkbar, dass im Wege der Umstellung des Begutachtungsverfahrens auf einen erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs der individuelle Bedarf ein stärkeres Gewicht erhält und es ließen sich auch Wege finden, Prävention im System zu einer eigenständigen Leistungskategorie zu machen. Dass es zu entsprechend neuen Weichenstellungen bislang nicht gekommen ist, hat jedoch seine „guten“ Gründe. Mit der qualitätsgesicherten Ausrichtung der Leistungen am persönlichen Bedarf und der systematischen Priorisierung von Prävention stünde die gesamte Systemarchitektur einschließlich des Steuerungsregimes zur Disposition. Die Steuerung nämlich ist konträr zu den nordischen Ländern gerade nicht outcome-, sondern inputorientiert. Durch Fiskalisierung wird ein permanenter Kostendruck erzeugt, der darauf hinwirkt, dass eine stark wachsende Fallzahl pflegebedürftiger Menschen Versorgung erfährt, ohne dass die öffentlichen Finanzierungsmittel entsprechend mitwachsen. Die Ausrichtung des Systems an der Geringhaltung öffentlicher Aus-

6 Die Deutsche Pflegecharta von 2005 formuliert den Anspruch in Artikel 4 wie folgt: „Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.“ Ähnlich gelagerte Formulierungen finden sich im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI, § 2ff.) und im skandinavischen Raum analog in den Gesetzen über Soziale Dienste wie auch in Spezialgesetzen (Island: Act on the Affairs of the Elderly, No. 125/1999 i. d. F. von Act No. 153/2010). Angaben zu den Rechtsquellen finden sich bei Heintze 2012 (2015 i. E.).

7 In Dänemark etwa sind präventive Hausbesuche eine kommunale Pflichtaufgabe und für den Leistungsbereich „Preventive Measures for the elderly and the handicapped“ setzten die Kommunen stark wachsende Mittel ein. Auf Einwohner umgerechnet stiegen die Ausgaben von 57 € (2007) auf 124 € (2012). Quelle: Statistics Denmark, Datenbestand mit Code REGK31 (Rechnungsergebnisse der Gemeinden).

gaben auch um den Preis wachsender Kostenprivatisierung müsste aufgegeben werden, wenn die Pflege wirklich die Aufwertung erfahren sollte, die in Schaufensterreden gerne beschworen wird. Damit allein wäre es aber nicht getan. Würde die öffentliche Finanzierungsverantwortung nennenswert gestärkt, entstünde zwar Spielraum für Verbesserungen im System, was gleichermaßen den Beschäftigten wie den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zugute kommen könnte, das Steuerungsproblem freilich bliebe ebenso ungelöst wie das mit dem Prinzip der familienbasierten Subsidiarität verbundene Strukturproblem.⁸

Das deutsche System der Langfristpflege ist in Einzelsektoren ohne übergreifende Struktur- und Prozesssteuerung unterteilt mit Finanzierungsquellen, die nicht ineinandergreifen, sondern konträren Logiken folgen. An den Grenzen der je auf sich bezogenen Teilsysteme treten Schnittstellenprobleme auf, die die Organisation integrierter Versorgungsketten erheblich erschweren bis möglich machen. Die Zerstückelung von Verantwortlichkeiten als Kehrseite des idealisierten Prinzips gesellschaftlicher Subsidiarität bedingt, dass für den Outcome niemand wirklich verantwortlich ist. Damit aber fehlt es den gesetzlich normierten Qualitäts- und Teilhabezielen an Verbindlichkeit. Die Politik appelliert quasi nur an die untereinander im Wettbewerb um geringste Kosten stehenden Akteure, auf freiwilliger Basis doch bitte so zu kooperieren, dass integrierte Leistungen hoher Qualität entstehen und dem Bedarf der Hilfebedürftigen entsprochen wird. Dass dies, wenn die materiellen Anreize in eine andere Richtung gehen, nur im Einzelfall, nicht aber in der Breite funktionieren kann, wird ausgeblendet. Der Best-Practice-Einzelfall dient der Beschwichtigung nach dem Motto: Seht her, es geht doch. In den nordischen Ländern ist umgekehrt das Gelingen in der Breite das Maß und der Staat die dafür verantwortliche Instanz. Die von der Zentralregierung erlassenen Gesetze beinhalten einen eher groben Rahmen und eine vergleichsweise geringe Regulierungsdichte. Es sind die Kommunen, die die Infrastrukturverantwortung tragen, den Prozess steuern und für die Ergebnisse, die auf der nationalen Ebene in Registern erfasst werden, verantwortlich sind.

Ambivalent, weil mit einer Schwächung der Steuerungsfunktion von Gemeinden verbunden, erweist sich die Öffnung des Versorgungsmarktes für renditeorientierte Dienstleister. Vorreiter bei der Vermarktlichung der Altenhilfe war Schweden, wo bereits 1992 eine Marktöffnung in Richtung auch gewinnorientierter Akteure erfolgte; die Einführung von Wahlrechten geschah zeitversetzt. Dänemark folgte zehn Jahre später mit einer Koppelung der Marktöffnung an die Etablierung von Wahlrechten. Zwar erbringen – dies gilt für alle nordischen Länder – die Gemeinden den weitaus größten Teil der Leistungen immer noch in Eigenregie. Im Besonderen in Schweden führte das Outsourcing von Leistungen jedoch dazu, dass international agierende Investoren den Altenhilfemarkt gerade wegen der guten öffentlichen Finanzierung als lukrative Gewinnquelle für sich entdeckt haben. Gut ein Fünftel der Versorgung ist inzwischen (Stand 2012) sowohl bei den häuslichen Diensten wie im institutionellen Bereich privatisiert. Bei „Residential Care“ in oligopolartigen Struk-

⁸ Ein Blick auf das Gesundheitssystem ist diesbezüglich erhellend. Die deutschen Gesundheitsausgaben sind gemessen an der Wirtschaftskraft höher als in den nordischen Ländern, die Ergebnisse aber nicht besser (vgl. OECD Health Data, Ausgabe 2013). Die Selbstverwaltungsstrukturen und eine nicht auf Qualität gerichtete Steuerung bewirken, dass Unter-, Über- und Fehlversorgung nebeneinander existieren.

turen, bei häuslichen Diensten kleingewerblich. Mit der Etablierung von Marktinstrumenten tritt bei einem immer noch vergleichsweise geringen, aber wachsenden Segment die indirekte Steuerung über Versorgungsverträge an die Stelle der direkten Steuerung. Was in Deutschland durchgängige Praxis ist, breitet sich so auch im nordischen Altenhilfesystem aus. Dies geschieht aber begrenzt, ist politisch umstritten und in einen anderen wohlfahrtsstaatlichen Kontext eingebettet. Vorliegende Studien stützen die These, dass die Vermarktlichung der öffentlichen Versorgung ihren Preis hat. Er besteht in einer Zunahme der sozialen Segregation, einer wachsender Polarisierung bei der Einhaltung von Qualitätsstandards und gewissen Verschlechterungen bei den Arbeitsbedingungen (siehe unten und für Details die Beiträge in Meagher und Szebehely 2013). Allerdings sind diese Schattenseiten zunehmend ins öffentliche Bewusstsein geraten und waren in Schweden mit ein Grund für die Niederlage der Mitte-Rechts-Regierung bei den Parlaments- und Kommunalwahlen vom September 2014. Zur Agenda der Anfang Oktober 2014 gebildeten rot-grünen Minderheitsregierung mit dem Sozialdemokraten Stefan Löfven als Ministerpräsident gehört deshalb die Stärkung der öffentlichen Regulierung.

4.2 Vom klassischen Heim zur Vielfalt von Wohn- und Versorgungsformen jenseits bisheriger Häuslichkeit – Blick auf Strukturentwicklungen und die Ergebnisse von Marktöffnungen

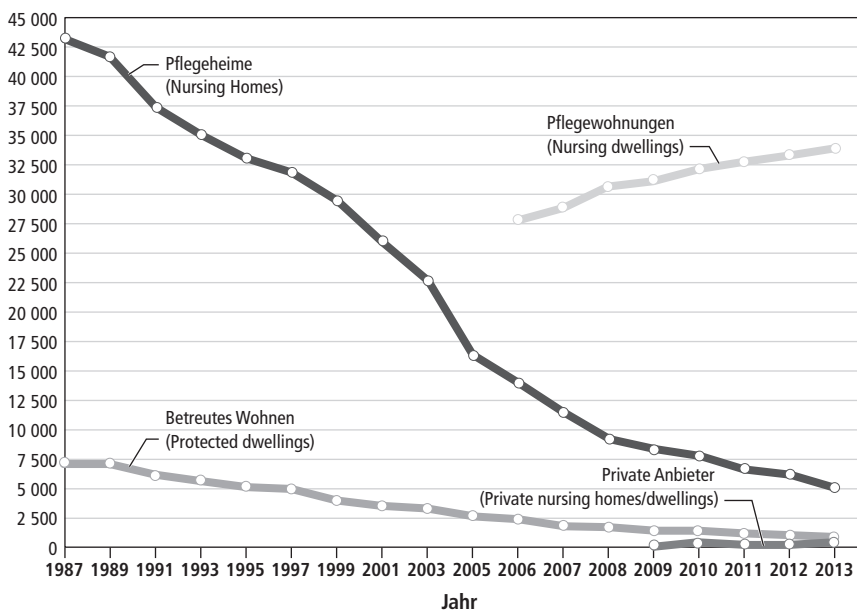
4.2.1 Einebnung der Trennung von häuslich und institutionell

Am weitesten hat Dänemark die klassische Form der institutionellen Pflege in Heimen zurückgedrängt zugunsten einer flächendeckenden Infrastruktur der häuslichen Betreuung mit Einschluss präventiver Maßnahmen. Dem Wunsch einer breiten Mehrheit, auch einer Mehrheit unter den hochaltrigen Menschen auf Versorgung in der vertrauten Umgebung wird so Rechnung getragen. Schon Mitte der 80er Jahre wurden die Weichen entsprechend gestellt und sukzessive der Sonderwohnbereich in Richtung einer Annäherung an den häuslichen Bereich umgebaut. Die Neustrukturierung beinhaltete den Ausbau von altengerechten Wohnungen und von Pflegewohnungen zulasten sowohl traditioneller Heimplätze (nursing homes) wie auch der Angebote betreuten Wohnens (protected dwellings). Bis 2013 ging die Bewohnerzahl in traditionellen kommunalen Heimen von fast 50.000 Mitte der 80er Jahre auf nur noch 5.126 zurück, während parallel dazu die Bewohnerzahl in Pflegewohnungen für Ältere stetig stieg und 2013 33,9 Tsd. Personen erreichte. An Bedeutung zunächst gewonnen, dann wieder eingebüßt haben seniorengerechte Allgemeinwohnungen. 2008 zählten sie 32,5 Tsd. Bewohner, 2013 nur noch 27 Tsd.⁹ Abbildung 4–1 zeigt für den Bereich der pflegerischen Wohnformen im engeren Sinne die Entwicklung seit 1987.

⁹ Quelle: Statistics Denmark, Datenbestand „Clients in nursing dwellings and dwellings for the elderly by region, age, type of measure and time“ (Code: RES10).

Abbildung 4–1

Ältere ab 65 Jahren in institutioneller Pflegeversorgung: Wohntypen in kommunaler Trägerschaft und Privatanbieter 1987–2013



Quelle: Statistics Denmark

Pflege-Report 2015

WIdO

Erläuterung:

Die zugrunde liegende Zeitreihe weist Brüche auf. Ein Bruch resultiert aus der Kommunalreform von 2007 mit dann geänderten Erhebungskonzepten. Die Kategorie der Pflegewohnung wird als besondere Wohnform erst seit 2006 separat erfasst. Davor war sie in den hier aufgrund einer wenig validen Datenlage nicht abgebildeten Kategorien „Dwellings for elderly persons“ und „Other Dwellings for elderly persons“ mit enthalten.

Mit den Strukturänderungen reduzierten sich die Anteile Älterer, die institutionell betreut werden, über alle Jahrgänge hinweg, und zwar bei den ab 65-Jährigen von 5,1 Prozent (2007) auf 4 Prozent (2013) und bei den ab 80-Jährigen von 14,1 Prozent (2007) auf 12,9 Prozent (2013).¹⁰ Die Entwicklung weist in den anderen Ländern eine ähnliche Tendenz auf, ohne jedoch synchron zu verlaufen. Schweden kommt Dänemark am nächsten. Am 01.10.2009 lebten dort 100 276 Pflegebedürftige im Alter von 65+ in sogenannten Spezialwohnformen; der Anteil an der gleichaltrigen Wohnbevölkerung betrug 6,1 Prozent; zum 01.10.2012 hat sich die Anzahl auf 86 781 Personen und der Anteil an der gleichaltrigen Wohnbevölkerung auf

¹⁰ Ohne altengerechte, aber nicht speziell auf Pflege ausgerichtete Wohnungen. Bei Einbezug der Kategorie altengerechter Wohnungen sank der Anteil von 9 Prozent 2007 auf 6,7 Prozent im Jahr 2013.

noch 4,9 Prozent reduziert. Im Tempo etwas gemächlicher und in der Strukturänderung leicht verschieden vollzog sich der Rückgang in Island und Norwegen. Bei Berücksichtigung auch der sonstigen Altenwohnungen lagen die Anteile Älterer, die 2010 außerhalb ihrer angestammten Häuslichkeit wohnten, nicht weit auseinander (DK: 7,7; IS: 8,1; NO: 10,3).¹¹ Dabei jedoch stieg in Norwegen gegen den sonstigen Trend die Bedeutung von Pflegeheimen. Die hier vorgehaltenen Plätze wurden von 20227 (1990) auf 38496 (2010) erhöht; ihr Anteil an allen Plätzen institutioneller Pflegeversorgung (ohne die sonstigen Wohnungen für Ältere) verdoppelte sich (1990: 44,3 %; 2011: 93,3 %). Dieser Verdoppelung steht bei den Seniorenheimen mit integrierter Langzeitpflege eine Dezimierung auf weniger als 2.000 Plätze (–91 %) gegenüber; Intensivpflegewohnungen mit 24-Stunden-Service sind statistisch verschwunden, weil praktisch in Heime integriert und bei der Heimnutzung erfolgte eine Verschiebung in Richtung der Kurzzeitpflege.¹² Finnland liegt in der Mitte zwischen einerseits Dänemark und Schweden und andererseits Island und Norwegen. Nach jahrelanger Konstanz ging der institutionelle Betreuungsanteil erst in den letzten Jahren deutlich auf leicht unter 6 Prozent Ende 2011 zurück. Konträr zu Norwegen schrumpfte dabei die Bedeutung von Heimen in dem Maße, wie die Leistungskategorie des Betreuten Wohnens mit Intensivpflege ihren Anteil mehr als verdoppeln konnte. 3 Prozent der ab 65-Jährigen werden nun in Wohnformen der Intensivpflege und 1,5 Prozent in Heimen versorgt; die restliche Versorgung wird u. a. von Gesundheitszentren wahrgenommen.¹³

Übergreifend ist ein Trend weg vom klassischen Heim hin zu betreuten Wohnformen und zu Heimen mit integrierten Pflegewohnungen (Norwegen) auszumachen. Er fügt sich ein in ein Muster aus drei Grundentwicklungen.

1. Ausbau **der häuslichen Versorgung zulasten der Langzeitversorgung in Heimen**. Die Unterstützung mit häuslichen Diensten hat Vorrang vor der institutionellen Pflege. Realisiert wird die Vorrangregelung durch das Ineinandergreifen von Leistungen der Pflege im engeren Sinne mit Leistungen der Betreuung und Haushaltshilfe bis hin zu Assistenzdiensten.¹⁴

11 Ein Vergleich mit Island ist nur auf dieser Basis möglich, da die isländische Statistik nicht zwischen Alten- und Pflegeheimen unterscheidet. Bei Norwegen Anteil der institutionell in Heimen und Pflegewohnungen versorgten Wohnbevölkerung ab 67 Jahren (Quelle: Statistics Norway, Tabellen Nr. 4469 und 6969).

12 Von 2009 bis 2012 ging die Zahl dauerhafter Heimbewohner um 2,3 Prozent zurück und die Kurznutzerzahl stieg um 3,1 Prozent. Quellen: Statistics Norway (Pflegerregister) und Statistical Yearbook of Norway 2013, Table 137, S. 146.

13 In absoluten Zahlen gab es zum Stichtag 31.12.2012 in den beiden Hauptausprägungsformen der institutionellen Pflege 45 844 Bewohner, darunter 13 587 in Pflegeheimen (Quelle: THL 2014).

14 Bei der Umsetzung wird primär auf die gute Zugänglichkeit der häuslichen Dienste gesetzt, nicht jedoch auf Hürden für die institutionelle Pflege. In Dänemark sorgt dafür schon die freie Wahl der Wohnform im Zusammenwirken mit garantierten Wartezeiten. Seit dem 01.01.2009 sind die Gemeinden verpflichtet, bei der Platzvergabe eine Wartezeit von maximal zwei Monaten einzuhalten. Nur wenige Gemeinden (2012: Fredensborg, Lyngby-Taarbæk und Odder) liegen darüber; die durchschnittliche Wartezeit beträgt rd. drei Wochen (Daten mit Code AED15; eigene Auswertung). Finnland allerdings hat Hürden errichtet. Das „Gesetz über Care-Dienste für Ältere“ von 2013 verpflichtet Gemeinden nämlich, Heimunterbringungen nur noch dort vorzusehen, wo es medizinisch indiziert ist.

2. **Ausbau von Maßnahmen der Aktivierung und Prävention anstelle rein passiver Versorgung.** Die Kommunen haben ihre Ausgaben für präventive und aktivierende Maßnahmen in den letzten Jahren enorm gesteigert. Schon 2007 beliefen sich beispielsweise die Ausgaben der dänischen Gemeinden für „Preventive effort for the elderly and handicapped“ je Einwohner auf umgerechnet rd. 57 €; 2012 waren es 124 €. Für „Activation of elderly and disabled“ setzen die norwegischen Gemeinden ähnliche Beträge ein.¹⁵ Über eine breite Palette gesundheitsfördernder Maßnahmen einschließlich der Gewährung von Diensten, die der Unfallvermeidung dienen (z. B. Hilfe beim Fensterputzen), wird versucht, den Eintritt und das Voranschreiten von Pflegebedürftigkeit hinauszuschieben.
3. **Diversifizierung der institutionellen Versorgung mit Ausbau spezieller Versorgungswege für Menschen mit kognitiven Störungen.** Die Diversifizierung verläuft unterschiedlich, auch mit Konsequenzen für die Zuordnung neuer Wohnformen zum häuslichen oder institutionellen Bereich. Die Zuordnung erfolgt nicht einheitlich. In Dänemark wird zwischen „Care in own home“ und „Care in nursing homes and nursing dwellings“ unterschieden. Analoges gilt für Island und Schweden. In Norwegen andererseits wird zwischen häuslich und institutionell unterschieden und in Finnland uneinheitlich. Ältere, die in betreuten Wohnanlagen intensive Pflege (24-Std.-Service) erfahren, werden statistisch dem institutionellen Bereich zugewiesen, rechtlich aber so behandelt, als würden sie in der eigenen Wohnung gepflegt.

4.2.2 Verbreitungsgrad und Wirkung der Nutzung von Marktinstrumenten

Die oben angesprochene Einführung von Marktinstrumenten kreuzt sich mit diesen Entwicklungen. Die Wettbewerbslogik, die dadurch in das skandinavische Altenhilfesystem eingeführt wurde, ebnet den Weg für Privatisierungen, erzwingt sie aber nicht. Das norwegische Beispiel ist hier aufschlussreich. Dem Druck, Leistungen unter der Überschrift „New Public Management“ nicht mehr selbst zu erbringen, sondern auszuschreiben, haben die allermeisten Gemeinden bislang nicht nachgegeben. Gleichermäßen bei häuslichen wie bei institutionellen Leistungen ist die Zahl der Gemeinden, die wettbewerbliche Ausschreibungsverfahren nutzen, dem allgemeinen Trend folgend zwar gestiegen. Ihr Anteil an allen Gemeinden erreichte 2012 in beiden Bereichen jedoch nur je 7 Prozent (Vabo et al. 2013: Tab. 1, S. 174). Ganz anders die Entwicklung bei Instrumenten, die der Verbesserung und Weiterentwicklung des eigenen Angebotes dienen. Benchmarking etwa kam 2012 in 60 Prozent der insgesamt 430 norwegischen Gemeinden zum Einsatz; 2004 waren es erst 22 Prozent. Das strategische Kalkül liegt auf der Hand: Neue Steuerungsinstru-

¹⁵ Nach Steigerungen um insgesamt 26 Prozent im Zeitraum 2008–2012 beliefen sich die Ausgaben pro Einwohner 2012 auf umgerechnet 122 €. Datenquelle: Statistics Norway, Table 05065 („Gross operating expenditure municipal health and care“). Datenquelle für Dänemark: Rechnungsergebnisse der Gemeinden, Datenbestand mit Code REGK31 (eigene Auswertung mit Umrechnungskurs vom 10.06.2011).

mente können, statt der Vorbereitung von Leistungsprivatisierungen zu dienen, auch zu deren Abwehr eingesetzt werden.

Instrumente der Vermarktlichung, die auf weniger Leistungs- und mehr Gewährleistungsstaat zielen, angefangen beim Einsatz von Gutscheinen über die Vergabe von Einzelleistungen bis hin zur Vergabe größerer Leistungspakete an auch gewinnorientierte Anbieter haben in Schweden und Finnland den größten Verbreitungsgrad. Dies entspricht der dortigen Gesetzgebung, die den Privatisierungsanhängern Rückenwind gibt. In Norwegen ist die Leistungsprivatisierung auf Oslo und Einzelgemeinden beschränkt. Eine mittlere Position nimmt Dänemark ein. Im häuslichen Bereich konnten Privatanbieter bei Diensten der praktischen Haushaltsunterstützung gut Fuß fassen, weniger dagegen bei Personal-Care-Diensten. Im institutionellen Bereich, wo das Recht auf Wahl eines Privatanbieters nicht gilt, erreichten sie dagegen noch 2013 nur einen Anteil an der Versorgung der ab 65-Jährigen von weniger als 1,5 Prozent. Die regionalen Unterschiede sind beträchtlich, wobei Einiges dafür spricht, dass politisch rechtsgeneigte Gemeinden früher und umfassender Instrumente der Vermarktlichung nutzen als linksgeneigte Gemeinden.¹⁶ Verglichen mit Deutschland, wo nur die Steuerung und Kontrolle öffentlich ist, die Leistungserbringung jedoch zu weit über 90 Prozent in privaten, zunehmend privat-gewerblichen Händen liegt (siehe Tabelle 4–1), bewegt sich der Privatisierungsgrad auf einem sehr geringen Niveau. Belastbare Befunde zu den Ergebnissen gibt es im Landesmaßstab nur für Schweden, wo auf 20 Jahre Erfahrung zurückgeblickt werden kann. Für die anderen Länder liegen beschränkte Erkenntnisse aus Fallstudien und meist nur für einzelne Regionen vor. Der Forschungsstand, der bei Meagher et al. 2013 zum Bereich der institutionellen Pflege ausgeführt wird, kann wie folgt zusammengefasst werden:

1. Kostenersparnisse sind entweder nicht nachweisbar (Finnland) oder beschränken sich auf die ersten Jahre (Dänemark, Schweden). Lediglich in Oslo konnten Einsparungen realisiert werden, denen aber erhöhte Transaktions- und Steuerungskosten gegenüber stehen.
2. Qualitätsindikatoren liefern keine eindeutigen Ergebnisse. Teilweise sind Unterschiede kaum auszumachen; teilweise differieren sie je nach Indikatortyp. Letzteres gilt für Schweden. Kommunale und Non-Profit-Träger schneiden bei Strukturindikatoren (höherer Professionalisierungsgrad, systematische Weiterbildung etc.) signifikant besser ab; bei Prozessindikatoren wie der laufenden Aktualisierung des Pflegeplanes etc. ist es umgekehrt (Erlandsson et al. 2013: S. 61, Tab. 3).
3. Zu Differenzen bei den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen wie auch der betrieblichen Alterssicherung ist die Studienlage dürftig. Fallstudien aus Norwegen deuten auf Verschlechterungen hin.
4. Von Einbußen bei der demokratischen Kontrolle und verminderten Möglichkeiten der direkten Einflussnahme auf die Ergebnisse wird berichtet.

¹⁶ Vabo et al. 2013 berichten von Studien, wonach in Gemeinden mit konservativer Stadtspitze die Ausschreibung von Leistungen mehr als doppelt so häufig praktiziert wird wie in Gemeinden mit sozialdemokratischer Führung (S. 174).

4.3 Auf dem Weg zur demenzgerechten Pflege: kleine Wohngruppen, strukturierte Tagesprogramme, breitere Fachlichkeit

Für die weitere Entwicklung der nordischen Pflegesysteme wird mit entscheidend sein, wie die Versorgung der wachsenden Zahl an Demenzkranken organisiert wird und ob es gelingt, Ausbruch und Voranschreiten der Erkrankung in relevantem Umfang zu verzögern. Die Inzidenz für den Eintritt einer demenzieller Erkrankung steigt mit wachsendem Alter. Die Betroffenen leiden unter fortschreitendem Gedächtnisverlust, Einbußen bei der kognitiven Leistungsfähigkeit des Gehirns und einer verminderten Fähigkeit zur Gefühlskontrolle. Es wird mit einem starken Anstieg der Fallzahlen gerechnet, in Deutschland von heute rd. 1,4 auf etwa 2,2 Mio. (2030), in Dänemark von rd. 78 Tsd. (2009) auf 178 Tsd. (2040), in Finnland von rd. 95 Tsd. (2010) auf 130 Tsd. (2020) und in Norwegen von 69 Tsd. (2010) auf 133 Tsd. (2040).¹⁷ Dabei kommt zum Tragen, dass die Zahl hochaltriger Menschen wächst. Diese aber leiden weit häufiger an dementiellen Störungen als jüngere Alte. Zwangsläufigkeiten zu unterstellen, ginge gleichwohl fehl. Neuere Studien liefern Hinweise darauf, dass die Prävalenz in der Vergangenheit gesunken ist¹⁸ und zukünftig in dem Maße weiter abgesenkt werden kann, wie es gelingt, die krankmachenden Risikofaktoren¹⁹ zurückzudrängen. Angesprochen sind die allgemeinen Lebensumstände, die Gestaltung der Arbeitswelt und Fragen der gesundheitlichen Primär-Prävention. Die Versorgungsgestaltung im Alter folgt als weitere Säule. Es geht hier um die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten, die geeignet sind, dem raschen Voranschreiten der Erkrankung entgegenzuwirken, die Gesellschaft auf ein Zusammenleben mit Demenzkranken einzustellen und den Betroffenen ein würdevolles Leben zu ermöglichen.

Demenz gehört zu den teuersten Krankheitsgruppen. Im familienbasierten deutschen System sind es die Familien selbst, die den überwiegenden Teil der pflegerischen Kosten tragen (u. a. RKI 2005: S. 23). Viele sind damit überfordert. Zunehmend wird deshalb bei der häuslichen Pflege ein Ventil in Richtung grauer Pflegemärkte gesucht und bei der Heimunterbringung gewinnt an Bedeutung, wofür die Bezeichnung „Oma-Export“ in Umlauf ist: die Verbringung in osteuropäische oder südostasiatische Heime, die mit niedrigeren Preisen bei gleichzeitig

17 Daten nach offiziellen Angaben (Nationale Demenzpläne) resp. des BGM in Deutschland (Online-Eintrag mit Stand 08.05.2014).

18 Prof. Christensen und Kollegen vom Dänischen Institut für Altersforschung in Odense verglichen zwei Kohorten von Dänen der Jahrgänge 1905 und 1915 im ungefähr gleichen Lebensalter von 93 (n=2262) resp. 95 (n=1584) Jahren. Ergebnis. Obwohl sie zwei Jahre älter waren, betrug bei den im Jahr 1915 Geborenen der Anteil dementiell Erkrankter nur 17 Prozent, bei den 1905 Geborenen dagegen 22 Prozent (Christensen et al. 2013). Am Karolinska Institut (Stockholm) wurde über 20 Jahre der gesundheitliche Werdegang von Menschen ab 75 Jahren untersucht und gleichfalls eine rückläufige Häufigkeit des Eintritts von Demenz festgestellt (Qiu et al. 2013).

19 Als relevant gelten: Bluthochdruck, Diabetes, Bewegungsmangel, Übergewicht, Rauchen, unzureichende geistige Aktivität und belastender Dauerstress. Zu all diesen Faktoren liegen Studien vor. Eine schwedische Langzeitstudie mit 800 Frauen mittleren Alters ergab z. B., dass das Demenzrisiko bei Dauerstress um 20 Prozent erhöht ist (zit. nach Ärzteblatt vom 7. Oktober 2013, S. 3410).

besserer Personalausstattung locken. Anders als in Deutschland ist es in den nordischen Ländern Konsens, dass die Kosten für die Langfristpflege und soziale Betreuung ganz überwiegend öffentlich zu finanzieren sind, bei gleichzeitiger Sicherung hoher Servicequalität. Da bei der Versorgung im häuslichen Bereich nur rd. halb so hohe Kosten anfallen wie bei Intensivpflege im Heim oder in Pflegewohnungen,²⁰ besteht die Herausforderung darin, die Hirngesundheit so zu fördern, dass ein wachsender Anteil Hochaltriger in der häuslichen Versorgung gehalten werden kann. Dem sind freilich abhängig vom Schweregrad der Erkrankung Grenzen gesetzt. Menschen mit schwerer Demenz benötigen eine Rundum-Betreuung. Sie in der eigenen Häuslichkeit zu organisieren, ist auf professioneller Basis kaum finanzierbar. Sinnvoll sind Lösungsansätze, die entlang integrierter Versorgungsketten zu einer Verzahnung von häuslicher und institutioneller Versorgung führen und diese zugleich umbauen in Richtung aktivierender Pflege mit Stärkung des Präventionsgedankens. Wie genau dies bewerkstelligt werden kann, welche Konzepte tragfähig sind und wie die Implementation zu erfolgen hat, ist erst in Umrissen erkennbar. Immerhin, Demenz ist auf der politischen Tagesordnung. Während in Deutschland zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Beitrages kein einziges Bundesland einen Demenzplan vorweisen kann, werden im Norden Demenzpläne bereits seit Mitte der Nullerjahre entwickelt. Die Bestandsaufnahme, die der Strategieentwicklung vorausging, lieferte medizinisch wie pflegerisch ernüchternde Befunde. In Norwegen z. B. wird zwar rund die Hälfte der Betroffenen institutionell versorgt, womit vier von fünf Heimbewohnern eine Demenz-Störung aufweisen, die Masse der Einrichtungen ist gleichwohl darauf nicht eingestellt, weder baulich noch konzeptionell. Beim Personal fehlt es – Gleiches gilt für Dänemark – an fachlicher Breite und adäquater Schulung. Kaum erstaunlich ist, dass wissenschaftliche Handlungsempfehlungen nur in einer Minderheit der Heime und Tagespflegezentren zum Einsatz kommen. Nun geraten auch die häufigen Leistungsausschreibungen, wie sie in Schweden und Finnland als Folge von Vermarktlichung Praxis wurden, zum Problem; sie kollidieren mit der Notwendigkeit, für Demenzkranke ein stabiles Umfeld zu schaffen.²¹

Die politisch beschlossenen Strategien²² sind überwiegend noch wenig konkret. So hat Finnland Grundlagen einer Gesellschaft formuliert, die das Attribut „memory-friendly“ verdient und Leitlinien für die Behandlung und Pflege Demenzkranker vorgelegt; ein die Langfristpflege betreffender Handlungsplan mit Bereitstellung auch von Finanzmitteln steht nach vorliegendem Kenntnisstand aber noch aus. In Schweden legte der Swedish National Board of Health and Welfare 2010 Leitlinien für die Pflege Demenzkranker vor und 2012 wurden Indikatoren für die Bewertung

20 In Finnland z. B. fielen 2010 im Bereich betreuten Wohnens mit Intensivpflege monatsdurchschnittlich pro Bewohner gut 3 800 € an verglichen mit rd. 1 585 € bei häuslicher Versorgung. Von den öffentlichen Gesamtausgaben der Langfristpflege entfallen in der Folge rd. 70 Prozent auf den institutionellen Bereich (2011: 2,7 Mrd. €). Ministry of Social Affairs and Health (2013b, S. 37; Tab. 1).

21 Zur Problembenennung siehe für Finland: Ministry of Social Affairs and Health 2013a (14).

22 Zu Finnland und Norwegen sind Primärquellen auf English verfügbar. Informationen zur Plan-Entwicklung in Dänemark und Schweden wurden vorrangig der Webseite der Europäischen Alzheimer Gesellschaft entnommen. Dort finden sich neben Länderübersichten Pressemitteilungen zu aktuellen Entwicklungen und Stellungnahmen der Nationalen Alzheimergesellschaften Quelle: <http://www.alzheimer-europe.org/> (22.07.2014).

der Pflege in speziellen Demenz-Wohngruppen verabschiedet. Bislang jedoch fehlt es an der nötigen Datenbasis, um die Indikatoren zum Einsatz zu bringen. Gemeinsam ist den Strategien, dass Nationale Standards für Diagnose, Behandlung und Pflege zusammen mit registerbasierten Datengrundlagen entwickelt werden sollen. Ein starkes Gewicht wird auf psychosoziale Interventionen gesetzt. Es geht nicht um Ruhigstellung – weder medikamentös noch durch freiheitsbeschränkende Maßnahmen –,²³ sondern darum, das alternde Gehirn „with a greater emphasis on keeping patients busy“ (Norwegian Dementia Plan 2015, S. 20) so auf Trab zu bringen, dass die noch verfügbaren Ressourcen aktiviert, trainiert und vor weiterem Abbau geschützt werden. Statt große geschlossene Versorgungskomplexe anzupeilen, basiert die Konzipierung von Einrichtungen auf dem Prinzip der Minimierung von Unübersichtlichkeit; kleine Wohngruppen sollen den von innerer Unruhe getriebenen Kranken Halt bieten. Dieser Grundlinie folgend testen aktuell in Dänemark drei Gemeinden neue geriatrische Modelle. Von etwas über 4 Mio. €, die die Regierung für die Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie (2011–2014) bereitgestellt hat, gehen zwei Drittel in derartige Ansätze (Nissen 2013, S. 19).

Innerskandinavisch kommt Norwegen eine Vorreiterrolle zu. Angelegt als Teil des Nationalen Care-Planes 2015, wurde der Demenz-Plan „*Making the most of the good days*“ 2007 veröffentlicht und 2011 überarbeitet. Dänemark und Schweden folgten 2010, Finnland 2012. Auf den norwegischen Plan möchte ich näher eingehen. Er basiert auf einer Strategie, deren Grundprinzipien der universalistisch auf Inklusion ausgerichteten skandinavischen Wohlfahrtsphilosophie folgen. Oberziel ist die Schaffung integrierter Pflegeketten mit ganzheitlichem Blick auf die Person. Motto: „*Proper Dementia Care is proper Care for everyone*“ (Gute Pflege der Demenzkranken bedeutet gute Pflege für alle; S. 9). Demenzkranke sollen nicht abgeschoben, sondern mit sinnvoll ausgefülltem Tagesprogramm ins Gemeinschaftsleben integriert werden. Die Gesellschaft soll umgekehrt lernen, den Verwirrten mit Offenheit und Verständnis zu begegnen. Der Plan beinhaltet folgende fünf Hauptstrategien, die jeweils mit einem Vier-Jahres-Aktionsplan unterlegt sind (S. 14ff.): (1) Entwicklung von Qualität, Forschung und Planung; (2) Vergrößerung der Pflegekapazitäten und Hebung der Kompetenz des Personals; (3) Bessere Kooperation zwischen den Fachdisziplinen; (4) Aktive statt passive Pflege; (5) Partnerschaft mit Familien und lokalen gesellschaftlichen Akteuren.

Zur *ersten Hauptstrategie* gehört die Einrichtung von fünf regionalen Forschungszentren, was zwischenzeitlich erfolgt ist. Ein besonderes Schlaglicht legt die Forschung auf psychosoziale Rahmenbedingungen, Kommunikation und personale Interaktionen. Milieubasierte Therapien werden seit 2008 entwickelt, um dann in die gemeindlichen Planungsprozesse eingebracht zu werden. Die *zweite Hauptstrategie* ist für den institutionellen Bereich zentral. Der zugehörige Aktionsplan setzt sich aus zwei Bausteinen zusammen. Zum einen geht es um die bauliche Um-

23 Wenn – wie vielfach in Deutschland aufgrund einer zu knappen Personaldecke praktiziert – verwirrte Heimbewohner fixiert werden aus der Absicht heraus, sie damit vor Schaden zu bewahren, so entsteht schnell ein Teufelskreis. Fixierung zieht Widerstand gegen die Fixierung nach sich. Gebrochen wird der Widerstand mit sedierenden Medikamenten, die dann jedoch ähnlich wirken dürften wie erzwungene Passivität im Falle von altersbedingtem Muskelschwund: Der Verfall des Gehirns wird beschleunigt statt abgebrems.

setzung des Mottos „*Small is beautiful*“. In kompakten Baueinheiten mit Zugang ins Freie sollen Wohngruppen aus je vier bis acht Personen gebildet werden, die dort von einem festen Personalstamm betreut werden. Mit Förderung durch „The Norwegian State Housing Bank“ ist geplant, bis 2020 in bestehenden Heimen 20 000 Plätze demenzgerecht umzubauen und 4 000 Plätze neu zu schaffen (S. 10ff.). Der zweite Baustein betrifft die Ausweitung personeller Kapazitäten. Die Einstellung von zusätzlich 10 000 Mannjahren an Fachkräften mit Finanzierung durch den Staat war für die erste Umsetzungsperiode des Demenzplanes vorgesehen. Schon jetzt besitzt Norwegen bei der Pflege innereuropäisch den besten Personalschlüssel.²⁴ Die Anpassung der Pflegekonzepte und der Zuwachs an zu betreuenden Menschen macht es jedoch erforderlich, einerseits beim professionellen Personal aufzurüsten mit zugleich breiterer Fachlichkeit und andererseits auch die Schulung informell Pflegenden zu intensivieren. Geriatriische Qualifizierungsprogramme incl. der Schulung von Angehörigen und Freiwilligen wurden aufgelegt; bis Ende 2015 sollen 3 000 Hochschulabsolventen die institutionell zu erbringenden Dienste mit Wissen aus der Alters- und Demenzforschung anreichern.

Die auf mehr Koordination gerichtete *dritte Hauptstrategie* will Modelle verbesserter Kooperation zwischen Allgemein- und Fachmedizin in der Demenztherapie verankern; die Kapazität des ärztlichen Personals soll in den Pflegeeinrichtungen um 50 Prozent gesteigert werden. Bei den Pflegekonzepten selbst schließlich ist ein Paradigmenwechsel von der passiven Versorgung zur aktiven Pflege im Gange. Als fehlendes Glied in der Pflegekette wird moniert, dass viele Gemeinden für die häuslich Betreuten kaum strukturierte Tagesprogramme zur Verfügung stellen. Vorrangiges Ziel ist es, diese Lücke in der Pflegekette mit Blick auf kulturelle Aktivitäten, Physio- und Beschäftigungstherapie sowie die Stärkung der Sozialarbeit zu schließen. Von den umgerechnet rd. 262 Tsd. €, die die Regierung 2012 bereitstellte, ist das Gros für die Entwicklung von Tagesprogrammen reserviert. Hier aktiv zu sein, könnte eine kommunale Pflichtaufgabe werden (S. 20). Ein erstes Monitoring zum Umsetzungsstand der Aktionspläne, 2011 unter Federführung des „Norwegian Centre for Research, Education and Service Development“ durchgeführt, ergab Fortschritte, aber auch, dass die Hauptarbeit noch bevorsteht.

4.4 Fazit

Die Langzeitpflege der Nordischen Länder befindet sich in einer Umbruchsituation. Die Ziele sind ambitioniert. In welchem Umfang sie erreicht werden, ist offen. Die strukturellen, finanziellen und kulturellen Voraussetzungen können jedoch – siehe dazu die Einführung – als günstig bewertet werden. Schon seit den 80er Jahren wurden integrierte Strukturen aufgebaut und die Professionalität der Leistungserbringung sowohl gesteigert wie zunehmend multidisziplinär angelegt. Hier kann

²⁴ Zum Klinikbereich siehe aus dem Projekt „Nurse Forecasting in Europa“ (12 Partnerländer, darunter Deutschland, Finnland, Norwegen und Schweden) die Studie von Aiken et al. 2012 (Tab. 3).

angeknüpft werden, wenn es nun darum geht, die grundlegenden Prinzipien universalistischer Wohlfahrtsstaatlichkeit bei der Gestaltung einer demenzgerechten Gesellschaft zur Entfaltung zu bringen.

Literatur

- Aiken LH. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012;344; e1717 doi: 10.1136/bmj.31717 (20.03.2012).
- Christensen K, Thinggaard M, Oksuzyan A, Steenstrup T, Andersen-Ranberg K, Jeune B, McGue M, Vaupel JW. Physical and cognitive functioning of people older than 90 years: a comparison of two Danish cohorts born 10 years apart. *The Lancet* 2013, 382 (9903): 1507–13 (02.11. 2013; doi:10.1016/S0140-6736(13)60777-1).
- Dallinger U, Theobald H. Pflege und Ungleichheit. Ungleiche Citizenship rights im internationalen Vergleich. In: Bauer U, Büscher A. Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2008, 78–102.
- Erlandsson S, Storm P, Stranz A, Szebehely M, Trydegard GB. Marketising trends in Swedish eldercare: competition, choice and calls for stricter regulation. In: Meagher G, Szebehely M (Hrsg) *Marketisation in Nordic eldercare. A Research report on legislation, oversight, extent and consequences.* Stockholm Studies in Social Work 30. Stockholm: Stockholm University 2013; 23ff.
- European Commission. Mutual information system on social protection: Social protection in the Member States of the European Union, of the European Economic Area and in Switzerland: Comparative tables Mutual Information System on Social Protection in the Member States. http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en (01. Januar 2013)
- Finnish Ministry of Social Affairs and Health. National Memory Programme 2012–2010. Creating a “Memory-Friendly” Finland. Report Nr. 9-2013. Helsinki 2013a.
- Finnish Ministry of Social Affairs and Health. Quality Recommendations to guarantee a good Quality of Life and Improves Services. Framework for high Quality Services for older people. Helsinki 2013b.
- Finnish National Institute for Health and Welfare (THL). Datenbank SATKANet. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu> (24. Juli 2014).
- Heintze C. Pflege, Betreuung und Alltagsunterstützung älterer Menschen im deutsch-skandinavischen Vergleich. Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, Kurzfassung in: WISO-Diskurs „Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem“. Bonn., Juli 2012 (2015 i. E.)
- Heintze C. Die Straße des Erfolgs: Rahmenbedingungen, Umfang und Finanzierung kommunaler Dienste im deutsch-skandinavischen Vergleich. Marburg: Metropolis 2013.
- Meagher G, Szebehely M. (Hrsg). *Marketisation in Nordic eldercare. A Research report on legislation, oversight, extent and consequences,* Stockholm Studies in Social Work 30. Stockholm: Stockholm University 2013.
- Nissen NP. Danish Dementia Action Plan, Folien-Präsentation beim „International Symposium on National Dementia Strategy“ in Tokio am 29. Januar 2013.
- Norwegian Ministry of Health and Care Services. Dementia Plan 2015 – Making the most of the good days. Oslo 2008.
- OECD. Health at a Glance 2013. Paris 2013. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> und <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> (24. Juli 2014).
- OECD. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, Paris 2011. www.oecd.org/health/longtermcare und www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted (24.07.2014).
- Qiu CH, von Strauss E, Bäckman L, Winblad B, Fratiglioni L. Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm. Published in the April 17, 2013 on-

line issue of *Neurology*[®], the medical journal of the American Academy of Neurology. doi: 10.1212/WNL.0b013e318292a2f9.

Robert-Koch Institut. Altersdemenz, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28. Berlin 2005 (Nachdruck 2007).

Statistics Norway. Statistical Yearbook 2013. Oslo 2013.

Statistics of Finland. Sosiaalihuollon laitos – ja asumis-palvelut 2012 (Institutional care and Housing Services in social care 2012). Helsinki 2013.

Vabo M, Christensen K, Jacobsen FF, Trätteberg HD. Marketisation in Norwegian eldercare: preconditions, trends and resistance. In: . (Hrsg). Marketisation in Nordic eldercare. A Research report on legislation, oversight, extent and consequences, Stockholm Studies in Social Work 30. Stockholm: Stockholm University 2013; 163–97

This page intentionally left blank

5 **Pflegebedürftige ältere Menschen – Selbstbestimmung stärken, Teilhabe ermöglichen, Lebensqualität erhöhen**

Anregungen aus den Niederlanden

Petra Fuhrmann und Christoph J. Rupprecht

5

Abstract

In der Ausgestaltung und dem Stellenwert der Pflegeheime gibt es wesentliche Unterschiede zwischen den Niederlanden und Deutschland. Darüber hinaus nehmen die Kommunen im Bereich der Pflege und in der Altenhilfe eine aktivere Rolle ein als in Deutschland. Alternative Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen begegnen dem Wunsch pflegebedürftiger Menschen nach größtmöglicher Selbstbestimmung und Normalität, wenn der Auszug aus der eigenen Häuslichkeit notwendig wird. Neben der Stärkung der häuslichen Pflege durch den Ausbau wohnortnaher Hilfe- und Unterstützungsstrukturen hat die Pflegepolitik in den Niederlanden dem gezielt Rechnung getragen, insbesondere auch durch den Umbau von Pflegeheimen und die Weiterentwicklung der Wohn- und Betreuungsangebote für ältere und pflegebedürftige Menschen. So sind dort kleine Wohneinheiten mit teilweise familienähnlichen Strukturen entstanden. Vergleichbare Ansätze und Entwicklungen sind in Deutschland ursprünglich eher im Bereich von privaten Initiativen zu verorten, mittlerweile werden sie jedoch auch wesentlicher Bestandteil aktueller Reformpolitik.

There are considerable differences between the design and the overall utilization and importance of nursing homes between the Netherlands and Germany. Moreover, municipalities in the Netherlands play a more active role in health care and social care for the elderly. Alternative settings for social and long-term care delivery respond to user preferences for autonomy and normality in daily living when elderly people have to leave their domestic environment. Considering this, the Dutch long-term care policy focuses –besides the strengthening of home care– on the continuous (re)development of housing and care arrangements, in particular the modification of nursing homes. In this process, small family-type living arrangements emerge. Initially, in Germany similar approaches and developments were launched by private initiatives. Meanwhile they have become a central part of social and long-term care reforms.

5.1 Einleitung

In nahezu allen europäischen Ländern finden grundsätzliche Diskussionen über den Umgang mit dem Alterwerden der Gesellschaft, den sozialen Wandel und damit auch über die Ausgestaltung der Pflegepolitik statt. Zwar gibt es unterschiedliche Ausgangspunkte für die Pflegeversorgung und Pflegepolitik in den Niederlanden und in Deutschland, die Herausforderungen sind jedoch sehr ähnlich. Im Kern geht es dabei um die eigentlich einfache Frage: *Wie wollen wir alt werden?*

Die überwiegende Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland – mehr als zwei Drittel – wird zu Hause gepflegt, zumeist ausschließlich oder mit Unterstützung von Familienangehörigen; sie ermöglichen oft den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit. Knapp ein Drittel der pflegebedürftigen Menschen wird in einem Pflegeheim betreut (Statistisches Bundesamt 2013). Die große Mehrheit wünscht sich, möglichst lange im eigenen Zuhause oder zumindest im vertrauten Umfeld leben zu können. Wird der Umzug in ein Pflegeheim notwendig, sind damit oft Ängste und Vorbehalte verbunden: Angst vor Vereinsamung und sozialer Isolation in einem Heim mit Krankenhauscharakter, am Stadtrand, fernab des bisherigen Lebensumfelds.

Bisher baut man in Deutschland noch sehr stark auf die Bereitschaft, die Möglichkeiten und die Fähigkeit der Familien, die Pflege und Betreuung ihrer Angehörigen zu übernehmen. Die soziale und demografische Entwicklung wirkt sich auf die Anzahl der Pflegebedürftigen aus und verändert auch die bisherigen Pflegestrukturen. Diese sozialen Veränderungen beeinflussen insbesondere die familiäre Pflege. Die Pflege ist weitgehend weiblich: Frauen, die die Hauptlast der Pflege tragen, sind häufiger und länger erwerbstätig. Oft sind die Kindererziehung, die Pflege eines Angehörigen und die eigene Berufstätigkeit zeitgleich zu bewältigen. Insgesamt haben sich die klassischen Erwerbsbiographien verändert; mit dem Beruf sind höhere Flexibilitäts- und Mobilitätsanforderungen verbunden. Kinder leben daher nicht selten weit entfernt von ihren Eltern. Instabilere Paarbeziehungen und allgemeine Individualisierungstendenzen wirken sich darüber hinaus auf die Partnerpflege aus (Blinkert und Klie 2004; Haberkern 2009). Es ist daher davon auszugehen, dass die Bedeutung der professionellen Pflege, aber auch von sogenannten Wahlverwandtschaften beziehungsweise Freundschaftsbeziehungen weiter zunehmen wird.

Die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen sind ins Zentrum des Handelns und politischer Gestaltungskonzepte zu rücken. Die Pflege, insbesondere wenn sie auch außerhalb der eigenen Häuslichkeit stattfindet, muss wesentlich stärker als bisher an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientiert werden, um ihnen eine hohe Lebensqualität in einem „Zuhause“ zu ermöglichen. Die Niederlande bieten hier einige interessante Einblicke.

In den Niederlanden spielt die professionelle Pflege traditionell eine deutlich größere Rolle als in Deutschland. Auch die Stellung von Pflege- und Seniorenheimen ist eine andere. Die Niederlande verfolgen seit einigen Jahren zielstrebig eine Politik, die älteren und pflegebedürftigen Menschen einen langen Verbleib im eigenen Zuhause erlauben soll. Parallel dazu wurden die Pflegearrangements außerhalb der eigenen vier Wände – insbesondere auch im Pflegeheim – weiterentwickelt. Größtmögliche Selbstbestimmung zu ermöglichen stand dabei im Mittelpunkt.

Auch die jüngste, zum 1. Januar 2015 in Kraft getretene Reform verfolgt die Zielsetzung, die Pflege stärker dezentral und subsidiär zu organisieren. Angesichts erheblich gesteigener Ausgaben für die Langzeitpflege ist die Neuordnung des niederländischen Pflegesystems auch mit Einschränkungen und Kürzungen für die Betroffenen verbunden.

5.2 Langzeitpflege in den Niederlanden – das servicebasierte Pflegemodell

Im europäischen Vergleich ist die Bevölkerung der Niederlande noch vergleichsweise „jung“. 2013 waren erst vier Prozent der Niederländer 80 Jahre und älter. In Deutschland konnten bis zu diesem Zeitpunkt bereits sechs Prozent der Bevölkerung ihren 80. Geburtstag feiern. Mit Blick auf die künftigen Entwicklungen in der Pflege gibt die Betrachtung des Altenquotienten (Bevölkerung 65+/Bevölkerung 15–64 Jahre) einen wichtigen Anhaltspunkt. In den kommenden Jahrzehnten wird sich die Altersstruktur beider Länder weiter merklich verändern. Heute stehen in den Niederlanden einer Person über 65 Jahren vier Personen im erwerbsfähigen Alter gegenüber, in Deutschland sind es etwa drei. Bis 2060 wird diese Relation in den Niederlanden auf etwa zwei und in Deutschland auf unter zwei Personen im erwerbsfähigen Alter sinken (European Commission 2014). In den Niederlanden wie in vielen anderen europäischen Ländern prägt das Älterwerden der sogenannten Babyboomer-Generation die demografische Entwicklung. In keinem anderen europäischen Land aber war der Geburtenanstieg vergleichbar mit dem der Niederlande. Ab etwa 2020 wird diese Generation der zwischen 1946 und 1955 Geborenen zunehmend der Pflege und Unterstützung bedürfen (Statistics Netherlands (CBS) 2012).

Im Gegensatz zum traditionell familienbasierten System in Deutschland können die Niederlande, wie auch die nordischen Wohlfahrtsstaaten¹, dem servicebasierten Pflegemodell zugeordnet werden. Die staatlichen Leistungen sind umfangreich und die Bedeutung der informellen Pflege ist insgesamt geringer. Professionelle Dienstleister werden hingegen häufiger in Anspruch genommen. Gesetzliche, aber auch normative Verpflichtungen zur Pflege eines Angehörigen bestehen kaum (Haberkern 2009). Nur elf Prozent der Niederländer sehen es als selbstverständlich an, dass im Falle der Pflegebedürftigkeit Familienangehörige beziehungsweise das soziale Netzwerk die Pflege übernimmt (De Boer und De Klerk 2013). Die Verantwortung für Pflege- und Unterstützungsleistungen wird vorrangig auf staatlicher Seite verortet (Tabelle 5–1). 2012 wandten die Niederlande insgesamt 4,1 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für die Langzeitpflege auf. In Deutschland entsprachen die Ausgaben 1,4 Prozent der gesamten Wertschöpfung. Auf die stationäre Pflege entfielen in den Niederlanden 2,5 Prozent und in Deutschland 0,8 Prozent des Brut-

¹ Siehe hierzu den Beitrag von Cornelia Heintze: „Institutionell ausgerichtete Pflegeversorgung – der skandinavische Weg“; Kapitel 4 in diesem Band.

Tabelle 5–1

Aufwendungen für die Langzeitpflege 2012

	Anteil am Bruttoinlandsprodukt insgesamt	Anteil am Bruttoinlandsprodukt für stationäre Pflege	Anteil der Ausgaben für Langzeitpflege aus öffentlichen Mitteln
Niederlande	4,10 %	2,50 %	ca. 90 %
Deutschland	1,40 %	0,80 %	ca. 70 %

Quellen: OECD 2015; Schut und van den Berg 2011; Rothgang 2011

Pflege-Report 2015

WIdO

toinlandsprodukts (OECD 2015).² Ein vergleichsweise großer Anteil der Ausgaben für die Langzeitpflege wird in den Niederlanden aus öffentlichen Mitteln finanziert: Die Pflegebedürftigen selbst tragen durchschnittlich weniger als zehn Prozent der Kosten privat, wobei deren Eigenanteil einkommensabhängig bestimmt wird (Schut und van den Berg 2011). Mit rund 30 Prozent der Gesamtausgaben ist der Anteil privater Mittel an den Pflegeaufwendungen in Deutschland deutlich höher (Rothgang 2011).

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, wird in den Niederlanden bereits seit 1968 durch eine öffentliche Pflichtversicherung abgedeckt. Ähnlich den Pflegekassen in Deutschland ist die Pflegeversicherung auch in den Niederlanden bei den Krankenversicherungen angesiedelt. Ein wichtiger Unterschied ist, dass es nur eine Pflegekasse für alle Krankenkassen gibt. Dies hat den Nachteil, dass die Abstimmung und Integration des Versorgungsangebots zwischen zentraler Pflegekasse und einzelnen Krankenkassen nicht aus einer Hand erfolgt. Grundlage der Versicherung war bis zum 1. Januar 2015 das Allgemeine Gesetz für besondere Krankheitskosten (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ). Es regelte die Pflege für ältere Menschen, Menschen mit Behinderung und chronisch erkrankte psychiatrische Patienten. Sowohl die ambulante Grund- und Behandlungspflege als auch die Versorgung in einem stationären Heim fielen bis 2014 unter das AWBZ, bis 2007 auch hauswirtschaftliche Hilfen (siehe auch Tabelle 5–2).

Um die häusliche Pflege zu stärken und hilfe- und pflegebedürftigen Menschen ein möglichst selbstverantwortliches Leben zu ermöglichen, wurde im Jahr 1996 ein personengebundenes Budget eingeführt. Es erlaubt den Betroffenen, selbst darüber zu bestimmen, wie der individuelle Pflegebedarf gedeckt werden soll. Die Empfänger beziehungsweise deren Angehörige müssen die zweckgebundene Verwendung des Budgets nachweisen.

Seit 2007 sind die Kommunen im Rahmen des Gesetzes über allgemeine Unterstützungsmaßnahmen (Wet maatschappelijke ondersteuning, WMO) für soziale Angebote und Dienstleistungen der ambulant betreuten Pflegebedürftigen verantwortlich. Finanziert werden die vielfältigen Unterstützungsmaßnahmen über Steuermittel. Freizeitangebote, Essen auf Rädern, Mobilität und hauswirtschaftliche Hilfen,

² Auch Abgrenzungsprobleme zwischen den verschiedenen Systematiken der nationalen Statistiken können hier eine Rolle spielen.

Tabelle 5–2

Empfänger von Leistungen der Langzeitpflege nach Pflegesetting¹

	2004	2006	2008	2010	2012
Stationäre Pflege (AWBZ)	230 000	239 000	246 000	260 000	249 000
Pflege- und Seniorenheime, stationäre Nachsorge	161 000	164 000	165 000	–	–
Einrichtungen für Menschen mit Behinderung	52 000	56 000	60 000	–	–
Psychiatrische Einrichtungen	17 000	19 000	22 000	–	–
Ambulante Pflege (AWBZ und WMO)²	595 000	610 000	626 000	740 000	717 000
Häusliche Pflege	441 000	431 000	434 000	445 000	414 000
Alltagsbegleitung (individuell)	–	–	–	142 000	146 000
Alltagsbegleitung (in der Gruppe)	–	–	–	93 000	90 000
Grundpflege	293 000	297 000	328 000	352 000	342 000
Medizinische Pflege	280 000	266 000	201 000	179 000	164 000

¹ Finanzierung im Rahmen des AWPZ (stationär) bzw. AWPZ und WMO (ambulant)

² Mehrfachnennungen möglich, da verschiedene Formen der Pflege und Unterstützung gleichzeitig in Anspruch genommen werden können

Quelle: Statistics Netherlands (CBS) 2015a

Pflege-Report 2015

WldO

zum Beispiel Hilfe bei Einkäufen, gehören ebenso zu den kommunalen Aufgaben wie Wohnraumanpassungen und die Bereitstellung von Hilfsmitteln, wie etwa Rollatoren oder Rollstühlen. Ziel des WMO ist es, die gesellschaftliche Teilhabe trotz kognitiver oder körperlicher Beeinträchtigungen sicherzustellen. In der Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Verpflichtungen sind die Kommunen sehr frei. Sie verfügen über einen großen Handlungsspielraum bei der Gestaltung der sozialen Infrastruktur vor Ort. Daraus können auch regionale Unterschiede in der Versorgung resultieren.

5.3 Stationäre Pflege – Abkehr vom konventionellen Pflegeheim

Die (traditionelle) stationäre Pflege ist in den Niederlanden noch immer relativ weit verbreitet. Neben den Pflegeheimen richten sich die Angebote von Seniorenheimen an Menschen mit weniger intensivem Pflegebedarf: Appartements mit Alarmfunktion, hauswirtschaftliche Dienstleistungen, Unterstützung bei Erledigungen, eine Basispflege und Freizeitangebote gehören dazu (Schols et al. 2014).

In den vergangenen Jahren ist eine Entwicklung hin zu kleineren, familienähnlichen Wohngruppen innerhalb der Pflegeheime zu beobachten. Darüber hinaus entstehen an die Heime angeschlossene Pflegewohnungen. Auf die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe demenziell erkrankter und schwer pflegebedürftiger Menschen kann in den Wohngruppen eingegangen werden. Gleichzeitig kann ein

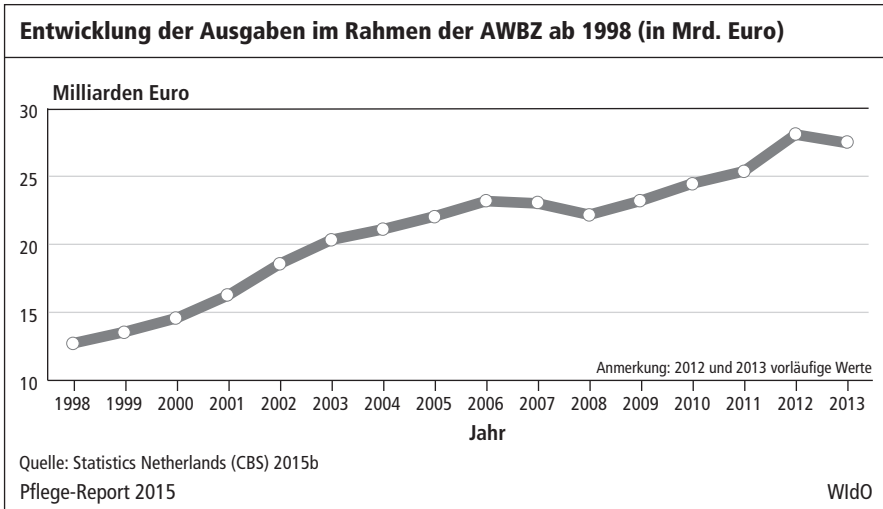
Höchstmaß an Normalität im Alltag aufrechterhalten bleiben. Die wohnliche Atmosphäre gibt insbesondere Menschen mit Demenz Sicherheit und Orientierung. Für sie ist diese Wohn- und Versorgungsform in den Niederlanden mittlerweile etabliert (Verbeek et al. 2009; Schols et al. 2014). Üblicherweise sind die Zimmer der meist sechs, aber maximal zwölf Bewohner der Wohngruppe um einen großen Gemeinschaftsraum herum angeordnet. Eine Küche bildet den Mittelpunkt der Wohnung. Die Pflegekräfte sind feste Bezugspersonen. Gemeinsam mit den Pflegebedürftigen gestalten sie den Tagesablauf: Gemeinschaftsaktivitäten, das Kochen oder gemeinsame Mahlzeiten. Die Pflegebedürftigen werden gemäß ihren Möglichkeiten eingebunden und aktiviert. Die eigenen Zimmer ermöglichen einen Rückzugsraum und Privatsphäre innerhalb der Wohngruppe.

5.4 Pflegereform

Die Ausgaben für die Pflege im Rahmen des AWBZ sind in den vergangenen Jahrzehnten stark gestiegen, im Zeitraum zwischen 1998 und 2013 jährlich um durchschnittlich knapp fünf Prozent von rund 13 Mrd. Euro 1998 auf nun mehr als 27 Mrd. Euro (Abbildung 5–1). Auch vor dem Hintergrund dieser Entwicklung brachte die große Koalition aus Rechtsliberalen und Sozialdemokraten eine Reform der Pflegefinanzierung auf den Weg. Zum ersten Januar 2015 trat diese in Kraft. In den Jahren zuvor kam es in einzelnen Bereichen zu Einschränkungen, etwa hinsichtlich des Zugangs zur stationären Pflege oder dem Anspruch auf ein persönliches Budget, dessen Inanspruchnahme seit der Einführung bemerkenswert gestiegen war. Die aktuelle Reform wird die Strukturen des niederländischen Pflegesystems grundlegender verändern. Insgesamt sollen die Kosten der Langzeitpflege bis 2017 etwa auf dem Niveau von 2012 stabilisiert werden und danach deutlich langsamer ansteigen als nach altem System prognostiziert. Die Reform soll es mehr hilfebedürftigen Menschen erlauben, möglichst lange im eigenen Zuhause zu leben. Unterstützungsleistungen sollen im Lebensumfeld der Betroffenen angeboten werden und nur dann geleistet werden, wenn das soziale Netz der Hilfe- und Pflegebedürftigen die benötigte Unterstützung nicht leisten kann.

Das Gesetz zur Langzeitpflege (Wet Langdurige Zorg, WLZ) hat das bisher gültige AWBZ 2015 ersetzt. Einen Anspruch auf stationäre Pflege haben danach nur noch Pflegebedürftige mit erheblichem Unterstützungsbedarf. Der Grad der Pflegebedürftigkeit und die erforderlichen Unterstützungsleistungen werden von einer unabhängigen Stelle, dem Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), festgestellt. Im Bereich der Altenpflege werden zehn Schweregrade unterschieden, sogenannte Zorgzwaartepakketten (ZZP). Erst ab etwa Schweregrad 4 ist die stationäre Versorgung indiziert und das WLZ greift. Auch das Einstufungs- und Begutachtungsverfahren wird weiterentwickelt werden. Menschen mit Pflegebedarf, die aber nicht schwer pflegebedürftig sind, sollen möglichst in der eigenen Häuslichkeit betreut und versorgt werden. Typischerweise in Seniorenheimen betreute Personen erhalten für die stationäre Pflege künftig keine Indikation. Langfristig sollen Seniorenheime überflüssig werden. Das führt auch dazu, dass sich der Charakter der Pflegeheime verändern wird. Zunehmend werden nur noch Menschen mit hohen Pflegebedarfen

Abbildung 5-1



in den Heimen betreut. Für die medizinische Pflege aller im ambulanten Bereich betreuten Pflegebedürftigen kommt nun die Krankenversicherung (Zorgverzekeringswet, Zvw) auf. Bei ambulant betreuten Personen sind künftig die Krankenkassen für den gesamten medizinischen Bereich verantwortlich, von der häuslichen Pflege bis zur Krankenhausbehandlung. Wie auch in den Niederlanden im Bereich der Krankenversicherung üblich, sollen die Versicherer spätestens ab 2017 auch im erweiterten Geltungsbereich des Zvw das finanzielle Risiko tragen. Die Ausgleichsregelungen (Risikostrukturausgleich) werden entsprechend angepasst. Ein Anreiz zur Bereitstellung qualitativ hochwertiger Pflege würde entstehen. Weitere Reformmaßnahmen sind die Erhöhung der Selbstbeteiligung für die stationäre Pflege und die weitere Verschärfung der Zugangsvoraussetzungen für das persönliche Budget.

5.5 Die Rolle der Kommunen – Pflege vor Ort gestalten

Die Pflege selbst, in Deutschland wie in den Niederlanden, geschieht vor Ort, in den Kommunen, den Stadtvierteln, Gemeinden und Quartieren. Mit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung in Deutschland Mitte der 1990er Jahre, die prinzipiell erfolgreich die Voraussetzungen für den Ausbau der Pflegeleistungen legte, sahen sich die Kommunen zumindest teilweise ihrer Steuerungsverantwortung entbunden. Zunehmend wird jedoch die zentrale Rolle der Kommunen im Bereich der Daseinsvorsorge erkannt. Mitunter ist auch von einer (Re-)Kommunalisierung der Pflege die Rede. Bei der Entwicklung der örtlichen Pflegeinfrastruktur, aber auch viel weiter gefasst bei sozialen, wohnungsbaulichen und verkehrspolitischen Fragen wie auch bei der Sicherung der Teilhabe älterer und pflegebedürftiger

tiger Menschen kommt den Kommunen eine Schlüsselrolle zu. Pflegepolitik ist Querschnittspolitik. Viele Städte und Gemeinden zeigen durch innovative Ansätze und Projekte, wie die soziodemografische Entwicklung vor Ort gestaltet werden kann. Doch zu oft fehlt es in den Kommunen an Ressourcen, Konzepten und auch an Kompetenzen, um der Verantwortung im Bereich der Pflege gerecht werden zu können.

In den Niederlanden übernehmen die Kommunen umfangreiche Aufgaben im Bereich der Pflege und Altenhilfe. Verglichen mit dem eng gefassten Pflegebegriff in Deutschland haben ältere Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf schon deutlich früher einen Anspruch auf öffentliche Leistungen, etwa für Hilfen im hauswirtschaftlichen Bereich oder bei der Alltagsbewältigung (Behördengänge, Erledigungen etc.).

Mit Inkrafttreten des WMO wurden die bis dahin geltenden kommunalen Aufgaben erweitert. Seit 2007 sind die Städte und Gemeinden in den Niederlanden unter anderem auch für hauswirtschaftliche Hilfen verantwortlich. Mit wachsenden Zuständigkeiten für ältere und pflegebedürftige Menschen hat sich auch ihr Selbstverständnis verändert. Mehr und mehr Kommunen erkennen ihre gestaltende und steuernde Funktion und nehmen zum Beispiel bei der Umsetzung von Quartierskonzepten eine aktive Rolle ein. Die notwendigen Haushaltsmittel zur Realisierung kommunalpolitischer Ziele stehen nicht immer zur Verfügung. Per Gesetz sind die Kommunen für die Sicherstellung der Daseinsvorsorge verantwortlich, dabei finanziell aber in hohem Maße abhängig von der Regierung (ISA 2014). Zum 1. Januar 2015 wurde der Verantwortungsbereich der Kommunen im Rahmen des WMO noch einmal erweitert. Insbesondere Aktivierung und soziale Betreuung gehören nun dazu. Das verspricht neue Impulse für die Gestaltung der kommunalen Pflegeinfrastruktur. Gleichzeitig folgt die zunehmende Dezentralisierung der pflegerischen Versorgung aber auch der Logik, dass Kommunen durch ihre Nähe zu den hilfe- und unterstützungsbedürftigen Menschen und ihr Wissen über die konkreten Bedarfe vor Ort die Unterstützungsleistungen kostengünstiger als zentrale Stellen anbieten können. Wie bereits bei der Einführung des WMO sind mit der jüngsten Reform des Gesetzes Budgetkürzungen für die Kommunen verbunden, die sie in ihren Gestaltungsmöglichkeiten einschränken.

„Quartiers“-Projekte zur stärkeren Vernetzung der wohnortnahen Angebote in den Bereichen Pflege, Gesundheit, Soziales, Wohnen, Verkehr, etc. und zur Weiterentwicklung der örtlichen Strukturen werden in den Niederlanden etwa seit Mitte der 1990er Jahre verwirklicht. Seither wurden weit mehr als 100 Projekte im ganzen Land initiiert (ISA 2014). Im kleinen Rahmen können auch Versicherer innovative Projekte und Ansätze unterstützen. Stationäre Einrichtungen können dafür mit Zuschlägen in der Vergütung belohnt werden. 2014 gehörten dazu auch Maßnahmen zur Öffnung des Pflegeheims in den Sozialraum, wie etwa ein angeschlossenes Café.

5.6 Wohnortnahe Gesundheitsversorgung und Prävention

In den Niederlanden ist die „Gemeindeschwester“ die erste Ansprechpartnerin für ältere Menschen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Sie ist das Bindeglied zwischen der medizinischen und sozialen Dimension der Pflege. Mit der Reform der Pflege zum Jahresbeginn 2015 wurde die Rolle der Gemeindepflegekraft (Wijkverpleegkundige) in den Niederlanden gestärkt. Als Konsequenz der neuen Verantwortlichkeit der Krankenversicherung für die häusliche Pflege wurde auch die Gemeindekrankenpflege im Zvw angesiedelt.

In der Gemeindekrankenpflege werden in den Niederlanden nur Pflegefachkräfte mit einer entsprechenden Fortbildung eingesetzt. Für die konkrete Gestaltung vor Ort sind die Versicherer und die Gemeinden verantwortlich. Auch künftig soll die Gemeindepflegekraft eine koordinierende Funktion einnehmen. Sie kennt die Angebote vor Ort und ist mit anderen Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens – Hausärzten, Pflegedienstleistern, Therapeuten oder kommunalen Stellen – gut vernetzt. Bei Personen mit Pflegebedarf, aber ohne stationäre Indikation stimmt die Gemeindepflegekraft gemeinsam mit dem Hausarzt die Pflege in der Häuslichkeit ab.

Die Effekte der Gemeindekrankenpflege wurden beispielsweise im Rahmen des „Programms zur besseren Integration von Pflege, Wohnen und Wohlergehen (Zichtbare schakel – sichtbares Bindeglied) untersucht. Neben finanziellen Einsparungen durch die koordinierte Versorgung konnten im Laufe des Vier-Jahres-Programms auch positive Effekte zum Beispiel auf die Lebensqualität beobachtet werden (van der Meer und Postma 2014).

In den meisten europäischen Ländern werden in Pflegeheimen – abgesehen vom hauswirtschaftlichen Personal – fast ausschließlich Pflegekräfte beschäftigt. Nicht so in den Niederlanden: Dort ist die Rolle der Pflegeheime in der Gesundheitsversorgung eine andere als in Deutschland. Die stationäre Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt und die Rehabilitation haben einen hohen Stellenwert. Das spiegelt sich auch in der Personalausstattung wider. Die Teams in niederländischen Pflegeheimen sind multidisziplinär. Sie bestehen neben den Pflegekräften aus Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Diätassistenten, Psychologen, Sozialarbeitern, Seelsorgern und Beschäftigungstherapeuten. Im Sinne einer aktivierenden Pflege unterstützen die verschiedenen Professionen Pflegebedürftige entsprechend ihren ganz individuellen Bedürfnissen (Schols et al. 2014). Das heißt auch, dass ein Teil der Pflegebedürftigen das Pflegeheim wieder in Richtung der eigenen Häuslichkeit verlässt. Nach intensiver Rehabilitation kann circa ein Drittel der Bewohner wieder nach Hause entlassen werden (Hoek et al. 2003).

Darüber hinaus gehört auch ein Mediziner zum Personal im Pflegeheim. Nur in den Niederlanden ist der Heimhausarzt (Verpleeghuisarts) eine anerkannte hausärztliche Spezialisierung. So wird auch die ärztliche Versorgung direkt vor Ort sichergestellt. Der Heimhausarzt koordiniert das multiprofessionelle Team im Pflegeheim (Schols et al. 2004). Auch die Palliativversorgung wird in die niederländischen Pflegeheime zunehmend integriert. Mehr und mehr Heime richten entsprechende Räumlichkeiten ein (Schäfer et al. 2010).

5.7 Fazit

Selbstbestimmung und soziale Teilhabe trotz Einschränkungen sind ganz wesentlich für das Wohlbefinden und die Lebensqualität älterer und pflegebedürftiger Menschen. Das gehört zum Grundsatz einer zeitgemäßen Pflegepolitik.

Gerade wenn der Verbleib im eigenen Zuhause unmöglich wird, braucht es differenzierte Angebote jenseits der konventionellen Heime. Die Betreuung und Versorgung in Wohngruppen, in Pflege-WGs und Pflegewohnungen erlaubt eine stärker an den individuellen Bedarfen der Pflegebedürftigen orientierte Betreuung und Versorgung. Diese Wohnformen ermöglichen ein familienähnliches Wohnumfeld mit persönlichen Gegenständen, der Möglichkeit den eigenen Tagesablauf selbst zu bestimmen, Einbindung in Tagesaktivitäten, Teilhabe, Vertrautheit und weitestgehender Normalität. Darüber hinaus finden Pflegebedürftige hier auch einen Rückzugsraum und die notwendige Privatsphäre.

In den Niederlanden werden seit einigen Jahren verschiedene alternative Wohnformen etabliert und bestehende Pflegeheime so umgestaltet, dass kleine Wohngruppen entstehen. Die weitere Öffnung der Heime in die Gesellschaft, den Sozialraum wird gefördert.

