

Wohlfahrtspluralismus und häusliche Pflegearrangements

**Dissertation zur Erlangung
des Doktorgrades (Dr. rer. soc.)
des Fachbereichs Sozial- und Kulturwissenschaften
der Justus Liebig-Universität Gießen**

**Vorgelegt von
Michaela Röber
aus Frankfurt
2005**

Vorwort

1. Einführung	1
2. Das Konzept des Wohlfahrtspluralismus als theoretischer Hintergrund der Arbeit	6
2.1 Elemente des Wohlfahrtspluralismus	7
2.2 Entwicklung und Neuausrichtung wohlfahrtspluralistischer Konzepte	11
3. Von der Gemeindepflegestation zum „Quasi-Markt“ Pflege	14
3.1 Von der Gemeindepflegestation zur Sozialstation	14
3.2 Die neue Rolle der Krankenpflegevereine	24
3.3 Häusliche Pflege als Beruf	25
3.4 Die Pflegeversicherung – Aufbruch zu einem neuen Wohlfahrtsmix?	29
3.5 Folgen des „Quasi-Marktes“ Pflege für Anbieter und Nachfrager	37
3.6 Vergütungssysteme	39
3.7 Zusammenfassung	45
4. Pflege als interaktive, personenbezogene Dienstleistung.....	49
4.1 Rollenvielfalt auf der Ebene der Nutzer personenbezogener Dienstleistungen	53
4.2 Der „weibliche“ Fürsorgecharakter von Pflegedienstleistungen	62
4.3 Private Fürsorgetätigkeit und Erwerbsarbeit im Haushalt	67
4.4 Marktsituation und Inanspruchnahme pflegerischer und haushaltsnaher Dienstleistungen auf dem Schwarzmarkt	75
4.5 Zusammenfassung	81
5. Merkmale familialer Pflegearrangements	85
5.1 Das familiale Helferpotenzial im demografischen und kulturellen Wandel	85
5.2 Solidarität in der Familie und in der Gesellschaft	89
5.3 Bedingungen der Pflegeübernahme	95
5.4 Motive der Pflegeübernahme – Pflicht oder Neigung?	100
5.5 Belastende Faktoren familialer Pflege	103
5.6 Beziehungsmuster zwischen Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen	111
5.7 Familiäre Pflegeleistungen und bürgerschaftliches Engagement	115
5.8 Zusammenfassung	118

6. Häusliche Pflegearrangements und ambulante Pflegedienste ...	121
6.1 Das Modell des Pflegedreiecks	121
6.2 Rollen der Pflegebedürftigen und der Angehörigen im Pflegeprozess	123
6.3 Interaktionsstrukturen innerhalb des Pflegedreiecks	127
6.3.1 Schlüsselfaktoren im System der Familien	128
6.3.2 Schlüsselfaktoren im System der Pflegedienste	142
6.3.3 Pflege als Aushandlungsprozess	149
6.4 Der Handlungsrahmen für Interaktionen im Pflegedreieck	152
6.4.1 Leistungs- und Vergütungsregelungen	152
6.4.2 Qualitätssicherung	155
6.5 Zusammenfassung	157
7. Handlungsansätze für die Weiterentwicklung gemischter häuslicher Pflegearrangements	160
7.1 Handlungsansätze innerhalb bestehender Rahmenbedingungen	161
7.1.1 Beziehungsorientierte Pflege	162
7.1.2 Hilfeangebote für pflegende Angehörige	167
7.1.3 Beratungsbesuche bei Sach- und Geldleistungsempfängern .	174
7.1.4 Bürgerschaftliches Engagement	180
7.2 Möglichkeiten der Weiterentwicklung bestehender Vergütungsregelungen	182
7.2.1 Leistungsmodule	183
7.2.2 Zeitabrechnung	186
7.3 Case Management als Handlungsansatz zur Unterstützung personenbezogener Dienstleistungen	187
7.3.1 Case Management in verschiedenen sozialen Handlungsfeldern	190
7.3.2 Komplexität der Hilfebedarfe im Alter	194
7.3.3 Das Modell des Pflegebegleiters	197
7.3.4 Case Management in der Emilia-Romagna	200
7.3.5 Möglichkeiten der regelhaften Ausgestaltung von Case Management in der Altenhilfe der BRD	203
7.4 Das Pflegebudget als strategische Alternative?	210
7.4.1 Das Pflegebudget als eigenständige Leistungsform	211
7.4.2 Erfahrungen mit und Erwartungen an das Pflegebudget	213
8. Schlussbetrachtung	220

Vorwort

Am Anfang dieser Arbeit stand die Überlegung, das, was ich im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit im Zusammenhang mit dem Aufbau und der Umsetzung der Pflegeversicherung für das Land Hessen aus der Perspektive der „Kostenträger“ mitgestaltet hatte, kritisch aufzuarbeiten. Dabei ging es mir vor allem darum, Handlungsansätze auf der Basis vorhandener, aber noch nicht ausgeschöpfter Möglichkeiten zu entwickeln, die der Sicherung der häuslichen Pflege dienen könnten.

Bei der Bewältigung dieser Aufgabe hat mir die Wahrnehmung einer Juniorprofessur an der Fachhochschule Frankfurt, Fachbereich Pflegemanagement sehr geholfen, da ich hierdurch die Möglichkeit erhalten habe, mich mit dem Thema des Wohlfahrtspluralismus und seiner Bedeutung für häusliche Pflegearrangements ohne berufliche Bindung an bestimmte Interessen vertieft zu befassen.

Mein Dank gilt zunächst Herrn Prof. Dr. Thomas Klie, der mich dazu ermuntert hat, diesen Weg zu gehen und der mir den Kontakt zu meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Adalbert Evers, vermittelt hat.

Herrn Prof. Dr. Evers danke ich dafür, dass er sich mit mir auf das Projekt der Promotion eingelassen hat. Er hat mich stets zuverlässig, geduldig und vorausschauend bei der Erstellung dieser Arbeit begleitet. Die intensiven Gespräche über die einzelnen Arbeitsschritte haben die Entwicklung und Ausgestaltung der Arbeit geprägt.

Herrn Prof. Dr. Dieter Eißel danke ich für die spontane Bereitschaft die Zweitbegutachtung vorzunehmen.

Ich möchte mich auch bei allen Kolleginnen und Kollegen bedanken, die den Entstehungsprozess dieser Arbeit kritisch begleitet haben und mir damit während des Arbeitsprozesses einen Raum zur Auseinandersetzung eröffnet haben. Besonders möchte ich mich bei Herrn Dr. Hannes Ziller bedanken, der sich immer bereit erklärt hat, Texte zu lesen und mit mir zu diskutieren.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

- Abbildung 1: „Das Wohlfahrtsdreieck“, S. 7
- Abbildung 2: Verteilung der Trägerschaften ambulanter Pflegedienste 1993 und 2001, S. 33
- Abbildung 3: Idealtypische Reaktionen von Nutzern auf dem Pflegemarkt, S. 57
- Abbildung 4: Das „Pflegedreieck“ im Netzwerk familialer und professioneller Pflege, S. 121
- Abbildung 5: Schlüsselfaktoren der Interaktion zwischen Familien und Pflegediensten, S. 128
- Abbildung 6: Der „Hilfemix“, S. 196
- Abbildung 7: Organigramm des Verlaufs: Der Zugang zum Netzwerk, S. 202
- Tabelle 1: Handlungslogiken von Erwerbs- und privater Tätigkeit, S. 72
- Tabelle 2: Geschlecht, Verwandtschaftsbeziehungen und Wohnform der privaten Hauptpflegeperson von Pflegebedürftigen in Privathaushalten, S. 96
- Tabelle 3: Sachleistung, Geldleistung und Pflegebudget im Vergleich, S. 211

1. Einführung

Die Sicherung der Lebenssituation von Hilfe- und pflegebedürftigen Menschen bildet nach wie vor eine wichtige sozial- und gesellschaftspolitische Aufgabenstellung in Deutschland. Vor dem Hintergrund unserer immer älter werdenden Gesellschaft stellt sich die Frage, wie die Rahmenbedingungen gestaltet werden müssen, damit Hilfe- und Pflegebedürftige ihr Leben möglichst selbständig und selbstbestimmt gestalten können und welche Hilfen erforderlich sind, damit der gewünschte Vorrang der häuslichen Versorgung vor der stationären Pflege auch in Zukunft weiter aufrechterhalten werden kann.

Dieser sowohl von den Betroffenen als auch deren Angehörigen gewünschte Vorrang der häuslichen Pflege¹ ist in Deutschland trotz stetig steigender Zahlen von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf noch immer eine gelebte Realität. So beträgt der Anteil der in der eigenen Häuslichkeit gepflegten Menschen in 2003 nach den Angaben des statistischen Bundesamtes 69% von insgesamt 2,08 Millionen pflegebedürftigen Menschen.² Die Familie als Ort der Betreuung und Versorgung ist nach wie vor eine zentrale Pflegeinstitution, ohne die dieser Vorrang nicht umsetzbar wäre.

Die Rahmenbedingungen, die für eine Inanspruchnahme professioneller Hilfen von Bedeutung sind, beeinflussen die häuslichen Pflegearrangements in vielfältiger Weise. Nur in dem Maße, in dem das derzeitige Pflegesystem in der Lage ist, auf die individuellen Bedarfe und „Eigenlogiken“ der Familiensysteme einzugehen, kann das vorrangige Ziel der Pflegeversicherung „ambulant vor stationär“ letztlich erfüllt werden.

Gelingt diese Verknüpfungsarbeit zwischen der Lebenswelt der Familien und der beruflich orientierten Welt der Pflege nicht, dann würde dies zu einer höheren Heimquote³ und den damit verbundenen Einschränkungen in der Selbstständigkeit der Lebensgestaltung führen. Die in der Folge anfallenden Kosten für alternative stationäre Versorgungsformen würden die Zukunft der Pflegeversicherung in ihrem Kern bedrohen.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Handlungslogiken des Familiensystems im Zusammenspiel mit dem Pflegesystem zu durchleuchten, um auf der Grundlage dieser Analyse Handlungsansätze aufzuzeigen, die der Weiterentwicklung häuslicher Pflegearrangements mit dem Ziel dienen könnten, den Vorrang der ambulanten vor der stationären Pflege auch in Zukunft zu gewährleisten.

¹ Vgl. Schneekloth, U./ Wahl, H.W. (2005): S. 84

² Vgl. Statistisches Bundesamt (2005): Bericht: Pflegestatistik 2003

³ So wird nach Blinkert und Klie die Heimquote in 2015 mit ca. 45% prognostiziert, wenn der häusliche Bereich nicht bedarfsorientiert weiterentwickelt wird; vgl. Blinkert, B./ Klie, Th.: (2004): S. 82.

Vor dem Hintergrund, dass der Bereich der häuslichen Pflege ein Feld darstellt, das von Wohlfahrtsmixturen lebt, d.h. vom Ineinandergreifen von familialer und professioneller Pflege, von marktgängigen Dienstleistungen, staatlich garantierten Solidarleistungen und ehrenamtlichem Engagement,⁴ geht es damit um individuell zugeschnittene Mixturen zwischen privaten und öffentlichen Leistungsbereichen.

Eine zentrale Fragestellung lautet dabei, auf welche Weise das historisch gewachsene Netz häuslicher Pflegearrangements auf der Grundlage der Pflegeversicherung bedarfsorientiert weiterentwickelt und wie die häusliche Pflege durch neue Formen der Kooperation zwischen Familien, freiwilligen und professionellen Helfern dauerhaft gestärkt werden könnte.

Ausgehend von dem Konzept des Wohlfahrtspluralismus und seiner Bedeutung für das Zusammenspiel zwischen Familien- und Pflegesystem gliedert sich der Aufbau der Arbeit wie folgt:

Kapitel zwei stellt das Konzept des Wohlfahrtspluralismus als das analytische Leitbild für das Zusammenspiel zwischen Familien, freiwilligen Helfern, den professionellen Pflegedienstleistungen und den Leistungen des Pflegeversicherungsgesetzes in seiner Struktur und Bedeutung für die Umsetzung häuslicher Pflegearrangements dar.

Kapitel drei untersucht zunächst die Entwicklung häuslicher Pflegedienste ausgehend von der Gemeindepflegestation bis hin zur Gründung der Sozialstationen. Es werden die spezifischen gesellschaftlichen, organisatorischen, inhaltlichen und finanziellen Rahmenbedingungen diskutiert, die von den ursprünglich lokalen Strukturen der Gemeindepflege zum zentralisierten Konzept der Sozialstation und der sich damit ändernden Rolle der Krankenpflegevereine geführt haben. In diesem Zusammenhang wird auch die Etablierung von häuslicher Pflege als Berufsfeld erörtert, da das historisch gewachsene Verständnis von professioneller Pflege mit dem ihm zugrunde liegenden Leitbild die Kultur der Pflegedienste bis heute prägt.

Einen wesentlichen Abschnitt in der Entwicklungsgeschichte der professionellen häuslichen Pflege stellt die Einführung der Pflegeversicherung dar, die grundsätzliche Veränderungen der Verantwortlichkeiten und Möglichkeiten für die Ausgestaltung des Wohlfahrtsmixes mit sich gebracht hat. Inwiefern dieser Rahmen für die Pflegedienste mit neuen, teilweise widersprüchlichen konzeptionellen Anforderungen zu einer inhaltlichen Weiterentwicklung beigetragen hat, wird unter den wettbewerbsrelevanten Rahmenbedingungen des „Quasi-Marktes“ Pflege und den damit verbundenen Vergütungssystemen kritisch hinterfragt.

⁴ Vgl. Evers, A. / Svetnik, I. (1993)

Kapitel vier analysiert die allgemeinen Merkmale personenbezogener und sozialer Dienstleistungen, wobei der Schwerpunkt auf der Betrachtung der Besonderheiten von Pflegedienstleistungen liegt. In diesem Kontext werden die verschiedenen Rollenkonzepte betrachtet, die für die Nutzer von Pflegedienstleistungen unter Marktbedingungen in Betracht gezogen werden können und im Verständnis des Wohlfahrtspluralismus nicht als jeweils voneinander getrennte Konzepte verstanden werden sollten.

Sodann wird der Frage nachgegangen, in welchem Zusammenhang Fürsorge und Pflege in Verbindung mit der spezifisch „weiblichen“ Perspektive von Pflege stehen und welche Auswirkungen dies auf den Professionalisierungsdiskurs in der Pflege hat. Diese Diskussion steht auch im Zusammenhang mit der Fragestellung nach den Unterschieden und den Gemeinsamkeiten von privater und erwerbsmäßig erbrachter Fürsorgetätigkeit. Es geht damit auch um die Grenzen zwischen privater Lebensführung und bezahlter Dienstleistung im Haushalt.

Die derzeitige Marktsituation und die Inanspruchnahme von bezahlten pflegerischen und haushaltsnahen Dienstleistungen werden auch vor dem Hintergrund des sich hier etablierenden Schwarzmarktes betrachtet, da in zunehmendem Maße anstelle marktgängiger, legaler Angebotsstrukturen auf diese Angebote zurückgegriffen wird.

Kapitel fünf geht den unterschiedlichen Merkmalen familialer Pflegearrangements nach. Diese Analyse soll Veränderungen aufzeigen, die für die zukünftige Bewältigung familialer Pflegearrangements von Bedeutung sind. Ausgehend von den Entwicklungen des familialen Helferpotenzials durch den demographischen und kulturellen Wandel in unserer Gesellschaft wird der Frage nach der Bedeutung solidarischer Unterstützungsleistungen in Deutschland und in anderen wohlfahrtsstaatlichen Gesellschaften nachgegangen.

Sodann sollen wichtige strukturelle Bedingungsfaktoren wie das Geschlecht und das Zusammenleben in einer gemeinsamen Wohnung und deren Auswirkungen auf die Pflegeübernahme in der Familie analysiert werden. Neben diesen Bedingungsfaktoren wird den Motiven und Belastungen nachgegangen, die bei der Übernahme einer Pflege von Bedeutung sind und sich unterschiedlich auf die pflegenden Angehörigen auswirken können. Anschließend werden die Arten der Pflegebeziehung zwischen Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen im Hinblick auf die Bereitschaft untersucht, Hilfen von außen in das private Netzwerk einzubeziehen.

Neben den Familienangehörigen, die eine wesentliche Rolle für die Organisation des häuslichen Pflegearrangements spielen, werden in diesem Kapitel auch mögliche Beiträge von freiwilligen Helfern betrachtet, die außerhalb des Famili-

enverbundenes stehen, aber durch ihre lebensweltliche Nähe den Familien wichtige Entlastung bieten können.

In **Kapitel sechs** sollen die komplexen Interaktionen zwischen Familien und professionellen Helfern betrachtet werden, die für die Absicherung des gemischten häuslichen Pflegearrangements von Bedeutung sein könnten.

Ausgehend vom Modell des Pflegedreiecks⁵ werden zunächst die Rollen der Pflegebedürftigen, der Angehörigen und der professionellen Helfer untersucht, die für die Art der Beziehungsgestaltung im Pflegedreieck von Bedeutung sind. Anschließend werden Schlüsselfaktoren betrachtet, die im System der Familien und im System der Dienste die Interaktionen zwischen Pflegebedürftigen, Angehörigen und professionellen Helfern prägen können.

Vor dem Hintergrund der jeweiligen Einstellungen, Aushandlungsprozesse und Kommunikationsmuster wird der Frage nachgegangen, unter welchen Bedingungen es während des Dienstleistungsbezugs zu einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen den beruflichen Helfern und dem Familiensystem und damit zu einer tatsächlichen Entlastung im Pflegearrangement kommen kann.

Sodann wird der Handlungsrahmen betrachtet, der die Interaktionsgestaltung der Akteure des häuslichen Pflegearrangements beeinflusst. Dieser besteht vor allem in Leistungs- und Vergütungsregelungen sowie in Festlegungen zur Qualitätssicherung.

In **Kapitel sieben** werden Handlungsansätze aufgezeigt, die für die Weiterentwicklung und Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements geeignet sein könnten.

Es werden zunächst solche Handlungsansätze diskutiert, die innerhalb bestehender Rahmenbedingungen verwirklicht werden können. Die für eine beziehungsorientierte Pflege erforderlichen Entwicklungspotenziale werden daraufhin aus der Perspektive der Pflegedienste aufgezeigt. Sie liegen sowohl in der Qualifikation der professionellen Helfer selbst, aber auch in Angebotserweiterungen, die sich verstärkt an den Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen orientieren. Es werden weiterhin solche Handlungsansätze aufgezeigt, die eine verbesserte Beratung pflegender Familien ermöglichen und damit einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung der häuslichen Pflegearrangements leisten können. Als eine weitere wichtige Unterstützungsform familialer Pflege werden auch solche Handlungsansätze diskutiert, die eine stärkere Einbeziehung bürgerschaftlichen Engagements beinhalten und besonders geeignet sind, die

⁵ Vgl. Zeman, P. (1998): S. 111-120; Knipscheer, C.P.M. (1993); Steiner-Hummerl, I. (1992): S. 10-16

Akzeptanz der Familien zu erhöhen, fremde Hilfen in das häusliche Pflegearrangement einzubeziehen.

Weitere Handlungsansätze könnten in der Weiterentwicklung der bisherigen Vergütungssysteme bestehen, die mit ausschlaggebend dafür sind, ob im Binnenverhältnis Pflegedienst – Pflegebedürftiger – pflegende Angehörige die erforderliche Flexibilität für eine individuelle Dienstleistungserbringung vorhanden ist. Dabei geht es insbesondere um die Frage, wie kommunikative Ressourcen im Netzwerk häuslicher Pflegearrangements besser genutzt werden können und wie für Pflegebedürftige und für pflegende Angehörige mehr Transparenz des Vergütungssystems erreicht werden kann.

Neben den Handlungsansätzen, die innerhalb der bestehenden Rahmenbedingungen verwirklicht werden können, werden auch solche Ansätze diskutiert, die im System der Altenhilfe in Deutschland bislang noch nicht regelhaft institutionalisiert sind. So wird insbesondere das Case Management als ein weiterer Handlungsansatz zur Unterstützung personenbezogener Dienstleistungen erörtert und welche Rolle er im System der Altenhilfe einnehmen könnte.

Abschließend wird die Frage gestellt, ob das Pflegebudget und die von ihm ausgehenden weitreichenden neuen Optionen für die Ausgestaltung häuslicher Pflegearrangements eine strategische Alternative zu den bestehenden Leistungs- und Vergütungssystemen in der Pflege darstellen könnte.

2. Kapitel: Das Konzept des Wohlfahrtspluralismus als theoretischer Hintergrund der Arbeit

Eine besondere Intention des Pflegeversicherungsgesetzes liegt in der Sicherung der familialen Pflegeleistungen; sie zu unterstützen und zu fördern, ist nicht nur als eine Reaktion auf konkrete sozial- oder finanzpolitische Engpässe zu verstehen, sondern ist in erster Linie Ausdruck eines *„generellen gesellschaftspolitischen Perspektivwechsels hin zu einer Aufwertung des informellen Bereichs sozialer Unterstützungsnetzwerke.“*⁶

Die Verknüpfung sozialstaatlicher Leistungen des Pflegesystems und familialer Hilfen ist daher ausdrückliches Ziel der Pflegeversicherung. Nach § 8 SGB XI ist die pflegerische Versorgung der Bevölkerung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und soll im Zusammenwirken vieler gesellschaftlicher Kräfte und Institutionen gewährleistet werden. Dafür ist es nach der Auffassung des Gesetzgebers notwendig, dass sich neben den Trägern von Einrichtungen, den Pflegekassen und den Ländern auch Angehörige und ehrenamtlich Tätige wie Nachbarn und Organisationen des bürgerschaftlichen Engagements für die Pflegebedürftigen engagieren.⁷

Für den Pflegebereich stellt sich daher die Frage, was Familien, Staat, Kommunen, Pflegekassen, freigemeinnützige und gewerbliche Träger, Kirchen sowie Organisationen des bürgerschaftlichen Engagements dazu beitragen können, um dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe gerecht zu werden.

Die stärkere Berücksichtigung sozialer Unterstützungsnetzwerke, und zwar sowohl der Familie wie auch der Wohlfahrtspflege und informeller sozialer Netzwerke ist auch ein Teil eines Perspektivwechsels in Richtung auf eine *„wohlfahrtspluralistische Politik“*, in deren Zentrum eine Strategie steht, *„die das „soziale Kapital“ gesellschaftlicher und gemeinschaftlicher Solidaritäten nicht nur anerkennt, in dem man es instrumentell zu nutzen und in welfare mixes einzubauen versucht, sondern auch bereit ist, in seine Motivierung, Unterstützung und weitere Entwicklung zu investieren.“*⁸

Die Begriffe „Wohlfahrtspluralismus“ oder „welfare mix“ bezeichnen sozialpolitische Konzepte, die den Einfluss verschiedener Akteure und Institutionen auf die Produktion von Wohlfahrt thematisieren. Dabei bezeichnet Wohlfahrt das Ergebnis eines Konsumtions- und Koproduktionsprozesses, in dessen Verlauf aus dem Einsatz und dem Verbrauch von Gütern, Diensten, Zeit und Energie, objektive und subjektiv wahrgenommene Bedürfnisbefriedigung entsteht. Der Begriff „Wohlfahrtsproduktion“ bezieht sich auf den Umwandlungsprozess von

⁶ Vgl. Evers, A. / Olk, Th. (1996): S. 349

⁷ Vgl. Deutscher Bundestag: (1993), BT-Drs. 12/5262, S. 92

⁸ Vgl. Evers, A. / Olk, Th. (1996): S. 350

Gütern und Diensten in Beiträge zu individueller Wohlfahrt. Die Umwandlung von Gütern geht nicht „allein von den um ihre Wohlfahrt besorgten Individuen aus, sondern steht in unterschiedlichen institutionellen Kontexten und involviert eine Vielzahl von Personen und häufig auch Organisationen.“⁹

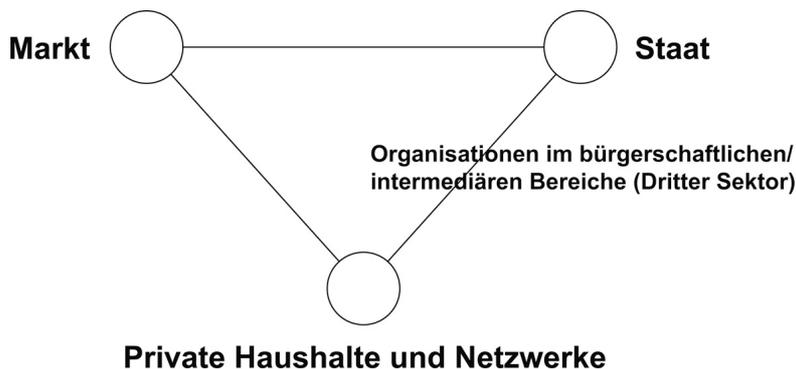
Bezogen auf die wachsende Zahl Pflegebedürftiger besteht das Ziel der Wohlfahrt in dem Vorrang der häuslichen vor der stationären Pflege. Es ist Aufgabe der Wohlfahrtsproduktion, die Beiträge verschiedener Bereiche in der Form miteinander zu verknüpfen, damit das genannte Wohlfahrtsziel erreicht werden kann.

Das Konzept des Wohlfahrtspluralismus setzt sich von eindimensionalen staats- oder marktzentrierten Betrachtungsweisen von Wohlfahrtsproduktion ab, die sich jeweils nur auf eine Sphäre der Schaffung von Wohlfahrt beziehen, und versucht ein begriffliches Instrumentarium zur Analyse von Formen der „gemischten Wohlfahrtsproduktion“ bereitzustellen.¹⁰ Wohlfahrtspluralistische Konzepte fragen daher auch danach, welche Beziehungen zwischen verschiedenen Bereichen wie Markt, Staat und privaten Haushalten hergestellt werden müssen, um Wohlfahrt zu schaffen. Es geht also darum, „eine gewünschte Konstellation der „gemischten Produktion von Wohlfahrt“ zu modellieren, die zu neuen „welfare mixes“ führt.“¹¹

2.1 Elemente des Wohlfahrtspluralismus

Das Konzept des Wohlfahrtspluralismus lässt sich bildlich auch als Wohlfahrtsdreieck darstellen, welches durch die folgenden unterschiedlichen Bereiche der Wohlfahrtsproduktion gekennzeichnet ist.¹²

Abbildung 1: Das „Wohlfahrtsdreieck“



(nach: Evers 1990)

⁹ Vgl. Kaufmann, F.-X. (1994): S. 357-380

¹⁰ Vgl. Kaufmann, F.-X. (1997): S. 99

¹¹ Vgl. Evers, A. / Olk, Th. (1996): S. 12

¹² Vgl. Evers, A. (1990): S. 7-30

Folgende Bereiche der Wohlfahrtsproduktion können nach dieser Darstellung unterschieden werden:

1. der private Sektor von Familienhaushalten, nachbarschaftlichen oder sozialen Netzwerken,
2. der Markt, gekennzeichnet durch privatwirtschaftliche Unternehmen,
3. einen *Dritten Sektor* oder *intermediären Bereich* mit freien Trägern der Wohlfahrtspflege sowie anderen organisierten (gemeinnützigen) Initiativen und
4. den Staat, der durch öffentliche Verwaltungen (z.B. Kommune) repräsentiert wird.