Gleichzeitig ist das zentrale Ziel der niederländischen Pflegepolitik, möglichst vielen älteren und pflegebedürftigen Menschen den Verbleib in ihrem vertrauten Umfeld zu ermöglichen und eine stationäre Betreuung hinauszuzögern. Bei der Gestaltung der dafür notwendigen niedrighschwellig, wohnortnahen Pflegeinfrastrukturen kommt den Kommunen eine zentrale Rolle zu. Die Strukturen und Angebote vor Ort begegnen neben Bedarfen im Bereich der Grund- und Behandlungspflege auch den sozialen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen. Unabhängig von starren Definitionen von Pflegebedürftigkeit setzen Hilfe- und Unterstützungsangebote zum Beispiel im hauswirtschaftlichen Bereich oder bei der Alltagsbegleitung deutlich früher an als in Deutschland üblich. Prävention, Rehabilitation und Aktivierung haben einen hohen Stellenwert und finden auch in der Praxis Anwendung. Dabei nimmt die Gemeindepflegekraft eine koordinierende Funktion ein. Sie berücksichtigt die verschiedenen Dimensionen ganzheitlicher Pflege und hat die Gesamtsituation genauso wie das Wohlbefinden des hilfe- und pflegebedürftigen Menschen im Blick.

Mit der zum 1. Januar 2015 in Kraft getretenen Reform schränken die Niederlande die einfach zu erhaltenden und umfangreich gewährten Sozialleistungen im Falle der Pflegebedürftigkeit ein und ergänzen sie mit subsidiären Elementen. Das niederländische System nähert sich damit, von einem hohem Niveau kommend, ein Stück weit dem deutschen Pflegesystem an. Die Möglichkeiten der Unterstützung durch das direkte soziale Netzwerk der Pflegebedürftigen werden stärker berücksichtigt. Die Ausweitung des Verantwortungs- und Aufgabenbereichs der Kommunen erfolgt jedoch nicht mit der dafür notwendigen Erhöhung der finanziellen Zuweisungen.

5.8 Besondere Herausforderungen in Deutschland

Pflegeheime haben im Laufe der letzten Jahrzehnte ihren Charakter verändert. Dies ist zunächst nicht dem Pflegeheim als solches anzulasten. Die Lebensspanne, die im Pflegeheim verbracht wird, hat sich drastisch verkürzt. Die Aufgaben und die Außenwahrnehmung der Pflegeheime haben sich zusätzlich gewandelt. Der Umbau der Pflegeheime und ihre Verknüpfung mit unterschiedlichen Wohnformen ist daher keine triviale Aufgabe. Und sie ist vor allem keine alleinige Aufgabe der Pflegeheime. Positive Ansätze sind durchaus zu finden; so gibt es Pflegeheime, die sich auf den Weg gemacht haben, die Wohnqualität zu erhöhen und andere Wohnformen anzudocken, die Pflege- und Gesundheitsversorgung zu verbessern und auch mehr Initiative in Richtung Prävention und Rehabilitation zu zeigen.

Die Veränderungsprozesse sind in Deutschland relativ spät eingeleitet worden. Mit dem Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demografiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen (GEPA NRW) verfolgt das Land Nordrhein-Westfalen diesen Weg. Das Gesetz erleichtert unter anderem den Aufbau von Alternativen zur Heimunterbringung. Pflegeheime erhalten zusätzliche Anreize dafür, die Wohnqualität für ihre Bewohner zu verbessern. Auch die Rolle der Kommunen wird gestärkt: Bereits vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit können sie künftig Unterstützungsangebote wie zum Beispiel Einkaufshilfen oder Besuchsdienste anbieten. Das betont den Stellenwert präventiver Maßnahmen. Ebenso verfolgt die Gesetzgebung des Bundes (zum Beispiel die Pflegestärkungsgesetze) das Ziel, den Pflegebedürftigen den Zugang zu unterschiedlichen Betreuungseinrichtungen und zu unterschiedlichen Betreuungsangeboten zu erleichtern. Es sind wichtige positive Entwicklungen. Ob diese jedoch ausreichend und angemessen sind, ist fraglich. Dies betrifft ganz unterschiedliche Aspekte, es gilt für die Finanzierung der Pflegeversorgung, für eine zeitgemäße medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen, ihre Verknüpfung mit sozialen Hilfsangeboten, für die Ausgestaltung einer kommunalen Querschnittspolitik und auch für das soziale und kulturelle Selbstverständnis unserer Gesellschaft.

Literatur

- Blinkert B, Klie T. Gesellschaftlicher Wandel und demografische Veränderungen als Herausforderung für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. *Sozialer Fortschritt* 2004; 53 (11): 319–25.
- De Boer A, De Klerk M. *Informele zorg in Nederland. Een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg*. Den Haag: The Netherlands Institute for Social Research 2013.
- European Commission. *The 2015 Ageing Report. Underlying Assumptions and Projection Methodology*. Brüssel 2014.
- Haberkern K. *Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009.
- Hoek JF, Ribbe MW, Hertogh CM, van der Vleuten CP. The role of the specialist physician in nursing homes: the Netherlands' experience. *Int J Geriatr Psychiatr* 2003; 18: 244–249.

- ISA – Integrated Service Areas. Nationaler Kontext: Niederlande. <http://www.isa-platform.eu/participants/netherlands.html> (21. August 2014).
- OECD. Health expenditure and financing. www.oecd.org/statistics (14. Januar 2015).
- Rothgang H. Social Insurance for Long-Term Care: An Evaluation of the German Model. In: Costa-Font J. *Reforming Long-Term Care in Europe*. Wiley-Blackwell 2011; 78–102.
- Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W und van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition* 2010; 12 (1): 1–229.
- Schols JM, Crebolder HF, van Weel C. Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience. *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5 (3): 207–12.
- Schols JM, Frijters DH, Kempen RG, Hamers JP. Quality monitoring of long-term care for older people in The Netherlands. In: Mor V, Leone T, Maresso A. *Regulating Long-Term Care Quality. An International Comparison*. New York: Cambridge University Press 2014; 211–39.
- Schut FT, van den Berg B. Sustainability of Comprehensive Universal Long-term Care Insurance. In: Costa-Font J. *Reforming Long-Term Care in Europe*. Wiley-Blackwell 2011; 53–77.
- Statistics Netherlands (CBS). Baby Boomers in the Netherlands. What the statistics say. Den Haag 2012.
- Statistics Netherlands (CBS). Care expenditure and financing. <http://www.cbs.nl/en-GB/menu/themas/gezondheid-welzijn/cijfers/default.htm> (16. Januar 2015b).
- Statistics Netherlands (CBS). Use of care facilities. <http://www.cbs.nl/en-GB/menu/themas/gezondheid-welzijn/cijfers/default.htm> (16. Januar 2015a).
- Statistisches Bundesamt. *Pflegestatistik 2011: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden 2013.
- van der Meer EH, Postma JP. De ‚Zichtbare schakel‘ – wijkverpleegkundige: een hele zorg minder. Kosten-batenanalyse in opdracht van ZonWm. <http://www.bmccadvies.nl/wp-content/uploads/2014/05/Zichtbare-Schakel-2014.pdf> (17. September 2014).
- Verbeeck H, van Rossum E, Zwakhalen SM, Kempen GI, Hamers JP. Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. *Int Psychogeriatr* 2009; 21 (2): 252–64.

6 Qualität und Qualitätsbeurteilung in der pflegerischen Langzeitversorgung

Klaus Wingenfeld

Abstract

Rund 20 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung liegen zahlreiche Erfahrungen mit der Durchsetzung von Qualitätsanforderungen in der pflegerischen Versorgung und externen Qualitätsprüfungen im Auftrag der Pflegekassen vor. Diese Erfahrungen verdeutlichen die Notwendigkeit, interne Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung und externe Prüfungen auf eine neue konzeptionelle Basis zu stellen. Der vorliegende Beitrag nimmt eine Bestandaufnahme vor und gibt einen Überblick zu ausgewählten Qualitätsfragen, die heute im Mittelpunkt der Fachdiskussion stehen.

Some 20 years after the implementation of the long-term care insurance system in Germany, wide experience has been gained with different aspects of quality assurance and external quality inspections in the field of nursing care. This experience suggests laying the groundwork for new concepts of internal quality assurance, quality development and audits. This paper provides an overview of some important issues concerning quality and quality assessment in long-term nursing care.

6.1 Einleitung

Mit der Einführung der Pflegeversicherung haben Bemühungen zur Qualitätssicherung in der pflegerischen Langzeitversorgung¹ in Deutschland eine erhebliche Veränderung erfahren. Mit der Schaffung dieses neuen sozialen Sicherungssystems wurden verschiedene Anforderungen und Formen der Qualitätssicherung festgelegt, die das Versorgungssystem maßgeblich prägen sollten. Unter anderem entstand eine neue Prüfinstanz: Neben den Heimaufsichtsbehörden sollten nunmehr

¹ Der Begriff *pflegerische Langzeitversorgung* wird im internationalen Sprachgebrauch („long term care“) für das breite Spektrum der verschiedenen Versorgungsformen verwendet, in denen Menschen, die dauerhaft auf personelle Hilfe bei der Bewältigung von Krankheit und funktionellen Einbußen angewiesen sind, durch Einrichtungen und Dienste unterstützt werden (vgl. OECD 2005). Der Fokus liegt im vorliegenden Beitrag auf Pflege und formelle Formen der Hilfe. Die internationale Diskussion ist breiter angelegt und nutzt den Begriff *long term care* auch für Bereiche der Versorgung, die in Deutschland der Behindertenhilfe zugeordnet werden. Außerdem wird häufig auch die informelle Pflege unter den Begriff subsumiert.

auch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) die Qualität der pflegerischen Versorgung prüfen. In der ambulanten Pflege entstanden mit den Prüfungen Anforderungen, die bis dahin unbekannt waren. Externe Qualitätsprüfungen bestimmen seitdem maßgeblich die Qualitätsdiskussion, aber auch den Alltag der internen Qualitätssicherung, die sich mehr und mehr an den Erwartungen der Prüfdienste orientierte.

Heute entsteht mitunter der Eindruck, dass die Entwicklung dieser Strukturen vor einem Umbruch steht. Einerseits wird in der öffentlichen Diskussion das Bild katastrophaler Zustände in der pflegerischen Versorgung gezeichnet, andererseits bescheinigen die sog. Pflegenoten den stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten bis auf seltene Ausnahmen eine scheinbar gute oder vielfach sogar sehr gute Qualität. Nach rund 20 Jahren Erfahrung mit externen Prüfungen im Rahmen der Pflegeversicherung und dem wenig erfolgreichen Versuch, durch eine öffentliche Qualitätsberichterstattung mehr Transparenz auf dem Feld der Versorgungsqualität und der Qualitätsprüfungen zu schaffen, wird der Forderung nach innovativen, aussagekräftigen Formen der Qualitätssicherung und Qualitätsbeurteilung immer mehr Nachdruck verliehen. Und schließlich entsteht auch durch neue Versorgungsangebote ein Bedarf an einer Weiterentwicklung von Qualitätskriterien und Prüfmethoden.

6.2 Pflegequalität in Medienberichten

Die öffentliche Diskussion über die Qualität der pflegerischen Versorgung wird maßgeblich durch Medienberichte über die Heimversorgung geprägt. Regelmäßig thematisieren Medien in skandalisierender Form Gefährdungen und gesundheitliche Schädigungen von Heimbewohnern. Schlagzeilen wie „Tausende Schwerkranke werden unzureichend behandelt und versorgt“ (Bildzeitung vom 31.08.2007) sind in dieser Hinsicht zwar nicht unbedingt repräsentativ, dokumentieren aber eine wichtige Tendenz: Es wird der Eindruck erweckt, in der Heimversorgung seien problematische Zustände und akute Gefährdungen keine Ausnahme, sondern ein Massenphänomen.

Es gibt zwei Konstellationen, die dieser Berichterstattung in der Regel zugrunde liegen. Zum einen werden Einzelfälle aufgegriffen und als charakteristischer Ausdruck der Versorgungssituation insgesamt beschrieben. Sie beruhen meist auf Vorkommnissen, bei denen Heimbewohner tatsächlich infolge von Qualitätsdefiziten der pflegerischen oder ärztlichen Versorgung gesundheitlich geschädigt oder durch das Fehlverhalten einzelner Mitarbeiter in ihrer Würde verletzt werden. Zum anderen bietet die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen immer wieder Anlass für eine negativ überspitzte Berichterstattung. Solche Veröffentlichungen führen, auch im lokalen Rahmen, häufig zu Fehlinterpretationen. Zum Teil wird nicht unterschieden, ob tatsächlich eine gesundheitliche Schädigung des Bewohners vorliegt oder lediglich ein Dokumentationsmangel. Fehlt ein Durchführungsnachweis in der Pflegedokumentation, so wird vermutet, dass die Maßnahme unterlassen wurde. Zahlen über Mängel, die bei MDK-Prüfungen gefunden wurden, werden dann pauschal als Ausdruck tatsächlicher Vernachlässigung der Bewohner

interpretiert. Auch Versorgungsmängel und individuelle gesundheitliche Risiken werden in der Berichterstattung häufig verwechselt. Daten darüber, dass die Mehrheit der Heimbewohner krankheitsbedingt ein *erhöhtes Risiko* der Mangelernährung aufweist, werden als Hinweis auf eine weit verbreitete *faktische* Mangelernährung missinterpretiert.

Die ambulante Pflege und die informelle Pflege sind von dieser negativen Berichterstattung wenig betroffen. Hier dominiert eher das Bild der pflegenden Angehörigen, die eigene Bedürfnisse zurückstellen, um den Verbleib des pflegebedürftigen Menschen in der gewohnten Lebensumgebung zu ermöglichen. Ambulante Pflegedienste stützen diese Versorgungssituation, aber sie tragen nicht die Hauptverantwortung und können daher auch nicht als Verursacher von systematischer Vernachlässigung oder gesundheitlicher Schädigung dargestellt werden. Qualitätsmängel, die bei Qualitätsprüfungen ambulanter Dienste durch die MDK erfasst werden, sind hier zwar keineswegs selten, finden aber nicht annähernd das Medienecho wie Qualitätsdefizite in der Heimversorgung.

6.3 Qualitätsbeurteilung

Es existieren eher schlechte Voraussetzungen für eine treffsichere Beschreibung der Qualität in der pflegerischen Versorgung. Daten aus den Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste stellen das umfangreichste Material dar, das hierzu genutzt werden kann. Doch obwohl seit mittlerweile zwei Jahrzehnten Qualitätsprüfungen durch die MDK stattfinden und die hierbei genutzten Kriterien stetig weiterentwickelt wurden, lassen sich aus den Prüfergebnissen nur sehr begrenzte Aussagen über die Versorgungsqualität ableiten. In den Berichten des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbands (MDS) erfolgt keine systematische Einordnung, wie schwerwiegend die identifizierten Qualitätsprobleme sind (vgl. MDS 2014, S. 54). Wird ein Qualitätsmangel festgestellt, ist damit im Regelfall die Aussage verbunden, es sei eine fachliche Vorgabe nicht eingehalten worden. Wenn beispielsweise im Bereich der Ernährung ein Qualitätsmangel festgestellt wird, so können damit sehr unterschiedliche Dinge angesprochen sein: ein fehlender Hinweis auf die Ernährungsgewohnheiten des Pflegebedürftigen in der Pflegedokumentation ebenso wie das Versäumnis, auf einen krankheitsbedingten Gewichtsverlust nicht adäquat zu reagieren. Bei einigen Themen (insbesondere bei den sog. Prophylaxen oder beim Thema Schmerzeinschätzung) wird darauf hingewiesen, dass bei einem relativ hohen Anteil der geprüften Fälle in stationären oder ambulanten Einrichtungen (z. B. 20% oder mehr) Mängel dieser Art festzustellen waren (ebd.).

Der tatsächliche Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen wird bei MDK-Prüfungen zwar ebenfalls erfasst, allerdings in Form von Einzelfallprüfungen und ohne Rückgriff auf standardisierte Kriterien bzw. Qualitätsmaße. Beurteilt wird, ob die gesundheitliche Situation und der „Pflegezustand“ des betreffenden Menschen dem entsprechen, was man bei einer fachgerechten Versorgung erwarten darf, und ob durch fachliche Versäumnisse eine Gefährdung oder gar Schädigung eingetreten ist. Es ist allgemein bekannt, dass bei externen Prüfungen immer wieder solche Situationen aufgedeckt werden. In welchem Umfang dies geschieht, ist allerdings unklar.

Die Hoffnung, mit den „Pflege-Transparenzvereinbarungen“ eine aussagekräftige Qualitätsberichterstattung zu etablieren, wurde enttäuscht. Es gelang bislang nicht, mit Hilfe des in diesen Vereinbarungen geregelten Benotungssystems Unterschiede der Versorgungsqualität zwischen den Pflegeeinrichtungen und -diensten darzustellen. Nach den Angaben der Daten-Clearing-Stelle (2014) lag der Bundesdurchschnitt der Pflegenoten im Bereich der stationären Pflege Ende des Jahres 2014 bei 1,3 – also nah bei einem glatten „Sehr gut“ (trotz verschärfter Bewertungsregeln beim Berechnen der Noten, die in diesem Jahr in Kraft getreten sind). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bei der ambulanten Pflege, wo die Note im Bundesdurchschnitt bei 1,2 lag (ebd.). Verantwortlich hierfür sind teilweise methodische Mängel, vor allem aber systematische Probleme. Die Kriterien, nach denen die Pflegenoten ermittelt werden, beziehen sich fast ausschließlich auf Aspekte der Struktur- oder Prozessqualität. In vielen Punkten lässt sich durch erhöhte Sorgfalt im Umgang mit der Pflegedokumentation eine gute Bewertung erzielen. Die Pflegeeinrichtungen haben entsprechende Handlungsstrategien entwickelt und ihre Dokumentationsroutinen angepasst. Während einzelne wissenschaftliche Gutachter eher Zurückhaltung bei der kritischen Beurteilung des Systems zeigten (z. B. Hasseler und Wolf-Ostermann 2010), gelten die Pflegenoten in der Fachdiskussion inzwischen als methodisch gescheitert.

Forschungsergebnisse, die eine verlässliche Beurteilung der Qualität in der Fläche der pflegerischen Versorgung ermöglichen würden, liegen bislang nur in Ansätzen vor. Einige pflegeepidemiologisch ausgerichtete Arbeiten geben Auskunft über die Verbreitung bestimmter qualitätsrelevanter Phänomene wie Dekubitalulcera oder Sturzhäufigkeit (Dassen 2007; Heinze 2009). Für eine Qualitätsbeurteilung reichen die von ihnen erfassten Daten jedoch nicht aus. Erst seit kurzem existieren Konzepte zur Beurteilung von Ergebnisqualität, mit denen auch Phänomene dieser Art bewertet werden können. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wurde in den Jahren 2009 und 2010 ein solches Konzept für die stationäre Langzeitpflege entwickelt (Wingenfeld et al. 2011). In Anlehnung an Konzepte aus den USA wird hier eine vergleichende Beurteilung der Ergebnisqualität vorgenommen. Die Erprobung des Konzepts ergab beispielsweise für Heimbewohner mit stark beeinträchtigter Mobilität, dass die Halbjahresinzidenz von Dekubitalulcera (Grad 2–4) im Durchschnitt bei rund 9% liegt. Spätere Studien bestätigten dieses Ergebnis. Damit liegt ein Referenzwert vor, mit dessen Hilfe Versorgungsqualität vergleichend beurteilt werden könnte. Vergleichbare Daten und Anhaltswerte liegen auch für andere Versorgungsergebnisse vor, beispielsweise für die Mobilität, gravierende Sturzverletzungen, verschiedene Bereiche der Selbständigkeit oder für Gurtfixierungen (ebd.).

Die verfügbaren Daten zeigen für den *Bereich der stationären Dauerpflege* ein sehr gemischtes Bild. Entgegen den Beurteilungen nach den Transparenz-Kriterien gibt es große Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Eigenen Erhebungen in rund 240 vollstationären Pflegeeinrichtungen zufolge schwankt beispielsweise – jeweils bezogen auf einen Zeitraum von sechs Monaten – die Rate des Mobilitäts-erhalts bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern zwischen 20 und 80%, die Dekubitusinzidenz bei Bewohnern mit hohem Risiko zwischen 0 und 40% sowie der Anteil kognitiv beeinträchtigter Bewohner mit ungewolltem Gewichtsverlust zwi-

schen 0 und 25 %. Negative Extremwerte sind selten, sodass davon auszugehen ist, dass die Mehrheit der Pflegeheime zwar keine sehr gute Ergebnisqualität vorweisen kann, sich aber doch in einem akzeptablen Rahmen bewegt. Kritische Zustände, in denen es wiederholt zu schwerwiegenden Versorgungsdefiziten, zu einer vermeidbaren Gefährdung oder gar Schädigung der Bewohner kommt, treten nur bei einer Minderheit der Heime auf. Einrichtungen mit beeindruckend guten Versorgungsergebnissen gibt es ebenfalls, aber es kommt selten vor, dass es einem Heim gelingt, in *allen* Bereichen der Pflege sehr gute Ergebnisse zu erzielen. Häufiger sind Konstellationen, in denen Einrichtungen verschiedene Stärken zeigen, aber nicht in allen Bereichen gute Ergebnisse vorweisen können. Manchen Einrichtungen gelingt es beispielsweise in hervorragender Weise, gesundheitlichen Gefährdungen und Belastungen ihrer Bewohner entgegenzuwirken, während ihr Versuch, die Mobilität oder generell die Selbständigkeit der Bewohner im Alltag zu erhalten, zu wenig Erfolg führt.

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass in den meisten Heimen heute überwiegend schwer- und schwerstkranken Menschen versorgt werden (bei einer knapp bemessenen Personalausstattung). Insofern ist es nicht verwunderlich, dass negative Entwicklungen oder Ereignisse wie Sturzverletzungen oder Ernährungsprobleme nicht immer vermieden werden können und es häufig schwierig ist, den sozialen Bedürfnissen der Bewohner gerecht zu werden. Eine Gesamtbeurteilung fällt aber schwer, da nicht nur wenig verlässliche Daten, sondern auch – wie schon angesprochen – kaum geeignete Beurteilungsmaßstäbe verfügbar sind. Ein internationaler Vergleich wäre hilfreich, scheitert aber ebenfalls aufgrund dieses Mangels. So können beispielsweise viele qualitätsrelevante Daten aus den USA ohne große Probleme verfügbar gemacht werden, doch finden sie in Deutschland keine analoge Datenbasis. Sie dokumentieren lediglich, dass es in den USA einen beachtlichen Anteil an Einrichtungen gibt, die bemerkenswert schlechte Versorgungsergebnisse aufweisen.

Vergleichbare Daten für andere Versorgungsformen (ambulante Pflege, Wohngemeinschaften, Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege etc.) existieren nicht. Insgesamt ist wenig darüber bekannt, wie groß der Anteil pflegebedürftiger Menschen sein könnte, die tatsächlich gesundheitliche Probleme aufgrund von Qualitätsdefiziten erleben – ebensowenig wie über die Zahl der Menschen, deren Pflegebedürftigkeit aufgrund einer guten Versorgungsqualität verbessert oder zumindest am Fortschreiten gehindert wird. Zumindest über einige wichtige Teilbereiche von Versorgungsformen, bei denen schon seit vielen Jahren externe Prüfungen durchgeführt werden (also über stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen sowie ambulante Dienste), liegen jedoch Qualitätsinformationen vor. Im Vergleich dazu gibt es über Probleme und Defizite der informellen Pflege allenfalls punktuelle Informationen. Ähnliches gilt für die sog. alternativen Wohnformen, beispielsweise für ambulant betreute Wohngruppen oder heimverbundene Hausgemeinschaften. Zum Teil liegen über diese Angebote noch keine nennenswerten Erfahrungen aus dem Prüfeschehen vor, zum Teil werden Prüfergebnisse nicht gesondert ausgewertet (etwa wenn es sich um einen räumlich ausgegliederten, aber formal integrierten Versorgungsbereich einer stationären Pflegeeinrichtung handelt). Für die besonders wichtige Beurteilung der Ergebnisqualität existieren nicht einmal wissenschaftlich geprüfte Methoden.

6.4 Fachliche Grundlagen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung

Bei der Beantwortung der Frage, was eigentlich unter Qualität zu verstehen ist, wird häufig auf einen Grundgedanken Bezug genommen, den schon Donabedian, einer der wichtigsten Theoretiker der Qualitätsdiskussion, vor mehreren Jahrzehnten definiert hat. Danach ist Qualität der Grad der Übereinstimmung der Versorgung mit vorab definierten Kriterien, d. h. mit bestimmten Zielen oder Normen (Donabedian 1980).

Solche Kriterien finden sich vor allem in professionellen Standards (oder Leitlinien). Anders als in der Medizin ist in der Pflege in Deutschland erst seit verhältnismäßig kurzer Zeit eine systematische, wissenschaftlich fundierte Entwicklung von globalen Standards zu verzeichnen. Es gibt schon seit langem *Standards für einzelne pflegerische Handlungen*, die u. a. in den Pflegeausbildungen eingesetzt werden oder Bestandteil von Qualitätshandbüchern in Pflegeeinrichtungen sind. Sie beschreiben idealtypisch, wie bestimmte Pflegehandlungen (wie beispielsweise Körperwaschungen) durchzuführen sind.

Hiervon zu unterscheiden sind *Nationale Expertenstandards in der Pflege*, die durch Forschungsergebnisse abgesichert sind (vgl. Schiemann und Moers 2011). Inzwischen existieren solche Expertenstandards zu den Arbeitsfeldern Dekubitusprophylaxe, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden und Ernährungsmanagement. Hinzu kommt ein Standard für das pflegerische Entlassungsmanagement, der etwas aus dem Rahmen fällt, weil er im Unterschied zu den anderen Standards nur für die Pflege im Krankenhaus vorgesehen ist. Außerdem ist auf den im Jahr 2014 entwickelten Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ hinzuweisen, der in seinen äußeren Merkmalen und im Hinblick auf methodische Anforderungen den bisherigen Standards entspricht, aber auf einer neuen rechtlichen Grundlage entwickelt wurde. Es handelt sich um den ersten Standard, der im gemeinsamen Auftrag der Vertragspartner nach § 113a SGB XI entwickelt worden ist.

Theoretisch liefern Expertenstandards eine nützliche Arbeitshilfe für die Praxis. Dennoch stoßen sie zum Teil auf Akzeptanzprobleme, da die meisten von ihnen für *alle* Bereiche der pflegerischen Versorgung Geltung beanspruchen, allerdings nicht auf alle Bereiche gleich gut zugeschnitten sind. Wenn es beispielsweise (wie im Falle des Schmerzmanagements) um die Kooperation zwischen Pflege und Medizin geht, bestehen im Krankenhaus ganz andere Voraussetzungen als in der ambulanten Pflege. Die unterschiedlichen Handlungsbedingungen finden in den Standards wenig Berücksichtigung.

Die Nationalen Expertenstandards sind inzwischen wichtige Bezugspunkte bei externen Qualitätsprüfungen durch die MDK geworden. Stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste müssen bei externen Prüfungen nachweisen, dass sie die dort definierten fachlichen Anforderungen an die Durchführung der Pflege (Prozessqualität) bei den individuellen Fällen beachten. Die in den Standards enthaltenen fachlichen Vorgaben ziehen damit zahlreiche Dokumentationspflichten nach sich. Insofern wird die Verknüpfung von Standardanforderungen und externen Prüfungen kontrovers diskutiert.

Ein weiteres wichtiges Instrument zur Qualitätsentwicklung bilden *Rahmenkonzepte für spezifische Aufgabenfelder*, beispielsweise Rahmenkonzepte für die Angehörigenarbeit, für die Begleitung Sterbender oder für die Gestaltung des Überleitungsverfahrens bei Heimbewohnern, die in ein Krankenhaus aufgenommen werden müssen (vgl. Korte-Pötters et al. 2007). Rahmenkonzepte unterscheiden sich von den Expertenstandards u. a. dadurch, dass sie nicht auf der Ebene der individuellen Pflege angesiedelt sind, sondern auf der Ebene der Organisation und damit auf die Gestaltung komplexer Strukturen und Abläufe ausgerichtet sind.

Leistungsbeschreibungen sind eine weitere wesentliche Grundlage für Versorgungsqualität, da sie das Profil der Hilfen definieren, die zur Deckung des Bedarfs pflegebedürftiger Menschen verfügbar sind. In Deutschland finden sich Leistungsbeschreibungen allerdings eher in den Rahmenvereinbarungen zwischen Leistungsanbietern und Kostenträgern. Welche Konsequenzen unzureichende Leistungsbeschreibungen nach sich ziehen, lässt sich am Beispiel der Pflegeversicherung illustrieren. Die gesetzlichen Vorschriften zur Pflegeversicherung haben das Profil der ambulanten Pflege, soweit sie im Rahmen des SGB XI stattfindet, über lange Jahre auf Hilfen im Bereich der Alltagsverrichtungen und die hauswirtschaftliche Unterstützung beschränkt (vgl. § 36 Abs. 1 und 2). Die seit Jahren geforderte Weiterentwicklung der Fachlichkeit ambulanter Pflege (z. B. SVR 2014) ist derzeit noch nicht in Sicht. Erst wenn das enge Verständniss von Pflege und Pflegebedürftigkeit, das mit der Einführung der Pflegeversicherung vorläufig festgeschrieben wurde, durch die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (BMG 2009) aufgehoben wird, ist eine solche Weiterentwicklung zu erwarten.

Von Leistungsbeschreibungen zu unterscheiden sind konkrete *Interventionskonzepte*, die auf ein definiertes Pflegeproblem bzw. auf eine bestimmte Patientengruppe zugeschnitten sind, einen bestimmten Handlungsablauf vorsehen und die Methoden und Instrumente, die für die Durchführung benötigt werden, meist ebenfalls umfassen. Beispiele hierfür sind die Unterstützung von Heimbewohnern mit Verhaltensproblemen oder die Unterstützung von Patienten mit somatischen Störungen im Umgang mit einer komplexen Medikation. In den letzten Jahren wurden solche Interventionskonzepte zunehmend erforscht (Schaeffer et al. 2008).

6.5 Öffentliche Qualitätsberichte als Anreiz zur Qualitätsentwicklung

Seit einigen Jahren lässt sich in verschiedenen Ländern die Tendenz beobachten, dass ein System zur öffentlichen Qualitätsberichterstattung aufgebaut wird. Systeme dieser Art sind als Informationsangebot für Nutzer oder potenzielle Nutzer von Pflegeeinrichtungen angelegt. Die Grundidee besteht darin, Pflegebedürftige und Angehörige dabei zu unterstützen, informierte Entscheidungen treffen zu können – beispielsweise bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung bzw. eines Pflegedienstes.

Das wohl älteste System dieser Art findet sich in den USA (Mukamel et al. 2009). Dort kann mit Hilfe des Internets anhand von bestimmten Kennziffern die Qualität einer Einrichtung mit dem nationalen Durchschnitt oder dem Durchschnitt

in den Bundesstaaten verglichen werden. Die öffentliche Qualitätsberichterstattung in Deutschland wurde mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008 geschaffen (Verfahren gemäß Pflege-Transparenzvereinbarungen, s. o.). Ob diese öffentliche Qualitätsberichterstattung tatsächlich die Nutzer und potenziellen Nutzer von pflegerischen Leistungen erreicht, ist unsicher und noch nicht ausreichend erforscht. Fest steht allerdings, dass sie in einem durch Wettbewerb gekennzeichneten Versorgungssystem wie in Deutschland eine starke Motivation der Einrichtungen nach sich ziehen, gute Bewertungen zu erhalten. Einrichtungen, deren Qualität in der Öffentlichkeit als mangelhaft oder unterdurchschnittlich bewertet wird, müssen befürchten, dass die Nachfrage zurückgeht.

6.6 Qualitätsmanagement

Eine unverzichtbare Voraussetzung für Qualität ist ein funktionierendes internes Qualitätsmanagement (QM). Damit sind die kontinuierliche, systematische Überwachung von Prozessen und Ergebnissen, die ständige Arbeit an den strukturellen Grundlagen (Personalressourcen, Qualifikation, Methoden etc.) und die Durchführung planvoller Veränderungen im Versorgungsalltag gemeint.

Es existieren verschiedene konzeptionelle Ansätze für das interne Qualitätsmanagement. Eine Zeit lang gewann man in der Qualitätsdiskussion den Eindruck, dass Einrichtungen ohne komplexe Systeme wie das EFQM-Modell (European Foundation for Quality Management) oder den Anforderungskatalog der DIN EN ISO-Normen 9000ff nicht auskommen könnten. Solche Systeme definieren, welche Handlungsfelder in den Blick genommen werden müssen und welche Prozesse das QM ausmachen. QM-Systeme tendieren manchmal zu Formalismus und führen besonders in großen Organisationen zuweilen dazu, dass die Verbindung zu den Kernprozessen der Pflege verloren geht. In kleinen Einrichtungen, beispielsweise in ambulanten Pflegediensten, erweisen sich die Systeme hingegen als zu komplex. Auch in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft wären komplexe QM-Systeme dieser Art kein geeigneter Rahmen, wenn sie nicht einer größeren Institution mit zentralem Qualitätsmanagement angeschlossen sind.

In engem Zusammenhang mit dem Thema QM-Systeme stehen Qualitätssiegel bzw. Zertifizierungen. Dabei handelt es sich um externe Überprüfungen, ob das QM einer Einrichtung mit vorab definierten Kriterien – z. B. mit den ISO-Normen – übereinstimmt. So bezieht sich eine ISO-Zertifizierung lediglich auf die Beurteilung des QM selbst. Eine Einrichtung kann jedoch gleichzeitig eine schlechte Versorgungsqualität aufweisen. Ist ein Qualitätssiegel vorhanden, so die häufige irrtümliche Annahme, dann wird die Einrichtung auch eine gute Qualität vorweisen können (vgl. Geraedts und Selbmann 2011).

6.7 Settingspezifische Anforderungen am Beispiel der Beurteilung von Ergebnisqualität

Mit der Ausdifferenzierung des pflegerischen Versorgungsangebots stellt sich zunehmend die Frage, ob die verschiedenen Angebote im Grundsatz nach gleichen Kriterien beurteilt werden können oder ob je nach Versorgungsbereich eigenständige Kriterien und Methoden zum Einsatz kommen müssen. Stellen sich an die ambulante Pflege andere fachliche Anforderungen als an die Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen? Müsste Pflege in heimverbundenen Hausgemeinschaften oder ambulanten Wohngruppen anders beurteilt werden als ein ambulanter Pflegedienst?

Solange man eine enge pflegfachliche Perspektive einnimmt und sich auf der Ebene der individuellen Versorgung bewegt, sind die angesprochenen Fragen scheinbar leicht zu beantworten. Eine Operationswunde oder ein ausgeprägtes agitiertes Verhalten des Pflegebedürftigen erfordert unter fachlichen Gesichtspunkten immer das gleiche Vorgehen, unabhängig davon, ob die Aufgabe in der häuslichen Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung übernommen wird. Ein großer Unterschied liegt aber darin, dass je nach Versorgungssetting unterschiedliche Akteure mitwirken. Die Versorgung in der häuslichen Umgebung wird zu einem erheblichen Teil von den pflegenden Angehörigen übernommen. Hier entstehen aus der pflegfachlichen Perspektive Aufgaben im Bereich der Information, Beratung und Anleitung von Angehörigen, die in der vollstationären Pflege in dieser Form nicht anfallen. Auch bezüglich der Einbettung in die Kooperation mit anderen Berufsgruppen zeigen sich erhebliche Unterschiede.

Auch wenn es sich im Grundsatz um die gleiche fachliche Aufgabe handelt, kann der Auftrag der Pflege also je nach Versorgungskonstellation und -bereich erheblich voneinander abweichende Teilaufgaben umfassen. Wenn Organisationen bzw. Einrichtungen beurteilt werden sollen, so sind damit zwei Fragen entscheidend: Wie weit reicht der Auftrag der Pflege und welche Rolle übernehmen die beruflich Pflegenden in der Kooperation mit anderen Akteuren (einschließlich der Angehörigen)?

Dies sei kurz am Beispiel der ambulanten Pflege verdeutlicht. Bis auf wenige Ausnahmesituationen findet sich überall dort, wo ambulante Pflege tätig wird, eine geteilte Versorgungsverantwortung. Das bedeutet, dass nicht ohne Weiteres unterstellt werden kann, die Mitarbeiter des betreffenden Pflegedienstes hätten maßgeblichen Einfluss darauf, welche Ergebnisse mit der pflegerischen Unterstützung erreicht werden können. Dies kann bei bestimmten Versorgungsaufgaben für die Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen unterstellt werden, nicht aber in der häuslichen Umgebung, denn ambulante Dienste haben in der Regel einen sachlich und zeitlich eng begrenzten Auftrag. Sie sind nur während eines relativ kurzen Abschnitts des Tages, zum Teil nur an wenigen Tagen pro Woche vor Ort. Unter diesen Umständen kann ein maßgeblicher Einfluss auf die gesundheitliche Situation des Pflegebedürftigen oft nicht unterstellt werden. In vielen Fällen muss davon ausgegangen werden, dass der Einfluss der pflegenden Angehörigen die Wirkung professioneller Pflege überlagert. Einem Pflegedienst kann man keinen maßgeblichen Einfluss auf die Entstehung eines Dekubitus zuschreiben, wenn die Lagerung eines immobilen Pflegebedürftigen durch die pflegenden Angehörigen erfolgt. Hier wäre allenfalls zu fragen, welche Auswirkungen eine Beratung und Anleitung auf die

Pflegekompetenz der Angehörigen hätte. Und schließlich ist der Wirkungsbereich ambulanter Dienste sogar rechtlich stark eingegrenzt. Mit § 36 SGB XI sind sie weitgehend auf Hilfen bei Alltagsverrichtungen und hauswirtschaftliche Unterstützung festgelegt, sodass sich die Frage stellt, ob andere Sachverhalte nicht prinzipiell von der Beurteilung ausgeschlossen werden müssten. Damit aber würde ein fachlich extrem verengtes Qualitätsverständnis zugrunde gelegt.

Diese Begrenzungen gelten im Grundsatz auch für andere Versorgungssettings, beispielsweise für selbstorganisierte Wohngemeinschaften oder betreute Wohngruppen. Außerhalb stationärer Versorgungsformen findet man in der Regel unterschiedlichste Variationen geteilter Versorgungsverantwortung. Bei der Erfassung von *Ergebnisqualität* müssen insofern die Besonderheiten der verschiedenen Settings berücksichtigt werden. Auch bei der Beurteilung der Fachlichkeit von *Prozessen* muss danach gefragt werden, wie weit der Auftrag der beruflichen Pflege reicht und welche Prozesse eigentlich zu bewerten sind.

6.8 Fazit

Im Rahmen des vorliegenden Beitrags konnte nur ein Ausschnitt der für die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung relevanten Fragen aufgegriffen werden. Deutlich wird, wie komplex das Thema ist und wie sehr diese Komplexität im Verlauf der Diversifikation von Versorgungsangeboten zunimmt. Aufgrund dieser Entwicklungstendenzen, aber auch bedingt durch den wachsenden Druck zur Einführung neuer Methoden der Qualitätsbeurteilung entsteht auf dem Feld der Qualitätssicherung zunehmend Handlungsbedarf.

Die Gesetzgebung hat in den letzten Jahren wichtige Impulse in diesem Prozess gegeben. Nach dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) aus dem Jahr 2012 beispielsweise soll – zunächst nur für die Versorgung in Pflegeheimen – ein „indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität“ eingeführt werden, auf dem die Qualitätsberichterstattung aufbauen kann (§ 113 Abs. 1 SGB XI). Für die Heimversorgung liegt seit Anfang 2011 auch ein entsprechendes Konzept vor, das im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums und des Ministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erarbeitet wurde (Wingenfeld et al. 2011). In anderen Versorgungsfeldern besteht hingegen noch grundlegender Entwicklungsbedarf.

Die Versorgungsqualität selbst zeigt ein sehr gemischtes Bild. Entgegen dem Eindruck der einheitlich guten Qualität, der durch Beurteilungen nach den Pflege-Transparenzkriterien erweckt wird, existieren sehr große Qualitätsunterschiede, was wissenschaftlich allerdings nur für die vollstationäre Pflege hinreichend belegt ist. Für andere Formen der pflegerischen Langzeitversorgung – ambulante Pflege, Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege und die sog. neuen Wohnformen – liegen wenig Erkenntnisse vor. In der Regel muss auf Ergebnisse der externen Qualitätsprüfungen zurückgegriffen werden, bei denen die Frage im Vordergrund steht, ob fachliche Standards eingehalten, strukturellen Anforderungen genügt und grundlegende Erfordernisse zur Vermeidung von gesundheitlichen Schädigungen pflegebedürftiger Menschen befolgt werden.

Unbestritten ist allerdings, dass die Anforderungen an die pflegerische Versorgung, die die demografische Entwicklung mit sich bringt, im Rahmen der qualitativen Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung noch zu wenig berücksichtigt werden (SVR 2014). Wichtige konzeptionelle Anforderungen bestehen beispielsweise bei der Unterstützung von Pflegebedürftigen mit herausforderndem Verhalten, der Unterstützung pflegender Angehöriger oder der Einbindung von niedrigschwelligen Leistungen und informellem Hilfepotenzial, insbesondere auch im Rahmen der neuen Wohnformen. In allen Versorgungsbereichen stellt sich außerdem die Frage nach innovativen Konzepten der Steuerung von Pflegeprozessen und der Koordination der Versorgung durch qualifizierte Pflegefachkräfte. Hier besteht ein dringender Entwicklungsbedarf, unabhängig davon, dass dem allgegenwärtigen Fachkräftemangel entgegengewirkt, das Qualifikationsniveau der Pflegenden angehoben und die vielfach sehr angespannte Personalsituation verbessert werden muss. Weiterer Handlungsbedarf betrifft das Qualitätsmanagement: Wenn gleich in Deutschland bereits – wie die vorangegangenen Ausführungen gezeigt haben – vielfältige Grundlagen und Ansätze für ein systematisches Qualitätsmanagement entwickelt und diskutiert wurden, stehen in den meisten Einrichtungen und Diensten auch an diesem Punkt nachhaltige Entwicklungsschritte noch aus. Nach wie vor ist das interne Qualitätsmanagement zu einseitig auf die Erwartungen der externen Prüfinstanzen ausgerichtet und zu wenig auf die Gestaltung der Kernprozesse im Versorgungsalltag. Nach wie vor richtet sich die Aufmerksamkeit zu sehr auf eine gute Pflegedokumentation und zu wenig auf die systematische Weiterentwicklung der individuellen Pflege. Dies sind besonders wichtige, aber keineswegs alle Anforderungen an die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität, die in den nächsten Jahren berücksichtigt werden müssen.

Ausgeklammert wurde in diesem Beitrag die Frage, wie es um die Qualität der Pflege durch Angehörige bestellt ist. Diese Frage bedarf einer gesonderten Behandlung – es wäre verfehlt, sie im Kontext von professionellen Methoden und Kriterien zur Qualitätsbeurteilung oder gar im Zusammenhang mit externen Qualitätsprüfungen zu diskutieren. Qualitätsprobleme in der häuslichen Versorgung werden vor allem vermieden, indem die Pflegekompetenz der Angehörigen gefördert, geeignete Beratungsangebote bereitgestellt und schließlich auch ausreichende Möglichkeiten zur Entlastung geboten werden.

Literatur

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg). Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin 2009.
- Dassen T. Prävalenzerhebung 2007: Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Berlin: Charité - Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft 2007.
- Daten-Clearing-Stelle. Monatliche DCS-Statistik, März 2014. www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/Newsletter_Pflegenoten/_jcr_content/par/download_64/file.res/DCSMonatlicheStatistik_2014-12-01.pdf (07. Dezember 2014).
- Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press 1980.

- Geraedts M, Selbmann H-K. Konzepte des Qualitätsmanagements. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg). Handbuch Pflegewissenschaft (Neuausgabe). Weinheim/München: Juventa 2011; 599–616.
- Hasseler M, Wolf-Ostermann K. Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. Bericht 2010.
- Heinze C, Sturz. In: Dassen T (Hrsg). Bundesweite Erhebung zu Pflegeproblemen 2009. Studie aus Pflegeheimen und Krankenhäusern. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft 2009.
- Korte-Pötters U, Wingenfeld K, Heitmann D. Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Einrichtungen. In: Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (Hrsg). Referenzmodelle. Band 5: Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege - Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts. Düsseldorf: MAGS 2007.
- MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund). 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege 2014. www.mds-ev.de/media/pdf/MDS_Dritter_Pflege_Qualitaetsbericht_Endfassung.pdf (02. April 2014).
- Mukamel DB, Ladd H, Weimer DL, Spector WD, Zinn JS. Is There Evidence of Cream Skimming Among Nursing Homes Following the Publication of the Nursing Home Compare Report Card? *Gerontologist* 2009; 49 (6): 793–802.
- OECD – Organization for economic cooperation and development. The OECD Health Project. Long-term care for older people. Paris: OECD 2005.
- Schaeffer D, Behrens J, Görres S (Hrsg). Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. Weinheim/München: Juventa 2008.
- Schiemann D, Moers M. Qualitätsentwicklung und -standards in der Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg). Handbuch Pflegewissenschaft (Neuausgabe). Weinheim/München: Juventa 2011; 617–42.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Deutscher Bundestag, Drucksache 18/1940. Berlin 2014.
- Wingenfeld K, Kleina T, Franz S, Engels D, Mehlan S, Engel H. Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Berlin: BMG 2011.

7 Gesundheitsförderung bei Pflegebedürftigkeit – Potenziale und Herausforderungen in der stationären Langzeitversorgung

Thomas Kleina und Annett Horn

Abstract

Bei den Nutzern der stationären Langzeitversorgung in Deutschland handelt es sich zumeist um chronisch kranke, multimorbide und funktionsbeeinträchtigte Menschen. Gleichwohl verfügen diese über förderungswürdige Gesundheitspotenziale. Stationäre Pflegeeinrichtungen tun sich jedoch schwer, geeignete Interventionen zur Gesundheitsförderung ihrer Nutzer zu etablieren. Um hier zu Fortschritten zu kommen, bedarf es eines verbesserten Verständnisses des Konzeptes Gesundheitsförderung und einer sorgfältigeren Berücksichtigung der Fähigkeiten der Nutzer.

Most of the users of institutional long-term care suffer from several (chronical) diseases and functional disabilities. Nevertheless they retain potentials and resources that can be addressed by health promotion. However, many nursing homes struggle to establish suitable activities in an appropriate, systematic way. A deeper understanding of the concept of health promotion as well as a more careful consideration of the users' abilities is necessary in order to achieve improvements in this field.

7.1 Hintergrund

Die demografische Alterung und damit verbunden die Zunahme von Pflegebedürftigkeit haben in den letzten Jahren und Jahrzehnten zu einem enormen Bedeutungszuwachs der Pflege geführt. Diese Entwicklung wird sich einschlägigen Analysen und Prognosen zufolge zukünftig verstärken (BMFSFJ 2002; Landtag NRW 2005; SVR 2009, 2014), da mit einer weiteren Zunahme chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu rechnen ist. Die stationäre pflegerische Langzeitversorgung ist davon besonders betroffen, denn die Zahl der in diesem Versorgungssetting lebenden Pflegebedürftigen hat sich in den vergangenen zwölf Jahren sukzessive erhöht und ist seit 1999 von 554 200 auf rund 743 000 bis Ende 2011 gestiegen. Mittlerweile leben rund 30% der Pflegebedürftigen dauerhaft in stationären Pflegeeinrichtungen (Statistisches Bundesamt 2013).

Neben diesem quantitativen Zuwachs sind stationäre Pflegeeinrichtungen aber vor allem mit Anforderungen konfrontiert, die sich aus Veränderungen der Bewoh-

nerstruktur ergeben. Mittlerweile ziehen alte Menschen erst sehr spät in eine stationäre Einrichtung; meist dann, wenn eine Versorgung im häuslichen Umfeld nicht mehr aufrechterhalten werden kann (Feichtinger et al. 2002; Horn et al. 2011; Wingenfeld 2008). Dadurch hat sich die Zusammensetzung der Nutzerinnen und Nutzer weitgreifend gewandelt (Schaeffer und Wingenfeld 2004; Schaeffer und Büscher 2009; SVR 2014; Wingenfeld 2008). Ein immer größer werdender Teil ist von gravierenden gesundheitlichen und funktionellen Einbußen betroffen und befindet sich im Spätstadium chronischer Krankheit. Darüber hinaus spielen die Auswirkungen von Demenzerkrankungen inzwischen eine große Rolle.

Trotz oftmals bestehender gesundheitlicher Fragilität verfügen aber auch diese hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen über gesundheitliche Potenziale, die durch Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden können (Garms-Homolová 2008; Kalinowski et al. 2010; Kruse 2004; Kuhlmeiy und Schaeffer 2008; Schaeffer und Büscher 2009). Wie wichtig dies ist, belegen zunehmend mehr Studien. Sie zeigen, dass auch bei hochaltrigen Personen mit manifesten körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen, beispielsweise durch Bewegungsförderung, positive Effekte erzielt werden können (ex. Baum et al. 2003; Makita et al. 2006; Peri et al. 2008; Venturelli et al. 2010). Während sich diese Erkenntnisse international schon seit längerem durchgesetzt haben, erfolgt in Deutschland erst in den letzten Jahren ein Umdenken. Zunehmend mehr werden in der Praxis inzwischen Gesundheitsförderungskonzepte unterschiedlichster Art aufgegriffen – angefangen bei der Sturzprävention über die Anwendung von Spielekonsolen bis hin zu Kraft-, Muskel- und Fitnesstrainings. Parallel dazu werden tradierte Ansätze wie beispielsweise der Sitztanz weiter eingesetzt (Horn et al. 2013).

Bislang liegen jedoch nur wenige Erkenntnisse über die Bedarfsgerechtigkeit, Umsetzung und Praktikabilität dieser Konzepte in der Praxis vor. Dies ist zum einen der Tatsache geschuldet, dass das Wissen über die Situation und den Gesundheitszustand der Nutzer der stationären Langzeitversorgung lückenhaft ist (SVR 2009).¹ Zum anderen ist unklar, welchen Stellenwert die professionellen Akteure in den Pflegeeinrichtungen Fragen der Gesundheitsförderung grundsätzlich beimessen und wie sich die Bedingungen in diesem Setting darstellen. Das Fehlen entsprechender empirischer Grundlagen zur Ableitung von Anforderungen an Interventionen und Strategien zur Gesundheitsförderung birgt die Gefahr, dass Maßnahmen an den Problem- und Bedarfslagen der Bewohner vorbeigehen oder sich als inkompatibel mit den herrschenden Rahmenbedingungen in den Einrichtungen erweisen (Schaeffer und Büscher 2009).

Zwei an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld durchgeführte Projekte, deren Ergebnisse nachfolgend vorgestellt werden, widmen sich dieser Problematik.² Im Rahmen einer qualitativen Expertenbefragung wur-

1 Differenzierte Fakten lieferten bisher nur wenige Studien, wie die MuG IV-Untersuchung (Schneekloth und Wahl 2007) oder die Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Einrichtungen“ (Wingenfeld und Schnabel 2002), die jedoch auf inzwischen veralteten Daten basieren.

2 Die Projekte sind Teil einer Kooperationspartnerschaft mit dem Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR) (Wien), die sich seit 2008 auf breiter Basis dem Thema „Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung“ widmet.

de zunächst nach den Möglichkeiten/Optionen von Gesundheitsförderung im Setting der stationären pflegerischen Langzeitversorgung gefragt. Im Anschluss daran widmete sich eine zweite Untersuchung der Analyse der gesundheitlichen Potenziale und Problemlagen der Nutzer und daraus resultierender Notwendigkeiten und Anknüpfungspunkte für gesundheitsfördernde Interventionen.

7.2 Gesundheitsförderung aus Expertensicht

Insgesamt wurden 14 Experten mittels leitfadengestützter Interviews nach bestehenden Herausforderungen, der Relevanz von Gesundheitsförderung in diesem Setting und zu bereits umgesetzten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung befragt.³ Einbezogen wurden professionelle Akteure großer Träger mit langjähriger Berufserfahrung in der stationären Langzeitversorgung.

Generell betonten die befragten Experten, dass nutzerorientierte Gesundheitsförderung auch in der stationären Langzeitversorgung „*ein wichtiges Thema*“ sei, ihre Umsetzung jedoch schwierig ist, weil dieser Versorgungszweig seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes einem kontinuierlichen Veränderungsprozess unterliegt, der die Einrichtungen mit immer neuen Anforderungen konfrontiert und sie unter großen Handlungsdruck setzt. Immer wieder erwähnte Stichworte in diesem Zusammenhang waren sich ständig ändernde gesetzliche Vorgaben, Fachkraftquote, Pflegenotstand, hoher Qualitätsdruck und generell restriktive Rahmenbedingungen. Die Bewältigung der damit verbundenen Anforderungen ist für viele Einrichtungen ein dringlicheres Anliegen als die Beschäftigung mit Fragen der Gesundheitsförderung. Diese stellt aus Sicht der Experten eher ein „Add-on“ dar, das ohnehin knappe Ressourcen zusätzlich strapaziert.

Dass Gesundheitsförderung mehr als wünschenswertes „Extra“ denn als notwendiger Bestandteil der Versorgung wahrgenommen wird, resultiert nach Meinung der Experten auch aus der Tatsache, dass sie nicht Gegenstand des Leistungskatalogs der Pflegeversicherung ist und somit nicht refinanziert wird. Zudem birgt erfolgreiche Gesundheitsförderung sogar finanzielle Risiken für die Einrichtungen, denn wenn sie – wie intendiert – zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands führt, drohen eine Rückstufung in eine niedrigere Pflegestufe und längerfristig finanzielle Einbußen. Solange Gesundheitsförderung diese unerwünschten Wirkungen hat und das Vergütungssystem – so einer der Experten – „*eher Pflegebedürftigkeit unterstützt und nicht die Selbstständigkeit der Bewohner fördert*“, – dürfte sie kaum auf breiter Basis Einkehr in die stationäre Langzeitversorgung halten.

Neben den Rahmenbedingungen wurde zudem häufig thematisiert, dass der stark beeinträchtigte Gesundheitszustand vieler Heimbewohner ohnehin die Möglichkeiten nutzerorientierter Gesundheitsförderung einschränkt. Angesichts ihrer

³ In diesem Beitrag werden ausschnittshaft Ergebnisse vorgestellt, die sich auf die Situation der Nutzer beziehen. Die Mitarbeiter bleiben hier ausgeschlossen. Für eine ausführliche Darstellung der Projektergebnisse sowie der Erhebungs- und Analysemethoden siehe Horn et al. 2011 sowie Horn und Schaeffer 2011.

fragilen Gesundheitssituation ist zunächst eine „*angemessene Pflege*“ gefordert, bevor über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung nachgedacht werden kann. Deutlich wird, dass sich die befragten Experten vor konzeptionelle Herausforderungen gestellt sehen, da sie vor allem die Vermeidung zusätzlicher Ressourcenverluste und weniger die Ermöglichung weiteren Gesundheitsgewinns als realistisches Ziel wahrnehmen. Zugleich erweisen sich die Vorstellungen der Experten darüber, was unter Gesundheitsförderung zu verstehen ist, als wenig konturiert und ausgesprochen heterogen. Für einige ist Gesundheitsförderung „*eine gute Pflege und eine gute Versorgung*“ deren Ergebnis dann als positiv einzuschätzen ist, wenn sie den Qualitätsanforderungen entspricht. Andere Interviewpartner sahen bereits den regelmäßigen Besuch eines Zahn- oder Ohrenarztes als Maßnahme zur Gesundheitsförderung für die Nutzer an. Wieder andere Experten verstanden darunter beispielsweise „*das Erleben von Sinnhaftigkeit*“.

Befragt nach konkreten Angeboten zur Gesundheitsförderung, die in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung vorgehalten werden, zeigte sich, dass zwar etliche Angebote existieren, es den Experten jedoch schwerfiel, sie von therapeutischen sozialen und pflegerischen Interventionen abzugrenzen. Dennoch lassen sich drei inhaltliche Schwerpunkte identifizieren:

- Eine hohe Verbreitung und Akzeptanz haben Maßnahmen, die im weitesten Sinne dem Bereich *Mobilitäts- und Bewegungsförderung* zugeschrieben werden können. Die Experten verweisen in diesem Zusammenhang häufig auf den Nationalen Expertenstandard zur Sturzprophylaxe (DNQP 2013) und Maßnahmen zum Training von Kraft und Balance. Darüber hinaus bieten einige Einrichtungen gezielte Muskelaufbautrainings an und greifen auf evidenzbasiert entwickelte Programme (z. B. Fit für 100) zurück. Überwiegend werden jedoch herkömmliche Angebote, z. B. Sitztanz oder Spaziergänge, durchgeführt, für deren Wirksamkeit keine Belege existieren.
- Maßnahmen zur Förderung des *psycho-sozialen Wohlbefindens und der mentalen Gesundheit* gehören ebenso zum Angebot vieler Einrichtungen. Darunter verstanden werden z. B. die „*Förderung sozialer Kontakte*“ durch Hol- und Bringdienste zu Familien, Freunden und Vereinen, aber auch „*Gemeinschaftsangebote*“ in den Einrichtungen, die darauf zielen, durch Kontaktförderung die Nutzer vor sozialem Rückzug und Isolation zu bewahren.
- Viele der Einrichtungen haben als Konsequenz der Einführung des Nationalen Expertenstandards zum Ernährungsmanagement in der Pflege (DNQP 2010) Maßnahmen rund um das Essen initiiert. Als Beispiel wird das „*rollende Abendbuffet*“ angeführt, bei dem die Bewohner nicht nur das tellerfertige Essen erhalten, sondern die Komponenten selbst auswählen können und dazu vom Koch am Bett aufgesucht werden. Andere Maßnahmen zielen darauf, eine abwechslungsreiche Ernährung zu ermöglichen und für ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu sorgen.

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung eher tentativ und konzeptionell wenig systematisch vorgegangen wird, was sich auch daran zeigt, dass herkömmliche Pflegeaufgaben oder Maßnahmen zur Qualitätssicherung von den befragten Experten als Gesundheitsförderung „umgedeutet“ werden. Positiv formuliert betrachten sie in diesem Sinne Gesundheitsförderung als integralen Bestandteil pflegerischen Handelns, was durchaus wünschens-

wert wäre. Negativ formuliert ist diesem Verständnis zufolge jedoch beinahe jede nicht einzig verwahrende Pflege bereits als Gesundheitsförderung zu verstehen, weil sie auf den Erhalt der gesundheitlichen Ressourcen zielt. Ganz in diesem Sinn wurde von vielen Experten häufig bereits die „*aktivierende, rehabilitative Pflege*“, wie sie im SGB XI eingefordert wird, als gesundheitsförderliche Maßnahme verstanden (Horn et al. 2011).

7.3 Gesundheitliche Potenziale und Problemlagen der Nutzer

Um einen vertieften Einblick in die gesundheitlichen Problemlagen bei den Nutzern der stationären Langzeitversorgung zu erhalten, wurden im Anschluss in acht stationären Pflegeeinrichtungen aus Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen Daten von insgesamt 648 Nutzern mittels standardisierter Erhebungsbögen erfasst.^{4 5} Die Erhebung zielte auch darauf, in Ergänzung zu den Experteninterviews Erkenntnisse über die gesundheitlichen Potenziale der Bewohner zu gewinnen.

Die Datenanalyse zeigte, dass bei der überwiegenden Zahl der Nutzer bei grundlegenden Bewegungsfähigkeiten, der Mobilität sowie der Selbstversorgung – Bereichen, denen aus Sicht der Experten im Kontext von Gesundheitsförderung eine besonders hohe Bedeutung zukommt – ausgeprägte Selbständigkeitseinbußen bestehen. Bei der Mobilität wiesen 49,6% der Bewohner schwere Beeinträchtigungen bis hin zu einem völligen Selbstständigkeitsverlust auf. Bei weiteren 18,1% lagen zumindest erhebliche Selbständigkeitseinbußen vor.⁶ Auch mit Blick auf die Selbstversorgung war der Anteil der schwer- und schwerst Beeinträchtigten mit 43,4% hoch, 30,6% der Nutzer wiesen erhebliche Einbußen auf (vgl. Abbildung 7–1).

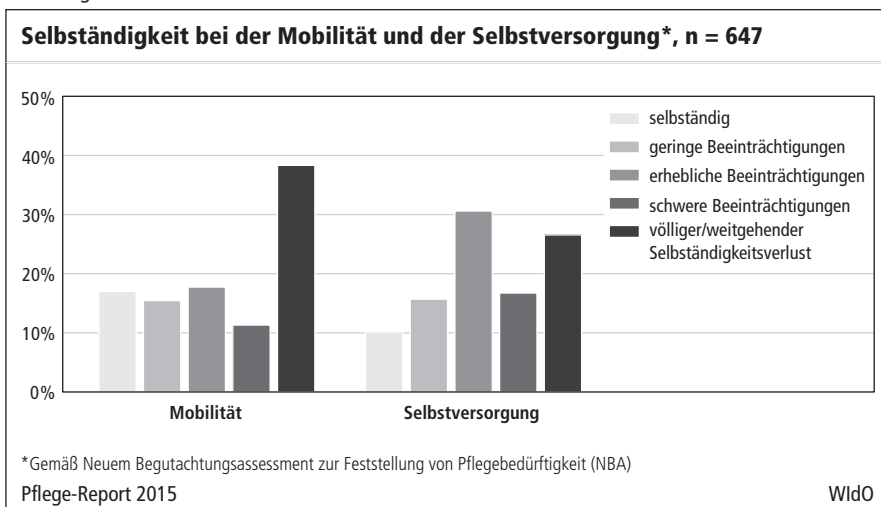
Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die Mehrzahl der Nutzer in der alltäglichen Versorgung einen vergleichsweise hohen Unterstützungsbedarf aufweist. Sie unterstreichen aber auch, dass dem Erhalt verbliebener Selbständigkeitspotenziale eine hohe Bedeutung zukommt. Allerdings lassen sich aus diesen Ge-

4 Zur Ermittlung der Selbständigkeit bei der Mobilität und Selbstversorgung und des kognitiven Status der Nutzer wurde auf Module des Neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (NBA) (Wingenfeld et al. 2008) zurückgegriffen. Darüber hinaus wurden einzelne Sachverhalte mittels gezielter Einzelfragen erfasst. Die Einschätzung erfolgte durch Pflegefachkräfte der Einrichtungen, die in mehrstündigen Schulungen auf diese Aufgabe vorbereitet wurden. Die Stichprobe erwies sich hinsichtlich der Alters-, Geschlechter- und Pflegestufenstruktur im Vergleich mit den Daten der Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013) als typisch für die stationäre Altenhilfe, was vermuten lässt, dass sich auch in den Ergebnissen zur Selbständigkeit und der gesundheitlichen Situation der Nutzer charakteristische Potenziale und Problemlagen widerspiegeln. Für eine ausführliche Darstellung der Erhebungs- und Analysemethoden sowie der Stichprobencharakteristik siehe Kleina et al. 2012.

5 Das Projekt wurde mit Unterstützung des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) (Berlin) realisiert.

6 Die Systematik des NBA sieht bei den Modulen zur Selbständigkeit bei Mobilität und Selbstversorgung in Abhängigkeit vom erreichten Scorewert eine Einstufung in fünf Klassen (selbständig/geringe Beeinträchtigungen/erhebliche Beeinträchtigungen/schwere Beeinträchtigungen/völliger bzw. weitgehender Selbstständigkeitsverlust) vor (ausführlich in Wingenfeld et al 2008).

Abbildung 7–1



sambewertungen nur bedingt Rückschlüsse auf die Potenziale der Nutzer zur Beteiligung an gesundheitsfördernden, insbesondere mobilitäts- und bewegungsfördernden Interventionen ziehen. Aussagekräftiger ist hier ein Blick auf einzelne Bewegungsfähigkeiten, deren Vorhandensein bei vielen Interventionsansätzen Voraussetzung zur Teilnahme ist. Hier geht es in erster Linie um basale Anforderungen, z. B. die Fähigkeit zu sitzen, aufzustehen oder eine kurze Strecke zu gehen. Diese Grundfertigkeiten sind, zumindest bei entsprechender Nutzung von Hilfsmitteln oder personeller Unterstützung, bei der überwiegenden Zahl der Nutzer (noch) vorhanden. 79,8% der Bewohner waren in der Lage zu sitzen, 68,1% konnten aufstehen und mit 56,3% konnten mehr als die Hälfte eine Wegstrecke von 10 m bewältigen (vgl. Tabelle 7–1).

Auch wesentliche Fähigkeiten zur Bewegung der oberen Extremitäten waren bei der Mehrzahl der Bewohner vorhanden. 62,5% von ihnen waren in der Lage, den sogenannten Nackengriff durchzuführen, 79,3% konnten mit Hilfe eines Löffels Nahrung zum Mund führen und 78,1% verfügten über die Fähigkeit, eine Hand fest

Tabelle 7–1

Fähigkeiten und Unabhängigkeit der Nutzer bei zentralen Aspekten der Mobilität (n = 645)

Der Bewohner kann ...	sitzen	aufstehen	gehen (10 m)
selbständig	42,4 %	26,8 %	14,2 %
selbständig mit Hilfsmitteln	32,8 %	24,9 %	33,5 %
mit personeller Unterstützung	4,6 %	16,4 %	8,6 %
nein	20,1 %	31,9 %	43,7 %

Tabelle 7–2

Beeinträchtigungen kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten der Nutzer, Anteile (n = 647)

Kognitive & kommunikative Fähigkeiten	Bewohner	Anteil
keine Beeinträchtigung	81	12,5 %
geringe Beeinträchtigung	88	13,6 %
erhebliche Beeinträchtigung	90	13,9 %
schwere Beeinträchtigung	115	17,8 %
völliger/weitgehender Fähigkeitsverlust	273	42,2 %

Pflege-Report 2015

WIdO

7

zu drücken. Auch das Vorhandensein dieser Fähigkeiten spielt für die Möglichkeit, sich z. B. an bewegungsfördernden Interventionen zu beteiligen, eine wichtige Rolle.

Mit Blick auf ihre kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten lagen bei einem Großteil der einbezogenen Pflegebedürftigen gravierende Einschränkungen vor. Lediglich 26,1 % wiesen in dieser Hinsicht keine oder nur geringe Beeinträchtigungen auf. Bei 60 % wurde dagegen sogar ein schwerer oder völliger Verlust kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten konstatiert (vgl. Tabelle 7–2).

Dieses häufige Auftreten ausgeprägter kognitiver Beeinträchtigungen stellt ein grundsätzliches Problem bei der Anwendung gesundheitsförderlicher Interventionen dar. Denn bei vielen der bislang erprobten Förderungskonzepte und -strategien für ältere, chronisch kranke Personen stehen Methoden der Informationsvermittlung im Mittelpunkt, die für Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten nicht oder nur bedingt geeignet sind. So waren beispielsweise 49,8 % der einbezogenen Nutzer nur noch in geringem Maße oder gar nicht mehr in der Lage, Sachverhalte und Informationen, die auf verbalem Wege übermittelt wurden, zu verstehen. Um diese Personen an Interventionen teilhaben zu lassen, müssen bei deren Umsetzung also andere Wege der Informationsvermittlung genutzt werden.

Wie die Analyse der Daten zeigte, stellen kognitive Beeinträchtigungen aber auch einen wichtigen Prädiktor für das Auftreten und die Ausprägung funktionaler Einschränkungen bei der Mobilität und Selbstversorgung dar (vgl. Tabelle 7–3). Die insgesamt 388 Personen, die unter schweren bis schwersten Verlusten kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten (NBA) litten, wiesen z. B. ein 3,6-fach höheres Risiko

Tabelle 7–3

Bewohner mit Einschränkungen basaler Bewegungsfähigkeiten. Anteile nach dem Grad kognitiver Beeinträchtigung gemäß NBA (n = 645)

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (NBA)	Bewohner kann nicht ...		
	sitzen	aufstehen	10 m gehen
Bewohner mit schweren bis schwersten Beeinträchtigung	29,9 %	44,8 %	56,6 %
Bewohner ohne/mit geringen bis erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen	5,7 %	12,5 %	24,0 %

Pflege-Report 2015

WIdO

Tabelle 7–4

Veränderungen der Selbständigkeit bei der Mobilität und der Selbstversorgung in den letzten Wochen und Monaten, Anteile nach dem Grad kognitiver Beeinträchtigung (n = 646)

Veränderungen	Mobilität bei Bewohnern	
	ohne/mit geringen bis erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen	mit schweren/schwersten kognitiven Beeinträchtigungen
Verbesserung in den letzten Wochen und Monaten	12,0 %	3,1 %
Verschlechterung in den letzten Wochen und Monaten	10,1 %	28,1 %
Es bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung?	36,4 %	24,5 %

Pflege-Report 2015

WIdO

7

auf, nicht mehr aufstehen zu können, als kognitiv weniger beeinträchtigte Nutzer. Das Risiko, nicht mehr gehen zu können, war bei ihnen um das 2,4-fache erhöht.

Die Ergebnisse zeigten darüber hinaus, dass kognitive Funktionseinbußen auch mit der Entwicklung der Mobilität zusammenhängen. So kam es bei Nutzern, die schwere bis schwerste kognitive Beeinträchtigungen aufweisen, in den Wochen und Monaten vor der Erhebung erheblich häufiger zu Selbstständigkeitsverlusten. Eine vergleichbare Tendenz zeichnete sich bei der Frage nach Verbesserungsmöglichkeiten in diesem Bereich ab. Während Verbesserungspotenziale aus Sicht der Pflegekräfte nur bei 24,5 % der kognitiv stärker beeinträchtigten Nutzer erkennbar waren, lag der Anteil bei geringer beeinträchtigten Personen bei 36,4 % (vgl. Tabelle 7–4).

Mit Blick auf die Beteiligung an Gruppenaktivitäten zur körperlichen Aktivierung, die von den Pflegeeinrichtungen angeboten wurden, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit vom kognitiven Status. Hier scheint vor allem der Mobilitätsstatus der Nutzer ausschlaggebend für die Teilnahme zu sein, denn die Angebote wurden von Personen, die keine oder nur geringe Mobilitätseinschränkungen aufwiesen, erheblich häufiger in Anspruch genommen als von Bewohnern mit weitergehenden Mobilitätsbeeinträchtigungen. Insgesamt nahmen 43,3 % der Nutzer derartige Angebote wahr. Eine mindestens zweimal wöchentliche Teilnahme, die für die Erzielung körperlicher Effekte als grundlegend erachtet wird, war jedoch nur bei rund 15 % von ihnen zu verzeichnen.

7.4 Schlussfolgerungen und Fazit

Gesundheitsförderung wird inzwischen auch hierzulande von den Akteuren in der stationären pflegerischen Langzeitversorgung als wichtig wahrgenommen. Es ist jedoch zu konstatieren, dass keineswegs von einer systematischen Umsetzung gesundheitsfördernder Konzepte und Interventionen gesprochen werden kann. Vielmehr ist davon auszugehen, dass eine konzeptionelle Auseinandersetzung mit der Frage, was unter Gesundheitsförderung zu verstehen ist, welche Ziele mit ihr ver-

bunden sind und wie sie von anderen Konzepten wie dem der „Qualität“ oder der „aktivierenden Pflege“ abzugrenzen ist, in weiten Teilen noch aussteht. Dies führt u. a. dazu, dass in der Praxis auf eine Vielzahl verschiedenster Interventionsansätze zurückgegriffen wird, die zwar im weitesten Sinne mit dem Thema Gesundheit in Zusammenhang stehen, häufig aber vor allem zum Ziel haben, spezifische gesundheitliche Komplikationen während der Versorgung zu vermeiden und somit eher dem in der Pflege etablierten Ansatz der „Prophylaxe“ zuzuordnen sind. Das primäre Ziel von Gesundheitsförderung liegt demgegenüber jedoch in der grundsätzlichen Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und Potenziale, unabhängig von der Vermeidung einzelner Gesundheitsprobleme. Die unklaren und unsystematischen Zielvorstellungen tragen vermutlich auch dazu bei, dass in den Einrichtungen häufig Interventionen angeboten werden, die zwar in der Praxis seit längerem etabliert sind, für deren gesundheitsfördernde Wirkung jedoch bislang kaum wissenschaftliche Evidenz vorliegt. Hinzu kommt, dass der Zugriff auf Informationen über Programme, die für stationäre Pflegeeinrichtungen geeignet sind, sich für die Praxis ausgesprochen mühsam gestaltet.⁷

Die Daten zum Gesundheitszustand der Nutzer bestätigen einerseits die Einschätzung der Experten, dass bei einem großen Teil der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen massive Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit vorliegen. Andererseits offenbaren sie, dass trotz bestehender Funktionseinbußen viele von ihnen über grundlegende Fähigkeiten verfügen, die für eine Beteiligung an gesundheitsfördernden Interventionen, insbesondere solchen zur Bewegungsförderung, notwendig sind. Um jedoch möglichst viele Nutzer zu erreichen, bedarf es eines differenzierten Angebots von Interventionen mit abgestuften körperlichen Anforderungen, die auf die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Nutzer zugeschnitten sind. Angebote nach dem Motto „one size fits all“, die in vielen Einrichtungen anzutreffen sind, führen voraussichtlich bei vielen Teilnehmern zu Über- oder Unterforderung und lassen daher kaum positive Effekte erwarten. Gleiches gilt für die Berücksichtigung des kognitiven Status: Interventionen, die zwar die körperliche Leistungsfähigkeit der Nutzer, nicht aber ihre Fähigkeiten zur Informationsaufnahme und -verarbeitung berücksichtigen, erscheinen wenig erfolgversprechend. Um zu einem besseren Abgleich zwischen den mit einer Intervention einhergehenden Anforderungen und den entsprechenden Fähigkeiten der Nutzer zu kommen, bedarf es zum einen klarer, praxistauglich formulierter Zielgruppenkriterien und zum anderen einer systematischen, aussagekräftigen Erfassung der individuellen Leistungsfähigkeit der Nutzer, z. B. durch entsprechende Kurzassessments (vgl. Horn et al. 2013).