Die jeweiligen Sektoren funktionieren nach unterschiedlichen Handlungslogiken und weisen unterschiedliche Strukturprinzipien auf. Diese lassen sich anhand der jeweils unterschiedlichen ökonomischen Orientierungen verdeutlichen:

Familien und Privathaushalte basieren auf einer Art „moralischen“ Ökonomie der Solidarität und wechselseitigen Unterstützung. Damit ist gemeint, dass Pflegebedürftige von Familienmitgliedern auf der Basis des sich zum Pflegen verpflichtet Fühlens, aber auch der gegenseitigen Wertschätzung versorgt werden können. Die Pflegenden erwarten im Gegenzug Anerkennung oder sonstige Formen der Dankbarkeit oder rechnen damit, dass sie ggf. auch von ihren Kindern gepflegt werden. Familiäre Hilfen kommen dabei ohne formalisierte Rechte und Pflichten und ohne entsprechende vertraglich vereinbarte finanzielle Beziehungen zwischen den Beteiligten aus.¹³

Der staatliche Sektor „produziert“ öffentliche Güter und Dienstleistungen, die für die Staatsbürger aufgrund eines rechtlich verbürgten Anspruchs verfügbar sind. Durch diese öffentlich gewährleisteten Leistungen soll die Gesamtheit der Bürger in gleichem Umfang versorgt werden können. Im Bereich der gesetzlichen Sozialversicherung, d.h. insbesondere auch der Pflegeversicherung, gilt dies allerdings nur für die Solidargemeinschaft der Versicherten, wobei aber Personen ohne Versicherungsschutz über die Sozialhilfe weitgehend gleichgestellt sind.

Märkte basieren auf der Ökonomie des Warenaustausches. Es stehen Angebote und Nachfragen nach Gütern und Dienstleistungen auf einem Markt gegenüber, der von Bedürfnissen der Kunden und von dem Streben der Anbieter nach Gewinnmaximierung reguliert wird.

Von zunehmender Bedeutung bei der Ausgestaltung häuslicher Pflegearrangements ist die Organisation haushaltsnaher und privater Hilfen über „schwarze“ Märkte z.B. durch die Beschäftigung illegaler Pflegekräfte, die als Konkurrenz zu den bisherigen Marktteilnehmern, den Pflegediensten, auftreten. Diese

¹³ Vgl. Offe, C. / Heinze, R.G. (1986): S. 485

Entwicklungstendenzen machen deutlich, dass es auch jenseits bisheriger legaler Angebotsstrukturen einen weiteren Markt gibt, auf den Familien aus verschiedensten Gründen bei der Organisation häuslicher Pflege zurückgreifen. Für die Entwicklung künftiger Pflegearrangements besteht vor diesem Hintergrund auch die Frage, wie sich diese Beschäftigungsmärkte zu den bisherigen verhalten und wie sie sich ggf. vereinbaren lassen könnten.

Ein weiteres Merkmal der Wohlfahrtsproduktion im sozialen Sicherungssystem der Pflege ist, dass sowohl soziale als auch marktwirtschaftliche Elemente in den jeweiligen Sektoren vorhanden sind. Bezogen auf den staatlichen Sektor kann dies z.B. in einer Verknüpfung von öffentlich- rechtlichen Versorgungsverträgen gesehen werden, die seitens der Pflegekassen mit den Pflegediensten geschlossen werden und die kombiniert werden mit marktlichen Elementen wie z.B. der Vereinbarung von leistungsgerechten Marktpreisen.¹⁴

Dies bedeutet, dass zwischen den Bereichen Staat, Markt und Gemeinschaften in ihrem Bezug zum privaten, familiären Bereich kaum trennscharfe sektorale Abgrenzungen zu ziehen sind. Somit gibt es Organisationen auf der Grenze von öffentlichem Sektor und „freier Wohlfahrtspflege“, aber auch im Zwischenfeld von privatwirtschaftlicher und sozialer Orientierung. Während die Beiträge von Markt und öffentlichem Sektor (Staat) durch bestimmte dominierende Strukturprinzipien geprägt sind, ist für Organisationen der „Bürgergesellschaft“ kennzeichnend, dass sie Wohlfahrt weder hoheitlich noch marktförmig produzieren, weswegen man in diesem Bereich auch vom Dritten Sektor oder intermediären Bereich spricht.¹⁵ Hier wird die Hilfe indirekt durch förmlich verfasste Institutionen und organisierte Gruppen erbracht, in deren Namen freiwillige Helfer ihre ehrenamtlichen Dienste tun. Deren Engagement gründet in einer allgemeinen Solidarität. Typisch dafür sind vor allem die vereinsförmigen Aktivitäten von Ehrenamtlichen, Selbsthilfegruppen, Initiativen und Projekten für Senioren, Seniorengenossenschaften, unterschiedlichen Formen von Seniorenvertretungen etc.

Im Sinne dieses umfassenden Verständnisses von Wohlfahrtspluralismus bezieht sich Wohlfahrtsproduktion auf die Beteiligung aller Akteure, die – wenn auch mit unterschiedlichen und wechselnden Anteilen im „welfare mix“ – zur Lebenslage Alter beitragen und von den wechselseitigen Einflüssen in diesem Wohlfahrtsdreieck betroffen sind.

¹⁴ Mit der Ablösung des sogenannten Selbstkostendeckungsprinzips sollen leistungsgerechte, prospektive Pflegesätze vereinbart werden, die nicht mehr die Funktion erfüllen, Kosten in Abstraktion von Leistungen zu ersetzen, sondern konkrete Leistungen zu vergüten, so dass es der Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung möglich sein soll, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen – vgl. § 84 SGB XI

¹⁵ Der Begriff „intermediär“ wurde von Evers in Absetzung vom traditionellen Verständnis des Ehrenamts bzw. der Freiwilligenarbeit vorgeschlagen; Vgl. Evers, A. (1990)

Die Effizienz des Produktionsprozesses wird jedoch nicht nur von der optimalen Verknüpfung der „Produktionsfaktoren“ beeinflusst, sondern auch von dem zur Verfügung stehenden Kapital und von Zeitressourcen. Dabei bezieht sich der hier verwendete Kapitalbegriff nicht ausschließlich auf finanzielle Mittel, sondern auch auf menschliche Fähigkeiten und Fertigkeiten wie z.B. Familienbeziehungen, Freundschaften, Vertrauen, informelle Kontakte, die einen wichtigen kapitalwerten Beitrag zur Wohlfahrtsproduktion leisten können. Das Konzept des Sozialkapitals beschreibt dieses Verständnis von einem erweiterten Kapitalbegriff aus und bezieht sich in der hier verwendeten Weise auf die Ausarbeitungen von Robert Putnam und die von ihm angestoßene Debatte.

Nach Putnam¹⁶ sind besonders Elemente wie Vertrauen, und die Bereitschaft sich zusammenzuschließen und in der Gesellschaft einzubringen in reich entwickelten Gesellschaftsformen „historische Produkte“. Dabei zeichnet sich eine an Sozialkapital reiche Gesellschaft einerseits dadurch aus, dass sie über Einstellungen und Organisationen verfügt, die dazu beitragen, die Gesellschaft in ihrer Vielfältigkeit zusammenzuhalten. Andererseits verfügen derartige „reiche“ Gesellschaften über ein grundlegendes Maß an Vertrauen in Gemeinschaften, von dem es abhängt, wie gut Konflikte bewältigt werden können. Diese Sichtweise fordert von der Politik eine Mitverantwortung für die Bildung und Erhaltung von Sozialkapital, die z.B. für Pflegedienste bedeuten könnte, dass durch staatliche Politik die Förderung von familiären Hilfefähigkeiten unterstützt wird und sich dadurch Entwicklungschancen ergeben.

Im Konzept des „Wohlfahrtspluralismus“ wird nach Evers/Olk angenommen, dass *„wir gegenwärtig Tendenzen einer Überlappung ... der Handlungslogiken aller vier Sektoren der Wohlfahrtsproduktion beobachten können.“*¹⁷ Denn die Einführung der Pflegeversicherung hat für die Rollenverteilung zwischen den Akteuren des Wohlfahrtspluralismus neue Handlungsoptionen geschaffen: der Markt erhält eine stärkere Position; traditionell hierarchische Ordnungen (erst die Familie, dann freie Wohlfahrt, dann staatlicher Zuschuss) werden ersetzt durch ein auf *Kooperation* angelegtes Konzept, in dem Staat, freigemeinnützige Träger von Pflegeeinrichtungen, private Marktanbieter, Familien und Organisationen im bürgerschaftlichen, intermediären Bereich bei der Aushandlung von Pflegearrangements zusammenwirken sollen.

Diese Diskussion richtet den Blick sowohl auf die Stärkung der Marktelemente und der Eigenverantwortung der Konsumenten als auch auf die Stärkung der Rolle der Bürgergesellschaft und dabei auch auf verschiedene Formen des bürgerschaftlichen Engagements. Dabei geht es nicht darum, ob eine möglichst effektive und vor allen Dingen kostengünstige zusätzliche Ressource mobilisiert werden kann. Entscheidend ist vielmehr, freiwilliges Engagement in seiner

¹⁶ Vgl. Putnam, R. (1993, 1995, 2000)

¹⁷ Vgl. Evers, A. / Olk, Th. (1996): S. 27

Bedeutung für den Zusammenhalt im Gemeinwesen zu begreifen und als unmittelbare Möglichkeit zur Gestaltung der Lebensverhältnisse durch die Bürger selbst.

2.2 Entwicklung und Neuausrichtung wohlfahrtspluralistischer Konzepte

Das Konzept des Wohlfahrtspluralismus kann auch als ein Leitbild zum Umbau bisheriger Versorgungsarrangements verstanden werden, in dem neben der Einbeziehung der Familien auch mögliche Beiträge der einzelnen Bürger neu ausgelotet werden können.

Aber auch in anderen Zusammenhängen geraten nichtprofessionelle Hilfen im Rahmen haushaltsbezogener Unterstützungssysteme immer mehr ins Blickfeld von Wissenschaft und Politik. Für die deutsche Sozialpolitik lässt sich der Ursprung dieses Trends in der ab Ende der siebziger Jahre des 20. Jahrhunderts entstandenen Selbsthilfebewegung ableiten.¹⁸ Damals wurden die Bedürfnisse der Betroffenen zunehmend thematisiert, und es bildete sich ein Konsens in Politik und Wissenschaft darüber, dass das System öffentlicher Versorgung wesentlich auch auf privaten und unentgeltlich erbrachten Leistungen basiere. In diesem Zusammenhang wurde auch das Stichwort von der „neuen Subsidiarität“¹⁹ geprägt, das die Bedeutung von „individueller und kollektiver Selbsthilfe, selbstaktiven Feldern und sozialen Unterstützungsnetzen aufwertete und auch die familiäre Altenhilfe in den Mittelpunkt des sozialpolitischen Interesses“ rückte.²⁰

Die angestrebte Verknüpfung staatlicher und privater Hilfsinstanzen zur Versorgung eines Pflegebedürftigen hat auch die Frage aufgeworfen, ob die Kombination der spezifischen Handlungslogiken der beteiligten Akteure tatsächlich Synergieeffekte hervorbringt, oder ob durch die Intensivierung der Beziehungen zwischen professionellem und familialem Bereich die Rahmenbedingungen für das Bestehen von Wechselseitigkeit und familialer Solidarität bedroht werden.

Dieses Verhältnis von familialer Unterstützung zu staatlich gewährleisteten Hilfesystemen wurde auch schon vor der Entwicklung der Theorie des Wohlfahrtspluralismus kritisch diskutiert.²¹ Staatliches Eingreifen in Haushalte, Nachbarschaften oder freiwillige Zusammenschlüsse wurde als Ausweitung zentral organisierter Versorgungsleistungen und rechtlicher Instrumente auf lebensweltliche Bereiche verstanden. Von einem Miteinander oder Zusammenwirken der verschiedenen Sektoren war nicht die Rede: *„Ironischerweise droht den vorinstanzlichen Hilfpotenzialen nicht zuletzt dadurch Gefahr, dass ver-*

¹⁸ Vgl. Badura, B. / Ferber, Chr. (1981)

¹⁹ Vgl. Heinze, R.G. (1986)

²⁰ Vgl. Zeman, P. (1996)

²¹ Vgl. Glazer, N. (1975): S. 335-348

sucht wird, sie mit administrativen Mitteln – und damit unter Rückgriff auf die Steuerungsressourcen „Recht“ und „Geld“ – zu stabilisieren.“²²

Mit diesem Zitat wird auf die beschränkten Möglichkeiten sozialstaatlicher Interventionen zur Unterstützung informeller Hilfesysteme hingewiesen. Die bezeichnete Gefahr soll deutlich machen, dass die Bereitstellung finanzieller Transferleistungen alleine nicht ausreicht, um familiäre Hilfefunktionen zu stützen und zu fördern. Der Einwand basiert auch auf der Überlegung, dass sich die unterschiedlichen Steuerungsprinzipien der verschiedenen Sektoren wie rechtlich-bürokratische Regelungen und zwischenmenschliche Solidarität nicht konfliktlos zusammenführen lassen.

Insbesondere in den siebziger und achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts hoben konservative wie linksliberale Kritiker die destruktiven Wirkungen des Wohlfahrtsstaates auf die Familien und sozialen Netze immer wieder hervor. Je nachdem, aus welcher Richtung des politischen Spektrums diese negativen Folgen thematisiert wurden, fielen Schlagwörter wie Bürokratisierung, Verrechtlichung, Monetarisierung, Entmündigung.²³ Die konservative Seite ging davon aus, dass sozialpolitische Programme Ansprüche der Leistungsempfänger an den Staat erzeugen und so die traditionellen Sicherungssysteme wie familiäre, verwandtschaftliche oder nachbarschaftliche Unterstützungsnetze schwächen.²⁴ Die linksliberale Kritik äußerte demgegenüber vor allem Bedenken am Einsatz rechtlich-bürokratischer Mittel in lebensweltlichen Freiräumen, denn diese Form der staatlichen Intervention befördere die Fremdbestimmung der Menschen.²⁵

Die kritische Betrachtung des Spannungsverhältnisses zwischen sozialstaatlichen Maßnahmen und nichtprofessionellen Unterstützungssystemen soll deutlich machen, dass wohlfahrtspluralistische Konzepte nicht ohne Hindernisse zu erreichen sind. Entgegen der bisherigen sozialstaatlichen Praxis gewinnt eine wohlfahrtspluralistisch orientierte Sozialpolitik durch bewusstes Einwirken auf den familialen Bereich eine neue Qualität, die nicht zwangsläufig die beschriebenen negativen Auswirkungen zeigen muss. Sie produziert aber gleichzeitig Folgen, die bisher noch nicht ausreichend ins Blickfeld gerückt sind. *„Denn hier sind es nicht nur die Grenzen ökonomischer Mittel und der Reichweite des Rechtes, welche die möglichen Wohlfahrtseffekte in Frage stellen, sondern die Eigendynamiken des sozialen Nahbereichs. Hier müssen wir uns Fragen stellen wie: Wovon ist das Wohlbefinden der Menschen in sozialen Interaktionen abhängig? Wie sind Beziehungen der Gegenseitigkeit und monetäre Anreize vereinbar? Wie weit lassen sich Solidarität und rechtliche Kontrollansprüche vereinbaren?“²⁶*

²² Vgl. Olk, Th. (1985): S. 122-151

²³ Vgl. Alber, J. (1980): S. 313-342

²⁴ Vgl. Glazer, N. (1975)

²⁵ Vgl. Sachse, Chr. (1986): S. 528-545

²⁶ Vgl. Kaufmann, F.X. (1997): S. 109

Verschiedentlich wurden diese Überlegungen ausdrücklich auf den Pflegebereich bezogen²⁷. So hat auch z.B. Heinz Rothgang die Frage aufgeworfen, ob die Pflicht zu pflegen, der sich hauptsächlich Frauen ausgesetzt sehen, durch die Einführung der Pflegeversicherung an Kraft verliert und damit sich die Präferenzen der Pflegepersonen verändern.²⁸

Die Schwierigkeit der Entwicklung von Praktiken und Konzepten zur Einbeziehung aller genannten Akteure besteht darin Leitbilder zu entwerfen, in denen die Aufwertung von privatem, familialem Engagement nicht als „Lückenbüßer“, sondern als dynamischer Bestandteil einer Modernisierung und Humanisierung der „Pflegekultur“ erscheinen kann.

Die konzeptionelle Frage für einen „neuen“ Wohlfahrtspluralismus könnte nach Klie daher lauten: *„Wie gelingt es, dass professionelle Helfer mit Bürgern, Angehörige mit bürgerschaftlich Engagierten, die Kommunen mit den Kassen neue Wege in der Pflege gehen, aus denen Leitbild prägende Geschichten werden können, wie Pflege in fairer Weise gelingen kann: fairer im Geschlechterverhältnis, fairer in der Verteilung von Solidaritätsaufgaben in der Kommune und fairer im Generationenverhältnis.“*²⁹

²⁷ Vgl. Ungerson, C. (1994)

²⁸ Vgl. Rothgang, H. (1997)

²⁹ Vgl. Klie, Th. (2001): S. 90-96

3. Kapitel: Von der Gemeindepflegestation zum „Quasi-Markt“ Pflege

In diesem Kapitel werden wesentliche Entwicklungslinien der häuslichen Pflegedienste ausgehend von den Gemeindepflegestationen über die Gründung der Sozialstationen bis hin zur Einführung der Pflegeversicherung dargestellt.

3.1 Von der Gemeindepflegestation zur Sozialstation

Die ambulante Alten- und Krankenpflege hat ihre Ursprünge vorwiegend in den geistlichen und weltlichen (Pflege)-Orden des Mittelalters und in der staatlich/kommunalen „Hausarmenpflege“ des frühen 19. Jahrhunderts. Vielerorts hat es sich primär um eine lokale Entwicklung häuslicher Angebotsstrukturen gehandelt.

Die ersten Gemeindepflegestationen wurden bereits in den fünfziger Jahren des 19. Jahrhunderts gegründet. Die Schwestern-/Krankenpflegestationen wurden häufig von lokalen, konfessionellen Krankenpflegevereinen, mitunter auch von Kirchengemeinden oder Stiftungen unterhalten und getragen. Sie dienten als Träger und „Quasi-Arbeitgeber“ für meist zwei bis vier Schwestern, (in der Regel katholische Ordensschwestern oder evangelische Diakonissen), die ihren Dienst in der Station selbst mit einem konfessionell gebundenen, christlichen Verständnis prägten. Dabei wurde ein Gestellungsvertrag zwischen dem Träger der Krankenpflegestation und dem betreffenden Mutterhaus abgeschlossen, der die Beziehungen beider Parteien regelte, z.B. die Summe des vom Stationsträger zu zahlenden Gestellungsgeldes für die Schwestern und dessen verpflichtende sachgemäße Verwendung.³⁰ Arbeitsrechtliche Forderungen, Tarifverträge und Gewerkschaften spielten für die Ordensfrauen keine Rolle, da sie als Ordensangehörige in keinem arbeitsrechtlichen Dienstverhältnis standen.³¹

In den folgenden Jahrzehnten bewährte sich dieses Konzept und es entstanden immer mehr Stationen. Dieses System der ambulanten Versorgung erreichte in der Weimarer Republik seine „Blütezeit“.³² Diese Entwicklung scheint verständlich, wenn man sich die damals herrschende Not in weiten Kreisen der Bevölkerung vor Augen hält. Man war darauf bedacht, sich für den Ernstfall versorgt zu wissen. Denn die früher noch übliche Pflege und Versorgung durch die Großfamilie war durch die weniger flexible Kleinfamilie, die auch gar nicht mehr über die nötigen personellen Kapazitäten verfügte, abgelöst worden. Das damals entscheidende Kapital der Menschen war ihre Arbeitskraft, die es zu erhalten oder wiederherzustellen galt, um ihre Existenzgrundlage nicht zu verlieren.

³⁰ Vgl. Bischöflichen Ordinariates Speyer, (1971): Beilage des Rundschreibens des an alle Pfarrämter, Kirchenverwaltungen und Pfarrgemeinderäte vom 15.05.1971 und ferner Gestellungsvertrag (Muster) der Ökumenischen Sozialstation Ludwigshafen-Südwest e.V. vom 11.08.1976

³¹ Vgl. Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V. (1967) (b): 4 ff.

³² Vgl. Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V. (1966) (a): 16

Die diakonischen Schwestern spielten eine wichtige Rolle für die Entwicklung der Gemeindekrankenpflege. 1836 gründeten Friederike und Theodor Fliedner in Kaiserswerth bei Düsseldorf das erste Diakonissenmutterhaus in Deutschland. Die Gründung war eine Reaktion auf die Notlagen der Zeit, die von den sozialen Umwälzungen des 19. Jahrhunderts geprägt waren. Der Schwerpunkt der diakonischen Arbeit sollte zunächst in der Ausbildung unverheirateter Frauen in der Krankenpflege bestehen, womit diesen die Möglichkeit gegeben war, eine Arbeit auszuüben. Nach Kaiserswerther Vorbild wurde 1859 die evangelische Diakonissenanstalt in Speyer gegründet. Bald entstanden die ersten Stationen, in die Schwestern des Speyerer Mutterhauses entsandt wurden. Die Schwestern wirkten in der Armen- und Krankenpflege, leiteten Kinderschulen oder richteten Nähstuben ein. Diese vielfältige Arbeit der Gemeindediakonie wurde durch Vereine unterstützt, die sich „Diakonissenvereine“ oder „Krankenpflegevereine“ nannten.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts kam es vermehrt zur Gründung diverser Krankenpflegevereine, die ihre Stationen in erster Linie zur Pflege ihrer Mitglieder, teilweise auch von Nichtmitgliedern unterhielten. Diese lokalen Trägervereine hatten auch am Aufbau und Erhalt der Gemeindepflegestationen einen großen Anteil, wie z.B. anhand einer Untersuchung von 1928 deutlich wird: Danach erfolgte die Finanzierung der damals über 10.000 Gemeindepflegestationen zu 40–60% aus Vereinsmitteln. Hinzu kamen Spenden von Bürgern und Institutionen sowie Beiträge von Gemeinden, Kreisen, Versicherungsträgern, von Firmen oder Privatleuten.³³ Teilweise entlohnte die Bevölkerung, gerade im Fall der Nichtmitgliedschaft im Krankenpflegeverein, die Ordensschwestern mit Naturalien, da sie kein Geld annehmen durften. Ansonsten erhielten die Schwestern vom Träger ein Wirtschaftsgeld. Weitere laufende Kosten entstanden z.B. durch Material, Einrichtung der Ambulanz, Miete, Fahrrad, Licht und eventuell Telefongebühren.³⁴

In großen Städten kam es nicht selten zur Einrichtung zweier oder mehrerer Stationen verschiedener Konfessionen, die parallel tätig waren. Insbesondere im ländlichen Bereich sind einige dieser Vereine noch bis in die heutige Zeit aktiv (z.B. der Krankenpflegeverein Adelberg, Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Württemberg e.V.).³⁵

Da zu dem gepflegten Personenkreis nicht nur Mitglieder der Krankenpflegevereine sondern auch Nichtmitglieder zählten, die in dringenden Notfällen versorgt werden sollten; war von den Nichtmitgliedern ein besonderer Beitrag zu zahlen.³⁶ Ein wesentliches Element dieser gemeindenahen Pflegestationen war

³³ Vgl. Balluseck, H. v. (1980)

³⁴ Vgl. Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V. (1966) (b): S. 183

³⁵ Vgl. Evers, A. / Rauch, U. / Stitz, U. (2002)

³⁶ Vgl. Krankenpflegeverein Rheingönheim: Vereinssatzung von 1905, § 2

das lokale Engagement durch ehrenamtliche Frauenarbeit und Trägervereine, die für die ambulanten Hilfe- und Pflegestrukturen in dieser Zeit bestimmend waren.³⁷

Die in der Gemeindepflegestation tätigen Schwestern bewohnten das so genannte Schwesternhaus in dem Ort oder Stadtteil, den sie zu betreuen hatten. Tagsüber waren die Schwestern per Fahrrad oder zu Fuß zu den Kranken, Familien und besonders auch den Alleinstehenden und Unversorgten der Gemeinden unterwegs. Die Gemeindepflegeschwestern erfüllten für ihre Patienten die Rolle der Krankenschwester, der Seelsorgerin, der Gesundheitsberaterin, der Alten- und manchmal auch der Familienpflegerin. Es galt vor allem, die Kranken nicht nur zu pflegen, sondern ihnen auch seelsorgerisch beizustehen (z.B. Beten, Singen, Trost spenden).

Über ihre Hausbesuche, die Krankenpflegegeschichten und die erbrachten Leistungen führten die Schwestern Buch (eine Art Vorläufer der heutigen Pflegedokumentation). Die Ambulanz im Schwesternhaus wurde zu fest vereinbarten Tageszeiten betrieben. Dort wurden von den Schwestern in der Regel Wunden und kleinere Verletzungen behandelt.

Seit Anfang der fünfziger Jahre des 20. Jahrhunderts zeichneten sich vielerorts Verfallserscheinungen der Gemeindepflegestationen ab. Die Krise war durch verschiedene Ursachen hervorgerufen worden. Ein wesentlicher Krisenfaktor war der Nachwuchsmangel der geistlichen Orden, die fast ausschließlich das Personal der Gemeindepflegestationen stellten. Für fünf ausscheidende Schwestern rückte statistisch gesehen nur eine nach. So reduzierte sich die Zahl der Ordensschwestern z.B. in der Erzdiözese Freiburg zwischen 1952 und 1965 um 176 Schwestern. Eine Überalterung der noch im Dienst stehenden Schwestern war unvermeidlich. Im Jahr 1966 waren 40% der Ordensschwestern in der ambulanten Pflege über 60 und 12,8% der aktiven Gemeindepflegeschwestern waren sogar über 70 Jahre alt. Es blieben viele Stellen unbesetzt und zahlreiche Stationen mussten geschlossen werden.³⁸

Ein zweiter Krisenfaktor war das Fehlen einer einheitlichen, tariflich geregelten Arbeitsplatzbeschreibung und eines Anforderungsniveaus z.B. bezüglich Arbeitszeiten, Urlaub, Bezahlung, Größe der zu betreuenden Bezirke, Aus-, Fort- und Weiterbildung. Die Ordensschwestern unterlagen keinen arbeitsrechtlichen Vorschriften und arbeiteten auf sich gestellt eigenverantwortlich für einen „Gotteslohn“. Das an die Mutterhäuser abzuführende Stationsgeld lag weit unter dem Gehaltsniveau einer freien Schwester. Die Anstellung einer „freien Schwester“ anstelle einer Ordensschwester war nicht finanzierbar und die erwartete Arbeit nicht zumutbar.

³⁷ Vgl. Röper, J. / Jüllig, C. (1998)

³⁸ Vgl. Deutscher Berufsverband für Krankenpflege e.V. (DBFK) (1987)

Hinzu kamen gesellschaftliche Veränderungen, die die Krise der ambulanten Pflege noch intensivierten. Schon damals zeigte die demographische Entwicklung eine zunehmende Alterung der Bevölkerung und die Anzahl der chronisch Kranken oder multimorbiden, oft auch alleinstehenden älteren Menschen wuchs. Daneben hatte die einst stark ausgeprägte Nachbarschaftshilfe ebenso an Bedeutung verloren wie die Hauspflege innerhalb der Mehr-Generationen-Familie. Die steigende Zahl berufstätiger Frauen und die anonymen Lebensverhältnisse in der Großstadt erschwerten eine solche Versorgung Angehöriger. Beide Phänomene ließen den ambulanten Pflegebedarf steigen. In einigen Krankenpflegevereinen versuchte man durch „Krankenpflegekurse für jüngere Frauen“ den Mangel an Ordensschwestern auszugleichen.

Die Stellung der ambulanten Pflege im Gesundheitssystem war problematisch. Die ambulanten Hilfen waren unübersichtlich und wurden eher unkoordiniert angeboten. Die ambulante Krankenpflege stand neben neu entwickelten sozialpflegerischen Berufen wie z.B. der Familienpflege, der Altenpflege und der Dorfhilfe. Alle waren in ihrer Trägervielfalt auf sich gestellt und voneinander isoliert. Das Gebiet der ehrenamtlichen Hilfe nahm eine untergeordnete Stellung ein. Auch waren die Stationen unzeitgemäß und mangelhaft ausgestattet und die Finanzierung der ambulanten Pflegeleistungen stand auf tönernen Füßen. Die Trägervereine verfügten meist nur über eine sehr knappe Finanzdecke, die im Wesentlichen regelmäßig nur durch Mitgliederbeiträge und sporadisch durch Zuschüsse der Gemeinde, Landkreise, Kirchen u.ä. gespeist wurde. Ansprüche gegenüber den Sozialversicherungsträgern und den Sozialämtern bestanden nur bezüglich eines geringen Anteil an klar definierten Pflegeleistungen, was zur Finanzierung der Betriebskosten einer Station nicht ausreichte.³⁹

So befand sich die ambulante Pflege zum Ende der sechziger Jahre des 20. Jahrhunderts kurz vor ihrer personellen und finanziellen Auszehrung und immer mehr Krankenpflegestationen mussten aus den genannten Gründen geschlossen werden. Gegen Ende der sechziger Jahre mussten neue Ideen diskutiert und Konzepte entwickelt werden, um die dieser bedrohlichen Entwicklung entgegen zu wirken.⁴⁰

Das zusammenfassende Fazit einer Fragebogenerhebung aus dem Jahr 1966 beschreibt die Lage der ambulanten Pflege folgendermaßen:

„Unser System der ambulanten Krankenpflege hat in den letzten 30 Jahren einen katastrophalen Niedergang erfahren. Ansätze einer Umkehr sind bislang

³⁹ Vgl. Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V. (1971) (c): 12 ff.

⁴⁰ Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (1983): „Sozialstationen in Baden-Württemberg – Neuordnung der ambulanten Pflegedienste 1973–1983“, S.1

*nicht zu sehen. Nur die betroffenen Gemeinden nehmen vom Absterben ihrer Krankenpflegestationen Notiz. Die Sozialpolitiker scheinen nicht daran interessiert zu sein und die Ärzte schweigen“.*⁴¹

In dem Planungsmodell von 1972, dem ersten offiziellen Statement des Caritasverbandes zur Lage in der Gemeindepflege, wurde ein Konzept entwickelt, das den Namen „Zentralstation“ erhielt. Im Wesentlichen sollten mehrere Gemeindepflegestationen zu größeren geographischen Organisationseinheiten in Abhängigkeit von Einwohnerzahl und Entfernung zusammengefasst werden. Die Zentralstation sollte als Dienst- und Meldestelle sowie Ambulanz fungieren, jedoch ohne Wohnraum für die Gemeindeschwestern im Stile des alten Schwesternhauses.⁴²

Die ehemals lokal ausgerichteten Gemeindekrankenpflegestationen wurden damit zu regional größeren und zentral ausgerichteten organisatorischen Einheiten zusammengeschlossen. Die Überlastung der Gemeindeschwestern in den historisch gewachsenen lokalen und ungleich verteilten Versorgungsstrukturen sollten mit der Bildung der Zentralstationen aufgehoben werden.

Das rheinland-pfälzische Landesministerium für Soziales, Gesundheit und Sport stellte 1971 das Konzept der Sozialstationen vor. Diese Stationen sollten neben der „klassischen“ Krankenpflege zusätzliche sozialpflegerische Dienste wie beispielsweise Alten- und Familienpflege bzw. Dorfhilfe anbieten. Nach der ursprünglichen Idee sollte aus der vorwiegend auf Krankenpflege ausgerichteten kirchlichen „Zentralstation“ eine „multiprofessionelle“, kommunal finanziell geförderte „Sozialstation“ werden. Die neue Wortschöpfung „Sozialstation“ ließ vielerorts zunächst die Befürchtung entstehen, dass es sich um neue Außenstellen der Sozialämter handeln würde. Mit dem Begriff der Sozialstation war aber die *„organisierte Nachbarschaftshilfe in der Form der Sozialstation“* gemeint und nicht eine Form des staatlichen Gesundheits- oder Sozialdienstes.⁴³ So wurde mit der Etablierung der Sozialstationen auch nicht eine staatliche Eigenbeteiligung an der Trägerschaft von Sozialstationen angestrebt, sondern es wurden finanzielle Anreize geschaffen. Diese Form der Unterstützung basierte letztlich auf dem Subsidiaritätsprinzip, wonach der Wohlfahrtsstaat zwar letztendlich Verantwortung für seine Bürger trägt. Zuvor sollten aber der einzelne Bürger und seine Familie frei und eigeninitiativ für diese Probleme zuständig sein, an zweiter Stelle gemeinnützige Vereinigungen, freie lokale Pflegevereine und Wohlfahrtsverbände und dann erst der Staat.

⁴¹ Arnold, H. (1968): 181-191

⁴² Vgl. Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V. (c), S. 3 und Deutscher Berufsverband für Krankenpflege e.V. (DBFK) (1987), S. 2

⁴³ Vgl. Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten e.V. (AID) (1978): Sozialstationen im ländlichen Raum, S. 4 .

Das Verständnis von dem neu geprägten Begriff der Zentral-, oder Sozialstation war zunächst kein einheitliches, die Palette im organisatorischen Verständnis reichte von der gemeinsamen Telefonnummer mehrerer Pflegekräfte bis hin zu großen interdisziplinären Sozialzentren. Vielfach ging es zunächst aber nicht um neue Aufgaben, sondern um das Schaffen einer Angebotsstruktur von Hilfen, die bislang entweder noch von den Familien selbst oder von Gemeindepflegestationen erbracht wurden: nämlich die Betreuung, Beratung und Pflege alter und kranker Menschen und ihrer Angehörigen.⁴⁴

Das Konzept der Sozialstation sollte aber auch eine Antwort auf die sich ändernden Familienstrukturen (Reduktion des kontinuierlich zusammenlebenden Familienverbandes auf die so genannte Kernfamilie) darstellen sowie auf die Verringerung der Selbsthilfe- und Verantwortungsbereitschaft im familiären und öffentlichen Bereich.⁴⁵ Dieser Rückgang wurde dadurch erklärt, dass für die Menschen zunehmend Freizeitaktivitäten für die Menschen an Bedeutung gewannen, was gleichzeitig zu einem notwendigen Anstieg öffentlicher Unterstützung geführt habe.⁴⁶

Mit der Bildung der Sozialstationen wurde damit auch die Frage nach der zukünftigen Arbeitsteilung zwischen der organisierten, professionellen und der solidarischen, familialen Hilfen gestellt.⁴⁷ Denn unterstellt wurde, dass die zu versorgenden Personen nach wie vor im Familienkontext verbleiben, also nicht in stationären Einrichtungen gepflegt werden wollten und sollten. Dabei wurde die Frage kontrovers diskutiert, ob professionelle und staatliche Unterstützung dazu führt, dass Anstrengungen der Selbsthilfe zurückgehen. Einerseits kamen Heinze u.a. zu dem Schluss, dass *„durch die ambulante Unterstützung häuslicher Pflege es in vielen Fällen überhaupt erst möglich geworden ist, Familienmitglieder ... an dieser Pflege und Betreuung aktiv zu beteiligen.“*⁴⁸ Kritischere Befunde berichteten, dass es einige Angehörige *„möglicherweise ... eben doch bequemer finden, einer beruflichen Pflegekraft bei ihrer Arbeit zuzusehen, als sich selbst in der Pflege zu engagieren.“*⁴⁹

Andere Untersuchungen haben darauf hingewiesen, dass eine Reduktion des familialen oder nachbarschaftlichen Engagements aufgrund des Einsatzes professioneller Pflegedienste vor allem ein Hinweis auf den Nachholbedarf der Pflegehaushalte an Unterstützung sein. Ambulante Dienste würden demnach funktionierende familiäre Hilfe nicht verdrängen, sondern prekäre Pflegearrangements ergänzen.⁵⁰ Eine Aktivierung oder einen Ausbau familialer Selbst- und

⁴⁴ Vgl. Lueth, P.: (1976)

⁴⁵ Vgl. Richter, H.: (1974)

⁴⁶ Vgl. Lindner, St.: (1973)

⁴⁷ Vgl. z.B. Grunow, D. / Hegner, F.: (1981), S. 39-66

⁴⁸ Vgl. Heinze / Olk / Hilbert 1988, S. 169

⁴⁹ Vgl. Grunow, D. / Hegner, F.: (1981): S. 60

⁵⁰ Vgl. Heinemann-Knoch u.a.: (1982), S. 243-266

Nachbarschaftshilfe konnte jedoch keine der genannten Untersuchungen feststellen.

Die Bildung von Sozialstationen bedeutete letztlich, dass auch die traditionellen Trägerstrukturen geändert werden mussten. Da die alten Schwesternstationen in die Zentralstation integriert werden sollten, wurde eine neue Trägergemeinschaft in Vereinsform kreiert, die sich in der Regel aus konfessionellen Krankenpflegevereinen und den dazugehörigen Pfarreien zusammensetzte. Die Masse der Sozialstationen z.B. auf katholischer Seite war den entsprechenden Diözesancaritasverbänden und damit dem Deutschen Caritasverband (DCV) angeschlossen. Jedoch waren sie als rechtsfähige Vereine selbständig und somit gegenüber dem DCV nicht weisungsgebunden, sofern sie dem kirchlichen Auftrag nicht zuwiderhandelten.

Vor Ort sollte ein ausreichender Personalpool zur Verfügung stehen, der einerseits die noch aktiven Ordensschwestern einbinden und andererseits freie Schwestern für die ambulante Pflege gewinnen sollte. Auch ehrenamtliche Helfer, die über die Krankenpflegevereine angesprochen würden, und Angehörige sollten in den von der Station angebotenen Kursen für häusliche Krankenpflege geschult und in den Pflegedienst eingebunden werden.⁵¹

Eine konkrete Kostenkalkulation lag zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor. Man war sich allerdings in dem Punkt einig, dass von öffentlicher Seite Zuschüsse erforderlich waren. Konkrete Finanzierungsmöglichkeiten stellte der DCV im Jahr 1974 vor, die schwerpunktmäßig auf externer Bezuschussung basierten. Wesentliche Quellen zur Deckung der Betriebs- und Einrichtungskosten einer Sozialstation waren die Länder und Kommunen, die Krankenkassen, die Renten- und die Unfallversicherungsträger und Selbstzahler. Hinzu sollten Leistungen aus Eigenmitteln der Träger, also von Pfarreien und Vereinen sowie Spenden kommen.⁵² Erst dieser Finanzierungsmix bildete eine Arbeitsbasis für die Sozialstationen.

Neben den zahlreichen Anstrengungen auf kirchlicher Seite entwickelten sich politischerseits ebenfalls Initiativen. So wurde z.B. den Kirchen allein die Behebung des „Notstands“ in der ambulanten Pflege nicht zugetraut, was ein zusätzliches Engagement der Kommunen bei der Sicherstellung der Altenhilfe auch durch die Bereitstellung von Fördermitteln bedeutete.

Als markantes Problem traten die gestiegenen Kosten der Krankenhausbehandlungen auf, so dass ambulante Nachbehandlungen den stationären Aufhalten oft vorgezogen werden mussten. Die Etablierung der Sozialstationen erfolgte vor allem auch, um mit dieser häuslichen Versorgung die alternativen

⁵¹ Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V. (1971) (c): S. 9 ff.

⁵² Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V. (1971) (c): S. 12

Krankenhauskosten nicht weiter expandieren zu lassen. Schon 1972 wies jedoch der Deutsche Caritasverband darauf hin, dass die Gemeindekrankenpflege nicht nur als Ersatzfunktion der Krankenhauspflege gesehen werden könne. Sie habe eine eigenständige, von der Krankenhauspflege unabhängige Leistungsausrichtung, wenn *„Krankheit und Hilfslosigkeit diesen Dienst erfordert ...“*⁵³

Zudem realisierte die Politik, dass die Pflege des Kranken nach psychosozialen Erkenntnissen in seiner häuslichen Umgebung in einem multidimensionalen Therapieansatz förderliche Wirkungen erzielt. Der steigende Stellenwert von Gesundheitsberatung und -erziehung konnte nach Meinung der Politik besonders gut im Projekt der Sozialstation verwirklicht werden⁵⁴. Diese Sichtweise ist im Zusammenhang mit der damaligen Definition von Gesundheit der Charta der Weltgesundheitsorganisation zu sehen, die Gesundheit als *„Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, nicht nur definiert durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung“* erklärte.⁵⁵ Der Krankheitsbegriff hat sich damit aus der schroffen Gegenüberstellung zum Gesundheitsbegriff weiterentwickelt. Notwendig sei es daher, die *„herkömmlichen Arbeiten der ambulanten Krankenpflege und Familienhilfe, wie sie die Gemeindeschwester zu bewältigen hat, zu ergänzen durch die Hereinnahme von Berufen, die für die sozialpflegerischen und lebensberatenden Aufgaben vorgebildet sind.“*⁵⁶

Die veränderten Prinzipien dieses Verständnisses im Umgang mit Krankheit und mit alten Menschen sollten sich in Konzepten der Gemeindenähe, der Pflege im familialen Kontext sowie einer eher ganzheitlichen, d.h. somatischen und psychosozialen Betreuung widerspiegeln.

Dieses vielfältige Aufgabenspektrum der neuen Organisationseinheit „Sozialstation“ sollte nach einer Umfrage aus dem Jahr 1978 vom Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten e.V. (AID) vor allem folgende Bereiche abdecken:⁵⁷

1. Pflegerische und betreuende Aufgaben
2. Vermittlung Ratsuchender an „Zuständige“
3. Anlaufstelle für Menschen mit gesundheitlichen Nöten sowie psychischen Problemen
4. Aktive Aufklärung über Gesundheitsfragen sowie Anstoß von Eigeninitiativen und Nachbarschaftshilfe

⁵³ Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V. (1971) (c): S. 4

⁵⁴ Vgl. Diakonisches Werk Deutschland (1971)

⁵⁵ Vgl. Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986)

⁵⁶ Vgl. Lüth, P. (1976): S. 254-257

⁵⁷ Vgl. Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten e.V. (AID) (1978): Sozialstationen im ländlichen Raum, S. 9

5. Koordination gesundheitlicher Dienste im Einzugsgebiet der Station

Zwischen den sozialpolitischen Konzepten und der tatsächlich in den meisten Fällen im Schwerpunkt auf häusliche Krankenpflege ausgerichteten Sozialstationen bestand jedoch eine Diskrepanz, wie auch das die Umsetzung der Konzepte für Sozialstationen am Beispiel Hessens zeigt: Die Neuordnung der Gemeindekrankenpflege begann in Hessen mit einem in 1974 vom Hessischen Sozialministerium vorgelegten Konzept für „Gesundheits- und Sozialpflegerische Zentren.“⁵⁸

Diese „Zentren für Gemeinschaftshilfe“ sollten dabei nicht in erster Linie als bauliche Einheiten verstanden werden, sondern als Stellen zur Koordinierung bereits bestehender oder aufzubauender Dienste und Hilfen. Jeder Bürger sollte dadurch die Möglichkeit erhalten, persönliche Beratung und Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Die Betreuungsbereiche gliederten sich in die klassische Gemeindekrankenpflege, die Altenpflege und die Haus- und Familienpflege. Daneben sollten im „sozialpflegerischen Bereich“ individuelle Beratungsdienste für in soziale Not geratende Menschen sowie allgemeine soziale Informationsdienste und Begegnungsstätten aufgebaut werden, die der Isolation einzelner Bürger und Gruppen entgegenwirken sollten. Die personelle Besetzung sollte im Wesentlichen aus den Berufsgruppen der Krankenschwestern, Kinderschwestern, Familienpfleger, Alten- bzw. Krankenpfleger, Sozialpädagogen und Sozialarbeiter erfolgen.

Die sozialpolitische Idee verknüpfte in diesem Ansatz neben der rein pflegerischen Tätigkeit auch ergänzende Hilfs- und Betreuungsangebote. Nicht der Hilfebedürftige sollte suchen, wo ihm geholfen werden kann, sondern die Anbieter sozialer Dienste sollten durch gegenseitige Absprachen und Koordination besser und schneller zu den Hilfebedürftigen finden. Durch die im „hessischen Modell“ konzipierte Erweiterung der Aufgaben einer Sozialstation über die Krankenpflege hinaus wurden die Kooperationsverpflichtung aller und der Koordinierungsbedarf für die Aufgabenerledigung in den Vordergrund gestellt, wobei aus heutiger Sicht eine Kooperation verschiedener Dienstleister nur so wirksam sein kann, wie sie in der Lage ist, auf den Einzelfall bezogene wirksame Hilfen besser zu erbringen. Voraussetzung für den Erfolg dieser Zentren war laut Begründung dieses Konzeptes aber auch die Bereitschaft der ehrenamtlichen Helfer in den Aktivitäten sozialer Hilfen und Beratungen mitzuwirken.

Allerdings führte dieses erste, breit angelegte Programm nicht zum erwünschten Erfolg in der Praxis. Die Gründe hierfür sind nicht dokumentiert; eine mögliche Interpretation liegt darin, dass es leichter ist, „messbare“ medizinische oder pflegerische Leistungen anstelle von „weichen“ und aus dem Berufsverständnis

⁵⁸ Vgl. Hessisches Sozialministerium (1974): Konzept: „Zentrum Gemeinschaftshilfe“

der Pflege heraus ganzheitlichen Aspekten nicht nur umzusetzen, sondern auch so darzustellen, dass auch diese Leistungen messbar und bewertbar sind. Möglicherweise stellte aber der interdisziplinäre Ansatz des Zentrums für Gemeinschaftshilfe auch eine Bedrohung insbesondere für die kirchlich getragenen Stationen dar, die diesen Ansatz als Einschränkung ihres eigenständigen kirchlichen Auftrages empfunden haben. Drei Jahre später wurde dieses Konzept abgelöst durch ein „Initiativprogramm zur Förderung von Einrichtungen der mobilen Krankenpflege“ (Gemeindekrankenpflege).⁵⁹

Ein offizieller Anlass für diese Initiative war vor allem der zunehmende Kostendruck im Krankenhausbereich sowie die weiter stark rückläufige Entwicklung der traditionellen Gemeindekrankenpflege. Die mobile Krankenpflege sollte insbesondere medizinische und krankenschwägerische Dienstleistungen anbieten. Hierzu sollten die herkömmlichen Organisationsformen und Finanzierungsmöglichkeiten weiterentwickelt werden, um das Dienstleistungsangebot insgesamt qualitativ und quantitativ zu verbessern.

Der Schwerpunkt der Aufgabengestaltung der mobilen Krankenpflege lag jetzt auf der Krankenhausbehandlung ersetzenden bzw. -verkürzenden häuslichen Behandlungspflege. Zusätzliche sollten Kurse angeboten werden, damit die *„Bevölkerung dazu angeregt wird, sich die notwendigsten Kenntnisse zur Selbsthilfe“*⁶⁰ anzueignen, um die Familien zu unterstützen. Im Mittelpunkt der Förderung der neuen Organisationsform standen das beruflich qualifizierte Krankenpflegepersonal sowie die Betriebskosten.

Die Krankenkassen finanzierten Behandlungspflegeleistungen bis zu diesem Zeitpunkt über § 185 RVO als Ermessensleistung im Zusammenhang mit der Verkürzung eines ansonsten erforderlichen Krankenhausaufenthaltes. Die nachfolgende Verlautbarung macht jedoch deutlich, wie ambivalent die Kostenträger schon zum damaligen Zeitpunkt Leistungen gegenüberstanden, die sich nicht in medizinischen oder pflegerischen Aspekten widerspiegeln.

So begrüßten die Krankenkassen zwar grundsätzlich die Einrichtungen von Sozialstationen, die mehrfach als Verbesserung der Basis des Gesundheitssystems und damit der gesundheitlichen Betreuung der Versicherten deklariert wurden. In einem Diskussionspapier zum Ortskrankenkassentag 1977 heißt es aber, *„eine Erweiterung der Aufgaben der Kassen über die klassische Versicherungsleistung durch die Erkenntnis sozialer und psycho-sozialer Ursachen von Krankheiten ist notwendig. Individuelle Beratung und Betreuung, Vermittlung von geeigneten Hilfen sowie die allgemeine Aufklärung über gesundheitsge-*

⁵⁹ Vgl. Hessisches Sozialministeriums (1977)

⁶⁰ Vgl. Hessisches Sozialministerium (1977)

*fährdende Lebenszustände sollten allerdings nicht von den Kassen selbst durchgeführt werden, sondern den Sozialstationen überlassen werden.*⁶¹

3.2 Die neue Rolle der Krankenpflegevereine

Zwangsläufig änderte sich mit der Etablierung der Sozialstationen auch die Rolle der Krankenpflegevereine. Die Vereine, die ihren Status als im Vereinsregister eingetragene und damit selbständige juristische Personen bewahrten, wurden in vielen Fällen zu fördernden Mitgliedern der Sozialstationen. Als ehemals autonome Dienstgeber und Träger einer Schwesternstation waren sie jetzt häufig in einem Trägerverbund mit anderen Vereinen und Kirchengemeinden zusammengeschlossen.

Viele Krankenpflegevereine wandelten sich in Fördervereine, die in erster Linie zur Mitfinanzierung der Sozialstationen am Leben gehalten bzw. neu gegründet wurden. Vor allem in ländlichen Regionen wurden vielerorts die Gemeindepflegestationen mehrerer Träger (Kommunen, Kirchengemeinden, Vereine) zu einer Sozialstation zusammengefasst. Die vormals bestehenden engen Bindungen der Gemeindeglieder an „ihre“ Gemeindeglieder gingen dadurch zugunsten überörtlich tätiger zentraler Pflegeeinrichtungen verloren. Gewissermaßen als Gegenreaktion versuchten deshalb engagierte Bürger, Vertreter von Kommunen und kleinen Trägern, mit einer (Neu-) Gründung von Fördervereinen bzw. -kreisen ihren Einfluss auf die Arbeit der Sozialstationen zu bewahren. Oft ging die Gründung von Fördervereinen aber auch deshalb auf die Initiative von Kommunen und Trägern zurück, weil diese daran interessiert waren, ihren Anteil an der Förderung der Sozialstationen und speziell den erheblichen Investitionen in den Anfangsjahren möglichst gering zu halten.⁶²

Auch die finanzielle Lage der Vereine änderte sich mit der Bildung der Sozialstationen erheblich: So fielen zunächst die Betriebskosten der Gemeindepflegestationen aus dem Finanzplan des einzelnen Vereins vollkommen heraus. Die Kosten für die Gestellungsgelder jedoch mussten in der Übergangsphase von den Gemeindepflege- zu den Sozialstationen zunächst weiterhin aufgebracht werden, weil die Ordensschwestern durch die Gestellungsverträge zwischen den Vereinen und den Mutterhäusern vertraglich noch an die Vereine gebunden waren. Die Sozialstationen, die jetzt als Arbeitgeber der Ordensschwestern fungierten, da ja die alten Schwesternstationen aufgelöst waren, zahlten ihrerseits an die Vereine entsprechende Bezüge.

Neben den Einnahmen von der Sozialstation (sofern der Verein eine Ordensschwester unterhielt) standen nur noch die Beiträge der Mitglieder zur Verfü-

⁶¹ Vgl. „Die Ortskrankenkasse“ (1977)

⁶² Vgl. Kunstmann, W. (1998): S. 85-101

gung. Zuschüsse und Spenden kamen jetzt eher den Sozialstationen als unmittelbaren Leistungsträger zugute, weniger den Vereinen selbst.

Für viele Vereine wurde es schwer, den Mitgliedern unentgeltlich eine umfassende, pflegerische Versorgung zukommen zu lassen, zumal die Pflegeleistungen der Sozialstationen um ein Vielfaches teurer waren als die der Ordensschwestern des alten Systems.

Die Entwicklungslinie von der Gemeindekrankenpflege zur Sozialstation und den damit verbundenen organisatorischen Veränderungen der Trägerschaft macht einerseits deutlich, dass die häusliche Pflege mit zunehmender Professionalisierung in die Situation geraten ist, ihre Ziele und Aufgaben neu zu definieren. Die „fürsorgende“ Gemeindegeschwester als „Einzelkämpferin“ erwies sich als nicht mehr zukunftsfähig und in der neuen Organisationsform der Sozialstation wurde – trotz der Bedeutung der Beratungs- und Vermittlungsaufgaben – der Schwerpunkt in der Grund- und Behandlungspflege gesehen.

Andererseits zeigt diese Entwicklung, dass mit der Modernisierung der pflegerischen Versorgungsstruktur die historisch gewachsene Einbindung der lokalen Krankenpflegevereine in das Gemeinwesen sukzessive gelöst wurden. Die Fokussierung der Sozialstationen auf somatische, medizinisch-pflegerische Erfordernisse und die damit einhergehende Professionalisierung der Pflege hat die Orientierung an medizinischen Leitbildern verstärkt und gemeindebezogene Unterstützung sowie ehrenamtliche Mitarbeit an den Rand gedrängt.

Für diese fachlichen Veränderungsprozesse ist aber auch die Entwicklung des Berufsverständnisses der in der Pflege Tätigen sowie der damit verbundenen Leitbilder von Bedeutung. Sie werden im Folgenden näher betrachtet, da diese Entwicklung mit dazu beigetragen hat, wie sich die „herkömmlich, traditionelle“ Kultur häuslicher Pflege definiert.

3.3 Häusliche Pflege als Beruf

Um beurteilen zu können, wie sich das Berufsverständnis und die Tätigkeitsfelder im Bereich der ambulanten Pflege entwickelt haben, ist es erforderlich aufzuzeigen, wie sich ambulante Pflege in der Gemeindepflege und später in Sozialstationen selbst definiert hat.

Da der ambulante Bereich in gesetzlichen Regelungen lange Zeit nicht verankert war, lässt sich über die Gesetzeslage keine Aussage ableiten. Umso wichtiger ist eine Analyse der Lehrinhalte für die Berufsgruppen in der häuslichen Pflege. Daran soll aufgezeigt werden, wie sich die Darstellung des Berufsbildes der Gemeindepflegerin in Lehrbüchern der Krankenpflege verändert hat. Diese

Lehrbücher wurden überwiegend von Ärzten bestimmt, was auch der Gewichtung der angeführten Aufgaben entspricht.