Die Forderung nach einer Diversifizierung des Angebots an gesundheitsfördernden Maßnahmen trifft jedoch – wie die Ergebnisse der Expertenbefragung unterstreichen – in der Praxis auf problematische Rahmenbedingungen. Denn viele stationäre Pflegeeinrichtungen orientieren sich bei der Gestaltung ihres Angebots primär an der Erfüllung leistungsrechtlich definierter Anforderungen und sehen of-

7 Einen ersten Ansatz, hier zu Verbesserungen beizutragen, verfolgte ein weiteres Projekt der Universität Bielefeld. In ihm wurden Informationen über bewegungsfördernde Interventionen, die für Heimbewohner geeignet sind, zusammengetragen und systematisiert (Horn et al. 2013). Die Ergebnisse können unter der Internetadresse „bf1.zqp.de“ eingesehen und genutzt werden.

fenbar kaum Spielräume für die Erschließung und den Ausbau innovativer Aufgabenfelder. Diese Haltung, so nachvollziehbar sie angesichts zahlreicher externer Qualitätsanforderungen ist, steht einer systematischen Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitsförderung entgegen und bewirkt, dass der Umfang der für gesundheitsfördernde Interventionen eingesetzten Ressourcen limitiert bleibt. Wenn, wie international längst üblich, auch hierzulande Gesundheitsförderung und Prävention zu einem zentralen Handlungsfeld der Pflege werden sollen, bedarf es auch auf der Ebene gesetzlicher Vorgaben und Leistungsdefinitionen einer Umsteuerung, die es den Einrichtungen ermöglicht, die aufgezeigten Entwicklungsanforderungen zu bewältigen.

In dieser Hinsicht stellt der aktuell vorgelegte Entwurf eines Präventionsgesetzes, das explizit auch die Verankerung gesundheitsfördernder Maßnahmen im Setting stationäre Langzeitversorgung vorsieht, einen wichtigen ersten Schritt dar. Gleichwohl sei darauf hingewiesen, dass die im Gesetzentwurf vorgenommene Eingrenzung auf die stationäre Pflege zu kurz greift, denn zahlreiche der in diesem Beitrag skizzierten Entwicklungs- und Implementationsherausforderungen besitzen auch in anderen Versorgungssettings, z. B. in der ambulanten Pflege oder im Rahmen der Versorgung Pflegebedürftiger in Wohngruppen, eine hohe Relevanz und harren der Bearbeitung. Auch die dort versorgten Nutzer dürften, trotz Pflegebedürftigkeit, über förderungswürdige Gesundheitspotenziale verfügen, die bislang zu selten erkannt und oft nicht in angemessener Weise genutzt werden. Die Entwicklung und Etablierung gesundheitsfördernder Konzepte und Interventionen stellt also für sämtliche Bereiche der pflegerischen Versorgung eine wichtige Herausforderung dar, die zeitnah angegangen werden sollte.

Literatur

- Baum EE, Jarjoura D, Polen AE, Faur D, Rutecki G. Effectiveness of a Group Exercise Program in a Long-Term Care Facility: A Randomized Pilot Trial. *Journal of the American Medical Directors Association* [doi: 10.1016/S1525-8610(04)70279-0] 2003; 4 (2): 74–80.
- BMFSFJ. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Osnabrück: DNQP 2010.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2013 Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2013.
- Feichtinger L, Thiele C, Baumann U, Mitmannsgruber H, Somweber M. Der Umzug ins Seniorenheim aus der Sicht von nicht institutionalisierten Senioren. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 2002; 15 (3): 125–37.
- Garms-Homolová V. Prävention bei Hochbetagten. In: Kuhlmeier A, Schaeffer D (Hrsg). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber 2008; 263–75.
- Horn A, Schaeffer D. Nutzerorientierte Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Expertenbefragung. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft 2011; P11–146.

- Horn A, Brause M, Schaeffer D. Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung – Ergebnisse einer Expertenbefragung. *Prävention und Gesundheitsförderung*. 2011; 6 (4): 262–9.
- Horn A, Kleina T, Vogt D, Koch M, Schaeffer D. Bewegungsfördernde Interventionen als Option für Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Literaturrecherche. IPW (Hrsg). Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft 2013; P13–149.
- Kalinowski S, Wulff I, Dräger D. Ressourcenorientierung als Paradigma sportwissenschaftlicher Forschung. Ein Modell zur Ressourcenanalyse im Pflegeheim. *Sportwissenschaft* 2010; 40: 163–73.
- Kleina T, Brause M, Horn A, Wingensfeld K, Schaeffer D. Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe - Eine empirische Bestandsaufnahme. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft 2012; P12–147.
- Kruse A. Prävention und Gesundheitsförderung im Alter. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber 2004; 83–93.
- Kuhlmei A, Schaeffer D (Hrsg). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern u. a.: Huber 2008.
- Landtag NRW. Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Landtag NRW 2005.
- Makita M, Nakadaira H, Yamamoto M. Randomized controlled trial to evaluate effectiveness of exercise therapy (Takizawa Program) for frail elderly. *Environmental Health and Preventive Medicine* 2006; 11 (5): 221–7.
- Peri K, Kerse N, Robinson E, Parsons M, Parsons J, Latham N. Does functionally based activity make a difference to health status and mobility? A randomised controlled trial in residential care facilities (The Promoting Independent Living Study; PILS). *Age Ageing* 2008; 37 (1): 57–63.
- Schaeffer D, Büscher A. Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung – empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. *Z Gerontol Geriatr* 2009; 42 (6): 441–51.
- Schaeffer D, Wingensfeld K. *Pflegerische Versorgung alter Menschen*. In: Kruse A, Martin M (Hrsg). *Enzyklopädie der Gerontologie Alternsprozesse aus multidisziplinärer Sicht*. Bern: Huber 2004.
- Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV)*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2007.
- Statistisches Bundesamt. *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2013.
- SVR. *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.: Bonn 2009.
- SVR. *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014. Berlin 2014.
- Venturelli M, Lanza M, Muti E, Schena F. Positive Effects of Physical Training in Activity of Daily Living–Dependent Older Adults. *Exp Aging Res* [doi: 10.1080/03610731003613771] 2010; 36 (2): 190–205.
- Wingensfeld K. Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei A, Schaeffer D (Hrsg). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber 2008; 370–81.
- Wingensfeld K, Schnabel E. *Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen*. Bielefeld/Dortmund: Institut für Pflegewissenschaften (IPW), Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. (FfG) 2002.
- Wingensfeld K, Büscher A, Gansweid B. *Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1: Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments*. Bielefeld/Münster: Institut für Pflegewissenschaft (IPW), Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK WL) 2008.

This page intentionally left blank

8 Personalbedarf in Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige

Christoph Bräutigam, Michaela Evans und Josef Hilbert

Abstract

Dieser Beitrag bemüht sich in aller Kürze um eine Abschätzung des mittelfristigen Personalbedarfs der verschiedenen Wohn- und Versorgungsformen und bezieht dabei die vermuteten Entwicklungen in sämtlichen Einrichtungen mit pflegerischer Versorgung ein. Nach kurzer Darstellung der derzeitigen personellen Situation wird der mittelfristige Bedarf bis 2030 skizziert. Benötigt werden zusätzlich mindestens 350 000 Personen bzw. rund 250 000 Vollzeitäquivalente, darunter etwa 132 000 Pflegefachkräfte bzw. 101 000 Vollzeitäquivalente. Diese Zahlen sind als Untergrenze anzusehen. Verschiedene Faktoren könnten den Bedarf deutlich steigern. Im Fokus steht die Notwendigkeit, ausreichend Pflegefachpersonen zu gewinnen. Die Darstellung potenzieller Einflüsse auf den Bedarf und Hinweise auf erforderliche Anstrengungen zu seiner Deckung schließen sich an.

This article makes an estimate of the medium-term staffing needs of the various forms of living and nursing care in Germany, thereby including the assumed developments in all facilities of long-term care. After a short presentation of the current staffing situation, it outlines the medium-term demand until 2030. At least 350 000 or 250 000 full-time equivalents are required, including about 132 000 nurses or 101 000 full-time equivalents. These figures are to be regarded as a lower limit. Various factors could increase the demand significantly. The focus is on the need to attract a sufficient number of nurses, followed by a description of potential influences and suggestions of efforts required to cover it.

8.1 Gegenwärtige Personalsituation verschiedener Angebotsformen

Wenn der Personalbedarf in speziellen Wohn- und Versorgungsformen außerhalb der ursprünglichen Häuslichkeit diskutiert wird, sollte dies aus einer Perspektive geschehen, die sich nicht auf diese Formen beschränkt. In die Betrachtung des Bedarfs sollten sämtliche Einrichtungen einbezogen werden, in denen pflegerische Leistungen erbracht werden, da die verschiedenen Versorgungsformen künftig verschärft insbesondere um qualifiziertes Personal konkurrieren werden – untereinander und mit den Krankenhäusern.

Vollstationäre Pflege

Diese Wohnform macht nach wie vor den Großteil der Versorgung aus. Von den bundesweit 12 354 Pflegeheimen bieten 10 706 Einrichtungen Plätze in der Dauerpflege. Insgesamt leben heute 743 000 Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen, was rund 30% aller Pflegebedürftigen ausmacht, darunter knapp 20 000 Personen in Kurzzeitpflege. Charakteristisch ist ein kontinuierliches Wachstum: So stieg die Zahl der Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege zwischen 2001 und 2011 um 28,5% und die Zahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen um 24,2%. Entsprechend ist auch die Beschäftigtenzahl deutlich gestiegen, und zwar um 39,1% auf 661 179, was umgerechnet 480 000 Vollzeitstellen entspricht. Allerdings ist diese Entwicklung mit einem deutlich rückläufigen Anteil der Vollzeitbeschäftigten verbunden (siehe Tabelle 8–1; alle Angaben: Statistisches Bundesamt 2013, S. 16–24). Typisch für stationäre Einrichtungen ist die sich wandelnde Binnenstruktur, insbesondere wird der weit überwiegender Teil der Zimmer in Einzelzimmer umgewandelt und teilweise werden aus Wohnbereichen Wohngruppen und Hausgemeinschaften gemacht (Klein et al. 2008, S. 30), die in vielem den ambulant betreuten Wohngruppen gleichen.

Ambulante Pflege

Die ambulante pflegerische Versorgung stellt keine Wohnform dar, erbringt aber Leistungen innerhalb von Wohnformen (siehe Servicewohnen, ambulant betreute Wohngruppen) und bildet zunehmend Spezialangebote für bestimmte Zielgruppen aus (Heimbeatmung, Kinder usw.). Der Anteil der von ambulanten Diensten versorgten Pflegebedürftigen beträgt heute rund 23%. Auch hier konnte zwischen 2001 und 2011 ein deutliches Wachstum verzeichnet werden. Die Zahl der Dienste stieg um knapp 17% auf 12 349, die der Pflegebedürftigen um 32,4% auf 576 000 und die der Beschäftigten um über 53% auf 291 000, davon allerdings lediglich 80 000 Vollzeitbeschäftigte. Insgesamt sind den ambulanten Diensten 193 000 Vollzeitstellen zuzurechnen (Tabelle 8–1; Statistisches Bundesamt 2013, S. 10–15).

Tabelle 8–1

Personalzahlen verschiedener Versorgungsformen 2011/2012¹

	Personal		Davon Pflege		Davon Pflegefachkräfte	
Vollstationäre Pflege	661 000	(480 000)	435 000	(328 000)	208 000	(169 000)
Tagespflege	ca. 15 000	(ca. 10 000)	ca. 11 000	(ca. 7 000)	ca. 5 000	(ca. 3 000)
Ambulante Pflege	291 000	(193 000)	221 000	(154 000)	148 000	(105 000)
Davon ambulante betreute WGs	ca. 20 000	(ca. 14 400)	ca. 15 000	(ca. 11 000)	ca. 5 000	(ca. 3 600)
Hospize/Hospizdienste	ca. 9 000	(ca. 7 000)	ca. 7 000	(ca. 5 000)	ca. 5 000	(ca. 4 000)

¹ Vollzeitstellen in Klammern

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013; eigene Schätzungen

Betreutes Wohnen

Diese Wohnform findet sich in verschiedenen Varianten. Gemeinsam ist ihnen, dass die Mieterinnen und Mieter individuell in der eigenen, abgeschlossenen Wohnung leben. Bundesweit wird aktuell die Zahl der Wohneinheiten auf rund 264 000 geschätzt (KDA/Wüstenrot 2014, S. 38). Nach einem Boom in den 1990er Jahren geht man heute von einem geringen, aber stetigen Wachstum aus, das von Bemühungen um mehr Qualität begleitet ist (siehe Kuratorium Qualitätssiegel für Betreutes Wohnen 2011). Die Wohnungen sind barrierefrei (oder -arm) und werden in Kombination mit einigen wenigen Grundleistungen wie Beratungs-, Servicevermittlungs- und Informationsleistungen sowie haustechnischem Service vermietet. Je nach Bedarf können Wahlleistungen hinzugebucht werden. Diese sollen zumindest aus pflegerischen und hauswirtschaftlichen Komponenten bestehen (vgl. Kuratorium Qualitätssiegel für Betreutes Wohnen 2011). Pflegerische Leistungen sind somit nicht Teil des Regelangebots und werden im Bedarfsfall von ambulanten Pflegediensten erbracht. Die pflegerische Versorgung entspricht damit der üblichen ambulanten Pflege zu Hause, sodass eine separate Abschätzung des Personals dieser Wohnform hier nicht erfolgt.

Ambulant betreute Pflege-Wohngemeinschaften

Betreute Wohngemeinschaften gelten als eine auf dauerhaftes Verbleiben der Mieter ausgelegte Zwischenform zwischen der ursprünglichen Häuslichkeit und einer stationären Versorgung (Wolf-Ostermann 2012). Viele dieser Wohngemeinschaften werden ganz oder teilweise von Menschen mit Demenz bewohnt (Wolf-Ostermann 2012, S. 135).

Grundprinzip ist das gemeinsame Wohnen mit jeweils eigenem Zimmer bzw. Appartement und gemeinschaftlicher Nutzung anderer Räume wie (Wohn)Küche und Wohnraum. Die Zahl der Mieter variiert, liegt aber im Allgemeinen zwischen sechs und zehn Personen. Daten aus dem Jahr 2012 deuten auf einen realistischen Wert von durchschnittlich 7,5 Mietern hin (Wolf-Ostermann 2012). Bei den gegenwärtig mindestens etwa 1 600 WGs (KDA/Wüstenrot 2014, S. 34) kann von mindestens 12 000 Personen ausgegangen werden.

Die Versorgung erfolgt in der Regel durch ambulante Pflegedienste, die üblicherweise Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, hauswirtschaftlich tätige Personen und andere (FSJ usw.) einsetzen. Die Zusammensetzung des Personals und die Zahl der eingesetzten Personen variiert zwischen den Bundesländern und einzelnen Angeboten deutlich. Nach vorliegenden Daten kann von etwa 1,2 Stellen pro Mieter ausgegangen werden, davon etwa je ein Viertel Pflegefach- bzw. Pflegehilfskräfte und rund die Hälfte andere Personen (Wolf-Ostermann 2012, S. 155–157). Geht man von 12 000 Pflegebedürftigen aus, errechnet sich so ein Gesamtpersonalbestand von 14 400 Vollzeitäquivalenten. Auch wenn die Einschätzung der Entwicklung ambulant betreuter Pflege-Wohngemeinschaften unter einem Mangel an Daten leidet, kann sicher von einer besonderen Dynamik und einer Verzehnfachung des Angebots seit 2003 ausgegangen werden (KDA/Wüstenrot 2014, S. 32).

Andere Angebote

Nach der aktuellen Pflegestatistik werden knapp 44 000 Personen durch Einrichtungen der Tagespflege betreut. Diese leben aber in ihrer eigenen Wohnung und ver-

bringen meist bestimmte Wochentage tagsüber in der Tagespflege. Sie verlassen also ihr Wohnumfeld nicht dauerhaft. Das Personal wird statistisch nicht separat ausgewiesen. Beschäftigt sind Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, Hauswirtschafterinnen und andere. Laut Rahmenverträgen verschiedener Bundesländer differieren die Personalschlüssel deutlich. Als realistischer Durchschnittswert kann etwa eine Relation von 1:4 im Bereich Pflege und Betreuung und jeweils etwa 1:25 in den Bereichen Hauswirtschaft und Leitung/Verwaltung gelten. Damit bewegt sich die Anzahl der Stellen bei knapp 15 000, davon rund 11 000 im Bereich Pflege und Betreuung. Die Tagespflege erfreut sich wachsender Akzeptanz: Die Zahl der hier betreuten Pflegebedürftigen hat sich zwischen 2001 und 2011 von etwa 12 000 auf 44 000 gesteigert (Statistisches Bundesamt 2013, S. 20; Statistisches Bundesamt 2003, S. 18).

Weiterhin sind noch die knapp 200 stationären **Hospize** und die rund 1 500 ambulanten Hospizdienste zu nennen. Die Zahl der Beschäftigten kann grob auf 9 000 bei 7 000 Vollzeitstellen geschätzt werden, davon rund 5 000 Pflegefachkräfte mit knapp 4 000 Vollstellen (Tabelle 8–1; eigene Schätzung; Evangelische Akademie Tutzing 2011; ALPHA 2010). Auch bei den Hospizen sind kontinuierliche Steigerungen zu verzeichnen.

8.2 Prognosen zum Personalbedarf

Die vorliegenden quantitativen Prognosen weichen teilweise deutlich voneinander ab. So schätzt das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), dass es einen Mehrbedarf von 325 000 Vollkräften gibt, darunter 140 000 Pflegefachkräfte in ambulanten und stationären Einrichtungen bis 2030 (RWI 2011). Andere Untersuchungen nennen unter Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren bspw. einen Bedarf von 278 000 Pflegefachkräften im Bereich ambulanter und stationärer Pflege (Prognos 2012) oder gehen von einer Personallücke zwischen 263 000 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) (bei steigendem Anteil informeller Pflege) und 492 000 VZÄ (bei Zunahme formeller Pflege) bis 2030 aus (Rothgang et al. 2012). Weitere Unterschiede ergeben sich aufgrund teils außergewöhnlich langer Prognosezeiträume bis 2050 und darüber hinaus (siehe Pu 2011; BMWi 2012) und aus verschiedenen differierenden Grundannahmen zu diversen Einflussfaktoren. Als wichtige Einflüsse sind zu nennen:

- Entwicklung der Pflegebedürftigkeitsquoten: Während die Prognose der Bevölkerungsentwicklung bis 2030 relativ eindeutig darstellbar ist (Statistisches Bundesamt 2009), sind hinsichtlich der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit verschiedene Szenarien vorstellbar. Möglich ist sowohl ein Anstieg der Pflegebedürftigkeitsquote, da eine steigende Lebenserwartung zu mehr und längerer Pflegebedürftigkeit führen könnte, als auch ein Absinken infolge von gesünderem Lebenswandel und medizinischem Fortschritt (Schulz 2012).
- Entwicklung des familiären Pflegepotenzials: Dieses ist entscheidend für das Ausmaß der Inanspruchnahme professioneller Leistungen. Bisher ist der Anteil informeller Pflege in Deutschland im internationalen Vergleich hoch. Für die Zukunft wird eher damit gerechnet, dass diese Hilfeform zurückgeht, was zu erhöhtem Bedarf an Personal führt.

- Wandel der Präferenzen bei der Inanspruchnahme der verschiedenen Angebote: Die Anteile der verschiedenen Versorgungsformen können sich ändern, was eine differenzierte Abschätzung des Personalbedarfs der Angebote erschwert.

Bis 2050 könnte so die Zahl der Pflegebedürftigen auf zwischen 3 Millionen und in extremen Prognosen bis zu knapp 5 Millionen steigen (Pu 2011; Schulz 2012; Statistisches Bundesamt 2010).

Im Folgenden wollen wir einige perspektivische Überlegungen zum Bedarf anstellen, die sich wegen der oben erwähnten Unwägbarkeiten auf einen mittelfristigen Zeitraum (bis 2030) beschränken.

Stationäre Pflegeeinrichtungen

In einem ersten Schritt werden zumindest für die vollstationären und ambulanten Einrichtungen hinsichtlich der Betreuungsrelation, der Qualifikationsstruktur, der Tätigkeitsbereiche der Beschäftigten und der Quote der Inanspruchnahme der jeweiligen Versorgungsform konstante Umstände unterstellt. Die stationäre Versorgung bleibt – bei zu vermutender weiterer Entwicklung und Differenzierung der Binnenstrukturen – quantitativ mit großem Abstand die bedeutendste Wohnform außerhalb der eigenen Wohnung. Tabelle 8–2 zeigt die heutigen Zahlen und den zusätzlichen Personalbedarf bis 2030. Die Zahl der Pflegebedürftigen erhöht sich auf 1 001 000.

Ambulante Pflegedienste

Bei einem konstanten Anteil der Versorgung durch ambulante Dienste steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in diesem Bereich auf rund 775 000 Personen. Unter der Status-quo-Annahme ergibt sich der in Tabelle 8–3 dargestellte zusätzliche Bedarf.

Die Zahl der **ambulant betreuten Wohngemeinschaften** wird angesichts der dynamischen Entwicklung auch künftig deutlich zunehmen. Die mittelfristige Entwicklung ist von verschiedenen Einflüssen abhängig, darunter von rechtlichen Vorgaben, der Möglichkeit der Nutzung bestehenden Wohnraums und dem Ausmaß der Investitionen in Neubauten sowie auch der Verfügbarkeit von geeigneten Pflegediensten. Die Entwicklung ist in den Bundesländern sehr uneinheitlich. Dem Bedarf an Arbeitskräften für die Erbringung pflegerischer Leistungen werden vermutlich weiterhin ambulante Anbieter entsprechen. Ausgehend von einer groben Schätzung der Beschäftigtenzahlen heute (14 400 VZÄ) und bei einer angenommenen Verdreifachung der Zahl der Wohngemeinschaften bis 2030 kann grob mit einem zusätzlichen Personalbedarf von etwa 29 000 Stellen *innerhalb der ambulanten Dienste* gerechnet werden. Eine angenommene Steigerung der Nachfrage in der **Tagespflege** um 75 % und der nach **Hospizleistungen** um 50 % würde einem zusätzlichen Personalbedarf in der Größenordnung von etwa 20 000 Beschäftigten oder 15 000 Vollzeitäquivalenten entsprechen.

Benötigt würden nach dieser ersten Schätzung also zusätzlich rund 350 000 Personen bzw. rund 250 000 Vollzeitäquivalente bis zum Jahr 2030 für die genannten Versorgungsformen. Davon entfällt der Großteil auf die Tätigkeitsbereiche „Pflege und Betreuung“ und Hauswirtschaft. Bei den zusätzlich benötigten beruflichen Qualifikationen dominieren bei unveränderten Anteilen die Pflegefachkräfte und Beschäftigte ohne einschlägigen Berufsabschluss (siehe Abbildung 8–1).

Tabelle 8–2

Personalbestand und -bedarf bis 2030: Stationäre Pflegeeinrichtungen¹

Beschäftigte	Bestand 2011		Zusätzlicher Bedarf 2030	
	Beschäftigte	Vollzeitstellen	Beschäftigte	Vollzeitstellen
Personal gesamt	661 000	480 000	230 000	167 000
Pflegefachkräfte ²	208 000	169 000	72 000	59 000
Qualifizierte Pflegehilfskräfte ³	52 000	39 000	18 000	14 000
Hauswirtschaftlicher Beruf	33 000	24 000	11 000	8 000
sonst. Pflegeberuf, päd., soz., therapeutische. u. ä. Berufe	80 000	58 000	28 000	20 000
Andere Berufe/ohne Abschluss	288 000	189 000	100 000	66 000
Tätigkeitsbereich ⁴	Beschäftigte	Vollzeitstellen	Beschäftigte	Vollzeitstellen
Pflege und Betreuung	435 000	328 000	151 000	114 000
Hauswirtschaft	114 000	73 000	40 000	25 000
Soziale Betreuung	27 000	18 000	9 000	6 000
Zus. Betreuung (§87b SGB XI)	25 000	16 000	9 000	6 000
Andere (Haustechnik, Verwaltung, andere)	61 000	45 000	21 000	16 000

¹ Ungenauigkeiten ergeben sich durch Rundungen² Altenpfleger(innen), Gesundheits- und Krankenpfleger(innen), Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)³ Staatlich anerkannte Altenpflegehelfer(innen), Krankenpflegehelfer(innen)⁴ Gemäß Differenzierung der Pflegestatistik, teils zusammengefasst

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013, S. 16–22; eigene Berechnungen

Pflege-Report 2015

WIdO

Tabelle 8–3

Personalbestand und -bedarf bis 2030: Ambulante Pflegeeinrichtungen

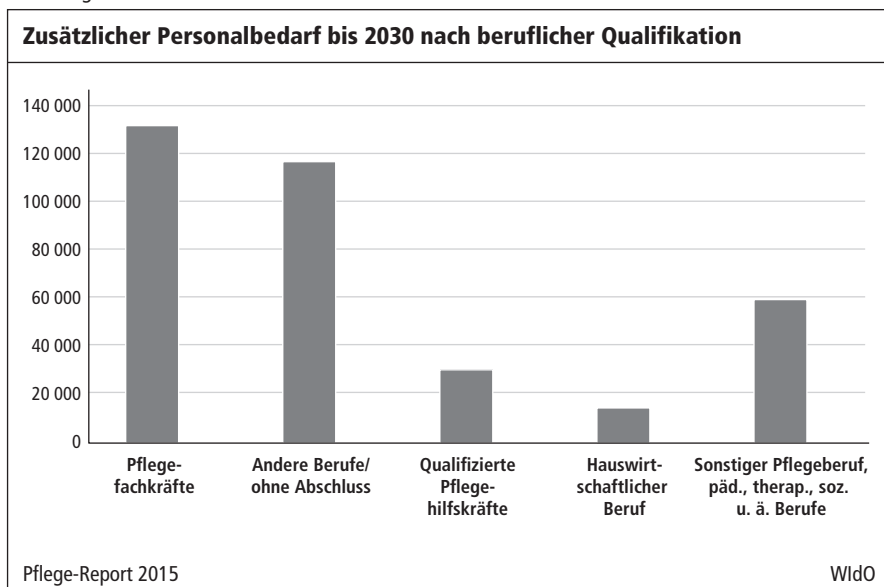
Beschäftigte	Bestand 2011		Zusätzlicher Bedarf 2030	
	Beschäftigte	Vollzeitstellen	Beschäftigte	Vollzeitstellen
Personal gesamt	291 000	193 000	101 000	67 000
Pflegefachkräfte	148 000	105 000	51 000	36 000
Qualifizierte Pflegehilfskräfte	25 000	17 000	9 000	6 000
Hauswirtschaftlicher Beruf	7 000	4 000	2 000	1 000
sonst. Pflegeberuf, päd., therap. u. ä. Berufe	34 000	23 000	12 000	8 000
Andere Berufe/ohne Abschluss	77 000	45 000	27 000	16 000
Tätigkeitsbereich	Beschäftigte	Vollzeitstellen	Beschäftigte	Vollzeitstellen
„Grundpflege“ und Pflegedienstleitung	221 000	154 000	76 000	53 000
Hauswirtschaft	38 000	20 000	13 000	7 000
Andere (Haustechnik, Verwaltung, andere)	31 000	20 000	11 000	7 000

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013, S. 10–15; eigene Berechnungen

Pflege-Report 2015

WIdO

Abbildung 8–1



Während die Stellen in den meisten Berufen (Verwaltung, Betreuung, Therapie u. a.) wegen des jeweils begrenzten Bedarfs oder geringerer Qualifikationsanforderungen vermutlich eher unproblematisch zu besetzen sein dürften, stehen am Arbeitsmarkt bereits heute kaum noch Fachkräfte des „Kernberufs“ Pflege zur Verfügung.

Differenziert nach Versorgungsformen stellt sich der zusätzliche Bedarf an Pflegefachkräften wie in Tabelle 8–4 gezeigt dar. Diese Zahlen sind als Untergrenze anzusehen. Verschiedene Faktoren könnten den Bedarf deutlich steigern. Bei Prognosen wird häufig der Zusammenhang mit dem **Personalbedarf der Krankenhäuser** übersehen. Die Krankenhäuser zählen inklusive der im Funktionsdienst beschäftigten Pflegepersonen derzeit rund 522 000 Beschäftigte, davon rund 90 %

Tabelle 8–4

Prognose des Bedarfs an Pflegefachkräften nach Versorgungsform bis 2030

Versorgungsform	Zusätzlicher Bedarf Pflegefachkräfte bis 2030 (Personen)	Zusätzlicher Bedarf Pflegefachkräfte bis 2030 (VZÄ)
Stationäre Pflegeeinrichtungen incl. Kurzzeitpflege	72 000	59 000
Tagespflege ¹	6 000	4 000
Ambulante Pflegedienste	51 000	36 000
Ambulante und stationäre Hospize ⁵	3 000	2 000
Summe	132 000	101 000

¹ Eigene Schätzung bei 75 % Steigerung in der Tagespflege und 50 % Steigerung bei der Hospizversorgung.

Fachkräfte (vgl. Simon 2012). Insbesondere die Pflegefachkräfte können bereits heute prinzipiell zwischen den Pflegeeinrichtungen und den Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen wechseln. Bisher arbeiten zwar Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger in Pflegeeinrichtungen, der umgekehrte Weg ist Fachkräften aus der Altenpflege jedoch praktisch meist verwehrt. Nach der geplanten Verschmelzung der verschiedenen Pflegefachberufe zu einem Pflegefachberuf könnte sich diese Situation jedoch mittelfristig ändern und die Konkurrenz aus Sicht der Pflegeeinrichtungen verstärken. Schätzungen gehen allein bis 2020 von einem Mehrbedarf von über 30 000 Vollzeitäquivalenten für Pflegefachkräfte in den Kliniken aus (vgl. Augurzky et al. 2011, S. 63).

Ein anderer, bisher ausgeklammerter Aspekt ist die Tatsache, dass zusätzlich zu den genannten Zahlen die steigende Fluktuation über Verrentung und anderes **Ausscheiden kompensiert** werden muss. Damit wird sich der Bedarf in den folgenden beiden Jahrzehnten nochmals deutlich erhöhen. Und drittens ist es wahrscheinlich, dass aufgrund der zunehmenden **Einschränkung familiärer Pflegekapazitäten** die relative Bedeutung professioneller Pflegeleistungen gegenüber den informellen Leistungen zunimmt, was den Personalbedarf in stationären und ambulanten Einrichtungen zusätzlich steigert. Allein für die ambulante Versorgung wird der so entstehende zusätzliche Bedarf bis 2030 auf 125 000 Pflegekräfte veranschlagt (Prognos 2012, S. 1). Aus diesen Gründen könnte sich der Mehrbedarf auf 300 000 oder mehr Pflegefachkräfte summieren.

8.3 Potenzielle Einflüsse auf die Entwicklung

Die bisherigen Überlegungen haben sich auf Hochrechnungen und Schätzungen beschränkt. Die Thematik verlangt allerdings dringend danach, verschiedene andere Faktoren zu bedenken, die maßgeblichen Einfluss nicht nur auf die Deckung des quantitativen Personalbedarfs insgesamt, sondern Auswirkungen insbesondere auf die Frage der benötigten beruflichen Qualifikationen und den Personalmix haben können. Einige seien hier exemplarisch genannt:

Das Kostenargument. Auch wenn der bedarfsgemäße Beschäftigungsaufbau mit der Schaffung von sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen verbunden ist, werden in vielen Diskussionen überwiegend die Kosten thematisiert. Diese Akzentuierung kann großen Einfluss auf die personelle Ausstattung und den Personalmix in den Einrichtungen haben. Obwohl bisher die Einkommensunterschiede zwischen Fachkräften und anderen Beschäftigten in der Pflege im Vergleich zu anderen Branchen eher gering ausfallen, gilt bei einer reinen Kostenargumentation, dass Hilfskräfte billiger sind. Auch die Einbeziehung ehrenamtlich engagierter Personen könnte künftig zunehmend unter diesem Aspekt thematisiert werden. Zahlreiche Appelle, Konzepte und Verordnungen¹ fordern mehr ehrenamtliches Engagement im sozialen Bereich. Das Kostenargument steht im Zusammenhang mit dem **An-**

¹ Siehe z. B. Verordnung über niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote für Pflegebedürftige (HBPFVO) in NRW (https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=8&ugl_nr=820&bes_id=5177&aufgehoben=N&menu=1&sg=0#FN3).

spruch an Fachlichkeit und Qualität. Die vorliegenden Prognosen gehen von einer Fortschreibung der Anteile an Fachkräften aus. Für den Tätigkeitsbereich „Pflege und Betreuung“ liegt dieser in den Pflegeheimen infolge der Fachkraftquote rechnerisch bei mindestens 50%, bei ambulanten Diensten und insbesondere in Krankenhäusern deutlich darüber. Angesichts steigender Anforderungen (evidenzbasierte Pflege, Multimorbidität, Demenzerkrankungen usw.) ist aus fachlicher Sicht nicht davon auszugehen, dass diese Anteile künftig sinken können, sollen nicht Zugeständnisse bei der Qualität in Kauf genommen werden.

Politische Entscheidungen. Auf verschiedenen Feldern können politische Weichenstellungen Veränderungen beim Personalbedarf nach sich ziehen. So könnte bspw. eine verbindliche Vorgabe für personelle Mindeststandards in der Krankenhauspflege dort zu höherem Bedarf führen und in den anderen Angebotsformen für einen Sogeffekt sorgen, der die Verfügbarkeit von Pflegefachkräften für Pflegeeinrichtungen und alternative Wohnformen einschränkt. Denkbar wäre auch eine Änderung der Fachkraftquote in stationären Pflegeeinrichtungen. Mögliche Vorgaben für fachliche Standards in ambulant betreuten Wohngemeinschaften auf Länderebene könnten den Bedarf an Fachkräften dort erhöhen usw. Auch eine weitere Änderung der **Definition der Pflegebedürftigkeit** könnte Auswirkungen auf den künftigen Personalbedarf haben. Gemessen an professionellen Definitionen ist der leistungsrechtliche Begriff der Pflegebedürftigkeit nach wie vor gewollt restriktiv. Derzeit ist aber eine Tendenz zur Ausweitung der Leistungen insbesondere für Menschen mit Demenz zu beobachten, die teilweise einen erhöhten Personalbedarf nach sich zieht. Umgekehrt würde eine Verengung der Definition zu geringeren Leistungsansprüchen führen.

8.4 Wege zur Personalbedarfsdeckung

Wenn es gelingen soll, die nach Bedarf zu schaffenden Stellen adäquat zu besetzen, müssen bereits kurz- und mittelfristig umfassende Anstrengungen unternommen werden, um insbesondere die Zahl der Fachkräfte in der Pflege stark zu erhöhen. Als wichtige Handlungsfelder, die sich zum Teil wechselseitig beeinflussen, sind zu nennen:

- **Ausweitung des Beschäftigungsumfangs.** Der Trend zur Teilzeitarbeit hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verstärkt. Weniger als die Hälfte der Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen sind heute Vollzeitbeschäftigte (Schulz 2012, S. 15). Die Ursachen liegen einerseits im Interesse der Arbeitgeber, Beschäftigte flexibel einsetzen zu können, andererseits in vielen Fällen auch an den Interessen der Beschäftigten selbst. Angesichts der Zahl von über 200 000 Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen, die lediglich teilzeitbeschäftigt sind (Statistisches Bundesamt 2013), verbirgt sich hier ein wichtiger Ansatzpunkt zur Deckung des zusätzlichen Personalbedarfs. Der absehbare Bedarf erfordert, dass sich der Trend zur Teilzeitarbeit umkehrt. Eine weitere Zielrichtung sollte die **Erhöhung der Erwerbsbeteiligung qualifizierter Pflegefachpersonen** sein, die derzeit keiner Erwerbstätigkeit nachgehen oder in anderen Tätigkeitsfeldern arbeiten.

- **Berufsverweilzeit.** Auch wenn die häufig genannten Zahlen zur angeblich besonders geringen Berufsverweilzeit in der Pflege zu bezweifeln sind (Hall 2012), hat es – ähnlich wie der Beschäftigungsumfang – großen Einfluss auf die personelle Situation, wenn die Arbeitsfähigkeit erhalten und insbesondere auch die Erwerbstätigkeit in Richtung auf das Erreichen des regulären Renteneintrittsalters ausgeweitet wird. Ab etwa dem 55. Lebensjahr nimmt die Erwerbsquote drastisch ab (Prognos 2012, S. 11). Gelänge es, diesen Faktor zu beeinflussen, indem bspw. altersgerechte Arbeitsplätze geschaffen und die Arbeitsbedingungen allgemein verbessert würden, wäre ein nicht unwesentlicher Beitrag zur Deckung des Personalbedarfs geleistet.
- **Berufliche Qualifizierung.** Die Zahl der erfolgreichen Ausbildungsabschlüsse in den Pflegefachberufen liegt in den vergangenen Jahren in der Größenordnung von knapp über 30 000 jährlich (Prognos 2012; Simon 2012; Knüppel 2012). Diese Zahlen sind kaum noch ausreichend, um die Zahl der Beschäftigten auch nur stabil zu halten. Wenn die Quote der für den Pflegeberuf zu gewinnenden Personen pro Alterskohorte konstant bliebe, würde das angesichts der ab 1995 besonders geburtenschwachen Jahrgänge deutlich rückläufige Ausbildungszahlen bedeuten. Ein Blick auf die Altersstruktur der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zeigt, dass sich in den nächsten Jahren die Zahl der altersbedingt ausscheidenden Pflegefachkräfte deutlich erhöhen wird. Schon diese Ausfälle zu kompensieren würde also eine deutliche Ausweitung der Ausbildungskapazitäten erfordern. Das Berufsfeld konkurriert zunehmend um Nachwuchs mit anderen Branchen, denen ein besserer Ruf anhaftet. Pflege ist unter Jugendlichen kein In-Beruf (Bomball 2010). Dies zu ändern, erfordert eine deutliche Attraktivitätssteigerung des Berufs, die durch Imagekampagnen allein nicht zu erreichen sein wird und die Zeit braucht. In diesem Zusammenhang ist auch die Aufwertung der Pflege durch **Akademisierung** zu beachten. Die Möglichkeit einer grundständigen akademischen Berufsqualifizierung kann dazu beitragen, neue Zielgruppen für eine berufliche Laufbahn in der Pflege zu gewinnen. Akademische Weiterbildung erweitert zudem die Entwicklungsoptionen während des Berufslebens. Beides fördert die Attraktivität des Berufs und die Chance, zusätzliche Fachkräfte zu gewinnen.
- Wesentliche Bedeutung hat die **Verbesserung der Arbeitsbedingungen**. In den vergangenen Jahren wurde eine zunehmende Arbeitsverdichtung in pflegerischen Arbeitsfeldern beklagt. Es fällt aus der Perspektive der Beschäftigten zunehmend schwerer, insbesondere die erforderlichen Interaktionsanteile der Arbeit zu leisten (Bräutigam et al. 2014, S. 54). Hier muss zum einen die personelle Ausstattung und damit die Finanzierung verbessert werden, zum anderen bedarf es aber auf betrieblicher Ebene auch einer Organisations- und Personalentwicklung. Zudem muss die Wertschätzung pflegerischer Arbeit und der sie leistenden Menschen ernsthaft erhöht werden.
- **Vergütung.** Ein entscheidender Nachteil der Pflegeberufe ist der deutliche Lohnabstand zu anderen Branchen. Dieser hat sich in der Vergangenheit deutlich verschärft. So konnten Metallfaharbeiter zwischen 1995 und 2010 die tarifliche Einstiegsvergütung um 67,5 % steigern. Bei Erzieherinnen stieg die Einstiegsvergütung im genannten Zeitraum um 37,7 %, in Pflegeberufen dagegen um lediglich rund 20 % (Arbeitnehmerkammer Bremen 2014). Selbst im Vergleich zu

verwandten Berufen fällt der Pflegebereich also zurück. Soll ausreichend Nachwuchs an Fachpersonal gewonnen werden, ist eine deutliche Verbesserung bei der Vergütung ein entscheidender Ansatzpunkt. Hier stellt sich die Frage der Finanzierbarkeit. Eine Anhebung der Fachkräfte-Vergütung um 20 % in Pflegeeinrichtungen würde nach grober Schätzung eine Steigerung der Pflegeversicherungsbeiträge in der Größenordnung von weniger als 0,2 Prozentpunkten erfordern. Zum Vergleich: Die Bundesregierung hat kürzlich eine Erhöhung um 0,5 Prozentpunkte beschlossen, um die Leistungen zu verbessern. Eine solche Anhebung der Vergütung der Pflegefachpersonen, die netto durchschnittlich rund 200 € ausmachen würde, kann somit kaum als unfinanzierbar gelten.²

- **Personal aus dem Ausland.** Das Bemühen um Anwerbung insbesondere von Pflegefachpersonen aus dem Ausland, vor allem aus Europa, teilweise auch aus Asien, hat sich in den letzten Jahren deutlich verstärkt. Zu bedenken und zu beobachten ist hier jeweils landesspezifisch allerdings, ob diese Personen in Deutschland tatsächlich den Ansprüchen an eine Fachkraft genügen können und entsprechend einsetzbar sind. Zudem sind zumindest für Europa auch in anderen Staaten vergleichbare Alterungsprozesse zu beobachten wie in Deutschland, so dass dort oft kein Überfluss an Fachkräften besteht. Auch stellt sich je nach Situation im Herkunftsland die Frage nach der moralischen Vertretbarkeit. Ein „Ausplündern“ der Gesundheitssysteme anderer Staaten zur Deckung des eigenen Bedarfs stellt keinen gangbaren Weg dar. Dennoch kann prinzipiell die Migration von Fachkräften die anderen Bemühungen ergänzen (vgl. Schulz 2012, S. 14–15).

Weitere Felder wie die gezielte Förderung der Höherqualifizierung geeigneter Pflegehilfskräfte zu Fachkräften, die Entlastung von Fachkräften von berufsfremden Aufgaben u. v. a. m. könnten genannt werden. In jedem Fall bedarf es umfassender politischer und gesellschaftlicher Anstrengungen, um mittel- und langfristige eine differenzierte, bedarfsgerechte und den fachlichen Standards entsprechende Pflegeinfrastruktur mit der erforderlichen personellen Ausstattung vorhalten zu können. Die Lage ist nicht hoffnungslos, verlangt aber konsequentes Handeln auf allen genannten Feldern.

Literatur

- ALPHA – ALPHA Rheinland und ALPHA Westfalen (2010): Bestand stationärer Hospize NRW 2009. Eine Befragung der stationären Hospize in NRW.
- Arbeitnehmerkammer Bremen. Bericht zur Lage der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Land Bremen. Bremen 204.
- Augurzyk B. et al. Krankenhaus Rating Report 2011. Essen: RWI 2011.
- Becke G. Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege. Bremen 2013.

² Auf Basis des monatlichen Durchschnittsbruttolohns (ohne Zulagen) einer Altenpflegerin von 2 190 € (www.lohnspiegel.de) bei 274 000 Vollzeitstellen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.

- BMWi – Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie. Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft. Berlin 2012.
- Bomball J. et al. Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten. Bremen 2010.
- Bräutigam C. et al. Arbeitsreport Krankenhaus. Düsseldorf 2014.
- Evangelische Akademie Tutzing. Palliativ- und Hospizversorgung in Deutschland. 2011. Online abrufbar unter http://www.bhvp.de/fileadmin/user_upload/bhvp/pdf/wissen/evangelische%20akademie%20tutzing%202011.pdf (Zugriff: 01.11.2014).
- Hall A. Kranken- und Altenpflege – was ist dran am Mythos vom Ausstiegs- und Sackgassenberuf? BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 2012; 41 (6): 16–19.
- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe/Wüstenrot-Stiftung (Hrsg). Wohnatlas. Rahmenbedingungen der Bundesländer beim Wohnen im Alter. Teil 1: Bestandsanalyse und Praxisbeispiele. Köln 2014.
- Klein B. „Pflege 2015“: Neue Arbeitsanforderungen und zukünftige Qualifizierungsbedarfe. Stuttgart 2008.
- Knüppel J. Zahlen – Daten – Fakten „Pflege“. Berlin: DBfK 2012.
- Kuratorium Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für älterer Menschen Nordrhein-Westfalen e. V. Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für älterer Menschen Nordrhein-Westfalen. Bochum 2011.
- Prognos. Pflegelandschaft 2030. Studie im Auftrag der vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. München 2012.
- Pu Z. Abhängigkeit der Pflegeversicherungsausgaben von der Entwicklung der Pflegewahrscheinlichkeiten. Mannheim 2011.
- Rothgang H. et al. Themenreport „Pflege 2030“. Gütersloh: Bertelsmann 2012.
- RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Faktenbuch Pflege – Die Bedeutung privater Anbieter im Pflegemarkt. Endbericht. Essen: RWI 2011.
- Schulz E. Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegengewirkt werden. Berlin: DIW Wochenbericht 2012 – Den demographischen Wandel gestalten; 51/52: 3–17.
- Simon M. Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat. Hannover 2012.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2001. Bonn 2003.
- Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2009.
- Statistisches Bundesamt. Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden 2010.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2011. Wiesbaden 2013.
- Wolf-Ostermann K. Expertise zur Bewertung des Versorgungssettings ambulant betreuter Wohngemeinschaften unter besonderer Berücksichtigung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Berlin 2012.

9 Die Einbindung der Angehörigen von Pflegebedürftigen

Dagmar Dräger

Abstract

Angehörige stellen in der häuslichen Versorgungsstruktur eine wesentliche Ressource dar. Die Motivation zur Erbringung von Pflegeleistungen zum Wohl des Pflegebedürftigen ist unverändert hoch und wird nur im geringen Maße unter Zuhilfenahme Professioneller erbracht. Der Wechsel ins Heim erfolgt häufig erst, wenn Angehörige an ihre Leistungsgrenzen kommen. Der Übergang ist für den Angehörigen durch einen Rollenwechsel gekennzeichnet. Bei den häufigen Besuchen können neue Belastungsfaktoren und Konflikte auftreten. Angehörige stellen trotz der Versorgungssicherheit im Heim für den Pflegebedürftigen eine wichtige ergänzende Ressource dar, die in Zukunft weiter gefördert werden sollte. Dabei dürfen ökonomische Gesichtspunkte jedoch nicht im Vordergrund stehen.

Relatives are an important resource of home care. The motivation to provide care for elderly relatives remains high, with professional care services playing only a minor role. The move to a nursing home often takes place only when caregiver relatives are no longer able to cope with the situation alone. For relatives, the transition to nursing home care is accompanied by a change in roles. Frequent visits can be the cause of new stress factors and conflicts. Although nursing homes ensure reliable provision of care, relatives are an important resource for residents that should be further promoted in the future. It should be ensured that economic concerns do not take precedence here.

9.1 Das Pflegepotenzial von Angehörigen im häuslichen Versorgungsbereich

9.1.1 Die Bereitschaft zur Pflege in der häuslichen Versorgung

In Deutschland leben derzeit rund 2,5 Mio. pflegebedürftige Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI), die zu 70% in der eigenen Häuslichkeit und zu 30% in Heimen versorgt werden. 1,18 Mio. werden ausschließlich von ihren Angehörigen zu Hause betreut und 576 000 unter Zuhilfenahme von Pflegediensten (StBA 2013). Angehörige stellen damit im Rahmen pflegerischer Versorgungsstrukturen im häuslichen Bereich eine zentrale Ressource dar. Im Gesundheitsmonitor 2013 gab bereits jeder fünfte Befragte an, zu einem früheren Zeitpunkt einen Angehörigen oder eine nahestehende Person gepflegt zu haben bzw. derzeit zu pflegen (Kuhlmeiy et al. 2013). Familienpflege ist zeitlich weniger begrenzt und flexibler als

professionelle Versorgung und zeichnet sich durch Gestaltungsfreiheit und eine soziale Beziehung aus, die von Pflegeanbietern in diesem Maße nicht geleistet werden kann. Die Unterstützung durch Angehörige wird mehrheitlich als ein wesentliches Kriterium für die Realisierung einer häuslichen Versorgung im Fall der Pflegebedürftigkeit angesehen (COMPASS 2010).

Die positive Einstellung zur familialen Fürsorgepflicht ist weiterhin beeindruckend, trotz prognostizierter rückläufiger Ressourcen durch die Zunahme zeitlebens kinderloser Frauen, höherer Scheidungsquoten und einer höheren Erwerbstätigkeit von Frauen. 89% der Befragten des Gesundheitsmonitors 2013 sind der Meinung, „Familienangehörige sollten ihren Beitrag zur Pflege leisten“. Dementsprechend erwarten 64% der Befragten von der Familie und den Verwandten konkrete Hilfe im Alter. Dieser Anspruch wurde bereits im Gesundheitsmonitor 2004 im gleichen Maße (65%) festgestellt (Kuhlmey et al. 2013). Eine zunehmende Akzeptanz professioneller Dienstleister ist erkennbar; diese werden eher unterstützend hinzugezogen und nicht im Sinne einer Vollversorgung eingesetzt. Den Daten des Statistischen Bundesamt entsprechend ist ein Zuwachs von 3,8% zu 2009 zu verzeichnen (StBA 2013). Die Abgabe der Verantwortung an professionelle Pflegeanbieter wird in der Bevölkerung widersprüchlich eingeschätzt und bewertet (Kuhlmey et al. 2013).

Familiäre Pflege wird häufig zunächst vom Partner übernommen, mit zunehmendem Alter der Pflegebedürftigen fühlen sich mehr und mehr die Kinder im Sinne einer „lebenslangen Solidarität“ (Szydlik 2000) für die Versorgung zuständig (BMFSFJ 2002). Pflegebeziehungen entstehen einerseits durch ein plötzliches Ereignis wie akute Krankheit, Unfall oder Verwitwung, andererseits durch den sich langsam verschlechternden Gesundheitszustand des Partners oder Elternteils.

9.1.2 Charakteristik pflegender Angehöriger und ihre Motivation

Pflegepersonen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes „sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen (...) in seiner häuslichen Umgebung (...) wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegen“ (§ 19 SGB XI). Pflegende Angehörige haben häufig selbst bereits ein höheres Lebensalter erreicht, insbesondere 50- bis 79-Jährige werden in die Pflege involviert. Trotz der Zunahme an pflegenden Männern – hier sind es oft die Partner – hat die Angehörigenpflege weiterhin ein weibliches Gesicht. Von 363 Befragten des Gesundheitsmonitors 2013, die angaben, selbst zu pflegen oder gepflegt zu haben, waren 211 Frauen. So übernehmen der Partner oder die Partnerin, die Tochter oder Schwiegertochter in der Regel die Rolle der Hauptpflegeperson, die Mehrzahl unter ihnen ist verheiratet. Pflegende Angehörige sind in der Gruppe der Personen mit einem Hauptschulabschluss häufiger vertreten als in der Gruppe mit (Fach-)Hochschulreife (Kuhlmey et al. 2013).

Mit dem Bildungsabschluss werden implizit auch finanzielle Ressourcen für die Versorgung in der Häuslichkeit angesprochen, die sicherlich in einigen Einkommensgruppen begrenzt sind. In diesem Zusammenhang wird teilweise der materielle Anreiz diskutiert, der mit einer Pflegeübernahme verbunden sein könnte. Die zusätzliche Finanzierung aus dem Pflegegeld als Motiv für die Übernahme der Pflege scheint jedoch eine eher untergeordnete Rolle zu spielen. Einerseits ist der Angehörige nicht selbstverständlich der Empfänger des Pflegegeldes. Andererseits sehen

Angehörige nach Einschätzung von Hausärzten positive Aspekte in der Übernahme der Pflege, die sich insbesondere auf das Wohl des Pflegebedürftigen richten. Dazu gehört, dass der Pflegebedürftige zu Hause bleiben kann (25 %) und nicht in eine stationäre Einrichtung wechseln müsse. Entlastend sei es, um die gute Versorgung des Pflegebedürftigen zu wissen (18 %). Als dritten Aspekt nennen Hausärzte, dass pflegende Angehörige oftmals (14 %) ihren Eltern etwas zurückgeben möchten (Kummer und Budnick et al. 2010; Budnick et al. 2010).

Die Wahrnehmung der Hausärzte deckt sich mit den Aussagen von 5 820 Versicherten der COMPASS-Studie, die u. a. mögliche Gründe für die Entscheidung zur häuslichen Versorgung hinterfragte. Der Wunsch, so eigenständig wie möglich zu leben (81 %) und der Wunsch, auch bei Pflegeabhängigkeit in vertrauter Umgebung leben zu können (77 %), ist für den Großteil der Befragten sehr wichtig. Bei der Entscheidung, im Falle einer Pflegebedürftigkeit zu Hause versorgt zu werden, scheint die Unterstützung durch staatliche Leistungen zumindest hilfreich (42 %) (COMPASS 2010).

9.1.3 Das Leistungsspektrum pflegender Angehöriger

Der Umfang pflegerischer Leistungen durch Angehörige ist sowohl im Hinblick auf die Dauer des Gesamtpflegezeitraums als auch hinsichtlich des täglichen zeitlichen Aufwandes der Hauptpflegeperson häufig sehr groß. Die durchschnittliche Pflegedauer beträgt ca. acht Jahre, 22 % der Betroffenen geben Pflegezeiten über zehn Jahre an. Die Anforderungen sind zu Beginn der Pfl egetätigkeit im Umfang und ihrer Intensität kaum planbar (Meyer 2006; Schneekloth und Wahl 2005). 80 % der pflegenden Angehörigen übernehmen die Betreuung rund um die Uhr und bewältigen damit eine Vollzeitaufgabe. Dabei werden zwischen drei und sechs Stunden täglich reine pflegerische Leistungen erbracht (BMFSFJ 2002). Maßgeblich für den Gesamtumfang ist, ob sich der Hilfe- und Pflegebedarf auf Demenzpatienten richtet, deren Bedarf größer ist als bei Nichtdementen (Gräbel 1998).

Vor dem Hintergrund dieser zeitlichen Präsenz ist verständlich, dass 79,2 % von 202 pflegenden Angehörigen bei einer telefonischen Befragung angaben, sich stark in den häuslichen Pflegealltag eingebunden zu fühlen. Daraus resultiert nicht selten der Wunsch, aus der Situation auszubrechen. Dieser ist bei Frauen und bei jüngeren pflegenden Angehörigen (50–59 Jahre) am stärksten ausgeprägt (Blüher und Dräger et al. 2011). Die Versorgungsanforderungen müssen von ca. der Hälfte der Pflegenden auch in der Nacht erbracht werden. Drei Viertel dieser Pflegenden müssen sogar mehrmals den Nachtschlaf unterbrechen (BMFSFJ 2002). Dementsprechend berichtet fast die Hälfte der pflegenden Angehörigen über einen eher schlechten oder sehr schlechten Schlaf (Blüher und Dräger et al. 2011), verbunden mit weiteren negativen Folgen (Spira et al. 2010).

Die Leistungen, die Angehörige erbringen, sind vielfältig und lassen sich Kategorien der Haushaltsführung, Hilfeleistungen, Pflege oder persönlichen Betreuung zuordnen. Verrichtungen wie Körperpflege, behandlungspflegerische Maßnahmen, Unterstützung beim Essen und Beschäftigung des Pflegebedürftigen werden durch Gespräche, emotionalen Beistand und Zuspruch flankiert, die zwischenmenschliche Nähe vermitteln. Neben diesen täglichen Aufgaben wird bei Bedarf der Einsatz von Hilfspersonal organisiert und Hilfestellung bei der Erledigung von Behör-

dengängen sowie beim Schriftverkehr mit Versicherungen gegeben (BMFSFJ 2002).

Vor dem Hintergrund dieser vielfältigen Pflichten, ist die Situation pflegender Angehöriger dadurch gekennzeichnet, dass mehr als die Hälfte (53,5%) eigenen Interessen selten oder nie mit ruhigem Gewissen nachgehen können. Sie fühlen sich „sehr“ unwohl, wenn sie ab und zu die Pflege anderen übertragen (23,8%). Weibliche Pflegende fühlen sich signifikant stärker zwischen der Pflege und den Anforderungen ihrer Umgebung hin und her gerissen als männliche Angehörige (Blüher und Dräger et al. 2011). Gefangen in Schuldgefühlen und im Anspruch, eine optimale Versorgung zu leisten, sind Frauen weniger dazu in der Lage, Grenzen zu setzen und Aufgaben zu delegieren. Einerseits scheinen pflegende Männer professionelle oder andere nicht familiäre Helfer besser einzubinden, andererseits richten insbesondere Söhne ihre Tätigkeit stärker auf soziale Aufgaben, Beaufsichtigung und das Erledigen von Angelegenheiten als auf körpernahe Pflēgetätigkeiten (BMFSFJ 2002).

9.2 Ressourcen und Risiken der Angehörigen von Pflegebedürftigen

9.2.1 Belastungen und Ressourcen pflegender Angehöriger in der häuslichen Versorgung

Die unterschiedlichen Belastungsfaktoren und das Belastungserleben pflegender Angehöriger sind Thema zahlreicher nationaler und internationaler Studien (z. B. Martinez-Martin et al. 2005; Ausserhofer et al. 2009; Clark und Diamond 2010; Klarić et al. 2010; Blüher und Dräger et al. 2011). Im Mittelpunkt stehen einerseits körperliche Anstrengungen, die mit der Pflegesituation verbunden sind. In einer telefonischen Befragung klagten fast die Hälfte der Pflegenden (43,1%) über fehlende körperliche Kraft für das Ausführen von Pflegehandlungen und mehr als ein Viertel (30,2%) geben an, in ihren Bewegungen durch Beschwerden stark beeinträchtigt zu sein. Weibliche Angehörige sind signifikant stärker von Einschränkungen und Beschwerden betroffen als männliche Pflegende (Blüher und Dräger et al. 2011).

Andererseits wird über zahlreiche psychische Belastungen berichtet. Dazu gehören: soziale Isolation, Eingebundensein, mangelnde Anerkennung, wahrgenommene Undankbarkeit des Pflegebedürftigen, allgemeine Überbelastung und Hilflosigkeit bezüglich des Erkrankungsbildes des Pflegebedürftigen. Aus Sicht von Hausärzten vernachlässigen pflegende Angehörige ihre Gesundheit und sind unfähig, eigene Bedürfnisse im notwendigen Maße wahrzunehmen (Budnick et al. 2010).

Die Belastungen sind dabei keine einmaligen Ereignisse, sondern verstärken sich mit der Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen. Pflegende Angehörige stellen das Wohl des zu Pflegenden über die eigenen Bedürfnisse. Angebote zur eigenen Gesundheitsförderung und Prävention werden von Angehörigen aufgrund verschiedener subjektiv wahrgenommener Barrieren nicht in Anspruch genommen (Dräger und Blüher et al. 2013). Dies hat weitreichende Konsequenzen für ihre physische und psychische Gesundheit. Im Vergleich zur Gesamt-

bevölkerung haben pflegende Angehörige mehr bzw. ausgeprägtere körperliche Erkrankungen. Es wird von Symptomen allgemeiner Erschöpfung, Gliederschmerzen, Magen- und Herzbeschwerden berichtet, ebenso von Erkrankungen wie Bandscheibenschäden, Schilddrüsenerkrankungen und Osteoporose. Von Krankheiten des Herz-Kreislauf- und des Muskel-Skelett-Systems sind 40% aller Pflegenden betroffen (BMFSFJ 2002; Buhse 2008). Vedhara et al. (1999) belegen einen herabgesetzten Immunstatus bei pflegenden Angehörigen.

Im gleichen Maße ist die seelische Gesundheit der Angehörigen gefährdet. Mit der häuslichen Pflege gehen depressive Verstimmungen einher und es besteht ein erhöhtes Risiko für Depressionen (BMFSFJ 2002; Schoenmakers et al. 2009; Spira et al. 2010). Negative Emotionen der Angehörigen nehmen Einfluss auf ihre Befindlichkeit, mit negativer Auswirkung auf Krankheitsverläufe (Chang et al. 2010). Vielfach wird ein erhöhter Medikamentenkonsum im Hinblick auf Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel beobachtet. Auch hier sind es insbesondere Frauen, die durch den Gebrauch von Psychopharmaka gefährdet sind (BMFSFJ 2002).

Diese Befunde legen nahe, dass frühzeitig präventiv eingegriffen werden muss, um den zahlreichen Belastungen zu begegnen. Pflegende Angehörige werden in der Regel erst bei Antragstellung auf Leistungen aus der Pflegeversicherung im System sichtbar. In diesem Zusammenhang ist ein Befund von Blüher und Dräger et al. (2011) bedeutsam, der zeigt, dass zu diesem Zeitpunkt knapp 80% aller pflegenden Angehörigen lediglich über niedrige bis mittlere Ressourcen verfügten. Ein Drittel der Befragten (34,2%) zeigt sogar nur ein geringes Maß an Ressourcen im physischen und im psychischen Bereich. Im Einklang mit den übrigen Ergebnissen verfügen männliche Angehörige eher über mittlere bis hohe Ressourcen, vor allem in physischer Hinsicht (Blüher und Dräger et al. 2011).

Die mit der Pflegeübernahme verbundenen gesundheitlichen Risiken werden vielfach erst im späteren Verlauf der Pflege bewusst, manchmal erst, wenn eine stationäre Versorgung des Pflegebedürftigen unumgänglich wird. Bei Pflegeübernahme schätzen noch 76% der Angehörigen ihren Gesundheitszustand subjektiv sehr gut oder gut ein (ebd.). Dieser Befund lässt vermuten, dass die Übernahme der Pflege auch Positives bewirkt. So sehen Hausärzte folgende positive Aspekte für den pflegende Angehörige in der Pflegesituation: eine Steigerung des Sozialprestiges (16%), die erfahrene Dankbarkeit des Pflegebedürftigen für die geleistete Arbeit (11%), das Gefühl, gebraucht zu werden (9%) und eine Steigerung des Selbstwertgefühls (9%). Einigen (älteren) Pflegenden erscheint es zudem wichtig, eine Aufgabe zu haben (18%) (Kummer und Budnick et al. 2010; Budnick et al. 2010).

9.2.2 Der Übergang zur Institution Heim

Der pflegende Angehörige spielt eine wesentliche Rolle bei der Entscheidung für einen Wechsel von der häuslichen zur institutionellen Versorgung. In der COMPASS-Erhebung geben 67% der Befragten an, dass eine zu große Belastung der pflegenden Angehörigen ein Grund wäre, in ein Pflegeheim zu ziehen. Frauen sind bei dieser Begründung zurückhaltender (57%) als Männer (73%). Ein Drittel der Befragten präferieren zudem bei familiären Konflikten durch die Pflegesituation eine Versorgung im Heim (COMPASS 2010).

Ein weiteres wesentliches Kriterium stellt eine Demenzerkrankung des Pflegebedürftigen dar. Für 60 % aller Befragten wäre im Falle der Verwirrtheit die Pflege im Heim akzeptabel. Diese Haltung spiegelt sich im Krankheitsspektrum von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern wider, etwa 69 % leiden an einem Demenzsyndrom und sind zeitlich und/oder räumlich unzureichend orientiert (Schneekloth und Wahl 2007).

Die stationäre Heimversorgung stellt eine kostenintensive Ressource dar, die erst bei einem hohen Maß an Pflegebedürftigkeit in Erwägung gezogen wird. Kostenüberlegungen spielen insofern eine Rolle, als die Hälfte der Befragten in der COMPASS-Studie angab, einen Heimplatz zu befürworten, wenn die Kosten dafür abgedeckt sind. Dieser Anteil sinkt mit Zunahme des Einkommens. Trotz verschiedener Gründe, die für den Wechsel ins Heim sprechen, bleibt ein Anteil von 7 % der Befragten, für die ein Leben im Heim unter keinen Umständen in Frage kommt. Insbesondere für bereits pflegebedürftige häuslich Betreute (12 %) und Hochaltrige (>90-Jährige) (10 %) stellt dies keine Versorgungsoption dar (COMPASS 2010).

Informationen, die darauf hinweisen, dass etwa ein Drittel der Heimbewohner innerhalb des ersten Jahres nach dem Einzug in das Heim versterben und 22 % innerhalb der ersten sechs Monate, machen die Bedeutung dieser Entscheidungen deutlich (Schneekloth und Wahl 2007).

Der Umzug in ein Pflegeheim ist ein mehrdimensionales krisenhaftes Ereignis, das mit Hilfe der Angehörigen überwunden werden muss. Angehörige müssen den Pflegebedürftigen bei der Bewältigung einer „Orientierungskrise“ in einem neuen Wohnumfeld sowie einer „emotionalen Krise“, verbunden mit Verunsicherung, Angst und Trauer im Hinblick auf das Ende eines Lebensabschnitts, begleiten und stabilisieren. Verlustängste, gerichtet auf die Angehörigen, sind vom Pflegebedürftigen emotional zu verarbeiten und „Beziehungskrisen“ zu Personal und Mitbewohnern zu vermeiden. Der Pflegebedürftige befindet sich in einer „Krise der somatischen Integrität“ und muss sich mit Begrenzungen seiner Kompetenz und Einschränkungen arrangieren (Urlaub 1996). Die Beziehung zwischen Angehörigen bedarf einer Neugestaltung und der Regulierung positiver und/oder negativer Emotionen, die mit dem Übergang ins Heim verbunden sind. Überwiegend wirkt sich der Wechsel ins Heim positiv auf das Verhältnis zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen aus (Engels und Pfeuffer 2007a).

Angehörige stehen im Spannungsfeld zwischen der Krisenbegleitung und der eigenen Rollenveränderung, mit der sie ihre tragende Funktion verlieren. Im Privathaushalt leistet der Angehörige den größten Teil der Versorgung und lässt sich – wenn überhaupt – nur punktuell durch Professionelle unterstützen. In der Institution sind Angehörige von hauswirtschaftlichen und pflegerischen Diensten zunächst prinzipiell entbunden und leisten mehr oder weniger flankierende Hilfen. Der Beitrag des Angehörigen reduziert sich in der Institution Heim möglicherweise auf die ergänzende soziale Betreuung (ebd.). In der Umkehr der Verantwortlichkeit für diese Basisleistungen und einer Verschiebung der Entscheidungsmacht liegt der grundlegende Unterschied in der Versorgung des Pflegebedürftigen durch Professionelle und Angehörige in den beiden unterschiedlichen Versorgungsstrukturen.

Nicht nur der Pflegebedürftige muss den Übergang ins Heim als krisenhaftes Ereignis verarbeiten, auch der Angehörige muss einen Weg finden, mit seinem schlechten Gewissen umzugehen, da er (mit)entschieden hat, dass die Mutter, der

Vater, der Partner oder die Partnerin ins Heim soll. Mit der unbewussten Suche nach positiven Aspekten in der neuen Lebenssituation des Pflegebedürftigen wird die eigene Entscheidung als richtig bestätigt und das Wohlbefinden des Angehörigen verbessert. Erstmals fließen damit eigene Bedürfnisse in die Bewertung der Situation ein, die nicht nur auf die Anliegen des Pflegebedürftigen gerichtet sind (Brandenburger et al. 2014).

9.2.3 Belastungen und Konflikte in der Institution Heim

Der Wechsel in die Institution Heim beinhaltet einerseits für den Angehörigen eine Erleichterung in bestimmten Versorgungsbereichen, andererseits können neue Belastungen und Konflikte entstehen. Der Fokus ist weiter auf das Wohl und die allgemeine Lebenszufriedenheit des Pflegebedürftigen gerichtet und wird von den Angehörigen etwas negativer bewertet als von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtungen. Das Miteinander von Professionellen und Angehörigen in der Sorge um das Wohlergehen des Pflegebedürftigen beinhaltet Konfliktpotenzial, das sich aus den verschiedenen Blickrichtungen unterschiedlich darstellen kann. 39% der befragten Angehörigen in der Studie Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) berichten über Konflikte, wobei 30% einen eher harmlosen Charakter aufweisen und 9% ernsthafter Natur waren. Ursächlich für diese Differenzen waren insbesondere die Qualität der Pflege und das Verhalten der Mitarbeiter. Seltener war die Qualität der sozialen Betreuung, des Essens, der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie das Verhalten anderer Bewohner Ursache für Auseinandersetzungen (Engels und Pfeuffer 2007a).

Auf der anderen Seite werden Angehörige von Mitarbeiter nicht immer als hilfreich wahrgenommen, sondern zum Teil als störend bei den eigenen Routineabläufen. Die nach dem Übergang in die Institution häufig noch unklare Abgrenzung der Kompetenzen zwischen Professionellen und Angehörigen impliziert einen hohen Abstimmungsbedarf (ebd).

Mitarbeiter sehen jedoch auch Grenzen bei der Mitwirkung von Angehörigen bei der Pflege. Sie nehmen bei den Angehörigen fehlendes Verständnis für die Situation, Hilflosigkeit und Überforderung wahr und beurteilen deren Pflegekompetenz als laienhaft. Angehörigen wird eine eingeschränkte Beurteilungskompetenz zugeschrieben, einerseits aufgrund unzureichenden medizinischen Wissens, andererseits auch aufgrund der Unfähigkeit, die Krankheiten sowie den körperlichen und geistigen Abbau des Pflegebedürftigen zu akzeptieren. Eine starke emotionale Bindung verhindert aus Sicht der Mitarbeiter, dass Angehörige ein ausgewogenes Verhältnis von Nähe und Distanz entwickeln, loslassen können und lernen, der Betreuung durch die Professionellen zu vertrauen. Langjährige unverarbeitete Rollenkonflikte und die Überforderung durch Schuldgefühle erschweren das Miteinander.

Manche Mitarbeiter haben das Gefühl, dass Kritik am Personal und überzogene Erwartungen der Angehörigen der Kompensation des eigenen schlechten Gewissens dienen. Als problematisch werden Angehörige wahrgenommen, die sich lediglich als Interessenvertretung des Pflegebedürftigen und als Kontrolleur des Personals darstellen (Engels und Pfeuffer 2007b). Von einem großen Teil der Mitarbeiter wird jedoch auch wahrgenommen, dass die Angehörigen möglicherweise selbst Hilfe benötigen (Urlaub 1996).

Angehörige werden in der Institution Heim mit neuen Belastungen konfrontiert. Die in der MuG-IV-Studie befragten Angehörigen leiden darunter, dass das Personal (31 %), aber auch sie selber (37 %) zu wenig Zeit haben. Gleichermäßen schwer zu ertragen sind die Auseinandersetzung mit Leiden und Sterben sowie die Lage demenziell erkrankter Menschen. Die Versorgung des Pflegebedürftigen in der Institution Pflegeheim schützt den Angehörigen nicht davor, an seine Grenzen zu kommen und mit seinen Kräften am Ende zu sein. Der Entlastungseffekt nach dem Übergang in die Institution Heim fällt häufig nicht so stark aus wie erhofft. Die Belastung der Angehörigen entfällt nicht vollständig, auch wenn diese in der häuslichen Pflege in der Regel höher war als in der stationären Versorgung (Reggentin 2005).

Die Stressbelastungen von Angehörigen wurden in einigen amerikanischen Studien untersucht. Ein hoher Grad an Einbeziehung in die regelmäßige direkte Pflege führt zur Unzufriedenheit und wurde als Stressfaktor identifiziert (Tornatore und Grant 2002; Levy-Storms und Miller-Martinez 2005). Zu einer erhöhten Stressbelastung kommt es zudem, wenn Angehörige ein geringes Vertrauen in die Versorgungsqualität der Institution haben. Keinen Einfluss auf das Belastungsempfinden hat hingegen die Dauer des Heimaufenthaltes. Besser vorbereitet sind Angehörige mit einem hohen Maß an Erfahrung: Je länger die häusliche Pflege dauerte, desto geringer war die Belastung der Angehörigen in der Institution Heim (Tornatore und Grant 2002).

9.3 Angehörige und ihre Rolle bei der Versorgung in der Institution Heim

9.3.1 Das Leistungsspektrum Angehöriger in der Institution Heim

Ein Großteil der Angehörigen nimmt in der Institution Heim eine aktive Rolle wahr, die durch ihre häufige Anwesenheit gekennzeichnet ist – ein Drittel kommt täglich, 62 % ein- oder mehrmals pro Woche. Insbesondere die Ehepartner (90 %) suchen den täglichen Kontakt, aber auch 70 % der Kinder besuchen ihre Mutter oder ihren Vater ein- bis mehrmals pro Woche. Der Aufenthalt der Ehepartner im Heim dauert durchschnittlich dreieinhalb Stunden, Besuche der Kinder ca. zwei Stunden (Engels und Pfeuffer 2007a).

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heime sehen trotz wahrgenommener Grenzen bei der Mitwirkung wesentliche Stärken beim Angehörigen. Dazu gehört die persönliche Beziehung, gekennzeichnet durch eine emotionale Bindung sowie Vertrauen und emotionale Wärme, die Wohlbefinden, Rückhalt und innere Ruhe vermittelt. Angehörige können zudem mit ihren biografischen Kenntnissen ein Bindeglied zwischen der alten und neuen Lebenswelt des Pflegebedürftigen bilden. Die Mitarbeiter erhalten Informationen, die Gewohnheiten, Vorlieben, Abneigungen und Ängste der Pflegebedürftigen besser verstehbar machen. Darüber hinaus sehen Mitarbeiter aufgrund der höheren zeitlichen Kapazitäten der Angehörigen, ihres hohen Engagements und ihrer guten Pflegekenntnisse zahlreiche Möglichkeiten der Mitwirkung. Diese werden jedoch stärker im Bereich flankierender Unterstützung

gesehen als in der Übernahme der Pflege, die zum Teil sogar explizit ausgeschlossen wird (Engels und Pfeuffer 2007b). In dieser Einschätzung scheinen die Bedürfnisse von Mitarbeiter und Angehörigen weitgehend kongruent. Nur 10 % der Angehörigen bringen sich regelmäßig aktiv in die Pflege ein, 33 % der Befragten ab und zu (Engels und Pfeuffer 2007a). Die geringere Beteiligung an der Körperpflege und eine Schwerpunktsetzung auf soziale Betreuung und Hilfestellung bestätigen auch andere Studien (Gsottschneider et al. 2006).

Die Möglichkeit einer psychosozialen Betreuung wie Unterhaltungen und Vorlesen nutzen fast alle Angehörigen. Ebenso häufig übernehmen sie die Regelung finanzieller Angelegenheiten (96 %) und erledigen sehr oft kleinere Besorgungen (84 %). Angehörige helfen zudem, den Kontakt zu anderen Bewohnern aufzubauen (59 %) (Engels und Pfeuffer 2007a). Als typische Hilfestellung ermittelt die MuG-IV-Studie zudem Hilfen bei Gedächtnis- und Orientierungstraining, Geh- und Bewegungsübungen, das Ordnen der Wäsche sowie Hilfen beim Essen, die von jedem zweiten befragten Angehörigen übernommen werden. Regelmäßig werden diese Leistungen jedoch von maximal einem Viertel der Angehörigen erbracht. Insgesamt wird der Institution und den Mitarbeitern von etwas mehr als der Hälfte der Angehörigen großes Vertrauen im Hinblick auf die Versorgungsqualität entgegengebracht, während jeder fünfte Angehörige es vorzieht, die Qualität zu kontrollieren (Engels und Pfeuffer 2007a).