Theoretische Abhandlungen zur ambulanten Pflege waren, wenn überhaupt vorhanden, ein kurzer Abschnitt innerhalb der Krankenpflegebücher. Bereits in älteren Lehrbüchern wurde betont, dass an die Gemeindeschwestern durch die Abkoppelung vom Krankenhaus höhere Anforderungen gestellt werden als an Pflegerinnen innerhalb des Krankenhauses. Eine Begründung dafür war, dass in der ambulanten Pflege die Klassifizierung der Patienten nach Krankheitsbildern entfällt. Die Gemeindeschwestern hatten im Gegensatz zu Pflegenden im Krankenhaus nicht die Möglichkeit sich auf bestimmte Krankheitsbilder zu spezialisieren.⁶³ Die Einteilung der Gemeindeschwestern erfolgte nach Bezirken unabhängig von dem dort anzutreffenden Patientenkontext. Dies wurde in Lehrbüchern auch formuliert; umso verwunderlicher ist es, dass man bei diesen hohen Anforderungen die Ausbildung der Gemeindeschwestern nicht auch vorangetrieben hat.

In einem Lehrbuch von 1927 wurden für die Gemeindeschwester drei Hauptaufgaben benannt: *„Assistentin des Arztes, Samariterin bei Unglücksfällen und Helferin bei Milderung des sozialhygienischen Elends.“*⁶⁴

Die Assistenz des Arztes wurde so konkretisiert, dass es Aufgabe der Gemeindeschwester sei, die Schwierigkeiten des ärztlichen Berufs zu mildern und dem Arzt nicht noch zusätzliche Schwierigkeiten zu bereiten, z.B. durch eigene Kompetenzentwicklung. Um dem Arzt eine „hilfreiche Assistentin“ zu sein, waren bestimmte Kenntnisse erforderlich wie z.B. Lehre der Infektion und Desinfektion oder hygienische Anforderungen. Ein selbständiges Auftreten der Gemeindeschwester war nicht erwünscht, sondern eher Form des Zuarbeitens im Kontakt mit den Behörden und Ärzten. Lediglich das Aufklären über gesundheitsförderndes Verhalten sowohl im Bereich der Lebens- als auch Haushaltsführung sollte die Gemeindeschwester selbständig ausführen.

Deutlich wird das dominierende Berufsverständnis von einer dienenden, und damit „weiblichen“, sich der medizinisch-ärztlich beherrschten Domäne selbstverständlich unterordneten Pflegekraft, die neben der sachkundigen Pflege von Kranken zugleich Beraterin, Helferin und Betreuerin in Fragen des alltäglichen Lebens war. Die herkömmliche Gemeindeschwester übte geradezu selbstverständlich ihren Dienst „rund um die Uhr aus“ und konnte bei ihrer Arbeit bestenfalls auf einige ehrenamtliche Helfer (z.B. Hausfrauen, unverheiratete Frauen) zurückgreifen.

⁶³ Vgl. Lindemann, W. (1927): S. 282

⁶⁴ Vgl. Lindemann, W. (1927): S. 287

In einem Lehrbuch, das 1958 erschienen ist, wurde die Vermittlung zusätzlicher fachlicher Qualifikationen hervorgehoben. Eine Gemeindegeschwester sollte gute Kenntnisse und praktische Erfahrungen in Pflegetätigkeit ebenso wie im Bereich der Gesundheitsfürsorge benötigt. Lehrgänge in Mutterhäusern und Schwesternverbänden sollten das erforderliche Rüstzeug vermitteln; die Einarbeitung sollte über erfahrene Krankenschwestern erfolgen. In diesem Lehrbuch wurde die Organisation und die Erfordernisse an die Gemeindegeschwester beschrieben; als Aufgabenfeld wurde dabei u.a. benannt:

„Sie muss die tägliche Körperpflege überwachen, ggf. auch selbst durchführen und dafür sorgen, dass ein Wundliegen verhindert wird. Beim Waschen, Wäschewechseln und Umbetten von Gelähmten oder Geistesgestörten sind die Angehörigen zu einer entsprechenden Hilfeleistung anzuleiten. Klagen von allen Seiten müssen dabei mit gleich bleibender Freundlichkeit angehört und beachtet werden. Es ist ein Erfordernis des Taktes immer wieder ein tröstliches und ermunterndes Wort zu finden.“⁶⁵

Diese Berufsrolle wurde dem Umstand gerecht, dass pflegebedürftige Alte, Kranke oder Behinderte Menschen neben der körperlichen Betreuung (z.B. in Form der hygienischen Grundpflege oder der Verabreichung von Medikamenten und Injektionen) auch Zuspruch und Trost sowie eine Reihe von Handreichungen benötigen, die mit der Haushaltsführung zusammenhängen. Diese „ganzheitliche“ Sicht der Probleme von Hilfebedürftigen kommt auch im Krankenpflegegesetz von 1965 zum Ausdruck, wenn es unter Bezug auf die Aufgaben einer Krankenschwester heißt, dass *„sie neben der sachkundigen Pflege auch seelische und geistige Bedürfnisse sowie die Berücksichtigung der Umstände umfasst, die einen Einfluss auf die Gesundheit ausüben.“*

Die neu eingerichteten Sozialstationen boten die Chance das Aufgabengebiet und die dafür erforderlichen Qualifikationen im Bereich der häuslichen Pflege neu zu definieren, die sich immer spezifischer ausgestalteten, wodurch eine andere Qualität der Betreuung eingefordert wurde. Man erkannte: *„für die Zukunftsaufgaben in der Gemeindepflege reicht ein gutes Herz nicht aus, Qualität tut Not.“⁶⁶*

Um dieser Entwicklung gerecht zu werden, mussten für die Mitarbeiter in der Gemeindepflege Konzepte erarbeitet werden, die sie zur Umsetzung der Qualitätsansprüche in ihrer Arbeit befähigten. Dazu war es erforderlich, die Anforderungen an eine Gemeindegeschwester überhaupt zu definieren. Zu pflegerischen Aufgaben kamen nun die Mitwirkung bei der Organisation der Gemeindepflegestation, die Unterstützung von Gesundheitserziehung und Vorsorge, die Durch-

⁶⁵ Vgl. Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände (ADS) und der Deutschen Schwesterngemeinschaft e.V. (1958): S. 610

⁶⁶ Vgl. Finger, W. (1973): S. 443

führung von Kursen in der Hauskrankenpflege, die Gewinnung von freiwilligen Helfern für die Arbeit in der Gemeinde und die Hilfe für Ratsuchende bei der Geltendmachung von Sozialleistungsansprüchen.⁶⁷ Hier wird das vielfältige Aufgabenfeld der Gemeindepflege deutlich. Resultat der erhöhten Anforderungen an die Gemeindegeschwester war die Regelung zur Weiterbildung „Fachkrankenschwester in der Gemeindepflege.“

Im Jahr 1973 wurde ein Entwurf des Berufsbildes „Gemeindegeschwester“ auf einer Fachtagung in der Ev. Akademie Hofgeismar erarbeitet.⁶⁸ Dieser beinhaltete Vorschläge zu folgenden Bereichen: Funktion des Berufsbildes, Aufgabenstellung mit Begründung, Tätigkeitsmerkmale, persönliche Voraussetzungen, Einsatzmöglichkeiten, Anstellungsverhältnisse, Kooperation und Aus- Weiter- und Fortbildung. Das Berufsbild der Gemeindegeschwester wurde überarbeitet; die Weiterbildung zur Fachschwester für Gemeindepflege wurde schließlich auf Länderebene in nahezu allen Bundesländern geregelt.⁶⁹

Der gesteigerte Bedarf an ambulanter pflegerischer Versorgung ließ in diesem Bereich „neue“ Berufsbilder entstehen wie z.B. die Altenpflege oder die Hauspflege. Letztgenannter wurde erstmals in den „Blättern zur Berufskunde“ Ende der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts durch die damalige Bundesanstalt für Arbeit veröffentlicht.⁷⁰ Der Beruf „Dorfhelferin“ war eine Sonderform der Hauspflegerin für den landwirtschaftlichen Bereich.⁷¹

Damit wurde eine Abgrenzung zwischen dem entstehenden Selbstverständnis der einzelnen Berufsgruppen in der häuslichen Pflege notwendig. Im Zusammenhang mit einer berufsständischen Diskussion wie auch unter Kostengesichtspunkten ging es um die Frage, welche Hilfen von welcher Profession erbracht werden können. So wurden haus- und familienpflegerische Aufgaben nicht den voll ausgebildeten Krankenschwestern, sondern Angehörigen weniger qualifizierter Berufsgruppen übertragen. Mit den sich parallel etablierenden Berufsgruppen wuchs auch die Frage der Kompetenzen und Abgrenzungen ihrer Tätigkeiten. Damit wurde eine Entwicklung gefördert, die nicht mehr eine ganzheitliche Dienstleistung in den Mittelpunkt stellt sondern je spezifische Aufgaben und Tätigkeitsprofile, die von unterschiedlichen Berufsgruppen erbracht werden.

Die Konsequenz der spezialisierten Sichtweise vom Berufsverständnis der in der Pflege und Betreuung tätigen Professionellen führte zu der Erkenntnis, dass

⁶⁷ Vgl. Kaufmann, G. (1976): S. 26

⁶⁸ Vgl. Schmidt, H. (1975): S. 260

⁶⁹ Im Krankenpflegegesetz von 1985 wird festgestellt, dass sich nahezu alle Länderrichtlinien zur Weiterbildung „Fachkrankenschwester Gemeindepflege“ auf DKG-Richtlinien beziehen; vgl. auch Kurtenbach et al (1994)

⁷⁰ Vgl. Jonas, C. (1971): S. 396

⁷¹ Vgl. Elster, R. (1973): S. 161

eine Mehrzahl von Fachkräften die Betreuung von Hilfe- und Pflegebedürftigen im gleichen Haushalt übernehmen kann. Z.B. kam für die Zeit der Abwesenheit der Mutter wegen eines Krankenhausaufenthaltes der Einsatz einer „staatlich anerkannten Hauspflegerin“ in Betracht und für die Pflege des im Haushalt lebenden Großvaters eine „staatlich anerkannte Altenpflegerin“. Nach der Rückkehr der Mutter aus dem Krankenhaus konnte dieser Personalstab ergänzt werden um eine „staatlich anerkannte Krankenschwester“, die die Einnahme der täglich verordneten Medikamente der Mutter überwacht.⁷²

Mit der Ausdifferenzierung von unterschiedlichen Berufsrollen mit spezifischen Kompetenzen war danach die Gefahr der „Zerstückelung“ der Lebens- und Sinnzusammenhänge Hilfebedürftiger verbunden, bei gleichzeitiger Abnahme der Fähigkeit und Bereitschaft zu einer „ganzheitlichen“ Betreuung, eine Diskussion, die bis heute nicht zu einem abschließenden Ergebnis geführt werden konnte.⁷³ Andererseits spielt bis heute eine bestimmte Hierarchisierung der Pflegeberufe eine wichtige Rolle, wenn es z.B. darum geht, welche Leistung der medizinischen Behandlungspflege von welcher Profession (Kranken- oder Altenpflege) erbracht werden kann.

3. 4 Das Pflegeversicherungsgesetz – Aufbruch zu einem neuen Wohlfahrtsmix?

Die Absicherung des „Pflegerisikos“ als gesetzlich definierter Leistungsanspruch stellte für den Altenpflegebereich einen gewaltigen Entwicklungsschritt dar. Das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) wurde als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung konzipiert. Erstmals werden seitdem für breite Bevölkerungsschichten Versicherungsleistungen gewährt, auf die bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit ein Rechtsanspruch ohne vorherige sozialhilferechtliche Bedürftigkeitsprüfung besteht.

Das Pflegeversicherungsgesetz hat nicht nur zu einer Expansion staatlicher sozialer Sicherung geführt, sondern auch zu deren Reorganisation.⁷⁴ Neben der Einführung eines neuen Trägers für Pflegekosten kommt der Wandel im sozialen Sicherungssystem in der Vorstellung zum Ausdruck, dass private Hilfesysteme durch sozialstaatliche Leistungen gestärkt werden sollen. Festgehalten ist dieses Anliegen im § 3 SGB XI: *„Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen.“*⁷⁵

⁷² Vgl. Grunow, D. / Hegner, F. / Lemper, J. (1980): S. 128-134.

⁷³ Igl, G. (1995)

⁷⁴ Vgl. Rothgang, H. (1997)

⁷⁵ Vgl. Deutscher Bundestag: (1993), BT-Drs.: 12/5262, S. 11

Mit der Absicht, nichtprofessionelle Unterstützung für Pflegebedürftige ausdrücklich zu fördern, löst sich die Pflegeversicherung von der vorher dominierenden sozialstaatlichen Praxis, die Hilfen von Familienmitgliedern, Nachbarn und Freunden als gegeben voraussetzte. So betonten frühere Vorhaben der Bundesregierung zur Absicherung des Pflegerisikos zwar die Bedeutung familiärer Pflege, aber sie sahen kaum Mittel zur finanziellen oder rechtlichen Absicherung der pflegenden Angehörigen vor. Die häusliche Pflege sollte sich bereits durch Maßnahmen im privaten Wohnbereich und durch geringere steuerliche Entlastungen pflegender Familienangehöriger von selbst stabilisieren.⁷⁶

Insbesondere finanz- und sozialpolitische Problemdefinitionen haben in der pflegepolitischen Auseinandersetzung die Bedeutung des familialen Hilfefpotenzials hervortreten lassen. Diese wurden einerseits als kostengünstiger Ersatz für professionelle Dienstleistungen erachtet, denn die staatlichen Ausgaben für häusliche Pflege sind weitaus geringer als für stationäre Versorgung und am preisgünstigsten pflegen immer noch Angehörige.

So betragen im Jahr 1994, also im letzten Jahr vor der Einführung der Pflegeversicherung, die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege insgesamt 17,7 Mrd. DM.⁷⁷ Davon entfielen mehr als 90%, nämlich 16,1 Mrd. DM, auf die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen. Insgesamt sind die Ausgaben der Kommunen seit Einführung der Pflegeversicherung auch in der häuslichen Pflege zurückgegangen, jedoch ist bei einem stationären Aufenthalt in der Regel eine „Restkostenfinanzierung“ bzw. volle Kostenübernahme über den Träger der Sozialhilfe in ca. 40% der Fälle nach wie vor erforderlich.⁷⁸ Im stationären Bereich sanken die Ausgaben der kommunalen Sozialhilfe auf ungefähr ein Drittel der Ausgaben vor Einführung der Pflegeversicherung.⁷⁹ Das bedeutet, dass das hauptsächliche Einsparvolumen der Sozialhilfe im stationären Bereich liegt und dass auch vor Einführung der Pflegeversicherung die Belastung der Sozialhilfeträger durch Gewährung der „Hilfen zur Pflege“ außerhalb von stationären Einrichtungen einen wesentlich geringeren Anteil ausmachte.

Neben diesen Kostenüberlegungen standen konkrete Bedarfslagen der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen im Mittelpunkt. In den achtziger Jahren rückte die häusliche Pflege immer stärker ins öffentliche Bewusstsein. Damals wurde festgestellt, dass die Mehrheit der Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen eine Versorgung in der häuslichen Umgebung einer stationären Unterbringung vorziehen.⁸⁰ Gleichzeitig kamen auch die Belastungen pflegender Angehöriger und ihr absehbar erodierendes Hilfefpotenzial zur Sprache, das bislang sozialstaatlich kaum gestützt wurde. Der bisherige Umgang der Sozial-

⁷⁶ Vgl. Naegele, G. (1985): S. 394-403

⁷⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (1996)

⁷⁸ Vgl. Rothgang, H. (2001): S. 292

⁷⁹ Vgl. Rothgang, H. (2001): S. 294

⁸⁰ Vgl. Alber, J. (1990): S. 211-216

politik mit der häuslichen Pflege hatte sich vor allem durch eine mangelnde Anerkennung nichtprofessioneller Hilfe ausgezeichnet.

Bis zum Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahre 1995 mussten viele Familien mit der häuslichen Versorgung ohne nennenswerte gesetzlich geregelte Hilfe auskommen. Die Finanzierung der Pflegebedürftigkeit erfolgte überwiegend aus Eigenmitteln der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und erst bei finanzieller Bedürftigkeit durch die Sozialhilfe.⁸¹ Obwohl dieses grundsätzlich als „letztes Netz“ für Ausnahmefälle konzipiert ist, wurde sie in der stationären Pflege zur Regelabsicherung. So bezogen vor Einführung der Pflegeversicherung in Westdeutschland mehr als zwei Drittel der Bewohner stationärer Einrichtungen Hilfe zur Pflege in Einrichtungen nach §§ 68f. BSHG.⁸²

Neben den gesetzlichen Regelungen zur Gewährung von Sozialhilfe gab es vor der Einführung der Pflegeversicherung noch weitere Bestimmungen zur Absicherung des Pflegerisikos. Die darin enthaltenen Leistungen kamen jedoch nur kleinen Personengruppen zugute oder waren nach Art, Umfang und Dauer begrenzt.⁸³ So stellten beispielsweise die Krankenkassen im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes seit 1991 Geld- oder Sachleistungen für die häusliche Pflege von Schwerpflegebedürftigen bereit (SGB V §§ 53–57). Da aber nur diese Teilgruppe Pflegebedürftiger Anspruch auf Leistungen hatte, konnten die finanziellen Belastungen durch häusliche Pflege auch nur bei einer Minderheit reduziert werden. Erst mit der Einführung der Pflegeversicherung stehen den Pflegebedürftigen und deren Familien umfassendere Leistungen zu, die nicht mehr nach Bedürftigkeitskriterien gewährt werden, sondern auf die bei Vorliegen der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI ein Rechtsanspruch besteht.

Ein weiteres sozialpolitisches Ziel, das mit der Einführung der Pflegeversicherung verfolgt wurde, besteht darin, die betroffenen Menschen aus ihrer Rolle als Empfänger von Leistungen nach dem Fürsorgeprinzip in den Status eines Versicherten zu überführen, dessen Ansprüche auf Beitragszahlungen beruhen. Finanzpolitisch ausgedrückt bedeutete dies aus Sicht der Kommunen als Sozialhilfeträger eine erhebliche finanzielle Entlastung, da diese ja bis zur Einführung der Pflegeversicherung mit den Kosten der Hilfe zur Pflege erheblich belastet waren.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde in Bezug auf die Entwicklung und Steuerung der pflegerischen Infrastruktur der bisherige Vorrang der Freien Wohlfahrtspflege zu Gunsten einer gesetzlich verankerten Gleichstellung von gemeinnützigen und privat-gewerblichen Trägern von Pflegediensten und Einrichtungen aufgegeben.

⁸¹ Vgl. Fuchs, H. (1996): S. 1-6

⁸² Vgl. Rothgang, H. (1997)

⁸³ Vgl. Lampert, H. (2004)

Durch die gesetzliche Gleichstellung von privat-gewerblichen und freigemeinnützigen Trägern und den gesetzlich verankerten Rechtsanspruch auf Abschluss von Versorgungsverträgen unabhängig vom konkret vorliegenden Bedarf wollte der Gesetzgeber „einen geschlossenen Markt der zugelassenen Pflegeeinrichtungen verhindern, neuen, innovativen Leistungsanbietern den Zugang zum Pflegemarkt offen halten und so den Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen fördern ...“⁸⁴ Damit wurde die Erbringung von Pflegeleistungen erstmals mehr oder weniger Markt- und Wettbewerbsmechanismen unterworfen, der gleichwohl hoch reguliert ist. Die Preise folgen nicht dem Mechanismus von Angebot und Nachfrage, sondern sind das Ergebnis von Verhandlungen zwischen Kranken- bzw. Pflegekassen und Sozialhilfeträgern und den Trägern der Pflegeeinrichtungen.

Seit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes stellt sich der organisatorische, finanzielle und inhaltliche Rahmen alle Anbieter neu dar. Einige Experten sprechen diesbezüglich sogar von einem „Quantensprung“⁸⁵, den die ambulante Pflege nach ihrem Übergang von dem Gemeindegewerkschaftsmodell hin zur Sozialstation nun angesichts ihrer Entwicklungsimpulse des SGB XI zu bewältigen hat. So hat zwar der privat-gewerbliche Bereich schon seit Beginn der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts damit begonnen, die schon immer praktizierte Pflege durch Einzelpersonen abzulösen und in eine betrieblich organisierte Form der Leistungserbringung zu wandeln. „Ging es beim ersten um die Überführung von an Einzelpersonen gebundener Pflege in eine Form von betrieblich organisierter Leistungserbringung, so steht nun die Diversifikation und die Findung von überbetrieblichen und vernetzten Organisationsmodellen an.“⁸⁶

Als bevorzugte Rechtsform der Pflegedienste, die sich in freigemeinnütziger Trägerschaft befinden, gilt der gemeinnützige Verein, der als ein rechtlich selbständiges Mitglied in einem überregionalen Wohlfahrtsverband organisiert ist. Allerdings werden immer häufiger Einrichtungen der Krankenpflege in gesellschaftsrechtliche Unternehmensformen wie z.B. die GmbH oder die gGmbH umgewandelt. Mit einer solchen Änderung der Rechtsform wird oft die Hoffnung verbunden, hemmende vereinsrechtliche Entscheidungsprozesse zu verkürzen, flexiblere Steuerungsmechanismen einzuführen und Managementprobleme besser als bisher bewältigen zu können. Zugleich soll durch die Umwandlung vom Verein in eine GmbH die Haftung z.B. im Falle eines nicht auszuschließenden Konkurses für die Träger auf das eingebrachte Stammkapital begrenzt werden. Im häuslichen Pflegebereich kann man diese Reaktion auch als bewusste Anpassungsreaktion gemeinnütziger Träger an die zunehmend selbstbewusster auftretenden privat-gewerblichen Anbieter deuten. Diese verstehen

⁸⁴ Vgl. Deutscher Bundestag (1993): BT-Drs. 12/5262: 136 (Gesetzesbegründung zu § 72 Abs. 3 SGB XI).

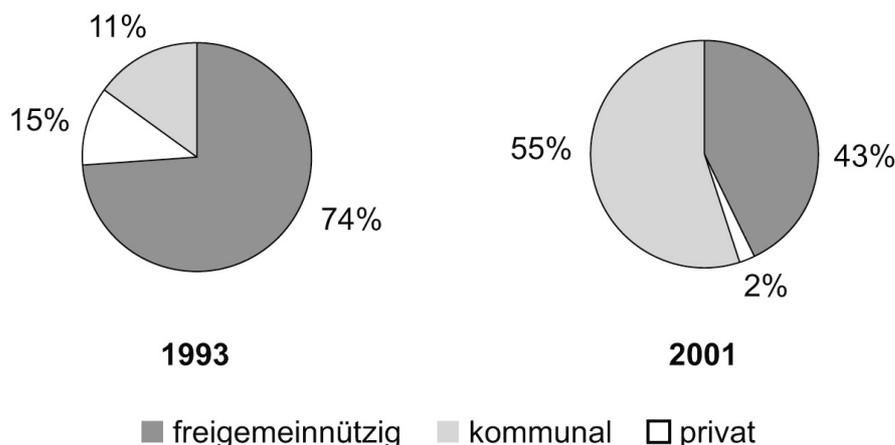
⁸⁵ Vgl. Kliemke C. / Rambaek, F. / Purainer, B. (1985)

⁸⁶ Vgl. Asam, W.H. / Altmann, U. (1995): S. 117

sich von vornherein mehr als betriebswirtschaftlich orientierte Unternehmen, die sich verschiedener gesellschaftsrechtlicher Organisationsformen bedienen.

Der Anteil der freigemeinnützigen Einrichtungen an allen ambulanten Pflegeeinrichtungen betrug 1993 noch 74%, der Anteil der kommunalen Einrichtungen 11% und der privaten Einrichtungen 15%.⁸⁷ Nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes ergab sich für 2001 eine völlig andere Verteilung: Die Mehrzahl der zugelassenen ambulanten Pflegedienste (55%) befand sich in privatgewerblicher Trägerschaft. Der Anteil freigemeinnütziger Träger (z.B. Diakonie, Caritas) betrug 43%. Öffentliche Träger hatten lediglich einen Anteil von 2%.⁸⁸ Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass viele kommunale Träger in „gemeinde-nahe“ freigemeinnützige Träger umgewandelt wurden. Auch ist die Mehrzahl der privatgewerblichen Pflegedienste kleiner als die der freigemeinnützigen Träger. Während ein privatgewerblicher Pflegedienst durchschnittlich rund 30 Pflegebedürftige versorgt, ist die Anzahl der von den freigemeinnützig versorgten Pflegediensten im Durchschnitt fast doppelt so hoch.⁸⁹

Abbildung 2: Verteilung der Trägerschaften ambulanter Pflegedienste 1993 und 2001



Nach Angaben der Berichte über die Pflegeversicherung⁹⁰ ist die Anzahl der ambulanten Dienste im Zeitraum von 1995 bis 1997 stark angestiegen. Diesem Boom folgten jedoch weitere Jahre der Konsolidierung, und nicht zuletzt durch veränderte Rahmenbedingungen verringerte sich die Zahl in den folgenden Jahren wieder. Waren es in 1997 noch 11.700 Pflegedienste bundesweit, so sank die Zahl bis 2001 auf 10.600. Damit wurde erstmals ein Rückgang der ambulanten Pflegedienste seit Einführung der Pflegeversicherung um 2,1% gegenüber 1999 festgestellt.⁹¹

⁸⁷ Vgl. Vincentz-Verlag, 1993, S. 4

⁸⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt, 2003 (a), S. 4

⁸⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt, 2003 (a), S. 4

⁹⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt 2003 (a)

⁹¹ Vgl. Statistisches Bundesamt, 2003 (a), S. 11

Heute ist die ambulante Pflege durch einen wachsenden Anteil privatgewerblicher Pflegedienste charakterisiert, dennoch arbeitet – einschlägigen Studien zufolge – die Mehrzahl dieser Einrichtungen nach wie vor als Kleinbetriebe⁹², die sich allerdings mit zunehmenden Verdrängungstendenzen auch zu größeren Einheiten zusammenschließen. Konzentrationsbemühungen spiegeln sich einigen Bundesländern auch in dem Trend wieder, dass verschiedene soziale und pflegerische Dienste (z.B. Sozialstation und Mobile Soziale Hilfsdienste) zusammengelegt oder um neue Organisationsteile (z.B. teilstationäre Angebote) erweitert werden.

Auch die Vernetzung unterschiedlicher häuslicher Hilfeformen erlangt vor dem Hintergrund der Einführung der DRG's⁹³ im Krankenhausbereich größere Bedeutung. Durch den mit der neuen Fallpauschalenregelung ausgelösten Kostendruck sind die Krankenhäuser gehalten, die Verweildauern so gering zu halten, dass sie keine Defizite erwirtschaften. In der Folge werden dem Krankenhaus nachgelagerte, insbesondere behandlungspflegerische Angebote erforderlich, die umfassendere und schwerere Pflegesituationen abdecken können.

Neben dem sich entwickelnden Pflegemarkt für die Pflegeanbieter brechen viele Regelungen der Pflegeversicherung jedoch sowohl hinsichtlich der Hilfeerbringung als auch in der Finanzierung mit den bisherigen an Bedarfsdeckung ausgerichteten Prinzipien des Sozialversicherungsrechts. Die Konzeption der Pflegeversicherung setzt sich aus einer Mixtur verschiedenster ordnungspolitischer Vorstellungen und Leitbilder zusammen.⁹⁴

So sollen die Leistungen die „familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche „Pflege und Betreuung“ lediglich ergänzen (§ 4 Abs. 2 SGB XI). Konzipiert als „Teilkaskoversicherung“ erhebt das Gesetz folglich weder im häuslichen noch im stationären Bereich den Anspruch, den gesamten Bedarf bei Pflegebedürftigkeit abzudecken. Eine an individuellen Bedarfen orientierte humane und ganzheitliche Pflege bleibt damit nach wie vor auf eigene Beiträge und oder Beiträge des Sozialhilfeträgers, auf Leistungen von Angehörigen und Hilfen von gemeinschaftsbezogenen Aktivitäten angewiesen.