Bereits in der MuG-Studie II wurden vier verschiedene Typen von Angehörigen ermittelt: aktiv Pflegenden (Typ A), psychosozial stabilisierende (Typ B), flankierend Helfende (Typ C) und Distanzierte, Delegierende (Typ D) (Urlaub 1996). Trotz einer gestiegenen Zahl an Heimen, die Konzepte zur Angehörigenarbeit mit dem Ziel einer verstärkten Angehörigenintegration anwenden, hat sich an der Verteilung der verschiedenen Typen nichts geändert. Aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gehören gut ein Zehntel der Angehörigen zum Typ A, in der Mehrheit (85 %) Frauen, ein knappes Drittel zu Typ B und C und ein Viertel der Angehörigen zu Typ D. Engels und Pfeuffer (2007) schließen daraus, dass viele Angehörige nicht bereit oder in der Lage sind, sich in noch stärkerem Maße einzubringen. In bestimmten Phasen wie Einzug, Übergang, bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes und beim Sterbeprozess des Pflegebedürftigen intensiviert sich die Zusammenarbeit von Angehörigen und Mitarbeitern (Urlaub 1996).

Ein Teil der Pflegebedürftigen ist u. a. aufgrund einer demenziellen Erkrankung nicht mehr in der Lage, eigene Angelegenheiten in allen Lebensbereichen zu regeln und benötigt nach § 1896 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in den betroffenen Teilbereichen einen gesetzlichen Vertreter im Sinne eines Betreuers. Einen solchen Betreuer benötigen 54 % der Bewohner; diese Funktion wird in der Regel von den Angehörigen übernommen (Engels und Pfeuffer 2007a).

Alle Leistungen, die Angehörigen erbringen, werden wie auch im häuslichen Bereich von 97 % der Befragten als selbstverständlich bezeichnet und sind auf das Befinden des Pflegebedürftigen (85 %) gerichtet. Angehörige erhoffen sich davon, dass der Pflegebedürftige weniger einsam (78 %) und aktiver (59 %) ist und sich besser zurechtfindet (50 %). Letztendlich erhoffen sich 59 % aller Befragten eine Verbesserung der Versorgung auch dadurch, dass Mitarbeiter entlastet werden (30 %). Jeder Vierte möchte sich ganz allgemein engagieren und einbringen. Eine Möglichkeit der Mitwirkung stellt das Engagement im Heimbeirat und als Heimfür-

sprecher dar. Hier richtet sich die Interessenvertretung gegenüber Mitarbeitern und der Heimleitung nicht nur auf den eigenen Verwandten, sondern dient allen Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtung (ebd.).

9.3.2 Förderung der Angehörigenressource in der Institution Heim

Eine institutionell verankerte Einbeziehung von Angehörigen, die in definierten schriftlichen Konzepten zur Angehörigenarbeit niedergelegt ist, findet sich in 46 % der Einrichtungen, die in der MuG-IV-Studie untersucht wurden. 36 % der Häuser konnten inzwischen feste Angehörigengruppen etablieren (Engels und Pfeuffer 2007a). Diese Ergebnisse stellen einen deutlichen Fortschritt zu der elf Jahre zuvor durchgeführten MuG-II-Studie dar, in der lediglich drei Einrichtungen über ein schriftlich ausgearbeitetes Konzept zur Angehörigenarbeit verfügten, das eine systematische Strukturierung der Kooperationsformen zwischen Angehörigen und der Institution festlegt (Urlaub 1996). Dies schließt zwar nicht aus, dass auch die übrigen Einrichtungen, Wohnbereiche oder einzelne Mitarbeiter in ihrer praktischen Arbeit informelle Strukturen der Angehörigenarbeit aufgebaut haben, lässt aber trotzdem auf nicht genutzte Potenziale in der Unterstützung durch Angehörige schließen.

Folgerichtig ist eine der wesentlichen Empfehlungen des MuG-IV-Berichtes, die Kontakte zu Angehörigen zu fördern. Als wichtiges Element einer guten Angehörigenarbeit wird das Vorhandensein eines festen Ansprechpartners erachtet. Angehörige bedürfen kontinuierlicher Begleitung von geschulten Mitarbeitern, die sie auch in krisenhaften Situationen wie der Eingewöhnungsphase oder in der Sterbephase des Pflegebedürftigen emotional stützen (Engels und Pfeuffer 2007a). Mögliche Angebote hierzu sind Vorbereitungsprogramme bei Heimeintritt, Übernachtungsmöglichkeiten in Krisensituationen und Krisenangebote in Form von Gesprächskreisen und Selbsthilfegruppen (Urlaub 1996).

Ein besseres Verständnis für die Rahmenbedingungen, denen das Handeln des Personals unterliegt, kann nur über eine Einbeziehung der Angehörigen in das Alltagsleben erfolgen. Die Bearbeitung von Konflikten muss selbstverständlicher werden (Engels und Pfeuffer 2007a). Angehörige und Mitarbeiter können eine Partnerschaft entwickeln, in der die jeweiligen Kompetenzen (z. B. professionelle Pflege, medizinisches Wissen) und Kenntnisse (z. B. Biographie und Interaktionsstil des Pflegebedürftigen) eingebracht werden. Im Sinne der Pflegebedürftigen können Pflegepläne und Therapieziele in gegenseitiger Absprache festgeschrieben und bei Bedarf modifiziert werden. 29 % der Angehörigen wären bereit, bei der Erstellung einer Pflegeplanung mitzuwirken und 37 % würden sich an der Pflegevisite beteiligen (Urlaub 1996).

Eine Mitwirkung im Heimbeirat kann eine Chance bedeuten, aktiv an der Veränderung von Strukturen mitzuwirken, die für alle Bewohner von Nutzen ist. Die Verpflichtung, die damit verbunden ist, lässt jedoch viele Angehörige davon Abstand nehmen (Engels und Pfeuffer 2007a).

Kontrovers diskutiert werden Empfehlungen verschiedener Autoren, die mit dem Hinweis auf begrenzte ökonomische Ressourcen bei steigendem Pflegebedarf einen „neuen Wohlfahrtsmix“ fordern und durch Aufgabenverlagerung sowie durch partielle Mitarbeit Nicht-Professioneller eine Kostenreduktion herbeiführen wollen

(Klie et al. 2006). Sie sehen in der systematischen Einbeziehung von Angehörigen die Chance, „die Landschaft pflegerischer Infrastruktur zu verändern“ (Klie und Blaumeiser 2002, S. 150).

Konkrete Vorschläge dazu werden unter ökonomischen Interessen von Trägern der Sozialhilfe formuliert. Diese sind darauf gerichtet, durch die Einbeziehung von Angehörigen Abstand vom „Vollversorgungsdenken“ im stationären Bereich zu nehmen. Angehörigen soll die Möglichkeit eröffnet werden, einen Teil der Angebote einer Einrichtung im Heimvertrag auszuschließen und selbst zu leisten (Finke und Bohn 2006).

Dieses Potenzial scheint jedoch begrenzt. Nach Aussage der Angehörigen sind lediglich 17% zu einer verstärkten Mitwirkung in der unmittelbaren Pflege bereit, ein größerer Teil möchte hierfür *nicht mehr* verantwortlich sein oder fühlt sich dazu *nicht mehr* in der Lage (Urlaub 1996).

Hier entsteht ein neues Spannungsfeld zwischen dem Ideal der „Fortführung der Familienpflege unter veränderten Bedingungen“ (Urlaub 1996, S. 149) mit dem Ziel der individualisierten Pflege in den stationären Einrichtungen und der Forderung nach verstärkter Angehörigenbeteiligung unter ökonomischen Gesichtspunkten.

Literatur

- Ausserhofer D, Mantovan F, Innerhofer E, Götsch I, Ploner E, Them C. The burdens of parents caring for their children and adolescents with severe disabilities in South Tyrol. *Pflege* 2009; 22: 184–92.
- Blüher S*, Dräger D*, Budnick A, Seither C, Kummer K. Möglichkeiten und Grenzen der Erfassung von gesundheitlichen Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger. *Heilberufe Science* 2011; 2 (4): 119–27. *contributed equally
- BMFSFJ. Familiäre Ressourcen zur häuslichen Pflege Hochaltriger In: Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. 2002; 193–206.
- Brandenburger H, Adam-Pfaffrath R, Güther H. Lebensqualität von Bewohnerinnen einer Pflegeoase aus der Sicht von Pflegenden und Angehörigen – qualitative Befunde einer Evaluationsstudie. *Pflege* 2014; 27 (2): 69–80.
- Budnick A, Kummer K, Kuhlmeier A, Blüher S, Dräger D. Pflegende Angehörige im Fokus. *Der Hausarzt* 2010; 6 (11): 18–9.
- Buhse M. Assessment of caregiver burden in families of persons with multiple sclerosis. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses* 2008; 40 (1): 25–31.
- Chang H-Y, Chiou C-J, Chen N-S. Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010; 50: 267–71.
- Clark MC, Diamond PM. Depression in family caregivers of elders: a theoretical model of caregiver burden, sociotropy, and autonomy. *Research in Nursing & Health* 2010; 33: 20–34.
- COMPASS – „Private Pflegeberatung“. Studie zu Erwartungen und Wünschen der PPV-Versicherten an eine qualitativ gute Pflege und an die Absicherung bei Pflegebedarf – COMPASS-Versichertenbefragung. www.compasspflegeberatung.de/tl_files/compass/Redaktion/Pdf's/COMPASS-Versichertenbefragung-Ergebnisband.pdf (2010).

- Dräger D*, Blüher S*, Kummer K, Budnick A. Subjektive Barrieren der Nutzung von Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige. *Pflege & Gesellschaft* 2013; 18 (1): 50–64. *contributed equally
- Engels D, Pfeuffer F. Die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen in die Pflege und Betreuung in Einrichtungen. In: Schneekloth U, Wahl HW. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“. Abschlussbericht. München 2007a; 233–64.
- Engels D, Pfeuffer F. Die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen in die Pflege und Betreuung in Einrichtungen. Forschungsbericht des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e. V. (ISG). Köln 2007b.
- Finke B, Bohn E. Die Sozialhilfeträger und die pflegerische Versorgung Steuerung des Finanzaufwandes angesichts der Sparabsichten, der wachsenden Nachfrage und des Wettbewerbs. Vortrag BFS. Köln, Februar 2006 (www.bagues.de).
- Gräfel, E. (1998): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 31 (1): 57–62.
- Gsottschneider A, Baumann U, Messer R. Integration von Angehörigen in Seniorenheime. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*. 2006; 19 (3): 161–77.
- Klarić M, Francisković T, Pernar M, Nembić Moro I, Milićević R, Cerni Obrdalj E et al. Caregiver burden and burnout in partners of war veterans with post-traumatic stress disorder. *Collegium antropologicum* 2010; 34 (Supplement 1): 15–21.
- Klie T, Blaumeiser. Perspektive Pflegemix. In: Klie T, Buhl A, Entzian H, Schmidt R. Das Pflegegewesen und die Pflegebedürftigen. Frankfurt 2002; 132–52.
- Klie T, Steiner I, Pfundstein T. Angebot eines Welfare Mix. In: Bertelsmann Stiftung. Neues Altern in der Stadt – Handlungskonzepte. Gütersloh 2006; 81.
- Kuhlmeiy A, Suhr R, Blüher S, Dräger D. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit: Pflegeerfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen dem 18. und 79. Lebensjahr. In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg). *Gesundheitsmonitor 2013*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2013; 11–38.
- Kuhlmeiy A, Dräger D, Winter M, Beikirch E. COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. DZA-Informationdienst Altersfragen. 2010; 37 (4): 4–11.
- Kummer K*, Budnick A*, Blüher S, Dräger D. Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. Ressourcen und Risiken – Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2010; 5 (2): 89–94. *contributed equally
- Levy-Storms L, Miller-Martinez D. Family Caregiver Involvement and Satisfaction With Institutional Care During the 1st Year After Admission. *The Journal of Applied Gerontology* 2005; 24 (2): 160–74.
- Martinez-Martin P, Benito-Leo J, Alonso F, Catalan MJ, Pondal M, Zamarbide I. Quality of life of caregivers in Parkinson's disease. *Quality of Life Research* 2005; 14: 463–72.
- Meyer M. *Pflegende Angehörige in Deutschland. Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen*. Hamburg: LIT Verlag 2006.
- Reggentin H. Belastungen von Angehörigen dementiell Erkrankter in Wohngruppen im Vergleich zu häuslicher und stationärer Versorgung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2005; 38 (2): 101–7.
- Schneekloth U, Wahl HW. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“. Abschlussbericht. München 2007.
- Schneekloth U, Wahl HW. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MUG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangement, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005.
- Schoenmakers B, Buntinx F, De Lepeleire J. The relation between care giving and the mental health of caregivers of demented relatives: a cross-sectional study. *The European Journal of General Practice* 2009; 15: 99–106.

- Spira AP, Friedman L, Beaudreau SA, Ancoli-Israel S, Hernandez B, Sheikh J et al. Sleep and physical functioning in family caregivers of older adults with memory impairment. *International Psychogeriatrics* 2010; 22: 306–11.
- StBA Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Wiesbaden 2013.
- Szydlak M. Lebenslange Solidarität? Generationenbeziehungen zwischen erwachsenen Kindern und ihren Eltern. Opladen: Leske & Budrich 2000.
- Tornatore JB, Grant LA. Burden among family care givers of persons with Alzheimer's disease in nursing homes. *The Gerontologist* 2002; 42 (4): 497–506.
- Urlaub KH. Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen. Abschlussbericht des Institutes für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e. V. (ISG). Köln 1996.
- Vedhara K, Coc NKM, Wilcock GK, Perks P, Hunt M, Anderson S et al. Chronic stress in elderly carers of dementia patients and antibody response to influenza vaccination. *The Lancet* 1999; 353: 627–31.

This page intentionally left blank

10 Soziale Teilhabe pflegebedürftiger älterer Menschen in innovativen stationären Wohnformen

Susanne Kümpers und Birgit Wolter

Abstract

Soziale Teilhabe im Alter – verstanden als Teilhabe und Mitgestaltung im Alltag gemeinsam mit anderen Menschen – ist hoch relevant für die Aufrechterhaltung von Alltagskompetenz, psychischer und physischer Gesundheit sowie für die Prävention von Einsamkeit. Altenpflege im Rahmen der Pflegeversicherung im derzeitigen Zuschnitt kann oft nur wenig zur Aufrechterhaltung von sozialer Teilhabe beitragen. Pflegeeinrichtungen sind häufig innerhalb des sie umgebenden Quartiers isoliert. Ambulant wie stationär ist daher das Risiko für fehlende soziale Teilhabe bei pflegebedürftigen Menschen in Deutschland hoch. Innovative Pflege-Wohnformen beanspruchen ein umfassenderes Verständnis von Lebensqualität als herkömmliche Pflegeheime. Der Beitrag beschreibt das Konzept der sozialen Teilhabe und stellt den Zusammenhang zwischen Teilhabe, Gesundheit und Lebensqualität im Alter dar. Im Anschluss werden die Möglichkeiten (und Grenzen) der Förderung von sozialer Teilhabe in innovativen Pflege-Wohnformen diskutiert und mit Praxisbeispielen illustriert.

Social participation in old age – understood as participation and involvement in everyday life with other people – is highly relevant for the maintenance of daily living skills, mental and physical health and the prevention of loneliness. Care for the elderly, as delivered within the framework of German long-term care insurance, often does little to support elderly people's continued social participation. Care facilities are frequently isolated within neighbourhoods. Therefore, the social participation needs of elderly people requiring care are frequently unmet, whether they receive long-term care at home or in a nursing home. Innovative residential forms of long-term care stress a more comprehensive understanding of quality of life than conventional nursing homes. This paper introduces the concept of social participation and describes the links between participation, health and quality of life in old age. Additionally, the opportunities and limitations in promoting social participation in innovative residential forms of elderly care are discussed and illustrated with practical examples.

10.1 Einleitung

Traditionelle stationäre Pflege alter Menschen war häufig mit negativen Vorstellungen wie dem Verlust von Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe assoziiert und u. a. deshalb mit Begriffen wie „last resort“ disqualifiziert (Oldman und Quilgars 1999). Von innovativen stationären Wohnformen wird erwartet, dass die jeweils vorhandenen Chancen gesundheitsbezogener Lebensqualität unterstützt und aufrechterhalten werden; dazu gehört zentral soziale Teilhabe. Der vorliegende Artikel lotet zunächst die Bedeutungen des Konzepts sozialer Teilhabe allgemein sowie für pflegebedürftige Ältere und deren gesundheitsbezogene Lebensqualität im Besonderen aus und exploriert dann die Konzeptionen und Potenziale exemplarischer innovativer Wohnformen für die Unterstützung sozialer Teilhabe. Allerdings scheinen innovative Konzepte in der Umsetzung in Deutschland noch selten und gesicherte Evaluationen sind kaum auffindbar.

10.2 Soziale Teilhabe angesichts von Alter und Pflegebedürftigkeit

Soziale Teilhabe wird in unterschiedlichen Kontexten und für unterschiedliche Gruppen zum Thema gemacht, besonders dann, wenn sie bedroht erscheint. Sie wird unterschiedlich (weit) gefasst, je nach Kontext und vermutetem oder festgestelltem Defizit:

Als „participation or involvement of people in all areas of life, and the participation restrictions they experience (functioning of a person as a member of society)“ bildet „Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]“ eine der vier Kerndimensionen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (WHO und DIMDI 2005). Dieser Dimension sind neun Bereiche zugeordnet: Lernen und Wissensanwendung, Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Häusliches Leben, Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben. Der ICF folgt einem Grundverständnis, das „Behinderung“ in Wechselwirkung zwischen individuellen Einschränkungen von Funktionsfähigkeit und relevanten gesellschaftlich gestalteten Kontextfaktoren konzeptualisiert.

Im Hinblick auf Menschen mit Migrationshintergrund wird soziale Teilhabe mit einem Fokus auf „einer gleichberechtigten Einbeziehung von Individuen und Organisationen in gesellschaftliche Entscheidungs- und Willensbildungsprozesse“ eingeführt (Beirat der Integrationsbeauftragten 2013). Als „Dazugehören, beteiligt sein, mitarbeiten, gefragt werden, Anteil nehmen, mit von der Partie sein“ umschreibt die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR 2012) die Dimensionen von Teilhabe für Menschen in Rehabilitationsprozessen.

Spezifisch für ältere Menschen haben Levasseur et al. (2010) die in der englischsprachigen gerontologischen Literatur verwendeten Dimensionen sozialer Teilhabe (social participation) erhoben und in eine Stufenordnung zunehmender Komplexität, Intensität und Reichweite gebracht; das Konzept signalisiert allerdings eine – charakteristische? – vergleichsweise eingeschränkte Perspektive auf

die soziale Teilhabe älterer Menschen, mit einem Fokus auf Dabeisein, Teilnehmen können.¹ Mitgestaltung und Mitentscheidung werden nicht explizit thematisiert, was kaum auf ein emanzipatorisches Altersbild hinweist:

1. Aktivitäten zur Vorbereitung auf Beziehungsaufnahme (Informationsbeschaffung); (alleine)
2. Unter Menschen sein (alleine)
3. Sozialer Kontakt, Interaktion ohne bestimmtes Ziel
4. Mit anderen etwas tun, kooperieren auf ein bestimmtes Ziel hin
5. Anderen helfen
6. Einen Beitrag für die Gesellschaft/Gemeinschaft leisten.

Allenspach (2014) fügt – mit einem Fokus auf „fragile und pflegedürftige alte Menschen“ – zwischen der fünften und sechsten eine zusätzliche Dimension ein: „Sich von anderen helfen lassen“; in der Stufenfolge weit oben angesiedelt, weil sich helfen zu lassen „ein hohes Maß an Involvierung mit anderen Personen und Aktivität bedeutet und für Personen der Zielgruppe eine wichtige Form gesellschaftlicher Teilhabe darstellen kann.“ (Allenspach 2014, S. 2) Diese Beschreibung wird allerdings kaum für die alltäglichen Situationen der „Minutenpflege“ unter Zeitdruck regelhaft zutreffen, die ja gerade die Beziehungsaspekte des Pflegens tendenziell vernachlässigen muss, um funktionieren zu können.

10.3 Soziale Teilhabe und Pflege

In einem ganzheitlichen Verständnis von Pflege – und im Unterschied zu der Konzeption von Pflege, die derzeit noch in Deutschland durch die soziale Pflegeversicherung konzeptualisiert und strukturiert ist – scheint soziale Teilhabe ganz selbstverständlich enthalten:

„Pflegen ist eine helfende und unterstützende Tat, die primär darin besteht, dem Pflegebedürftigen bei seinen alltäglichen Aufgaben, die ein Erwachsener innerhalb seiner Kultargesellschaft normalerweise selbstständig und unabhängig und in einer kompetenten Weise erfüllen kann, beizustehen. Vermindert eine Krankheit die Kraft oder den Willen des Menschen, seine individuellen physischen, emotionalen, intellektuellen, spirituellen und sozialen Bedürfnisse zu befriedigen, oder hat er nicht das notwendige Wissen dazu, ist es die Aufgabe der Pflege, ihm in entsprechender Weise beizustehen, z. B. ihm zu helfen beim [...] **sich Verständigen und andere Menschen verstehen, der Aufrechterhaltung seiner menschlichen Beziehungen oder deren Wiederherstellung, dem Erhalten von Eindrücken um aktiv zu bleiben, arbeiten zu können, sich zu entspannen und zu erholen, auch bei der Ausübung seiner religiösen Neigungen, beim Lernen und Entdecken, bei der Wahrung seiner sozialen**

¹ Im Folgenden werden die deutschen Übersetzungen der Dimensionen von Allenspach (2014) übernommen.

Rolle und seiner Verpflichtung gegenüber seiner Familie, Freunden und der Gemeinschaft.“ (Schröck 1998, 84f., Hervorhebungen zugefügt)

Eine solche Konzeption von Pflege beschreibt soziale Teilhabe als integralen Bestandteil des Lebens pflegebedürftiger älterer Menschen, anstatt die Abwesenheit sozialer Teilhabe als bedauerlich, aber unvermeidlich angesichts von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit hinzunehmen.

Tatsächlich ist seit der Einführung der Pflegeversicherung zumindest in Deutschland wenig zur Frage sozialer Teilhabe bei Pflegebedürftigkeit geforscht und publiziert worden. Das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) stellt „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ (SGB IX, § 1) als oberstes Ziel in den Vordergrund, schränkt seine Gültigkeit aber im Hinblick auf ältere Menschen ein, indem es nur solche Einschränkungen einschließt, die „von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen“ (SGB IX, § 2). Im SGB XI ist von Teilhabe nicht direkt die Rede; in den vorangestellten Allgemeinen Vorschriften ist von Selbstbestimmung die Rede (SGB XI, § 2). In der Durchführung wird allerdings die Selbstbestimmung pflegebedürftiger Älterer häufig missachtet, schon weil die verrichtungs- und zeitbezogenen Durchführungsbestimmungen als Operationalisierung des bisher gültigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine Orientierung an den Bedürfnissen Älterer kaum zulassen. Durch die derzeitige Ausgestaltung der Pflege werden relevante Chancen für präventive und rehabilitative Weichenstellungen vergeben – weil zum einen mit der derzeitigen sozialgesetzgeberischen Verortung keine Anreize für Prävention und Rehabilitation gegeben sind (Klie 2010) und weil zum anderen der bisherige enge Verrichtungsbezug die – gesundheitsrelevante (s. u.) – Unterstützung sozialer Teilhabe nicht zulässt.

In jüngster Zeit hat die Debatte auf fachpolitischer Ebene allerdings wieder Fahrt aufgenommen: zum einen schickt die Politik den „neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff“, der das Verständnis von Pflege vom Verrichtungskonzept zu einer umfassenderen Konzeption von Einschränkung und Unterstützung verändert, nach Jahren der Verzögerung zumindest in eine Erprobungsphase (Bundesministerium für Gesundheit 2014). Zum anderen wird in relevanten gesellschaftlichen Organisationen (Bosch-Stiftung, Bertelsmann-Stiftung) zusammen mit WissenschaftlerInnen intensiv über grundsätzliche Umstrukturierungen des Pflegesystems nachgedacht – unter Einbezug des Teilhabebegriffs, wie er im ICF entwickelt wurde, und der Perspektive, die Steuerungs- und Gestaltungscompetenz für die Pflege zumindest teilweise auf die kommunale Ebene zurück zu verlagern (Hoberg et al. 2013; Mohn et al. 2014). Eine Umsetzung solcher Überlegungen würde bedeuten, den unterschiedlichen Umgang mit Funktionseinschränkungen im SGB IX und im SGB XI tendenziell aufzugeben. Zudem könnten u. a. durch Ansätze wie dem Quartiersmanagement Möglichkeiten der Bürgerbeteiligung gestärkt und eine Pflege mit sozialräumlichem Bezug ermöglicht werden. Individuelle Lösungen könnten lebensweltbezogen und personenorientiert erarbeitet werden. Im Quartiersbezug ambulanter wie stationärer Pflege kann zumindest eine Voraussetzung für die Unterstützung sozialer Teilhabe, wenn auch nicht ihre Garantie gesehen werden.

10.4 Soziale Teilhabe, soziale Exklusion und Gesundheit älterer Menschen

Warum der Fokus auf soziale Teilhabe im Alter und angesichts von Pflegebedürftigkeit? Zum einen bezieht sich der Inhalt von Selbstbestimmung, also die Wünsche älterer Pflegebedürftiger, häufig auf soziale Teilhabe, also darauf, sich so weit wie möglich im öffentlichen Raum zu bewegen *und* soziale und kulturelle Kontakte und Angebote zu realisieren – und insofern über die Gestaltung des eigenen Lebens verfügen zu können (Falk 2012, Heusinger 2012). Zum anderen wirkt sich selbstbestimmte soziale Teilhabe gesundheitsförderlich aus; für ihr Fehlen, beschrieben als soziale Exklusion oder soziale Isolation, sind negative Effekte auf Gesundheit vielfach belegt.

Das Konzept der sozialen Ausgrenzung oder Exklusion wird breiter gefasst als das der sozialen Isolation und umfasst fünf grundlegende Dimensionen:

- „ökonomische Ausgrenzung, z. B. ein unzureichender Lebensstandard
- institutionelle Ausgrenzung, z. B. mangelnder Zugang zu öffentlichen Einrichtungen und Leistungen
- kulturelle Ausgrenzung, z. B. stereotype Erwartungen gegenüber bestimmten gesellschaftlichen Gruppen
- soziale Ausgrenzung im engeren Sinn, z. B. unzureichende soziale Integration und Partizipation
- räumliche Ausgrenzung, z. B. getrennte Wohngebiete“ (Theobald 2006, S. 102)

Scharf et al. (2005) konnten in Tiefeninterviews interaktive und kumulative Beziehungen zwischen unterschiedlichen Dimensionen sozialer Exklusion zeigen und insbesondere verdeutlichen, dass das Risiko sozialer Isolation gerade bei ökonomisch benachteiligten Älteren steigt.

Das Konzept der sozialen Isolation entspricht eher der „sozialen Ausgrenzung im engeren Sinn“. Für einen Mangel an sozialen Beziehungen sind die negativen Effekte auf die Gesundheit vielfältig belegt; Holt-Luntstad et al. (2010) beschreiben eine höhere Mortalität in allen Lebensaltern; Dickens et al. (2011) zitieren Studien, die von schlechter subjektiver Gesundheit und erhöhtem Risiko demenzieller Erkrankung bei Älteren berichten; Findlay (2003) berichtet darüber hinaus von erhöhtem Risiko für Depression und Suizid. Eine weitere Studie (Hawton et al. 2011) fand signifikante Assoziationen von sozialer Isolation und gesundheitsbezogener Lebensqualität. Vergleichbar beschreibt eine qualitative australische Studie, wie sich im Zusammenhang mit abnehmender Gesundheit und wachsender sozialer Isolation für ältere Menschen in einem Negativkreislauf vielfältige Dimensionen von Vulnerabilität gegenseitig verstärken (Greaves und Rogers-Clark 2009).

Insgesamt ist bekannt, dass ältere Menschen generell ein vergleichsweise hohes Risiko für soziale Isolation tragen (Dickens et al. 2011; Petrich 2011) und dass dieses Risiko mit zunehmender Pflegebedürftigkeit steigt.

10.5 Wohnform, Exklusion und soziale Teilhabe

Welchen Beitrag kann die Wohnform zur Förderung der sozialen Teilhabe bzw. zur Vermeidung von Exklusion bei Pflegebedürftigkeit leisten? Die Wohnform beeinflusst durch die Art der Einrichtung, die interne Struktur, die Organisation des Pflegealltags, die Beziehung zwischen Pflegeeinrichtung und Quartier sowie durch die räumliche Gestaltung und städtebauliche Lage die Chancen der Pflegebedürftigen auf soziale Teilhabe und wirkt so auf die unterschiedlichen Dimensionen der Ausgrenzung.

Die *ökonomische* Ausgrenzung, d. h. ein unzureichender Lebensstandard, wird weniger durch die Wohnform bedingt; vielmehr ist der Standard der Wohnform eine Folge der ökonomischen Lage des Pflegebedürftigen. Die Ausgrenzung erfolgt hier bei der Auswahl einer Wohnform, indem je nach ökonomischen Ressourcen nur eine begrenzte Zahl an Einrichtungen oder Wohnprojekten zugänglich ist. Der jeweilige Qualitätsstandard ist direkt abhängig von den Wohnkosten, die erbracht werden können, und bildet sich z. B. ab in der Lage, Zahl und Vielfalt von Angeboten, der Größe und Ausstattung von Räumen für Aktivitäten, der Zahl und Qualifikation der zur Verfügung stehenden Arbeitskräfte und deren Kapazitäten, die soziale Teilhabe der BewohnerInnen zu unterstützen. Angesichts der oben geschilderten derzeitigen Bedingungen in der Pflege hängt die Möglichkeit zur sozialen Teilhabe trotz Pflegebedürftigkeit von den zusätzlich zur Verfügung stehenden individuellen finanziellen Mitteln der Pflegebedürftigen ab. Damit werden sozial benachteiligte Pflegebedürftige, die nur über geringe ökonomische Ressourcen verfügen und mangels sozialem und/oder kulturellem Kapital häufig ohnehin geringere Teilhabechancen haben (Falk et al. 2011), zusätzlich ausgegrenzt.

Eine *institutionelle* Ausgrenzung, d. h. ein mangelnder Zugang zu öffentlichen Einrichtungen und Leistungen, kann durch die isolierte Lage einer Pflegeeinrichtung innerhalb des Stadtkörpers oder die fehlende Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr verursacht werden. Wenn die Pflegebedürftigen öffentliche Institutionen nicht erreichen können, ist ihr Zugang zu Beratung, Unterstützung oder Beteiligung erschwert oder nicht möglich. Eine zentrale Lage der Einrichtung in der Stadt oder dem Quartier bzw. ein gutes ÖPNV-Angebot können den Zugang zu öffentlichen Einrichtungen erleichtern. Alternativ können die für Pflegebedürftige relevanten Einrichtungen innerhalb der Pflegesettings zugänglich sein – sei es durch eine temporäre Beratungsstelle oder einen barrierefreien Internetzugang (inklusive Assistenz bei dessen Nutzung).

Kulturelle Ausgrenzung entsteht, wenn stereotype Einstellungen und Vorurteile über Pflegebedürftige die Begegnungen mit ihnen prägen. Vorstellungen, die auf Fragilität und Vulnerabilität fokussiert sind, können vermeidendes, behütendes Verhalten erzeugen oder auch Ablehnung und Scheu. Eine Öffnung der Pflegeeinrichtung oder des Wohnprojektes in das Quartier und die Förderung von Kooperationen mit anderen Einrichtungen können kulturelle Ausgrenzung mindern. Kulturelle Ausgrenzung kann allerdings auch innerhalb der Pflegeeinrichtung erfolgen, wenn bestimmte Gruppen oder Individuen unter den Pflegebedürftigen durch die Pflegekräfte oder andere BewohnerInnen ausgegrenzt werden. Hier kann durch die Vermeidung starrer Regeln und konventioneller Stereotype, bzw. deren Reflektion im Pflegealltag, und eine gemeinsame, partizipative Gestaltung des Zusammenlebens gegengesteuert werden.

Soziale Ausgrenzung wird durch unzureichende Integration oder eine fehlende Beteiligung der Pflegebedürftigen an gesellschaftlichen Prozessen, an sozialem Austausch oder Aktivitäten erzeugt. Soziale Ausgrenzung kann innerhalb einer Einrichtung oder zwischen Einrichtung und umliegender Nachbarschaft bzw. Quartier bestehen. Gelegenheiten und Orte für soziale Teilhabe, Informationen über entsprechende Angebote und deren Zugänglichkeit auch für pflegebedürftige Menschen können Begegnungen und Teilhabe ermöglichen sowie den Abbau von Vorurteilen fördern.

Eine *räumliche* Ausgrenzung von pflegebedürftigen Menschen beruht im Allgemeinen auf physischen Barrieren, die ihre Mobilität oder Teilhabe beeinträchtigen. Sie wird gefördert durch die isolierte Lage einer Pflegeeinrichtung in der Stadt oder im Quartier, Barrieren an wesentlichen Erschließungswegen oder in öffentlichen Räumen sowie eine architektonische Gestaltung, die keinen Bezug zwischen dem Inneren einer Pflegeeinrichtung und dem Außenraum schafft. Innerhalb einer Pflegeeinrichtung können Treppenstufen, lange Wege, unübersichtliche oder unattraktive Raumsituationen ausgrenzend wirken und dazu führen, dass Räume von einzelnen BewohnerInnen nicht genutzt werden (können). Eine sorgfältige architektonische Gestaltung, die Barrieren vermeidet und räumliche Bezüge schafft, sowie eine städtebauliche Planung, die eine Pflegeeinrichtung in den Stadtkörper integriert und nicht am Stadtrand ansiedelt, verhindern eine räumliche Ausgrenzung.

10.6 Förderung sozialer Teilhabe in (innovativen) Pflege-Wohnformen

Welche Erfahrungen und guten Beispiele zur Förderung der sozialen Teilhabe in einer stationären Pflegeeinrichtung bestehen bereits heute? Neue Wohnformen setzen als ambulant betreute Wohngemeinschaften oder stationäre Wohngruppen oft auf eine überschaubare Größe, die Aufrechterhaltung von „Häuslichkeit“ und eine Integration in das Quartier. Eigenständige Haushaltsführung, Selbstorganisation und Entscheidungshoheit der BewohnerInnen sind wesentliche Elemente, um die Selbstbestimmung zu fördern und soziale Teilhabe zu ermöglichen.

Der Pflegestatistik zufolge wurden 2011 ca. 1,8 Mio. Pflegebedürftige aller Altersgruppen ambulant und ca. 750 000 Pflegebedürftige vollstationär versorgt (Statistisches Bundesamt 2013, S. 9). Der überwiegende Teil der pflegebedürftigen Menschen lebt in der eigenen Häuslichkeit, im Allgemeinen in der eigenen, „normalen“ Wohnung. Weniger als 1 % aller über 65-Jährigen lebt in gemeinschaftlichen Wohnprojekten oder Pflegewohngruppen, ca. 2 % in betreuten Wohnformen (Bundesministerium für Verkehr Bau und Stadtentwicklung 2011). Der Anteil derjenigen alten Menschen, die in innovativen Wohnformen leben, ist zurzeit also noch verschwindend gering; häufig handelt es sich um Angehörige der Mittelschicht (Gierse und Wagner 2012).

Mit Blick auf die Zukunft wird den gemeinschaftlichen Wohnformen allerdings eine zunehmend bedeutende Rolle insgesamt und bei der Versorgung von Pflegebedürftigen prognostiziert (Hoberg et al. 2013) und Potenzial hinsichtlich der Stärkung der sozialen Teilhabe vermutet. Diverse Bundesländer verankerten in ihren Wohn-

teilhabegesetzen die Förderung der sozialen Teilhabe von Pflegebedürftigen durch eine Öffnung der gemeinschaftlichen Wohnformen in das Quartier. Vor diesem Hintergrund fordert Michell-Auli (2011) eine neue Generation von Alten- und Pflegeheimen, die als „Quartiershäuser“ die Dimensionen des sozialen Lebens „Privatheit“, „Gemeinschaft“ und „Öffentlichkeit“ verbinden.

Gegenwärtig sind innovative stationäre Wohnprojekte für pflegebedürftige alte Menschen in Deutschland kaum systematisch untersucht. Es liegen keine übergreifenden und belastbaren Befunde dazu vor, ob und wie die soziale Teilhabe durch innovative Wohnformen gefördert wird. In der Praxis wird erprobt, Ausgrenzung in ihren verschiedenen Ausprägungen auf unterschiedlichen Ebenen und unter Beteiligung unterschiedlicher Akteure zu vermeiden. Dabei stellen Selbstorganisation und Entscheidungshoheit durch die Pflegebedürftigen besondere Herausforderungen an eine stationäre Einrichtung. Die Pflegeeinrichtung für dementiell erkrankte Pflegebedürftige „Haus Louise von Marillac“ in Kleinostheim setzt beispielsweise die Selbstorganisation durch ein Angehörigengremium um, in dem Angehörige und BetreuerInnen die Angelegenheiten der Einrichtung regeln und gemeinsam mit den BewohnerInnen unter anderem über die Zusammensetzung der Bewohnerschaft entscheiden.

Der Abbau von räumlichen Barrieren, Kooperationen mit anderen Einrichtungen und die Öffnung von Pflegeeinrichtungen in die Quartiere stellen weitere wichtige Handlungsfelder dar. Letztere kann in zwei „Richtungen“ erfolgen: Das Quartier wird in das Haus geholt bzw. Pflegebedürftige werden auf dem Weg in das Quartier unterstützt. Im ersten Fall werden externe Personen und Einrichtungen in das Pflegesetting integriert, ihre Anwesenheit akzeptiert und ihnen Räume und Infrastruktur zur Verfügung gestellt. Im zweiten Fall wird den Pflegebedürftigen der Zugang zu Angeboten im Quartier erleichtert und ihnen so soziale Teilhabe außerhalb der Pflegeeinrichtung ermöglicht.

Eine zentrale Voraussetzung für eine soziale Teilhabe Pflegebedürftiger ist die Bereitschaft der Gesellschaft, auch dementiell erkrankte oder körperlich stark eingeschränkte alte Menschen zu unterstützen, zu akzeptieren und zu integrieren. Ein Beispiel hierfür ist das Projekt „Bürgergemeinschaft Eichstetten e.V.“. Der Verein wurde von BürgerInnen der Kommune Eichstetten in Baden-Württemberg mit dem Ziel gegründet, alte und hilfebedürftige DorfbewohnerInnen mit hauswirtschaftlichen und pflegerischen Hilfen zu unterstützen und ihnen den Verbleib in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Der Verein betreibt im Ort eine Einrichtung des Betreuten Wohnens und eine Pflegewohngruppe für stark dementiell erkrankte Menschen. Im Sinne eines Generationenvertrages sorgen die nicht pflegebedürftigen Mitglieder des Vereins gemeinsam mit professionellen Pflegekräften für die Pflegebedürftigen und ermöglichen diesen durch die gemeinsam geleistete Fürsorge die Teilhabe in der dörflichen Gemeinschaft.

Der Erhalt bestehender sozialer Beziehungen ist von großer Bedeutung für die Aufrechterhaltung von sozialer Teilhabe auch bei Pflegebedürftigkeit. Das „Haus im Viertel“ der Bremer Heimstiftung wurde mit dem Ziel konzipiert, den BewohnerInnen den Verbleib im vertrauten Umfeld zu ermöglichen, auch wenn ein eigenständiges Wohnen nicht mehr möglich ist. Unter seinem Dach beherbergt es Angebote für sehr unterschiedliche Zielgruppen: Neben betreuten Wohnungen und einer Demenz-WG sind dies der Pflegestützpunkt, ein Kindergarten, die Volkshochschule und ein Buddhistisches Zentrum. Soziale Teilhabe durch Begegnungen zwischen

Generationen und Kulturen kann so innerhalb des Hauses, z. B. in dem hauseigenen Restaurant stattfinden. Außerdem beteiligt sich das Haus mit dem Selbstverständnis, ein Teil des innerstädtischen Quartiers zu sein, an Stadtteilaktivitäten und Kooperationen.

Auch Pflegeeinrichtungen, die nicht explizit mit innovativen Ansätzen arbeiten, öffnen sich mit interessanten Konzepten in das Quartier. Die Pflegeeinrichtungen „Leben im Alter“ und „Haus am Voß'schen Garten“ der Boecker-Stiftung in Witten kooperieren mit dem benachbarten Haus der Jugend und bieten dessen Kindern und Jugendlichen einen Mittagstisch an. Auch das Altenwohnheim St. Matthäus in Herrmannshagen öffnet sich dem Quartier und stellt im Rahmen des Modellprojektes „Diakonische Altenhilfeeinrichtung und Gemeindegarbeit unter einem Dach“ Räume für das kirchliche Gemeindeleben des Ortes zur Verfügung. Das städtische Altenheim Windberg in Mönchengladbach unterhält eine Kooperation mit einem benachbarten Kleingärtnerverein, in dem die BewohnerInnen Gartenarbeiten verrichten können, und das Altenpflegeheim „An den Niddaauen“ in Frankfurt kooperiert mit dem örtlichen Fußballverein, dessen Spiele die BewohnerInnen regelmäßig besuchen (Niederhammer und Wilken 2011). Interessant sind diese Projekte vor allem deshalb, weil die Einrichtungen sich im Quartier Kooperationspartner gesucht haben, die mit ihrem Angebot an die Lebenswelt der BewohnerInnen anknüpfen und ihnen Möglichkeiten von Begegnung und aktiver Beteiligung (Gartenarbeit, Gemeindegarbeit) als Dimensionen sozialer Teilhabe bieten.

10.7 Fazit

Die Stärkung der sozialen Teilhabe von Pflegebedürftigen kann sowohl in konventionellen als auch in innovativen Wohnformen erfolgen. Wesentlich erscheinen eine Öffnung der Pflege-Wohnform in das und für das Quartier, die durch Kooperationen, öffentliche Angebote in den Einrichtungen oder die Beteiligung an Stadtteilaktivitäten erfolgen kann, sowie interne Strukturen, die Mitbestimmung und Teilhabe ermöglichen und fördern. Wohnprojekte, die in dem vertrauten Quartier eingebettet sind, erlauben den Pflegebedürftigen, bestehende soziale Kontakte aufrechtzuerhalten. Die Förderung der Mobilität durch eine barrierearme Umwelt, Angebote zur Mobilitätsunterstützung, eine zentrale Lage der Einrichtung und die Gestaltung von Übergangsbereichen zwischen dem Quartier und der Einrichtung sind wichtige Ermöglichungsfaktoren für soziale Teilhabe. Schließlich sind Innovationsfreude, Flexibilität, Kooperationsbereitschaft und Offenheit des Trägers, der Pflegekräfte und der Akteure in den Kommunen sowie die Bereitschaft, die Pflegebedürftigen an Gestaltungsprozessen und Entscheidungen im (Pflege-)Alltag zu beteiligen, wichtige Bedingungen für soziale Teilhabe bei Pflegebedürftigkeit. Soziale Teilhabe ist zudem für unterschiedliche Gruppen älterer Pflegebedürftiger zu konzipieren; sie darf nicht lediglich die „Luxusausführung“ des Lebens im Alter darstellen. Die Umsetzung eines ganzheitlichen, soziale Teilhabe fördernden Pflegeverständnisses erfordert entsprechende Voraussetzungen und Strukturen in den Pflegesettings, kreatives Umdenken bei der Organisation von Pflege und nicht zuletzt einen höheren Einsatz von finanziellen und ökonomischen Ressourcen.

Literatur

- Allenspach M. Zur gesellschaftlichen Teilhabe fragiler und pflegedürftiger alter Menschen – eine Sozialraumanalyse in den St. Galler Quartieren St. Fiden und Krontal 2014.
- Bundesministerium für Gesundheit. Pressemitteilung: Erprobung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs startet. Berlin: BMG 2014.
- Bundesministerium für Verkehr Bau und Stadtentwicklung. Wohnen im Alter. Forschungen. Bonn: BMVBS 2011.
- Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health* 2011; 11 (647): 1–22.
- DVfR. Diskussionspapier Teilhabeforschung. Heidelberg und Hamburg: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften 2012.
- Falk K. Selbstbestimmung bei Pflegebedarf im Alter - wie fällt das? Kommunale Handlungsspielräume zur Versorgungsgestaltung. In: Kümpers S, Heusinger J. Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung. Bern: Huber 2012; 39–75.
- Falk K, Heusinger J, Kammerer K, Khan-Zvornicanin M, Kümpers S, Zander M. Arm, alt, pflegebedürftig. Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen im benachteiligten Quartier. Berlin: edition sigma 2011.
- Findlay RA. Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing & Society* 2003; 23 (05): 647–58.
- Gierse C, Wagner M. Gemeinschaftliche Wohnprojekte - Eine Wohnform für alle soziale Lagen und Lebensalter? *Zeitschrift für Sozialreform* 2012; 58 (1): 59–82.
- Greaves M, Rogers-Clark C. The experience of socially isolated older people in accessing and navigating the health care system. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2009; 27 (2): 5–11.
- Hawton A, Green C, Dickens A, Richards S, Taylor R, Edwards R, Greaves C, Campbell J. The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research* 2011; 20 (1): 57–67.
- Heusinger J. „Wenn ick wat nich will, will ick nich!“ Milieuspezifische Ressourcen und Restriktionen für einen selbstbestimmten Alltag trotz Pflegebedarf. In: Kümpers S, Heusinger J. Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung. Bern: Huber 2012; 77–105.
- Hoberg R, Klie T, Künzel G. Strukturreform Pflege und Teilhabe. Freiburg: AGP Sozialforschung an der Ev. Hochschule Freiburg 2013.
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med* 2010; 7 (7): e1000316.
- Klie T. Pflege und Soziale Sicherung. In: Bäcker G, Heinze R. Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung. Wiesbaden: Springer VS 2010; 315–24.
- Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond É. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine* 2010; 71 (12): 2141–9.
- Michell-Auli P. KDA-Quartiershäuser: Die 5. Generation der Alten- und Pflegeheime. Warum wir sie brauchen! Pro Alter – Selbstbestimmt älter werden. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe 2011. 43: 11–19.
- Mohn B, Gohde J, Klie T, Künzel A. Den pflegepolitischen Reformstau auflösen! Paradigmenwechsel Teilhabe und gute Pflege trotz knapper Ressourcen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, Kuratorium Deutsche Altershilfe, AGP, Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG) 2014.
- Niederhammer E, Wilken B. Interaktion im Quartier – Beispiele aus der Praxis. Pro Alter – Selbstbestimmt älter werden 2011; 43 (5): 20–25.
- Oldman C, Quilgars D. The last resort? Revisiting ideas about older people's living arrangements. *Ageing and Society* 1999; 19: 363–84.
- Petrich D. Einsamkeit im Alter. Notwendigkeit und (ungenutzte) Möglichkeiten Sozialer Arbeit mit allein lebenden alten Menschen in unserer Gesellschaft. Jena: FH Jena 2011.
- Scharf T, Phillipson C, Smith AE. Multiple exclusion and quality of life amongst excluded older people in disadvantaged neighbourhoods. London: Office of the Deputy Prime Minister 2005.

- Schröck R. Forschung in der Krankenpflege: Methodologische Probleme. *Pflege* 1998 (1): 84–93.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2013.
- Theobald H. Pflegeressourcen, soziale Ausgrenzung und Ungleichheit: Ein europäischer Vergleich. *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien* 2006; 24 (2+3): 102–16.
- WHO, DIMDI. ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: World Health Organisation, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005.

This page intentionally left blank

11 Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit – rechtliche Barrieren zur Diversifizierung des Angebots

Felix Welti

Abstract

Die sozial-, zivil- und ordnungsrechtliche Regulierung von Diensten und Einrichtungen der Langzeitpflege führt zu Barrieren einer Diversifizierung des Angebots. Dies liegt vor allem am gegliederten Sozialleistungssystem mit unterschiedlichen Leistungsträgerschaften der Pflegeversicherung, Krankenversicherung und Sozialhilfe, einer strikten Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Angeboten in allen Rechtsgebieten und einer unzureichenden Integration von Krankenbehandlung, medizinischer Rehabilitation, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und Pflege. Es wäre sinnvoll, Pflegeleistungen sozialrechtlich bei den Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen und in deren Koordination einzuordnen und insbesondere die Restriktionen für Persönliche Budgets in der Pflege aufzuheben.

Due to social, civil and regulatory law, there are barriers which prevent a diversification of long-term care services and facilities in Germany. This is mainly due to the structured social benefit system with different responsibilities of long-term care insurance, health insurance and social assistance and a strict distinction between outpatient and inpatient care in all areas. Furthermore, there is an insufficient integration of medical treatment, medical rehabilitation, participation in community life and long-term care. It would make sense to classify long-term care services as participation benefits for people with disabilities and in their coordination and to repeal the restrictions on personal budgets in long-term care.

11.1 Einleitung

Menschen mit langfristigem Pflegebedarf haben – je nach Ursache der Pflegebedürftigkeit, sozialem und familiärem Kontext – unterschiedliche Bedarfe und Präferenzen, die oft weder ein einfaches Fortschreiben der bisherigen Wohnsituation noch der Umzug zu pflegenden Angehörigen oder in ein Heim sind. Es werden unterschiedliche Unterstützungsleistungen und Wohnarrangements nachgefragt oder gewünscht. Für deren Entwicklung bestehen jedoch auch rechtliche Barrieren, die im gegliederten Sozialleistungssystem und durch Dichotomien vor allem zwischen stationär und ambulant entstehen können (vgl. Kuhn-Zuber 2012). Für die Pflegeversicherung, für das Heimordnungs- und Heimvertragsrecht ist eine Wohnsituation grundsätzlich nur als „Heim“ oder „Nicht-Heim“ einzustufen. Finanzielle Barrieren

folgen häufig den rechtlichen Barrieren, wenn die Finanzströme den rechtlichen Zuordnungen folgen oder wenn Rechtsvorschriften den Zugang zu bestimmten Angeboten erleichtern, zu anderen jedoch erschweren.

Die Diskussion über die notwendige Diversifizierung des Angebots hat neue Dynamik gewonnen durch die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK), die die Bundesrepublik Deutschland ratifiziert hat und die seit 2009 verbindlich ist. Pflegebedürftige Menschen im Sinne der Pflegeversicherung sind immer auch behindert. Das langfristige Element der Beeinträchtigung von Funktionsfähigkeit und Aktivitäten ist in § 2 Abs. 1 SGB IX und § 14 SGB XI übereinstimmend mit sechs Monaten bestimmt. Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sind für viele – auch jüngere – behinderte Menschen ein wesentlicher Teil der ihre Selbstbestimmung und Teilhabe sichernden Leistungen. Sie sind daher den Anforderungen der UN-BRK entsprechend auszugestalten. Auch aus diesem Grund sollten die notwendigen Reformen von Pflegeversicherung, Sozialhilfe und Teilhaberecht im Zusammenhang behandelt werden (Welti 2014a).

Nach Art. 19 UN-BRK müssen die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben und dass sie nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben. Weiter müssen sie gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen haben, einschließlich der persönlichen Assistenz. Das Pflegeversicherungsrecht steht noch nicht im Kern der Diskussionen um die Umsetzung der UN-BRK, obwohl es sich für viele behinderte Menschen mit Pflegebedarf als Barriere der Selbstbestimmung erweist (vgl. Kesselheim 2013; Wansing 2013; Banafsche 2012; Lachwitz und Trenk-Hinterberger 2010). Nötig wäre dazu ein neues Verständnis, dass Pflege nicht als isolierten Leistungs- und Regelungssektor betrachtet, sondern als Teil eines komplexen Leistungs- und Ordnungsrechts für behinderte Menschen (Welti 2010; vgl. auch Wilcken 2011).

11.2 Rechtliche Barrieren

11.2.1 Numerus Clausus der Leistungsformen und Leistungserbringer bei Sachleistungen der Pflegeversicherung

Für die Sach- und Dienstleistungen der Pflegeversicherung ist kein offenes, am Bedarf orientiertes Leistungsprogramm vorgesehen, wie es grundsätzlich in der Krankenbehandlung oder Rehabilitation besteht (Igl 1999). Die möglichen Leistungen werden im Leistungsrecht definiert und insbesondere dem Wert nach bestimmt (§§ 36, 41–43a SGB XI) und ihr Inhalt wird im Leistungserbringungsrecht durch Verträge genauer festgelegt (§§ 71–75 SGB XI). Die möglichen Leistungserbringer werden nach §§ 71, 72 SGB XI festgelegt. Es darf sich nur um ambulante oder um stationäre Pflegeeinrichtungen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft handeln. Damit werden Dienste und Einrichtungen der Krankenbehandlung, Rehabilitation oder Teilhabe, die unter ärztlicher, psychologischer oder

pädagogischer Leitung stehen, oder rein hauswirtschaftlich ausgerichtete Leistungserbringer ausgeschlossen. Dieser Ausschluss ist unabhängig davon, ob diese Leistungserbringer in der Lage wären, die von den Pflegebedürftigen gewünschte oder sogar die definierte Leistung zu erbringen. Die Beschränkungen in §§ 71, 72 SGB XI dienen der Qualitätssicherung (Igl und Welti 1999) – ähnlich wie der Arztvorbehalt in der Krankenversicherung –, können aber eine Diversifizierung des Angebots behindern. Dies gilt umso mehr, als der pflegerische Qualitätsstandard weit weniger standardisiert und objektiviert ist als der medizinische Standard.

11.2.2 Begrenztes Volumen beim Pflegegeld

Freier sind die Leistungsberechtigten in ihrer Bedarfsdeckung, wenn sie anstelle der Sach- und Dienstleistung das Pflegegeld (§ 37 SGB XI) in Anspruch nehmen. In diesem Fall beträgt die Leistung jedoch in Pflegestufe I nur wenig mehr als die Hälfte, in Pflegestufe II und III sogar weniger als die Hälfte des Leistungsvolumens für die Sach- und Dienstleistung (kritisch: Schütte 2007). Das Bundesverfassungsgericht hält diese Ungleichbehandlung für gerechtfertigt, nicht zuletzt wegen der familiären Beistandspflichten, auf die der Gesetzgeber verweisen darf, und hat eine Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen (BVerfG-Kammerentscheidung vom 26.03.2004, 1 BvR 1133/12, NZS 2014, 414).

Ein gewisses Korrektiv ist die Möglichkeit, die Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) in Anspruch zu nehmen. Damit können Leistungsberechtigte jedenfalls kleinere Beträge für eine Diversifizierung des Angebots in Anspruch nehmen, ohne andererseits ganz auf qualitätsgesicherte Sach- und Dienstleistungen verzichten zu müssen.

11.2.3 Restriktionen beim Persönlichen Budget

Die Möglichkeit der Umwandlung eines Sach- und Dienstleistungsanspruchs in ein Persönliches Budget (§ 17 Abs. 2 SGB IX) soll für behinderte Menschen mehr Wahlfreiheit schaffen, indem sie ihre Ansprüche trägerübergreifend in ein nach dem individuellen Bedarf bemessenes Budget einbringen können, einen Geldbetrag, der monatlich ausgezahlt wird und nach Maßgabe einer Zielvereinbarung frei für die Bedarfsdeckung eingesetzt werden kann (Welti 2014b; Klie 2009a; Hajen 2001).

In das Persönliche Budget können Leistungen zur Teilhabe, Rehabilitation, Krankenbehandlung und Pflege eingebracht werden. Die Möglichkeit ist aber bei der Pflegeversicherung stark eingeschränkt. Nach § 35a SGB XI können die Ansprüche auf Sach- und Dienstleistungen der Pflegeversicherung nur in Form von Gutscheinen für zugelassene Pflegeeinrichtungen und nicht in Geld in ein Budget eingebracht werden. Damit erhalten die Leistungsberechtigten immerhin die Möglichkeit, von zugelassenen Leistungserbringern andere Leistungen in Anspruch zu nehmen, als es die untergesetzlichen Normen der Leistungserbringung zulassen. Alternative Wege der Bedarfsdeckung mit anderen Leistungserbringern sind also verbaut. Das betrifft gerade behinderte Menschen, die ihre Unterstützung und Pflege als Arbeitgeber ihrer Assistenzkräfte selbst organisieren möchten.

Die mögliche Öffnung des Pflegeversicherungsrechts für das Arbeitgebermodell durch die Möglichkeit, häusliche Pflege durch geeignete Einzelpersonen si-

cherzustellen (§ 77 SGB XI), ist vom Gesetzgeber verbaut worden, indem eine solche Gestaltung nur noch im Bestandsschutz möglich war und ansonsten durch das SGB XI verboten wurde (§ 77 Abs. 1 Satz 4–6 SGB XI). Die Pflegeversicherung ist hier eine Barriere der Selbstbestimmung und bedarfsgerechten Diversifikation des Angebots (vgl. Welti 2000; Hessisches LSG v. 26.08.1999, L 14 P 1113/97; BSG v. 18.03.1999, B 3 P 8/98 R, NJW 2000, 1813).

Weiterhin verbietet § 35a SGB XI insgesamt die Inanspruchnahme von Leistungen der stationären Pflege nach § 43 SGB XI in Form eines Persönlichen Budgets. Damit wird mehr Selbstbestimmung und Wahlfreiheit innerhalb stationärer Wohnformen erschwert.

Modellversuche nach § 8 Abs. 3 SGB XI mit einem allein pflegebezogenen Budget und insbesondere mit einem auch andere Leistungen einbeziehenden integrierten Budget waren durchaus erfolgreich (Siebert und Klie 2008), sind aber weder von den Pflegekassen noch vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Gesetzgeber positiv aufgegriffen worden.

Die Restriktionen des Pflegeversicherungsrechts beim Persönlichen Budget sind ein Fremdkörper in dem auf mehr Selbstbestimmung und bedarfsgerechte Angebote ausgerichteten Recht behinderter Menschen. Sie sind motiviert durch die Sorge, die Abstufung zwischen den Leistungshöhen von Pflegegeld und Pflegesachleistung könnte in Frage gestellt werden. Wer die Sachleistung in ein Budget umwandelt, hätte mehr Geld zur Verfügung als eine Person, die nur Pflegegeld beansprucht. Das kann jedoch dauerhaft kein Grund sein, behinderten pflegebedürftigen Menschen bedarfsgerechte Leistungen zu verweigern. Instrumente zur Qualitätssicherung stehen mit der Zielvereinbarung (§ 3 BudgetV) und den Pflichteinsätzen (§ 37 Abs. 3 SGB XI) zur Verfügung. Es könnte durchaus sichergestellt werden, dass das Budget nicht allein der Haushaltskasse zugute kommt.

11.2.4 Mehrkostenvorbehalt in der Sozialhilfe

Viele Pflegebedürftige sind auf Hilfe zur Pflege (§ 61 SGB XII) ergänzend zu den Leistungen der Pflegeversicherung angewiesen. Sie unterliegen damit dem Vorbehalt nach § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII, wonach der Träger der Sozialhilfe eine ambulante Leistung ablehnen kann, wenn eine stationäre Leistung zumutbar und eine ambulante Leistung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist. Die unbestimmten Rechtsbegriffe „zumutbar“ und „unverhältnismäßig“ sind im Lichte der UN-BRK auszulegen. Gleichwohl halten Träger der Sozialhilfe und Gerichte immer noch im Einzelfall ein Leben im Heim gegen den Willen der betroffenen behinderten Menschen für zumutbar (vgl. LSG Sachsen-Anhalt, B. v. 03.03.2011, L 8 SO 24/09 B ER, ZfSH/SGB 2011, 414). Ob diese Regelung mit der UN-BRK vereinbar ist, ist umstritten (dafür Münning 2013; kritisch: Banafsche 2012; Degener 2009). Jedenfalls steht sie der Diversifizierung eines bedarfsgerechten ambulanten Angebots für schwer pflegebedürftige Menschen entgegen.

11.2.5 Sektorentrennung...

a. ...bei der Wahlfreiheit zwischen Sach- und Geldleistung

Pflegegeld, Kombinationsleistung und Persönliches Budget dürfen nur in Anspruch genommen werden, solange die Leistungsberechtigten in ihrem eigenen Haushalt leben. Sie dürfen nicht als Alternative zur Bedarfsdeckung in stationären Einrichtungen benutzt werden (vgl. Linke 2005). Eine Diversifizierung von Angeboten in dem Sinne, dass Menschen in stationären Einrichtungen einen Teil von deren Angeboten abwählen, um ambulante Dienste in Anspruch zu nehmen, ist nicht vorgesehen.

b. ...zwischen Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe

Viele behinderte pflegebedürftige Menschen haben sowohl Bedarf an Leistungen zur Pflege wie an Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX) – meist der Sozialhilfe (§§ 53, 54 SGB XII), die sie beim selbstbestimmten Wohnen unterstützen. Dienste und Einrichtungen dürfen aber nur entweder Pflegeeinrichtungen oder Leistungserbringer der Behindertenhilfe sein. Erbringen Behinderteneinrichtungen Pflegeleistungen, werden die Ansprüche gegen die Pflegeversicherung stark reduziert (§ 43a SGB XI). Dies führt auch zu einer Verminderung der Wahlfreiheit der Leistungsberechtigten und zu Barrieren für die Einrichtungen bei der Diversifizierung ihres Angebots für Personen, die Pflege- und Teilhabebedarfe haben. Die Ungleichbehandlung nach dem gewählten Einrichtungsort kann auch mit guten Gründen für verfassungswidrig gehalten werden (Welti 2012). Sie vermindert Leistungs- und Wahlrechte in Abhängigkeit von der Schwere der Beeinträchtigung behinderter Pflegebedürftiger. Dies könnte eine Benachteiligung wegen der Behinderung (Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG) sein, wenn man diesen Verfassungssatz auch für Ungleichbehandlung zwischen behinderten Menschen für anwendbar hält („Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“) Auch wenn man nur den allgemeinen Gleichheitssatz für anwendbar hielte, so handelte es sich doch um eine Ungleichbehandlung aufgrund von Merkmalen, die die Betroffenen nicht beeinflussen können, was für einen strengeren Maßstab bei der Rechtfertigung der Ungleichbehandlung spricht. Das Bundessozialgericht (BSG v. 26.04.2001, B 3 P 11/00 R, NZS 2002, 89) hat sich dieser Position noch nicht angeschlossen.

c. ...zwischen Pflegeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen

Viele pflegebedürftige Menschen haben zugleich Bedarf an Leistungen der medizinischen Rehabilitation, um ihre Pflegebedürftigkeit aufzuheben, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Dienste und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation können aber nicht zugleich Pflegeeinrichtungen sein (vgl. Klie 2009b). Dies kann sich als Barriere für die Entwicklung eines rehabilitativen Angebots für Pflegebedürftige auswirken. Der Gesetzgeber verfolgt hier ein nicht widerspruchsfreies Regelungskonzept, indem Pflegeeinrichtungen einerseits mit finanziellen Anreizen zu rehabilitativen Maßnahmen veranlasst werden sollen (§ 87a Abs. 4 Satz 1 SGB XI), andererseits aber die Anforderungen an eine medizinische Rehabilitationseinrichtung (§ 107 Abs. 2 Nr. 1b SGB V) nicht erfüllen können. Lösungen können hier nur durch ein komplexes Konzept kooperierender Einrichtungen unter einem Dach mit integrierter Versorgung (§ 140b Abs. 1 Nr. 5 SGB V; § 92b SGB XI) geschaffen werden.

11.2.6 Objekt- und Sektorenorientierung von Investitionsförderung

Die Investitionsförderung für Pflegeeinrichtungen durch die Länder ist ganz überwiegend auf stationäre Einrichtungen ausgerichtet. In einigen Ländern werden diese direkt gefördert (Objektorientierung), in anderen folgt die Förderung den Leistungsberechtigten (Pflegewohngeld, Subjektorientierung) (Klie 1999). Zwar ist letztere Förderform eher an den subjektiven Präferenzen ausgerichtet. Doch folgen beide Modelle der leistungsrechtlichen Abgrenzung zwischen ambulant und stationär und können so eine weitere Diversifizierung nur begrenzt fördern. Eine Investitionsförderung für ambulante Angebote fehlt weitgehend.

11.2.7 Objektorientierung der Aufsichtsbehörden und des Verbraucherschutzes

Das zivilrechtliche Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz des Bundes (WBVG) und die Landesgesetze zum Heimrecht etablieren besonderen Verbraucherschutz und Aufsicht über stationäre Pflegeeinrichtungen. Sie betreffen aber bis auf wenige Ausnahmen nicht die Dienste der ambulanten Pflege und Einrichtungen des betreuten Wohnens (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 3 WBVG), während zum Beispiel der ambulante Pflegevertrag (§ 120 SGB XI) unzureichend geregelt ist (Krahmer und Plantholz 2013). Damit wird die Schutzbedürftigkeit nicht an den behinderten und pflegebedürftigen Personen, sondern an ihrer Wohnform festgemacht. Einzelne Länder, wie Hessen, haben aber auch ambulante Dienste einbezogen. Dies ist verfassungskonform (StGH Hessen v. 12.02.2014, P.St. 2406, NVwZ-RR 2014, 409).

Bislang knüpfen die erweiterten Verbraucherschutzrechte des WBVG und der Heimgesetze der Länder am Wohnen in Einrichtungen an, nicht an der Beeinträchtigung und Erschwernis der Betroffenen, ihre Rechte durchzusetzen. Schutzrechte, die an der Person anknüpfen, gibt es nur im Rahmen einer gerichtlich angeordneten rechtlichen Betreuung (§ 1896 BGB), was eine hohe Eingriffsschwelle setzt. Ein subjektorientiertes Erwachsenenschutzrecht, das auch für Personen unterhalb der Schwelle der rechtlichen Betreuung (§ 1896 BGB) Schutzrechte im Rechtsverkehr realisiert, könnte sich möglicherweise förderlicher für eine Diversifizierung des Angebots auswirken als eine Ausdehnung objektorientierter, auf Einrichtungen bezogener Schutznormen (Pitschas 2013).

11.3 Schluss

Die rechtlichen Strukturen des für die Pflegeleistungen relevanten Rechts wirken – trotz normativer Bekenntnisse zur Selbstbestimmung (§ 2 SGB XI) – als relevante Barriere einer Diversifizierung und bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Angebote. Darauf wird – auch empirisch begründet – schon seit Längerem hingewiesen (Blinkert und Klie 2003; Schütte 2009).

Unter verfassungsrechtlichen, menschenrechtlichen und rechtssystematischen Gesichtspunkten weist die Rechtswissenschaft schon seit Längerem darauf hin, dass diese Barrieren für die Individuen und die sozialpolitischen Zielvorstellungen

problematisch sind. Sozialpolitik, Ökonomie, Pflege- und Teilhabewissenschaften sollten sich mit diesen Argumenten befassen.

Literatur

- Banafsche M. Die UN-Behindertenrechtskonvention und das deutsche Sozialrecht. SGB 2012; 373–79.
- Blinkert B, Klie T. Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. Sozialer Fortschritt 2003; 319–25.
- Degener T. Welche legislativen Herausforderungen bestehen in Bezug auf die nationale Implementierung der UN-Behindertenrechtskonvention in Bund und Ländern? Behindertenrecht 2009; 34–51.
- Hajen L. Persönliche Budgets in der Behindertenpolitik. NDV 2001; 66–75.
- Igl G. Grundprobleme des Leistungsprogramms der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich. VSSR 1999; 305–25.
- Igl G, Welti F. Öffentlich-rechtliche Grundlagen für die Entwicklung vorbehaltener Aufgabenbereiche im Berufsfeld Pflege. VSSR 1999; 21–55
- Kesselheim H. Teilhabe alter Menschen – unrealisierte gesellschaftliche Herausforderungen. NDV 2013; 265–70
- Klie T. Persönliche Budgets als produktive Irritation im Sozialleistungssystem. ArchSozArb 1/2009a; 4–16.
- Klie T. Rehabilitation vor Pflege aus rechtswissenschaftlicher und sozialpolitischer Sicht. In: Welti F. Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger. Berlin: Lit 2009b; 116–28.
- Klie T. Strukturen und Probleme der Landespflegegesetze. VSSR 1999; 327–38.
- Krahmer U, Plantholz M. Wie soll der novellierte § 120 SGB XI umgesetzt werden? Sozialrecht aktuell 2013; 137–43.
- Kuhn-Zuber G. Bedarfe und Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen – selbstbestimmte Pflege zu Hause. ArchsozArb 3/2012; 16–27.
- Lachwitz K, Trenk-Hinterberger P. Zum Einfluss der Behindertenrechtskonvention (BRK) der Vereinten Nationen auf die deutsche Rechtsordnung. RdLH 2010; 45–52.
- Linke T. Kombinierbarkeit ambulanter und stationärer Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung? NZS 2005; 14–18.
- Münning M. Mehrkostenvorbehalt ade? Subjektiv-öffentliche Rechte aus der UN-BRK? NDV 2013; 148–51.
- Pitschas R. Eingliederung des Betreuungsrechts in das Sozialgesetzbuch als Erwachsenenschutz. SGB 2013; 500–06.
- Schütte W. Das Pflegegeld nach § 37 SGB XI. NDV 2007; 211–18.
- Schütte W. Das Leistungskonzept der Pflegeversicherung im Reformprozess. SGB 2009; 185–92.
- Siebert A, Klie T. Das „Integrierte Budget“. NDV 2008; 341–46.
- Wansing G. „Mit gleichen Wahlmöglichkeiten in der Gemeinschaft leben“ – Behinderungen und Enthinderungen selbstbestimmter Lebensführung. In: Banafsche M, Becker U, Wacker E. Inklusion und Sozialraum. Baden-Baden: Nomos 2013; 69–86.
- Welti F. Leistungen zur Teilhabe und Reha im gegliederten System – Chance zur Strukturreform der Teilhabeleistungen. Sozialrecht + Praxis 2014a; 343–63.
- Welti F. Persönliches Budget. In: Deinert O, Welti F. Stichwortkommentar Behindertenrecht. Nomos: Baden-Baden 2014b; 662–68.
- Welti F. Pflegeleistungen und Teilhabeleistungen in Einrichtungen. Sozialrecht aktuell 2012; 189–97.
- Welti F. Bietet das SGB IX einen geeigneten Rahmen für Teilhabe und Pflege? ArchSozArb 2010; 3: 46–62.
- Welti F. Das Verbot des Versorgungsvertrags mit Angehörigen in § 77 SGB XI. PKR 2000; 39–43.
- Wilcken C. Pflegebedürftigkeit und Behinderung im Recht der Rehabilitation und Teilhabe und im Recht der Pflege. Berlin: Lit 2011.

This page intentionally left blank

12 Kooperation und Koordination auf kommunaler Ebene

Dirk Engelmann, Jürgen Gohde und Gerd Künzel¹

Abstract

Der demografische Wandel, neue Lebenskulturen und die unzureichende pflegerische Versorgung multimorbider Menschen erfordern eine umfassende Reform der Pflege, die über die Reform der Pflegeversicherung hinausgeht. Pflege muss konsequent auf die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung eigener Kompetenzen ausgerichtet werden und das soziale Umfeld einbeziehen. Dieser Wandel erfordert eine am Individuum ausgerichtete koordinierte Versorgungsplanung und eine sozialräumliche Gestaltung, die den Mix professioneller und zivilgesellschaftlicher Hilfen organisiert. Voraussetzung dafür im gegliederten System ist ein Kooperationsmodell, bei dem die Kommunen eine infrastrukturelle und koordinierende Rolle in verpflichtender Zusammenarbeit mit den Pflege- und Krankenkassen wahrnehmen. Die Rahmenbedingungen müssen durch Bundesrecht und ergänzendes Landesrecht geschaffen werden.

The demographic change, new cultural environments and inadequate care of multimorbid people call for a comprehensive reform of long-term care which goes beyond a reform of nursing care insurance. Long-term care must focus on maintaining or restoring the competencies of the persons in need of care and include their social environment. This requires an individually coordinated planning of health services and a socio-spatial design in order to organise the mix of professional and civic help. Prerequisite is a model of cooperation where the municipalities play an infrastructural and coordinating role in mandatory cooperation with nursing and health care insurance. The legal framework must be created by federal and supplementary state legislation.

12

12.1 Einleitung

Die Diskussion um eine umfassende Pflegereform hat in den vergangenen drei Jahren an Dynamik gewonnen und neue Impulse hervorgebracht. Ausgehend von den grundlegenden ersten beiden Berichten des Beirats für die Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2009 wurden insbesondere ab 2013 zunächst in Gut-

¹ Der Beitrag basiert auf einem von den Autoren weiterentwickelten Impuls für die KDA/FES-Studie „Gute Pflege vor Ort“ (Engelmann 2013). In die ursprünglichen Textbeiträge sind maßgeblich Anregungen von Mitgliedern der Arbeitsgruppe des Kuratoriums Deutscher Altershilfe (KDA) und der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) eingeflossen. Stellvertretend möchten wir hier Armin Lang und Ulrich Wendte für ihre wegweisende Mitarbeit danken.

achten der Friedrich-Ebert-Stiftung² und gleichzeitig der von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Veröffentlichung der AGP³ (Hoberg et al. 2013) neue Reformansätze hinzugefügt. In der Folge haben auch die Beiträge der Bertelsmann-Stiftung (Hackmann et al. 2014) interessante Pfade für eine Weiterentwicklung des Altenpflegesystems aufgezeigt.

Während sich die Diskussion bis dahin um den Grundcharakter der pflegerischen Versorgung (Potenzial- statt Defizitorientierung) sowie um das Leistungsgeschehen selbst drehte (Pflegebedürftigkeitsbegriff gemäß (NBA⁴), kamen seitdem zwei zentrale Aspekte neu hinzu. Zentraler Ansatzpunkt ist zum einen die sozialräumliche Ausrichtung des Pflegesystems, die eine umfassende Versorgung als weit über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehend begreift. Die von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Gutachten haben den gesamten sozialräumlichen Ansatz beschrieben. Zum anderen haben sich die Autoren der o. g. KDA/FES-Studie zum ersten Mal systematisch mit der Frage einer neuen Steuerungssystematik des Pflegesystems auseinandergesetzt.

Eine sozialräumliche (Neu-)Ausrichtung des Pflegesystems erfordert auch die Feststellung eines entsprechenden Bedarfs, Angebotsplanung und letztlich eine sozialraumbezogene Gestaltung. Daher ist es eine nahezu zwingende Konsequenz, dass die Kommunen eine neue Rolle im Pflegesystem einnehmen müssen. Wenn in der kommenden Pflegereform der sozialräumliche Bezug gestärkt werden soll, muss Kooperation und Koordination auf kommunaler Ebene ein zentraler Reformansatz sein. Bereits im Koalitionsvertrag von 2013 wurde der Gedanke aufgenommen. Eine Bund-Länder-AG zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege hat begonnen, dies auszuarbeiten. Der Beitrag fasst die fachliche Diskussion dazu zusammen.

12.2 Warum brauchen wir eine umfassende Pflegereform, die über die Reform der Pflegeversicherung hinausgeht?

In der Pflege in Deutschland klafft eine Lücke zwischen den Versorgungswünschen der Menschen und der Versorgungsrealität. Die Gesellschaft unterliegt einem tiefgreifenden Wandel in der Lebenskultur und in der sozialen Struktur. Darauf hat das System der Pflege bislang keine ausreichende Antwort.

Folgenden Entwicklungen muss sich eine Reform der Pflege stellen:

- Der Wunsch nach *Selbstbestimmung*
Die heutige Generation der Alten ist die erste, die nicht mehrheitlich im Familienverband alt geworden ist, sondern den modernen Lebensentwürfen der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gefolgt ist. Ihrem Wunsch nach der Sicherung

2 Ebd.

3 Alter. Gesundheit. Partizipation. Institut für angewandte Sozialforschung

4 Neues Begutachtungsassessment

eines selbstbestimmten Lebens im Alter – insbesondere, wenn durch Krankheit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit hervorgerufen wird – stehen zu wenig qualitative Angebote gegenüber, die einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen.

- *Der demografische und gesellschaftliche Wandel*
Durch die zunehmende Alterung der Gesellschaft steigt der Bedarf an pflegerischen und sozialen Dienstleistungen im Alter. Gleichzeitig sinken die Unterstützungspotenziale der Familien durch Entwicklungen wie Job-bedingte Mobilität und damit räumliche Trennung der Generationen, Kinderlosigkeit sowie auch die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen, die bislang einen Großteil der häuslichen Sorge- und Pflegearbeit geleistet haben.
- *Die Multimorbidität Hochbetagter*
Die gleichzeitig auftretende Multimorbidität bei den meisten Menschen mit hohem Pflegebedarf erfordert einen über die Pflege hinausgehenden ganzheitlichen Pflege- und Versorgungsansatz der verschiedenen Versorgungs- und Sozialversicherungssysteme. Die Versäulung des Sozialversicherungssystems behindert eine bedarfsgerechte Versorgung insbesondere älterer Menschen, die dem Stand der Gesundheits- und Pflegewissenschaft entspricht.

Die falsche Ausrichtung der Pflege

Die bisherige Ausrichtung der Pflege- und Versorgungspolitik verfolgt das Ziel, Pflege- und Hilfebedürftigkeit zu vermeiden sowie Kompetenzen wiederherzustellen oder aufrechtzuerhalten, nicht konsequent. Dies muss künftig im Mittelpunkt stehen. Dazu sind bedarfsgerechte Hilfen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie bei den sozialen Leistungen und Alltagshilfen erforderlich.

Prävention und Rehabilitation müssen neu bewertet und als Pflichtleistungen der Sozialleistungsträger ausgestaltet werden, damit Selbstbestimmung und Alltagskompetenzen möglichst lange erhalten bleiben. Die präventive Wirkung von weitestmöglicher Selbständigkeit, Aktivität und sozialen Kontakten muss erkannt und Bestandteil der künftigen Präventionskonzepte werden.

Das Umfeld der hilfebedürftigen Menschen braucht deshalb verbindliche Rechtsansprüche auf Beratung, Begleitung, Förderung und Unterstützung sowie flexible Formen der Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit, damit die Bereitschaft und Fähigkeit der Angehörigen, die Betroffenen zu unterstützen und – sobald erforderlich – in der eigenen Häuslichkeit zu pflegen und zu versorgen, möglichst lange erhalten bleiben.

Eine fehlende gemeinsame Verantwortung für Prävention und Versorgung

Um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. hinauszuschieben, muss das Hilfe- und Versorgungssystem frühzeitiger ansetzen und Maßnahmen vorantreiben, die Pflegebedürftigkeit vermeiden und die Gesundheit fördern. Dabei muss es insbesondere darum gehen, das Fortschreiten chronischer Erkrankungen sowie das Entstehen von Multimorbidität abzubremsen. Ebenso müssen die sozialen Lebensbedingungen so gestaltet werden, dass eine unabhängige Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit möglichst lange gesichert bleibt.

Die Sektorierung und die Fokussierung des Pflegesystems auf Hilfebedürftigkeit behindern diese Funktionalität. In der Gesamtversorgung (Medizin, Pflege, Alltagshilfen) brauchen wir verbindliche und verlässliche Kooperationen und vor allem eine institutionalisierte kooperative Gesamtverantwortung.

Ressourcen- und Hilfemix/Kooperationen fördern

Wegen der mangelnden kooperativen Gesamtverantwortung werden nicht alle Möglichkeiten genutzt, Pflege zu vermeiden, die individuellen Potenziale zu erhalten und die Hilfebereitschaft im nachbarschaftlichen Raum zu sichern. Die vorhandenen Ressourcen werden nicht zielgerichtet eingesetzt und auch oft überfordert. Deshalb brauchen wir eine (Neu-)Orientierung hin zu einem Ressourcen- und Hilfemix und müssen die zur Verfügung stehenden Potenziale stärken:

- die individuellen Ressourcen durch die Förderung von Selbstbestimmung und Alltagskompetenzen mittels Rehabilitation und Prävention,
- die Ressourcen der Umgebung und der Angehörigen, damit Pflegebereitschaft und Pflegefähigkeit möglichst lange erhalten bleiben, sowie
- die Ressourcen im umgebenden Sozialraum, damit häusliche Pflege und Versorgung auch bei fehlenden familiären Hilfen möglich bleiben.

12.3 Leistungsbereiche für ein umfassendes Versorgungsangebot

Diesen Entwicklungen muss ein neuer Blick auf die Leistungsbereiche, die im Gesamtsystem der Pflege und ihres Vorfeldes in Betracht kommen, Rechnung tragen. Die heutige Generation der Älteren und (potenziell) Pflegebedürftigen hat einen weit gespannten, aber im Einzelfall sehr unterschiedlichen, mithin einen sehr individuellen und differenzierten Bedarf an Unterstützungs-, Teilhabe-, medizinischen Versorgungs- und Pflegeleistungen. Diese gehen weit über das Spektrum der Pflegeversicherung hinaus und stellen vor allem die Kommunen vor neue Herausforderungen.

Folgende Struktur- und Dienstleistungsbedarfe, die der verbindlichen Vernetzung bedürfen, werden in der heutigen Diskussion allgemein beschrieben:

- Assessment/Begutachtung der vorhandenen Potenziale der Alltagskompetenzen der Betroffenen, der Unterstützungsbedarfe der Angehörigen, der präventiven Gesundheitsleistungen, der Rehabilitationsbedürftigkeit sowie der Pflege- und Versorgungsbedarfe
- Persönliche (zugehende) Beratung mit einem die individuellen und die regionalen Ressourcen einbeziehenden und aktivierenden professionellen Case- und Care-Management
- Integrierte medizinische Versorgung, Prävention, Rehabilitation, Hilfsmiteinsatz und Koordination der Einzelleistungen, damit diese sich gegenseitig stützen und nicht behindern, sowie bei Bedarf die Sicherung einer palliativen Versorgung in der eigenen Häuslichkeit
- Vielfältige Formen neuen Wohnens, auch in gemeinschaftlichen, genossenschaftlichen und generationenübergreifenden Formen/nachbarschaftlich und

bürgerschaftlich orientierte Wohnquartiere inklusive der Sicherung technischer Unterstützungssysteme

- Haushaltsnahe Dienstleistungen (Haushaltführung, Nahrungszubereitung, Besorgungen)
- Unterstützung einer selbstbestimmten Alltagsgestaltung, insbesondere für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen (Nacht-/Tagesbegleitung, Tagesstrukturierung bei eingeschränkter Alltagskompetenz)
- Unterstützung und Ermöglichung von Mobilität
- Kulturelle und soziale Teilhabe
- Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie Entlastung pflegender Angehöriger
- Sicherheit und Grundpflege (Körperpflege, Ankleiden, Nahrungsaufnahme)
- Medizinische und pflegerische Unterstützung (Medikamenteneinnahme, Messwerte-Erfassung und -Überprüfung, Behandlungspflege auch zur Vermeidung oder Verkürzung von Klinikaufenthalten, mobile Rehabilitation u. a.)

Diese Leistungen sind zwar heute schon alle grundsätzlich verfügbar, für den Einzelnen aber nicht immer und häufig nicht rechtzeitig zugänglich. Sie sind in der Regel nicht in diesem umfassenden Spektrum sichtbar und werden – selten umfassend – unkoordiniert von einzelnen, nicht vernetzten und verbindlich kooperierenden Akteuren nach und nach festgestellt und erbracht. Dadurch entstehen verspätete Interventionen und immer größer werdende Hilfe- und Versorgungslücken mit negativen Folgewirkungen und vermeidbaren Kosten.

12.4 Planung und Steuerung einer sozialräumlich ausgerichteten Pflege- und Versorgungslandschaft

Die Pflege- und Versorgungslandschaft in Deutschland ist von historisch gewachsenen Rechtsgrundlagen geprägt, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten Antworten auf aktuelle Probleme und Herausforderungen gaben. Dabei entstanden die bekannten Zuständigkeitssysteme, beitragsfinanzierte, teils bundesunmittelbare Sozialversicherungen und steuerfinanzierte kommunale Sozialleistungen. An den Schnittstellen widersprechen und behindern sie sich inzwischen gegenseitig, nicht zuletzt wegen der sich unterschiedlich entwickelnden Institutionenlogiken. Die wettbewerbliche Orientierung des SGB XI konkurriert z. B. mit der kommunalen Planungsverantwortung für das örtliche Leben und harmoniert wenig mit der individuellen Fürsorgeorientierung der Sozialhilfe. Der Gesetzgeber hat dies zudem an einigen Stellen durch nicht am Versorgungsbedarf, sondern an Finanzblöcken orientierte diskretionäre Schnittstellen verstärkt: Es fehlt eine Rechtsgrundlage für eine planerische Gesamtverantwortung für örtlich zu erbringende Leistungen, Rechtsansprüche des Einzelnen sind nicht einheitlich (Beispiel Beratungsansprüche) und zum Teil nicht durchsetzbar, die leistungsrechtliche Koordination funktioniert in der Pflege nicht, weil sie nicht mit den Kooperationsvorschriften des SGB IX verbunden ist und es im SGB XI selbst nur unvollständige Regelungen gibt, die von keiner Aufsicht durchgesetzt werden können. Pflege-

stützpunkte sind ein begrüßenswerter Ansatz, aber noch keine ausreichende Lösung. Hinzu kommt, dass die Durchsetzungsrechte der Aufsichten zu schwach ausgebildet, praktisch auch durch die organisatorische Verknüpfung mit den Leistungsträgern eingeschränkt und dem Ziel der integrierten Versorgung rechtlich nicht verpflichtet sind.

Aber es geht nicht nur um die Kooperation der Leistungsträger. Das zweite Element ist das Verhältnis von Markt und staatlicher Steuerung. Die Gestaltung wurde zu stark an den Pflegemarkt abgegeben und die Leistungsanbieter folgen in ihrem Verhalten überwiegend den vorgegebenen gesetzlichen Schemata, den materiellen Anreizen und den wettbewerblichen Ansprüchen.

Schließlich ist der Blick auf die Impulse für den professionell-gesellschaftlichen Hilfemix zu richten. Pflege liegt heute überwiegend in der Verantwortung der Familien. Die Gefahren der Überforderung werden auf verschiedenen Wegen thematisiert und sind für keinen Verantwortlichen mehr zu übersehen. Auch wenn das erste Pflegestärkungsgesetz versucht, darauf zu reagieren: Die Unterstützung für Familien und ambulante häusliche Settings ist noch unterentwickelt. Dies ist – neben den ökonomischen Anreizen für Betreiber – ein Grund dafür, dass der Weg zur vollstationären Pflege viel früher und viel häufiger gegangen wird, als es die Betroffenen eigentlich wollen (Schaeffer und Kuhlmeiy 2012).

Pflegebedürftige und multimorbide Menschen brauchen aber zur Sicherstellung einer präventiv orientierten Gesamtversorgung in der eigenen Häuslichkeit adäquate, bedarfsgerechte Hilfen, die vorhandene Ressourcen aktivieren. Deshalb muss familiäre, ehrenamtliche und professionelle Unterstützung wirksam miteinander verbunden werden. Es sind niedrigschwellig zugängliche Versorgungsstrukturen notwendig.

Dieses System, das die vorhandenen Potenziale des Betroffenen und seines Umfeld nutzt und aktiviert sowie Medizin, Pflege und Versorgung abgestimmt zur Verfügung stellt, ist nur in einem kleinräumigen sozialen Nahraum organisierbar. Deshalb müssen die Kommunen bzw. die kommunalen Gebietskörperschaften in einer zukünftigen Pflege- und Versorgungslandschaft eine herausgehobene koordinierende und gestaltende Funktion haben.

Im Ergebnis ist aber festzustellen, dass die gegenwärtigen gesetzlichen Rahmenbedingungen belastbare Strukturen einer flächendeckenden quartiersbezogenen Pflege und Versorgung von der Prävention und Rehabilitation bis hin zur Sicherung des Wohnens unzureichend fördern. U. E. mangelt es vor allem wegen der ungeklärten Gesamtverantwortlichkeit an einer bedarfsgerechten, flächendeckenden Ausgestaltung inklusiver Sozialräume mit professioneller Beratung und Begleitung.

Die Rolle der Kommunen in regionalen, integrierten Pflege- und Versorgungslandschaften

Um eine koordinierende und gestaltende Funktion in einer regionalen, integrierten Versorgungslandschaft auszuüben, müssen Kommunen in Zukunft drei Fähigkeiten ausbilden und die rechtlichen Möglichkeiten dazu erhalten: Bedarfsplanung, Steuerung der Angebotsentwicklung sowie integrierte Beratungsleistungen.

Zur Schaffung einer regionalen, integrierten Pflege und Versorgung durch die verschiedenen Akteure werden im Wesentlichen zwei Gestaltungsvorschläge diskutiert:

- **Verpflichtendes Kooperationsmodell**

Die verschiedenen Sozialversicherungs- und Sozialleistungsträger werden unter Federführung der kommunalen Gebietskörperschaften zur gleichberechtigten Kooperation verpflichtet und müssen sich lokal ausgerichtet institutionell organisieren.

- **Modell der kommunalen Vollverantwortung**

Die kommunalen Gebietskörperschaften erhalten die alleinige Verantwortung, regionale integrierte Pflege- und Versorgungslandschaften zu gestalten und entsprechende Leistungen zu bewilligen. Die Pflege- und Krankenversicherung agiert als Zahlerin für ihre Leistungsbereiche.

Die Autoren sprechen sich für die erstgenannte Lösungsvariante eines verpflichtenden Kooperationsmodells aus. Es bietet gegenüber dem Modell der alleinigen Verantwortungsübernahme durch die Kommunen mehrere Vorteile. Zum einen ist dieser Weg eine pfadabhängige Weiterentwicklung des Pflegesystems, wie sie in der Systematik der deutschen Sozialversicherungsreformen angelegt ist, und damit anschlussfähiger. Die Umsteuerung auf eine kommunale Vollverantwortung würde dagegen zu bruchhaften Veränderungen führen, die mit großer Unsicherheit im Versorgungsgeschehen verbunden wären. Zudem ist eine regional sehr unterschiedliche Qualität des Versorgungssystems zu erwarten. Eine nicht zu gering zu schätzende Anzahl von Kommunen könnte mit der Aufgabe schlicht überfordert sein. Dies gilt es angesichts der Wichtigkeit der Aufgabe zu vermeiden.

Das Kooperationsmodell bietet zum anderen eine Reihe von Vorteilen: Die Kompetenzen und Erfahrungen der Sozialversicherungsträger werden genutzt und in die Versorgungsplanung und Steuerung eingebracht. Außerdem können die Kommunen ihren Ortsbezug einbringen und in die neue Rolle hineinwachsen.

Ein Kooperationsmodell ist schon deshalb fast zwingend notwendig, weil den Gestaltungsmöglichkeiten der jeweiligen Akteure Grenzen gesetzt sind. Den Kranken- und Pflegekassen fehlt der Ortsbezug, da die Entwicklung hin zu immer größeren regionalen und zunehmend überregionalen Einheiten geht. Sie könnten ihn allenfalls einheitlich und gemeinsam herstellen. Die Pflegestützpunkte sind ein Versuch, den fehlenden Ortsbezug auch auf der Kassenseite auszugleichen. Das mit den Interessen der Krankenversicherung zusammenhängende Wettbewerbsdenken und die damit einhergehende Beitragsatzorientierung stehen dem aber im Wege. Entscheidend dürfte sein, dass die Kassen weniger an der Gestaltung örtlicher Versorgungskonzepte als an der Organisation der Einheitlichkeit und Qualität der im SGB XI geregelten Leistungen interessiert sind. Hinzu kommt die Sektorisierung der Sozialversicherung in verschiedene Leistungssysteme (Pflege, Gesundheit), die es im Zusammenhang mit der Beitragsatzorientierung erschwert, die Fälle und die Hilfeplanung in sozialräumlichen Bezügen ganzheitlich zu sehen.

Die Kommunen stehen vor dem Problem, dass sie unterschiedlich mit Geldern ausgestattet und unterschiedlich mit Aufgaben belastet sind. Der Themenreport „Pflege 2030“ der Bertelsmann Stiftung belegt am Beispiel der Pflege eindrucksvoll, wie sehr – neben den bekannten Faktoren wirtschaftliche Lage, Arbeitslosigkeit und Steuerkraft – einzelne Sozialleistungen die kommunale Handlungsfähigkeit beeinflussen können. Das sich aus dem Prinzip der kommunalen Selbstverwaltung ergebende Recht, sachliche und finanzielle Schwerpunkte zu setzen, wird zutreffend als Stärke

des kommunalen Systems angesehen. Damit geht jedoch der Nachteil einher, dass es die „Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet“ (Art. 72 Grundgesetz) allein nicht gewährleisten kann. Ein häufig unbeachteter Stolperstein ist der Umstand, dass sich die kommunalen Aufgaben auf die Kreis- und Gemeindeebene verteilen. Ohne spezifische landesrechtliche Regulierungen gelingt die Verbindung dieser beiden Ebenen zu einem einheitlichen Konzept häufig nicht. Die Stärken der jeweiligen Akteure leiten sich daraus spiegelbildlich ab. Dies sind bei der Sozialversicherung die bundesweit oder zumindest regional einheitliche Gestaltung von Leistungsvoraussetzungen sowie Verfahren, Leistungen und Qualitätssicherung. Bei den Kommunen ist es die ortsbezogene Organisation der Hilfen.

Durch die Kooperationsverpflichtung können institutionelle Blockaden, die das Zusammenwirken der deutschen Sozialleistungsträger behindern, Schritt für Schritt überwunden werden. Das Modell der alleinigen kommunalen Gesamtverantwortung, das den skandinavischen steuerfinanzierten Systemen entlehnt ist, würde dagegen vor dem Hintergrund der deutschen sozialstaatlichen Organisation die Blockadehaltungen möglicherweise vertiefen. Zudem besteht im Kooperationsmodell die Chance, dass die notwendigen Institutionen gemeinsam von den beteiligten Akteuren finanziert werden.

In einer gesetzlich vorgeschriebenen Kooperation zwischen Kommunen und Sozialleistungsträgern müssen die folgenden drei Aufgabenbereiche verbindlich geregelt werden:

Bedarfs- und Angebotsplanung

- Einrichtung einer lokalen Versorgungs- und Planungskonferenz unter Federführung der Kommune und mit Beteiligung aller lokalen Akteure – vergleichbar den Gremien nach § 90a SGB V
- Formulierung von lokalen Eignungskriterien zur Deckung des lokalen Bedarfs bei der Zulassung von Leistungsanbietern
- Sicherstellung einer quartiersbezogenen Beratungs- und Begleitungsinfrastruktur für multimorbide und pflegebedürftige Menschen

Steuerung der Angebotsentwicklung

Um die Versorgungslandschaft bedarfsgerecht weiterzuentwickeln, braucht es konkrete Steuerungsinstrumente. An dieser Stelle nehmen wir daher zwei Vorschläge auf, die derzeit auf Länderseite diskutiert werden. Wir weisen allerdings darauf hin, dass eine konzeptionelle Ausformulierung weiterer Diskussion bedarf.

- Analog zu den Zulassungsverfahren im Gesundheitsbereich könnten mittelfristig die Kriterien für die Zulassung von Pflegeeinrichtungen und -diensten um dem Gesichtspunkte erweitert werden, ob die Einrichtungen sich für die Deckung der lokalen Bedarfe eignen, sodass eine Überversorgung im stationären Bereich und Angebote von nicht bedarfsgerechter Qualität vermieden werden können.
- Um die Versorgung besser an die lokalen Bedarfe anpassen zu können, sollte die im SGB XI bestehende Möglichkeit, Gesamtversorgungsverträge abzuschließen, von allen Beteiligten offensiv genutzt werden. Darüber hinaus muss auch im Rahmen dieser Verträge das Zusammenwirken medizinischer und pflegerischer Versorgung verbessert werden, mit dem Ziel, innovative, integrierte Versorgungsangebote zu schaffen.

Koordinierte individuelle Versorgungsplanung

- Sicherstellung der individuellen Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen
- Eine Gesamtverantwortung für das frühzeitige gemeinsame Assessment, das Case- und Care-Management und die Versorgungsplanung
- Gemeinsame Feststellung des gesamten Hilfebedarfs der betroffenen Personen
- Eindeutige Zuständigkeiten zur Koordinierung ineinandergreifender, abgestimmter Leistungsentscheidungen im Einzelfall
- Prüfung der Übertragung von weiteren Leistungsansprüchen, bei denen ein enger Zusammenhang mit der Gestaltung des inklusiven Sozialraums besteht bzw. erforderlich ist, in die Zuständigkeit der Kommunen (z. B. Rechtsansprüche auf Altenhilfe und Hilfe zur Weiterführung des Haushalts)

Eine solche Aufgabenwahrnehmung erfordert sozialrechtliche Rahmenbedingungen, die von den Bundes- und Landesgesetzgebern geschaffen werden müssten. Diese umfassen folgende Regelungsbereiche:

- Verpflichtung der jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaft zu einer barrierefreien und sozialen Quartiersgestaltung
- Entsprechende Verpflichtung der beteiligten Sozialversicherungs- und Sozialleistungsträger zur verbindlichen Kooperation
- Gewährleistung eines umfassenden Zugangs zu versorgungsrelevanten Daten – z. B. der Sozialleistungsträger – für die lokalen Versorgungs- und Planungskonferenzen
- Schaffung eines Initiativrechts zum Abschluss von Verträgen über integrierte medizinische, pflegerische und rehabilitative Versorgung
- Erstattung der Kosten pflegevermeidender bzw. -mindernder Rehabilitation durch die Pflegekassen an die Krankenkassen
- Finanzierung der gesamten Behandlungspflege in stationären Einrichtungen durch die Krankenversicherung
- Schaffung eines eigenständigen Rechtsanspruchs auf präventive Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit (z. B. präventiver Hausbesuch)

Die Aufgaben der Sozialleistungsträger sollten allgemein im SGB I und konkret als Pflichtaufgaben in den jeweiligen sozialrechtlichen Vorschriften gefasst werden. In diesen Leistungsgesetzen sollten auch die Rechtsansprüche der Betroffenen verankert werden. Um die Koordination rechtlich verbindlich zu machen, müssen die Pflegekassen in die Kooperationsvorschriften des SGB IX aufgenommen werden, wobei diese Vorschriften gleichzeitig weiterentwickelt werden müssen.

12.5 Ausblick

Mit einem solchen sozialrechtlichen und institutionellen Versorgungsmodell kann die Sackgasse, in die das heute stark institutionen- und trägerzentrierte Pflegesystem zu geraten droht, vermieden werden. Es geht darum, mittelfristig für die Betroffenen integrierte und bedarfsgerechte Versorgungslösungen aus einer Hand bereit-

stellen zu können, die einem zeitgemäßen Versorgungsauftrag entsprechen. Damit werden der oder die Betroffene und seine Bedarfe wieder ins Zentrum des Leistungsgeschehens gerückt. Außerdem geht es darum, den inklusiven Sozialraum als Gestaltungsraum für die Kommunen zurückzugewinnen. Es ist zu hoffen, dass die beteiligten Akteure die Kraft finden, diesen Schritt einer echten Versorgungsinnovation gemeinsam mit den betroffenen Bürgerinnen und Bürgern gestalten.

Literatur

- Engelmann D, Gohde J, Künzel G, Schmidt S. Gute Pflege vor Ort. Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter. Bonn 2013.
- Hackmann T, Müller D, Steiner M, Thiessen J. Pflege vor Ort gestalten und verantworten. Konzept für ein Regionales Pflegebudget. Gütersloh 2014.
- Hoberg R, Klie T, Künzel G. Strukturreform Pflege und Teilhabe. AGP – Alter. Gesundheit. Partizipation. Institut für angewandte Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg. November 2013.
- Schaeffer D, Kuhlmei A. Neue Modelle für die pflegerische Versorgung alter Menschen – Herausforderungen in der ambulanten Pflege. In: Günster C, Klose J, Schmacke N. Versorgungs-Report 2012. Stuttgart: Schattauer 2012; 177–92.

Teil II

Praxisbeispiele

(Kapitel 13–18)

This page intentionally left blank

13 Senioren-Wohngemeinschaften – Pflege im kleinen Kreis

Thomas Hommel

Ein Rentner und vier Rentnerinnen in einer Wohnung – geht das gut? Ja, es geht, wie das Beispiel einer ambulant betreuten Senioren-Wohngemeinschaft in Berlin zeigt. Als Alternative zum Heim genießen solche WGs großen Zulauf. Aus Sicht von Experten eine gute Entwicklung – vorausgesetzt die Qualität der Pflege stimmt.

Friedbert Sailer*, 84 Jahre alt, beherrscht Brettspiele wie ein Großmeister, schreibt gerne Gedichte, ist Frühaufsteher, löst kleine wie große Kreuzworträtsel, kocht Kartoffeln und kauft auch mal Zierblumen für den Wohnzimmerschrank zu Hause ein. Vorzugsweise künstliche, die sind leichter zu pflegen. Zu Hause – das ist für Herrn Sailer eine ambulant betreute Senioren-Wohngemeinschaft im Stadtbezirk Mahlsdorf im Nordosten Berlins, etwa zehn Kilometer entfernt vom Alexanderplatz und ein paar Straßenbahn-Haltestellen weit weg von der beschaulichen Köpenicker Altstadt. Vor gut zwei Jahren zog der 84-Jährige in die Wohngemeinschaft, nachdem seine Frau gestorben war und er nicht im Heim leben wollte. Die Senioren-WG des gemeinnützigen Vereins „Kleeblatt – Selbstbestimmt im Alter“ teilt er sich mit vier Frauen: Käthe Bauer* (91), Edith Spahn* (86), Brigitte Sellering* (77) und Rita Maurer* (76).

Halma in der Küche

Die Wohnung liegt im ersten Obergeschoss eines Neubaus. Auf 200 Quadratmetern bietet die Wohnung jedem Bewohner ein eigenes 20 Quadratmeter großes Zimmer mit Duschbad und Notrufschnur. Alle Zimmer gehen von einem Gemeinschaftsraum mit offener Küche und Essplatz ab. Außerdem gibt es einen Balkon, ein Wannenbad mit Waschmaschinenanschluss sowie eine Abstellkammer für Staubsauger, Wäscheständer und Krimskrams. Alle Zimmer verfügen über Fußbodenheizung sowie Telefon- und Fernsehanschluss. Zusammen geht man ins Kino oder besucht eine Theateraufführung. Am Küchentisch, hinter dem ein mit Öl gemalter Watzmann von der Wand hinunterschaut, spielt man Halma, feiert mit viel Geschnack runde Geburtstage, backt Plätzchen und schaut abends fern.

„Gruppenzwang gibt es nicht“, sagt Ina Schlicke. Die 45-Jährige hat 2009 zusammen mit Freunden den Verein „Kleeblatt“ aus der Taufe gehoben und die Wohngemeinschaft in Mahlsdorf gegründet. In der Wohngemeinschaft „Kleeblatt“ organisiert Ina Schlicke, was zu organisieren ist. Sie ist Hauptmieterin der Wohnung. Mit dem Eigentümer des Hauses hat sie „zum Zwecke einer Wohngemeinschaft“ einen Mietvertrag geschlossen. Die fünf Bewohner wiederum haben einen Mietvertrag mit ihr unterschrieben und zahlen je knapp 600 Euro Miete monatlich. Jeder Bewohner kauft sich individuell die ihm zustehenden Pflegeleistungen ein und

* Die Namen der Bewohner der Senioren-Wohngemeinschaft „Kleeblatt“ wurden geändert.

rechnet sie anschließend mit seiner Pflegekasse ab. In die Haushaltskasse zahlt jeder monatlich 150 Euro. Verwaltet wird der Gemeinschaftstopf von den Bewohnern.

Keine einheitliche Definition

Ganz neu ist die Wohnform, bei der sich anstelle von Studenten Senioren Herd und Kühlschrank teilen, nicht. Bereits seit den 1980er Jahren haben sich in Deutschland – wie in vielen anderen westlichen Gesellschaften – immer mehr Versorgungsformen für pflegebedürftige ältere Menschen herausgebildet, die einen Lebensabend in einer möglichst „häuslichen“ Umgebung mit alltagsnahen Ritualen ermöglichen sollen. Zu diesen Wohnformen zählen auch ambulant betreute Wohngemeinschaften, die sich seit Mitte der 1990er Jahre verstärkt etabliert haben – zunächst und vor allem in Berlin, dann fast im gesamten Bundesgebiet.

Mit einer einheitlichen Definition tun sich Experten wie Gesetzgeber bis heute schwer. Verständigt hat man sich in etwa auf folgende Umschreibung: Bei einer Senioren-Wohngemeinschaft handelt es sich in der Regel um eine Gemeinschaft von mehreren Pflegebedürftigen in einer Wohnung, in der jeder sowohl seine eigene Häuslichkeit in den eigenen vier Wänden als auch das Zusammensein mit den anderen Bewohnern in Gemeinschaftsräumen leben kann. Zumeist wohnen dort sechs bis acht, mitunter auch mal zehn alte Menschen mit unterschiedlichem Pflege- und Versorgungsbedarf zusammen. Selbst für Patienten, die eine sehr aufwendige Pflege benötigen – wie beispielsweise beatmete oder intensivpflegebedürftige Menschen – gibt es mittlerweile Wohngemeinschaften, in denen spezialisierte Pflegedienste auf der Grundlage von Verträgen mit den Krankenkassen die Pflege übernehmen dürfen.

Hinzu kommen weitere charakteristische Merkmale. So darf etwa ein ambulanter Pflegedienst nicht gleichzeitig Vermieter der Wohnung und Erbringer der Pflegeleistungen sein, die von den Bewohnern beansprucht werden. Vermieter können gemeinnützige Vereine wie „Kleeblatt“, aber auch Wohnungsgesellschaften oder -genossenschaften sowie private Anbieter sein, die möglichst barrierefreie und vor allem große Wohnungen anbieten. Der Mietvertrag mit dem Bewohner einer Senioren-WG muss unabhängig von den Verträgen zu Betreuungs- und Pflegeleistungen geschlossen sein. Außerdem muss die Wahlfreiheit des Bewohners bezüglich seines Pflege- oder Betreuungsanbieters sichergestellt sein. Das heißt im Klartext: Der Vermieter darf nicht vorschreiben, wo sich der Pflegebedürftige Pflegeleistungen einkauft. Die Leistungen der Pflegedienste in der Wohngemeinschaft wiederum unterliegen den üblichen Vorgaben der gesetzlichen Pflege- sowie gegebenenfalls der gesetzlichen Krankenversicherung und der Hilfe zur Pflege nach dem Sozialhilferecht.

Als übergeordnete Ziele oder gesundheitsbezogene Outcomes einer Versorgung in betreuten Senioren-WGs beschreibt die Fachliteratur neben der Vermeidung von Heimunterbringung und einer höheren Lebensqualität vor allem den Erhalt motorischer und kognitiver Ressourcen sowie weniger Rückzug, Apathie und Depression im Alter. Als positiv für das in den Wohngemeinschaften eingesetzte Pflegepersonal sowie für pflegende Angehörige wird zumeist hervorgehoben, dass sich bei der Versorgung einer überschaubaren Gruppe von Pflegebedürftigen Burnout-Symptome und Anzeichen körperlicher sowie seelischer Überforderung besser vermeiden ließen.

Wenig Zahlen, kaum Daten

Genaue Angaben darüber, wie viele Senioren-Wohngemeinschaften mit wie vielen Bewohnern es in Deutschland gibt und nach welchen Qualitätsstandards sie betreut werden, gibt es bislang kaum. „In der Gesamtschau wird deutlich, dass die in den 1990er Jahren einsetzende Entwicklung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften bisher kaum verwertbares Wissen über Anzahl, Strukturen, Versorgungsprozesse und Versorgungsergebnisse dieser alternativen Wohnform hervorgebracht hat“, sagt Dr. Eckart Schnabel, Leiter der Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband. Das sei die eigentliche Achillesferse der Alten-WG, meint der Experte. „Uns fehlt noch immer eine verlässliche Datenbasis zur Ist-Situation ambulant betreuter Wohngemeinschaften.“

Die bis dato umfangreichste Expertise zur Situation von Alten-Wohngemeinschaften in Deutschland hat 2012 ein Forscherteam um die Berliner Diplom-Statistikerin und Gesundheitsexpertin Professor Dr. Karin Wolf-Ostermann vorgelegt. Die Ergebnisse lesen sich teilweise ernüchternd. Zwar stellen die Wissenschaftler fest, dass sich die Senioren-Wohngemeinschaft im Verlauf der vergangenen Jahre „von einem nur vereinzelt vorhandenen Versorgungsangebot mit Modellcharakter hin zu einem breit bekannten Angebot“ entwickelt habe, das in der Regelversorgung angekommen sei. Zudem habe mittlerweile der überwiegende Teil der 16 Bundesländer seine Gesetzgebungskompetenz in Anspruch genommen und mit eigenen Regularien auch für betreute Wohnformen das bis 2006 geltende Bundesheimgesetz abgelöst. Alle Landesgesetze verfolgten dabei das Ziel, hilfe- und pflegebedürftigen Personen größtmögliche Lebensqualität zu ermöglichen, was auch für die Bewohner von Senioren-Wohngemeinschaften gelte.

Gleichwohl werde häufig mit zweierlei Maß gemessen: Während trägergesteuerte und fremdbestimmte Wohnformen gewissen ordnungsrechtlichen Vorgaben unterliegen, würden selbstbestimmte Wohngemeinschaften überwiegend als „privates Wohnen“ gewertet und blieben aufsichtsfrei und damit losgelöst von Qualitätsanforderungen. Nur in Bayern werde in Form von Regelprüfungen sichergestellt, dass qualitative Anforderungen eingehalten werden. Immerhin: In mehr als der Hälfte aller Bundesländer seien selbstbestimmte Wohngemeinschaften zumindest „anzeigepflichtig“.

Teils nicht meldepflichtig

Als Defizit machen die Wissenschaftler auch die fehlende Datenbasis aus, die Auskunft über die genaue Zahl der vorhandenen betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz geben könnte. Eine Erfassung dieser Angaben im Rahmen der Bundespflegestatistik finde derzeit nicht statt und sei nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes auch nicht geplant. Die ermittelten Zahlen seien daher Dunkelziffern, die eher eine „Untergrenze“ der tatsächlich existierenden Wohngemeinschaften und der dort zur Verfügung stehenden Versorgungsplätze markierten. Auszugehen ist laut Studie von Wolf-Ostermann von bundesweit mindestens 1420 ambulant betreuten Senioren-WGs mit rund 10600 Betreuungsplätzen. Die regionale Verteilung schwankt beträchtlich. Berlin zählt um die 465 Wohngemeinschaften, Nordrhein-Westfalen um die 163, in Hessen sind es ganze 14.

Deutlich wird auch, dass Senioren-Wohngemeinschaften beim direkten Vergleich mit den mehr als 11 000 Heimen noch immer ein Schattendasein fristen. Rein

rechnerisch kommen laut Studie auf einen Heimplatz im Schnitt 2,8, auf einen WG-Platz dagegen 221 Pflegebedürftige. Derzeit reichen die vorhandenen Plätze in betreuten Wohngemeinschaften lediglich für ein halbes Prozent aller Menschen mit Pflegebedarf aus. Wollte man die Versorgung in den WGs beispielsweise auf ein Prozent aller Senioren mit Pflegebedarf erhöhen, müsste sich die Anzahl der Wohngemeinschaften in etwa verdoppeln, so die Forscher. Bei einem Versorgungsgrad von zehn Prozent entspräche dies sogar einem bundesweiten Bedarf von rund 30 000 ambulant betreuten Wohngemeinschaften mit durchschnittlich acht Betreuungsplätzen.

Qualität ist Gebot der Stunde

Kranken- und Pflegekassen sehen in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften eine sinnvolle Ergänzung des bisherigen Versorgungsangebots. Pflegebedürftige wollten eben so lange wie möglich zu Hause gepflegt werden. Um diesen Bedarf zu bedienen, müssten wohnortnahe Betreuungs-, Pflege- und Alltagsdienstleistungen ausgebaut und neue Wohnformen gefördert werden. Wohnungen seien wenn möglich altersgerecht umzubauen. Wohngemeinschaften seien ein Baustein in einer Reihe von Angeboten. Neben Selbstbestimmung liegt älteren und pflegebedürftigen Menschen aber auch das Thema Sicherheit und Qualität am Herzen. Daher drängen die Pflegekassen auf verlässliche Daten, wie es um die Qualität in betreuten Senioren-Wohngemeinschaften steht. Auch für diese spezielle Wohnform im Alter hätten möglichst einheitliche Standards zu gelten.

Reform sorgt für neuen Schub

Das seit Januar 2015 geltende Pflegestärkungsgesetz I stärkt die Senioren-Wohngemeinschaften als alternative Wohnform im Alter. So steigt der Wohngruppenzuschlag, den Pflegebedürftige aus der Pflegeversicherung erhalten, wenn sie eine Pflegekraft in einer ambulant betreuten Wohngruppe mit mindestens drei Pflegebedürftigen beschäftigen, auf 205 Euro pro Monat. Außerdem gibt es eine Anschubfinanzierung – bis zu 2 500 Euro je Pflegebedürftigen, maximal 10 000 Euro insgesamt je Wohngruppe – für die Gründung einer ambulant betreuten Pflege-Wohngruppe, die einfacher in Anspruch genommen werden kann. Diese Leistungen stehen auch Personen in der so genannten Pflegestufe 0 – insbesondere Demenzkranken – zur Verfügung. Obendrein ist der Zuschuss für Umbaumaßnahmen deutlich aufgestockt worden. Wohngruppen können jetzt bis zu 16 000 Euro erhalten. „Das“, zeigt sich das bei der Reform federführende Bundesgesundheitsministerium überzeugt, „hilft auch den neuen Wohnformen.“

14 Bremer Heimstiftung – alt werden im vertrauten Viertel

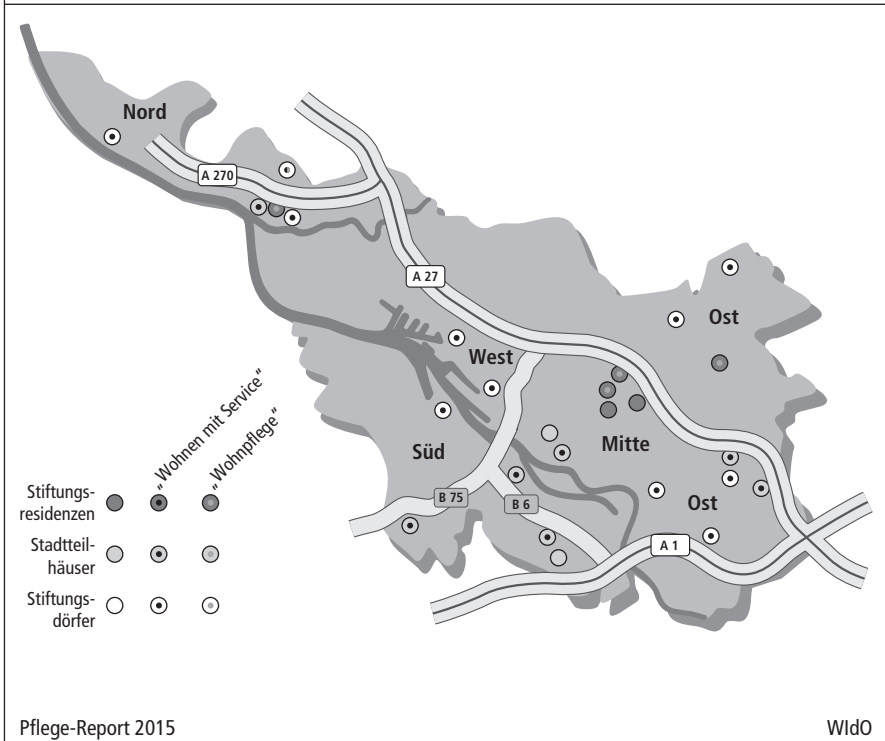
Antje Sörensen

Die Bremer Heimstiftung hat seit den 1990er Jahren eine Vielzahl unterschiedlicher Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten entwickelt, die es den rund 3 000 Bewohnern ermöglichen sollen, auch im Alter möglichst eigenständig und selbstbestimmt in ihrem gewohnten Stadtteil und den eigenen vier Wänden zu leben. Eine wichtige Rolle spielt dabei die enge Einbindung in das jeweilige Quartier.

Die Angebote der Bremer Heimstiftung richten sich an ältere Menschen, die entweder nicht mehr ohne Unterstützung auskommen oder sich mehr Gesellschaft wünschen. Die meisten Mieter und Bewohner sind über 60, die ältesten über 100 Jahre alt. Mit 26 Standorten, die sich über das gesamte Stadtgebiet verteilen, ist die Bremer Heimstiftung in fast jedem Stadtteil präsent (Abbildung 14–1). Als größter

Abbildung 14–1

**In der ganzen Stadt vertreten:
Die Bremer Heimstiftung ist 26 mal in Bremen präsent**



Altenhilfeträger Bremens hält sie 726 Langzeit-, 73 Kurzzeit- und 196 Tagespflegeplätze bereit, dazu 221 Plätze in Pflege-Wohngemeinschaften oder Wohnpflegen, 30 Plätze in Wohngruppen für gerontopsychiatrisch und Alzheimer-Erkrankte sowie eine Hausgemeinschaft für 15 Menschen mit Multipler Sklerose.

Außerdem stehen 670 Wohnappartements und 991 sogenannte Wohnungen mit Service in Größen zwischen 25 und 120 Quadratmetern zur Verfügung. 782 dieser Wohnungen sind frei finanziert, das heißt, die Mieter tragen die Kosten für Miete, Grundservice und Betriebskosten selbst. Der Grundservice umfasst unter anderem einen rund um die Uhr erreichbaren Notruf, eine Erstversorgung im Notfall und die Organisation anschließender Hilfen. 209 Wohnungen an acht Stiftungsstandorten sind über einen Wohnberechtigungsschein („B-Schein“) zu beziehen. Möglich ist dies in einigen Häusern auch aufgrund von Kooperationen mit öffentlichen Wohnungsbaugesellschaften. Auf diese Weise können auch ältere Menschen, die von geringeren Einkommen oder sogar von Grundsicherung leben, an den Konzepten der Bremer Heimstiftung teilhaben.

Die Angebote verteilen sich in unterschiedlicher Mischung auf die einzelnen Standorte, die wiederum drei verschiedene Profile aufweisen: Die sogenannten Stadtteilhäuser liegen „mittendrin“ in quirligen, innerstädtischen Quartieren, Stiftungsresidenzen bieten einen gehobenen Wohnstil in bevorzugten Wohnlagen und die Stiftungsdörfer, in ruhigeren Vierteln am Stadtrand gelegen, vereinen neben den Wohnungen weitere Nutzer wie zum Beispiel Kindergärten, Volkshochschulen, Restaurants oder Beratungsstellen unter ihrem Dach.

Eine Stiftung für die Stadt

Die Bremer Heimstiftung ist eine Stiftung nach dem Privatrecht. Sie besteht seit 1953, als der Senat der Stadt alle stadtbremischen Seniorenheime unter dem Dach einer gemeinnützigen Stiftung zusammenfasste. Das Stiftungskapital beträgt 7,8 Millionen Euro, der Jahresumsatz rund 75 und die Bilanzsumme rund 200 Millionen Euro. Zur „Unternehmensfamilie“ der Stiftung gehört inzwischen eine ganze Reihe von teils gemeinnützigen GmbHs, die unter anderem ambulante und stationäre Pflegeleistungen erbringen oder hauswirtschaftliche Dienstleistungen anbieten. Hinzu kommen eine Schule für Altenpflege, eine Fachschule für Physiotherapie und ab 2015 eine Fachschule für Ergotherapie.

Insgesamt beschäftigt die Bremer Heimstiftung, die für ihre familienfreundliche Personalpolitik bereits mehrfach das Zertifikat „berufundfamilie“ der Hertie Stiftung erhielt, rund 2000 Mitarbeiter, überwiegend in den Bereichen Pflege und Hauswirtschaft. Außerdem engagieren sich dort rund 625 Menschen ehrenamtlich, darunter auch zahlreiche Bewohner, die beispielsweise Veranstaltungen organisieren oder Nachbarschaftshilfe leisten.

Gemeinsam geht es besser

Zum Grundkonzept der Bremer Heimstiftung gehört eine möglichst umfassende und vielfältige Einbindung der einzelnen Standorte in ihr jeweiliges städtisches Umfeld. „Wir verstehen unsere Häuser als Stadtteilzentren, in denen die Menschen, die hier wohnen, deren Angehörige, Freunde, Nachbarn oder Ehrenamtliche den Alltag gemeinsam gestalten“, erläutert der Vorstandsvorsitzende Alexander Künzel. Senioren sollen in ihrem Quartier älter werden, am Geschehen teilhaben und sich

ihren Fähigkeiten entsprechend einbringen können. So übt beispielsweise Horst Bertleit, ein 86-jähriger Mieter aus dem „Haus im Viertel“ der Stiftung, morgens mit Kindern aus dem benachbarten Montessori-Kinderhaus auf dem Hof das richtige Verhalten im Straßenverkehr. Das macht er ehrenamtlich, als Nachbarschaftsdienst.

„Das ist ein schönes Beispiel für das, wonach wir streben“, sagt Alexander Künzel. „Wir favorisieren einen Mix aus ambulanter und stationärer Versorgung, eine Atmosphäre, in der sich sowohl Profis von staatlicher Seite als auch aus der Altenhilfe-Branche und Bürger aller Generationen oder Kulturen gerne engagieren.“ Um das zu erreichen, setzt sich die Stiftung für den Ausbau alternativer Wohn- und Betreuungsformen ein, orientiert sich am Grundsatz „ambulant vor stationär“ und initiiert und pflegt die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichsten Institutionen und Einrichtungen nach der Devise: Kooperation geht vor Eigenleistung.

Wohnen mit Service

Wie erfolgreich dieser Weg ist, zeigt sich unter anderem daran, dass das „Haus im Viertel“ als Modellprojekt des bundesweiten Netzwerkes „Soziales neu gestalten“ (SONG) ausgewählt wurde, das sich für das Gemeinwohl einsetzt. Das Stadtteilhaus liegt im lebendigen Stadtteil Steintor, nahe der Bremer Innenstadt. Auf dem Gelände befinden sich neben 90 Wohnungen mit Service auch eine Pflege-Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz, eine Wohngruppe für jüngere Menschen mit Behinderung, der Pflegedienst „Paritätische Dienste“, die Bremer Volkshochschule, das Montessori-Kinderhaus im Viertel e. V., das Deutsche Rote Kreuz und das budhistische Zentrum „Soka Gakkai“ sowie die Gaststätte „Altes Fundamt“.

Beim „Wohnen mit Service“ leben die Mieter eigenständig und selbstbestimmt in barrierefreien und mit einem rund um die Uhr erreichbaren Notruf ausgestatteten Wohnungen. Im Grundservice enthalten sind regelmäßige Sprechzeiten, die Vermittlung von Dienstleistungen sowie die Beratung und Hilfestellung bei Anträgen und der Organisation von Alltagshilfen. Hinzu kommt die Information über quartiersnahe Dienstleistungen oder Angebote. Im sogenannten Wahlservice können die Mieter gegen Entgelt zusätzliche Angebote wie Wohnungs-, Fenster- und Wäschereinigung, Mittagstisch oder je nach Standort auch Services wie Frühstück und Abendessen, Fußpflege, Frisör, Massage oder physikalische Therapie nutzen.

Die Hausleiterin, die sich als Gemeinwesenarbeiterin versteht und wie alle Hausleitungen der Stiftung entsprechend weitergebildet ist, informiert, berät und stellt Kontakte her. Doch die Initiative geht von den Mietern und den Nachbarn im Quartier aus. Im „Haus im Viertel“ kamen auf diese Weise unter anderem Ausstellungen und Konzerte, ein Theaterbesuchskreis, eine Geschichtswerkstatt, Kunstsalon und Hauszeitung sowie eine Yogagruppe zustande. Die Angebote und Dienstleistungen im Haus stehen auch allen Bewohnern des umliegenden Viertels offen.

Aufgrund der unterschiedlichen Infrastrukturen gleicht kein Standort dem anderen. So verfügt das Stiftungsdorf im Stadtteil Gröpelingen, wo etwa jeder vierte Einwohner einer anderen Nationalität angehört, über 59 Wohnungen mit Service und ein interkulturelles Seniorenwohnhaus mit 14 Wohnungen für Senioren anderer Kulturen. Außerdem sind an diesem Standort auch das Zentrum für Migranten und Interkulturelle Studien e. V. (ZIS) und die Kontaktstelle für ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen aktiv.

Lösungen für verschiedene Lebensmodelle

Im Idealfall sollen alte Menschen bis an ihr Lebensende in ihrer angestammten Umgebung bleiben können – zu Hause oder in der Bremer Heimstiftung. An einigen Standorten besteht daher die Möglichkeit, dass sich ein Ehepartner im Wohnen mit Service einmietet, während der pflegebedürftige Partner in einer der Hausgemeinschaften der Langzeitpflege nebenan gepflegt wird.

Eine weitere Lösung für ältere Menschen, die zum Beispiel aufgrund einer Demenz mehr Pflege und Begleitung benötigen, sind die fünf Wohnpflegen der Bremer Heimstiftung, die 2013 eingeführt wurden und jeweils in eines der Häuser eingebunden sind. Hier verfügen die Bewohner über ein eigenes Appartement, kombiniert mit einer offenen Wohnküche und Gesellschaftsräumen. Mehrere Fachkräfte aus Pflege und Hauswirtschaft begleiten durch den Tag, auch nachts ist für einen Ansprechpartner gesorgt. Im Vordergrund steht die weitestgehend individuelle Ansprache jedes Bewohners. Ein spätes Frühstück, ein Gang an die frische Luft oder ein Gesellschaftsspiel, all das ist möglich. Der Personalschlüssel liegt je nach Größe der Gruppe um bis zu ein Drittel höher. Das erlaubt neben einer an den persönlichen Fähigkeiten orientierten Pflege ein abwechslungsreiches Tagesprogramm mit Literaturkreis, Gedächtnistraining, Singen und Tanzen – Anregungen von Bewohnern oder Angehörigen sind gern gesehen.

Wer in eine Wohnpflege einzieht, zahlt Miete und Betriebskosten für sein Appartement und die Nutzung der gemeinschaftlichen Räumlichkeiten. Ergänzt wird dies um einen Betrag für Wahlleistungen wie Verpflegung, Wäsche- oder Wohnungsreinigung. Je nach Lebenssituation des Mieters kommen Aufwendungen für die Betreuung hinzu, für die unter Umständen Leistungen nach Paragraf 45b SGB XI (zusätzliche Betreuungsleistungen) bei der Pflegekasse beantragt werden können. Leistungen aus dem Bereich Pflege rechnet die Stiftung entsprechend den Pflegestufen I–III mit den Pflegekassen direkt ab.

Weil die vielfältigen Möglichkeiten der Unterstützung nicht leicht zu durchschauen sind, bietet die Stiftung in ihrem Kundenzentrum kostenfreie und unverbindliche Beratungen an. Letztlich, da ist sich Alexander Künzel, der Vorstandsvorsitzende sicher, spiegle das vielfältige Angebot den wachsenden Wunsch älterer Menschen nach Individualität, dem die Stiftung auch künftig mit innovativen Konzepten Rechnung tragen will. „Als Stiftung können wir dazu einen entscheidenden Vorteil nutzen“, so Künzel. „Da wir „nur“ eine „schwarze Null“ schreiben müssen, können wir die eine oder andere zusätzliche Investition für die Entwicklung solcher Konzepte tätigen.“

15 **Ambulant betreute Wohngemeinschaften**

Ein Beispiel aus den Berliner Stadtteilen Schöneberg und Charlottenburg

Günter Meyer

Die Grundidee ambulant betreuter Wohngemeinschaften ist es, pflegebedürftigen Menschen ein Leben inmitten einer funktionierenden Nachbarschaft zu ermöglichen. Dafür bieten sich in den Berliner Stadtteilen Schöneberg und Charlottenburg besonders klassische Altbauwohnungen an. Hier, mitten im traditionellen Kiez, versorgt die Pflegestation Meyer Kratzsch GmbH Co KG in vier ambulant betreuten Wohngemeinschaften Menschen mit Demenz. Bereits spezialisiert auf Psychiatrie und Gerontopsychiatrie, haben wir neben den herkömmlichen SGB-V- und SGB-XI-Verträgen noch einen psychiatrischen Zusatzvertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen. Aufgrund dieser Spezialisierung versorgen wir grundsätzlich nur in Wohngemeinschaften mit dem Schwerpunkt Demenz, d.h. alle Bewohner haben diese Diagnose und daneben oft weitere psychiatrische Begleiterkrankungen. Es ist dadurch möglich, dass im Falle entsprechender Krisen jederzeit eine psychiatrisch geschulte Fachpflegekraft die Situation auffangen und steuern könnte, ebenso sind die eingesetzten Mitarbeiter mit einer gerontopsychiatrischen Basisqualifikation ausgestattet und damit in der Lage, bestimmte Anforderungen der psycho-sozialen Betreuung ganz gezielt umzusetzen.

Geborgenheit in der Wohngemeinschaft

In Anlehnung an den Person-zentrierten Ansatz von Tom Kitwood sollen in der Wohngemeinschaft vor allem Bedürfnisse wie Trost erfahren wollen, Verlangen nach Bindung, Verlangen nach Einbindung, sinnvoll beschäftigt sein wollen oder auch Verlangen nach Identität in der alltäglichen Versorgung erkannt und befriedigt werden. Dies lässt sich nur mithilfe bestimmter Kommunikations- und Umgangsformen erreichen, beispielsweise indem der Bewohner durch verbale und nonverbale Ausdrucksformen als Person anerkannt wird oder bei allen Handlungen und Aktivitäten die Wünsche und Vorstellungen der Bewohner erfragt bzw. erforscht werden. Wichtig für dieses Konzept ist es auch, einen Raum zu schaffen, der so etwas wie psychische Sicherheit gibt. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass ganz besonders in den Altbauwohnungen mit Hilfe einer milieugerechten Einrichtung große Geborgenheit für die Bewohner geschaffen werden konnte.

Grundsätzlich gelten für alle Wohngemeinschaften folgende Prämissen: Miet- und Pflegevertrag müssen unabhängig voneinander geschlossen werden, jeder Bewohner muss über ein eigenes Zimmer verfügen, das Gemeinschaftsleben sollte in einer großen Wohnküche gelebt werden können, ebenso sollten ausreichend Badezimmer vorhanden sein und die Bewohner die Wohnung auch mit dem Rollstuhl erreichen können. Diese Vorgaben lassen sich natürlich in Neubauten meist besser

realisieren, dennoch können auch die klassischen Altbauwohnungen mit den notwendigen Standards ausgestattet werden. Mit Hilfe der Gelder für Wohnraumanpassung von der Pflegekasse können Mieter ihre Wohnung nach individuellen Bedürfnissen senioren- und pflegegerecht ausbauen lassen: Schwellen können weitestgehend beseitigt, Duschen ebenerdig eingebaut, Toiletten erhöht und mit zusätzlichen Haltgriffen ausgestattet werden. Wichtig ist allerdings ein behutsamer Eingriff, damit der ursprüngliche Charme nicht zerstört wird. Vor allem Menschen, die auch zuvor schon in der Nachbarschaft gewohnt haben, möchten oft weiterhin in ihrem Kiez bleiben. Hier ist der Wunsch, in einer Altbauwohnung zu leben, so groß, dass viele sich gezielt für eine solche Wohngemeinschaft entscheiden und die damit verbundene architektonische Erbschaft gerne akzeptieren.

Beim Betreten der Wohnung spürt man sofort das Flair des klassischen Bürgerturns, der leicht knarrende Parkettboden erinnert an die vorherige eigene Wohnung, die alten Badezimmer erscheinen vertraut und die ungleichen Zimmergrößen torpedieren jedweden Ansatz eines sterilen Charakters. In der Regel haben die Wohngemeinschaften eine Größe von sechs bis acht Bewohnern. Im Zentrum des Alltags, der meist in der im „Berliner Zimmer“ der Altbauwohnungen untergebrachten Wohnküche stattfindet, wird gemeinsam gekocht, gespeist und gespielt. Für den Klienten soll sowohl die individuelle Privatsphäre als auch eine kommunikative Gemeinschaft erlebbar sein, unter Einbezug von mitgebrachten Möbelstücken und Erinnerungsgegenständen lässt sich eine bewusste Milieugestaltung vornehmen, um dem Gefühl der Entwurzelung entgegenzuwirken.

Individuelle Bedürfnisse werden beachtet

Durch Biographiearbeit und unter Berücksichtigung „alter Gewohnheiten“ soll z. B. auch der Spaziergang im benachbarten Park, der tägliche Mittagsschlaf oder der regelmäßige Gottesdienstbesuch weitestgehend beibehalten werden. Auch ein Langschläfer sollte beispielsweise zu einem späteren Zeitpunkt frühstücken und entsprechend sein Mittagessen später einnehmen können. Wichtig ist es also, eine individuelle Tagesstruktur zu erarbeiten und diese auch zu ermöglichen. Mit Hilfe der Angehörigen werden vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten ermittelt, um aktivierende Pflege zu ermöglichen. Auch verschüttete Ressourcen gilt es wieder zu entdecken und in den Alltag zu integrieren.

In allen Wohngemeinschaften werden die Klienten (entsprechend ihren Fähigkeiten, Vorlieben und Wünschen) beim Zubereiten der Mahlzeiten, der Verrichtung von Hausarbeiten und beim Einkaufen einbezogen. Das Wohnen im Herzen eines Stadtteils macht den morgendlichen Gang zum Bäcker oder den gemeinsamen Besuch auf dem Wochenmarkt zur Selbstverständlichkeit und lebenspraktische Fertigkeiten können so lange wie möglich erhalten werden.

Die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen können durch die kleinteilige Gruppenstruktur besser beobachtet und damit gezielt in die tägliche Arbeit der Pflegekräfte eingebunden werden. Dabei sind diese immer wieder neu herausgefordert, eine Balance zwischen dem Ermöglichen größtmöglicher Autonomie und der notwendigen Fürsorge für den Klienten zu finden. Es obliegt dem beauftragten Pflegedienst in besonderem Maße, diese Fürsorge angemessen als eine ethische Herausforderung umzusetzen. Vor diesem Hintergrund ist die regelmäßige Evaluation von Pflege und Betreuung notwendig, deren Assessment die

Notwendigkeit einer medizinischen und therapeutischen Behandlung miteinschließt.

Sicherstellung von medizinischen und therapeutischen Maßnahmen

Das Leben von pflegebedürftigen Menschen in einer ambulant betreuten WG erfordert nicht nur eine pflegerische und hauswirtschaftliche Rund-um-die-Uhr-Versorgung, sondern auch die Sicherstellung von medizinischen und therapeutischen Maßnahmen. Dazu zählen die Behandlungspflege nach SGB V und die Umsetzung therapeutischer Anwendungen wie z. B. Physio-, Ergo-, Logo-, Kunst- oder Musiktherapie. Gerade bei demenziell erkrankten Menschen beobachtet man zumeist Veränderungen im Bewegungsverhalten und damit verbunden eine sukzessive Verschlechterung der Motorik. Um das damit einhergehende Sturzrisiko zu verringern, wird gezielt Physiotherapie eingesetzt. Und es zeigt sich, wie wichtig die Einbettung zusätzlicher Therapien ist, denn diese degenerativen Prozesse können aufgehalten und partielle Erfolge erreicht werden. Auch Ergotherapie zielt auf eine Verbesserung der motorischen Fähigkeiten; hier stehen die im Alltag notwendigen Handlungen im Vordergrund, die zu verrichten das sog. ADL(Activities of daily living)-Training therapeutisch unterstützen und stärken soll. Solche Maßnahmen haben dann den größten Effekt, wenn die Pflegekräfte aktiv eingebunden werden und kleine Anwendungen sowie Aufgaben im pflegerischen Alltag integrieren können.

Einen Sonderstatus nehmen die Musik- und die Kunsttherapeuten ein. Ihre gezielten Anwendungen bewirken nicht nur eine sichtbare Verbesserung der Fähigkeiten, sondern sie tragen auch zur atmosphärischen Aufhellung in Wohngemeinschaften bei. Da diese Therapien nicht zu den definierten Krankenkassenleistungen zählen, müssen sie privat finanziert werden. Einen Umweg gehen einige Pflegedienste über die Schiene der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45 SGB XI. Hierüber lässt sich der Einsatz dieser Fachleute finanzieren, wenn sie darüber hinaus keine therapeutischen Sitzungen anbieten. Auch andere Therapieformen (Aroma-, Validations- und Reminiszenztherapie, das Snoezelen) könnten als zusätzliche Betreuungsleistungen in Wohngemeinschaften integriert werden. Grundsätzlich gilt die Maxime, die Bedürfnisse der Betroffenen individuell zu erfassen und ein entsprechendes Angebot zusammenzustellen.

Die Bedingungen der eigenen Häuslichkeit, infolge derer die Pflegedienste und Therapeuten stets das Hausrecht der Bewohner zu wahren und lediglich einen Gaststatus in den ambulant betreuten WG inne haben, bestimmen den Grad der qualitativen Umsetzung medizinischer und therapeutischer Maßnahmen. Es zählt zu der grundlegenden Philosophie dieser Versorgungsform, Rechte und Pflichten neu zu verteilen und den Betroffenen ein Leben in größtmöglicher Normalität zu ermöglichen. Diese haben grundsätzlich Wahlfreiheit und bestimmen nicht nur, von welchem Pflegedienst, sondern auch, von welchem Therapeuten sie versorgt werden wollen. Dieser Autonomiestatus muss grundsätzlich als das qualitativ wesentliche Kennzeichen einer ambulant betreuten WG betrachtet werden. Auch durch die Trennung von Miet- und Pflegevertrag ist es möglich geworden, den Dienstleistungscharakter der pflegerischen und therapeutischen Angebote stärker in den Vordergrund zu rücken und aus dem passiven Patienten einen aktiven Kunden zu machen.

Konfessionelle Integration

Zu unserem ganzheitlichen Anspruch zählt auch die konfessionelle Integration und damit verbunden die Möglichkeit für die Klienten, in den jeweiligen religiösen Gemeinden eingebettet zu bleiben. Unsere Pflegekräfte müssen in der Lage sein, angefangen bei den täglichen Mahlzeiten bis hin zu verschiedenen Vorstellungen über Hygiene, die verschiedenen Aspekte der Religionen zu berücksichtigen. Außerdem verfügen wir über ein entsprechendes Netzwerk, um passende Seelsorger und Geistliche vermitteln zu können. In Charlottenburg ist besonders die Zusammenarbeit mit der jüdischen und in Schöneberg mit der muslimischen Gemeinde notwendig.

Alternative zu Pflegeheimen

Wohngemeinschaften bieten Menschen mit Demenz und deren Angehörigen eine wichtige und gute Alternative zur stationären Versorgung, wobei sie nicht als Gegensatz sondern als eine sinnvolle Ergänzung in einer sich zunehmend plural gestaltenden Welt betrachtet werden sollten. In Berlin werden sie alle über die Leistungskomplexe 19 im SGB XI und 38 im SGB XII finanziert; normalerweise entsteht ein Finanzierungsmix aus Pflegeversicherung, Sozialamt und privatem Eigenanteil. Die Sozialarbeiter des Pflegedienstes sind in der Lage, während eines Beratungsgesprächs die Höhe des Eigenanteils zu berechnen und damit die finanziellen Belastungen zu beziffern.

16 Die Sonnweid – Beziehung und Lebensraum sind wichtiger als Konzepte

Martin Mühlegg

Sonnweid das Heim bietet Lebensraum für 155 Menschen mit Demenz. Die Institution in der Nähe von Zürich hat so viele Pflegemodelle wie Bewohner. Sie richtet ihr tägliches Handeln konsequent nach den Bedürfnissen der Menschen, die ihr anvertraut sind – und schafft damit einen Rahmen, der geprägt ist von Wertschätzung, Normalität und Leichtigkeit.

Sonnweid das Heim in Wetzikon hat sich Mitte der 1980er-Jahre auf die Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz spezialisiert. Die Institution bietet in verschiedenen Wohnformen Raum für 155 stationäre Bewohner. In vier Wohngruppen leben Menschen im frühen und mittleren Stadium einer Demenz. Manche von ihnen beteiligen sich an Haushaltsarbeiten wie kochen, einkaufen oder waschen. In neun Betreuungs- und Pflegegruppen leben Menschen mit schwerer Demenz. Diese Stationen sind spezialisiert auf die Reduktion von Verhaltensstörungen. Alle Türen sind offen, damit die Bewohnerinnen und Bewohner sich frei bewegen, andere Abteilungen besuchen oder in den großen Garten gehen können. Die Pflegeoasen bieten Raum für Menschen mit schwerer Demenz und hoher Pflegebedürftigkeit. Dieses Pflegemodell basiert auf der Beobachtung, dass viele Menschen im sehr fortgeschrittenen Stadium den Kontakt zu anderen Menschen suchen. Die Tag/Nacht-Station entlastet betreuende Angehörige mit Kurz- und Ferienaufenthalten.

Das Areal der Sonnweid liegt am Stadtrand von Wetzikon zwischen Wohn- und Landwirtschaftszone. Es umfasst vier miteinander verbundene Haupthäuser und eine Villa. Hinzu kommt eine externe Wohngemeinschaft. Große Gärten und Terrassen bieten schöne Aussichten auf die benachbarten Wiesen und Wälder. Seit 30 Jahren ist der Ethiker und Pflegefachmann Michael Schmieder operativer Leiter der Sonnweid.

Zur Sonnweid AG, die in Privatbesitz ist, gehört neben dem Heim die Ausbildungs- und Beratungsinstitution Sonnweid der Campus. Diese vermittelt in der Praxis erprobtes Demenz-Wissen an Dritte. Das Spektrum der Kurse reicht von Demenz-Grundwissen über einführende Kommunikation, Ethik und Ausdrucksformen bis hin zu Aggressionsmanagement. Sonnweid die Stiftung initiiert mittels Informationsarbeit und kulturellen Projekten den öffentlichen Diskurs über Demenz. Sie finanziert geeignete Pflegeplätze für Menschen mit Demenz und beschränkten Mitteln.

Beziehung leben

Vor allem im späten Stadium der Krankheit werden Menschen mit Demenz im Alltag stets mit ihren Defiziten konfrontiert. Dies kann ihr Leben traurig und langweilig machen. Die Aufgabe der Sonnweid ist es, diesen Menschen Schutz und Zuwen-

dung, Gemeinschaft und Sicherheit zu geben. Die Sonnweid ist ein Ort gelebter Beziehungen zwischen gleichwertigen Menschen. Hier begegnen sich alle auf Augenhöhe. Die Mitarbeitenden der Sonnweid unterscheiden nicht zwischen ihrer Realität und jener von Menschen mit Demenz. Damit schaffen sie einen Rahmen, der geprägt ist von Normalität und Leichtigkeit.

Betreuung und Pflege

Jeder Mensch ist einzigartig und hat seine individuellen Bedürfnisse. Dies hat einen großen Einfluss auf den Betreuungsalltag und erfordert von den Mitarbeitenden Kreativität und Flexibilität. Die Mitarbeitenden beobachten die Bewohner aufmerksam, nehmen ihre individuellen Bedürfnisse wahr und richten ihr Handeln nach ihren Wünschen. Dadurch bekommt jeder Bewohner sein eigenes Betreuungsmodell. Die Arbeit der Ärzte unterstützt die Haltung. Das Ethikkonzept hilft, schwierige Fragen gemeinsam zu diskutieren und zu tragfähigen Lösungen zu gelangen.

Offener Lebensraum und Tagesrhythmus

Bewegung, speziell das Gehen, ist bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz eine wichtige Ressource, die es zu fördern gilt. Auch die sehr unterschiedlichen Essens- und Schlafrhythmen der Bewohner gilt es zu berücksichtigen. Großzügig gestaltete Räume, offene Türen, ein großer Garten und Kunst am Bau bilden ein Umfeld, in dem sich Menschen mit Demenz wohlfühlen können. Der Tagesrhythmus der Institution richtet sich nach den Bedürfnissen der einzelnen Bewohner. Bewohner, die während der (herkömmlichen) Essenszeiten nur kurz oder gar nicht am Esstisch sitzen mögen, können sich frei bewegen und sich von überall im Haus bereitstehenden Häppchentellern verpflegen. Grundsätzlich steht Lebensqualität vor Ernährungslehre: Wer kein Gemüse mag, bekommt auch Kuchen oder Gummibärchen.

Angehörige sind Teil der Sonnweid

Der Aufenthalt in der Sonnweid soll auch von den Angehörigen positiv erlebt werden. Das Zusammenwirken von Angehörigen und der Sonnweid hat immer zum Ziel, die Bewohner ihren Weg gehen zu lassen. Die Mitarbeitenden der Sonnweid unterstützen die Angehörigen auf ihrem eigenen Weg der Betreuung, geben Beistand und informieren. Die verschiedenen Wohnformen erlauben es, Menschen mit Demenz in der zu ihnen passenden Weise zu betreuen. Die dafür notwendigen Entscheidungen werden unter Einbezug der Beteiligten getroffen.

Haltung statt Diplome

Die Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz erfordert Wissen. Doch Wissen allein macht aber noch keine guten Betreuenden. Wichtiger ist die Haltung: Die insgesamt 280 Mitarbeitenden sollen die Bewohner als Partner sehen, mit denen sie während der Arbeit eine Gemeinschaft bilden und denen sie mehr als nur das Notwendige zur Verfügung stellen: menschliches Angenommensein, Fachwissen in der Arbeit und die Möglichkeit, Teil der Gemeinschaft zu sein. Alle Mitarbeitenden leisten ihren Beitrag dazu, dass Menschen mit Demenz in der Sonnweid in Würde ihren individuellen Weg gehen können.

Damit die Mitarbeitenden ihrer anspruchsvollen Arbeit nachgehen können, erhalten sie das notwendige Repertoire an Instrumenten. Mitarbeitende mit wenig

Fachwissen können über interne Ausbildungen ihre Kompetenz erhöhen. In der Betreuung und Pflege haben rund 60 Prozent der Beschäftigten eine der folgenden Fachausbildungen: Fachfrau/Fachmann Gesundheit (FAGE), Fachfrau/Fachmann Betreuung (FABE), Krankenpfleger/in DN1 (dreijährige Ausbildung) und DN2 (vierjährige Ausbildung), Krankenpfleger/in AKP, Psychiatrie-Krankenpfleger/in, Diplom-Pflegefachfrau/Pflegefachmann HF (Höhere Fachschule), Assistent/in Gesundheit und Soziales, Pflegehilfe mit SRK-Kurs (Schweizerisches Rotes Kreuz). Die Sonnweid fördert neben der fachlichen Ausbildung die Entwicklung der Persönlichkeit, gemäß der Überzeugung, dass Menschen an ihren Aufgaben wachsen können.

Die Sonnweid strebt danach, mit ihren Mitarbeitenden einen langen, von gegenseitigem Vertrauen geprägten Weg zu gehen. Dies bedingt einen fairen Lohn, den Zugang zu Bildungsangeboten und eine ressourcenorientierte Führungsphilosophie. Die Mitarbeitenden in der Betreuung und Pflege arbeiten fast ausschließlich Teilzeit, weil es sich um eine sehr anspruchsvolle Aufgabe handelt, die Ausgleich braucht. Innerhalb eines gewissen Rahmens können sie in den verschiedenen Abteilungen ihre Arbeitszeitmodelle selbst bestimmen. Es gibt in den meisten Abteilungen „Normaldienste“ (etwa von 7 bis 16 oder von 8 bis 17 Uhr) und geteilte Dienste (nur morgens, nur abends oder mit einer langen Mittagspause).

Management mit Qualität statt Qualitätsmanagement

Damit Innovation, Kreativität und Flexibilität im Alltag gelebt werden können, verzichtet die Sonnweid auf lange Entscheidungswege, aufwendiges Qualitätsmanagement und komplizierte Strukturen. Damit schafft sie jenen Rahmen, der sie zu einer der innovativsten und besten Institutionen auf ihrem Gebiet gemacht hat. Die Sonnweid stößt selbst Entwicklungen an, anstatt ihnen zu folgen. Die Mitarbeitenden hinterfragen Gewohntes, entwickeln neue Strategien und Konzepte und suchen auf der Grundlage des großen Wissens und Erfahrungsschatzes nach neuen und situativ angepassten Wegen der Betreuung. Wir sehen unser Heim nicht als letzte Möglichkeit, wenn andere die Betreuung nicht mehr bewältigen können. Unser Heim ist eine Form der Betreuung und Pflege, die im Gesamtangebot für Menschen mit Demenz eine wichtige Rolle spielt.

Finanzierung

Die finanziellen Rahmenbedingungen in der Langzeitpflege sind in der Schweiz anders geregelt als in Deutschland. Es gibt keine eigentliche Pflegeversicherung – die Krankenversicherung und die Kommunen übernehmen aber bis zu 93 Prozent der Pflegekosten. Die Betreuung, Unterkunft und Verpflegung gehen zulasten der Betroffenen und ihrer nächsten Angehörigen. Das Einkommen aus Alters- und Hinterbliebenenrente (AHV) und Pensionskasse reicht in der Regel hierfür nicht aus. Deshalb werden die Betroffenen mit Hilflosenentschädigung, die allen zusteht, unterstützt. Wenn das Vermögen zur Deckung der weiteren Kosten nicht ausreicht, erhalten sie von der AHV Ergänzungsleistungen.

Das große und gute Angebot der Sonnweid erweckt den Anschein, es handle sich um ein Luxus-Resort für Gutbetuchte. Dies ist aber nicht der Fall. Der Heimaufenthalt kostet monatlich insgesamt 7 500 (geringe Pflegebedürftigkeit) bis 12 000 Franken (sehr hohe Pflegebedürftigkeit). Damit liegt die Sonnweid leicht über dem

schweizerischen Durchschnitt. Möglich ist dies wegen der schlanken Strukturen und eines weitsichtigen Eigentümers.