Dementsprechend zielt das Gesetz darauf ab, die „pflegerische Versorgung der Bevölkerung“ als „gesamtgemeinschaftliche Aufgabe“ zu definieren (§ 8 Abs. 1 SGB XI). Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen sollen

⁹² Vgl. Gerste, B. / Rehbein I. (1998)

⁹³ Das am 1. Januar 2000 in Kraft getretene GKV-Reformgesetz sieht in § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz die Einführung eines veränderten Entgeltsystems auf der Basis von DRG's (diagnosis relates groups) für die Krankenhäuser vor. Mit dem neuen Fallpauschalensystem soll ein leistungsorientiertes pauschaliertes Entgeltsystem eingeführt werden. Ein erklärtes Ziel ist dabei die Senkung der Krankenhausverweildauer; Vgl.: BMGS (2003) (a)

⁹⁴ Vgl. Evers, A. (1995): S. 23-28

dabei „die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen“ unterstützen und fördern. Sie sollen, so die einleitenden Vorschriften dieses Gesetzes, „auf eine neue Kultur des Helfens und der menschlichen Zuwendung hinwirken“ (§ 8 Abs. 2 SGB XI).

Diese Gesetzespassagen sind vielfach negativ ausgelegt worden. Kritiker, die das SGB XI vorwiegend unter traditionellen Sicherheits- und Versorgungsaspekten betrachten, sehen hierin beschönigende Umschreibungen für wachsenden Kostendruck, unzureichende Absicherung, Deprofessionalisierung.⁹⁵

Der Gesetzestext kann aber auch als Ausgangspunkt für die Entwicklung einer neuen Balance von staatlichen, marktlichen, familialen und gemeinschaftsorientierten Beiträgen und Leistungen interpretiert werden. In dieser Sichtweise könne das SGB XI vielfältige Möglichkeiten zur Entwicklung von Konzepten eröffnen, die darauf abzielen, professionelle Hilfen und Beiträge aus dem familialen Umfeld, aus Selbsthilfegruppen und Vereinen, produktiver miteinander zu verbinden und durch Aktivierung des lokalen Umfeldes solche und andere Sozialkapital-Ressourcen zu erschließen und zu aktivieren.⁹⁶

In der Praxis sind diese im Gesetz thematisierten Möglichkeiten zur Entwicklung einer „neuen Kultur des Helfens“ jedoch noch nicht zum Tragen gekommen. Mit der Verlagerung zentraler Verantwortungsbereiche des SGB XI (wie z.B. Pflegegesetzverhandlungen, Einstufungen zur Pflegebedürftigkeit, Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen) auf die Pflegekassen wurde auch die Logik des medizinischen Versorgungssystems mit seiner eingeschränkten Orientierung an somatischen Bedarfslagen und der damit einhergehenden Standardisierung und Medikalisierung von Angeboten und Leistungen auf den Pflegesektor übertragen. Damit hat sich der Pflegebereich noch verstärkter zu einer Art Vorfeld des Bereichs der medizinischen Versorgung entwickelt, da fast ausschließlich pflegerische Leistungen finanziert werden:

Die als Pflegesachleistung abrechenbaren Leistungen erfassen nur Hilfe und Pflegebedarf in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung (§ 14 SGB XI).

Neben den durch die Pflegekassen refinanzierten Verrichtungen des täglichen Lebens verfügen Pflegedienste in der Regel auch über eine Zulassung nach § 132 a SGB V zur Erbringung der häuslichen Krankenpflege. Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden einerseits als Krankenhausersatzpflege (§ 37 Abs. 1 SGB V), andererseits als Sicherungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung (§ 37 Abs. 2 SGB V) erbracht.

⁹⁵ Vgl. Fuchs, H. (1997): S. 321-331

⁹⁶ Vgl. Evers, A. (1998): S. 7-22

Sämtliche genannten Leistungsarten werden von den öffentlich-rechtlichen Kostenträgern (gesetzliche Kranken- bzw. Pflegeversicherung, Sozialhilfeträger) in unterschiedlichen inhaltlichen und zeitlichen Umfang finanziert. Ist der Bedarf pflegebedürftiger Patienten durch die Versicherungsleistungen oder ihr eigenes Vermögen nicht gesichert, können ambulante Hilfen auch über das Bundessozialhilfegesetz (dabei wurde der Inhalt der „Hilfen zur Pflege“ nach § 68 BSHG weitestgehend an den Begriff der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI angeglichen) gewährt werden. Ambulante pflegerische und betreuende Leistungen, die über die Sozialhilfeträger finanziert werden, sind an Einkommensgrenzen gebunden und orientieren sich der Sache nach am Bedarf.

Die mit dem sozialrechtlich definierten Leistungskatalog verbundene Trennung in grund- und behandlungspflegerische, hauswirtschaftliche Leistungen und komplementäre psychosoziale Leistungen wirft im Alltag der ambulanten Pflege viele Probleme auf. Leistungen der Grundpflege werden von den Krankenkassen in der Regel nur für einen kurzen Zeitraum gewährt und bei langfristigem Pflegebedarf im Rahmen der Pflegeversicherung pauschal vergütet (Budgetprinzip). Leistungen der Behandlungspflege folgen dagegen dem Bedarfsprinzip und werden in der Regel von den Krankenkassen ohne zeitliche Begrenzung gewährt.

Der Versuch der Krankenkassen, Leistungen von behandlungs- zu grundpflegerischen Leistungen umzuetikettieren, ist für diese mit ökonomischen Vorteilen verbunden, ohne dass sie das Budget der Pflegekasse belasten. Zugleich bedeutet dies aus der Sicht der Pflege eine Dequalifizierung und Einschränkung des Handlungsspielraums.⁹⁷ Die durch das SGB XI ausgelösten Umverteilungsprozesse und Zuständigkeitsprobleme⁹⁸ zwischen den gesetzlichen Kostenträgern (SGB V, SGB XI und BSHG) in Verbindung mit der starken Formalisierung von Antrags- und Widerspruchsverfahren haben zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand für die Pflegedienste geführt. Für die Personalgestaltung bedeutet dies für die Pflegedienste z.B., dass mit der Einführung der Pflegeversicherung die Dienst- und Tourenplanung organisatorisch und wirtschaftlich unter anderen Gesichtspunkten gestaltet werden muss, wenn innerhalb eines Pflegeeinsatzes sowohl Leistungen nach dem SGB V als auch nach dem SGB XI erbracht werden müssen, und die eine Leistung den Einsatz einer examinierten Pflegekraft voraussetzt, wohingegen bei der anderen Leistung auch der Einsatz einer Hilfskraft unter Anleitung einer Fachkraft ausreichend ist.

Darüber hinaus erhalten administrative und bürokratische Anforderungen und Regelungen ein immer stärkeres Gewicht (z.B. durch die Qualitätssicherungsmaßnahmen, Pflegebuchführungsverordnung etc.). Die Marktöffnung im Pfl-

⁹⁷ Vgl. Igl, G. (1995)

⁹⁸ Vgl. Knieps, F. (1998): S 13-138

gebereich hat bislang vor allem zu einer an Marketingkonzepten, Trägerfusionen ausgerichteten Ökonomisierungstendenz geführt.

Auf Grund dieser problematischen Mixtur von betriebswirtschaftlichen Orientierungen und der Einführung von bürokratisch zentralistischen Leistungs- und Finanzierungsstrukturen besteht somit für die Herausbildung einer umfassenden und vielfältigen Pflegekultur, die auch wesentliche Elemente einer neuen „Kultur des Helfens“, wie etwa die Aktivierung und Förderung von Sozialkapital-Ressourcen und lokalen Solidaritäten wie z.B. Fördervereine und Selbsthilfegruppen einschließt, nur wenig Entwicklungsraum.

Mit der Zentrierung der Verantwortung auf die Pflegekassen ist auch die Tendenz zum Rückzug der Kommunen aus dem Feld der Altenhilfe und -pflege einhergegangen.⁹⁹ Begründet wird die Tendenz zum Rückzug der Kommunen aus dieser Verantwortung vor allem dadurch, dass mit dem durch die Pflegeversicherung geschaffenen Pflegemarkt und der bedarfsunabhängigen Zulassung von Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 3 SGB XI) eine öffentliche Planung ausgeschlossen sei.

Folgenreich ist auch die Art und Weise, wie der Leistungsumfang definiert wird, der von den Kassen als refinanzierbar gilt. Zwar soll die Pflege auch die „Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben“ und „auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigen“ (§ 28 Abs. 4 SGB XI); diese werden jedoch nicht als eigenständige vergütungsfähige Leistung betrachtet, sondern eher als selbstverständliches Qualitätsmerkmal bei der Erbringung von Pflegeleistungen.

Die genaue Ausdifferenzierung der vergütungsfähigen Leistungen führt zu einer eingeschränkten auf pflegerische Leistungen ausgerichteten Angebotspalette der Pflegedienste die es kaum zulässt, andere wie z.B. niedrigschwellige Betreuungsangebote aufzunehmen. Die Refinanzierbarkeit der Leistungen bestimmt das Angebotsspektrum und nicht die individuellen Bedarfslagen der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen.

Hier liegt, wie später noch zu zeigen sein wird, ein wichtiger Handlungsansatz zur Weiterentwicklung bestehender Rahmenbedingungen häuslicher Pflegearrangements.

3.5 Folgen des „Quasi-Marktes“ Pflege für Anbieter und Nachfrager

Markt- und Wettbewerbsmechanismen der Pflegeversicherung sollen vorwiegend auf der Ebene der Anbieter von Pflegeleistungen stattfinden, die um den Pflegebedürftigen konkurrieren, d.h. der Wettbewerb findet „in der direkten

⁹⁹ Vgl. Evers, A. / Klie, Th. (1999): S. 39-48

*Interaktion mit den Endverbrauchern – den Pflegebedürftigen und Angehörigen statt ...*¹⁰⁰ Die damit unterstellte Effizienz von Märkten mit konkurrierenden Anbietern (und souveränen Nachfragern) sollte zum einen der Wirtschaftlichkeit der Versorgung und zum anderen der Qualitätsverbesserung der Pflegeinfrastruktur zugute kommen.

Fraglich ist jedoch, ob im Pflegebereich die Voraussetzungen eines Marktes im ökonomischen Sinne gegeben sind. Herkömmlicherweise versteht man unter einem Markt den Ort, an dem Angebot und Nachfrage aufeinander treffen und sich Preise durch Angebot und Nachfrage frei bilden.

Bei den Pflegemärkten handelt es sich jedoch um Märkte besonderer Art. Sie entsprechen weitgehend dem von Le Grand¹⁰¹ für die Reform des Wohlfahrtswesens in Großbritannien eingeführten Begriff der **Quasi-Märkte**:

1. Auf der **Anbieterseite** finden sich nebeneinander im Wettbewerb sowohl gewerbliche Anbieter als auch nicht gewerbliche Unternehmen, eine Situation, die mit den konventionellen Marktbetrachtungen nur schwer vereinbar ist. Da die Eigentümer der privat gewerblichen Unternehmen eine Gewinnausschüttung bei angemessener Kapitalverzinsung erwarten und der Einkommensbesteuerung unterliegen, müssten sich für sie unüberwindbare Wettbewerbsnachteile ergeben gegenüber ihren gemeinnützigen Konkurrenten, die gleiche Qualität vorausgesetzt. Eine weitere Herausforderung für professionelle Anbieter in der häuslichen Pflege besteht durch das konkurrierende Angebot der Familie als eine weitere Pflegeinstitution.
2. Die **Nachfrageseite** besteht in der gegenwärtigen Situation in der häuslichen Pflege nur zu einem geringen Teil aus Selbstzahlern. Überwiegend sind die Nutzer mit den Zahlern nicht identisch. Es handelt sich um Märkte, die aus einer Minderheit von bilateralen (geschlossenen) und einer Mehrheit von gespaltenen Tauschbeziehungen bestehen. Diese gespaltenen oder nicht – schlüssigen Tauschbeziehungen ergeben sich daraus, dass die Finanzierung der Pflegeleistungen in der Regel durch den Sozialversicherungsträger (Kranken- oder Pflegekasse) oder der Sozialhilfe übernommen wird. Die Pflegeleistung wird damit zu einem sozialen Gut in ökonomischem Sinne – in diesem Fall zu einer sozialen Dienstleistung – gemacht, da sie dank der Finanzierung von dritter Seite für den Nutzer (bis zu Budgetgrenze der Sachleistung nach § 36 SGB XI) unentgeltlich bereitgestellt wird.

Für die Pflegeanbieter hat diese Aufspaltung in Nutzer und Zahler auf der Nachfrageseite erhebliche Konsequenzen: sie haben es bei jeder angestrebten oder bestehenden Tauschbeziehung nicht mehr nur mit einem einzigen Nachfrager

¹⁰⁰ Vgl. Rothgang, H. (2000): S. 423-448

¹⁰¹ Le Grand, Julian (1991): S. 1256-1267

zu tun, sondern mit zwei autonom handelnden Parteien, deren Interessenlage nicht nur unterschiedlich, sondern auch widersprüchlich sein kann: Der Zahler (z.B. die Pflegekasse) verlangt zur Deckung eines objektivierten Bedarfs seiner Versicherten eine Mindestqualität zu möglichst niedrigem Preis. Der Nutzer (Pflegebedürftige bzw. Angehörige) dagegen erwartet nicht nur die Finanzierung höchstmöglicher Menge und Qualität durch den Finanzierungsträger, sondern auch eine höchstmögliche Qualität der Leistung. Tauschbeziehung und Umsatz kommen nur zustande und werden langfristig auch nur dann aufrechterhalten, wenn die Erwartungen beider Seiten erfüllt werden.

Für die Pflegedienste bedeutet dies, dass sie auf die unterschiedlichen Interessen von Zahler und Nutzer eingehen müssen: Der Zahler muss dazu bewegt werden, eine Leistung zu finanzieren, die er selbst nicht in Anspruch nimmt. Der Nutzer dagegen ist dazu zu bringen, den vom Zahler (z.B. im Rahmen einer bestimmten Pflegestufe) garantierten Finanzierungsrahmen auch voll aususchöpfen.

Ob bei dieser gespaltenen Tauschbeziehung eine vertragliche Beziehung zustande kommt, hängt davon ab, dass jeder der beiden Partner des Pflegeanbieters – trotz unterschiedlicher Interessenstandpunkte – in die Aufnahme der Leistungsbeziehung bzw. deren Aufrechterhaltung einwilligt.

Aus diesem Dreiecksverhältnis zwischen Nutzern, Anbietern und Finanziers ergibt sich die Möglichkeit, innerhalb des Rahmens öffentlicher Finanzierung und Verantwortung Markt- und Wettbewerbsmechanismen zu etablieren. In dem Maße, wie die Finanziers der Leistung (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) dazu übergehen, den Leistungsanbietern statt der nachträglichen Abdeckung der vertraglich vereinbarten Kosten nur noch vertraglich vereinbarte Preise (Leistungsverträge, Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzips)¹⁰² zu gewähren, entstehen zwischen den Anbietern Konkurrenzbeziehungen, die verschiedene Effekte im Hinblick auf die Qualität und die Effizienz der pflegerischen Versorgung haben können.

3.6 Vergütungssysteme

Eine entscheidende Bedeutung im Hinblick auf die Gewährleistung einer wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Pflege auf dem skizzierten Quasi-Markt kommt den speziellen Regelungen der Vergütungen für die Leistungen der ambulanten Pflege zu. Die Möglichkeiten, nach denen diese Leistungen „verpreislicht“ werden können, haben damit eine entscheidende Bedeutung im

¹⁰² Nach § 84 Abs. 2 SGB XI müssen Pflegesätze leistungsgerecht sein. Die damit verbundene Abkehr von jeglicher Form der Kostenerstattung (Selbstkostendeckungsprinzip), wie sie im Krankenhausfinanzierungsgesetz und Bundessozialhilfegesetz galt, wird verbunden mit der zwingenden „prospektiven“ Vereinbarung der Pflegesätze nach § 85 Abs. 3 SGB XI.

Hinblick auf die Gewährleistung einer wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Pflege.

Ambulante Pflegesachleistungen sollen nach den „*Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung ... in der ambulanten Pflege*“ vom 31. Mai 1996¹⁰³ vor allem

- im Einzelfall fachlich kompetente und bedarfsgerechte Pflege nach den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen gewährleisten,
- durch Information und Austausch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten ermöglichen,
- eine Vertrauensbasis zwischen Pflegebedürftigen und Leistungserbringern schaffen,
- flexibel auf die Notwendigkeiten des Einzelfalls reagieren,
- die individuelle Lebenssituation und die Selbstversorgungskompetenz respektieren und fördern.

Die Vergütungsformen in der häuslichen Pflege sind in § 89 SGB XI beschrieben. Der Gesetzgeber sieht in § 89 Abs. 3 SGB XI zunächst verschiedene gleichrangige Vergütungssysteme vor, denn *„die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistungen, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexeleistungen oder in Ausnahmefällen nach Einzelleistungen bemessen werden ...“*

Theoretisch wurde dabei den Vertragsparteien ein hohes Maß an Flexibilität bei der Gestaltung der Vergütung eingeräumt. Faktisch hat sich jedoch in fast allen Bundesländern das System der Leistungsmodule etabliert.¹⁰⁴ Dies bedeutet, dass für typische Verrichtungen, die innerhalb eines Pflegeeinsatzes zur Anwendung kommen, Leistungskomplexe bzw. -module gebildet werden. Ausdrückliches Ziel des Leistungskomplexsystems soll es sein, mehr Transparenz für die Nutzer professioneller Dienste zu schaffen und mehr Wettbewerb unter den Anbietern ambulanter Pflegeleistungen herbeizuführen.

- **Leistungskomplexsystem**

Zentrales Konstitutionsmoment eines Leistungskomplexsystems ist die Bündelung einzelner sachlich und prozessorientiert aufeinander bezogener Verrichtungen zu so genannten Leistungskomplexen oder Modulen. Das System der Leistungsmodule ist von dem Gedanken geprägt, dass die typischerweise in

¹⁰³ Vgl. Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung (1996)

¹⁰⁴ Vgl. Empfehlung der Spitzenverbände der Pflegekassen für ein System zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI, Stand 8. 11. 1996

einem Pflegeeinsatz anfallenden Verrichtungen gebündelt werden können. So kann beispielhaft ein Modul der „kleinen Pflege“ alle Tätigkeiten enthalten, die zwischen dem Verlassen und dem Aufsuchen des Bettes im Bereich Körperwäsche erledigt werden können, soweit es sich um eine Teil- statt einer Ganzkörperwäsche handelt. Der Pflegebedürftige soll jene Module wählen können, die die Leistungen beinhalten, die seinem individuellen Bedarf entsprechen. Den Modulen sind Punktzahlen zugeordnet, deren Höhe implizit den für diese Leistungen unterstellten zeitlichen Aufwand zum Ausdruck bringt. Diesen Punktzahlen ist ein Punktwert unterlegt. Aus der Multiplikation der Punktzahl eines Moduls mit dem Punktwert erhält man den Betrag, der dem Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt werden kann.

Diese Kosten entstehen für den Pflegebedürftigen unabhängig davon, wie viel Zeit die Pflegekraft für die Durchführung der Leistungen tatsächlich aufgewandt hat und gegebenenfalls auch unabhängig davon, ob die Erbringung aller Einzelverrichtungen dieses Moduls notwendig sind und sie auch tatsächlich durchgeführt werden. Die für die Verrichtungen des Moduls aufgewandte Zeit hat keinen Einfluss auf die dem Pflegebedürftigen in Rechnung zu stellenden Kosten, da der Preis unabhängig von der für die Pflegeleistung erforderliche Zeit finanziert wird.

Das betriebswirtschaftliche Risiko ist damit auf den Pflegedienst übertragen. Wird bei der Leistungserbringung der dem Modul unterstellte Zeitrahmen überschritten, liegen die Erlöse unter dem kalkulatorischen Stundensatz, der sich ergibt, wenn man die einer Zeitzunde entsprechend unterstellte Punktzahl mit dem Punktwert multipliziert. (Einer Zeitzunde wird eine Punktzahl von 600 unterstellt. Eine Minute entspricht damit zehn Punkten). Gelingt es, den unterstellten Zeitrahmen zu unterschreiten, liegen seine Erlöse über dem kalkulatorischen Stundensatz. Dem Pflegedienst bietet sich damit ein betriebswirtschaftlicher Spielraum, der allerdings auch einen Anreiz induziert, unter Minimierung der Pflegezeit bei einzelnen Pflegebedürftigen den Ertrag je Leistungsstunde zu steigern.

Der Zuschnitt und der Umfang der Leistungskomplexe im Modulsystem ist bestimmender Faktor für die Qualität der Pflegeleistung. Durch die zeitentkoppelnde Abrechnung verlagert sich der Kontrolldruck von Seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen auf die Pflegekräfte. Allerdings ist der Preis des gesamten Moduls schwer vermittelbar, wenn nur einzelne Tätigkeiten nachgefragt werden. In diesem Zusammenhang muss sicherlich berücksichtigt werden, dass die Festlegung von Zeiten und Leistungen in einem Modulsystem zwar einerseits die Realisierung von einzelnen Leistungsarten und deren Überprüfung sichern, andererseits aber auch die Gefahr bergen kann, dass sich die Motivation der Mitarbeiter der Pflegedienste verringern kann.

Eine grundsätzliche Problematik der standardisierten Leistungsmodule besteht darin, dass neben den in den Leistungspaketen abgebildeten Verrichtungen kein gesonderter Raum für Aushandlungsprozesse vorhanden ist, da solche Aushandlungen lediglich hinsichtlich der Zusammenstellung der einzelnen Module erfolgen können.

Die bundesweite Umsetzung dieses Modulsystems ist sehr unterschiedlich. Von Bundesland zu Bundesland unterscheidet sich der zeitliche und finanzielle Zuschnitt der einzelnen Module erheblich. Darüber hinaus haben die ersten Erfahrungen mit dem System der Leistungsmodule gezeigt, dass hier auch systemimmanente Fehlerquellen verborgen sind, die daher rühren, dass ein Leistungsmodul eine pauschale Annahme über Zeit und Gegenstand einer Pflegeleistung beinhaltet, die nicht immer mit der Realität eines Pflegeeinsatzes übereinstimmt.

Besonders im hauswirtschaftlichen Bereich haben sich z.B. für das Bereitstellen einer Mahlzeit Abrechnungsbeträge ergeben, die zu einer Verteuerung der Leistungen geführt haben,¹⁰⁵ während andererseits Pflegekräfte über die Kompliziertheit und „unbeabsichtigte Fehler“ klagten. So konnte z.B. für Wiesbaden nachgewiesen werden, dass mit den im Bundesland Hessen 1995 angewandten Leistungsmodulen Stundensätze von bis zu 150 DM erzielt werden konnten, obwohl das Abrechnungsverfahren mit den Leistungsmodulen korrekt angewandt wurde.¹⁰⁶ Dies mag zum einen Ausdruck für die Konsequenz der in den Bundesländern sehr unterschiedlich gestalteten Punktzahlen und Punktwerten für jedes Modul sein. Zum anderen wurden an diesem extremen Beispiel die möglichen systemimmanenten Fehlerquellen des Modulsystems sehr deutlich, auf die auch das damalige Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998 hingewiesen hat.¹⁰⁷

Um zu verhindern, dass systembedingt überteuerte Abrechnungen erfolgen, waren in der Weiterentwicklung des Modulsystems weitere Differenzierungen erforderlich wie z.B. Abrechnungsausschlüsse verschiedener Module, da die Realität des Pflegeeinsatzes sich nicht immer nur in einem, sondern in verschiedenen Modulen widerspiegelt und damit zu erhöhten Abrechnungsbeträgen geführt hat. Sind z.B. die „Hilfen bei Inkontinenz“ in einem gesonderten Modul abgebildet, kann bei fehlendem Leistungsausschluss gleichzeitig das Modul der kleinen bzw. großen Körperpflege abgerechnet werden, das als einen Teil ebenso die Hilfe bei Inkontinenz beinhaltet.

¹⁰⁵ Vgl. „Das Capital“, (1995): „Suppe für 80 Mark“

¹⁰⁶ Vgl. Weber, J. (1998): S. 367

¹⁰⁷ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998): Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, BT-Drs. 1036/97.

Die weitere Ausdifferenzierung des Modulsystems führt zu einer komplexen Abrechnungssystematik, die besonders für die Pflegekräfte einen Zuwachs Bürokratie anstelle von Flexibilität im Pflegealltag bedeutet und für die Nutzer der Dienstleistung kaum noch verständlich ist. Das Leistungsmodulsystem trägt somit dazu bei, dass die Beziehungen zwischen Klient und Helfendem standardisiert werden und dadurch die entscheidenden positiven Effekte der aktiven Mitarbeit durch den Klienten ausgehebelt werden.¹⁰⁸

Eine weitere, grundsätzliche Kritik an System der Leistungsmodule bezieht sich darauf, dass die Übertragung von Wettbewerbsprinzipien bei diesem System auf die Pflege nicht funktionieren könne, da die betroffenen Pflegebedürftigen nicht über die notwendige Marktfähigkeit und die entsprechende Verhandlungsmacht verfügen, um eine ihren Wünschen angemessene häusliche Versorgung aushandeln zu können. Darüber hinaus sollten personenbezogene Hilfen nicht ausschließlich als preisorientierte Dienstleistung verstanden werden.¹⁰⁹ Diesen Bedenken liegt die Vorstellung zugrunde, dass die Versorgung von Pflegebedürftigen nicht nach wirtschaftlichen Überlegungen zu gestalten ist, da Humanität und Solidarität nicht ohne weiteres mit Effizienzüberlegungen und Kosten/Nutzen-Kalkülen zu verbinden sei. In diesem Sinne verbirgt sich nach Auffassung einiger Kritiker hinter der Auseinandersetzung um Wirtschaftlichkeit in der Pflegeversicherung eine Wertediskussion, „ein Streit um das, was Pflege ist, was Pflege bewirken sollte.“¹¹⁰

Die durch die Einführung der Leistungsmodule verstärkte Ökonomisierung der Pflegedienstleistungen kann die Gefahr bergen, dass der „Arbeitsgegenstand“ Mensch im Zuge dieses Prozesses der Status eines Objektes (anstelle des Subjektes) zugewiesen wird, das mit standardisierten Prozeduren (Leistungsmodulen) bearbeitet wird. Die ganzheitliche Sichtweise des Arbeitsgegenstandes Mensch als Subjekt und die entsprechenden Umgangsweisen werden auf instrumentelle Handhabungen reduziert. Die zeitlichen Vorgaben der standardisierten Leistungsmodule ähneln Taktzeiten an Fließbändern in der industriellen Produktion, was sich als belastend für die Pflegekräfte auswirken kann. Insbesondere Pflegekräfte sind den Ökonomisierungstendenzen der Pflege stark ausgesetzt, da diese Tendenzen in diametralem Gegensatz zu ihrem eigenen Arbeitsverständnis stehen und sie in einen Widerspruch bringen, der hohe emotionale und psychische Belastungen mit sich bringt.