Ein Problem im Schweizer Finanzierungsmodell ist die Betreuung. Die mit einer Demenz einhergehenden Verhaltensstörungen erfordern teilweise einen hohen Betreuungsaufwand (Einzelbetreuung, Aktivierung und anderes mehr). Dieser wird aber weder von der Versicherung noch vom Staat bezahlt, sondern auf die Betroffenen oder die Institution abgewälzt. Damit setzt das System falsche Anreize (zum Beispiel medikamentöse Sedierung statt Aktivierung). Die Sonnweid hat diesen Anreizen immer widerstanden – auch, weil dem Eigentümer René Boucard und dem Leiter Michael Schmieder die Lebensqualität der Bewohner wichtiger ist als die Rendite.

Das Know-how kommt aus der Erfahrung in der Praxis

Was in den vergangenen drei Jahrzehnten in der Sonnweid entstanden ist, basiert auf praktischer Erfahrung. Unter der Leitung von Michael Schmieder haben die Mitarbeitenden immer wieder neue Ansätze in Betreuung und Pflege ausprobiert. Wenn die Erfahrungen positiv waren, wurden die neuen Modelle weiter gepflegt und optimiert. Einige von ihnen sind in Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern und Forschern auf ihre Wirksamkeit geprüft worden – und werden mittlerweile von vielen Institutionen kopiert, etwa Wohngemeinschaften und Pflegeoasen. Sonnweid das Heim ermöglicht auch – oft in Zusammenarbeit mit Sonnweid die Stiftung – Projekte, die die Lebensqualität von Menschen mit Demenz verbessern können.

17 Das Quartiersprojekt „Goethe15sen.“ in Kassel

Ulrike Mengel-Müller, Sandra Möller, Martin Müller

Seit 2011 bauen die Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft mbH Hessen (GWH) und die Diakoniestationen der Evangelischen Kirche der Stadt Kassel gGmbH gemeinsam das Quartiers- und Wohnprojekt „Goethe15sen.“ auf, das älteren Menschen auch bei zunehmender Hilfsbedürftigkeit einen Verbleib im häuslichen Umfeld ermöglichen soll. Ziel der Kooperationspartner ist es, barrierearmen Wohnraum für Senioren zu schaffen, in dem Selbständigkeit und Versorgungssicherheit sowie ein Leben in einer sozial integrierenden Nachbarschaft gewährleistet sind. Neben Wohnangeboten sollen auf kleinräumiger Ebene für alle Generationen soziale Angebote eingerichtet, Begegnungsräume und Freizeitmöglichkeiten geschaffen werden. Ziel ist es, Menschen mit Unterstützungsbedarf in Verbindung mit Familien und ehrenamtlich Tätigen ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben im Quartier Goethe15sen. zu ermöglichen, sie beim Erhalt ihrer sozialen Kontakte vor Ort zu unterstützen und ihre Lebensqualität zu stärken.

Konkret umgesetzt wird dieses Konzept in einem mehrgeschossigen Gebäude der Gemeinnützigen Wohnungsgesellschaft mbH Hessen (GWH). Das Hochhaus Goethestraße 15 wurde 1955 erbaut und verfügt über 11 Stockwerke mit insgesamt 71 Wohneinheiten, davon 21 mit 58 Quadratmetern Wohnfläche ohne Balkon sowie 50 mit 33 Quadratmetern Wohnfläche mit Balkon.

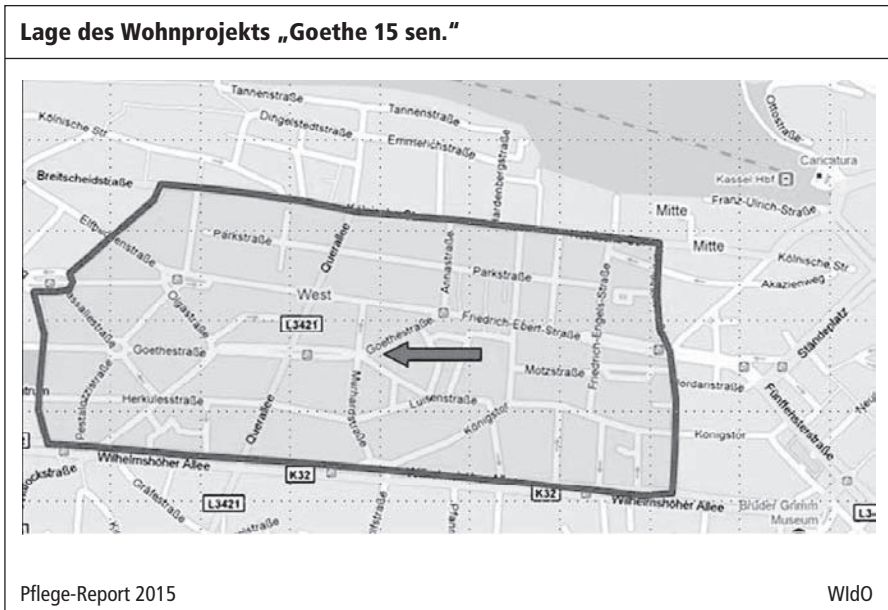
Zug um Zug seniorengerecht

Stück für Stück wird das Gebäude an die Bedürfnisse älterer Mieter angepasst. Freiwerdende Wohnungen werden vor der Neuvermietung barrierearm umgebaut und bevorzugt an ältere Menschen vergeben. Bisher sind 25 Wohnungen entsprechend umgebaut und neu vermietet worden. Auch die Verkehrsflächen und der Eingangsbereich des Hauses wurden barrierefrei umgestaltet. Die Altersstruktur der insgesamt 73 Hausbewohner ist sehr gemischt, da das Quartiersprojekt sukzessive in vermietetem Wohnraum verwirklicht wird.

Neben den barrierearmen Wohnungen bilden drei zentrale Elemente die Basis des Quartiersprojekts „Goethe15sen.“: Im Erdgeschoss hat die Diakoniestationen Kassel gGmbH ein Büro eingerichtet. Die Mieter der barrierearmen Wohnungen und des umliegenden Quartiers können flexibel auf die Leistungen des Pflegedienstes zurückgreifen. Neben dem Büro des Pflegedienstes liegt der „GoetheSalon“. Dieser Gemeinschaftsraum mit geräumiger Küche und anschließender Terrasse dient als Begegnungsstätte für die Bewohnerinnen und Bewohner des Hauses, des Quartiers und der Umgebung. Der Nachbarschaftstreff kann in veranstaltungsfreien Zeiten auch privat angemietet und beispielsweise für Familienfeiern genutzt werden. Auf der gleichen Ebene befindet sich außerdem das Hausmeisterbüro des Vermieters.

Die Initiatoren des Projekts sind zum einen die GWH Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft mbH Hessen, ein führendes Unternehmen der Wohnungswirt-

Abbildung 17–1



schaft in Hessen mit einem großen Wohnungsbestand in annähernd allen Kasseler Stadtteilen, und zum anderen die Diakoniestationen der Evangelischen Kirche der Stadt Kassel gGmbH, der größte Anbieter häuslicher Alten- und Krankenpflege in der Region Kassel.

Mitten im Leben

Das Haus liegt im Vorderen Westen, einem Stadtteil Kassels, der durch seine zentrale, innenstadtnahe Lage eine hohe Attraktivität genießt (vgl. Abbildung 17–1). Er weist eine dichte, zumeist mehrgeschossige Bebauung mit einer sehr hohen Bewoherndichte auf. Die gute Infrastruktur umfasst zahlreiche Einkaufsmöglichkeiten, aber auch Ärzte und Therapeuten in fußläufiger Entfernung. Straßenbahnhaltestellen in unmittelbarer Nähe gewährleisten die Anbindung an das Netz des öffentlichen Nah- und Fernverkehrs. Der Standort des Wohnprojekts „Goethe15sen.“ mit dem Nachbarschaftstreff und dem Büro des Pflegedienstes befindet sich im Zentrum des zu versorgenden Wohnquartiers.

Versorgung nach Maß

Die Zahl älterer und pflegebedürftiger Menschen und die Anzahl von Ein-Personen-Haushalten steigen, während die Leistungsfähigkeit von familiären Hilfesystemen abnimmt. Gleichzeitig möchte ein Großteil der Senioren auch bei Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit in ihrem häuslichen Umfeld verbleiben. Je besser die Wohnungswirtschaft ihre Immobilien an die Bedürfnisse älterer Menschen anpasst, desto länger können ihre Kunden im häuslichen Umfeld versorgt werden. Das ermöglicht die Fortsetzung von oft langjährigen Mietverhältnissen, die von besonderer Bedeutung

für die Wohnungswirtschaft sind. Auch zukunftsorientiert agierende ambulante Pflegeunternehmen wie die Diakoniestationen Kassel haben die Bedeutung des Themas Wohnen mit den Teilaspekten Wohnungsausstattung (Barrierefreiheit) und Ermöglichen sozialer Teilhabe (Infrastruktur, sozial-kommunikative Angebote im Quartier) als Aktions- und Gestaltungsfeld in Sozialräumen für sich erkannt.

Erfolgsfaktoren des Quartiersprojekts sind der barrierearme Umbau der Wohnungen mit breiteren Türen und bodengleicher Dusche, der zentral gelegene „GoetheSalon“ als Begegnungsstätte und der vor Ort präsente Pflegedienst. Eine beim Pflegedienst angestellte Quartiersbeauftragte steht als feste Ansprechpartnerin zu den normalen Büroöffnungszeiten für alle Fragen rund um Pflege, Hilfen im Haushalt und ehrenamtliches Engagement im Quartier zur Verfügung. Die Bewohner kennen die Mitarbeiterin und können sich jederzeit an sie wenden.

Vom Pflegebüro im Erdgeschoss aus werden sowohl die Bewohner des Hauses als auch des umliegenden Quartiers mit haushaltsnahen Dienstleistungen und Pflegeleistungen versorgt. Das 16-köpfige Pflegeteam vor Ort kann zeitnah und flexibel reagieren und die Versorgung erfolgt ohne lange Anfahrtswege. Die Pflegefachkräfte (meist Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger) sind teils in Vollzeit, teils in Teilzeit von 15 bis 35 Wochenstunden in Früh- und Spätschicht beschäftigt. Für die Hausbewohner sind in der Regel stets dieselben zwei Hauswirtschafts- und zwei bis drei Pflegekräfte zuständig. Das schafft Nähe und Vertrauen. Bei Bedarf kann zusätzlich ein Hausnotrufsystem installiert werden, mit dem eine 24-Stunden-Rufbereitschaft gewährleistet ist.

Ende 2014 nahmen elf Mieter aus den 25 Seniorenwohnungen mehr oder weniger regelmäßig Hilfe in Anspruch: Von gelegentlicher Unterstützung, etwa Wohnung hüten im Urlaub, bis zur Hilfe beim Duschen und Anziehen, von der Insulingabe bis zur Beratung zum Pflegegeld. Stark nachgefragt wird auch hauswirtschaftliche Unterstützung. Im Unterschied zu anderen Formen des Betreuten Wohnens wird in diesem Quartiersprojekt für die Bereitstellung der Infrastruktur keine Betreuungspauschale erhoben. Die Hilfen werden nach Bedarf individuell zusammengestellt und nur die tatsächlich erbrachten in Rechnung gestellt. Auch besteht keine vertragliche Bindung an das Pflegeteam vor Ort, die Bewohner können den Pflegeanbieter frei wählen.

Auf gute Nachbarschaft

Die Quartiersbeauftragte fördert, insbesondere im Rahmen des Nachbarschaftstreffs im Erdgeschoss, ehrenamtliches Engagement, baut ein Netzwerk von Nachbarschaftshilfe auf und etabliert gemeinschaftliche Aktivitäten. Alle Bewohner des Hauses sowie des umliegenden Quartiers können den Nachbarschaftstreff als Raum der Begegnung nutzen. Zusammen mit neun ehrenamtlichen Kräften werden unter anderem ein gemeinsamer Mittagstisch, ein Kaffeetreff und Spielnachmittage angeboten. Die Angebote im Nachbarschaftstreff tragen zur Tagesstrukturierung bei, aktivieren und fördern ein unterstützendes Miteinander der Bewohner.

Die Kosten für den Umbau der Wohnungen werden von der Wohnungsgesellschaft GWH getragen und auf den Mietpreis umgelegt. Die erhöhten Kosten sind vom örtlichen Sozialhilfeträger anerkannt und werden für anspruchsberechtigte Bewohner von Transferleistungen übernommen. Die Diakoniestationen gGmbH ist Mieterin der Büroräume und Arbeitgeber der Quartiersbeauftragten, deren Stelle sie

nach Auslaufen einer Startförderung aus Eigenmitteln finanziert. Die Wohnungsgesellschaft stellt die Räume und die Einrichtung des Nachbarschaftstreffs bereit, während die Verbrauchskosten sowie die Mieteinnahmen aus privater Nutzung je zur Hälfte zwischen den Kooperationspartnern aufgeteilt werden.

Überwiegend positive Erfahrungen

Als sehr förderlich hat es sich erwiesen, die Fachdezernate der Kommunalpolitik und die politisch Verantwortlichen in Parteien und Stadtparlament frühzeitig einzubinden. Ohne deren nachdrückliche Unterstützung wäre etwa die Anhebung der Mietobergrenzen beim Sozialhilfeträger für dieses Projekt nicht oder nur schwer durchsetzbar gewesen. Uns war es ein wichtiges Anliegen, alle Bevölkerungsgruppen ansprechen zu können, unabhängig von deren Einkommenssituation.

Förderlich und langfristig auch notwendig wäre jedoch eine gesonderte Leistungsvereinbarung zur nachhaltigen Finanzierung der besonderen Aufwendungen für das Quartiersmanagement, das die Förderung des Ehrenamtes und der Selbsthilfe im Quartier ermöglicht und derzeit aus Eigenmitteln der Diakoniestationen finanziert wird. Ohne eine klare und verlässliche Finanzierung dieser Aufgaben ist weder die Wohnungswirtschaft noch der Pflegedienst in der Lage, das Quartiersmanagement in der erforderlichen Qualität und Quantität vorzuhalten.

Ein wichtiger Faktor ist die Identifikation der handelnden Personen mit dem Projekt. Diese müssen insbesondere auch die jeweiligen Interessen des jeweils anderen Kooperationspartners im Blick haben, etwa bei der Vermietung. Während der Vermieter Interesse an einer schnellen Neuvermietung bei einem freiem Bestand hat, ist dem Pflegedienst in erster Linie an einem speziellen Mieterprofil gelegen. Als hilfreich hat sich hier erwiesen, dass ein auf vier Wochen limitiertes Vorschlagsrechts des Pflegedienstes für die Neuvermietung vereinbart wurde.

Für den Pflegedienst ist es äußerst wichtig, seinen Mitarbeitenden den Quartiersgedanken mit seinen sozialräumlichen Aspekten nahezubringen. Die Bereitschaft und Fähigkeit, auch in informellen Strukturen professionell zu agieren, muss geschult und entwickelt werden.

Derzeit laufen Vorüberlegungen für ein weiteres Projekt dieser Art, in das die konkreten Erfahrungen aus dem ersten einfließen sollen, um „Kinderkrankheiten“ – etwa das Fehlen einer direkten Verbindung zwischen dem Büro des Pflegedienstes und dem Nachbarschaftstreff – zu vermeiden.

18 Die Modellprogramme zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – Impulse für Praxis und Forschung

Eckart Schnabel und Christiane Eifert

Abstract

Mit der 2010 eingerichteten Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband soll sichergestellt werden, dass innovative Ansätze, Modelle und Interventionen in der Pflege im Rahmen der verschiedenen Modellprogramme auf ihre Wirksamkeit überprüft und wissenschaftlich abgesichert werden. Der Beitrag gibt zunächst einen Überblick über Ziele, Aufgaben und das Forschungsverständnis der Forschungsstelle Pflegeversicherung. Anschließend werden relevante Arbeitsfelder und -schwerpunkte aus den laufenden Modellprogrammen vorgestellt und die sich daraus ergebenden Impulse für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung skizziert.

With the establishment of the “Forschungsstelle Pflegeversicherung” (long-term care research center) in 2010, the National Association of SHI Funds aims at ensuring that innovative approaches, models and interventions in nursing care in the context of various model programs are reviewed for their effectiveness and scientifically evaluated. The paper first gives an overview of the objectives, tasks and research approach of the research center. Subsequently, it describes relevant fields of work and priorities from the current model programs and outlines the resulting impetus for the further development of long-term care in Germany.

18.1 Einleitung

Eine der zentralen sozialpolitischen Herausforderungen unserer Gesellschaft ist es, die Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen sicherzustellen und in ihrer Qualität zu verbessern. Hierzu müssen bestehende Versorgungskonzepte und Pflegearrangements kontinuierlich weiterentwickelt, neue konzipiert und erprobt werden. Mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz von 2002 wurde ein Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Absatz 3 Sozialgesetzbuch (SGB) XI geschaffen. Dieses Programm wurde zunächst von der Koordinierungsstelle der Spitzenverbände der Pflegekassen umgesetzt und ging 2008 an den neu gegründeten GKV-Spitzenverband über. Hier wurde für diese Aufgabe Ende des Jahres 2010 eine Forschungsstelle eingerichtet, um das Modellprogramm

insgesamt und in diesem Zusammenhang insbesondere die wissenschaftliche Begleitung der Projekte weiter aufzuwerten, damit neue Modelle und innovative Interventionen in der Pflege auf ihre Wirksamkeit hin überprüft und empirisch abgesichert werden. Dieser Anspruch spiegelt sich ebenso in den weiteren Modellprogrammen wider, die von der Forschungsstelle Pflegeversicherung verantwortet werden: Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz kamen 2013 das Modellvorhaben gemäß § 45f SGB XI zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen und das Modellvorhaben gemäß § 125 SGB XI zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste hinzu. Im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI, auf das im Weiteren näher eingegangen wird, werden seit 2002 eine Vielzahl von Projekten gefördert, die zentrale Entwicklungen und Innovation in der Pflegeversicherung mit vorbereitet oder begleitet haben, wie etwa die wissenschaftlichen Vorarbeiten und derzeit laufenden Projekte zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zeigen. Diese Projekte illustrieren auch den hohen Stellenwert von Forschung, Entwicklung und modellhafter Erprobung für die Vorbereitung und Entwicklung von Innovationen in der Gesundheits- und Pflegeversorgung und deren Umsetzung.

18.2 Ziele, Aufgaben und Forschungsverständnis

Die systematische Aufarbeitung des Forschungsstandes und die aufmerksame Beobachtung staatlicher Forschungsförderung ermöglichen es der Forschungsstelle Pflegeversicherung, mit ihrem Modellprogramm in diagnostizierte Leerstellen vorzustoßen und so gezielt fachlich wie wissenschaftlich fundiert zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen beizutragen. Neben den Erkenntnissen aus der Pflegewissenschaft fließen in die Ausgestaltung des Modellprogramms gemäß § 8 Absatz 3 SGB XI und der Modellvorhaben gemäß § 45f und 125 SGB XI auch Erfahrungen und Anregungen aus der Pflegepraxis ein.

Im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3 SGB XI liegt der Schwerpunkt auf drei Forschungsrichtungen und -zugängen, die kurz skizziert werden. Ihre Ausrichtung ergibt sich zum einen aus der spezifischen Praxisorientierung des Modellprogramms auf der Basis der gesetzlichen Grundlage und sich zum anderen aus der Analyse relevanter Forschungstrends und -erfordernisse in der Pflege und ihrer entsprechenden Profilierung für das Modellprogramm.

a) *Förderung von Innovationen und Modellen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen*

Es werden Projekte gefördert, die – ausgehend etwa von manifesten Versorgungsproblemen in der Praxis – innovative Versorgungsmodelle oder Interventionen erproben und evaluieren. Diese Projekte können aus innovativen Ideen und Ansätzen in der Praxis entstehen oder auch aus wissenschaftlichen Fragestellungen und Impulsen hervorgehen.

b) *Pflegerische Versorgungsforschung*

In der pflegerischen Versorgungsforschung werden Pflege und Versorgung unter den gegebenen Rahmenbedingungen analysiert und ihre Wirkung unter anderem auf die Pflege- und Lebensqualität von pflegebedürftigen Menschen unter-

sucht. Ausgehend von der Erkenntnis, dass die Bewertung von Outcomes, etwa im Bereich der Lebensqualität, nicht ohne die entsprechende Berücksichtigung der Nutzerperspektive möglich ist, nimmt die Patienten-/Nutzerorientierung dabei einen zunehmend wichtiger werdenden Stellenwert ein. Auch die sozioökonomische Betrachtung von Aufwand und Ergebnis ist Gegenstand der Versorgungsforschung.

c) *Systemforschung*

Vor dem Hintergrund sich ändernder Rahmenbedingungen, sowohl in der Gesellschaft als auch in der Gesundheits- und Pflegeversorgung, sind immer wieder Fragen zu klären, die sich auf die Ausgestaltung des Pflegesystems beziehen. Diese Fragen können die Flexibilisierung von Pflegeleistungen betreffen (beispielsweise Budgets in der Pflegeversicherung) wie die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“. Sie können auch auf das Verhältnis des SGB XI zu anderen Leistungsgesetzen zielen mit Blick auf die zukünftige Ausgestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung.

Die Ausführungen zu den drei Forschungsrichtungen verdeutlichen, dass der Praxis- und Anwendungsbezug bei der vorgenommenen Schwerpunktsetzung in den verschiedenen Bereichen im Vordergrund steht. Die Ergebnisse der geförderten Projekte sollen konkrete und messbare Outcomes enthalten und auf dieser Basis zu Vorschlägen führen, die wiederum die Pflegeversicherung und die Versorgung Pflegebedürftiger in ihren unterschiedlichen Facetten weiterentwickeln.

Diese Orientierung reflektiert einen jüngeren Trend, denn im Rahmen des allgemeinen Professionalisierungsprozesses haben vielfältige Aktivitäten in der Forschung zur Pflege zwar die Anzahl von Projekten sehr gesteigert, die wünschenswerte Umsetzung in die Praxis der Pflegeversorgung hat jedoch nicht hinreichend stattgefunden: Neues Wissen, aktuelle Befunde sowie der anerkannte Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse finden sich häufig nicht hinreichend in der Praxis wieder oder gelangen erst mit langer Verzögerung dorthin.

Die verschiedenen Modellprogramme zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung sowie die darüber hinausgehenden Aktivitäten der Forschungsstelle widmen sich dieser wichtigen Schnittstelle. Es soll ein zentraler Beitrag dazu geleistet werden, dass auf der Basis von Projekten hoher methodischer Qualität gewonnene Erkenntnisse sowohl in die Wissenschaft als auch in die Praxis Eingang finden. Zudem sollen sie im Rahmen von Empfehlungen in die politische Diskussion um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung eingebracht werden.

18.3 Arbeitsfelder und -schwerpunkte der Forschungsstelle Pflegeversicherung

Im Rahmen der Modellprogramme nimmt die Forschungsstelle sowohl Erfahrungen und Anregungen aus der Pflegepraxis wie auch aus den für die Pflege relevanten und zuvor skizzierten Forschungszugängen auf und identifiziert in diesem Zusammenhang Arbeitsfelder und Themen im Bereich der Pflegeversicherung. Dabei finden zudem Themen Berücksichtigung, die bisher nicht oder nur unzureichend auf-

gegriffen wurden und für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung von hoher Relevanz sind. Forschungen zur Weiterentwicklung der Pflege konzentrierten sich bisher häufiger auf die Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, um neben Qualitäts- auch Personal- und Organisationsfragen zu bearbeiten. Hier wirkt der öffentliche Druck zur Weiterentwicklung am stärksten, zudem sind hier die Rahmenbedingungen zur Erprobung und Evaluation neuer Interventionen, neuer Strukturen und auch neuer Evaluationsmethoden – verglichen mit den Bedingungen häuslicher Pflege – am passendsten.

Die teilstationäre und ambulante Pflegeversorgung findet zunehmend Aufmerksamkeit, wohingegen die häusliche Versorgung durch pflegende Familienangehörige für die Pflegeforschung ein nicht einfach zu erschließendes Feld ist. Angesichts eines Grundgedankens der Pflegeversicherung, dass häusliche und ambulante Versorgung Vorrang vor der stationären Pflege haben, ist die weitere Forschung in diesem Pflegebereich als Grundlage für seine Weiterentwicklung dringend geboten. Damit eröffnet sich für das Modellprogramm ein vielgestaltiges Spektrum von Aufgaben: Beratung und Begleitung von Pflegebedürftigen, die Schulung von pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Tätigen, die Bereitstellung entlastender und unterstützender Angebote in der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege sowie durch Betreuung der pflegebedürftigen Person (mit oder ohne eingeschränkte Alltagskompetenz) können beispielsweise weiterentwickelt werden. Neue Wohn- und Pflegearrangements sind zu erproben und zu evaluieren, der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien verspricht ebenfalls Unterstützungspotenzial. Schwierig, da besonderen methodischen und Zugangsproblemen unterworfen, ist die Durchführung von Wirksamkeits- und Versorgungsstudien im privaten Raum der häuslichen Pflege. Daher werden wichtige Themen wie etwa die Sturzprophylaxe oder die Polypharmazie nebst unerwünschten Arzneimittelwirkungen überwiegend für stationäre Pflegeeinrichtungen untersucht und in der häuslichen Pflege bislang noch kaum angesprochen. Gleiches gilt für den Schutz vor Gewalt in Pflegebeziehungen.

Daneben hat die Forschungsstelle Pflegeversicherung in ihrer laufenden Arbeit die folgenden prioritären Innovationsfelder identifiziert, die die Grundlage für die laufenden Forschungs- und Modellprojekte bilden.¹

18.4 Innovationsfelder der Pflegeversicherung

18.4.1 Qualitätsentwicklung in der Pflege

Es ist ein zentrales Anliegen der Pflegeversicherung, die Qualität in der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu sichern und weiterzuentwickeln. Um Qualität prüfen und sichern zu können, muss sie nachprüfbar und messbar sein. Die damit verbundenen Anforderungen sind hoch, denn es braucht dazu eine wis-

¹ Eine aktuelle Übersicht über die im Kontext der Innovationsfelder geförderten Projekte finden sich unter www.gkv-spitzenverband.de.

senschaftlich gestützte Entwicklung verlässlicher und praxistauglicher Indikatoren für die ambulante und die stationäre Pflege. Hierzu liegen in Deutschland für den stationären Bereich erste empirische Befunde vor (Wingenfeld et al. 2011). Erfahrungen aus anderen Branchen und Ländern zeigen, dass die Einführung neuer Instrumente zur Qualitätssicherung langfristige Prozesse erfordert, in denen neue Erkenntnisse kontinuierlich sowohl in die Verbesserung von Instrumenten als auch die nachhaltige Implementation einfließen (Schnabel 2013). Die Notwendigkeit, den Qualitätsvergleich zwischen Einrichtungen methodisch noch besser zu fundieren, stellt dabei eine besondere Herausforderung dar. Auch die wirksame Verbindung von internem Qualitätsmanagement der Dienste und Einrichtungen und einer externen Qualitätssicherung erfordert besondere Anstrengungen.

Qualität bedingt zudem den Nachweis von Wirksamkeit. Viele Interventionen in der pflegerischen Betreuung und Versorgung bedürfen einer verstärkten Evidenzbasierung, also der Fundierung pflegerischer Entscheidungen durch das beste verfügbare Wissen. Die diesbezügliche Einschätzung muss sich vor allem am Ergebnis der Interventionen orientieren und den Nachweis erbringen, dass nicht nur die Pflege-, sondern infolgedessen auch die Lebensqualität der Pflegebedürftigen verbessert wird.

Eine der zentralen Aufgaben des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ist es daher, die Wirksamkeit der Pflegeleistungen und Interventionen unter verschiedenen Qualitätsaspekten zu untersuchen, sie zu bewerten und Vorschläge zu ihrer Optimierung zu erarbeiten. Im Rahmen der Versorgungsforschung wird die Pflegequalität bisher überwiegend im Kontext der stationären Pflegeversorgung untersucht. Modellprojekte zu fördern, die die Outcomes der Pflegeversorgung auch im teilstationären, ambulanten und häuslichen Pflegesetting zu optimieren suchen, steht auf der Agenda der Forschungsstelle obenan. Hierbei ist von einem umfassenden Verständnis von Pflege- und Lebensqualität auszugehen.

18.4.2 Pflege- und Betreuungsbedarf in unterschiedlichen Settings

Der Pflege- und Betreuungsbedarf von Pflegebedürftigen einer Pflegestufe bzw. zukünftig eines Pflegegrades ist sehr unterschiedlich. Faktoren, die den Bedarf bestimmen, sind vor allem die somatischen und kognitiven Ursachen der Pflegebedürftigkeit und das Alter, aber auch kulturelle Prägungen. Der Bedarf variiert zudem in Abhängigkeit von dem Pflegesetting, er kann in der ausschließlich häuslichen Versorgungssituation andere Formen annehmen und langsamer ansteigen als in der vollstationären Versorgung.

Mit der durch das PNG geförderten weiteren Ausdifferenzierung von Wohn- und Betreuungsformen zwischen der stationären und der häuslichen Versorgung wird nun ein Prozess der Diversifizierung eingeleitet, der auf die Vielzahl unterschiedlicher Bedarfe antwortet. Ambulant betreute Wohngemeinschaften oder die Versorgung im Quartier bieten dann eine Alternative, wenn der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit nicht länger möglich ist. Mit der Diversifizierung der Versorgungs- und Betreuungsangebote kann zudem den spezifischen Anforderungen besonderer Zielgruppen wie pflegebedürftiger Jugendlicher, Hochbetagter, Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf stärker Rechnung getragen werden.

Im Rahmen der Modellprogramme werden Projekte gefördert, die den Pflege- und Betreuungsbedarf abhängig vom Setting und der Zielgruppe untersuchen. In diesem Zusammenhang findet gegenwärtig insbesondere das Programm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen eine sehr große Resonanz. Ab 2015 werden ca. 50 ausgewählte Projekte gefördert, die sich den sich ausdifferenzierenden Wohnformen widmen und im Rahmen einer Gesamtevaluation auf Innovationsgehalt, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit hin untersucht werden. Die in das Modellprogramm aufgenommenen Projekte wollen innovative Konzepte entwickeln und erproben oder bereits vorliegende Konzepte verwirklichen; bereits in der Praxis etablierte Ansätze, die ebenfalls innovative Erkenntnisse im Sinne der oben genannten Kriterien erwarten lassen, jedoch bislang nicht untersucht wurden, werden als reine Evaluationsprojekte ohne direkte Förderung in das Programm aufgenommen. Zudem werden wissenschaftliche Projekte gefördert, die an der Weiterentwicklung von Wohnformen für pflegebedürftige Menschen arbeiten. Insgesamt repräsentieren die Antragsteller bundesweit eine Vielfalt neuer Wohn-, Pflege- und Betreuungskonzepte. Mit den Ergebnissen der Gesamtevaluation, die Anfang 2018 erwartet werden, wird erstmals eine umfassende Evaluation von bestehenden und neuen Wohn- und Versorgungsformen für pflegebedürftige Menschen verfügbar sein.

18.4.3 Unterstützung pflegender Angehöriger

Über 70 Prozent aller Pflegebedürftigen werden von ihren Angehörigen zu Hause versorgt. Für diese enorm große Gruppe von Laienpflegenden sind Information, Schulung und Unterstützung in ihrer täglichen Pflegearbeit essentiell. Noch finden nicht alle pflegenden Angehörigen den Zugang hierzu, die hemmenden Faktoren reichen von kulturellen Barrieren bis zu fehlender Mobilität in ländlichen Regionen. Auch die bestehenden Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger wie die Tagespflege und die Verhinderungspflege werden bislang zu wenig genutzt (Budnik et al. 2012). Modellprojekte, die sich dem Abbau von Barrieren widmen, welche pflegende Angehörige von der Inanspruchnahme bereitgehaltener Unterstützung und Entlastung abhalten sowie Projekte, die sich der Weiterentwicklung vorhandener Unterstützungsstrukturen widmen, bilden einen weiteren Schwerpunkt des Modellprogramms.

18.4.4 Interventionen bei kognitiven Einschränkungen

Neuropsychiatrische und kognitive Erkrankungen werden bislang häufig mit medikamentösen Interventionen behandelt. Im Bereich der nicht-medikamentösen, aktivierenden Interventionen bei Demenz besteht ein großer Forschungsbedarf, da es wenig Evidenz zur Wirksamkeit vorhandener Ansätze gibt. Diese aktivierenden Interventionen sollten nicht nur in der stationären Pflege, sondern auch im teilstationären oder im häuslichen Pflegesetting praktiziert werden können, sie müssen folglich von Pflegekräften wie auch von pflegenden Angehörigen anwendbar sein. Aktivierende Interventionen könnten dazu beitragen, die Selbstständigkeit der neuropsychiatrisch oder kognitiv erkrankten Pflegebedürftigen zu fördern und zu erhalten (Weidekamp-Maicher 2013). Die Erprobung und Evaluation von nichtmedikamen-

tösen Interventionen bei neuropsychiatrischen und kognitiven Erkrankungen im Rahmen von Pflegebedürftigkeit bildet ein weiteres Feld für die Durchführung von Modellprojekten.

18.4.5 Pflege- und Betreuungspersonal in der Pflege

Im Zuge eines allgemein prognostizierten Fachkräftemangels sind auch für den Bereich der Pflege Initiativen notwendig, die darauf gerichtet sind, Fachkräfte zu gewinnen und deren Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten. Herausforderungen bestehen ebenfalls im Hinblick auf eine rationale Qualifikationsorientierung in der Pflege. Die insgesamt große Heterogenität im Berufsfeld verbunden mit den starken Professionalisierungs- und Akademisierungsbestrebungen in der Pflege in den letzten Jahren führen dazu, dass auch der Qualifikationsmix in der Pflege neu justiert werden muss. Zur Stabilisierung der Berufsverweildauer in diesem Bereich müssen zudem verstärkte Bemühungen auch im Hinblick auf ein Altersmanagement in Diensten und Einrichtungen unternommen werden.

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Qualifikationsgrundlagen bedarf es verschiedener Anstrengungen. Veränderte Aufgabenprofile und Verantwortlichkeiten (auch im Verhältnis zu anderen Berufsgruppen) sowie das Verhältnis von allgemeinen und speziellen Kompetenzen erfordern fundiertes Wissen über Aufgabenprofile in der Pflege unter sich verändernden Rahmenbedingungen. In diesem Sinne müssen auch entsprechende Qualifikationskonzepte in der Pflege weiterentwickelt und erprobt werden. Vor diesem Hintergrund bedarf es weiterer Projekte dazu, wie angesichts der Bedarfe einer spezifisch zusammengesetzten Gruppe von Pflegebedürftigen das Personal so zusammensetzen ist, dass eine optimale Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen zu bewerkstelligen ist (Koppitz et al. 2013).

Erst auf einer empirisch gesicherten Grundlage lassen sich Aussagen zur Anzahl und Qualifikation des einzusetzenden Personals treffen. Diese Untersuchungen müssen für die unterschiedlichen Pflegesettings (stationäre Pflegeeinrichtung, teilstationäre Einrichtungen, ambulante Pflege) durchgeführt werden. Im Modellprogramm werden Projekte zu dieser Fragestellung gefördert, denn sie eröffnen neue Perspektiven für die Qualitätssicherung der Pflege wie auch für die zukünftige Einschätzung des qualitativen und quantitativen Bedarfs an Personal.

18.4.6 Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Die Prävention von Pflegebedürftigkeit gehört zu den Forschungsfeldern, auf denen viele praktische Versuche, aber kaum systematische Evaluationen durchgeführt werden. Prävention von Pflegebedürftigkeit umschließt nicht allein die allgemeine Information zur Gesundheitsförderung, sondern auch beispielsweise die Schulung pflegender Angehöriger, um deren Pflegebedürftigkeit, z. B. infolge unsachgemäß durchgeführter Pflege, zu vermeiden. Analog ist Rehabilitation in der Pflege sowohl für Pflegebedürftige wie für ihre pflegenden Angehörigen dort stärker einzusetzen, wo ein erwartbarer Nutzen entstehen kann. Aus Gründen der Selbstbestimmung, der Teilhabe und zur Förderung ihrer Lebensqualität sollten Pflegebedürftige beispielsweise nach einem Sturzereignis durch Rehabilitation dazu befähigt werden, in ihre häusliche Umgebung zurückzukehren.

18.4.7 Multimorbidität und Pflegeverläufe

Mit zunehmendem Lebensalter steigt die Wahrscheinlichkeit, an mehreren oft chronischen Krankheiten zu leiden. Tritt die Pflegebedürftigkeit ein, so beeinflussen die vorliegenden Mehrfacherkrankungen zusätzlich die Fähigkeit zur selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung sowie die Lebensqualität.

Multimorbidität führt häufig zu Polypharmazie, die wiederum unerwünschte Arzneimittelwirkungen zeitigen kann, da die Medikation oft nur auf isolierte Krankheiten und nicht auf die komplexe Gesamtsituation abgestimmt wird. Multimorbidität und daraus folgende Polypharmazie bei älteren Menschen sowie die hieraus resultierenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen werden erst seit kurzem systematisch untersucht. Dem Dritten Bericht des MDS zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege vom April des Jahres 2012 ist zu entnehmen, dass unerwünschte Arzneimittelwirkungen im Alltag stationärer Pflegeeinrichtungen weiter verbreitet sind als angenommen. Fast jeder fünfte in stationärer Versorgung lebende Pflegebedürftige ist unerwünschten Arzneimittelwirkungen ausgesetzt. Bei 18,5 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Bewohner entsprach die Medikamentenversorgung nicht der ärztlichen Anordnung. Der Dokumentation war zu entnehmen, dass falsche Medikamente oder Medikamente in falscher Dosierung verabreicht wurden (MDS 2012).

Die Einnahme falscher oder falsch dosierter Medikamente hat massive Folgen für die Pflegebedürftigen. Sie kann ihre Lebensqualität reduzieren und die Zunahme ihrer Pflegebedürftigkeit beschleunigen. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen können zu Stürzen und Sturzangst sowie in der Folge zu Notfallversorgungen und Krankenhauseinweisungen führen. Bei älteren Menschen mit Demenz erlangen unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen eine besondere Bedeutung. Insbesondere die Verordnung von Neuroleptika ist bei diesen Patienten äußerst kritisch zu beurteilen, da die Anwendung mit einer höheren Sterblichkeit einhergeht (Sachverständigenrat 2009). Generell zeichnen sich die an demenziell Erkrankte ausgegebenen Neuroleptika durch erhöhte Risiken aus, wozu Bewegungsstörungen ebenso zählen wie Blutdruckabfall mit Müdigkeit und Schwindel.

Untersuchungen zu Multimorbidität und Pflegeverläufen werden als bedeutender Beitrag zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung angesehen und folglich im Modellprogramm gefördert.

18.4.8 Technologische Entwicklungen in der Pflege

Kommunikations- und Informationstechnologien können die Versorgung Pflegebedürftiger auf vielfältige Weise unterstützen und optimieren. Sie werden bereits in der Pflegedokumentation eingesetzt. Sie können dazu beitragen, die Wohnungen von pflegebedürftigen Menschen sicherer zu gestalten, über Notrufsysteme schnelle Hilfeleistung ermöglichen, aber auch die Kommunikation mit entfernt lebenden Familienangehörigen ermöglichen.

Kommunikations- und Informationstechnologien helfen pflegenden Angehörigen, der Isolation im häuslichen Pflegesetting zeitweise zu entgehen, indem sie z. B. die Informationssuche und die Teilnahme an Gesprächsgruppen ermöglichen. Zwar sind im Rahmen begleitender Forschung vielfältige Erkenntnisse zu den Mög-

lichkeiten und Potenzialen des Einsatzes entsprechender Technologien gewonnen worden, es mangelt jedoch an Befunden, die die konkreten Outcomes entsprechender Innovationen auf die Lebensqualität der kranken und pflegebedürftigen Menschen zu beschreiben vermögen. Auch den ethischen, rechtlichen und sozialen Gesichtspunkten sollte im Rahmen von Modellprojekten mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Weiter sollten nutzerbezogene Fragestellungen wie etwa zu Akzeptanz, Usability und Risiken mit in entsprechende Konzepte einfließen.

18.5 Systemfragen in der Pflege

Mit Blick auf die Ausgestaltung des Systems der Pflegeversorgung steht vor allem das Verhältnis von Pflegebedarf zu Leistungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch zur Frage des Personalbedarfs im Fokus. Bisherige starre Regelungen wie etwa die Fachkraftquote sind auf ihre Wirksamkeit hin zu prüfen. Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Prüfung und unter Berücksichtigung der Änderungen, die sich in den letzten Jahren in den Qualifikationsprofilen vollzogen haben, sind neue, am Pflegebedarf orientierte Konstellationen von Pflege- und Betreuungskräften (Pfleagemix) zu konzipieren und zu erproben. Diese Fragen gewinnen ungeachtet ihrer generellen Relevanz insbesondere vor dem Hintergrund der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs besondere Bedeutung.

Weiter interessiert die Verwirklichung einer sektorenübergreifenden Pflege, in der die Übergänge beispielsweise von der klinischen in die teilstationäre Pflege regelhaft gestaltet werden, um eine Kontinuität in der Versorgung Pflegebedürftiger zu gewährleisten. Schließlich müssen Prävention und Rehabilitation regelhaft in der Praxis von Pflegebedürftigkeitsprüfung und Pflegeberatung verankert werden, um Pflegebedürftigkeit vorzubeugen oder zu verzögern. Im Modellprogramm werden Untersuchungen zu diesem bedeutsamen Themenfeld unterstützt.

18.6 Ausblick

Mit ihren Modellprogrammen gibt die Forschungsstelle Pflegeversicherung auf vielfältige Weise Impulse zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Verbesserungen für die Pflegepraxis können mit der modellhaften Erprobung von neuen Ansätzen, Konzepten und Interventionen erreicht werden. Dabei wird durch eine verbindliche wissenschaftliche Begleitung der Projekte sichergestellt, dass neue Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung auf einer hochwertigen methodischen Basis generiert werden, die sich am Anspruch orientiert, Wirksamkeit auf der Grundlage des bestverfügbaren Wissens in der Pflege (Evidenzbasierung) zu belegen. Damit weisen die Modellprojekte zugleich weiteren Forschungs- und Erkenntnisbedarf zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung aus.

Das Forschungsverständnis ist dabei interdisziplinär ausgerichtet. Da die zukünftigen Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung älterer Menschen verschiedenste fachliche, soziale, kulturelle und ökonomische Aspekte betreffen,

müssen auch die methodischen Zugänge in den Modell- und Forschungsprojekten differenzierter gestaltet werden. Monodisziplinäre Ansätze werden der Komplexität der Fragestellungen nicht gerecht. Vor diesem Hintergrund liefert die Forschungsstelle somit auch einen wissenschaftlichen Beitrag nicht nur für die Pflegewissenschaften, sondern darüber hinaus, denn sie praktiziert und fördert ein interdisziplinäres Verständnis der Betreuung und Pflege älterer Menschen.

Erkenntnisgewinne sollen jedoch nicht auf den wissenschaftlichen Bereich begrenzt bleiben. Es ist in den letzten Jahren deutlich geworden, dass neue Erkenntnisse aus den Pflege- und Gesundheitswissenschaften die Praxis und somit den pflegerischen Alltag nur begrenzt zu erreichen vermögen. Mit der Verbreitung der von den Modellprojekten erbrachten Ergebnisse ist es daher zentrales Anliegen der Forschungsstelle, auch die fachöffentliche Diskussion sowie die praktische pflegerische Versorgung zu stimulieren. Zentrale Kriterien für den Erfolg der Projekte sind daher neben der Wirksamkeit die Übertragbarkeit und Nachhaltigkeit. Die Forschungsstelle leitet vor diesem Hintergrund auch die entsprechenden Prozesse ein, in ihrer Nachhaltigkeit geprüfte Innovationen aus Modellprojekten in die Regelversorgung zu integrieren. Dies gelang beispielsweise bei dem Projekt „Pflegebegleiter“, das eine neue Versorgungsstruktur erprobte, die pflegende Angehörige durch ehrenamtliches Engagement unterstützt. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz des Jahres 2008 wurde das zugehende, freiwillige niedrigschwellige Angebot des Pflegebegleiters in das SGB XI aufgenommen.

In der Gesamtschau werden mit den Erkenntnissen aus den verschiedenen Modellprojekten die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass weitere Reformen in der Pflegeversicherung auf der Basis gesicherten Wissens erfolgen können. Inhaltliche Herausforderungen für die nächsten Jahre bestehen vor allem in der Weiterentwicklung eines konsistenten Qualitätsmodells in der Pflegeversicherung, das den verschiedenen Akteuren eine gute Grundlage und den Nutzern verlässliche Orientierung bietet. Vor dem Hintergrund auch in Zukunft begrenzter Ressourcen wird es vor allem darauf ankommen, die Bedarfsfeststellung, das Leistungsspektrum sowie den dafür notwendigen Personaleinsatz in der Pflege auf eine rationale Grundlage zu stellen und in effektiver Weise gut miteinander in Einklang zu bringen. In einer Gesellschaft des langen Lebens wird es zukünftig besonders wichtig, pflegebedingte Abhängigkeit zu vermeiden und möglichst lange hinauszuzögern.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz I ist ab 2015 auch eine Modifikation des § 8 Abs. 3 SGB XI verbunden. Das Verständnis von Modellförderung, das in der Vergangenheit überwiegend auf die Förderung praxisorientierter Modellprojekte fokussiert war, erfährt nun eine deutliche Erweiterung. Damit ist es möglich, auch Expertisen und wissenschaftliche Projekte, etwa im Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsforschung, in das Programm aufzunehmen. Mit dem Spektrum zukünftig zu fördernder Projekte und Projektarten kann ein wichtiger Beitrag nicht nur zur Versorgungspraxis, sondern auch zur Weiterentwicklung der Forschung im Bereich der pflegerischen Versorgung älterer Menschen insgesamt geleistet werden.

Literatur

- Budnik AK, Kummer K, Blüher S, Dräger D. Pflegende Angehörige und Gesundheitsförderung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2012; 45: 201–211.
- Koppitz A, Dreizler, J, Hediger H, Voss J, Imhof L. Betreuungsindex im Pflegeheim. Entwicklung und Validierung eines neuen Instruments zur Beurteilung von Betreuungsqualität in Pflegeheimen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2013; 46: 1–11.
- MDS. Bericht des MDS nach § 114a Absatz 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen 2012.
- Sachverständigenrat. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf
- Schnabel E. Qualitätsindikatoren in der ambulanten und stationären Pflege. In: Gaertner T, Gansweid B, Gerber H, Schwegler F, von Mittelstädt G (Hrsg) Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung. Berlin: Walder de Gruyter 2014; 329–336
- Weidekamp-Maicher M. Nichtpharmakologische Therapieansätze: ihr Einfluss auf die Lebensqualität Demenzkranker und die Rolle der Messinstrumente. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2013; 46. 134–143.
- Wingenfeld K, Kleina T, Franz S. Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Bielefeld/Köln 2011.

This page intentionally left blank

Teil III

Daten und Analysen

(Kapitel 19)

This page intentionally left blank

19 Pflegebedürftigkeit in Deutschland

Antje Schwinger, Andrea Waltersbacher und Kathrin Jürchott

Abstract

Der Beitrag liefert ein ausführliches Bild zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland sowie der gesundheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen. Die Analysen basieren auf der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes sowie auf AOK-Daten, die auf die bundesdeutsche Bevölkerung hochgerechnet werden. Mit Hilfe der Pflegestatistik werden die ansteigenden Pflegeprävalenzen wie auch die regionale Varianz dieser verdeutlicht. Ferner wird die im Zeitverlauf annähernd konstant verbliebene Wahl der Versorgungsform durch die Betroffenen aufgezeigt. Die auf AOK-Daten basierenden Analysen zur gesundheitliche Versorgung werden jeweils in Bezug gesetzt zur Versorgung der Nicht-Pflegebedürftige gleichen Alters. Ebenso werden die Analysen nach Schwere der Pflege und Versorgungssetting differenziert betrachtet. Als Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung dieses Personenkreises wird die Inanspruchnahme von ärztlichen und stationären Leistungen, risikobehaftete Arzneimittelereignisse wie Polymedikation und Verordnungen gemäß der PRISCUS-Liste sowie Heilmittelleistungen analysiert.

The article provides a detailed view of the development of long-term care in Germany and health care provision for people in need of care. The analyses are based on the statistics of the Federal Statistical Office and on AOK data which were extrapolated to the German population. The increasing prevalence of people requiring nursing care as well as the regional variance are shown by means of nursing care statistics. Furthermore, the data show that the form of care persons concerned choose remains more or less constant over time. The data on their health care provision are compared to the health care supply of non-dependent persons of the same age. Similarly, the analyses on the severity of long-term care and its settings are performed from different aspects. The utilization of medical and hospital services, risky drug events such as polypharmacy and prescriptions of drugs from the PRISCUS list as well as prescriptions of physio, speech and occupational therapy serve as indicators for medical and therapeutic care.

19

19.1 Einleitung

Unsere gegenwärtige Definition von Pflegebedürftigkeit ist geprägt durch die Mitte der neunziger Jahre eingeführte Soziale Pflegeversicherung. Sie schreibt fest, was Pflegebedürftigkeit im Sinne des XI. Sozialgesetzbuchs bedeutet und welche Leistungen den Betroffenen und ihren pflegenden Angehörigen zustehen. Vor Ein-

führung der Sozialen Pflegeversicherung bestanden im ambulanten Kontext Hilfen durch die Krankenversicherung und – soweit die Betroffenen finanziell überfordert waren – sowohl für den ambulanten als auch den stationären Kontext Hilfen zur Pflege durch die Sozialhilfe.

Bei Einführung der Pflegeversicherung lag der Fokus der Anspruchsdefinition allein auf somatisch bedingten dauerhaften Einschränkungen bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens (wie z. B. der Körperpflege, der Mobilisation etc.). Seit Anfang des Jahrtausends sind jedoch zunehmend Ansprüche definiert worden, die sich aus kognitiv bedingten Bedarfslagen – d. h. aus einer so genannten eingeschränkten Alltagskompetenz – ergeben. Die bereits seit mehreren Jahren diskutierte und für diese Legislaturperiode angekündigte Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs soll den Leistungsanspruch bei Bedarf – unabhängig von den zugrunde liegenden Ursachen – auf eine einheitliche und wissenschaftlich fundierte Grundlage stellen.

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die im Sinne des XI. Sozialgesetzbuchs pflegebedürftigen Personen und ihre pflegerische Versorgung. Darüber hinaus werden Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung dieses Personenkreises dargestellt.

Ein Schwerpunkt der Auswertungen liegt auf den Pflegeprävalenzen und den gewählten Versorgungsformen (Abschnitt 19.3). Es wird der Frage nachgegangen, wie hoch der Anteil der Pflegebedürftigen in der Bevölkerung ist (Pflegeprävalenz), wie sich dieser im Zeitverlauf verändert hat und welche regionalen Unterschiede beobachtet werden können. Auch die Schwere der Pflegebedürftigkeit – bezogen sowohl auf die somatische Definition als auch auf Einschränkungen der Alltagskompetenzen – wird in diesem Sinne aufbereitet. Ebenso werden die unterschiedlichen Pflegearrangements – d. h. die in Anspruch genommenen Leistungen der Pflegeversicherung – hinsichtlich Alter und Geschlecht, Schwere der Pflegebedürftigkeit sowie ihrer regionalen Ausprägungen dargestellt. Weiter wird gezeigt, welcher Anteil der Pflegebedürftigen bereits im Vorjahr und welcher erstmals im aktuellen Beobachtungsjahr pflegebedürftig war. Der zweite Schwerpunkt (Abschnitt 19.4) analysiert die Pflegeleistungsempfänger hinsichtlich der Inanspruchnahme von ärztlichen und stationären Leistungen sowie in Bezug auf ihre Arznei- und Heilmitteltherapien. Die Ergebnisse werden nach Alter und Geschlecht, der Schwere der Pflegebedürftigkeit und nach der Versorgungsform dargestellt.

19.2 Datengrundlage und Methoden

Die Analysen setzen auf der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes und den Abrechnungsdaten von AOK-versicherten Pflegebedürftigen auf. Sowohl die Daten der Pflegestatistik als auch die AOK-Routinedaten werden mit Hilfe der Bevölkerungsstatistik auf die deutsche Bevölkerung standardisiert.

Daten der Pflegestatistik

Die Pflegestatistik ist eine seit 1999 alle zwei Jahre wiederkehrende Vollerhebung aller Leistungsempfänger, Leistungsanbieter und des Personals, das im Sinne des

SGB XI tätig ist (§ 109 (1) SGB XI, PflegeStatV). Die Erhebung umfasst alle pflegebedürftigen Bundesbürger, die im Sinne des SGB XI versichert sind, unabhängig davon, ob bei einer gesetzlichen oder einer privaten Pflegeversicherung. Stichtag der Erfassung ist der 15. bzw. 31. Dezember. Bereitgestellt werden die Daten durch das Statistische Bundesamt ca. 1 Jahr nach der Erhebung, d. h. für den Zyklus 2013 im Frühjahr des Jahres 2015.¹

Die Daten der Pflegestatistik geben einen Überblick über die Gesamtanzahl aller Pflegebedürftigen und die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen in Deutschland. Die Betrachtungen sind jedoch immer stichtagsbezogen. Die Analyse von Pflegeverläufen auf individueller Ebene ist nicht möglich. Darüber hinaus erfasst die Pflegestatistik Leistungen, die nicht auf somatisch bedingten Ansprüchen sondern in einer eingeschränkten Alltagskompetenz gründen, erst ab dem Berichtsjahr 2013.²

Pflegebedürftige, die Tages- und Nachtpflege in Anspruch nehmen, wurden bis 2009 doppelt erfasst, wenn sie parallel hierzu Pflegegeld, Pflegesach- oder Kombinationsleistungen nutzen. Dies schränkt die Vergleichbarkeit von Ergebnissen im Zeitverlauf ein. Alle hier dargestellten zeitlichen Vergleiche schließen deshalb Pflegebedürftige mit Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege aus der Analyse aus. Zudem geht das Statistische Bundesamt aufgrund von Meldefehlern für die Datenerhebung 2011 davon aus, dass die Zahl der Pflegegeldempfänger um bis zu 90.000 Personen und damit um bis zu 9 Prozentpunkte überzeichnet sein kann. Auch der Anstieg der Pflegebedürftigen könne damit um bis zu 4 Prozentpunkte zu hoch ausgewiesen sein (Destatis 2013).

Daten der AOK

Ferner werden für die Analysen anonymisierte³ Abrechnungsdaten der AOK herangezogen. Für die gesetzliche Pflegeversicherung steht dem Wissenschaftlichem Institut der AOK (WiDO) ab dem Datenjahr 2011 ein bundesweiter Datensatz zur Verfügung. Die Daten können sowohl jahresübergreifend als auch in Kombination mit weiteren im WiDO vorliegenden Abrechnungsinformationen der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden und dann analysiert werden. Informationen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V sind nicht Bestandteil der Analysen. Anders als bei der Pflegestatistik können die Analysen auf Basis dieser AOK-Routinedaten sowohl zeitpunkt- als auch zeitraumbezogen dargestellt werden.

Für die Standardisierung der Daten der Pflegestatistik und der AOK-Routinedaten wird die bundesdeutsche Bevölkerungsstatistik herangezogen. Die „Fortschreibung des Bevölkerungsstandes“ auf Basis des jeweils letzten Zensus wird durch das Statistische Bundesamt zur Verfügung gestellt (BevStatG). Die Aktualisierung der Datengrundlage durch den Zensus 2011 hat u. a. dazu geführt, dass die Zahl der Bundesbürger für das Jahr 2011 um rund zwei Prozent niedriger geschätzt wurde (80,3 Mio. anstatt 81,8 Mio.). Die Absenkung der Schätzung fällt sowohl

1 Eine Verarbeitung der Erhebung des Jahres 2013 lag bei Redaktionsschluss noch nicht vor. Deshalb wird hier auf die Daten des Jahres 2011 zurückgegriffen.

2 Siehe Verordnung zur Änderung der Pflegestatistik-Verordnung vom 19. Juli 2013 (BGBl. I S. 2581).

3 Anonymisiert gemäß § 67 (8) SGB X.

regional als auch bezogen auf einzelne Alters- und Geschlechtsgruppen unterschiedlich stark aus. Zum Beispiel lag die Zahl der über 90-jährigen Männer auf Basis der Bevölkerungsfortschreibung vor Aktualisierung durch den Zensus 2011 bei 173 100 – danach nur noch bei 123 019 Personen, was einen Rückgang um 29 Prozent bedeutet.⁴ Dieser Umstand kann z. B. bei Betrachtungen nach Alters- und Geschlechtsgruppen zu erheblichen Schwankungen hinsichtlich des Anteils der pflegebedürftigen Bevölkerung (Pflegeprävalenz) vor und nach dem Zensus 2011 führen. Bei jahresübergreifenden Analysen wird deshalb auf entsprechende Limitationen hingewiesen.

Die Darstellung der AOK-Routinedaten erfolgt so, als würden die AOK-Versicherten bezogen auf 5-Jahres-Altersklassen die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen wie die Bundesbevölkerung. Im Sinne einer Übertragbarkeit der dargestellten Ergebnisse auf die bundesdeutsche Bevölkerung sind damit die Verzerrungen ausgeglichen, die aufgrund von Alters- und Geschlechtsunterschieden zwischen AOK- und Bundespopulation auftreten können. Andere Einflussgrößen, die eine Inanspruchnahme von Pflege- oder Gesundheitsleistungen bedingen, betrifft dies jedoch nicht. Bei Vergleichen von Ergebnissen auf Basis der Pflegestatistik und AOK-Routinedaten ist zu bedenken, dass die Pflegestatistik auch privat versicherte Pflegebedürftige umfasst, deren Pflegeschwere und Inanspruchnahme von Leistungen sich deutlich von denen der gesetzlich Versicherten unterscheiden (Rothgang et al. 2013).

19.3 Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit

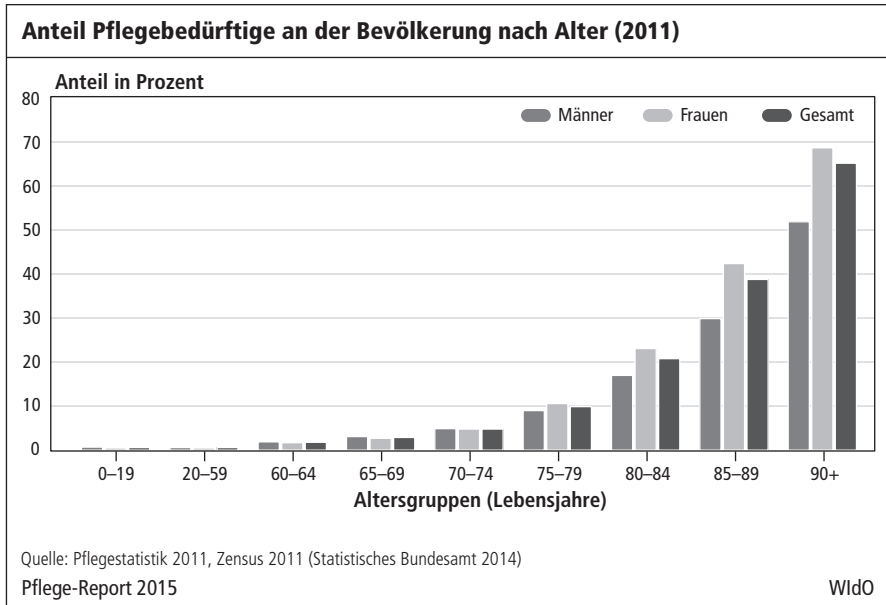
19.3.1 Prävalenz der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit nach Alter und Geschlecht

Laut Sozialgesetzbuch XI – das die Pflegeversicherung regelt – gelten Personen als pflegebedürftig, die „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer (...) Hilfe“ benötigen (§ 14 SGB XI). Im Jahr 2011 waren laut Pflegestatistik rund 2,5 Mio. Bundesbürger in diesem Sinne pflegebedürftig. Über zwei Drittel (65,5 Prozent) der Pflegebedürftigen sind Frauen (entspricht 1,6 Mio. Pflegebedürftige). Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen (55,5 Prozent) ist 80 Jahre und älter (1,4 Mio. Pflegebedürftige). Von Pflegebedürftigkeit sind aber auch Kinder- und Jugendliche bis 19 Jahre (90 000 Personen bzw. 3,6 Prozent der Pflegebedürftigen) und Personen im erwerbsfähigen Alter (250 000 Personen bzw. 9,8 Prozent) betroffen. Insgesamt sind damit 13 Prozent der Pflegebedürftigen jünger als 60 Jahre alt.

⁴ Statistisches Bundesamt 2013 und 2014 – Fortschreibung des Bevölkerungsstandes – „Bevölkerung am 31.12.2011 nach Alters- und Geburtsjahren“ vor Zensus 2011, d. h. auf Grundlage der Volkszählung von 1987 sowie nach Zensus 2011, d. h. vorläufige Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011, Zensusdaten mit dem Stand vom 10.04.2014.

Abbildung 19–1



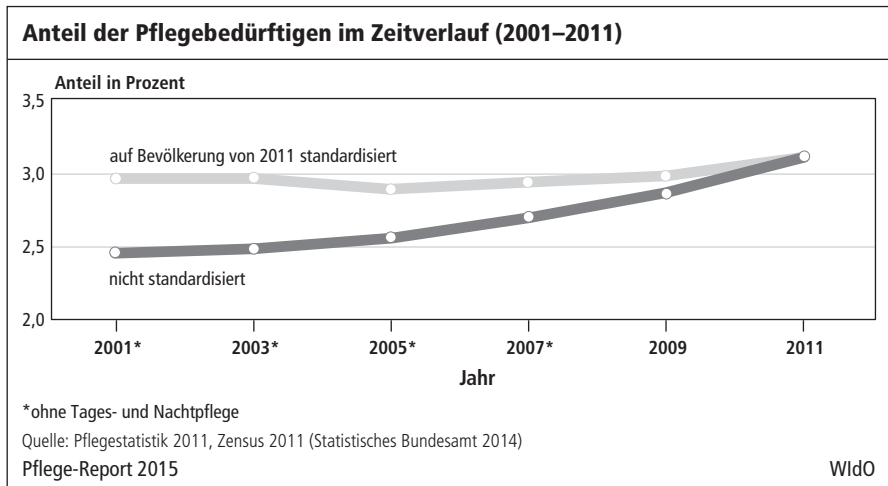
Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein, grundsätzlich an (Abbildung 19–1). Bei den Kindern- und Jugendlichen sowie den Personen im erwerbsfähigen Alter ist weniger als einer von hundert Bundesbürgern pflegebedürftig. Erst in den höheren Altersgruppen ab 60 Jahre steigt der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung deutlich an. Sind bei den 60- bis 65-Jährigen jedoch nur 2 von 100 Bundesbürgern pflegebedürftig, so ist dies bei den 75- bis 79-Jährigen bereits jeder zehnte und bei den 80- bis 84-Jährigen jeder fünfte in dieser Altersgruppe. Danach verdoppelt sich die Prävalenz sogar noch einmal: Bei den 85-bis 89-Jährigen sind rund 40 Prozent und bei den über 90-Jährigen mit 65 Prozent sogar die Mehrzahl der Personen dieses Alters pflegebedürftig.

Zudem unterscheidet sich die Pflegeprävalenz zwischen Männern und Frauen mit zunehmendem Alter immer stärker (Abbildung 19–1): Bei Personen bis 80 Jahre liegt diese noch relativ eng beieinander. In den folgenden Altersgruppen sind die Frauen zunehmend deutlich stärker betroffen: Während z. B. bei den 85- bis 90-Jährigen Männern 30 Prozent pflegebedürftig sind, gilt dies bei den gleichaltrigen Frauen für knapp 42 Prozent. Bei den über 90-jährigen Männern ist schließlich „nur“ rund jeder zweite (52 Prozent) betroffen, bei den gleichaltrigen Frauen hingegen mehr als zwei von dreien (69 Prozent).

Veränderung der Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf

Die aktuelle Zahl der Pflegebedürftigen wird erheblich durch den demografischen Wandel beeinflusst: Im Jahre 2011 waren im Durchschnitt 3,1 Prozent der Bundesbürger pflegebedürftig. Zehn Jahre zuvor (2001) waren dies noch 2,5 Prozent, was einem Anstieg um 0,6 Prozentpunkte entspricht. Bereinigt man die Werte um die fortschreitenden Alterungsprozesse und legt für die Jahre vor 2011 die gleiche Al-

Abbildung 19–2



ters- und Geschlechtsstruktur wie für 2011 zugrunde, dann zeigt sich ein anderes Bild (Abbildung 19–2): Der Anteil der Pflegebedürftigen ist relativ konstant geblieben bzw. war in einigen Jahren sogar leicht rückläufig und hätte auch 2001 bei rund 3 Prozent gelegen. Die Zahl der Personen, die nach den Kriterien der Pflegeversicherung pflegebedürftig sind und Leistungen daraus beantragen, ist demnach innerhalb der letzten zehn Jahre (2001 auf 2011) abgesehen von der demografischen Entwicklung kaum gestiegen.⁵ Die beobachtete Zunahme der Pflegebedürftigen geht damit nicht auf einen steigenden Hilfebedarf, sondern fast ausschließlich auf die Entwicklung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung zurück.

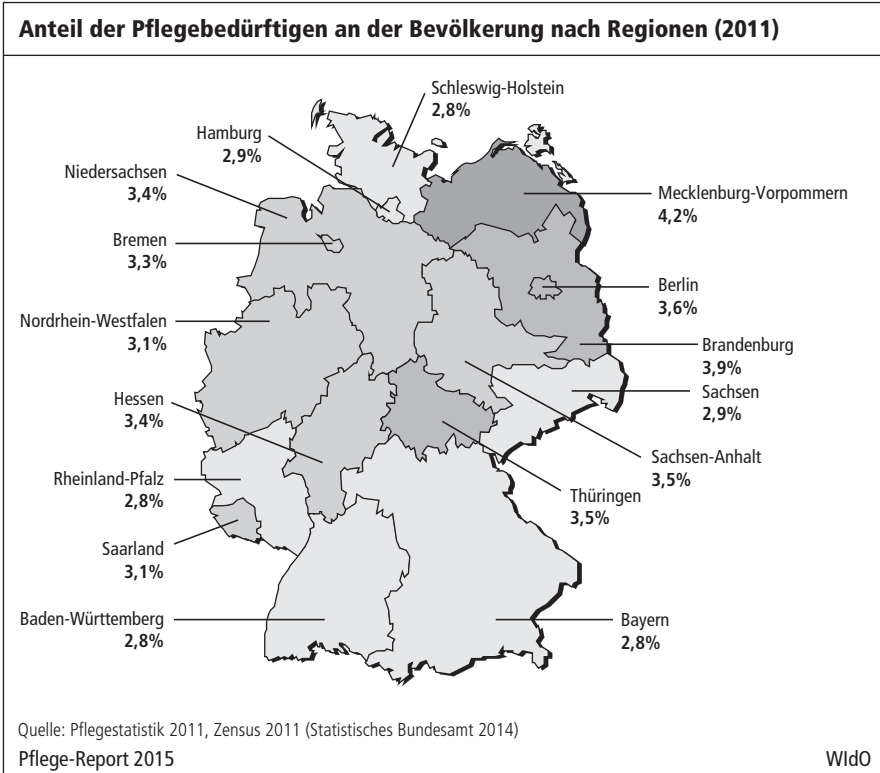
Regionale Unterschiede der Pflegebedürftigkeit

Die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit im Jahr 2011 zeigt erhebliche regionale Schwankungen. Stellt man die regionale Pflegeprävalenz bereinigt um Effekte dar, die auf die regionale Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung zurückzuführen sind, so zeigt sich folgendes Bild (Abbildung 19–3): Bis auf Sachsen weisen alle neuen Bundesländer (und Berlin) überdurchschnittliche Prävalenzraten auf, wobei Mecklenburg-Vorpommern mit 4,2 Prozent deutlich hervorsteicht.⁶ Bezogen

5 Dabei muss berücksichtigt werden, dass mit der 2011 aktualisierten Bevölkerungserhebung (Zensus 2011) die Zahl der Bundesbürger um rund 1,5 Mio. „gesunken“ ist, sodass der Anstieg zu einem geringen Teil auch den rechnerisch „gesunkenen“ Bevölkerungszahlen geschuldet ist. Auf Basis der Bevölkerung nach der aktualisierten Bevölkerungserhebung liegt die Prävalenz bei 3,11 Prozent, bei Zugrundelegung der vormalig gültigen Bevölkerungszahl läge sie bei 3,06 Prozent. Beachtet man zudem die Annahme des Statistischen Bundesamts für die Datenerhebung 2011 (siehe auch Abschnitt 19.2), so wäre davon auszugehen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen um bis zu 90 000 Personen überschätzt sein kann. Die Gesamtprävalenz 2011 läge in diesem Fall bei 3,0 Prozent und wäre in den letzten zehn Jahren sogar konstant geblieben.

6 Anzumerken ist hier, dass die neuen Länder Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg in der Bevölkerungsstatistik in den Altersgruppen ab 85 Jahre – überraschenderweise – einen prozentual geringeren Bevölkerungsanteil aufweisen als der Bundesdurchschnitt. Da in beiden Ländern gleichzeitig in

Abbildung 19–3



auf die alten Bundesländer hat im Jahr 2011 Niedersachsen mit 3,4 Prozent die höchste Rate. Deutlich unterdurchschnittliche Prävalenzen zeigen sich vor allem in den Bundesländern Bayern (2,8 Prozent), Baden-Württemberg (2,8 Prozent) und Rheinland-Pfalz (2,8 Prozent). Durchbrochen wird das sich hier darstellende Nord-Süd-Gefälle der Pflegeprävalenz durch Schleswig-Holstein. Auch hier sind – standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der deutschen Bundesbevölkerung – laut Pflegestatistik nur rund 2,8 Prozent der Bevölkerung pflegebedürftig.

Insgesamt schwankt der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung – nach Bereinigung um landesspezifische Alters- und Geschlechtsstrukturen – damit zwischen 2,8 Prozent und 4,2 Prozent. Damit wird deutlich, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI durch weitere Faktoren und nicht nur durch das Alter und Geschlecht bedingt ist. Rothgang et al. (2009) identifizieren u. a. den Familienstand der Pflegebedürftigen als relevante Einflussgrößen. Geschiedene und Verwitwete haben danach z. B. ein deutlich höheres Risiko pflegebedürftig zu werden als verheiratete Personen.

diesen Altersgruppen deutlich überproportionale Pflegeprävalenzen vorliegen, führt dies dazu, dass trotz der Alters- und Geschlechtsbereinigung (fast) keine Absenkung der Pflegeprävalenz zu beobachten ist.

19.3.2 Schwere der Pflegebedürftigkeit

Bei der Schwere der Pflegebedürftigkeit werden in der Pflegeversicherung definitiv drei Stufen unterschieden (Tabelle 19–1). Personen in der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) benötigen mindestens einmal täglich und für mindestens 45 Minuten Hilfe bei ihrer Körperpflege, Ernährung oder Mobilität. In der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) benötigen die Betroffenen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten insgesamt mindestens zwei Stunden Hilfe bei diesen Verrichtungen. In der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) wird von einem mindestens vierstündigen Hilfebedarf, rund um die Uhr – auch nachts – ausgegangen. Darüber hinaus müssen alle Personen einen Hilfebedarf auch bei der hauswirtschaftlichen Versorgung aufweisen.

Über die Pflegestufe III hinaus können in Einzelfällen zur Vermeidung von Härten weitere Leistungen gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt (§ 36 (4) SGB XI und § 43 (3) SGB XI). Diese sogenannten Härtefälle liegen beispielsweise vor bei Apallikern, schwerer Demenz, Krebserkrankungen im Endstadium oder wenn in der ambulanten Pflegesituation regelmäßig auch mehrfach in der Nacht Hilfe geleistet werden muss.

Seit dem ersten Juli 2008 haben auch Personen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, selbst wenn sie keinen Hilfebedarf im Sinne der oben beschriebenen Pflegestufen aufweisen. Auf diese Einstufung wird im Weiteren ausführlicher eingegangen.

Schwere der Pflegebedürftigkeit nach Alter und Geschlecht

Mit einem Anteil von 55 Prozent waren 2011 über die Hälfte der Pflegebedürftigen der Pflegestufe I zugeordnet, weitere 33 Prozent waren in die Pflegestufe II eingruppiert und 12 Prozent in die Stufe III. Auch bei der Einteilung in Pflegestufen zeigen sich Unterschiede zwischen den Altersgruppen und den Geschlechtern (Abbildung 19–4).

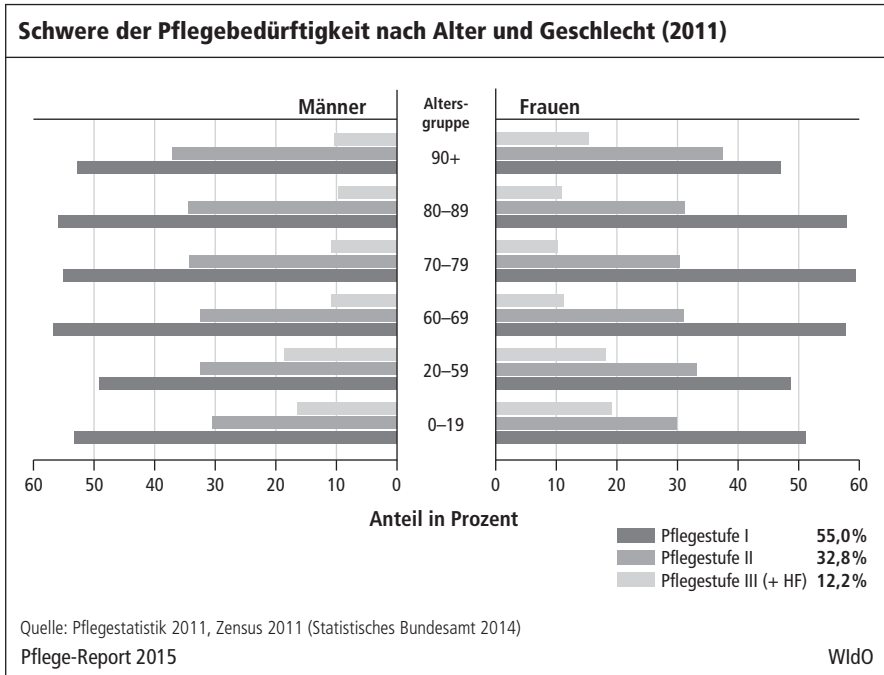
Tabelle 19–1

Abgrenzung der Pflegestufen nach § 15 SGB XI

Pflegestufe	Hilfebedarf bei Körperpflege, Ernährung oder Mobilität (Grundpflege)	Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung	Täglicher Zeitaufwand einer nicht als Pflegekraft ausgebildeten Pflegeperson
Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)	Mindestens einmal täglich Hilfebedarf bei wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen	Hilfebedarf mehrfach in der Woche	Mindestens 90 Minuten (Grundpflege mehr als 45 Minuten)
Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)	Mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfebedarf	Hilfebedarf mehrfach in der Woche	Mindestens drei Stunden (Grundpflege mindestens zwei Stunden)
Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)	Rund um die Uhr, auch nachts, Hilfebedarf	Hilfebedarf mehrfach in der Woche	Mindestens fünf Stunden (Grundpflege mindestens vier Stunden)

Quelle: Zusammenstellung gemäß SGB XI

Abbildung 19–4



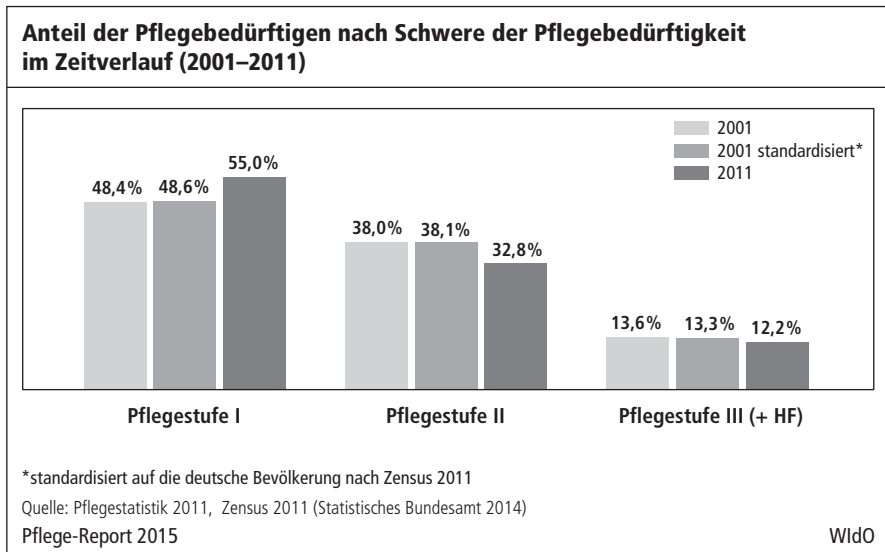
Deutlich wird zunächst, dass bei den Kinder- und Jugendlichen und ebenso wie bei den Pflegebedürftigen im erwerbsfähigen Alter die Pflegebedürftigkeit im Vergleich zu den höheren Altersgruppen schwerer ausfällt: 19 Prozent der pflegebedürftigen Mädchen und 16 Prozent der pflegebedürftigen Jungen sind in der Stufe III verortet. Aus der Gruppe der Erwerbstätigen (20- bis 59 Jahre) sind bei beiden Geschlechtern rund 18 Prozent in der Pflegestufe III. Gleichzeitig fällt der Anteil in Stufe I im Vergleich zu den höheren Altersgruppen deutlich niedriger aus. Bereits hier zeigt sich also, dass Pflegebedürftigkeit, die in angeborenen Beeinträchtigungen, Unfällen oder chronischen Erkrankungen gründet, von derjenigen, die aus dem Alterungsprozess heraus entsteht, zu differenzieren ist.

Im Alter zwischen 60 und 89 Jahren weisen dann Männer einen höheren Anteil in der Pflegestufen II auf. Der Anteil der Männer in der Stufe I hingegen liegt unter dem der gleichaltrigen Frauen. Bei den hochaltrigen Personen ab 90 Jahre sind dann jedoch die Frauen überproportional in der Pflegestufe III vertreten (Abbildung 19–4).

Veränderung der Schwere der Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf

Zwischen 2001 und 2011 stieg der Anteil der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I von 48 auf 55 Prozent. Der Anteil Personen in den beiden übrigen Stufen war dementsprechend rückläufig: In der Stufe II sank er von 38 Prozent auf 33 Prozent, in der Stufe III von 14 Prozent auf 12 Prozent (Abbildung 19–5). Dieser Effekt ist auch zu beobachten, wenn man für 2001 die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur wie für 2011 anlegt, denn die Ausgangswerte verändern sich nur marginal. Die Ver-

Abbildung 19–5



änderungen in den Pflegestufen sind also nicht darauf zurückzuführen, dass der Anteil von älteren Personen an der Bevölkerung zunimmt.⁷

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Neben den Ansprüchen, die sich aus einer Zuordnung zu den beschriebenen Pflegestufen ergeben, bestehen seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus dem Jahre 2008 auch Leistungsansprüche für Personen mit einem erheblichen Betreuungsbedarf. Aufgrund der engen Orientierung bei der Definition von Pflegebedürftigkeit an Hilfebedarfen bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung wurden u. a. Zeiten der allgemeinen Betreuung und Beaufsichtigung bis dato nicht als Pflegebedarf erfasst. Gerade bei demenziell Erkrankten oder anders gerontopsychiatrisch betroffenen Personen, psychisch Erkrankten oder auch Menschen mit Behinderung kann Betreuung oder Beaufsichtigung jedoch den überwiegenden Hilfebedarf ausmachen.

Bereits 2002 war mit dem Pflege-Leistungsergänzungsgesetz ein Leistungsanspruch von 460 Euro pro Jahr für ambulant versorgte Pflegebedürftige mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Betreuung geschaffen worden. Der Leistungsanspruch bezog sich jedoch nur auf Personen, die auch entsprechende Einschränkungen bei den Verrichtungen zur Bewältigung des Alltags und damit eine entsprechende Pflegestufe aufwiesen (§ 45a und 45b SGB XI). Zudem beschränkte sich dieser Anspruch auf Personen in der ambulanten Versorgung, während für Personen

⁷ Die gegebenenfalls in den Daten vorliegende Überschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2011 (siehe Abschnitt 19.2) scheint hier nicht ausschlaggebend zu sein, da die Entwicklung über die Jahre kontinuierlich verlaufen ist (Anteil Stufe I 2007 = 51,8 Prozent, 2009 = 53,6 Prozent).

in Pflegeheimen weiterhin kein Leistungsbezug für allgemeine Betreuung möglich war.

Vor diesem Hintergrund wurden die gesetzlichen Regelungen mit Wirkung zum 1. Juli 2008 angepasst. Der Kreis der Anspruchsberechtigten wurde auch auf Personen ausgeweitet, die keinen Hilfebedarf im Sinne der definierten Pflegestufen aufweisen (§ 45a SGB XI). Zusätzlich wurden die ambulanten Betreuungsleistungen auf 100 bzw. 200 Euro monatlich erhöht (§ 45a SGB XI) sowie ergänzende Betreuungsleistungen auch in stationären Pflegeheimen geschaffen (§ 87b SGB X). Gleichzeitig wurde die Entwicklung neuer Angebote und Versorgungsformen in diesem Bereich finanziell gefördert (§ 45c SGB XI).

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz des Jahres 2012 wurden die Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI dann erneut erweitert. Neben den bisherigen Leistungen konnten ab 01.01.2013 auch Personen, die einen Hilfebedarf unterhalb einer Pflegestufe aufweisen, Pflegesachleistungen oder Pflegegeld in Höhe von 225 Euro bzw. 120 Euro in Anspruch nehmen (§ 123 SGB XI).

Die Pflegestatistik wird Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erst ab dem Berichtsjahr 2013 erfassen.⁸ Die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der sozialen Pflegeversicherung berichten für das Jahre 2013 von rund 70 000 Personen unterhalb der Stufe I, die aufgrund ihrer eingeschränkten Alltagskompetenz im Jahresdurchschnitt anspruchsberechtigt waren (BMG 2014).

Neben Personen, die ausschließlich aufgrund ihrer eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA) einen Anspruch auf Pflegeleistungen haben, können Personen diese auch zusätzlich zu ihrer Pflegestufe aufweisen. Etwas vereinfacht gesprochen erfasst die Pflegestufe die somatisch orientierten Defizite bei der Körperhygiene, der Ernährung sowie der Mobilität. Die Einstufung als Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz (im Folgenden: PEA-Status) zeigt hingegen an, ob die Person darüber hinaus aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen dauerhaft so eingeschränkt ist, dass sie zusätzlich zu dem somatisch orientierten Hilfebedarf einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf aufweist.

Weder die Pflegestatistik noch die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der sozialen Pflegeversicherung ermöglichen eine Aufgliederung der Personen mit und ohne PEA-Status. Für die Darstellung des Anteils von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz werden deshalb AOK-Daten des Jahres 2013 herangezogen, die auf die bundesdeutsche Alters- und Geschlechtsstruktur standardisiert wurden (Abbildung 19–6).

Insgesamt gesehen hat ein Anteil von 45,5 Prozent der Pflegebedürftigen auch einen PEA-Status. In der Stufe I beträgt der Anteil der Pflegebedürftigen mit PEA-Status 30 Prozent. Von den Personen in der Pflegestufe II ist bereits mehr als jeder Zweite (53 Prozent) auch von einer Einschränkung der Alltagskompetenz betroffen und in der Stufe III benötigen vier von fünf Pflegebedürftigen (78 Prozent) aufgrund dieser Einschränkung entsprechende Hilfen bei der allgemeinen Betreuung.

⁸ Siehe Verordnung zur Änderung der Pflegestatistik-Verordnung vom 19. Juli 2013 (BGBl. I S. 2581).

Abbildung 19–6

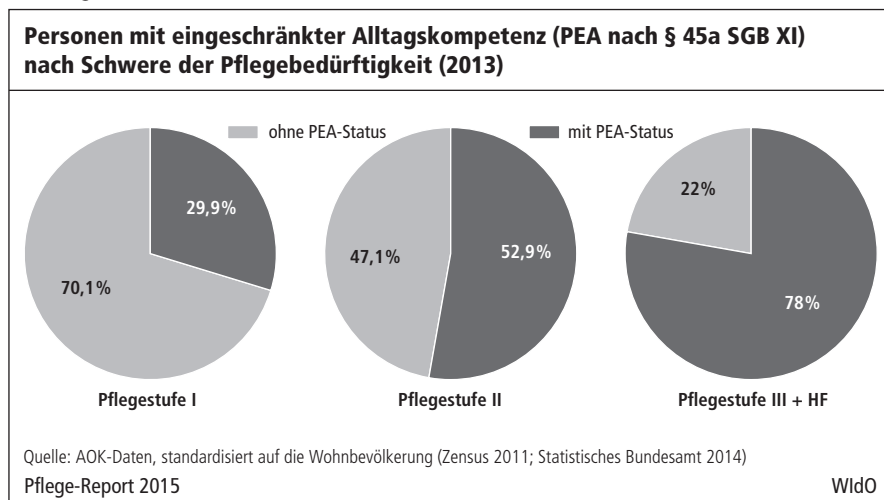


Abbildung 19–7

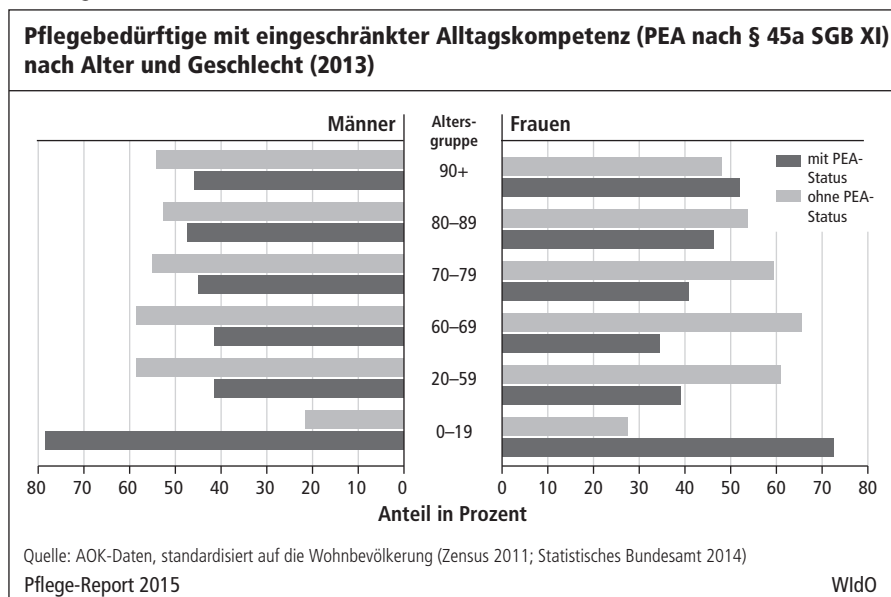


Abbildung 19–7 zeigt die Personen mit PEA-Status nach Alter und Geschlecht. Zu beobachten ist zum einen ein – aus den dahinterstehenden spezifischen Ursachen der Pflegebedürftigkeit resultierender – überproportionaler Anteil von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen mit entsprechendem Betreuungsbedarf: bei den Jungen 79 Prozent und bei den Mädchen 73 Prozent. Weiterhin kann in den Altersgruppen ab 70 Jahre der altersbedingte Anstieg der eingeschränkten Alters-

kompetenz beobachtet werden. Gleichzeitig ist zu sehen, dass bis zu einem Alter von 90 Jahren die Männer gegenüber den Frauen einen höheren Anteil von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz aufweisen und sich das Verhältnis schließlich bei über 90-Jährigen umkehrt.

19.3.3 Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit

Leistungen aus der Pflegeversicherung umfassen eine Vielzahl an Hilfestellungen für Pflegebedürftige und deren Pflegepersonen (Tabelle 19–2). Zur finanziellen Unterstützung für eine selbst beschaffte Pflegehilfe ist das Pflegegeld gedacht. Der Pflegebedürftige erhält einen nach Pflegestufe differenzierten monatlichen Geldbetrag und stellt damit seine Versorgung selbst sicher. In der Regel bedeutet dies, dass der Pflegebedürftige durch einen Angehörigen (Ehepartnerin, Tochter) oder auch durch Freunde, Nachbarn oder Bekannte gepflegt wird. Man spricht in diesem Fall auch von einem informellen Pflegearrangement, da (regelmäßig) kein professioneller Pflegedienst etc. in die Pflege eingebunden ist (Tabelle 19–2).

Der Pflegebedürftige kann aber auch wählen, gleichzeitig Hilfestellungen durch Pflegedienste – so genannte Pflegesachleistungen – in Anspruch zu nehmen. Er kann hierfür seinen gesamten Leistungsanspruch verwenden oder Geld- und Sachleistungsbezug kombinieren. Für die Organisation solcher sogenannter professioneller oder formeller Pflegearrangements erhält er höhere Leistungspauschalen. Zudem können niederschwellige Betreuungsangebote genutzt werden. Dies sind kommunal und ehrenamtlich eingebundene Angebote bzw. Modellvorhaben insbesondere für demenziell Erkrankte, die seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 eine Förderung durch die Pflegekassen erfahren. Durch das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) können seit 2015 auch bis zu 40 Prozent der Sachleistungsgelder für die Nutzung solche Versorgungsformen verwandt werden.

Neben den Leistungen je Pflegestufe wurden im Sinne einer Übergangsregel bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Sach- und Geldleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (PEA) eingeführt.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit Geld- und Sachleistungen mit einer Tages- und Nachpflege zu ergänzen. Der Pflegebedürftige – gerichtet sind diese Angebote insbesondere an demenziell erkrankte Personen – kann hierdurch für Zeiten im Tagesablauf in einer entsprechenden teilstationären Einrichtung betreut und gepflegt werden (Tabelle 19–2).

Neben den Leistungen zur Abdeckung des täglichen Hilfebedarfs haben Pflegebedürftige, die im ambulanten Kontext versorgt werden, die Möglichkeit Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen. Die Angebote ermöglichen es, die Hauptpflegeperson für einige Woche im Jahr zu entlasten. Kurzzeitpflege kann darüber hinaus nach einem Krankenhausaufenthalt genutzt werden, um den Übergang in die weitere Pflege abzusichern (Tabelle 19–2).

Ist eine ambulante Pflege (nicht mehr) möglich, so finanziert die Pflegeversicherung bis zu den entsprechenden Pflegesätzen Aufwendungen für (Grund)Pflege, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung. Für die Aktivierung und Betreuung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird zudem zusätzliches Betreuungspersonal finanziert (Tabelle 19–2).

Tabelle 19–2

Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung (Auswahl) – Stand 2015 (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I)

Leistungsart	Erläuterung	Leistungshöhen ¹
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)	Professionelle Pflegedienste erbringen Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilität oder Hauswirtschaft	Pflegestufe I : 468 € Pflegestufe II : 1 144 € Pflegestufe III : 1 612 € [Bis zu 40 % der Gelder können für Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI genutzt werden.]
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§37 SGB XI)	Pflege wird durch einen Angehörigen etc. selbst sichergestellt.	Pflegestufe I : 244 € Pflegestufe II : 458 € Pflegestufe III : 728 €
Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung § 38 SGB XI)	Kombination von Leistungen durch Pflegedienste und Pflege, die selbst sichergestellt wird	Pflegesachleistung und Pflegegeld werden je nach Aufteilung auf Dienste und selbst sichergestellte Pflege anteilig ausbezahlt (z. B. 50:50)
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)	Ersatzpflege, z. B. aufgrund von Urlaub oder Krankheit der Pflegeperson für längstens sechs Wochen im Jahr	Bei Pflegepersonen, die verwandt mit dem Pflegebedürftigen sind oder mit ihm in einem Haushalt leben, gilt die Höhe des Pflegegeldes; bei allen anderen Pflegepersonen bis 1 612€; Erhöhung auf bis zu 2 418 €, wenn keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurde
Pflegehilfsmittel (§ 40 (2) SGB XI)		Aufwendungen für zum Gebrauch bestimmte Pflegehilfsmittel bis 40 € monatlich
Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen (§ 40 (4) SGB XI)	Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	bis zu 4 000 € je Maßnahme
Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	Angebote der Tages- und Nachtpflege können zusätzlich zum Pflegegeld, Sach- oder Kombinationsleistungen in Anspruch genommen werden	Pflegestufe I : 468 € Pflegestufe II : 1 144 € Pflegestufe III : 1 612 €
Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	Ersatzpflege, z. B. in Krisensituationen, in denen eine häusliche Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist oder im Übergang einer stationären Behandlung	bis zu 1 612 €; Erhöhung auf bis zu 3 224 €, wenn keine Verhinderungspflege in Anspruch genommen wurde, in diesem Fall bis zu acht Wochen im Jahr
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	Finanzierung der pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu den jeweiligen Pflegesätzen	Pflegestufe I : 1 064 € Pflegestufe II : 1 330 € Pflegestufe III : 1 612 €
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)		266 €

Tabelle 19–2

Fortsetzung

Leistungsart	Erläuterung	Leistungshöhen ¹
Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b SGB XI)	Betreuungsleistungen durch niedrigschwellige d. h. primär ehrenamtliche Angebote, deren Ausbau seit 2008 gefördert wird	104 € bzw. 208 €
Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 87b SGB XI)	Pflegeeinrichtungen vereinbaren Vergütungszuschläge für zusätzliches Betreuungspersonal zur Aktivierung und Betreuung von PEA nach § 45a SGB XI.	Die Vergütungszuschläge sind so bemessen, dass bezogen auf 20 anspruchsberechtigte Personen eine Vollzeitbetreuungskraft finanziert werden kann.
Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 123 SGB XI)	Als Übergangsregel bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurden Sach- und Geldleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (PEA) eingeführt.	„Stufe 0“ mit PEA-Status: Pflegegeld 123 €/Pflegesachleistung 231 € Stufe I mit PEA-Status: Pflegegeld zzgl. 72 €/Pflegesachleistung 221 € Stufe II mit PEA-Status: Pflegegeld zzgl. 87 €/Pflegesachleistung 154 €

Quelle: Zusammenstellung gemäß SGB XI

Pflege-Report 2015

WidO

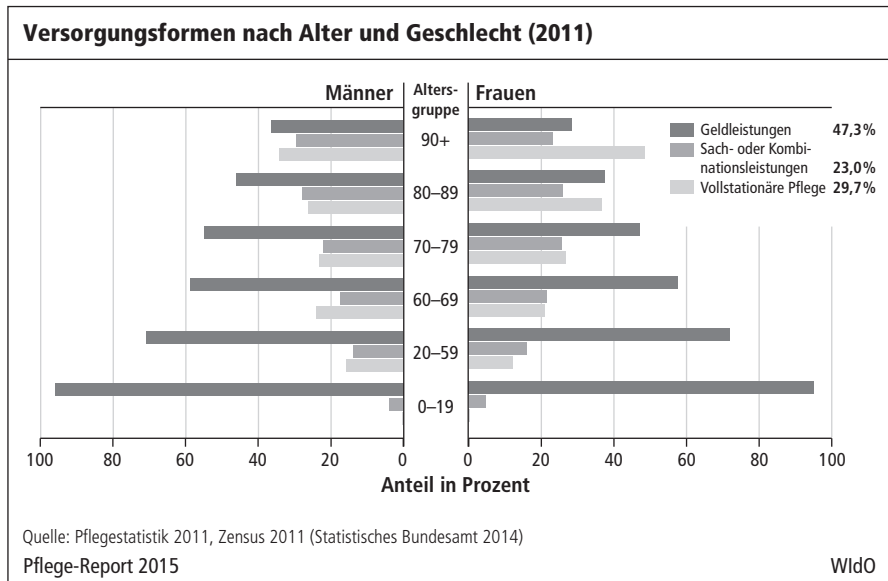
Versorgungsformen nach Alter und Geschlecht

Im Jahr 2011 wurden mehr als zwei Drittel (70,3 Prozent) der 2,5 Mio. Pflegebedürftigen in ihrer häuslichen Umgebung betreut. Knapp die Hälfte aller Pflegebedürftigen (47,3 Prozent) bezog ausschließlich Pflegegeld. Rund 600 000 Pflegebedürftige (23,0 Prozent) entschieden sich entweder für eine Kombination aus Geld- und Sachleistung oder für den alleinigen Bezug von Sachleistungen. Rund 750 000 Personen und damit weniger als jeder Dritte Pflegebedürftige (29,7 Prozent) wurden in einem stationären Pflegeheim versorgt (Abbildung 19–8).

Abbildung 19–8 veranschaulicht, dass der Anteil Personen mit einem alleinigen Pflegegeldbezug altersspezifisch sehr unterschiedlich ist. 95 Prozent der Kinder und Jugendliche werden allein durch Angehörige versorgt (ausschließlicher Bezug von Pflegegeld). Bei Personen im erwerbsfähigen Alter sind dies rund 70 Prozent (ohne nennenswerten Unterschied zwischen den Geschlechtern).

Auch Pflegebedürftige zwischen 60 und 70 Jahre sind noch überwiegend reine Geldleistungsbezieher (58,6 Prozent bei den Männer, 57,6 Prozent bei den Frauen). Der Anteil der Pflegebedürftigen im Pflegeheim liegt hier bei 24 Prozent bei den Männern bzw. bei 21 Prozent bei den Frauen (Abbildung 19–8). In der Altersgruppe 70 bis 79 Jahre bleiben die Pflegearrangements bei den Männern vergleichsweise konstant, jedoch steigt der Anteil derer leicht an, die – zusätzlich zum Pflegegeld oder ausschließlich – ambulante Pflegedienste nutzen. Bei den Frauen hingegen findet bereits in dieser Altersgruppe ein deutlicher Anstieg der stationären Versor-

Abbildung 19–8



gungsformen statt. Der Anteil pflegebedürftiger Frauen, die im Pflegeheim untergebracht sind, steigt auf 27 Prozent, während er bei den gleichaltrigen Männern bei rund 23 Prozent liegt.

Diese Entwicklung setzt sich in den höheren Altersgruppen fort: In der Altersgruppe 80 bis 89 Jahre sind 37 Prozent der Frauen und 26 Prozent der Männer stationär versorgt. In der zehnten Lebensdekade steigt der Anteil Pflegebedürftiger in stationärer Versorgung bei den Frauen schließlich auf 48 Prozent, bei den Männern hingegen nur auf 34 Prozent. Männer werden folglich – insbesondere in sehr hohem Alter – weitaus häufiger im ambulanten Setting gepflegt als Frauen.

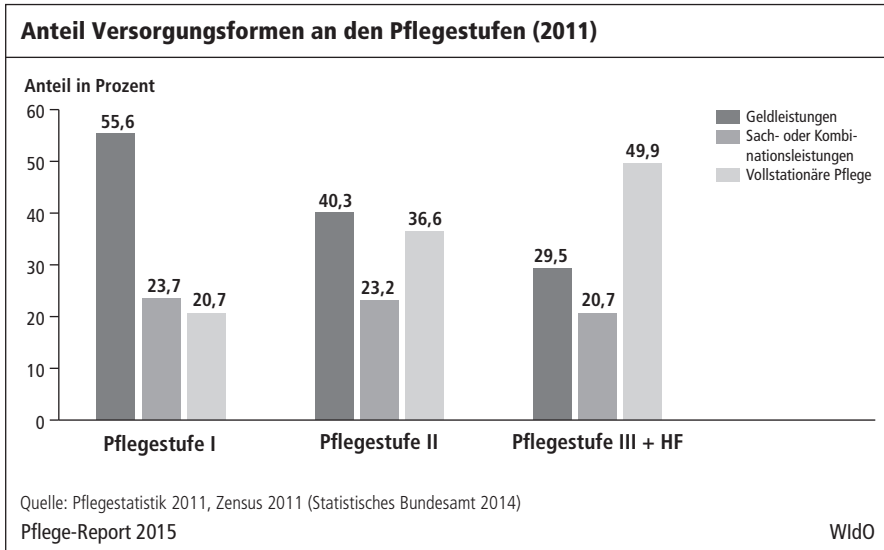
Schwere der Pflegebedürftigkeit nach Versorgungsformen

Die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Versorgungsformen unterscheidet sich zwischen den Pflegestufen deutlich. Während bei den reinen Pflegegeldbeziehern im Jahr 2011 mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen (55,6 Prozent) die Stufe I aufwiesen, waren stationär gepflegte Personen nur zu einem Fünftel in der Stufe I (20,7 Prozent). Das Verhältnis kehrt sich für die Stufe III fast um: Weniger als jeder Dritte (29,5 Prozent) Schwerstpflegebedürftige (Stufe III) wählt ausschließlich Pflegegeldleistungen. Die Hälfte dieser Personengruppe wird stationär betreut (Abbildung 19–9).

Veränderung der Versorgungsformen im Zeitverlauf

Blickt man auf die Veränderung der Versorgungsform im Zeitverlauf so zeigt sich, dass der Anteil der Geldleistungsbezieher innerhalb der letzten zehn Jahre von 49,4 Prozent auf 47,3 Prozent leicht gesunken und der Anteil der stationär Ver-

Abbildung 19–9

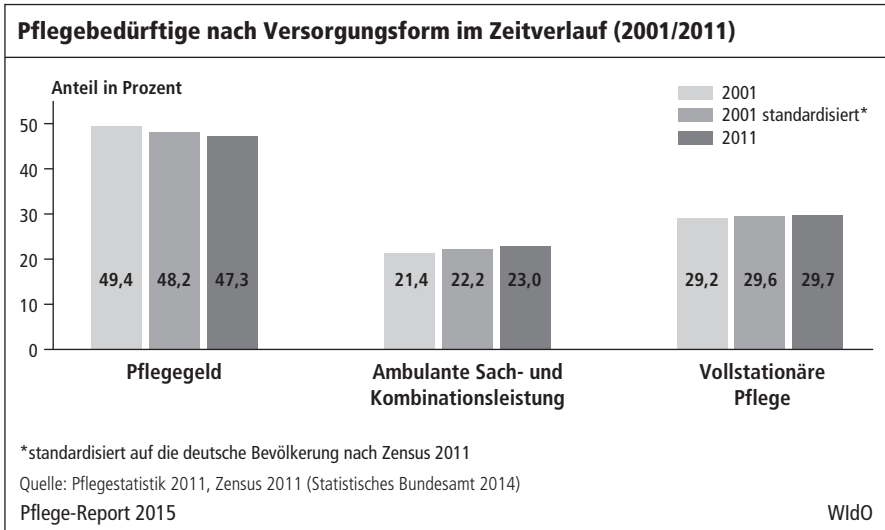


sorgten mit einer Veränderung von 29,2 Prozent auf 29,7 Prozent nahezu konstant geblieben ist. (Abbildung 19–10).

Bereinigt man die zeitliche Betrachtung zusätzlich um Veränderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur der Bundesbevölkerung innerhalb des Beobachtungszeitraums und legt für 2001 die gleiche Bevölkerungsstruktur wie 2011 zugrunde, so nivellieren sich die Unterschiede nahezu: Nach dieser Betrachtung hätten auch 2001 bereits 48,2 Prozent der Pflegebedürftigen Pflegegeld bezogen, stationär versorgt worden wären 29,6 Prozent. Damit ist allein der Anteil der Personen, die ihre Pflege im häuslichen Kontext zusätzlich mit einer (komplementären) Nutzung von ambulanten Pflegediensten organisieren, leicht gestiegen. Die Heimquote ist über den gleichen Zeitraum mit einer Veränderung von nur 0,1 Prozentpunkten letztlich konstant geblieben (Abbildung 19–10).

Trotz des Grundsatzes der Pflegeversicherung, „vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn [zu] unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können“ (§ 3 SGB XI), ist der Anteil von Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege damit innerhalb der letzten zehn Jahre nicht gesunken. Die Wirkungen von Reformen wie dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 (BT-Drs. 16/7439) oder dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz von 2012 (BT-Drs. 17/9369) sind folglich zu hinterfragen: Diese hatten u. a. durch verbesserte Beratung, flexiblere Leistungsausgestaltung, Erweiterung der Angebote für demenziell Erkrankte und Verbesserungen bei Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige auf die Stärkung der ambulanten Pflege und damit einer Verringerung der Heimquote hinwirken sollen.

Abbildung 19–10



Regionale Unterschiede bei den Versorgungsformen

Die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Versorgungsformen variiert regional teilweise erheblich (Tabelle 19–3). Betrachtet man die Verteilung auf die Versorgungsformen so standardisiert, als hätten die Pflegebedürftigen in den jeweiligen Ländern jeweils die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur wie die Pflegebedürftigen insgesamt bundesweit, so zeigt sich: In Hessen gibt es beispielsweise mit 55 Prozent den bundesweit höchsten Anteil von Pflegebedürftigen mit alleinigem Pflegegeldbezug, gleichzeitig ist der nach Brandenburg geringste Anteil an stationär versorgten Pflegebedürftigen zu beobachten. Die bundesweit höchsten Anteile an Pflegebedürftigen mit Sach- und Kombinationsleistungen werden in Hamburg (29,0 Prozent) und Brandenburg (28,8 Prozent) erreicht. Sowohl bei den Pflegegeldbezieher (38,8 Prozent) als auch bei den Pflegebedürftigen mit Sach- und Kombinationsleistungen (20,2 Prozent) zeigt sich in Schleswig-Holstein der bundesweit niedrigste Anteil. In Schleswig-Holstein ist zudem der Anteil der Pflegebedürftigen im Heim bundesweit gesehen am höchsten (41 Prozent).⁹

Dies wirft die Frage auf, welche weiteren Aspekte – neben der hier bereits bereinigten Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung – Einfluss auf die Wahl der Versorgungsform haben. Rothgang et al. (2012) konnten in einer Untersuchung der Daten der Pflegestatistik auf Kreisebene diesbezüglich häufig genannte Einflussfaktoren wie die (Frauen-)Erwerbsquote, der Anteil Einpersonenhaushalte, der

⁹ Schleswig-Holstein weist bereits hinsichtlich der Pflegeprävalenz deutlich unterproportionale Quoten auf und zeigt bei dieser Analyse deutlich unterproportionale Quoten bei den Pflegegeldempfängern bzw. eine deutlich erhöhte vollstationäre Quote. Hinweise des Statistischen Bundesamtes auf Einschränkungen der Datenqualität (z. B. auf eine Unterschätzung der Geldleistungsbezieher) für Schleswig-Holstein finden sich jedoch nicht (Destatis 2013).

Tabelle 19–3

Regionale Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Versorgungsformen, in Prozent (2011)

Bundesland	Pflegegeld	Sach- und Kombinationsleistungen	Vollstationäre Pflege
Baden-Württemberg	47,57	20,78	31,65
Bayern	45,90	22,35	31,75
Berlin	49,41	24,57	26,02
Brandenburg	47,58	28,82	23,60
Bremen	43,53	28,16	28,32
Hamburg	39,13	29,02	31,85
Hessen	54,91	20,74	24,35
Mecklenburg-Vorpommern	47,03	25,61	27,36
Niedersachsen	45,09	23,46	31,45
Nordrhein-Westfalen	48,54	22,35	29,12
Rheinland-Pfalz	51,76	20,41	27,83
Saarland	48,71	20,83	30,46
Sachsen	40,75	27,13	32,12
Sachsen-Anhalt	45,04	25,01	29,95
Schleswig-Holstein	38,87	20,21	40,92
Thüringen	48,94	24,09	26,98
Bund	47,26	23,04	29,71

Quelle: AOK-Routinedaten, standardisiert auf die Wohnbevölkerung (Zensus 2011, Statistisches Bundesamt 2014)

Pflege-Report 2015

WIdO

Anteil Ausländer, freie Heimkapazitäten oder das familiäre Pflegepotenzial nicht bestätigen. Die Effekte sind nach dieser Studie jeweils nur gering.

19.3.4 Verlauf der Pflegebedürftigkeit

Eintritt in die Pflegebedürftigkeit und Mortalitätsraten

Die Analysen von Pflegeverläufen basieren wiederum auf AOK-Routinedaten, die auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der bundesdeutschen Bevölkerung hochgerechnet wurden. Identifiziert wurden Personen, die 2013 erstmals als pflegebedürftig eingestuft wurden. Abbildung 19–11 zeigt auf, dass von den im Jahr 2013 pflegebedürftigen Personen bei den Männern drei von vier (76,2 Prozent) und bei den Frauen sogar vier von fünf (79,7 Prozent) bereits im Vorjahr pflegebedürftig gewesen waren. Damit ist rund jeder vierte pflegebedürftige Mann und jede fünfte pflegebedürftige Frau im Jahr 2013 ein „Neufall“.

Abbildung 19–12 zeigt auf, wie sich die Mortalität zwischen den erstmals und den bereits im Vorjahr Pflegebedürftigen unterscheidet: Von den Personen, die bereits im Vorjahr (2012) pflegebedürftig waren, verstarb rund jeder Siebte (rund 14 Prozent bei beiden Geschlechtern) im Laufe des Jahres 2013. Bei den erstmals

Abbildung 19–11

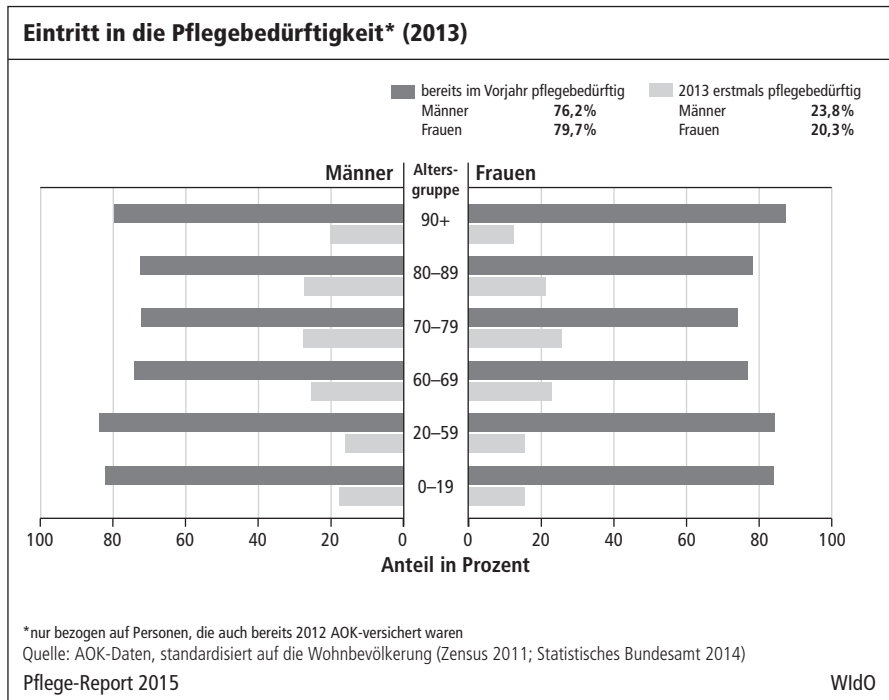
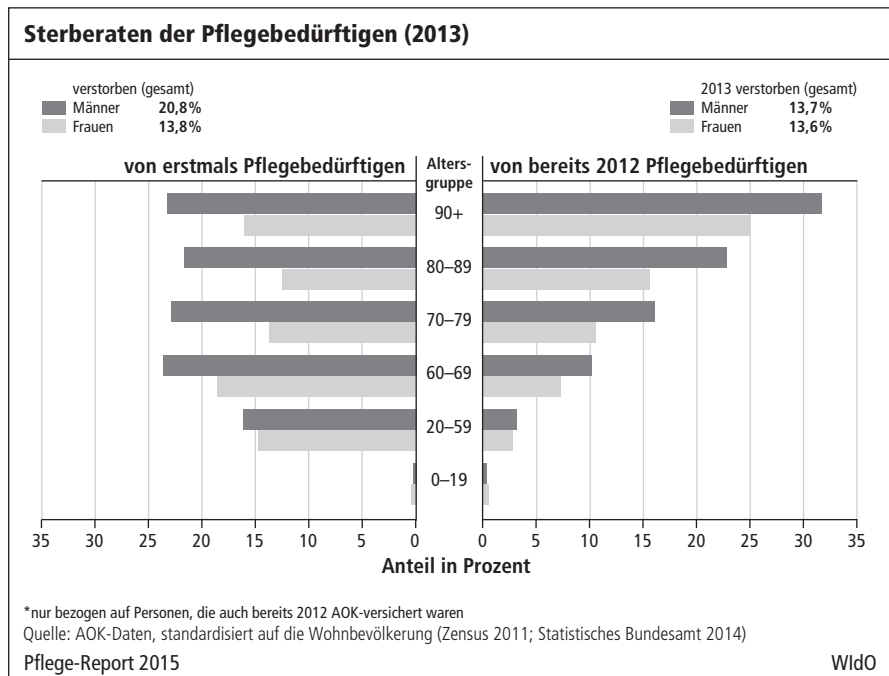


Abbildung 19–12



Pflegebedürftigen verstarb bei den Frauen ebenso rund jede Siebte, bei den Männer ist die Wahrscheinlichkeit, im gleichen Jahr zu versterben, aber deutlich höher: Hier ist jeder fünfte Mann, der 2013 erstmals pflegebedürftig wurde, auch im gleichen Jahr noch verstorben.

Auch bei der alters- und geschlechtsdifferenzierten Betrachtung zeigen sich deutliche Unterschiede: Erwartungsgemäß steigt bei den bereits im Vorjahr Pflegebedürftigen der Anteil derjenigen, die versterben, kontinuierlich mit dem Alter an. Bei den erstmals pflegebedürftigen Neufällen hingegen ist die Rate über die Altersgruppen hinweg relativ konstant. Auffällig ist, dass hier die Männer eine deutlich höhere Mortalitätsrate aufweisen.

Zusammenfassend kann man folglich festhalten, dass bei Männern innerhalb des Jahres 2013 sowohl überdurchschnittlich mehr Eintritte in die Pflegebedürftigkeit als auch mehr Abgänge durch Versterben zu beobachten sind. Dies lässt den Schluss zu, dass Frauen länger in der Pflegebedürftigkeit verweilen als Männer gleichen Alters. Dies erklärt zum Teil, warum weibliche Pflegebedürftige – wie im vorherigen Abschnitt gezeigt – eine unterdurchschnittliche Pflegeschwere aufweisen.

Pflegestufen und Versorgungsformen

Die Tabellen 19–4 und 19–5 zeigen, welche Pflegestufen die erstmals Pflegebedürftigen in Abgrenzung zu den bereits im Vorjahr Betroffenen aufweisen und in welchen Versorgungsformen sie gepflegt werden. Von der Betrachtung ausgenommen sind hier jedoch die innerhalb des Jahres 2013 Verstorbenen.

Tabelle 19–4

Schwere der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) von erstmals 2013 und im Vorjahr Pflegebedürftigen*, Anteil in Prozent (2013)

Letzte Einstufung**	2013 erstmals pflegebedürftig			2012 bereits pflegebedürftig		
	Anteil	davon ohne Wechsel der Stufe oder des PEA-Status	davon mit Wechsel	Anteil	davon ohne Wechsel der Stufe oder des PEA-Status	davon mit Wechsel
PEA-Status	16,4	98,7	1,3	1,7	94,2	5,8
PS I	46,8	98,8	1,2	35,0	99,4	0,6
PS I + PEA-Status	19,3	82,4	17,6	15,4	90,8	9,2
PS II	7,7	77,9	22,1	15,7	84,1	15,9
PS II + PEA-Status	7,5	61,2	38,8	18,7	74,8	25,2
PSI III (inkl. HF)	0,7	64,8	35,2	2,6	84,9	15,1
PSI III (inkl. HF) + PEA-Status	1,6	48,9	51,1	10,8	73,4	26,6
Insgesamt	100,0	90,1	9,9	100	87,8	12,2

* Ohne im Betrachtungsjahr Verstorbene und ohne Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI

** Darstellung der Stufen bezieht sich auf die letzte Stufe, die der Pflegebedürftige innerhalb des Jahres aufweist

Quelle: AOK-Routinedaten, standardisiert auf die Wohnbevölkerung (Zensus 2011, Statistisches Bundesamt 2014)

Tabelle 19–5

Versorgungsform von erstmals 2013 und im Vorjahr Pflegebedürftigen*, Anteil in Prozent (2013)

Letzte Versorgungsform	Erstmals pflegebedürftig			Im Vorjahr bereits pflegebedürftig		
	Anteil	davon <i>ohne</i> Wechsel der Versorgungsform	davon <i>mit</i> Wechsel	Anteil	davon <i>ohne</i> Wechsel der Versorgungsform	davon <i>mit</i> Wechsel
Ausschließlich Pflegegeld	56,6	92,5	7,5	46,3	92,5	7,5
Ambulante Sach- und Kombi-Leistung	28,9	49,8	50,2	25,4	72,9	27,1
Vollstationäre Pflege	14,5	33,0	67,0	28,3	81,1	18,9
Insgesamt	100,0	71,5	28,5	100,0	84,3	15,7

* Ohne im Betrachtungsjahr Verstorbene und ohne Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach §43a SGB XI

Quelle: AOK-Routinedaten, standardisiert auf die Wohnbevölkerung (Zensus 2011, Statistisches Bundesamt 2014)

Pflege-Report 2015

WIdO

Von den 2013 erstmals Pflegebedürftigen starten 66 Prozent in der Pflegestufe I, weitere knapp 16 Prozent beginnen unterhalb dieser mit einer Einstufung als „Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ (PEA-Status) (Tabelle 19–4). Dies unterscheidet sich deutlich von den Pflegebedürftigen, die bereits 2012 in eine Pflegestufe eingruppiert waren und Leistungen bezogen. Hier befindet sich 2013 die Hälfte (50,4 Prozent) in der Pflegestufe I, nur rund 2 Prozent hatten einen alleinigen PEA-Status. Dies resultiert aus der Tatsache, dass erst mit dem Jahr 2013 relevante Leistungen (Pflegegeld und Sachleistung) für diese Personengruppe eingeführt wurde und entsprechend erst innerhalb dieses Jahres durch die Betroffenen genutzt wurde. Deutlich wird aber dennoch auch, dass der Start in die Pflegebedürftigkeit – wie zu erwarten – in niedrigeren Pflegestufen beginnt (Tabelle 19–4).

Die gewählte Versorgungsform ist bei mehr als der Hälfte (57 Prozent) der 2013 erstmals Betroffenen der ausschließliche Bezug von Pflegegeld (Tabelle 19–5). Etwas weniger als jeder Dritte (29 Prozent) wählt eine Kombination von Geld- und Sachleistung oder ausschließlich Sachleistung. In der stationären Pflege startet nur rund jeder Siebte (14 Prozent) seine Pflegebedürftigkeit. Auch die Verteilung auf die Versorgungsform unterscheidet sich somit deutlich zwischen erstmals und bereits im Vorjahr Pflegebedürftigen. Letztere weisen insbesondere einen deutlich höheren Anteil in der stationären Versorgung auf. Bei diesen Pflegebedürftigen beziehen zudem mit 46 Prozent weniger als die Hälfte ausschließlich Pflegegeld. Ein Viertel der bereits 2012 Pflegebedürftigen – also weniger als bei den Neuzugängen – wählt 2013 ausschließlich Sach- oder Kombinationsleistungen.

19.4 Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen

19.4.1 Ambulante ärztliche Versorgung

Um die ambulante ärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen zu beschreiben, wird hier der Kontakt mit einem niedergelassenen Arzt als Kennzahl verwendet. Gezählt werden sogenannte Abrechnungsfälle (mindestens ein Kontakt je Quartal und Arzt). Durch die Abrechnung über Honorarpauschalen kann ein Fall unbekannt viele Arztkontakte im Quartal beinhalten. Die Zahl der Abrechnungsfälle wird anhand der vertragsärztlichen Leistungsfälle im Sinne des § 73 SGB V, der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V und der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V erfasst¹⁰. Die Darstellung konzentriert sich hier auf die Fälle der verschiedenen Facharztgruppen¹¹ sowie auf die Versorgung in Abhängigkeit von der Schwere der Pflegebedürftigkeit und den jeweiligen Versorgungsformen.

Tabelle 19–6

Übersicht zur durchschnittlichen Inanspruchnahme von niedergelassenen Vertragsärzten durch Pflegebedürftige, in Prozent (2013)

Arztgruppe	Pflegebedürftige mit mindestens einem Kontakt im Quartal	Pflegebedürftige mit mindestens einem Kontakt im Jahr
Vertragsarzt	95,7	97,4
Hausärzte (inkl. hausärztlich tätige Internisten)	89,6	94,0
Fachärzte	64,3	82,8
Gynäkologen (inkl. Fachärzte für Geschlechtskrankheiten)	10,7 (12,7*)	21,0 (24,6*)
HNO-Ärzte	7,5	16,8
Internisten	7,8	15,9
Neurologen	13,9	18,4
Orthopäden	6,4	13,3
Psychiater	3,4	4,4
Urologen	9,2 (15,7**)	14,4 (23,7**)

* nur für Frauen berechnet

** nur für Männer berechnet

Quelle: AOK-Routinedaten, standardisiert auf die Wohnbevölkerung (Zensus 2011, Statistisches Bundesamt 2014)

Pflege-Report 2015

WlD0

10 Soweit Leistungen nach §§ 119a ff. SGB XI (Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen) durch angestellte Ärzte über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden, sind auch diese in den Analysen enthalten.

11 Die Zuordnung einer Betriebsstätte zu den hier ausgewiesenen Facharztgruppen erfolgt über die Lebenslange Arztnummer (LANR). Bei fachgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxen kann zum Teil keine Fachgruppe identifiziert werden, sodass dort erbrachte Fälle nicht in die fachgruppendifferenzierten Analysen eingehen.

Übersicht zur Inanspruchnahme

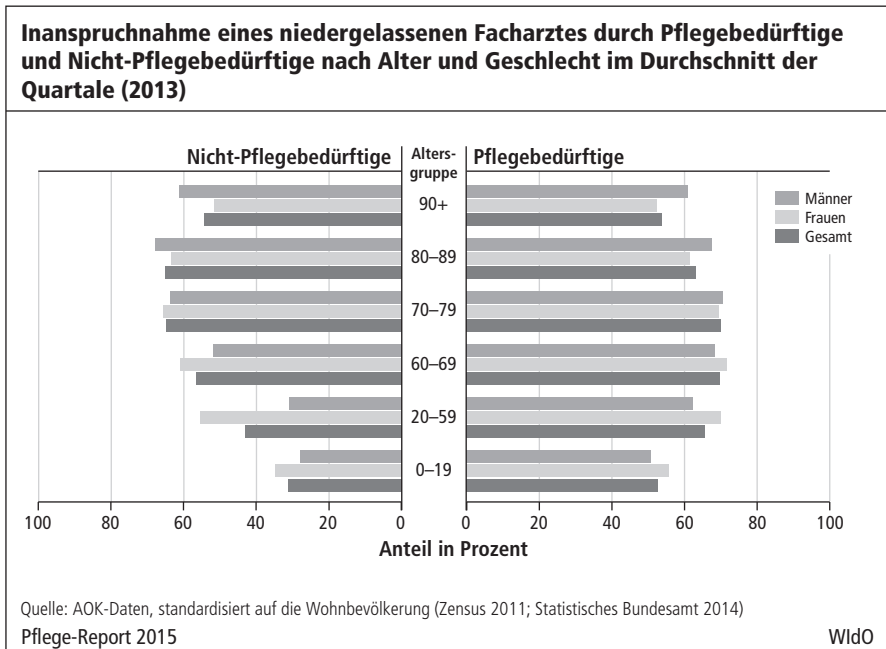
Nahezu alle Pflegebedürftigen (97,4 Prozent) hatten 2013 mindestens einen Arztkontakt – d. h. generierten einen Abrechnungsfall –, im Durchschnitt der Quartale jeweils 96 Prozent. Gleichfalls sahen fast alle Pflegebedürftigen (94,0 Prozent) mindestens einmal im Jahr einen Hausarzt, im Quartal im Durchschnitt rund 90 Prozent. Mehr als vier Fünftel (82,8 Prozent) hatten zudem 2013 einen oder mehrere Kontakte zu einer Facharztpraxis, im Quartal durchschnittlich etwa 64 Prozent (Tabelle 19–6).

Im Jahr 2013 häufig kontaktierte Facharztgruppen waren Urologen mit 16 Prozent der Männer pro Quartal, Gynäkologen mit 13 Prozent der Frauen pro Quartal sowie Neurologen mit 14 Prozent (beide Geschlechter pro Quartal). Weiterhin besuchten jeweils acht Prozent mindestens einmal im Quartal einen HNO-Arzt und/oder Internisten, sechs Prozent einen Orthopäden und drei Prozent einen Psychiater.

Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Inanspruchnahme von Fachärzten unterscheidet sich deutlich zwischen den Altersgruppen, aber auch zwischen den Geschlechtern (Abbildung 19–13). Bei den pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen sahen 53 Prozent innerhalb eines Quartals im Jahr 2013 mindestens einen Facharzt. Dieser Anteil steigt bis zur Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen kontinuierlich auf bis zu 70 Prozent an. Hiernach sinkt die Häufigkeit der Facharztkontakte wieder. So sahen von den über 90-jährigen Pflegebedürftigen nur 54 Prozent einen Facharzt innerhalb eines Quartals. Hinsichtlich der Geschlechter zeigt sich folgendes Bild: Während in den jüngeren Altersgruppen die

Abbildung 19–13



pflegebedürftigen Frauen häufiger einen Facharzt konsultierten, sind es in den Jahrgängen ab 70 Jahre die Männer, die z. T. deutlich häufiger Fachärzte aufsuchen. Vergleicht man die Inanspruchnahme mit Personen gleichen Alters, die nicht pflegebedürftig sind, so zeigt sich ein ähnliches Bild. Auch hier haben die Frauen – wenn auch auf einem anderen absoluten Niveau – in den jüngeren Jahrgängen bis 70 Jahre deutlich höhere Kontaktzahlen. Insgesamt liegt der Anteil der Personen mit mindestens einem Facharztkontakt im Quartal bei den jüngeren Nicht-Pflegebedürftigen – wie zu erwarten – z. T. deutlich niedriger. Ab einem Alter von 80 Jahren nähern sich die Anteile dann aber weitgehend an (Abbildung 19–13).

Inanspruchnahme nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Betrachtet man die Frequenz der Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung differenziert nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit, so zeigt sich über alle Pflegestufen hinweg das Phänomen, dass Pflegebedürftige, die über ihre körperlich bedingte Pflegebedürftigkeit hinaus zusätzlich eine eingeschränkte Alltagskompetenz (PEA-Status) aufweisen, zu jeweils einem leicht geringeren Anteil Facharztbesuche wahrnehmen als Pflegebedürftige der gleichen Stufe ohne diese zusätzliche Einschränkung. Ferner sehen bezogen auf alle Versorgungsbereiche die Schwerstpflegebedürftigen (Stufe III) seltener einen Facharzt als die erheblich Pflegebedürftigen (Stufe I) (Tabelle 19–7, rechte Spalte).

Differenziert man diese Betrachtung nach Versorgungsbereichen, so zeigt sich zum einen im stationären (in allen Pflegestufen) Bereich eine insgesamt höhere

Tabelle 19–7

Inanspruchnahme von niedergelassenen Fachärzten durch Pflegebedürftige im Quartal nach Pflegestufe und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in Prozent (2013)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	
PEA-Status	58,0	62,6	60,3	59,8	64,9	62,6	65,5	65,1	65,3	61,4
PS I	68,7	67,8	68,2	67,0	65,6	66,0	69,4	65,7	66,9	68,0
PS I + PEA-Status	58,1	57,3	57,7	60,9	59,4	60,0	68,6	65,5	66,7	61,6
PS II	64,4	62,0	63,1	67,0	60,0	62,6	72,2	66,3	68,0	64,7
PS II + PEA-Status	57,5	51,0	54,2	63,8	54,5	58,3	73,0	65,9	68,2	62,3
PSI III (inkl. HF)	55,8	53,8	54,8	64,6	59,9	62,1	70,7	66,2	68,0	61,7
PSI III (inkl. HF) + PEA-Status	52,3	42,3	46,8	60,1	46,7	52,3	72,6	62,7	65,5	59,0
Alle Pflegestufen	63,6	62,8	63,2	63,8	60,2	61,5	71,2	65,2	67,1	64,3

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte

** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten

Quelle: AOK-Routinedaten, standardisiert auf die Wohnbevölkerung (Zensus 2011, Statistisches Bundesamt 2014)

Facharztquote als im ambulanten Sektor. Ferner wird deutlich, dass die Facharztquote im stationären Kontext mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit ansteigt bzw. relativ konstant bleibt.

Dies ist im ambulanten Versorgungskontext anders: Hier sinkt der Anteil derjenigen, die mindestens einmal im Jahr 2013 einen Facharztkontakt hatten, bei den reinen Pflegegeldempfängern von rund 68 Prozent in der Stufe I (ohne PEA-Status) auf knapp 55 Prozent in der Stufe III (ohne PEA-Status) und bei den ambulant Versorgten, die zusätzlich oder ausschließlich durch Pflegedienste versorgt werden, von 66 Prozent in Pflegestufe I (ohne PEA-Status) auf gut 62 Prozent (ohne PEA-Status). Dies überrascht, wenn man davon ausgeht, dass die Pflegestufe indirekt auch ein Ausdruck der ihr zugrunde liegenden Erkrankungen ist.

Inwiefern sich der mit steigender Pflegestufe sinkende Anteil der fachärztlichen Kontakte, wie er im Wesentlichen bei Pflegegeldempfängern zu beobachten ist, durch Unterschiede in der Morbidität ergibt oder auf eine verminderte ärztliche Versorgung im häuslichen Kontext hinweist, kann hier nicht beurteilt werden.

19.4.2 Stationäre Versorgung

Für die dargestellten Kennzahlen zur Krankenhausversorgung der Pflegebedürftigen werden alle vollstationären Fälle im Sinne des § 39 SGB V einbezogen. Teilstationäre, vor- und nachstationäre (§ 115a SGB XI) sowie ambulante (§ 115b SGB XI) Fälle gehen nicht in die Betrachtungen ein. Zudem werden ausschließlich Fälle ausgewertet, deren Rechnungsprüfung abgeschlossen ist. Die folgenden Analysen beziehen sich auf die Häufigkeit und Länge von Krankenhausaufhalten in Abhängigkeit sowohl der Schwere der Pflegebedürftigkeit als auch der jeweiligen Versorgungsformen.

Übersicht zur Inanspruchnahme

Die Hälfte der Pflegebedürftigen (49,6 Prozent) hatte innerhalb des Jahres 2013 mindestens einen Krankenhausaufenthalt, im Durchschnitt der Quartale ein Fünftel (20,1 Prozent) der Pflegebedürftigen. Die Krankenhaustage je pflegebedürftiger Patient summierten sich im Durchschnitt der Quartale auf zwei Wochen (15,0 Tage je Patient), im Jahr auf über drei Wochen (23,5 Tage je Patient) (Tabelle 19–8). Mehr

Tabelle 19–8

Krankenhausaufenthalte von Pflegebedürftigen (2013)

	Im Durchschnitt der Quartale	Im Jahr
Anteil Pflegebedürftige mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt (in Prozent)	20,1	49,6
Anteil der Pflegebedürftigen, die im Krankenhaus verstorben sind (in Prozent)	8,2	11,9
Zahl der Fälle je Patient	1,4	2,2
Krankenhaustage je Patient	15,0	23,5

Quelle: AOK-Routinedaten, standardisiert auf die Wohnbevölkerung (Zensus 2011, Statistisches Bundesamt 2014)

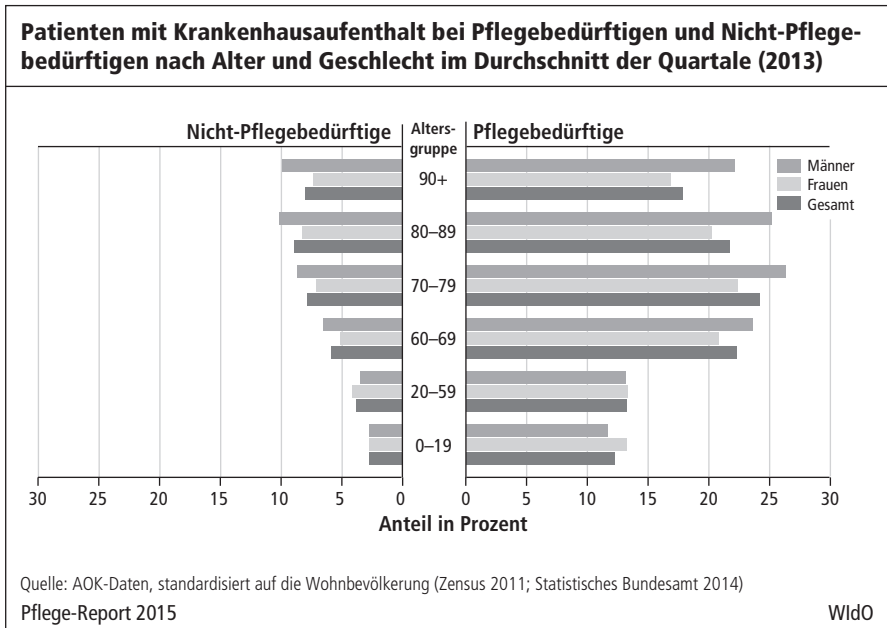
als jeder zehnte Pflegebedürftige (11,9 Prozent), der 2013 im Krankenhaus war, verstarb auch dort.

Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts variiert deutlich zwischen den Altersgruppen. War im Durchschnitt der Quartale jeder fünfte Pflegebedürftige (20,1 Prozent) im Krankenhaus (Tabelle 19–8), so betraf dies bei den unter Sechzigjährigen nur rund jeden Achten (12,3 Prozent bei den Kindern und Jugendlichen sowie 13,3 Prozent bei den Pflegebedürftigen im erwerbsfähigen Alter – Abbildung 19–14), in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen hingegen jeden Vierten (24,3 Prozent). Vergleicht man dies mit Krankenhausaufenthalten Nicht-Pflegebedürftiger, zeigt sich ein ähnliches Bild, wenn auch auf einem deutlich anderen Niveau. Anders als bei den Pflegebedürftigen ist hier aber erst in der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen die Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt am höchsten (8,9 Prozent). Auch bei den Nicht-Pflegebedürftigen sinkt die stationäre Behandlungsrate in der zehnten Lebensdekade wieder (auf 8,0 Prozent) – dies jedoch in einem geringeren Umfang als bei den Pflegebedürftigen (Abbildung 19–14).

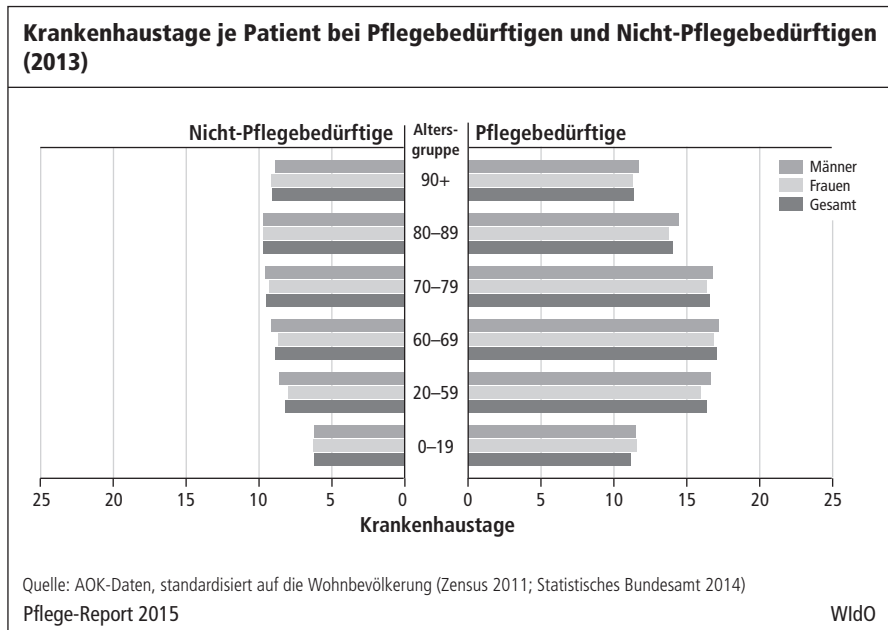
Auch zwischen den Geschlechtern finden sich Unterschiede: In den Jahrgängen unter Sechzig sind Frauen häufiger im Krankenhaus¹², ab 60 Jahre sind es dann die Männer. Beispielsweise ist von den 70- bis 90-jährigen pflegebedürftigen Männern rund jeder Vierte einmal im Quartal im Krankenhaus, bei den Frauen betrifft dies jede Fünfte. Die geschlechtsspezifische Inanspruchnahme zeigt sich – wiederum

Abbildung 19–14



12 In der vorliegenden Analyse wurden Geburten nicht ausgeschlossen.

Abbildung 19–15



auf einem niedrigeren Ausgangsniveau – auch bei den Nicht-Pflegebedürftigen (Abbildung 19–14).

Rein rechnerisch verbringt ein pflegebedürftiger Krankenhauspatient im Mittel der Quartale 15 Tage im Krankenhaus (Tabelle 19–8). Bei der altersdifferenzierten Betrachtung zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Krankenhausfällen: Die meisten Krankenhaustage je Patient zeigen sich bei den 60- bis 80-Jährigen (17,1 bzw. 16,6 Tage). Bei den Kindern- und Jugendlichen und auch bei den Hochbetagten ab 90 Jahre liegen die Krankenhaustage im Durchschnitt bei elf (Abbildung 19–15) Tagen. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern fällt jedoch weitaus geringer aus als bei den Krankenhausaufenthalten. Damit haben pflegebedürftige Männer ab 60 Jahre zwar eine höhere Wahrscheinlichkeit, in einem Krankenhaus behandelt zu werden als Frauen, die Behandlungsdauer variiert aber nur marginal.

Bei den Nicht-Pflegebedürftigen zeigt sich – wiederum auf einem niedrigeren Ausgangsniveau – ein ähnliches Bild. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind auch hier gering. Auch die Nicht-Pflegebedürftigen hochaltrigen über 90 Jahre verbleiben – wie die Pflegebedürftigen gleichen Alters – kürzer im Krankenhaus als die Jahrgänge zuvor. Der Peak der Behandlungsdauer ist jedoch im Vergleich zu den Pflegebedürftigen erst in einem späteren Lebensabschnitt, nämlich bei den 80- bis 90-Jährigen, zu beobachten (Abbildung 19–15).

Inanspruchnahme nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Die Hospitalisierungsraten je Quartal liegen im Mittel der Quartale in den jeweiligen Versorgungsformen relativ nah beieinander. So sind 2013 etwa 19 Prozent der Pflegegeldempfänger, 21 Prozent der ambulant betreuten Pflegebedürftigen mit

Pflegedienst sowie 22 Prozent der stationär betreuten Pflegebedürftigen im Quartal mindestens einmal im Krankenhaus aufgenommen worden (Tabelle 19–9). Vergleicht man die Hospitalisierungsraten zwischen den Versorgungsformen je Stufe, unterscheiden sich diese jedoch zum Teil deutlich: So liegt die Hospitalisierungsquote im Durchschnitt der Quartale in der stationären Versorgung bei Pflegebedürftigen der Stufe I (ohne PEA-Einschränkung) bei rund 25 Prozent, bei den reinen Geldleistungsbeziehern hingegen nur bei 19,4 Prozent.

Gleichzeitig wird deutlich, dass Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA) einen wesentlich geringeren Anteil an Krankenhausaufenthalten im Quartal aufweisen als Personen der gleichen Stufe ohne PEA. Zum Beispiel liegt die Quote in der Stufe I+PEA über alle Pflegebedürftigen bei 16,2 Prozent und Personen der gleichen Stufe ohne PEA bei 20,3 Prozent (siehe rechte Spalte in Tabelle 19–9). Der Unterschied stellt sich in allen Versorgungsformen ähnlich dar. Insgesamt steigt – wie zu erwarten – der Anteil Personen mit einem Krankenhausaufenthalt jedoch generell mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit an.

Tabelle 19–9

Pflegebedürftige mit Krankenhausaufenthalt nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in Prozent (2013)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	
PEA-Status	11,5	12,2	11,9	13,3	12,3	12,7	25,8	26,8	26,2	12,3
PS I	21,3	18,2	19,4	24,8	20,3	21,6	27,9	23,0	24,5	20,3
PS I + PEA-Status	13,0	13,4	13,2	17,1	16,2	16,5	20,7	18,0	19,0	16,2
PS II	24,2	21,2	22,6	31,3	25,5	27,6	32,9	26,4	28,3	24,3
PS II + PEA-Status	18,3	17,0	17,7	23,9	20,7	22,0	25,9	20,3	22,1	21,1
PSI III (inkl. HF)	23,5	21,6	22,6	33,9	28,7	31,1	30,9	25,5	27,6	24,3
PSI III (inkl. HF) + PEA-Status	21,7	17,8	19,6	26,1	19,8	22,4	24,2	16,1	18,4	19,7
Alle Pflegestufen	19,8	17,8	18,7	23,4	20,0	21,3	25,6	20,2	21,9	20,1

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte

** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten

Quelle: AOK-Routinedaten, standardisiert auf die Wohnbevölkerung (Zensus 2011, Statistisches Bundesamt 2014)

19.4.3 Versorgung mit Arzneimitteln

Für die Analyse der Versorgung der Pflegebedürftigen mit Arzneimitteln werden die Medikamente erfasst, die von niedergelassenen Ärzten verordnet wurden. Die hier dargestellten Kennzahlen beschränken die Untersuchung dabei auf möglicherweise problematische Arzneimitteltherapien, die die Gefahr unerwünschter, risikobehafteter Arzneimittelereignisse erhöhen: die gleichzeitige Verordnung von mehreren Wirkstoffen¹³ (Polymedikation) und eine Versorgung mit für ältere Menschen potenziell ungeeigneten Wirkstoffen gemäß der so genannten PRISCUS-Liste¹⁴ (s. u.). Mit Blick auf letztere werden die Behandlung mit Psycholeptika und Psychoanaleptika und aus dieser Gruppe besonders die Behandlung mit Antipsychotika exemplarisch untersucht.

Polymedikation

Mit zunehmender Morbidität bzw. zunehmendem Alter steigt das Risiko, eine hohe Anzahl *verschiedener* Wirkstoffe verordnet zu bekommen.¹⁵ Mit dieser als Polymedikation bezeichneten Verdichtung der pharmakologischen Therapie geht die Zunahme von unerwünschten Wechselwirkungen dieser Wirkstoffe einher. Polymedikation wird hier in Anlehnung an andere Untersuchungen definiert als das Vorliegen von fünf oder mehr verordneten Wirkstoffen je Patient und Quartal. Damit werden auch einmalige Verordnungen, von z. B. Antibiotika, betrachtet, die nicht Bestandteil der Dauermedikation des Patienten sind (Thürmann et al. 2012; Thürmann und Selke 2014).

Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht

Die überwiegende Mehrheit sowohl der Pflegebedürftigen als auch der nicht pflegebedürftigen Versicherten über 60 Jahre erhält in jedem Quartal Arzneimittel verordnet. Pflegebedürftige erhalten dabei nochmals häufiger Arzneimittel als Nicht-Pflegebedürftige. Besonders deutlich unterscheidet sich die Medikalisierung der beiden Personengruppen hinsichtlich der Polymedikation (Abbildung 19–16).

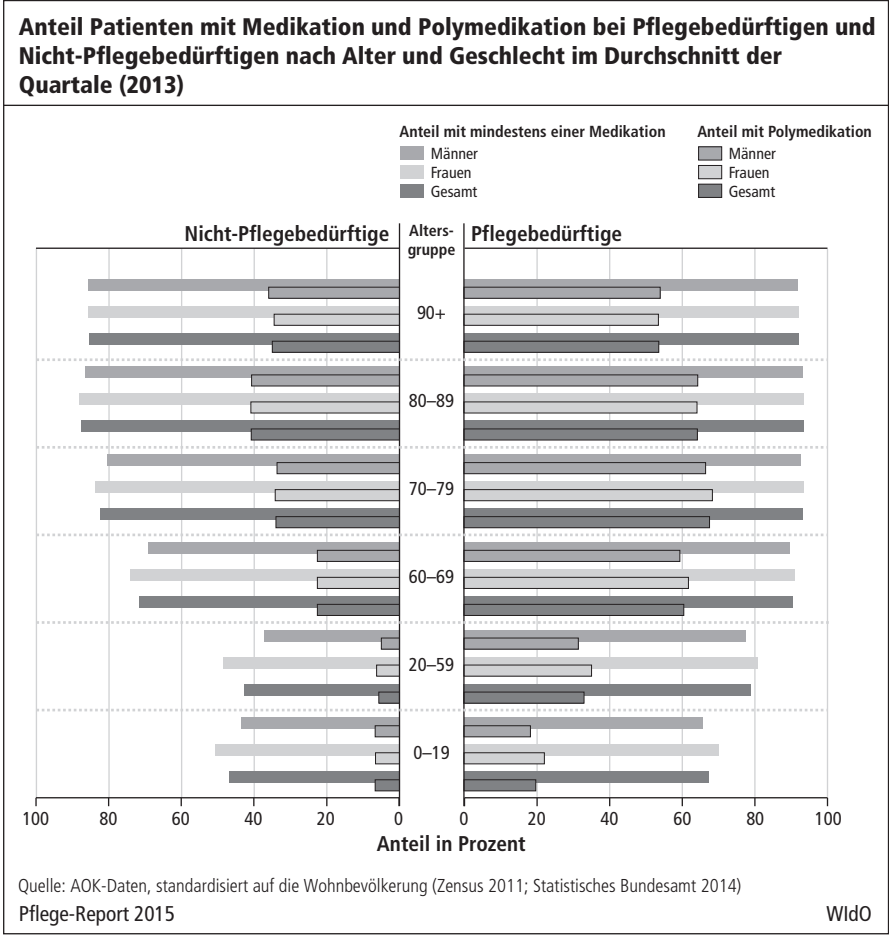
Schon bei den jungen Pflegebedürftigen bis 19 Jahre erhält jeder Fünfte (20,1 Prozent) fünf oder mehr Wirkstoffe verordnet. Mit steigendem Alter nimmt der Anteil deutlich zu. In den Altersgruppen ab 60 Jahre ist eine deutliche Mehrheit betroffen. Der Anteil steigt bei den 70- bis 80-Jährigen auf 69 Prozent (Abbildung 19–16). Im Vergleich hierzu erhalten die Nicht-Pflegebedürftigen deutlich seltener fünf oder mehr verschiedene Wirkstoffe verordnet. Bei den nicht pflegebedürftigen

13 Bei den Analysen werden die Arzneimittel nach Wirkstoffen unterschieden, wie sie im Anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem (ATC- Klassifikationssystem) gegliedert sind. Das anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikationssystem (ATC) ist ein rationales System zur Klassifikation von Arzneimitteln nach therapeutischen, pharmakologischen und chemischen Kriterien (Fricke et al. 2014). Ausgenommen sind bei diesen Analysen die Wirkstoffe aus der anatomischen Gruppe V (Verschiedene).

14 <http://www.priscus.net/>

15 Eine hier nicht untersuchte Größe sind die zusätzlich erworbenen, nicht verschreibungspflichtigen Arznei- und Nahrungsergänzungsmittel.

Abbildung 19–16



Arzneimittelpatienten steigt der Anteil der Patienten mit Polymedikation in der Altersgruppe der 80- bis 90-Jährigen auf maximal 41 Prozent.

Verordnung nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Wie auch in anderen Sektoren der Versorgung zu beobachten ist, steigt der Anteil der betroffenen Patienten mit zunehmender Morbidität an, hier von der Pflegestufe I zur Pflegestufe II, und sinkt dann in der Pflegestufe III wieder ab. In die Pflegestufen I und II eingestufte Pflegebedürftige mit einer zusätzlichen Einschränkung der Alltagskompetenz sind jedoch deutlich seltener von Polymedikation betroffen als Pflegebedürftige ohne diese Einschränkung (siehe rechte Spalte der Tabelle 19–10). In der Pflegestufe III liegen die beiden Patientengruppen nah beieinander.

Insgesamt betrachtet erhalten die Pflegebedürftigen, die ohne Einbindung von Pflegediensten im häuslichen Setting versorgt werden, zu einem geringeren Anteil

Tabelle 19–10

Anteil Pflegebedürftige mit Polymedikation nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in Prozent (2013)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	
PEA-Status	28,2	36,3	32,4	35,1	44,5	40,2	58,5	55,0	56,6	35,9
PS I	59,5	62,6	61,4	66,5	70,0	69,0	69,2	74,2	72,6	62,3
PS I + PEA-Status	36,4	41,5	38,9	47,2	53,6	51,1	55,7	62,1	59,8	48,5
PS II	56,8	60,3	58,7	72,2	72,6	72,5	72,7	76,1	75,1	62,7
PS II + PEA-Status	44,5	46,5	45,5	59,3	58,4	58,8	64,8	64,5	64,6	57,6
PSI III (inkl. HF)	43,9	46,6	45,2	63,2	63,2	63,2	63,7	64,7	64,3	50,6
PSI III (inkl. HF) + PEA-Status	44,5	41,3	42,8	58,0	50,1	53,4	61,5	52,3	54,9	51,8
Alle Pflegestufen	51,3	56,2	54,0	58,3	62,2	60,7	63,7	64,5	64,2	57,1

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte

** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten

Quelle: AOK-Routinedaten, standardisiert auf die Wohnbevölkerung (Zensus 2011, Statistisches Bundesamt 2014)

Pflege-Report 2015

WIdO

fünf und mehr Wirkstoffe verordnet als die Gruppen der beiden anderen Versorgungsformen. Der Unterschied wird bei einer Betrachtung nach Pflegestufen besonders deutlich: Vollstationär und ambulant versorgte Pflegebedürftige unterscheiden sich in der Dichte der Medikation deutlich. Die höchsten Raten von Polymedikation bei Arzneimittelpatienten sind demnach in den Pflegestufen I und II (ohne PEA-Status) bei den Pflegebedürftigen mit Sachleistung und in stationärer Pflege zu beobachten (Tabelle 19–10).