Durch die den Leistungsmodulen pauschal hinterlegten Zeitwerte kann die Pflege nur bedingt nach den wechselnden Bedarfen und Wünschen der pflege- und hilfebedürftigen Personen gestaltet werden; die Entwicklung zusammenhängender Handlungsstränge, die einzelne Verrichtungen in einen sinnvollen

¹⁰⁸ Vgl. Evers, A. / Ühlein, A. (1999) (a)

¹⁰⁹ Vgl. Jürgens, A. (1995): S. 12

¹¹⁰ Vgl. Vornbäumen, A. (1995)

Zusammenhang bringen, hängt davon ab, ob sich die Lebensrealität der häuslichen Pflege im Leistungsmodul abbilden lässt. Es gibt kaum freie Entscheidungsmöglichkeiten, welche Leistungen in der konkreten Situation erbracht werden, da jede einzelne Tätigkeit beantragt, begründet und dokumentiert werden muss. Dies kann von den Betroffenen auch als Verletzung ihrer Würde empfunden werden.

- **Zeitsystem**

Im Zeitsystem erfolgt die Vergütung nicht nach Art und Umfang der erbrachten Leistungen, sondern nach der von der Pflegekraft für diese Leistungen tatsächlich aufgewandten Zeiten. Dadurch soll einerseits eine individuelle, flexible Leistungserbringung ermöglicht werden. Andererseits werden dem Pflegebedürftigen über die Abrechnung der tatsächlich geleisteten Zeit nur solche Kosten in Rechnung gestellt, die bei ihm tatsächlich entstanden sind. Aus der Beziehung der abrechenbaren Zeit zum vereinbarten Stundensatz errechnet sich der in Rechnung zu stellende Betrag.

Im Vergleich zum Leistungsmodulsystem besteht hier eine größere Möglichkeit für eine flexiblere Leistungserbringung, da die geleisteten Tätigkeiten nicht in das Korsett der Module eingepasst werden müssen, sondern lediglich die geleistete Zeit zu erfassen ist.¹¹¹ Aus der Sicht der Pflegebedürftigen und der Angehörigen lässt sich die Abrechnung leicht nachvollziehen. Für die Pflegedienste kann dies aber auch zu negativen Effekten führen, wenn die Angehörigen während des Pflegeeinsatzes mit kritischem Blick auf die Uhr die Geschwindigkeit und damit die Höhe der Abrechnung der Einsätze kontrollieren, was sich negativ auf die Motivation der Pflegekräfte auswirken kann.

Aus der Sicht der Kostenträger wird vor allem die hohe Intransparenz bei der Leistungsabrechnung im Zeitsystem kritisiert. Eine sachgerechte Differenzierung der abrechenbaren Zeiten nach deren Charakter bzw. Kostenträgerschaft (z.B. Grundpflege, Behandlungspflege) sei nicht möglich. Die schwierige Differenzierung, d.h. das getrennte Erfassen und Ausweisen der Zeiten, die nicht über die Pflegeversicherung abrechenbar sind, erweist sich aus dieser Perspektive als ein Strukturproblem des Zeitsystems.

Die flexiblere Leistungsgestaltung, die durch die Abrechnung nach Zeiten möglich ist, kann sich besonders bei Pflegebedürftigen mit sehr spezifischem und hohem Pflegebedarf als vorteilhaft erweisen, da der pauschale Zuschnitt der Leistungsmodule diese Bedarfe nicht erfassen kann.

¹¹¹ Allerdings ändert dies nichts an den vergütungsfähigen pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen.

In einer in Hessen im Jahre 2000 durchgeführten Analyse zu den Wirkungsweisen von Leistungsmodulen und Zeitabrechnung¹¹² kommen die Autoren zu dem Befund, dass die Qualität der Pflegeleistungen offenbar von weiteren Variablen determiniert wird, deren Wirksamkeit vom jeweiligen Vergütungssystem unabhängig ist. Defizite in den Rahmenbedingungen und die Qualität beeinträchtigende Momente, so die Studie, würden zunächst auf der Ebene der Pflegekräfte kompensiert und seien nicht unmittelbar als Defizit bei den Pflegebedürftigen wahrzunehmen.

Aus der Gegenüberstellung der Vergütungssysteme (Modul- und Zeitsystem) wird deutlich, dass jedes System für sich betrachtet noch keine hinreichende Perspektive für die eingangs dargestellten Anforderungen, die an ein Vergütungssystem gestellt werden können, darstellt. Besonders fraglich bleibt, wie der Erfordernis Rechnung getragen werden kann, durch Information und Austausch aller Beteiligten zu individuellen Leistungsgewährungen zu gelangen, wenn dies durch keinen expliziten Leistungsbestandteil im Vergütungssystem abgebildet wird. In der Weiterentwicklung der Vergütungssysteme liegt daher ein wichtiger Handlungsansatz, der im Kapitel 7.2 aufgegriffen wird.

3.7 Zusammenfassung

Der historische Abriss der Entwicklung von der Gemeindepflegestation bis hin zum „Quasi-Markt“ Pflege hat zunächst deutlich gemacht, dass Ansätze der Hilfe und Pflege im Alter traditionell durch ein geringes Maß staatlicher Absicherung sowie durch ein großes Gewicht kommunalen, bürgerschaftlichen oder familialen Engagements geprägt waren. Hilfe und Pflege im Alter ist über lange Zeit eine Domäne kirchlich getragener Organisationen (wie die Organisationen der Wohlfahrtsverbände, Gemeindeschwestern) gewesen, getragen von engagierten Personen, die zum Teil auch fachlich ausgebildet waren. Gemeinden und Kreise leisteten nicht nur allein im Rahmen der Pflichtleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, sondern darüber hinaus auch im Bereich von Ermessensleistungen freiwillige Beiträge zum Aufbau einer lokalen Infrastruktur der Hilfe und Unterstützung (wie Investitionskostenzuschüsse oder laufende Unterstützungsleistungen zum Betrieb einer Einrichtung).

In vielen Gemeinden hatte sich eine lokale Solidaritäts- und Selbsthilfekultur entwickelt, die auf dem Engagement von selbständigen lokalen Trägervereinen, Mitgliedsbeiträgen und ehrenamtlicher Mitarbeit beruhte. Die damit erreichten Hilfe- und Sicherungsniveaus sind jedoch weit hinter denen anderer Bereiche (wie z.B. der medizinischen Versorgung) zurückgeblieben mit der Folge, dass für die Pflege von Familienmitgliedern kaum eine sozialstaatliche Unterstützung verfügbar war.¹¹³

¹¹² Vgl. Herdt, Jürgen et al. (2000): S. 230 ff.

¹¹³ Vgl. Alber, J. / Schöllkopf, M. (1999)

Bis heute sind die Unterstützungsleistungen aus der Familie die wichtigste Ressource für Hilfe und Pflege im Alter. Kehrseiten dieser Art von traditionellem „Wohlfahrtsmix“ mit seinem Zusammenspiel von Staat, Kommunen, Familien und bürgerschaftlichen Elementen waren vor allem ein geringes Niveau garantierter sozialer Rechte sowie eine defensive Familienorientierung und eine über lange Zeit gewachsene jedoch im Vergleich zu anderen Politikfeldern (wie z.B. der Schule) gering institutionalisierte kommunale Verantwortlichkeit.

In der Tendenz ist bereits im Vorfeld der Pflegeversicherung das bürgerschaftliche Element im Wohlfahrtsmix rückläufig gewesen. Maßgeblich hierfür waren eine bestimmte Form der Professionalisierung der häuslichen Pflegeberufe, ein wachsendes Gewicht der Krankenpflege und eine kontinuierliche Abnahme von ergänzenden Finanzierungsbeiträgen und lokalen Einbindungen, z.B. seitens der Kirchen.

Aus der Entwicklung der häuslichen Pflegeberufe ist aber auch erkennbar, dass Pflegedienstleistungen besondere Charakteristika enthalten, die schon immer mit einer spezifisch „weiblichen Fürsorgetätigkeit“ verbunden worden sind, wie sie beispielsweise in der Gemeindegeschwister als hilfreiche Assistentin des Arztes, in „selbstaufopfernder Liebestätigkeit“, zum Ausdruck kamen.

Ein erster Entwicklungsschritt zum Aus- und Umbau der ambulanten Pflege hat sich durch die Einführung der Sozialstationen ergeben, der als eine erste Tendenz zur Ent-Lokalisierung der Gemeindepflege betrachtet werden kann. Dabei ist schon mit der Umstrukturierung von der Gemeindepflege zur Sozialstation eine Diskrepanz zwischen den in den Zielvorstellungen über das Leistungsspektrum einer Sozialstation formulierten interdisziplinären Aufgabenstellungen und den in der Praxis hauptsächlich geleisteten pflegerischen Tätigkeiten zu erkennen. So ist es bis heute nur unzureichend gelungen, die Beratung und Einbeziehung der Angehörigen in das Aufgabenspektrum der professionellen Pflege regelhaft aufzunehmen.

Der zweite Schritt zur Ent-Lokalisierung bzw. Ent-Kommunalisierung der Hilfe- und Pflegestrukturen wurde mit der Einführung der Pflegeversicherung vollzogen. Zum einen ist seither die Zahl der privat-gewerblichen Pflegeanbieter auf dem „Quasi-Markt“ Pflege stark angestiegen, die sich nicht mehr ohne weiteres lokalen Gegebenheiten und kommunalen Instanzen verpflichtet fühlen. Zum anderen wurden die neuen Zuständigkeiten für zentrale Rahmenbedingungen der Pflegeanbieter (Qualitätsanforderungen, Vergütungsvereinbarungen) durch das Pflegeversicherungsgesetz insbesondere auf die Pflegekassen übertragen. Durch die Einführung neuer Instrumente und bürokratischer Standards (wie insbesondere der Leistungsmodule) ist es zu einem Bedeutungszuwachs betriebswirtschaftlicher Orientierungsmuster gekommen.

Das heutige Erscheinungsbild häuslicher Pflegedienste kann als Ergebnis der Entwicklung von ursprünglich lokalen, nachbarschaftlich ausgerichteten, aber wenig ausdifferenzierten Formen der Leistungserbringung betrachtet werden, die sich zu organisatorisch zentralisierten und gleichzeitig professionalisierten, nach Tätigkeitsfeldern gegliederten Strukturen weiterentwickelten.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung haben sich jedoch auch grundsätzlich neue Chancen für einen Wohlfahrtsmix geöffnet, da

- der Markt eine stärkere Rolle spielt,
- staatlich gesicherte soziale Rechte für alle Bürger den Rahmen bilden und
- die traditionell hierarchische Ordnung (erst Familie, dann freie Wohlfahrt, dann staatlicher Zuschuss) durch eine dem Konzept nach kooperative Ordnung ersetzt worden ist, innerhalb derer Staat, freie Träger, Marktanbieter und betroffene Familien bei Pflegearrangements zusammenwirken und grundsätzlich mit ihren Beiträgen in unterschiedlicher Weise verknüpft werden können.¹¹⁴

Elemente wie Selbsthilfe, Gesundheitsförderung und Beratung werden im Gesetz jedoch nur zum Teil genannt und aufgewertet, während man von lokalen Fördervereinen für Sozialstationen, lokalen Pflegevereinen oder auch der Unterstützung aus kirchlichen Gemeinden, keine Notiz genommen hat. Die im lokalen Umfeld gewachsenen Formen von Sozialkapital wie ehrenamtliche Nachbarschaftshilfen und lokale Fördervereine für Sozialstationen haben damit noch mehr an Bedeutung verloren.

Aktivierende und unterstützende Maßnahmen für Betroffene und ihre Familien, bei denen z.B. Selbsthilfegruppen eine Rolle spielen könnten, haben bei der finanziellen Mittelverwendung des Pflegeversicherungsgesetzes so gut wie keinen Stellenwert – es bleibt vielmehr beim traditionellen, dem medizinischen Bereich entlehnten Versorgungsduktus. Dazu trägt bei, dass die Vergütungsregelungen in der Pflegeversicherung einen scharf abgegrenzten Kernbereich pflegerischer und hauswirtschaftlicher Versorgungsmaßnahmen in der Pflege privilegieren.

Besonders die Vergütungsregelungen in der häuslichen Pflege führen dazu, dass sich das Leistungsprofil und die Kultur der Pflegedienste auf die abrechenbaren pflegerischen Leistungen konzentrieren. Von einer umfassenden Hilfe- und Betreuungsarbeit, wie sie von den Gemeindeschwestern ehemals gefordert und geleistet wurden, kann bei einer auf die Pflege reduzierten Tätigkeiten nicht mehr die Rede sein.

¹¹⁴ Vgl. Evers, A. (1998): S. 7-22

Insbesondere das derzeitige System der Leistungsmodule fördert eine nach betriebswirtschaftlichen Kriterien ausgerichtete Handlungsweise, bei der Zuwendung, Kommunikation und Einbeziehung aller Beteiligten ausgeblendet sind. Hier liegt, wie später noch zu zeigen sein wird, ein wichtiger Handlungsansatz zur Weiterentwicklung bestehender Rahmenbedingungen häuslicher Pflegearrangements.

Die potenziellen positiven Möglichkeiten der Einbeziehung von Marktelementen – wie z.B. die Schaffung von Möglichkeiten zum privaten Einkauf zusätzlicher Unterstützungsangebote – kommen vor diesem Hintergrund nur sehr zögerlich in Gang. Möglicherweise ist es für die Anbieter bislang noch ausreichend und auch bequemer, im Rahmen der gegebenen Vergütungsordnungen die von Kranken- und Pflegekassen bereitgestellten Mittel so weit wie eben möglich auszuschöpfen.

Die dargestellten Entwicklungslinien der Pflegedienste vor dem Hintergrund des Konzepts des Wohlfahrtspluralismus führen im Folgenden zu einer Auseinandersetzung mit den Besonderheiten von Pflege als interaktiver, personenbezogener Dienstleistung. Diese Betrachtungen erfordern es, aus unterschiedlichen Perspektiven heraus solche Merkmale herauszuarbeiten, die sich sowohl auf den Charakter der Dienstleistung selbst als auch auf die Nutzer beziehen sowie auf die derzeitige Marktsituation, auf der diese in Anspruch genommen werden.

4. Kapitel: Pflege als interaktive, personenbezogene Dienstleistung

Die Zuordnung von Pflege zu den personenbezogenen Dienstleistungen basiert auf einer Systematisierung unterschiedlicher Dienstleistungsarten. So unterscheiden Häußermann/Siebel¹¹⁵ ausgehend von so genannten konsumorientierten Dienstleistungen (da sie unmittelbar vom Endverbraucher konsumiert werden) folgende Unterkategorien von Dienstleistungen:

- personenorientierte (sie können der Person unmittelbar zugute kommen, wie z.B. Frisieren und Körperpflege, Bildung und Erziehung),
- haushaltsbezogene (gemeint sind solche Tätigkeiten, die üblicherweise in einem Privathaushalt anfallen wie z.B. Raum- und Wäschepflege, Besorgungen, Essenszubereitung, Bringdienste etc.),
- Fun-Services (sie übernehmen keine traditionelle Verpflichtung, sondern ermöglichen neuartige Betätigungen aller Art: Freizeitdienste wie z.B. Bade- und Körperkultur, Hobbies, Unterhaltung, Kultur).

Häußermann/Siebel unterscheiden innerhalb der personenbezogenen Dienstleistungen weiterhin solche „sozialen Dienste“, die sich an abhängige Personen richten wie die Pflege und Betreuung von Kindern, Kranken und Alten.¹¹⁶ Badura/Gross¹¹⁷ sehen „soziale Dienstleistungen“ als solche Hilfeformen an, die bezahlt und verberuflicht sind. Dies ist insofern bedeutsam, als Pflege- und Sorgetätigkeit, die im Privaten stattfindet und von Angehörigen (meist Frauen) geleistet wird nicht als soziale Dienstleistung in diesem Sinne verstanden wird.¹¹⁸

Soziale Dienstleistungen weisen spezifische Merkmale und Bedingungen auf, die sich zunächst durch die Betrachtung des Dienstleistungsprozesses im Unterschied zu anderen Wirtschaftssektoren (wie z.B. der Sachgüterproduktion) ergeben. Hervorzuheben sind dabei folgenden Merkmale:¹¹⁹

Immaterialität: Die Kernleistung bei Dienstleistungen ist weder sichtbar noch greifbar. Das zentrale Element der Dienstleistung ist nicht gegenständlich. Dies hat zur Folge, dass der Nachfrager sich zur angebotenen Leistung und deren Nutzung zwar eine Vorstellung macht, die Leistung jedoch vor ihrer Erbringung nicht genau kennt. In der Konsequenz ist auch der „Erfolg“ meist nicht sichtbar; es entsteht kein „Produkt“.

¹¹⁵ Häußermann, H. / Siebel, W. (1995): S. 26

¹¹⁶ Häußermann, H. / Siebel, W. (1995): S. 26

¹¹⁷ Vgl. Badura, B. / Gross, P. (1981): S. 73

¹¹⁸ Auf die Bedeutung und Abgrenzung von privater Fürsorgetätigkeit und Erwerbsarbeit wird in Kapitel 4.3. eingegangen.

¹¹⁹ Vgl. Arnold, U. (1998)

Unteilbarkeit/ Nicht-Speicherbarkeit / Koproduktion: Bei sozialen Dienstleistungen fallen Produktion und Konsum zusammen (uno-actu-Prinzip). Für die meisten personenbezogenen Dienstleistungen ist die Präsenz der Kunden unerlässlich. Im Bereich der sozialen Arbeit und der „Pflegedienstleistung“ sind die Kunden ferner Mitproduzenten der Dienstleistung; die Erstellung der Dienstleistung erfolgt koproduktiv¹²⁰. Letztlich kann aber die aktive Mitwirkung der Adressaten bei der Dienstleistungserstellung nicht immer vorausgesetzt werden.

Individualität: Soziale Dienstleistungen sind nur begrenzt standardisierbar. Sie müssen variabel sein für die unterschiedlichen Bedürfnisse der Nachfrager. Die Nachfrager wiederum sind oftmals unsicher, ob und inwiefern die angebotene Dienstleistung ihren Erwartungen entspricht. Insofern handelt es sich bei sozialen Dienstleistungen – und hier bei Pflegeleistungen – auch immer um Vertrauensgüter.

Der entscheidende Punkt, in dem sich Pflege als Erscheinungsform der personenbezogenen Dienstleistung von anderen Arbeitsformen unterscheidet, ist der Arbeitsgegenstand. In der Pflege geht es nicht um die Bearbeitung von materiellen Objekten; der Arbeitsprozess besteht vielmehr aus der Begegnung zweier Subjekte. Pflege kann in diesem Verständnis als ein Interaktionsprozess von Pflegern und Klienten sowie Angehörigen begriffen werden, bei dem beide Seiten zum Ergebnis der Arbeit aktiv beitragen.¹²¹

Die Besonderheiten dieses Produktionsprozesses machen deutlich, dass die Konsumenten bei der Produktion persönlicher sozialer Dienstleistungen eine herausragende Rolle spielen; sie sind nicht lediglich Adressaten oder Klienten, sondern in vielfacher Hinsicht auch aktiv Mitwirkende im Prozess der Dienstleistungsproduktion. Die Pflegebedürftigen selbst sind also mit ihren Voraussetzungen, Reaktionen und Wünschen Teil eines Dienstleistungsprozesses, an dem in der Regel mehrere Menschen, die auch miteinander interagieren, beteiligt sind. Dieses besondere Merkmal der personenbezogenen Dienstleistung Pflege fasst Rieder¹²² unter der Kategorie *dialogische Dienstleistungsarbeit* zusammen.

Das Charakteristikum dialogischer Dienstleistungsarbeit gegenüber Tätigkeiten etwa in der industriellen Produktion ist die Notwendigkeit, irgendeine Form von Abstimmung mit dem Nutzer der Arbeit vorzunehmen. Zwischen beiden muss eine Interaktion stattfinden, um die Dienstleistung zu realisieren und das angestrebte Arbeitsergebnis erreichen zu können. Nach Evers/Olk¹²³ beruht die

¹²⁰ Vgl. Gross, P. / Badura, B. (1977): S. 361-385

¹²¹ Vgl. Büssing et al. (2001)

¹²² Vgl. Rieder, K. (1999)

¹²³ Vgl. Evers, A. / Olk, Th. (1996): S. 348-349

Pflege folglich auf einer Koproduktion aller an der Versorgung eines Pflegebedürftigen Beteiligten, die zusammen betrachtet ein Versorgungsnetzwerk bilden. Letztlich kann man mit dieser Perspektive „Dienstleisten“ als einen Prozess verstehen, der von mehreren Akteuren in Szene gesetzt wird.

Pflege als personenbezogener Dienstleistung in Form einer „Interaktionsbeziehung“ verweist darauf, dass es sich um komplexe Vertrauensgüter (Beziehungsarbeit) handelt. Die Produktivität dieser Interaktionsbeziehung hängt damit unmittelbar vom Aufbau einer vertrauensvollen sozialen Beziehung zwischen Produzenten und Konsumenten ab; nur wenn Erwartungen und Handlungsstrategien auf beiden Seiten der Beziehung zusammenpassen, kann Vertrauen und somit auch die Bereitschaft beim Nutzer entstehen, selbst aktiv etwas zur Produktion dieser Dienstleistung beizutragen.

Im Rahmen dieses Interaktionsprozesses¹²⁴ verdichtet sich die Rolle des Klienten als Empfänger und Mitproduzent der Dienstleistung zu einer Doppelfunktion. Fritz Böhle und Sabine Weishaupt¹²⁵ sprechen von einem „doppelten Personenbezug“ der Pflege, der zum einen die marktvermittelnde Interaktion, die sich an Dienstleistungsnehmer als Nachfrager nach Dienstleistungen richtet, und zum anderen die pflegerische Versorgung des Dienstleistungsnehmers als „Arbeit am Menschen“ beinhaltet, hinweisen. Es bedeutet, dass sich aus der Sicht der Pflegenden eine mehrdimensionale Beziehung zum Pflegebedürftigen ergibt, die sich sowohl an seine Rolle als Nachfrager als auch als Mitproduzent der Dienstleistung richtet.

Wenn man diese „Arbeit am Menschen“ als Arbeit am Subjekt begreift, dann ergeben sich daraus Konsequenzen für das, was den eigentlichen Kern dieser Arbeit ausmacht und auf die Art und Weise, wie sie durchgeführt wird. Denn aus der Berücksichtigung des Subjektcharakters des Dienstleistungsnehmers ergibt sich die sehr begrenzte Berechenbarkeit und Beherrschbarkeit dieses Arbeitsgegenstandes. Das hat wiederum Auswirkungen darauf, was als Anforderungen im Berufsfeld Pflege definiert wird und welche Kompetenzen zu deren Bewältigung notwendig sind.

Mit dem von Böhle entwickelten Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns als Kern direkt personenbezogener Dienstleistungen im Gegensatz zu rein zweckrationalem Handeln wird der „doppelte“ Subjektcharakter – sowohl jener der Pflegekräfte als auch jener der Dienstleistungsnehmer – berücksichtigt. Pflegekräfte müssen also ihre eigene Subjektivität in den Arbeitsprozess einbringen, um die Subjektivität des Dienstleistungsnehmers in und durch die Arbeit angemessen berücksichtigen zu können.

¹²⁴ Vgl. Büssing, A. (2000); Dunkel, W./ Rieder, K. (2001): S.163-180

¹²⁵ Vgl. Böhle, F./ Weishaupt, S. (2003): S. 149-162

Der entscheidende Punkt besteht darin, dass subjektive Faktoren wie Gefühl, Empfinden und Erleben keine nebensächlichen „Zutaten“ darstellen, sondern zentrale Grundlagen des Arbeitshandelns. Die darin enthaltenen Arbeitsweisen – sinnliche Wahrnehmung in Verbindung mit subjektivem Empfinden, bildhaftes und assoziatives Denken und eine emotionale Beziehung zu Arbeitsgegenständen¹²⁶, – basieren demnach auf professionellen Kompetenzen, um die Bewältigung der Anforderungen, die aus dem Subjektcharakter des Arbeitsgegenstandes resultieren, zu gewährleisten.

Ähnlich lässt sich der von Kari Waerness für die Kennzeichnung der Arbeit in der Pflege geprägte Begriff der „Fürsorgerationalität“ begreifen, dem eine Denkweise zugrunde liegt, die *„eher kontextuell und beschreibend als formell und abstrakt ist ... sowie Lebenserfahrung und die Fähigkeit, sich in die Situation des Einzelnen hineinzusetzen,“* erfordert.¹²⁷ Diese besondere Form von Rationalität bedarf laut Waerness bewusster und mitfühlender Akteure und steht damit im Gegensatz zur wissenschaftlichen und bürokratischen Rationalität, die in der Planung und Organisation von Pflege dominiert.

Interaktion als wechselseitig aufeinander bezogenes Handeln von Personen, die in einer Dienstleistungsbeziehung stehen, muss nicht zwangsläufig bedeuten, dass alle handelnden Akteure die gleichen Ziele verfolgen: Es können divergierende Ziele auftreten, z.B. wenn von beiden Seiten unterschiedliche Vorstellungen über die zu erbringende Dienstleistung in die Interaktion eingebracht werden,¹²⁸ wie an folgendem fiktiven Beispiel verdeutlicht werden soll:

Frau X (bettlägerig, desorientiert) soll von der Pflegerin Frau C gewaschen werden. Frau X schlägt um sich – die Pflegerin versucht freundlich und sachlich dennoch die morgendliche Wäsche durchzuführen und versucht sie zur Mitarbeit anzuregen. Erst als sie ihr eine Tasse Kaffee reicht, nimmt Frau X diese an und Frau C kann mit der eigentlichen Pflege beginnen.

Dieses Beispiel macht deutlich, dass pflegerische Dienstleistungsbeziehungen potenziell konfliktträchtig sind, eine gelingende Koproduktion keineswegs automatisch unterstellt werden kann: Beide Akteure verfolgen Ziele; das Ziel der Pflegerin besteht darin, die morgendliche Wäsche durchzuführen. Das Ziel von Frau X – und damit fangen die Probleme an – ist hierzu nicht komplementär: Sie möchte in Ruhe gelassen werden, unangenehme Empfindungen vermeiden. Frau X setzt sich in erster Linie gegen die ihr zugeordnete Dienstleistung zur Wehr und setzt nichtsprachliche Mittel ein (Schlagen). Sie kann nur auf ein eingeschränktes Handlungsrepertoire zurückgreifen, da sie bettlägerig ist, nicht in der Lage ist, verbal zu kommunizieren – ihr bleibt also nur eine Verweige-

¹²⁶ Vgl. ausführlicher Böhle, F. (2002): S. 101-133.

¹²⁷ Vgl. Waerness, K. (2000): S. 54-66.

¹²⁸ Vgl. Rieder, K. (1999)

runghaltung. Im Gegensatz dazu kann die Pflegerin auf eine bessere Ressourcenausstattung zurückgreifen: Sie kann sich artikulieren, sich bewegen, ihre Ziele flexibel ansteuern (Frau X liegt im Bett und kann sich dem Zugriff räumlich nicht entziehen). Erst nachdem die Pflegekraft Frau X eine Tasse Kaffee reicht, kann so etwas wie eine gemeinsame Handlungsbasis gefunden werden, die von dem Vertrauen getragen wird, eine Dienstleistung anzunehmen und zu kooperieren. Das Misstrauen gegenüber der Pflegerin kann in diesem Beispiel erst dann überwunden werden, wenn eine Vertrauensbasis hergestellt worden ist, die es ermöglicht, dass Frau X es zulässt, berührt zu werden.