Psycholeptika und Psychoanaleptika der PRISCUS-Liste

Die mit dem Alter einhergehenden physiologischen Veränderungen zeigen auch Auswirkungen auf die Verstoffwechslung von Arzneistoffen. Ältere Patienten sind aufgrund der veränderten Pharmakodynamik stärker von unerwünschten Effekten und Nebenwirkungen der Arzneimittel betroffen. Einige Arzneimittel sind wegen eines ungünstigen Nutzen-Risiko-Profiles für die Therapie von älteren Patienten nicht geeignet.

Für den deutschen Markt wurde eine Liste dieser potenziell ungeeigneten Medikamente, die auf einem Expertenkonsens beruht, unter dem Namen PRISCUS-Liste angepasst und veröffentlicht (Holt et al. 2010).¹⁶ Die nachfolgenden Untersu-

¹⁶ Ausführliche Informationen zur PRISCUS-Liste, die im Rahmen eines Verbundprojektes vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wurde, finden sich unter: <http://www.priscus.net>.

Tabelle 19–11

Ausgewertete Psycholeptika und Psychoanaleptika der PRISCUS-Liste

Aus Wirkstoffgruppe... (ATC-Code und Name)
Psycholeptika: N05A Antipsychotika
N05AA02 Levomepromazin, N05AB02 Fluphenazin, N05AB03 Perphenazin, N05AC02 Thioridazin, N05AD01 Haloperidol, N05AH02 Clozapin, N05AH03 Olanzapin
Psycholeptika: N05B Anxiolytika
N05BA01 Diazepam, N05BA02 Chlordiazepoxid, N05BA03 Medazepam, N05BA04 Oxazepam, N05BA05 Dikaliumclorazepat, N05BA06 Lorazepam, N05BA08 Bromazepam, N05BA09 Clobazam, N05BA11 Prazepam, N05BA12 Alprazolam
Psycholeptika: N05C Hypnotika und Sedativa
N05CC01 Chloralhydrat, N05CD01 Flurazepam, N05CD02 Nitrazepam, N05CD05 Triazolam, N05CD06 Lormetazepam, N05CD07 Temazepam, N05CD09 Brotizolam, N05CF01 Zopiclon, N05CF02 Zolpidem, N05CF03 Zaleplon, N05CM20 Diphenhydramin, N05CM21 Doxylamin
Psychoanaleptika: N06A Antidepressiva
N06AA02 Imipramin, N06AA04 Clomipramin, N06AA06 Trimipramin, N06AA09 Amitriptylin, N06AA12 Doxepin, N06AA21 Maprotilin, N06AB03 Fluoxetin, N06AF04 Tranylcypromin

Quelle: www.priscus.net

Pflege-Report 2015

WlD0

chungen betrachten die Wirkstoffe aus der Gruppe der Psycholeptika und Psychoanaleptika, die laut PRISCUS-Liste für ältere Menschen als potenziell ungeeignet gelten (siehe Tabelle 19–11). Deshalb werden in diese Analysen nur Personen ab 65 Jahre einbezogen. Bei den Psycholeptika handelt es sich generell um Substanzen mit dämpfender Wirkung auf das Zentralnervensystem, dazu gehören die Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Neuroleptika. Psychoanaleptika hingegen sind anregende bzw. antriebssteigernde Substanzen, bspw. Psychostimulanzien und Antidepressiva.

Die Patienten und ihre Medikation werden erfasst, wenn sie mindestens eine Verordnung der aufgeführten ATC-Codes im Quartal verordnet bekommen haben.

Übersicht zur Verordnung

Nahezu 14 Prozent der männlichen und 17 Prozent der weiblichen Pflegebedürftigen ab 65 Jahre bekommen im Quartal Medikamente aus mindestens einer Wirkstoffgruppe der hier ausgewählten Psycholeptika und Psychoanaleptika. Bezogen auf die einzelnen Wirkstoffgruppen bewegt sich der Anteil zwischen zwischen 2,7 Prozent bei Antipsychotika und 6,1 Prozent bei Anxiolytika (Tabelle 19–12). Anxiolytika haben sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Pflegebedürftigen den größten Patientenanteil. Antipsychotika, früher auch als Neuroleptika bezeichnet, sind innerhalb der ausgewählten Psychopharmaka die einzige Wirkstoffgruppe, die eher bei Männern von Bedeutung ist. Zwar liegt der Anteil der Männer mit 3 Prozent der Pflegebedürftigen ab 65 Jahre dicht am Anteil der Frauen, die Verordnungsmenge macht jedoch ein Viertel aller Tagesdosen bei Männern aus. Bei weiblichen Pflegebedürftigen entfällt nahezu ein Drittel aller Tagesdosen der hier analysierten Psychopharmaka auf Antidepressiva.

Tabelle 19–12

Pflegebedürftige ab 65 Jahre mit Verordnung von Psycholeptika bzw. Psychoanaleptika der PRISCUS-Liste im Durchschnitt der Quartale, in Prozent (2013)

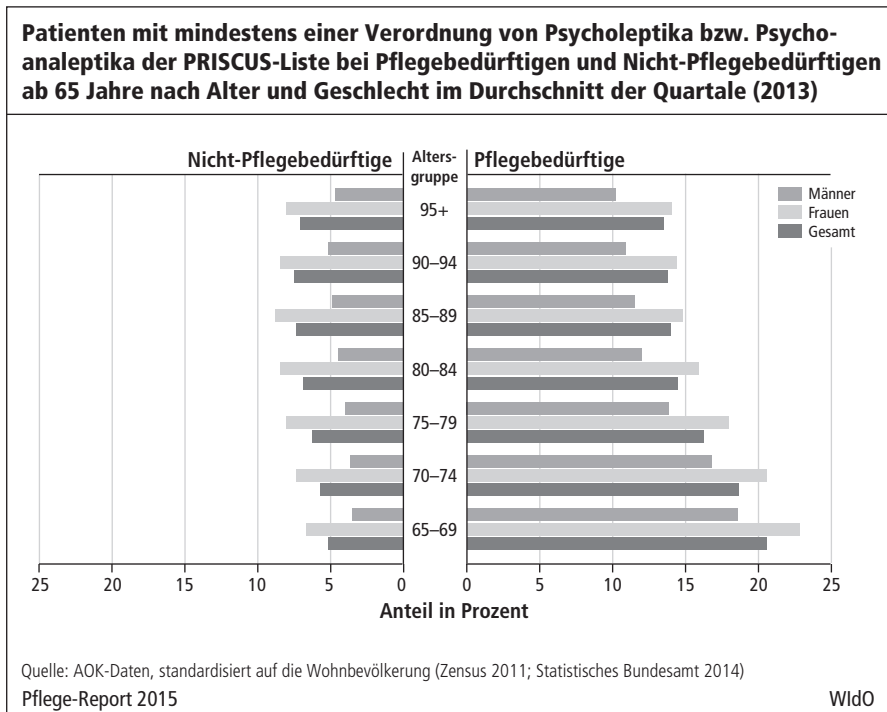
Wirkstoffgruppen	Anteil mit Verordnung an allen Pflegebedürftigen			Anteil an den Tagesdosen der ausgewählten Psycholeptika- und Psychoanaleptikaverordnungen		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Antipsychotika	3,0	2,6	2,7	24,6	16,2	18,9
Anxiolytika	5,4	6,5	6,1	24,3	25,1	24,8
Hypnotika und Sedativa	3,7	4,1	4,0	26,4	26,9	26,7
Antidepressiva	3,6	5,5	4,8	24,7	31,9	29,6
Insgesamt	13,9	16,5	15,6	100,0	100,0	100,0

Quelle: AOK-Routinedaten, standardisiert auf die Wohnbevölkerung (Zensus 2011, Statistisches Bundesamt 2014) Pflege-Report 2015 WIdO

Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Verordnung der hier ausgewählten Wirkstoffgruppen variiert mit dem Alter: Der Anteil pflegebedürftiger Personen mit Verordnung ist in der jüngsten Altersgruppe (65 bis 69 Jahre) am größten und sinkt von fast 21 Prozent kontinuierlich auf 14 Prozent bei den ältesten Pflegebedürftigen ab. In der Gesamtschau liegt die Ver-

Abbildung 19–17



ordnungsrate bei den Frauen durchweg deutlich höher als bei den Männern (Abbildung 19–17). Bei den Nicht-Pflegebedürftigen erhalten je Quartal lediglich 5 Prozent (in der Gruppe der 65- bis 69-Jährigen) bis rund 8 Prozent (in der Gruppe 90 bis 94 Jährigen) mindestens ein Psycholeptikum bzw. Psychoanaleptikum der PRISCUS-Liste verordnet. Auch bei den Nicht-Pflegebedürftigen erhalten Frauen deutlich mehr Verordnungen. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind sogar deutlich ausgeprägter: So erhalten die 70- bis 80-jährigen nicht pflegebedürftigen Frauen doppelt so häufig eine der hier ausgewählten Verordnungen, während die Wahrscheinlichkeit bei den Pflegebedürftigen der gleichen Altersgruppe nur um rund ein Drittel erhöht ist.

Verordnung nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Mit zunehmender Pflegestufe steigt auch der Anteil der Pflegebedürftigen mit mindestens einer Verordnung aus der Gruppe der Psycholeptika bzw. Psychoanaleptika der PRISCUS-Liste (Tabelle 19–13). In der Pflegestufe III ist der Anteil mit knapp 23 Prozent am größten. Die schon in anderen Analysen zu beobachtende Differenz zwischen Personen mit und ohne zusätzliche Einschränkung in den Alltagskompetenzen zeigt sich auch hier.

Besonders auffällig sind die Unterschiede zwischen den Versorgungsformen: Während in der vollstationären Pflegesituation nahezu jeder fünfte der Pflegebedürftigen (19,0 Prozent) – über alle Pflegestufen – eines der hier analysierten Psy-

Tabelle 19–13

Pflegebedürftige ab 65 Jahre mit mindestens einer Verordnung von Psycholeptika bzw. Psychoanaleptika nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in Prozent (2013)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	
PEA-Status	7,7	12,2	10,5	13,6	17,1	15,9	23,4	16,2	19,0	13,0
PS I	10,3	14,3	12,9	10,5	14,3	13,3	16,1	20,2	19,1	14,1
PS I + PEA-Status	9,7	13,5	11,8	9,8	13,5	12,2	18,4	19,0	18,8	14,6
PS II	15,0	17,9	16,7	14,8	16,7	16,1	19,1	21,1	20,6	17,5
PS II + PEA-Status	13,5	15,8	14,8	13,0	14,6	14,0	18,7	18,8	18,7	16,7
PSI III (inkl. HF)	21,6	22,1	21,9	22,1	22,5	22,3	23,7	23,8	23,8	22,6
PSI III (inkl. HF) + PEA-Status	17,2	17,2	17,2	17,0	15,8	16,3	20,5	18,0	18,6	17,9
Alle Pflegestufen	11,7	15,0	13,7	12,7	15,0	14,2	18,6	19,2	19,0	15,6

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte

** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten

Quelle: AOK-Routinedaten, standardisiert auf die Wohnbevölkerung (Zensus 2011, Statistisches Bundesamt 2014)

choleptika bzw. Psychoanaleptika erhält, war dies bei den rein informell versorgten Geldleistungsbeziehern nur rund jeder Siebte (13,7 Prozent). Die Unterschiede zeigen sich besonders in den unteren Pflegestufen: in der Pflegestufe I jeweils mit und ohne PEA-Status rund 19 Prozent im stationären Bereich, im Gegensatz zu rund 13 Prozent im Geldleistungskontext. In den höheren Stufen gleichen sich die Verordnungsraten dann an: In der Stufe III (ohne PEA) liegen sie bei 24 Prozent stationär und 22 Prozent ambulant. Die bereits aufgezeigten Geschlechterunterschiede zeigen sich auch bei dieser Betrachtung: In fast allen Versorgungsbereichen und Stufen erhalten die Frauen häufiger Psycholeptika bzw. Psychoanaleptika – allein bei den Pflegebedürftigen der Stufe III + PEA-Status hat sich das Verhältnis umgedreht (Ambulante Sach- und Kombinationsleistung und Vollstationäre Pflege) bzw. angeglichen (ausschließlich Pflegegeld).

Antipsychotika der PRISCUS-Liste

Die Verordnungen aus der Wirkstoffgruppe der Antipsychotika werden hier nochmal gesondert analysiert, weil der Einsatz dieser Wirkstoffgruppe – insbesondere zur Beruhigung von älteren Menschen in der stationären Pflege – unter Fachleuten kritisch beobachtet wird (AGS 2013).¹⁷

Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht

Der Anteil der Pflegebedürftigen ab 65 Jahre, die mit Antipsychotika versorgt werden, die in der PRISCUS-Liste aufgeführt sind, beträgt insgesamt gesehen fast 3 Prozent (2,7 Prozent) (Tabelle 19–14). Antipsychotika werden eher den jüngeren unter den Pflegebedürftigen ab 65 Jahren verordnet: Der Anteil mit einer hierunter gefassten Medikation beträgt in der Altersgruppe der unter Siebzigjährigen über fünf Prozent, in der Altersgruppe 70 bis 74 Jahre liegt er knapp darunter. Es zeigt sich nur ein marginaler Unterschied im Patientenanteil von Männern und Frauen (Abbildung 19–18). Der nicht pflegebedürftigen Bevölkerung wird im Vergleich seltener ein Antipsychotikum der PRISCUS-Liste verordnet. In allen Altersgruppen beträgt der Anteil nur grob ein Zehntel desjenigen bei den Pflegebedürftigen.

Verordnung nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Unabhängig von der Pflegestufe und der Versorgungsform ist zu beobachten, dass Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA-Status) deutlich eher Antipsychotika verordnet bekommen als Pflegebedürftige ohne diese Einstufung (rechte Spalte in Tabelle 19–14). Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Verordnung liegt bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz je nach Pflegestufe zwischen gut 4 und knapp 5 Prozent.

Ein Vergleich der Versorgungsformen zeigt eine Zunahme der beobachteten Medikation entlang der Zunahme der formellen Pflege: Bei Pflegegeldbeziehern liegt der Anteil bei gut einem Prozent, bei Beziehern von Sach- oder Kombinationsleistungen bei etwas mehr als zwei Prozent und bei den Pflegebedürftigen, die stationär versorgt werden, bei fast fünf Prozent. Der größte Anteil von Patienten mit Medika-

¹⁷ Siehe auch: <http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/american-geriatrics-society/>.

Tabelle 19–14

Pflegebedürftige ab 65 Jahre mit mindestens einer Verordnung von Antipsychotika der PRISCUS-Liste im Durchschnitt der Quartale, in Prozent (2013)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	
PEA-Status	2,0	2,5	2,3	6,8	6,3	6,1	5,3	9,0	7,0	4,1
PS I	0,7	0,6	0,6	0,8	0,8	0,8	2,9	2,2	2,4	1,1
PS I + PEA-Status	2,1	2,3	2,2	2,9	3,1	2,9	8,5	6,0	6,4	4,1
PS II	1,4	1,2	1,2	1,5	1,3	1,4	3,9	2,7	2,9	1,8
PS II + PEA-Status	3,0	2,6	2,7	3,4	3,0	3,0	7,4	5,5	5,7	4,5
PSI III (inkl. HF)	3,3	2,8	3,0	3,9	3,3	3,5	5,4	4,8	4,7	3,7
PSI III (inkl. HF) + PEA-Status	4,5	3,4	3,7	4,3	3,7	3,8	7,3	5,3	5,5	4,8
Alle Pflegestufen	1,4	1,2	1,2	2,5	2,1	2,2	6,0	4,4	4,9	2,7

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte

** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten

Quelle: AOK-Routinedaten, standardisiert auf die Wohnbevölkerung (Zensus 2011, Statistisches Bundesamt 2014)

Pflege-Report 2015

WlDO

Abbildung 19–18

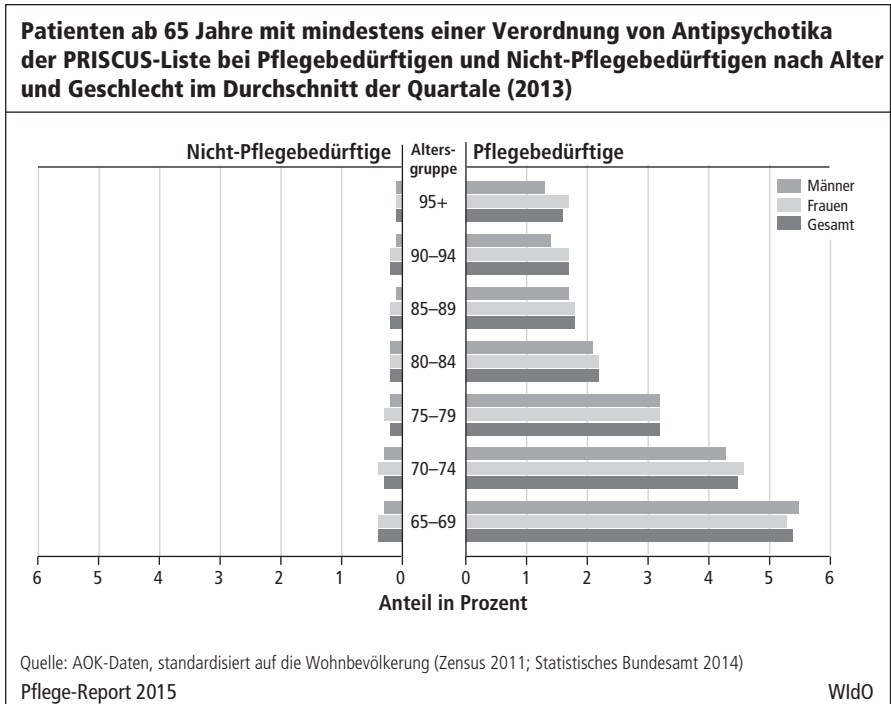


Tabelle 19–15

Pflegebedürftige ab 65 Jahre mit mindestens einer Verordnung von Haloperidol (N05Ad01) der PRISCUS-Liste nach Pflegestufe und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in Prozent (2013)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	
PEA-Status	0,7	0,6	0,7	2,1	1,5	1,7	0,7	4,9	3,3	1,2
PS I	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	1,4	1,1	1,2	0,4
PS I + PEA-Status	0,7	0,7	0,7	1,1	0,9	1,0	3,3	2,2	2,6	1,5
PS II	0,7	0,6	0,6	0,8	0,7	0,7	2,1	1,5	1,7	1,0
PS II + PEA-Status	1,3	1,1	1,2	1,5	1,4	1,4	3,4	2,5	2,8	2,1
PSI III (inkl. HF)	2,2	1,6	1,8	2,3	2,1	2,1	3,1	2,8	2,9	2,3
PSI III (inkl. HF) + PEA-Status	2,2	1,9	2,0	2,0	1,9	2,0	3,5	2,5	2,7	2,5
Alle Pflegestufen	0,6	0,5	0,5	1,1	0,8	0,9	2,9	2,1	2,3	1,2

* Die dargestellte Stufe, bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte.

** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die Wohnbevölkerung (Zensus 2011; Statistisches Bundesamt 2014)

Pflege-Report 2015

WIdO

tion ist bei den Pflegebedürftigen in stationärer Versorgung zu beobachten: 9 Prozent der Frauen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (ohne Stufe) erhalten antipsychotisch wirkende Medikamente. Bei gleichzeitiger Einstufung in eine Pflegestufe überwiegen die Anteile dann bei den männlichen Pflegebedürftigen: in Pflegestufe I mit zusätzlicher Einschränkung der Alltagskompetenz rund 9 Prozent, in den Pflegestufen II und III jeweils mit PEA-Status rund 7 Prozent (Tabelle 19–14).

Damit findet sich einerseits im stationären Sektor, andererseits bei den Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ein verstärkter Einsatz von im Sinne der PRISCUS-Liste für Ältere generell ungeeigneten Antipsychotika mit dämpfender Wirkung auf das Zentralnervensystem. Bricht man die Analyse herunter auf die einzelnen Substanzen der in der PRISCUS-Liste erfassten Antipsychotika (siehe Tabelle 19–11), so zeigt sich, dass der Wirkstoff Haloperidol bei den Verordnungen überwiegt.¹⁸

18 1,23 Prozent der Pflegebedürftigen erhalten mindestens eine Verordnung Haloperidol (N05AD0); 0,33 Prozent mindestens eine Verordnung Levomepromazin (N05AA02); 0,08 Prozent mindestens eine Verordnung Fluphenazin (N05AB02); 0,03 Prozent mindestens eine Verordnung Perphenazin (N05AB03); 0,06 Prozent mindestens eine Verordnung Thioridazin (N05AC02), 0,38 Prozent mindestens eine Verordnung Clozapin (N05AH02); 0,76 Prozent mindestens eine Verordnung Olanzapin (N05AH03).

Im Durchschnitt der Quartale erhalten 1,2 Prozent der Pflegebedürftigen mindestens eine Verordnung von Haloperidol (Tabelle 19–15). Im stationären Sektor liegt dieser Anteil mit 2,3 Prozent fast fünfmal so hoch wie im Bereich der häuslichen Pflege mit 0,5 Prozent. In allen Versorgungsbereichen zeigt sich zudem der Effekt, dass Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz deutlich häufiger eine Haloperidol-Verordnung erhalten haben als Pflegebedürftige ohne kognitive Einschränkungen.

In der Gesamtschau bleibt die offene Frage, wie die beobachteten Medikationsraten in der stationären Pflege – sowohl bei der Verordnung von für Ältere potenziell ungeeigneten Antipsychotika als auch bei der Verordnung von Haloperidol im Besonderen – hinsichtlich der Qualität der Versorgung zu bewerten sind: Inwieweit sind diese Quoten mit Blick auf die Grunderkrankungen angemessen bzw. findet hier ein zu hinterfragendes (nächtliches) Ruhigstellen „schwieriger Bewohner“ statt?

19.4.4 Versorgung mit Heilmittelleistungen

Heilmittel werden eingesetzt, um Beeinträchtigungen durch eine Krankheit abzumildern, eine Krankheit zu heilen oder ihr Fortschreiten aufzuhalten. Heilmittel werden aber auch angewendet, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes frühzeitig entgegenzuwirken.¹⁹ Bei erwachsenen Pflegebedürftigen können Heilmittelverordnungen helfen, die Selbständigkeit in Teilbereichen so lange wie möglich zu erhalten. Tabelle 19–16 weist die hier ausgewerteten Leistungen aus den drei Leistungsbereichen Physikalische Therapie (und speziell Podologie), Ergotherapie und Sprachtherapie aus.

Tabelle 19–16

Verordnungsfähige Heilmittel laut Heilmittelkatalog

Leistungsbereich	Heilmittelpositionsnummer
Physikalische Therapie und Physiotherapie	
Massagen, Manuelle Lymphdrainagen	X0101 bis X0205
Krankengymnastik und Manuelle Therapie	X0301 bis X1204
Elektrotherapie, Wärme- und Kältebehandlungen, Bäder und Inhalationen	X1301 bis X2002
Standardkombinationen	X2001, X2002
Sonstiges	
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	X3001 bis X3401
Ergotherapie	X4001 bis X4301
Podologie	X8001 bis X8006, X9801

Quelle: Bundeseinheitlicher Heilmittelpositionsnummernkatalog; Darstellung: WiDO

Pflege-Report 2015

WiDO

¹⁹ www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/heilmittel

Von den Pflegebedürftigen des Jahres 2013 erhielten 42 Prozent mindestens einmal eine Heilmitteltherapie (Männer: 41,4 Prozent, Frauen: 42,5 Prozent). Im Durchschnitt der Quartale wurden fast 29 Prozent der Pflegebedürftigen 2013 mit mindestens einer Behandlung versorgt.

Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht

Der Anteil der Heilmittelpatienten an den Pflegebedürftigen von fast 29 Prozent im Mittel der Quartale variiert je nach Altersgruppe. Die therapeutische Begleitung mit Heilmitteln erreicht bei Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 19 Jahre – mit einem durchschnittlichen Anteil an den Pflegebedürftigen je Quartal von fast 44 Prozent – den höchsten Stand (Abbildung 19–19). In den darauffolgenden Lebensaltern sinkt der beobachtete Anteil der Pflegebedürftigen mit Heilmitteltherapie und bleibt in den Jahren zwischen 20 und 80 mit leichten Schwankungen auf einem Niveau von etwa 34 Prozent. Ab einem Alter von 80 Jahren nimmt der Anteil der Heilmittelpatienten deutlich ab. Bei Nicht-Pflegebedürftigen ist in allen Altersgruppen eine deutlich geringere Inanspruchnahme von Heilmitteln zu beobachten.

Inanspruchnahme nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Pflegesituation

Der Anteil der Heilmittelpatienten an den Pflegebedürftigen steigt mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit (Tabelle 19–17). Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten im Durchschnitt der Quartale bei gleicher Pflegestufe durchweg seltener eine Heilmittelbehandlung, wie die rechte Spalte der Tabelle 19–17 in der Zusammenfassung zeigt: In Pflegestufe I haben 27 Prozent der Pflegebedürftigen ohne PEA-Status eine Heilmitteltherapie erhalten, bei den Pflegebedürftigen in

Abbildung 19–19

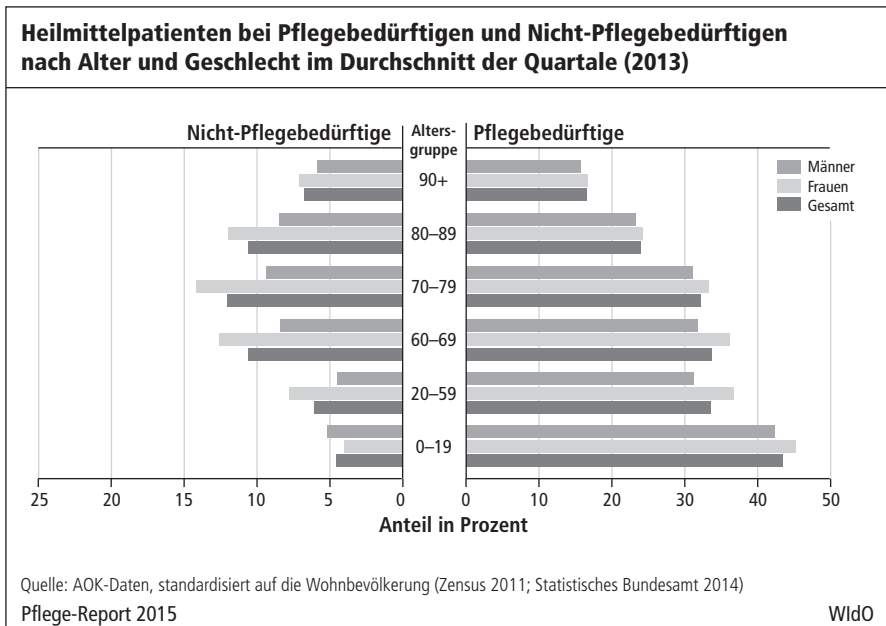


Tabelle 19–17

Pflegebedürftige mit mindestens einer Heilmitteltherapie nach Pflegestufe und Pflegeart im Durchschnitt der Quartale, in Prozent (2013)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	
PEA-Status	13,7	13,1	13,4	12,4	14,3	13,4	17,2	24,6	21,4	13,4
PS I	25,8	26,2	26,1	27,7	29,9	29,3	27,5	29,3	28,7	26,9
PS I + PEA-Status	20,6	17,5	19,1	20,2	18,4	19,1	16,0	17,5	16,9	18,7
PS II	34,1	33,6	33,8	47,1	44,9	45,7	45,0	43,7	44,1	38,5
PS II + PEA-Status	29,3	23,7	26,5	38,1	30,4	33,6	29,6	26,6	27,5	29,1
PSI III (inkl. HF)	44,6	42,8	43,7	59,4	56,3	57,8	53,4	48,0	50,0	49,8
PSI III (inkl. HF) + PEA-Status	43,0	34,2	38,3	54,1	40,8	46,3	35,1	25,7	28,4	35,0
Alle Pflegestufen	27,5	26,4	26,8	33,2	30,6	31,5	29,2	27,5	28,0	28,6

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte

** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten

Quelle: AOK-Routinedaten, standardisiert auf die Wohnbevölkerung (Zensus 2011, Statistisches Bundesamt 2014)

Pflege-Report 2015

WlDO

Pflegestufe I mit zusätzlichem PEA-Status trifft dies hingegen nur auf 19 Prozent zu. Bei der Betrachtung differenziert nach Versorgungssettings fällt auf, dass der Anteil der Heilmittelpatienten bei denjenigen Pflegebedürftigen am höchsten ist, die im häuslichen Kontext, aber mit Einbindung professioneller Dienste gepflegt werden.

Inanspruchnahme differenziert nach Art der Heilmitteltherapie

Die mit großem Abstand häufigsten Heilmittelbehandlungen der Pflegebedürftigen (Tabelle 19–18) entstammen mit einem Anteil von mehr als 76 Prozent dem Maßnahmenkatalog der Physiotherapie: Etwa 80 Prozent der männlichen und 84 Prozent der weiblichen pflegebedürftigen Heilmittelpatienten (vgl. Tabelle 19–19) erhalten im Durchschnitt je Quartal physiotherapeutische Maßnahmen – das sind knapp 24 Prozent aller Pflegebedürftigen überhaupt. Knapp 2 Prozent aller Heilmittelbehandlungen eines durchschnittlichen Quartals sind podologische Behandlungen.

Knapp 14 Prozent der durchschnittlichen Heilmittelbehandlungen für Pflegebedürftige entfallen auf die Ergotherapie. Ein gutes Fünftel der pflegebedürftigen männlichen Heilmittelpatienten und gut 15 Prozent der pflegebedürftigen weiblichen Heilmittelpatienten nehmen diese Therapieform im Durchschnitt der Quartale in Anspruch. Auf Verordnungen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie gehen 7 Prozent der Heilmitteltherapien für Pflegebedürftige zurück. Männer sind mit einem Anteil an den pflegebedürftigen Heilmittelpatienten von mehr als 13 Prozent auch hier häufiger Patienten als Frauen (7,4 Prozent) (Tabelle 19–19). Die Thera-

Tabelle 19–18

Verordnungshäufigkeit nach Heilmittelleistungsbereichen im Durchschnitt der Quartale, in Prozent (2013)

Leistungsbereich	Anteil an allen Heilmittelverordnungen			Anteil an Pflegebedürftigen mit mind. einer Verordnung		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Physiotherapie	72,3	79,3	76,2	23,6	23,7	23,6
Podologie	1,7	2,1	1,9	3,0	3,1	3,0
Sprachtherapie	8,9	5,6	7,0	3,9	2,1	2,8
Ergotherapie	17,0	13,1	14,8	6,5	4,3	5,2

Quelle: AOK-Routinedaten, standardisiert auf die Wohnbevölkerung (Zensus 2011, Statistisches Bundesamt 2014)

Pflege-Report 2015

WIdO

pieintensität – gemessen in Behandlungen je Patient – unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern in allen Leistungsbereichen nur marginal.

Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen nach Altersgruppen und Geschlecht

Durchschnittlich mehr als ein Fünftel aller Pflegebedürftigen (23,6 Prozent) erhält im Mittel der Quartale jeweils Physiotherapie (Tabelle 19–18). Bis zum Alter von 80 Jahren ist der Anteil der physiotherapeutischen Patienten bei den weiblichen Pflegebedürftigen deutlich höher als bei den männlichen. Ab der neunten Lebensdekade gleichen sich die Geschlechter an. Die meisten physiotherapeutischen Patienten sind unter den Pflegebedürftigen im Alter zwischen 20 und 69 zu sehen, der Patientenanteil erreicht hier fast 30 Prozent. Die Nicht-Pflegebedürftigen erhalten deutlich weniger Physiotherapie verordnet. Auch liegt der Therapieipfel erwartungsgemäß deutlich später im Lebenszyklus (Abbildung 19–20).

Tabelle 19–19

Inanspruchnahme von Heilmittelleistungen durch Pflegebedürftige im Durchschnitt der Quartale (2013)

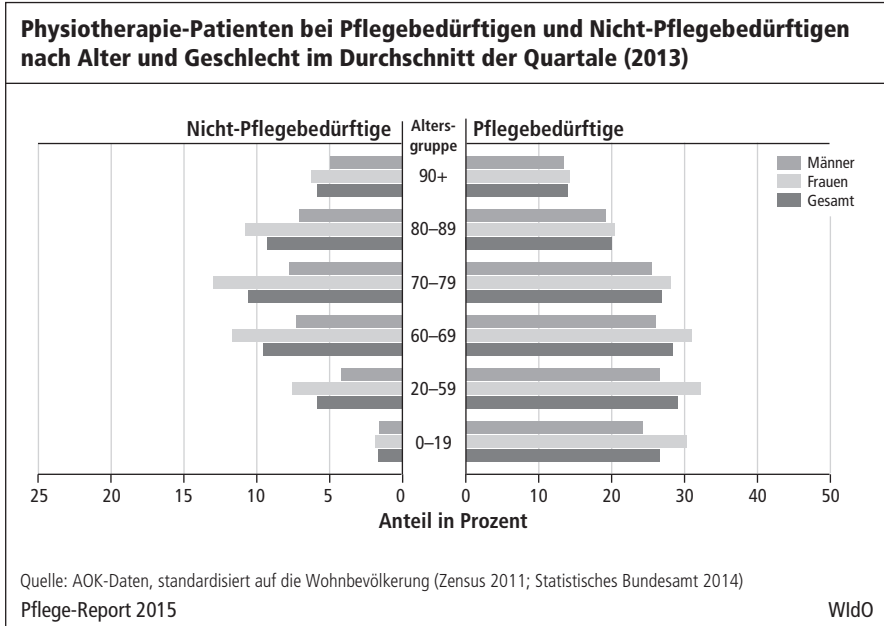
Leistungsbereich	Anteil pflegebedürftige Heilmittelpatienten in Prozent			Anzahl Behandlungen je Patient		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Physiotherapie	80,6	84,4	82,8	17,7	16,6	17,1
Podologie	10,3	10,8	10,6	3,3	3,3	3,3
Sprachtherapie	13,2	7,4	9,8	13,2	13,2	13,2
Ergotherapie	22,1	15,4	18,2	15,2	15,0	15,1

Quelle: AOK-Routinedaten, standardisiert auf die Wohnbevölkerung (Zensus 2011, Statistisches Bundesamt 2014)

Pflege-Report 2015

WIdO

Abbildung 19–20



Inanspruchnahme nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Die Verordnung von Physiotherapie entwickelt sich erwartungsgemäß entlang der sich in Pflegebedürftigkeit äußernden körperlichen Einschränkungen. Von der Pflegestufe I ohne PEA (22,9 Prozent) über die Pflegestufe II ohne PEA-Status (34,4 Prozent) bis zur Pflegestufe III ohne PEA-Status (46,2 Prozent) nimmt der Anteil der Pflegebedürftigen mit physiotherapeutischer Unterstützung zu (Tabelle 19–20, rechte Spalte). Wie in den übrigen Leistungsbereichen sind auch hier Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bei ansonsten gleicher Einstufung ihrer Pflegebedürftigkeit – und damit ihrer körperlichen Einschränkung – deutlich seltener physiotherapeutische Patienten.

Die Betrachtung nach Versorgungsbereichen zeigt, dass Pflegebedürftige, die Sach- oder Kombinationsleistungen erhalten, zu einem auffällig größeren Anteil in physiotherapeutischer Behandlung sind als die rein informell und die stationär Versorgten. Bei den Pflegebedürftigen mit dieser Versorgungsform in Pflegestufe III ohne PEA-Status ist der Anteil am höchsten: Über die Hälfte von ihnen erhält eine physiotherapeutische Behandlung (Männer: 56,1 Prozent, Frauen: 53,2 Prozent).

Tabelle 19–20

Physiotherapie – Pflegebedürftige mit mindestens einer Behandlung nach Pflegestufe und Pflegeart im Durchschnitt der Quartale, in Prozent (2013)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	
PEA-Status	6,6	8,1	7,4	6,4	9,0	7,8	8,0	18,3	13,7	7,6
PS I	21,3	22,8	22,2	22,9	26,2	25,2	22,4	25,2	24,3	22,9
PS I + PEA-Status	11,6	11,7	11,6	12,6	13,0	12,9	10,4	12,6	11,8	12,3
PS II	30,1	30,3	30,2	42,9	41,1	41,8	39,2	38,8	38,9	34,4
PS II + PEA-Status	21,6	18,6	20,1	31,0	25,0	27,5	23,1	21,0	21,7	23,0
PSI III (inkl. HF)	41,8	40,1	41,0	56,1	53,2	54,5	47,4	42,7	44,5	46,2
PSI III (inkl. HF) + PEA-Status	37,7	30,4	33,7	48,4	36,3	41,3	28,7	20,3	22,7	29,8
Alle Pflegestufen	21,9	22,5	22,3	27,3	26,1	26,6	23,3	22,4	22,7	23,6

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte

** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten

Quelle: AOK-Routinedaten, standardisiert auf die Wohnbevölkerung (Zensus 2011, Statistisches Bundesamt 2014)

Pflege-Report 2015

WIdO

19.5 Zusammenfassung

Der Beitrag zeigt die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und die gesundheitliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland. Die Analysen basieren auf der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes sowie auf AOK-Routinedaten, die auf die bundesdeutsche Bevölkerung hochgerechnet wurden.

Laut Pflegestatistik waren im Jahr 2011 insgesamt 3,1 Prozent der Bundesbürger pflegebedürftig. Analysen nach Bundesländern zeigen deutliche Unterschiede. Die Pflegeprävalenz schwankt – auch bei Berücksichtigung der Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur – zwischen 2,8 Prozent und 4,2 Prozent auf der Ebene der Bundesländer.

Mit dem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein, deutlich zu. Bei den über 90-Jährigen ist bei einer Quote von 65 Prozent sogar eine deutliche Mehrzahl der Personen pflegebedürftig. Zudem unterscheidet sich die Pflegeprävalenz zwischen Männern und Frauen: Frauen sind insbesondere in den höheren Altersgruppen deutlich stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen.

Die Zahl Pflegebedürftigen insgesamt hat sich innerhalb von zehn Jahren (2001 auf 2011) zwar erhöht, dies geschah aber nicht aufgrund eines gestiegenen Hilfebedarfs, sondern (fast) ausschließlich aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung. Anders ist es bei der Struktur der Pflegebedürftigkeit, die sich innerhalb des Zehn-Jahres-Zeitraums hin zu einem höheren Anteil Pflegebedürftiger in der Pfl-

gestufe I verschoben hat: Diese Veränderungen sind nicht auf die Zunahme des Anteils von älteren Personen an der Bevölkerung zurückzuführen.

Seit dem Jahr 2008 wurden auch für Personen mit einem erheblichen Betreuungsbedarf (Personen mit PEA-Status) Leistungsansprüche geschaffen. Da die Pflegestatistik im aktuell vorliegenden Datenjahr 2011 noch keine Differenzierung nach Personen mit und ohne PEA-Status liefert, wurden hierfür auf die bundesdeutsche Alters- und Geschlechtsstruktur standardisierte AOK-Daten des Jahres 2013 herangezogen. Es zeigt sich, dass in der Pflegestufe I knapp jeder Dritte (30 Prozent), in der Stufe II bereits mehr als jeder Zweite (53 Prozent) und in der Stufe III sogar vier von fünf Pflegebedürftigen (78 Prozent) entsprechende Hilfen bei der allgemeinen Betreuung benötigen.

Gemäß der Pflegestatistik wurden im Jahr 2011 mehr als zwei Drittel (70,3 Prozent) der 2,5 Mio. Pflegebedürftigen in ihrer häuslichen Umgebung betreut. Knapp die Hälfte aller Pflegebedürftigen (47,3 Prozent) bezog ausschließlich Pflegegeld. Rund 750 000 Personen – und damit weniger als jeder Dritte Pflegebedürftige (29,7 Prozent) – wurden in einem stationären Pflegeheim versorgt. Männer werden – insbesondere in sehr hohem Alter – weitaus häufiger im ambulanten Setting gepflegt als Frauen.

Die Wahl der Versorgungssettings hat sich dabei innerhalb der letzten zehn Jahre nicht wesentlich verändert. Lediglich der Anteil der Personen, die ihre Pflege im häuslichen Kontext zusätzlich mit einer (komplementären) Nutzung von ambulanten Pflegediensten organisieren, ist leicht gestiegen. Die Quote der im Pflegeheim versorgten Personen ist über den gleichen Zeitraum so gut wie konstant geblieben. Trotz des Grundsatzes der Pflegeversicherung „ambulant vor stationär“ ist der Anteil von Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege damit innerhalb der letzten zehn Jahre nicht gesunken.

Die auf AOK-Daten basierenden Analysen zur gesundheitlichen Versorgung werden jeweils in Bezug gesetzt zur Versorgung der Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters. Des Weiteren erfolgten jeweils Analysen differenziert nach der Schwere der Pflege und der Art des Versorgungssettings.

Als Kennzahl für die medizinisch-therapeutische Versorgung wurden die Facharztkontakte ausgewertet. Mehr als vier Fünftel (82,8 Prozent) der Pflegebedürftigen hatte 2013 einen oder mehrere Kontakte zu einer Facharztpraxis, im Mittel der Quartale etwa 64 Prozent. Die Inanspruchnahme unterscheidet sich in den höheren Altersgruppen nicht wesentlich zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen.

Betrachtet man die Frequenz der Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung differenziert nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit, so zeigt sich, dass Personen, die über ihre körperlich bedingte Pflegebedürftigkeit hinaus zusätzlich eine eingeschränkte Alltagskompetenz (PEA-Status) aufweisen, in allen Pflegestufen jeweils zu einem leicht geringeren Anteil Facharztbesuche wahrnehmen als Pflegebedürftige der gleichen Stufe ohne diese Einschränkung.

Ferner zeigt sich für die Pflegebedürftigen im stationären Sektor in allen Pflegestufen eine insgesamt höhere Quote an Facharztkontakten als im ambulanten Sektor. Inwiefern die beobachteten Effekte durch Unterschiede in der Morbidität begründet sind oder auf eine verminderte ärztliche Versorgung im häuslichen Kontext hinweisen, konnte hier nicht weiter untersucht werden.

Der stationären Krankenhausversorgung kommt erhebliche Bedeutung zu: Jeder zweite Pflegebedürftigen (49,6 Prozent) ist innerhalb eines Jahres mindestens einmal im Krankenhaus, in einem Quartal jeder Fünfte (20,1 Prozent). Die Krankenhaustage je pflegebedürftiger Patient summierten sich im Jahr zu über drei Wochen (23,5 Tage je Patient). Diese Zahlen unterstreichen, welche besondere Bedeutung einem guten Überleitungsmanagement zwischen häuslicher Pflege und Krankenhaus bzw. vollstationärer Pflege und Krankenhaus zukommt.

Die hier dargestellten Kennzahlen zur Arzneimittelversorgung von Pflegebedürftigen engen die Untersuchung auf Arzneimitteltherapien ein, die die Gefahr unerwünschter, risikobehafteter Arzneimittelereignisse erhöhen. Gemeint sind die gleichzeitige Verordnung von mehreren Wirkstoffen (Polymedikation) und eine Versorgung mit für ältere Menschen potenziell ungeeigneten Wirkstoffen gemäß der sogenannten PRISCUS-Liste.

Die überwiegende Mehrheit sowohl der Pflegebedürftigen als auch der Nicht-Pflegebedürftigen Versicherten über 60 Jahre erhält im Durchschnitt der Quartale mindestens eine Medikation verordnet. Die beiden Personengruppen unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der Rate der Polymedikation deutlich, die bei den Pflegebedürftigen deutlich höher liegt.

Der Anteil der Pflegebedürftigen ab 65 Jahre, die mit Antipsychotika versorgt werden, beträgt insgesamt gesehen 2,7 Prozent. Unabhängig von der Pflegestufe und der Versorgungsform ist zu beobachten, dass Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA-Status) je nach Stufe mit gut 4 bis knapp 5 Prozent deutlich eher Antipsychotika verordnet bekommen als Pflegebedürftige ohne diese Einstufung. Ein Vergleich der Versorgungsformen zeigt auch einen steigenden Anteil von Pflegebedürftigen mit beobachteter Medikation entlang der Zunahme der formellen Pflege: Bei Pflegegeldbeziehern liegt der Anteil bei gut einem Prozent, bei Beziehern von Sach- oder Kombinationsleistungen bei etwas mehr als 2 Prozent und bei den Pflegebedürftigen, die stationär versorgt werden, bei fast 5 Prozent.

Bei den Verordnungen der einzelnen Substanzen der in der PRISCUS-Liste erfassten Antipsychotika mit dämpfender Wirkung auf das Zentralnervensystem überwiegt der Wirkstoff Haloperidol. Im Durchschnitt der Quartale erhalten 1,2 Prozent der Pflegebedürftigen mindestens eine Verordnung von Haloperidol. Im stationären Sektor liegt dieser Anteil jedoch mit 2,3 Prozent fast fünfmal so hoch wie bei Pflegegeldbeziehern mit 0,5 Prozent.

In der Gesamtschau bleibt die offene Frage, wie die beobachteten Medikationsraten in der stationären Pflege sowohl bei der Verordnung von für Ältere potenziell ungeeigneten Antipsychotika als auch bei der Verordnung von Haloperidol im Besonderen, hinsichtlich der Qualität der Versorgung zu bewerten sind. Es kann hier nicht beantwortet werden, inwieweit diese Quoten mit Blick auf die Grunderkrankungen angemessen sind bzw. ob sich hier ggf. auch ein zu hinterfragendes (nächtliches) Ruhigstellen „schwieriger Bewohner“ widerspiegelt.

Mindestens 42 Prozent der Pflegebedürftigen erhielten 2013 eine Heilmitteltherapie, im Durchschnitt der Quartale fast 29 Prozent. Die mit großem Abstand häufigsten Heilmittelbehandlungen der Pflegebedürftigen entstammen dem Maßnahmenkatalog der Physiotherapie: Etwa 80 Prozent der männlichen und 84 Prozent der weiblichen pflegebedürftigen Heilmittelpatienten erhalten physiotherapeutische Maßnahmen – das sind knapp 24 Prozent aller Pflegebedürftigen. Die Verordnung

von Physiotherapie nimmt erwartungsgemäß mit steigender Pflegebedürftigkeit zu. Wie in den übrigen Leistungsbereichen sind auch bei der Physiotherapie Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bei ansonsten gleicher Einstufung ihrer Pflegebedürftigkeit – und damit ihrer körperlichen Einschränkung – deutlich seltener Patienten.

Literatur

- AGS. Choosing Wisely Workgroup. American Geriatrics Society Identifies Five Things That Health-care Providers and Patients Should Question. *J AM Geriatric Soc* 2013; 61: 622–31.
- BMG. Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2013. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2014. <http://www.bmg.bund.de/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html> (10. März 2015).
- Deutscher Bundestag. Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). 16. Wahlperiode, BT-DRS. 16/7439. Berlin 2007.
- Destatis. Pflegestatistik 2011: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2013.
- Fricke U, Günther J, Zawinell A, Zeidan R. Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. Methodik der ATC-Klassifikation und DDD-Festlegung. ATC-Index mit DDD-Angaben des GKV-Arzneimittelindex mit Stand 4/2014. Berlin 2014.
- Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds. (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI-ÄndG). Berlin 2014. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetze/Entwurf_Pflegestaerkungsgesetz_Stand_Kabinett_28.5.2014.pdf (10. März 2015).
- Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. Witten-Herdecke, Wuppertal 2010. <http://www.priscus.net> (10. März 2015).
- Rothgang H, Kulik D, Müller R, Unger R. GEK-Pflegereport 2009: Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. St. Augustin: Asgard 2009.
- Rothgang H, Müller R, Unger R. Themenreport „Pflege 2030“: Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2012.
- Rothgang H, Müller R, Unger R. BARMER GEK Pflegereport 2013: Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. St. Augustin: Asgard 2013.
- Thürmann PA, Holt-Noreiks S, Nink K, Zawinell A. Arzneimittelversorgung älterer Patienten. In: Günster C, Klose J, Schmacke N. Versorgungs-Report 2012. Stuttgart: Schattauer 2012, S. 111–130.
- Thürmann PA, Selke GW. Arzneimittelversorgung älterer Patienten. In: Klauber J, Günster C, Gerste B, Schmacke N, Robra BP. Versorgungs-Report 2013/2014. Stuttgart: Schattauer 2014, S. 185–208.

This page intentionally left blank

Autorenverzeichnis



Dr. rer. pol. Stefan Blüher
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Luisenstraße 13, 10117 Berlin

Seit 2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter und seit 2012 Mitglied der Institutsleitung mit geschäftsführenden Aufgaben am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Studium der Sozialwissenschaften an der Universität Erlangen-Nürnberg. 2000–2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum der Universität Erlangen-Nürnberg. Bearbeitung zahlreicher Forschungsprojekte, insbesondere zu gerontologischen Themen. 2004 Promotion zum Dr. rer. pol. Arbeitsschwerpunkte: Prävention und Gesundheitsförderung; medizinische und pflegerische Versorgung im höheren Lebensalter; Situation pflegender Angehöriger.



Christoph Bräutigam
Institut Arbeit und Technik, Forschungsschwerpunkt
Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität,
Munscheidstraße 14, 45886 Gelsenkirchen

Diplom-Pflegewissenschaftler. 2001–2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter in verschiedenen Forschungs- und Entwicklungsprojekten, freiberuflicher Berater und Dozent, Lehrbeauftragter. Seit 2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität des IAT der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Professionalisierung der Pflege, Arbeitsgestaltung und Qualifizierung, Intra- und interprofessionelle Kooperation, Beratung in der Pflege.



Dr. rer. medic. Dagmar Dräger
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Luisenstraße 13, 10117 Berlin

Leiterin des Forschungsbereichs Altersforschung. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsverhalten, Prävention und Gesundheitsversorgung im Alter; medizinische und pflegerische Versorgung in häuslichen Pflegearrangements, in der stationären Versorgung und im Bereich der Altersrehabilitation; Durchführung von Studien in der Population hochaltriger Menschen zu Mobilität und Autonomie; Schmerz und Schmerzmanagement im Alter.



Dr. phil. Christiane Eifert
GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Christiane Eifert ist seit 2011 Referentin in der Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband. Davor war sie von 2009 bis 2010 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin. Von 2003 bis 2008 hatte sie eine Lehrstuhlvertretung für Allgemeine Geschichte an der Universität Bielefeld.



Dirk Engelmann
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz,
Freie und Hansestadt Hamburg, Billstraße 80a,
20539 Hamburg

Studium der Politikwissenschaft, Neueren und Neuesten Geschichte sowie Rechtswissenschaft an der Technischen Universität Dresden und der Brock University (Ontario, Kanada), seit 2003 Referent der Stv. SPD-Parteivorsitzenden sowie seit 2008 Referent für Gesundheits- und Sozialpolitik beim SPD-Parteivorstand, Willy-Brandt-Haus Berlin, seit 2014 Leiter des Präsidialstabs der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg.



Michaela Evans
Institut Arbeit und Technik, Forschungsschwerpunkt
Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität,
Munscheidstraße 14, 45886 Gelsenkirchen

Diplom-Sozialwissenschaftlerin. Seit 1999 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Arbeitspolitik und Arbeitsbeziehungen, Entwicklung von Erwerbsarbeit und informeller Arbeit, Berufliche Bildung, Qualifikations- und Kompetenzentwicklung, Humanzentrierte Dienstleistungs- und Arbeitsgestaltung.



Petra Fuhrmann
Stabsbereich Gesundheitspolitik/Gesundheitsökonomie,
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf

Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität Heidelberg und der Freien Universität Berlin. Mitarbeit am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung. Danach Tätigkeit als Referentin beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. Seit 2013 Referentin im Stabsbereich Gesundheitspolitik/Gesundheitsökonomie der AOK Rheinland/Hamburg.



Dr. h. c. Jürgen Gohde
Kuratorium Deutsche Altershilfe, Wilhelmine-Lübke-
Stiftung e. V., An der Pauluskirche 3, 50677 Köln

Seit 2014 Beauftragter des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales für den Mindestlohn in der Pflege. 2011 bis heute Steuergruppe des Netzwerks SONG. 2006 bis heute Mitglied verschiedener Sachverständigen- und Steuerungsgremien (Mitglied des Beirats und ab April 2008 Vorsitzender des Beirats zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Modellprojekt AAL (2012/13), Bertelsmann Stiftung, Friedrich-Ebert-Stiftung). Seit 2006 Lehraufträge. 2001–2007 Präsident von Eurodiakononia.

1994–2006 Präsident des Diakonischen Werks der EKD. Studium der Theologie und Erziehungswissenschaften an der Philipps-Universität Marburg/Lahn.



Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß
Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda,
Marquardstraße 35, 36039 Fulda

Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie und Dekan des Fachbereichs Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Krankenversicherungsökonomie, Internationaler Gesundheitssystemvergleich, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung.



Dr. rer. pol. Cornelia Heintze
Beratung & Coaching, Cöthner Straße 64, 04155 Leipzig

Cornelia Heintze verfügt über eigene Berufserfahrung als Altenpflegerin ohne Examen (1977–1980). Sie hat nach ihrem Studium an der FU Berlin Statistik unterrichtet und Lehrveranstaltungen zu Arbeitsmarkttheorien/Arbeitsmarktpolitik abgehalten. Von Anfang 1987 bis Ende 1990 war sie Wirtschaftsreferentin bei den Grünen im Landtag von Niedersachsen, dann Referentin im niedersächsischen Finanzministerium, schließlich Stadtkämmerin in Delmenhorst mit Zuständigkeit auch für Liegenschaften, Wohnungswesen, Stadtwerke/ÖPNV und Städtische Kliniken. Sie arbeitet heute freiberuflich als Beraterin mit Forschungstätigkeit im Bereich international vergleichender Wohlfahrtsforschung.



Prof. Dr. rer. soc. Josef Hilbert
Institut Arbeit und Technik, Forschungsschwerpunkt
Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität,
Munscheidstraße 14, 45886 Gelsenkirchen

Soziologe und Gesundheitsökonom. Geschäftsführender Direktor des Instituts Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen. Honorarprofessor an der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum. Vorstand der Gesundheitswirtschaftsinitiative der Metropole Ruhr, kooptiertes Mitglied der MedEcon-Ruhr und Sprecher des Netzwerks der deutschen Gesundheitsregionen (NDGR e. V.).



Thomas Hommel

**KomPart Verlagsgesellschaft mbH, Rosenthaler Straße 31,
10178 Berlin**

Thomas Hommel arbeitet für den KomPart-Verlag als Chefreporter des Magazins G+G (Gesundheit und Gesellschaft). Zuvor war der Diplom-Politologe als gesundheitspolitischer Redakteur im Hauptstadtbüro der Ärzte Zeitung (Fachverlag SpringerMedizin) tätig, davor als Pressesprecher der WISO-Gruppe des früheren Berliner Gesundheitsministers Ulf Fink, für die er sich unter anderem verantwortlich zeichnete für die Pressearbeit zum Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit. Als freier Journalist arbeitete er viele Jahre für die Financial Times Deutschland, den Tagesspiegel aus Berlin sowie das Journal GesundheitsWirtschaft und das Pflegemagazin Heilberufe.



Dr. rer. medic. Annett Horn

**Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität
Bielefeld, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld**

Examierte Krankenschwester. Studium der Pflegewissenschaft, seit 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der AG 6 Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und Senior Researcher am LBIHPR in Wien. Arbeitsschwerpunkte: Nutzerorientierte Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung, Prävention von Pflegebedürftigkeit.



Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs

**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

Geboren 1957. Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld. Promotion an der Freien Universität Berlin. 1981–1987 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der FU Berlin und am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). 1988–2002 Gesundheitsökonom im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Seit März 2002 Geschäftsführer des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).



Dr. rer. nat. Kathrin Jürchott
Wissenschaftliches Institut der AOK (WiO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Studium der Biochemie und Molekularbiologie an der Humboldt-Universität zu Berlin. Danach mehrere Jahre dienstleisterisch und wissenschaftlich tätig in Bereichen der Genomforschung und Bioinformatik. Seit 2013 Mitarbeiterin des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiO). Zuständig für Datenbankmanagement und Datenanalyse im Bereich Pflege.



Thomas Kleina, MPH
Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität
Bielefeld, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld

Studium der Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück, Abschluss Diplom-Pflegewirt. Studium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, Abschluss Master of Public Health. Von 2006 bis 2010 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Seit 2011 wissenschaftlicher Mitarbeiter der Arbeitsgruppe „Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft“ an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.



Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei
Prodekanat für Studium und Lehre, Charité – Universitäts-
medizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin

Adelheid Kuhlmei ist seit 2012 die Wissenschaftliche Direktorin des Centrums für Human- und Gesundheitswissenschaften der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Die Altersforscherin leitet bereits seit 2002 das Institut für Medizinische Soziologie an diesem Charité-Centrum und war in den Jahren davor Professorin für Soziale Gerontologie und Medizinsoziologie an den Hochschulen Neubrandenburg und Braunschweig-Wolfenbüttel. Ihre wissenschaftlichen Arbeitsschwerpunkte sind die Themen Alter und Altern, Gesundheitsentwicklung einer älter werdenden Bevölkerung und medizinische sowie pflegerische Versorgung. Sie ist seit Mai 2014 Prodekanin für Studium und Lehre der Charité – Universitätsmedizin Berlin.



Prof. Dr. phil. Susanne Kümpers, MPH
Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda,
Marquardstraße 35, 36039 Fulda

Diplom-Pädagogin, Master of Public Health. Seit 2012 Professorin für Qualitative Gesundheitsforschung, Soziale Ungleichheit und Public-Health-Strategien an der Hochschule Fulda. Arbeitsschwerpunkte: Qualitative und partizipative Methoden der Gesundheitsforschung; Soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen; Gesundheit und Ungleichheit im Alter; Gesundheit und Sozialraum; Gesundheitsförderung, Prävention sowie medizinische und pflegerische Versorgung im Alter; Alter und Versorgung in europäischer Perspektive.



Gerd Künzel
DRK-Landesverband Brandenburg, Alleestraße 5,
14469 Potsdam

Vizepräsident des DRK-Landesverbandes und stellvertretender Vorsitzender des Bundesausschusses für Wohlfahrts- und Sozialarbeit. 1991–2012 Abteilungsleiter im Brandenburger Sozialministerium. Studium der Rechtswissenschaft in Münster und Freiburg.



Ulrike Mengel-Müller
Diakoniestationen Kassel gGmbH, Goethestraße 15,
34119 Kassel

Geboren 1962. Sie absolvierte eine kaufmännische Ausbildung im Banken- sowie im Versicherungsbereich. Nach einer Familienpause und verschiedenen Tätigkeiten ist sie seit gut vier Jahren hauptberuflich im Rahmen der Quartiersarbeit bei den Diakoniestationen der evangelischen Kirche der Stadt Kassel tätig.



Dr. phil. Günter Meyer
Pflegerstation Meyer & Kratzsch GmbH & Co. KG,
Kurfürstenstraße 131, 10785 Berlin

Geschäftsführender Gesellschafter der Pflegerstation Meyer & Kratzsch. Ab 2002 leitete er zwei Jahre lang das Bundesmodellprojekt „Zentrum für Pflege, Fortbildung und Praxisforschung bei Demenzerkrankungen“ (in Zusammenarbeit mit der gemeinnützigen diakonischen Stiftung Schönholzer Heide und sechs weiteren ambulanten Pflegediensten). Ziel war es, Angebote des Wohnens und der Betreuung für dementiell Erkrankte unter Einbeziehung der Angehörigen zu erproben und zu verbessern. Mitglied des Vorstandes im AVG (AnbieterVerband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen) e. V., in der BAPP (Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege) e. V. und im vpsg (Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit) e. V.



Sandra Möller
Diakoniestationen der Evangelischen Kirche in Kassel
gemeinnützige GmbH, Lutherplatz 11, 34117 Kassel

Krankenschwester, Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie, B. A. Pflegemanagement. Seit 2012 Pflegereferentin und Qualitätsmanagementbeauftragte der Diakoniestationen der Evangelischen Kirche in Kassel gGmbH.



Martin Mühlegg
deutlich., Langstrasse 231, CH-8005 Zürich

Martin Mühlegg ist Texter, Journalist, Kulturvermittler und Fotograf. Er leitete ein Kulturzentrum, war Redaktor der Südostschweiz und des Tages-Anzeigers. NDS Kulturmanagement Uni Bern, Lebensmittelingenieur HTL. Im Auftrag verschiedener Institutionen und Verlage schreibt er seit vielen Jahren über das Thema „Demenz“.



Martin Müller
Diakoniestationen der Evangelischen Kirche in Kassel
gemeinnützige GmbH, Lutherplatz 11, 34117 Kassel

Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge. Seit 1997 Geschäftsführer der Diakoniestationen der Evangelischen Kirche in Kassel gGmbH. Aufsichtsratsmitglied der Diakonie Hessen.



Christoph J. Rupprecht
Stabsbereich Gesundheitspolitik/Gesundheitsökonomie,
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf

Christoph J. Rupprecht ist Leiter des Stabsbereichs Gesundheitspolitik/Gesundheitsökonomie der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse. Er ist Lehrbeauftragter an der Rheinischen Fachhochschule Köln im Bereich Medizin-Ökonomie sowie Gastdozent an der NRW School of Governance. Zuvor war er als Projektleiter Innovative Leistungssteuerung/Neue Versorgungsformen in der Unternehmensentwicklung/Controlling tätig. Für mehrere Jahre hat er als wissenschaftlicher Mitarbeiter für Bundestagsabgeordnete im Bereich Forschungs- und Gesundheitspolitik gearbeitet. Er hat in Berlin, Köln und Paris studiert. Er ist von seiner Ausbildung Molekularbiologe (Max-Planck-Institut, Paul-Ehrlich-Institut) mit volkswirtschaftlichem Hintergrund.



Dr. phil. Eckart Schnabel
GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Eckart Schnabel ist seit September 2010 Leiter der Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband in Berlin. Davor war er von 2002 bis 2010 Wissenschaftlicher Geschäftsführer des Instituts für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund. Von 2004 bis 2006 hatte er eine Professur für Soziale Sicherung und Rehabilitation an der Universität Münster.



Antje Schwinger
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Antje Schwinger hat Pflege an der Napier University Edinburgh und Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln studiert. Nach Tätigkeiten im WIdO und AOK-Bundesverband war sie mehrere Jahre am IGES Institut tätig. Ihre Themenschwerpunkte umfassten die vertragsärztliche Vergütung und Pflegeforschung. Seit 2013 ist sie mit dem Aufbau der Pflegeanalysen im Wissenschaftlichen Institut der AOK betraut.



Susanne Sollmann
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Studium der Anglistik und Kunsterziehung an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und am Goldsmiths College, University of London. 1986–1988 wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Informatik der Universität Bonn. Seit 1989 Mitarbeiterin des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) u. a. im Projekt Krankenhausbetriebsvergleich und im Forschungsbereich Krankenhaus. Verantwortlich für Lektorat und Redaktion des Pflege-Reports.



Antje Sörensen
Bremer Heimstiftung, Marcusallee 39, 28359 Bremen

Geboren 1957. Diplom-Biologin. Seit zwölf Jahren als Marketingleiterin bei der Bremer Heimstiftung beschäftigt.



Andrea Teti

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 13, 10117 Berlin

Geboren 1971. Studium der Soziologie an der Università degli Studi di Trento (I) und an der Technischen Universität Dresden. Studium der Public Health/Epidemiologie an der Berlin School of Public Health der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Seit 2009 zunächst Doktorand, danach wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Prävention und Gesundheitsförderung, der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit sowie der Ökologischen Gerontologie.



Andrea Waltersbacher

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Diplom-Soziologin. Seit 2001 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im WIdO. Vor dem Studium arbeitete sie ein Jahr als Altenpflegerin. Nach dem Studium der Biologie, Psychologie und Politologie in Hamburg und Berlin arbeitete sie in verschiedenen Projekten der Wohnbauforschung in Hamburg und in erziehungs- und politikwissenschaftlichen Projekten an der Freien Universität Berlin. Seit 2002 ist sie Projektleiterin des AOK-Heilmittel-Information-Systems (AOK-HIS).



Prof. Dr. jur. Felix Welti

Fachbereich Humanwissenschaften, Institut für Sozialwesen, Fachgebiet Sozialrecht der Rehabilitation und Recht der behinderten Menschen, Universität Kassel, Arnold-Bode-Straße 10/R 3109, 34109 Kassel

Studium der Rechtswissenschaften, Promotion, Referendariat und Große juristische Staatsprüfung in Hamburg. Assistent am Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Habilitation für Öffentliches Recht einschließlich Europarecht, Sozial- und Gesundheitsrecht. 2007–2010 Professor für Sozialrecht und Verwaltungsrecht an der Hochschule Neubrandenburg, FB Gesundheit, Pflege, Management. Seit 2010 Professor für Sozialrecht der Rehabilitation und Recht der behinderten Menschen an der Universität Kassel, FB Humanwissenschaften. Ehrenamtlicher Richter am LVerfG Schleswig-Holstein und am Bundessozialgericht.



Dr. PH Klaus Wingenfeld

Institut für Pflegewissenschaften, Universität Bielefeld, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld

Geboren 1960. Studium der Soziologie an der Universität Münster, Promotion 2004 an der Bielefelder Fakultät für Gesundheitswissenschaften. 1987–1995 wissenschaftlicher Mitarbeiter in verschiedenen Forschungsinstituten im Gesundheitswesen, seit 1995 am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), jetzt wissenschaftlicher Geschäftsführer des Instituts. Arbeitsschwerpunkte: Qualitätsentwicklung in der stationären Langzeitpflege, Entlassungsmanagement im Krankenhaus, pflegerische Einschätzungsinstrumente.



Dr. ing. Birgit Wolter

**Institut für Gerontologische Forschung e. V., Torstraße 178,
10115 Berlin**

1991–2001 Angestellte Architektin in Stuttgart und Berlin. 2001–2007 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Technischen Universität Dresden, Institut für Raumgestaltung, Fakultät für Architektur. 2006 Promotion zur Doktor-Ingenieurin, Fachgebiet Architektur. Seit 2007 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologische Forschung (IFG) e.V. Seit 2012 Mitglied im Vorstand des IGF e.V. Arbeitsschwerpunkte: Architektur-/Stadtsoziologie, Sozialraumforschung, Universal Design, Raumwahrnehmung, Raumgestaltung.



Klaus Zok

**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

Geboren 1962 in Moers. Diplom-Sozialwissenschaftler, seit 1992 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Wissenschaftlichen Institut der AOK im AOK-Bundesverband. Arbeitsschwerpunkt Sozialforschung: Erstellung von Transparenz-Studien in einzelnen Teilmärkten des Gesundheitssystems (z.B. Zahnersatz, Hörgeräte, IGeL); Arbeit an strategischen und unternehmensbezogenen Erhebungen und Analysen im GKV-Markt anhand von Versicherten- und Patientenbefragungen.

This page intentionally left blank

Sachverzeichnis

A

Akademisierung 118
Alltagskompetenz 24, 58, 120, 135, 159
Angehörige 6–9, 20, 52, 58, 74, 87, 93–95, 121–132, 141–142, 158–159, 168, 178–180, 192–194, 213–214
Arzneimittelwirkungen, unerwünschte 190, 194
Autonomie 3, 15, 144, 176

B

Barrierefreiheit 185
Bedarfsgerechtigkeit 98
Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen 148, 153
Betreutes Wohnen 7, 17, 19, 27, 30, 32, 34, 48, 52, 111, 120
Biographiearbeit 176

C

Care-Management 158, 163

D

Dauerpflege 88, 110
Dekubitalulcera 88
Dekubitusprophylaxe 90
Demenz 10, 12–14, 20, 24, 66, 68–69, 78, 111, 117, 132, 142, 169, 173–175, 178–182, 192, 194, 208
demografische Entwicklung 74–75, 95, 97
Deutscher Altenpflege-Monitor 6–8
Dienstleistungen, haushaltsnahe 185
Diversifizierung 11, 64, 105, 147–152

E

Einzelbetreuung 182
Entlassungsmanagement 90
Ergebnisqualität 88–89, 93–94, 96
Ergotherapie 172, 177, 239, 241–242
Erkrankungen, psychische 5, 9
Ernährungsmanagement 90, 100, 106

Essen auf Rädern 20

Exklusion 139–140

F

Fachkräftemangel 193
Fachkraftquote 99, 117, 195
Familienpflege 121, 131
Forschungsstelle Pflegeversicherung 187–190, 195
Fürsorgepflicht, familiale 122

G

Gemeindekrankenpflege 81–82
Gesundheit
– Förderung 6, 24, 26, 97–101, 104, 106–107, 124, 132
– mentale 100
– Potenziale 97, 106

H

Heilmittel 201–202, 239–242, 246

I

Intensivpflege 63, 67
Investitionsförderung 152

K

Koordinierungsstelle der Spitzenverbände der Pflegekassen 187

L

Langzeitpflege 63, 69, 75–78, 88, 147, 174, 181
Langzeitversorgung, stationäre 97–101, 106
Lebenserwartung, steigende 112
Lebensstandard 139–140
Leistungsfähigkeit, kognitive 5, 10, 66

M

Mangelernährung 87
MDK-Prüfungen 86–87

Medizinischer Dienste der Krankenversicherung (MDK) 19, 86–87
Mehrgenerationenhaus 6–7, 17, 20, 27, 30, 32, 40–44, 48, 52–53
Mobilität 15, 25, 88–90, 101, 103–104, 136, 141, 143, 157, 159
Modellprogramme 187–196
Modellvorhaben 188, 213
Multimorbidität 59, 117, 138, 155, 157, 194

N

Nachbarschaftstreffs 185–186
Nationale Expertenstandards 90, 100

P

Partizipation 15, 25, 136, 139, 156, 164
Personal
– Ausstattung 67, 89
– Bedarf 109, 112–113, 115–118, 195
Pflege
– Arrangement 17, 20–21, 53, 56, 74, 132, 187, 190, 202, 213, 215
– im Ausland 7, 21, 23, 27, 30, 32–33, 47–53
– Berufe 109, 118, 120
– Dienste, ambulante 20, 87, 92, 110–111, 113, 176–177
– Dokumentation 86–88, 95
– Einrichtungen, vollstationäre 88, 107
– Fachkräfte 95, 101, 109, 111–113, 116, 118, 185
– Geld 58, 122, 149–151, 153, 185
– Heim 8–9, 11, 17, 21, 27–30, 47–48, 52–53, 74, 77, 81, 83, 107, 125–126, 128
– informelle 28, 58, 75, 89
– institutionelle 9, 61–65, 67, 69, 130, 161
– Kassen 18, 76, 85, 150, 161, 163, 170, 174, 176
– Neuausrichtungsgesetz (PNG) 21, 23–24, 94, 191
– Prävalenz 202, 204–206, 218, 244
– Qualität 86
– Reform 53, 58, 155, 156

– Statistik 13, 25, 29, 84, 101, 107, 111, 120, 133, 141, 145, 201–204, 207, 211, 218, 244–247
– Stufe 10, 18, 29, 58, 99, 149, 170, 191, 208–211, 213, 216, 222, 226, 231, 235–238, 240, 243, 245
– Transparenzvereinbarungen 88, 92, 96
– Wohngemeinschaft 3, 7, 11–12, 173
Polymedikation 201, 230–232, 246
Polypharmazie 190, 194
PRISCUS-Liste 201, 230, 232, 235–236, 238, 246–247

Q

Qualität
– Berichterstattung 86, 88, 91–92, 94
– Management (QM) 92, 95, 181
– Prüfungen 85–87, 90, 94–95
– Sicherung 85–86, 90, 94, 100, 149–150, 162
Quartiersprojekt 24, 80, 142, 183–186

R

Rehabilitation 59, 81–83, 136, 138, 144, 147–149, 151, 153, 157–160, 163
Reminiszenztherapie 177
Rund-um-die-Uhr-Betreuung 7, 53

S

Sachleistungen 148
Selbstversorgung 16, 101, 103, 136
Senioren-WG 24, 37–38, 40, 48, 51–53, 167–170
Servicequalität 67
Servicewohnen 7, 11, 110
Snoezelen 177
Sprachtherapie 239, 241–242
24-Stunden-Pflege 27, 30, 44, 47–48, 52–53
Sturzprophylaxe 90, 100, 106, 190
Subsidiaritätsprinzip 55

T

Tagespflege 109, 111, 113
Teilhabe 3, 6, 8, 135–153, 158–159, 164, 185

U

Unterstützungsbedarf 56, 58, 101, 183

V

Versorgung

– Forschung 188, 191, 196

– Konzepte 6, 161, 187

– Planung 155, 161, 163

– Qualität 47, 86–96, 128–129

Vulnerabilität 3, 5, 10, 139–140

W

Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz
(WBVG) 152

Wohnen mit Service 173–174

Wohnformen, innovative 15, 141, 143

Wohngemeinschaften 3, 7, 11–12, 20,
25–26, 89, 94, 111, 113, 117, 120,
141, 167–172, 175–178, 182

Wohngruppen 66, 68–69, 89, 93–94,
106, 110, 132, 141, 170, 172, 179

Wohnraumanpassung 8, 20, 176

This page intentionally left blank

Der Pflege-Report nimmt jährlich relevante Themen der Versorgung von Pflegebedürftigen unter die Lupe. Schwerpunkt der Startausgabe **Pflege-Report 2015** sind bedarfsgerechte Pflegearrangements außerhalb der häuslichen Umgebung – von altersgerechten Wohnstrukturen bis hin zu stationären Pflegeeinrichtungen.

Der Pflege-Report 2015 analysiert im Rahmen des Schwerpunktthemas »**Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit**«:

- Potenziale spezieller Wohn- und Versorgungsformen
- Wahrnehmung neuer Wohn- und Versorgungsformen in der Bevölkerung
- Pflegeversorgung am Beispiel Skandinaviens und der Niederlande
- Einbindung von Angehörigen Pflegebedürftiger
- Sicherung sozialer Teilhabe
- Pflegequalität und Gesundheitsförderung
- Rechtliche und finanzielle Barrieren zur Diversifizierung des Angebots
- Rolle der Kommunen

Ausgewählte Praxisbeispiele, die spezielle Wohn- und Versorgungsformen vorstellen, sowie ein umfangreicher Statistikeil zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und der Gesundheitsversorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland runden den Report ab.

Eine fundierte Wissens- und Diskussionsgrundlage für Gesundheits- und Pflegepolitiker, Verantwortliche in Pflege- und Sozialverbänden, Gesundheits- und Pflegemanager sowie Gesundheits- und Pflegewissenschaftler, um die Versorgung für alle Pflegebedürftigen zu verbessern.