Aus dieser handlungsorientierten Sichtweise heraus kann die pflegerische Dienstleistung als Interaktion *eigensinnig handelnder Akteure* betrachtet werden. Wenn man diesen „eigensinnigen Subjektcharakter“ des Arbeitsgegenstandes in der Pflege konsequent in den Blick nimmt, dann wird deutlich, dass die Arbeitsanforderungen, die daraus entstehen, sich nicht mit standardisiertem, rein zweckrational orientiertem Arbeitshandeln bewältigen lassen.

Ein besonderes Kennzeichen der Dienstleistungsarbeit in der häuslichen Pflege und Betreuung besteht auch in der Vielzahl an Unwägbarkeiten, die täglich auftreten können. Das kann beginnen mit Problemen des Zugangs zum Arbeitsort, etwa wenn verwirrte Menschen die Tür nicht öffnen, oder wie in dem vorgenannten Fallbeispiel, wenn sich die alte Damen nicht waschen lassen will, und setzt sich fort in notwendigen Kommunikationsprozessen mit den Angehörigen. Dies alles führt dazu, dass die Arbeit in der häuslichen Pflege nur eingeschränkt vorab planbar ist.

Die Besonderheit der ausgeübten professionellen Pflegedienstleistung drückt sich auch in dem Arbeitsverständnis der Pflegekräfte aus, insofern sie nämlich ihre Klienten als ganzheitliche Person oder als Objekt betrachten oder anders ausgedrückt, ob Pflegekräfte ihre Arbeit als Arbeit *für* einen hilfebedürftigen oder aber *mit* einem aktiven oder zu aktivierenden Klienten verstehen. Pflege als Dienstleistung ist in diesem Sinne beides, wobei entscheidend ist, dass das Miteinander und die Zusammenarbeit im Mittelpunkt stehen.

4.1 Rollenvielfalt auf der Ebene der Nutzer personenbezogener Dienstleistungen

Die Besonderheiten von Pflegedienstleistungen als Interaktionsprozess machen deutlich, dass sie ohne das aktive, kooperative Zusammenwirken zwischen Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und professionellen Helfern nicht gelingen können. Daher ist von Bedeutung, welche Rollenkonzepte mit den Nutzern der Pflegedienstleistungen in Verbindung gebracht werden, die je nach Sichtweise z.B. als Kunde, Konsument, Koproduzent oder auch als Bürger betrachtet werden können.

Im Konzept des Wohlfahrtspluralismus auf der Ebene der einzelnen Person geht es damit auch um das Verständnis von Demokratie und sozialen Dienstleistungen. So beziehen sich eindimensionale Betrachtungen jeweils auf die Stärkung der Konsumentenrolle oder auf die Rolle des Koproduzenten einer Dienstleistung oder beziehen mehr bürgerschaftliches Engagement ein.

Eine pluralistische Perspektive versucht hingegen Wege zu finden, die verschiedenen mit Markt, Dienstleistungskonzepten oder Staat verbundenen Ansätze miteinander zu kombinieren. Insofern kann ein solches plurales Demokratieverständnis als ein besonderes Merkmal des Problems eines ausbalancierten Wohlfahrtspluralismus verstanden werden.¹²⁹ Den jeweils angesprochenen Konzepten für Demokratie in sozialen Dienstleistungen liegt ein bestimmtes Verständnis des Bürgers in der Gesellschaft zugrunde. Es handelt sich bei diesen um das Konzept des Bürgers, des Kunden bzw. Konsumenten und des Koproduzenten. Diese sollen zunächst vorgestellt werden.

Als Bürger im Rahmen einer politischen Demokratie werden Prinzipien angesprochen, die diesen in seiner Rolle als Wähler oder gewählten Abgeordneten ansprechen. Zentraler Ansatzpunkt ist die Autorität von lokaler und zentraler Regierung und deren Kontrolle, wenn es um Entscheidungen über soziale Dienstleistungen geht. Diese Fragen treten in dem Maß in den Vordergrund, je mehr Dienstleistungen von den öffentlichen Verwaltungen geplant, finanziert und betrieben werden. Im Rahmen von z.B. Podiumsdiskussionen mit Verantwortlichen aus dem Dienstleistungsbereich kann der Bürger diese Rolle ausüben. Eine Ausweitung der Logik dieses Konzepts wäre die Tendenz hin zu mehr Entscheidungsbefugnissen für die Gemeinde als dezentraler Repräsentant des öffentlichen Interesses. Diese Perspektive ist vor allem wichtig, wenn man das Dienstleistungsangebot mehr und mehr an regional und lokal spezifische Situationen und Prioritäten anpassen will.

Ein weiteres Konzept, um Demokratie auf dem Sektor der sozialen Dienstleistungen mehr Geltung zu verschaffen, geht auf die Entwicklung der Selbsthilfeorganisationen zurück, in denen Mitglieder bestimmter sozialer Gruppen sich zur Einrichtung und zum Unterhalt sozialer Einrichtungen und Dienste zusammenfanden. Dazu gehören u.a. Freiwilligenorganisationen, freie Träger im Zusammenhang mit den Kirchen oder Genossenschaften der Arbeiterbewegung, aber auch neuere Selbsthilfegruppen in Verbindung mit neuen sozialen Bewegungen (wie z.B. der Alzheimer Gesellschaft). Diesen Formen der Dienstleistungsorganisation ist die direkte Form der Teilnahme der Mitglieder und Nutzer bei der Entscheidungsfindung oder dem alltäglichen Betrieb der Dienstleistungsangebote gemeinsam.

¹²⁹ Vgl. Evers, A./ Olk, Th. (1996): S. 47-53

Das Konzept der Kunden- bzw. Konsumentenorientierung hingegen versucht, die Verankerung von mehr demokratischer Einflussnahme im Bereich sozialer Dienste zu bewirken. Es nimmt in Anspruch, mehr Demokratie durch marktwirtschaftliche Strategien auf den Dienstleistungssektor zu übertragen. Die grundlegende Idee der „Konsumentendemokratie“¹³⁰ ist, die Verwaltungen weniger als öffentliche Autoritäten, sondern eher als eine Form von Anbietern unter anderen zu sehen und soziale Dienstleistungen weniger als öffentliches Gut, sondern als potenziellen Markt zu betrachten, der sich von dem anderer Dienstleistungen nicht grundsätzlich unterscheidet.

Mit der Stärkung marktwirtschaftlicher Prinzipien erlangt die Nutzerperspektive gerade aus der Sicht der Anbieter der Dienstleistungen zunehmend an Bedeutung: Pflegebedürftige werden zu „umworbene“ Kunden von miteinander konkurrierenden Pflegeeinrichtungen. Vor diesem Hintergrund setzen Leistungsanbieter immer mehr auf die „Kundenorientierung“.¹³¹ Hiermit kommt die Zielsetzung zum Ausdruck, das Leistungsangebot der Pflegedienste und ihre Unternehmenskultur stärker auf die Erwartungshaltung der Pflegebedürftigen abzustimmen und damit die eigene Stellung am Markt zu verbessern.

Eine Steuerung des „Quasi-Marktes“ Pflege über den Wettbewerb kann jedoch nur funktionieren, wenn die Nachfrager in der Lage sind, bestehende Leistungsunterschiede ausfindig zu machen und auf mögliche Qualitätsmängel mit Kritik oder aber mit Abwanderung zu reagieren. Die Rolle des Kunden setzt die Vorstellung voraus, dass dieser sich souverän im Geschehen des Marktes bewegt und als potenzieller Nachfrager über Qualität und Preisforderungen der Angebote der Anbieter auf dem Markt informiert ist. Die Adressaten stehen als Konsument oder Kunde im Mittelpunkt, die mit Kaufkraft (z.B. durch die Möglichkeit Pflegegeld statt Sachleistungen zu erhalten), ausgestattet werden.

Ein Kunde kann nach Klie wie folgt charakterisiert werden:¹³²

- Auf dem „Markt“ fragt ein Kunde Waren und Dienstleistungen nach Maßgabe seiner persönlichen Bedürfnisse und Bedarfe nach.
- Er legt selbst die Mittel zur Zielerreichung (Befriedigung der Bedürfnisse) fest.
- Er bestimmt autonom Art und Umfang der Bedürfnisbefriedigung.
- Er kann dabei zwischen Alternativen auswählen.
- Er zahlt selbst, und zwar den vollen Preis.
- Alle Unsicherheiten sind ausgeräumt.

¹³⁰ Vgl. Naschold, F. (1983)

¹³¹ Vgl. Häberlein, U. / Militzke, P. / Sackmann, J. (1996): S. 36-39

¹³² Vgl. Klie, Th. (1997): S. 197-208.

Der Kunde kann durch seine Wahl über den marktregulierenden Mechanismus von Angebot und Nachfrage einen Einfluss auf Inhalt und Qualität des Angebots ausüben. Das Bild des souveränen, rational handelnden Kunden, der sich auf einem transparenten Markt bewegt, ist dabei nicht ohne weiteres auf den Pflegemarkt übertragbar. Die Möglichkeiten eines Pflegebedürftigen, als Nachfrager und mündiger Verbraucher bzw. Kunde auf einem Pflegemarkt zu agieren, sind aufgrund seiner gesundheitlichen und nicht auch selten existentiell problematischen Situation begrenzt.¹³³

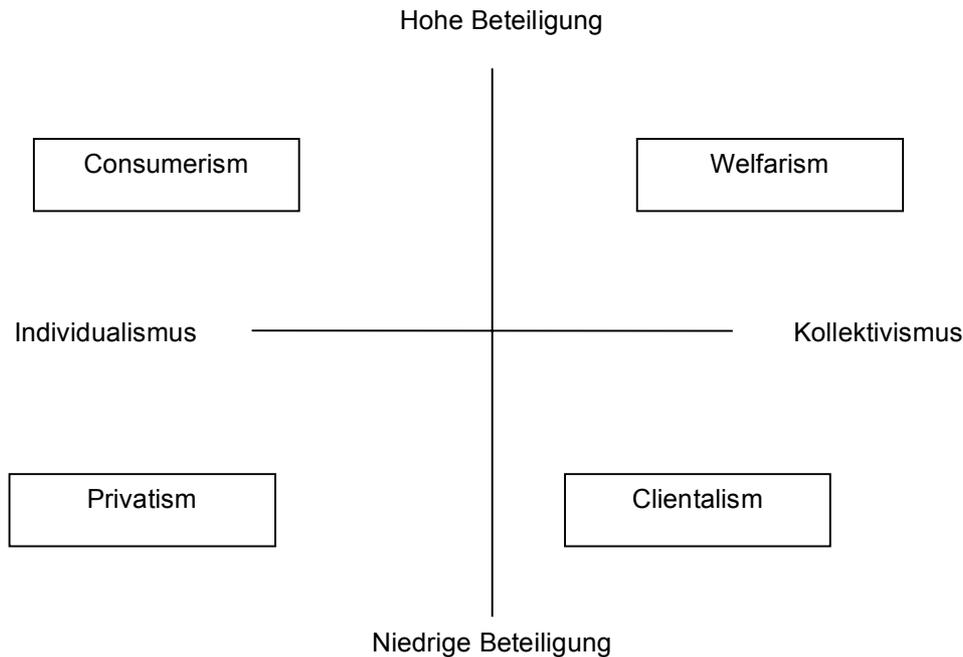
Es liegt z.B. auf der Hand, dass Zufriedenheit mit dem Preis-Leistungs-Verhältnis, das in anderen Dienstleistungsbereichen aus der Kundenperspektive zentrale Bedeutung hat, innerhalb der gespaltenen Tauschbeziehungen auf dem „Quasi-Markt“ Pflege nur eingeschränkt aussagefähig sein kann, da die erhaltenen Leistungen von den Nutzern erst bei Überschreitung der gesetzlich zur Verfügung gestellten Leistungsbudgets direkt entgolten werden müssen. Der Nutzer ist u.a. aus diesem Grund nicht ohne weiteres mit einem als Käufer auf dem Dienstleistungsmarkt auftretenden Kunden vergleichbar.

Längst nicht alle Nutzer von Pflegedienstleistungen entwickeln gleichermaßen die gewünschten Kundeneigenschaften durch die ihnen zugewiesene Marktmacht, wie am Beispiel einer durchgeführten Untersuchung von John Baldock und Clare Ungerson aus dem Jahr 1994 deutlich wird.¹³⁴ Es wurden ältere Menschen mit ähnlichen Bedürfnissen und sehr ähnlichem niedrigem Einkommenslevel hinsichtlich ihrer Reaktionen auf einem expandierenden Pflegemarkt betrachtet. Baldock und Ungerson konnten dabei vier „idealtypische“ Reaktionen unterscheiden:

¹³³ Vgl. Gassmann, R. (2001): S. 140-146

¹³⁴ Vgl. Baldock, J. and Ungerson, C. (1994) (a)

Abbildung 3: Idealtypische Reaktionen von Nutzern auf den Pflegemarkt



Quelle: Baldock, J. / Ungerson, C. (1994) (a)

Die horizontale Achse misst, in welchem Maße ältere Menschen erwarten, dass Pflege durch ihre eigenen Ressourcen oder durch eine Art gemeinschaftlicher Beteiligung bereitgestellt wird. Die vertikale Achse misst, wie aktiv Menschen darin sind, ihre Erwartungen zu verfolgen. Aus diesen Dimensionen haben sich folgende Zugänge zum Pflegemarkt herauskristallisiert:

Menschen, die der Kategorie „Consumerism“ zugeordnet werden konnten, sind die Selbständigkeit eines Konsumenten oder Kunden gewöhnt. Sie neigen dazu, den Kontrollverlust, den der Gebrauch von herkömmlichen staatlichen Sachleistungen mit sich bringt, abzulehnen. Interessanterweise ist diese Eigenschaft nicht zwangsläufig einkommensabhängig. Baldock und Ungerson fanden diesen Typ auch bei Haushalten mit geringem Einkommen vor, die einem selbst initiierten und privat zu bezahlenden Pflegearrangement den Vorrang gaben. Durch eigene Initiative war es diesen Menschen möglich, kreative Organisationstaleute zu Tage zu fördern, die zu einer selbstbestimmten Lösung führten mit der Konsequenz, auch niemanden zu Dank verpflichtet zu sein.

Menschen, die in die Kategorie der „Privatism“ fielen, gelang es hingegen weniger gut, mit Dienstleistungen, die staatlicherseits zur Verfügung gestellt wurden, umzugehen. Diese Gruppe empfand es als eher persönlich beschämend, staatliche „Almosen“ zu erhalten. Allerdings fiel es diesen Menschen sehr schwer, sich auf dem Pflegemarkt souverän zu bewegen, da der Zugang im Vergleich zu anderen Konsumgütern ungewohnt war und die erforderliche Markttranspa-

renz nicht bestand. Baldock und Ungerson folgerten daraus, dass die Gruppe der „Privatism“ dann auf dem Pflegemarkt selbständig agieren kann, wenn es sich um leicht zugängliche und bekannte Dienstleistungen handelt.

Menschen, die der Kategorie „welfarism“ zugeordnet wurden, glaubten an das Recht, staatliche Leistungen zu besitzen und sie zu benutzen. Offenbar handelte es sich hier um besser ausgebildete und redegewandte Menschen, die im Umgang mit Behörden weniger Probleme hatten. Diese Gruppe war eher misstrauisch gegenüber Standards des privaten Sektors und vertraute eher staatlich garantierten Leistungen.

Menschen, die der Kategorie „clientalism“ zugeordnet wurden, charakterisieren die Art von Nutzern, welche es gewohnt sind, passiv, akzeptierend, geduldig und dankbar öffentliche Leistungen in Anspruch nehmen zu dürfen. Im Gegensatz zu anderen Gruppen lehnten sie es weder ab, noch hinterfragten sie, was vom Staat angeboten wurde, besonders wenn es ohne private zusätzliche Eigenbeteiligung angeboten wurde.

Diese Betrachtungen sollen illustrieren, dass es kein einheitliches, homogenes Handeln von Menschen auf dem „Quasi-Markt“ Pflege gibt, sondern dass sich Menschen auf verschiedene Arten mit unterschiedlichen Ergebnissen verhalten, abhängig von ihren gesammelten Erfahrungen mit Märkten und ihren Fähigkeiten darauf zu reagieren. Wenn es um die Stärkung von Kundensouveränität – als einem möglichen Rollenkonzept – geht, ist dies eine zentrale Erkenntnis. Sie macht deutlich, dass die Nutzer nicht idealtypisch sämtliche der intendierten Konsumenteneigenschaften besitzen oder in der Lage sind, diese zu entwickeln.

Das letzte Konzept, das hier skizziert werden soll, hat keine sofort erkennbare Verbindung mit einem der zuvor diskutierten Modelle. Es bezieht sich auf die Erweiterung von Demokratie durch Einbeziehung der Koproduzenten.¹³⁵ Der Hintergrund ist nicht ein politisches, sondern ein professionelles Konzept, ein bestimmtes Verständnis von Pflege und persönlicher Dienstleistung, wie in Kapitel 4. diskutiert. Die erste Komponente dieses Konzepts steht in Verbindung mit den Eigenschaften von Dienstleistungsbeziehungen in einer modernen Gesellschaft, in der auch Mitglieder so genannter Problemgruppen über ihre Werte als Bürger Bescheid wissen und oft über ein beträchtliches Maß an sozialer Kompetenz verfügen. Erst wenn ihre Vorbehalte und Fähigkeiten in Bezug auf eine aktive Mitarbeit in der Pflege in einem dialogischen Prozess des Lernens und von Verhandlungen in Betracht gezogen werden, akzeptieren sich beide Seiten als Koproduzenten.¹³⁶

¹³⁵ Vgl. Gartner, A.; Riessmann, F. (1978)

¹³⁶ Vgl. Lachmund, J. (1987): S. 353-366.

Die zweite Komponente dieses Konzeptes bezieht sich auf „empowerment“ und „enabling“ – also Anleitungen zu Formen der Hilfe, die schrittweise zu mehr Selbständigkeit führen und so die anfänglich große Kluft zwischen Anbietern und Klientel verringern helfen sollen.¹³⁷ Die Entwicklung und Erweiterung dieser Komponente durch „nutzerfreundliche“ Angebotskonzepte kann sowohl bei öffentlichen als auch bei privatgewerblichen Anbietern persönlicher Dienste beobachtet werden.

Die genannten Rollenkonzepte sollten nun im Sinne eines pluralen Demokratieverständnisses nicht als voneinander getrennte Sichtweisen betrachtet werden, sondern eher als gemischter, pluralistischer Ansatz, da alle beschriebenen Konzepte ihre starken und schwachen Seiten haben. Eine „gemischte“ Betrachtungsweise der Sichtweisen des Dienstleistungsempfängers basiert auch auf der Annahme, dass sämtliche Rollen Kompetenzen voraussetzen, die nicht automatisch vorhanden sind sondern ggf. erst erlernt werden müssen.

Um z.B. als mündiger Konsument oder Kunde auf dem Pflegemarkt handeln zu können, sind Kompetenzen erforderlich, die möglicherweise nur dann erworben werden können, wenn die Pflegekassen entsprechende Informationen sowie Beratungs- und Unterstützungsleistungen anbieten.

Dort, wo Pflege als familiäre Aufgabe betrachtet wird, lässt sich in der Regel ohne Überzeugungsarbeit von Institutionen, die Vertrauen genießen, kaum die Bereitschaft herstellen, fremde Hilfe zuzulassen. Eine sensible Einstellung auf lokale und individuelle häusliche Situationen ist erforderlich, um Vertrauen und Akzeptanz erwerben zu können. Erst dieser „öffentliche“ Bewusstseinswandel kann dann dazu führen, dass gewerbliche Anbieter Angebote etablieren. Aber sie selbst können diesen Wandel in der Einstellung auch nicht allein herstellen.

So wird weder die bloße Einrichtung eines Angebots für ältere Menschen (z.B. ein niedrigschwelliges Angebot für Demenzkranke) noch ein privates Marketing privater Anbieter mittels Hochglanzbroschüren dieses Vertrauen herstellen können, denn privates Marketing allein wird wohl kaum eine defensive auf die Familie ausgerichtete Orientierung in der Pflege aufbrechen können. Hingegen kann ein gesellschaftlicher Diskurs, indem die Bürger ein Anrechtsbewusstsein entwickeln, Wege ebnen, auf denen diese Bürger auch als Konsumenten selbstbewusster aufzutreten lernen.¹³⁸ Zugleich ist Vertrauen eine unerlässliche Bedingung, um die Akzeptanz häuslicher Unterstützung erreichen zu können.

Die Rollenkonzepte als Kunde und Koproduzent stehen zudem in Beziehungen miteinander. Dort, wo soziale Kompetenz oder die Motivation zur Koproduktion, also eine aufgeschlossene und intensive Mitarbeit, fehlt, wird es auch schwer,

¹³⁷ Vgl. Stark, W. (1996)

¹³⁸ Vgl. Steiner-Hummel, I. (1996) (a)

eine Kundenbeziehung aufzubauen: Das bedeutet, dass zumindest im Anfangsstadium der Dienstleistungsbeziehung ein ungleiches Verhältnis zwischen professionellen Helfern und Hilfebedürftigen keinen guten Nährboden für die ausschließliche Strukturierung der Hilfebeziehung nach dem Kunden- und Konsumentenmodell darstellt.¹³⁹

Ein weiterer Gesichtspunkt, der für einen solchen Wohlfahrtsmix auf der Ebene der einzelnen Person spricht, kann mit Hirschmanns Schlüsselbegriffen „voice“ and „exit“ beschrieben werden.¹⁴⁰ „Exit“ als Einflussnahme über „Abwanderung“ von Nutzern nimmt Bezug auf Marktelemente wie Wettbewerb und Wahlfreiheit bei sozialen Diensten. „Voice“ bezeichnet alle Formen von Einspruch und Protest gegenüber Strukturen und ist besonders dort wichtig, wo man – wie z.B. beim häuslichen Pflegeangebot für Aidskranke – nicht einfach zu einem konkurrierenden Angebot überwechseln kann, da es bei diesen speziellen Angebotsstrukturen nur wenige Anbieter gibt. Beide Prinzipien schließen sich aber gegenseitig nicht aus. In der Pflege ist sowohl der Wechsel zu einem anderen Betreuungsangebot eine wichtige Handlungsmöglichkeit, aber gleichzeitig z.B. auch ein lokales Pflegeforum als Möglichkeit, mit anderen Nutzern u.a. Qualitätsfragen zu erörtern.

Diese Besonderheiten haben für die Nutzer pflegerischer Dienstleistungen zur Konsequenz, dass sie verschiedenste Rollen zur gleichen Zeit annehmen und kombinieren müssen. Sie können und müssen gleichzeitig Konsumenten, Kunde, Koproduzenten – aber auch Bürger sein. Als Bürger einer lokalen Gemeinde wünschen sie vielleicht, dass ihre politischen Vertreter genügend Verantwortung zeigen, um die Existenz eines ausreichenden Netzwerkes für häusliche Pflege zu garantieren; als mündige Konsumenten sollten ihnen alle Wahlmöglichkeiten bewusst sein, wenn es darum geht, eine häusliche Pflegehilfe für einen Verwandten zu organisieren und schließlich sollten sie auch als Koproduzenten mitwirken, wenn es z.B. darum geht, durch aktive Mitsprache Verabredungen zur häuslichen Pflege mit einer bestimmten Arbeitsteilung zwischen Professionellen und Angehörigen zu gestalten.

Die Schwierigkeit besteht in der richtigen Austarierung, wenn es um den relativen Einfluss geht, den einzelne Ansätze dabei jeweils haben sollen. Markt- und Wettbewerbsorientierung überwiegen in der Diskussion dann, wenn es um die Steigerung der Effizienz der pflegerischen Dienstleistungen geht. Als Gefahr kann dabei angesehen werden, dass sich mit steigendem Einfluss von Management- und Wettbewerbsorientierung ein reduziertes Problembewusstsein ausbreiten kann. Denn diese Überlegungen kreisen um die Findung eines eher magischen, sich selbst steuernden Systems von Anreizen, dass die Anbieter und Nutzer, denen man eine eindimensionale Orientierung auf Nutzenmaximie-

¹³⁹ Vgl. Evers, A. (1996)

¹⁴⁰ Vgl. Hirschmann, A. (1970)

rung unterstellt, zu dem erwünschten Verhalten veranlassen soll.¹⁴¹ Dabei darf jedoch nicht verkannt werden, dass Menschen als eigensinnig handelnde Akteure von ihren eigenen Erfahrungen und Fähigkeiten abhängig sind, wenn sie handeln, wie die Untersuchungen von Baldock/Ungerson gezeigt haben (vgl. S. 57-58).

Vieles spricht daher dafür, dass die Nutzer der Pflegedienstleistung sowohl Koproduzent, Kunde bzw. Konsument oder auch Bürger sein können. Diese Rollen bedürfen aber der Unterstützung (z.B. durch Beratungsstrukturen), da sich die Strukturen des „Quasi-Marktes“ Pflege von privaten Konsumentenmärkten unterscheiden.

Die wohlfahrtspluralistische Betrachtung der Rollenkonzepte für die Nutzer von pflegerischen Dienstleistungen setzt schließlich voraus, dass in einem solchen Verständnis sämtliche Rollen angesprochen werden:

- durch die Berücksichtigung der Kritik- und Kontrollfunktion in der Rolle des Bürgers kann sich gerade in der öffentlichen Diskussion um eine humane Form der Pflege auf lokaler Ebene ein Forum der Auseinandersetzung bilden.
- Eine Unterstützung bürgerschaftlichen Engagements kann die notwendige Ergänzung bisheriger professioneller Hilfen fördern.
- Durch eine dialogische Einbeziehung der Adressaten und Nutzer in ihrer Rolle als Koproduzent kann bei der Dienstleistungserbringung eine „neue“ Form der partnerschaftlichen Zusammenarbeit gefördert werden.

Erst in einem solchen pluralistischen Kontext können konsumentenorientierte Konzepte als ein sinnvoller Bestandteil integriert werden, da sie auf diese Weise mehr Demokratie im Bereich der sozialen und pflegerischen Dienstleistungen beinhalten.

Die Besonderheiten von Pflege als interaktiver, personenbezogener Dienstleistung und das pluralistische Verständnis für die Nutzer von Pflegedienstleistungen auf dem „Quasi-Markt“ Pflege führen zu einem weiteren Aspekt, der für die Diskussion über das, was Pflegedienstleistungen ausmacht, von Bedeutung ist. Diese nun folgenden Betrachtungen haben eine Auseinandersetzung zum Gegenstand, die sich mit dem „weiblichen“ Fürsorgecharakter von Pflegedienstleistungen befasst, welche mit der Professionalisierungsdebatte um berufliche Pflegearbeit in engem Zusammenhang steht.

¹⁴¹ Vgl. Badura, B. / Evers, A. / Hungerling, G.: (1996)

4.2 Der „weibliche“ Fürsorgecharakter von Pflegedienstleistungen

Schon die Entwicklung von häuslicher Pflege als Berufsarbeit (vgl. Kapitel 3.3) hat deutlich gemacht, dass ihre geschichtliche Herkunft aus der ehrenamtlichen sozialen Arbeit von Frauen¹⁴² bzw. aus christlich-kirchlichen Zusammenhängen stammt. In den kulturell-gesellschaftlichen Bildern des Pflegeberufs taucht immer wieder jenes von „Pflege als Liebesdienst“ oder „Dienst am Menschen aus Nächstenliebe“¹⁴³ auf. Die folgende Etablierung als Frauenberuf führte dabei zu einer ständigen Vermischung von Weiblichkeitsideologie und Professionalität in der Pflege.

Insofern war und ist es ein wesentliches Ziel des Professionalisierungsdiskurses in der Pflege, die in diesen Bildern enthaltene Reduzierung von Pflegearbeit auf „weibliches Arbeitsvermögen“ und fürsorgliche Tätigkeit ohne hohe qualifikatorische Anforderungen zu überwinden.

Dabei steht die Auseinandersetzung um das, was professionelle Pflege ausmacht und darum, welche Bedeutung Care in diesem Zusammenhang hat, in enger Beziehung.

Die Begriffe Pflege und Sorge liegen dabei von ihrem ursprünglichen Wortsinn her nah beieinander. Sorge enthält die Intention von „sich kümmern um etwas“, „hüten“, „bewahren“; dem Begriff „pflegen“ sind die Bedeutungsdimensionen von „sich einsetzen für etwas“, „sorgen für“ immanent.¹⁴⁴ Trotzdem bereitet die Übersetzung Schwierigkeiten. In deutschsprachigen Veröffentlichungen wird aus caring u.a. „Fürsorge“, „menschliche Zuwendung“¹⁴⁵, „Pflege, pflegekundliche Sorge“¹⁴⁶.

Die verschiedenen Termini, die in der deutschen Sprache zur Verfügung stehen, führen über die Grundbedeutung hinaus unterschiedliche semantische Inhalte mit sich. So enthält Fürsorge ein Element von Bevormundung, und dem Begriff der Sorge haften auch Bedrückung und Schwere an, beide Bedeutungskomponenten sind im Zusammenhang mit Caring aber nicht intendiert. Die angesprochene Fürsorglichkeit geht weit über die funktionelle Betrachtung des Sorgens und Pflegens hinaus. Caring im Sinne von Sorge und zwischenmenschlicher Zuwendung hebt sich von dem pflegetechnischen Begriff des „Nursing“ ab.

Caring manifestiert sich demnach in einer Grundhaltung und der daraus resultierenden Beziehung. Der Begriff des Caring, so wie ihn Benner und Wrubel

¹⁴² Vgl. auch Willms-Herget, A.: (1985)

¹⁴³ Vgl. Rieder, K.: (1999)

¹⁴⁴ Vgl. Kluge, Fr.: (1999): S. 626, 772

¹⁴⁵ Vgl. Watson, J.: (1996)

¹⁴⁶ Vgl. Schnepf, W. (1996): S.13-16

verwenden, meint „Sorge für andere; er impliziert, dass wir Personen, Ereignissen, Projekten und Dingen zugewandt sind, sie in ihrer Besonderheit ernst nehmen und sie mit sorgender Zuwendung bedenken“.¹⁴⁷ Sorge und die sorgende Haltung werden so zu einem konstituierenden Moment in der Pflegepraxis.

Watson¹⁴⁸ zufolge bezeichnet caring eine Grundhaltung, einen „inneren Ausgangspunkt“ dem anderen, der Welt, und sich selbst gegenüber. Diese Grundhaltung ist gekennzeichnet durch Liebe und Fürsorge, die sich in unterschiedlichsten Handlungen konkretisieren kann.

Damit verbunden ist auch ein Verständnis, der pflegebedürftigen Person als Individuum zu begegnen und ihre Wünsche und Sorgen zu beachten. Ein zentrales Element von caring ist die Beziehung zwischen der Pflegekraft und der unterstützungsbedürftigen Person. „To Care for“ im Sinne von „sorgen für“ jemanden ist eine Aufgabe, die in den privaten Bereich fällt und dort Ausdruck einer liebevollen Beziehung sein kann. Die Nähe, die Liebe und Sorge im privaten Rahmen zueinander haben, wird im Verständnis von Care auch in das professionelle pflegerische Feld übertragen und drückt sich in dem persönlichen Engagement der Pflegenden aus. Die Herausforderung besteht darin, aus einer Haltung von Sorge und Zuwendung dem Gegenüber als Individuum gerecht zu werden.

Problematisch dabei ist, dass das Besondere des Anderen nur begriffen werden kann, wenn die Pflegeperson sich auf eine persönliche Begegnung einlässt. Für die professionelle Pflegekraft schwimmt damit die Grenze zwischen privaten und beruflichen Sphären. Der erwartete Einsatz ist potenziell grenzenlos. Er erstreckt sich nicht nur auf alle Dimensionen der Pflegekraft während ihrer Arbeitszeit, sondern auch auf ihre Freizeit und umfasst neben dem Einsatz von Fachwissen, emotionaler Betreuung und Unterstützung bei der Sinnfindung auch die Bereitschaft, sich als Person zu öffnen und Persönliches mitzuteilen.

Die von diesem Caringansatz geforderte persönliche Beziehung zwischen unterstützungsbedürftigen Personen und Pflegekräften hat Anlass zu kontroversen Diskussionen in der Professionalisierungsdebatte um Pflege gegeben. Es kann zu Überforderungen der Pflegekräfte kommen, wenn diese sorgende Zuwendung quasi als Regelleistung zur Verfügung gestellt wird. Diesem Argument könnte man entgegenhalten, dass die Beziehung auf einer persönlichen Ebene auch für die Pflegekräfte eine bereichernde Erfahrung darstellt. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass Pflegenden sich zwar zugewandt und sorgend verhalten können, aber die damit einhergehende potenzielle Befriedigung, die mit dem pflegerischen Kontakt verbunden sein kann, nicht automatisch eintritt.

¹⁴⁷ Vgl. Benner, P. / Wrubel, J. (1997): S. 21

¹⁴⁸ Vgl. Watson, J.: (1996): S. 49ff

Es kann eine ungleiche Beziehung entstehen, die dadurch geprägt sein kann, dass eine Seite sich stärker engagiert als die andere. Keine Pflegekraft kann in der Lage sein, sich allen Gepflegten gleichermaßen in liebevoller Weise zuzuwenden.

Diese Aspekte fließen in die Professionalisierungsdiskussion der beruflichen Pflegearbeit insofern mit ein, als der pflegerischen Sorge („Caring“), der sorgenden Haltung in der professionellen Pflege eine Vorrangstellung eingeräumt werden kann.¹⁴⁹ Wenn in diesem Diskurs jedoch die medizinisch-pflegerische Seite deshalb besonders betont wird, um aus der Reduzierung der Pflege auf Fürsorge und der mit dieser „weiblichen“ Zuordnung verbundenen Abwertung zu entkommen, besteht allerdings die Gefahr, dass die emotionalen und kommunikativen Seiten des Pflegeprozesses nicht mehr als eigene Bestandteile, sondern als Zutat oder sogar als Schwäche (fehlende Abgrenzung) etikettiert werden.¹⁵⁰

Diese Betrachtungen machen deutlich, dass Caring kein rein pflegetechnisches Konzept darstellt. Es ist schließlich nicht von pflegewissenschaftlicher Seite, sondern von feministischer Seite in den wissenschaftlichen Diskurs eingebracht worden.¹⁵¹ Der so genannte „Differenzansatz“¹⁵², der sich schon ab den 70er Jahren durch einige feministische Strömungen als Kritik am Gleichheitsprinzip des liberalen Feminismus formierte, hat nicht mehr die Erreichung von Gleichheit zwischen den Geschlechtern zum Ziel, sondern spezifische positive Merkmale von Weiblichkeit herausgestellt, die zur Umorientierung bislang dominierender männlicher Normen und Werte führen sollten. Das spezifisch Weibliche stellt demnach eine Wertigkeit dar, die sozusagen als heilendes Gegengewicht zur Arbeitsteilung in der Gesellschaft dienen kann.

Grundlage dieses Ansatzes ist, dass ein bedeutsamer (biologisch determinierter) Unterschied zwischen den Geschlechtern existiere. Dabei haben einige Vertreter positive weibliche Eigenschaften durch die Sozialisation bedingt und andere diese Geschlechterdifferenz als naturgegeben angesehen – das biologische Geschlecht beeinflusse das soziale Verhalten. In der Konsequenz werden den Geschlechtern typische Eigenschaften und Fähigkeiten zugewiesen. Zu den besonderen Eigenschaften von Frauen gehöre demzufolge ihre fürsorgliche Haltung den Menschen und der Welt gegenüber.

Gilligan¹⁵³ meint, einen empirischen Zusammenhang zwischen Fürsorge-Orientierung und weiblicher Geschlechterzugehörigkeit nachweisen zu können. Ausgangspunkt ihrer Analyse ist jedoch nicht die vermeintlich weibliche Natur,

¹⁴⁹ Vgl. Benner, P. / Wrubel, J. (1997)

¹⁵⁰ Vgl. Waerness, K. (2000): S. 54-66;

¹⁵¹ Vgl. Crigger, N. (1997): S. 217- 221

¹⁵² Vgl. Gilligan, C. (1984)

¹⁵³ Vgl. Gilligan, C. (1995): S. 83

sondern die weibliche Erfahrung und die sich daraus bildende soziale Realität. Aus ihr leitet Gilligan eine zu unterscheidende Stimme ab, mit der Frauen ein anderes Konzept ihrer selbst und der Moral artikulieren.

Zugewandtes Verhalten wird von den Vertreterinnen dieses Ansatzes in Verbindung gebracht mit der Urfahrung jedes Menschen, in früher Kindheit umsorgt worden zu sein. Neben elterlicher Unterstützung und Begleitung, so die hier vertretene Ansicht, prädestinieren Gebärfähigkeit und Kinderaufzucht Frauen zu fürsorglichem Verhalten.

Bezüglich der Art der Arbeit argumentiert Graham,¹⁵⁴ dass Frauen normalerweise Personen sowohl pflegen als sich auch um sie sorgen. Insofern bedeute Pflege- und Betreuungsarbeit nicht nur praktische, sondern auch emotionale Tätigkeit. Graham geht dabei sogar so weit, dass pflegen/betreuen einen Teil der weiblichen Identität ausmache und daher mehr als nur eine weitere Art von Arbeit darstelle. Gilligan hat vermutet, dass die weibliche Persönlichkeit sich eher in Bezug zu und in Verbindung mit anderen definiert als die männliche Persönlichkeit, die sich eher durch Abgrenzung bestimme.

Innerhalb dieser Konstruktion wird die Sorge für und um andere anstatt für sich selbst zentral für das Verständnis von Weiblichkeit. Eine solche Sorge um und für Andere ist aber nicht unbedingt eine glückliche Selbstlosigkeit. Frauen beurteilen sich auch aufgrund ihrer Fähigkeit zu pflegen und zu betreuen; die Unfähigkeit pflegend oder betreuend zu handeln, erzeugt Schuldgefühle.

Gilligan vermutet weiterhin, dass das Bedürfnis zu pflegen und zu betreuen nicht nur fest in der weiblichen Persönlichkeit verankert sei, sondern auch durch enge persönliche Beziehungen hervorgerufen werde. Unterstellt, diese Vermutung wäre richtig, würde verständlich, warum das Bedürfnis zu pflegen und zu betreuen so mächtig ist und warum der Ansatz, diese Tätigkeit einfach nur als eine nicht- marktgebundene Tätigkeit zu verstehen, unangemessen ist.

Die Bereitschaft zur Pflege und Betreuung von Frauen ist aber sehr viel komplexer und kann nicht nur als eine Entscheidung zwischen Arbeit aus/für Liebe und Arbeit für Geld getroffen werden. Möglicherweise entscheiden sich einige Frauen für die private Welt von Heim und Familie, da sie ihnen mehr Integrität ermöglicht als eine öffentliche Sphäre, wie einige Forscher vermuten.¹⁵⁵ Diese Sichtweise stellt die Bereitschaft von Frauen zu pflegen bzw. zu betreuen jedoch sehr positiv dar, denn es darf nicht verkannt werden, dass vielen Frauen schlicht keine andere Wahl bleibt, wenn es um die Rollenaufteilung der Partner zwischen Erwerbsarbeit und Kindererziehung geht.

¹⁵⁴ Vgl. Graham, H. (1983)

¹⁵⁵ Vgl. Elsthain, J.B. (1981)

An dieser positiven Sichtweise, die die weibliche Kultur als Teil des weiblichen Wertesystems zu stärken versucht, um die Gesellschaft humaner zu gestalten, haben sich sehr viele Kontroversen entzündet. Kritiker des Differenzansatzes bemängeln besonders, dass demnach Frauen prinzipiell gleich seien und differenz zu allen Männern. Gemäß dieser Kritik müsse daher auch die Differenz zwischen den Frauen – oder die Differenz zwischen den Männern – berücksichtigt werden.¹⁵⁶ Daraus folgt schließlich, dass nicht nur die Differenz zwischen den Geschlechtern anerkannt werden müsse, sondern dass verschiedenste Formen der Differenz akzeptiert werden. Daraus kann aber auch gefolgert werden, dass es zwar geschlechtstypische Unterschiede gibt, die jeweils für sich betrachtet als unterschiedlich anerkannt werden können aber deshalb nicht von geringerer Bedeutung sind.

Im Rahmen dieser kritischen Auseinandersetzung sind die Spannungen und Widersprüche dieser Orientierungen und Anforderungen vor allem in der Analyse der geschlechtlichen Arbeitsteilung thematisiert worden. Bezogen auf die Auseinandersetzung um den „weiblichen Fürsorgecharakter“ von Pflege könnte dies bedeuten, dass diese Tätigkeit als gleichwertig im Vergleich zu anderen herkömmlichen Formen der Erwerbsarbeit anerkannt werden und damit dieser Tätigkeit mehr Anerkennung und Aufwertung verliehen werden könnte.

Die feministische Debatte hat schließlich auch verleugnete Voraussetzungen des „Normalarbeitsverhältnisses“ zur Sprache gebracht, nämlich die privatisierte Hausarbeit und die alltägliche Fürsorge. Sie hat öffentlich gemacht, dass uneingestandene Abhängigkeit hinter dem männlichen Modell von Autonomie und Unabhängigkeit steht und damit die Perspektive auf wechselseitige Abhängigkeiten im Geschlechterverhältnis geöffnet, die es demokratisch zu gestalten gilt. Die feministische Diskussion um Fürsorge sucht damit nach neuen Kooperationen und einer wechselseitigen Wertschätzung.

In dieser Debatte geht es auch um die Frage der Anerkennung von unbezahlter Pflege- und Sorgetätigkeit, die, wenn sie die Sphäre des Privaten verlässt, in der Regel auch sehr schlecht entlohnt wird. Kritisiert wird aber auch der auf Lohnarbeit und beruflich organisierte Arbeit verengte Begriff von Pflege und Betreuung, da mit dieser Sichtweise die private Tätigkeit von Frauen ausgeklammert bleibt.

Im Folgenden wird daher auf die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der privaten Pflege- und Sorgetätigkeit und der Erwerbsarbeit im Haushalt eingegangen.

¹⁵⁶ Vgl. Klinger, C. (1995): S. 803

4.3 Private Fürsorgetätigkeit und Erwerbsarbeit im Haushalt

Die Spaltung der gesellschaftlich notwendigen Arbeit in betriebsförmige Erwerbsarbeit und private Tätigkeit im eigenen Haushalt charakterisiert sämtliche modernen Gesellschaften. Auch die Verbindung dieser Spaltung mit dem Geschlechterverhältnis ist weit verbreitet; mit der Transformation der vorindustriellen Arbeitsteilung in das industrielle Arrangement von Arbeit und Leben sind in den meisten modernen Gesellschaften Bedingungen geschaffen worden, die die Sorge für Andere zum Kern der Lebensführung von Frauen gemacht haben. Es entwickelten sich zwei Sphären: die Erwerbsarbeit und getrennt davon die Pflege- und Betreuungstätigkeit.

Diese Regulierung hat in verschiedenen Ländern¹⁵⁷ gerade für die im Haushalt geleistete „private“ Sorgearbeit sehr unterschiedliche Konsequenzen. Viele Länder betrachten Männer als Ernährer und Frauen als abhängige Pflegerinnen/Betreuerinnen. Schweden rückt dabei am weitesten vom Modell des männlichen Ernährers ab, indem Frauen in den Arbeitsmarkt integriert wurden.

Insbesondere durch die Einführung einer besonderen Besteuerung und eines Erziehungsurlaubes, der von beiden Elternteilen beansprucht werden kann, sowie durch die gesteigerte Bereitstellung von Kinderbetreuungsmöglichkeiten, wurde in Schweden die Dopplerverdienerfamilie zur Norm.¹⁵⁸ In Ländern wie z.B. Deutschland bestimmte das Modell des männlichen Ernährers weitgehend die Logik von Politik, was dazu führte, dass eine Trennlinie zwischen öffentlicher und privater Verantwortung für Pflege- und Betreuungstätigkeit gezogen worden ist.

Im Gegensatz z.B. zu Schweden wird in Deutschland die Sorgearbeit in erster Linie der Familie unterstellt. Das Subsidiaritätsprinzip als zugrunde liegende Leitvorstellung, schreibt der Familie die erste Verantwortung für die Betreuungs- und Pflegearbeit zu. Erst wenn die Familie keine adäquate Betreuung mehr gewährleisten kann, treten professionelle und staatlich finanzierte Dienstleistungen hinzu, wobei die Familie auch hier einen Beitrag leisten soll. Das Konzept von Familie ist damit keineswegs geschlechtsneutral, denn im Allgemeinen übernehmen die weiblichen Familienmitglieder diese Aufgaben und werden dabei idealerweise von den Einkommen der Ehemänner; sprich dem Familieneinkommen, finanziell getragen.¹⁵⁹

¹⁵⁷ Wichtige Beiträge zu den Fragen nach dem Umfang, der rechtlichen Verfasstheit und der kulturellen Bedeutung haushaltsbezogener Dienstleistungen stammen aus der vergleichenden Wohlfahrtsstaats-Forschung der Studie von Esping-Anderson 1990. Dabei ist die Beteiligung von Frauen am Arbeitsmarkt bzw. ihre Festlegung auf die Arbeit im Haus – je nach nationalem Pfad in die Moderne – unterschiedlich ausgeprägt. Vgl. dazu auch Geissler, B. / Maier, F. / Pfau-Effinger, B. (1998)

¹⁵⁸ Vgl. Häußermann, H. / Siebel, W. (1995): S. 67 ff.

¹⁵⁹ Vgl. Behning, U. (1999)

Die Übernahme privater Sorgetätigkeiten schränkt in der Konsequenz auch die Erwerbskapazitäten der Frauen ein, was im Vergleich von Schweden zu Deutschland besonders deutlich wird. In Deutschland weisen Frauen eine Beschäftigungsquote von 58,8% auf; in Schweden liegt die Beschäftigungsquote von Frauen im Jahr 2002 bei 72,2% (der EU- Durchschnitt liegt bei 55,6%.)¹⁶⁰

Durch die Betonung auf die im familiären Rahmen geleistete Sorgetätigkeit führten die bezahlt angebotenen sozialen Dienstleistungen gerade im Bereich der Altenbetreuung lediglich ein Schattendasein und konnten kaum einen berufsförmig anerkannten Status erreichen.¹⁶¹ Erst im Verlauf der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts avancierte die Frage der gesellschaftlichen Organisation der Pflege zu einem zentralen Streitpunkt in der sozialpolitischen Debatte, geprägt durch die Veränderung in der Altersstruktur, die gleichzeitig hohe Lebenserwartung in der Bevölkerung sowie der Zunahme von Ehescheidungen und dem Anstieg der Frauenerwerbsbeteiligung. In diesen Wandlungsprozessen ist eine gegenläufige Entwicklung erkennbar, da dem gleichzeitig ansteigenden Bedarf an Pflege und Betreuung ein Rückgang der zur Verfügung stehenden familialen Ressourcen gegenübersteht.

Private Sorgetätigkeit erfüllt aber eine weitgehende Wirkung, die sich nicht nur auf das Zusammenleben und deren emotionalen Funktionen in einer Gemeinschaft bezieht.¹⁶² Auf diese verkürzte Wahrnehmung, auf das Unsichtbarmachen der Arbeit in der „Liebe“ richtete sich schon die feministische Kritik der 70er Jahre.¹⁶³

Im Haushalt werden zur Befriedigung eigener Bedürfnisse oder der Bedürfnisse Anderer Sorgetätigkeiten geleistet, und zwar sowohl unbezahlt als auch erwerbsförmig, wobei der Begriff der Dienstleistung der Erwerbsarbeit vorbehalten bleibt (vgl. auch Kapitel 4). Dabei ist die private Sorgetätigkeit im Sinne von Care abzugrenzen von der erwerbsförmig erbrachten Dienstleistungsarbeit im Haushalt und in der Pflege.

Die Bedürfniskonstellationen und die Formen ihrer Befriedigung sind extrem vielfältig. Darauf weisen theoretische Ansätze der cultural studies hin. Demnach ist jeder Haushalt durch eine spezifische „sittliche Ökonomie“ gekennzeichnet.¹⁶⁴ Der Haushalt ist also einerseits eine ökonomische Einheit und damit Teil

¹⁶⁰ Vgl. Die Beschäftigungsquote bezeichnet den Anteil der Beschäftigten Personen in der Altersgruppe von 15- bis 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung; Europäische Kommission (2004): Gemeinsamer Beschäftigungsbericht 2003/04, Brüssel

¹⁶¹ Vgl. Ostner, I.(1998): S. 111-137

¹⁶² Nach Auffassung von Schott-Winterer, A. / Riede, Th. (1986) wird dies so beschrieben: "im Unterschied zu den sozialen Dienstleistungen ist bei den privaten nicht das Element der präventiven oder kurativen Verhinderung ... von Mängelsituationen gegeben."

¹⁶³ Vgl. Bock, G. / Duden, B. (1977): S. 118-200

¹⁶⁴ Vgl. Silverstone, R. (1994): S. 45 ff.

des Wirtschaftssystems in seiner Gesamtheit. Andererseits ist der Haushalt auch eine „sittliche“ Größe, da das Handeln seiner Mitglieder bestimmt wird durch einen individuellen Mix von Wahrnehmungsweisen und Werten, die selbst wiederum bestimmt werden durch Erfahrungen, Biographien und Strategien der Mitglieder eines Haushalts.¹⁶⁵

Die materiellen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse eines Haushalts sind abhängig von seiner sozial-räumlichen Verortung, seiner Größe und dem Alter, dem Erwerbsstatus und Einkommen seiner Mitglieder; sie hängen also mit der sozialen und ökonomischen Situation des Haushalts zusammen. Mit der Zusammensetzung des Haushalts sind die Bedürfnisse jedoch nicht „objektiv“ gegeben, sondern sie sind bestimmt von Lebensentwürfen und Deutungsmustern der Mitglieder, von Beziehungsformen, Abhängigkeiten und Lebensstil, Wissen und Kompetenzen. Bedürfnisse eines Haushalts sind insofern kontext- und akteursabhängig.

In diesem Verständnis ist der Haushalt eine soziale Gruppe, in der die Bedürfnisbefriedigung des/der Einzelnen mit dem internen Status und der jeweiligen Kommunikationskompetenz sowie den Aushandlungsprozessen über die Verwendung von Ressourcen zusammenhängt. Zur Bedürfnisbefriedigung stehen externe Angebote (z.B. Pflegedienste) zur Verfügung. Die private Tätigkeit im Haushalt richtet sich auch auf die Befriedigung weiterer Bedürfnisse, wobei der Konsum von Gütern und die Inanspruchnahme Dienstleistungen durch die Haushaltsarbeit vermittelt werden. Haus- und Sorgetätigkeit ist sowohl als unbezahlte, private Arbeit und als Erwerbsarbeit verfasst.

Dörr/Glatzer¹⁶⁶ nehmen hier Bezug auf das Konzept der Wohlfahrtsproduktion als sozialem und ökonomischem Produktionsprozess mit dem Ziel, individuelle und kollektive Lebensqualität zu erreichen. Der private Haushalt wird hier als eine Instanz betrachtet, der mit den Angeboten von Markt, Staat und „intermediären“ Organisationen die Versorgung von Haushaltsmitgliedern leistet, wobei nicht angesprochen wird, wer diese Arbeit leistet.

Bislang sind dies noch überwiegend Frauen, wobei mit zunehmender Arbeitsmarktintegration von Frauen und sich wandelnden Lebensmustern die Dominanz der Hausfrauenehe¹⁶⁷ und die damit einhergehende Alleinzuständigkeit der Frauen für Haus- und Sorgetätigkeit (und damit zugleich für das reibungslose Funktionieren einer männlichen Erwerbsbiographie) ihre soziale Grundlage verliert. Mit der Arbeitsmarktintegration der Frauen stellt sich heute die Frage, wer die Haushalts- und Sorgetätigkeit erledigt, völlig neu.

¹⁶⁵ Vgl. Hepp, A. (1999): S. 213f, Hervorhebung: B.G.

¹⁶⁶ Vgl. Dörr, G. / Glatzer, W. (1995): S. 451-532

¹⁶⁷ „Die Durchschnittshausfrau macht ihre Arbeit allein, ohne fremde Hilfe.“ vgl. Pross, H. (1976): S. 80; Krüger, H. / Born, Cl. (2000): S. 203-221

Im Rahmen des wohlfahrtspluralistischen Konzeptes geht es damit einerseits um eine Aufwertung des durch die Tätigkeiten im familialen Sektor erbrachten Beitrags zur allgemeinen Wohlfahrtsproduktion gerade gegenüber einem nur noch begrenzt steigerungsfähigen Wohlfahrtsbeitrag des staatlichen Sektors. Andererseits scheint es auch nicht als sinnvoll, verschiedene Sektoren voneinander getrennt zu betrachten, als seien sie verschiedene Subsysteme der Wirtschaft. In diesem Sinne beschreibt Laura Balbo insbesondere die von Frauen geleisteten Tätigkeiten als *„die notwendig andere Seite einer Gesellschaft, die strukturell aus einer Fülle von unterschiedlichen Ressourcen, Institutionen, Leistungskanälen besteht.“*¹⁶⁸

Die Wechselbeziehung zwischen den wohlfahrtsstaatlichen Institutionen und der Lebensform der „Versorgerehe und -familie“ kann als eine wesentliche Bedingung der wirtschaftlichen Entwicklung und der stabilen sozialen und demographischen Situation bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts gelten. So interpretiert z.B. Rubery¹⁶⁹ den Ansatz von Esping-Andersen: *„Für ihn gründet das deutsche System auf dem Gesellschaftsmodell des männlichen Alleinverdieners und -ernehmers. Dienstleistungen werden im Wesentlichen weder vom öffentlichen Sektor noch von privaten Dienstleistungsunternehmen, sondern von der Familie erbracht. Darin liegt für Esping-Andersen die größte Schwäche des deutschen Modells wie auch der wichtigste Grund für dessen Unzulänglichkeit. Den Weg sieht er in der Hinwendung zum Modell des Privathaushalts mit zwei Einkommen, das entweder auf dem privaten Dienstleistungsmodell beruht, wie wir es aus den USA kennen, oder dem öffentlichen Dienstleistungsmodell der skandinavischen Länder.“*

Die zunehmende Arbeitsmarktintegration von Frauen führt zu einer notwendigen neuen Bestimmung der Arbeitsteilung für Haus- und Sorgetätigkeiten. Eine wachsende Zahl jüngerer Frauen, deren Lebensplanung sich auf ökonomische Unabhängigkeit richtet, will den Ansprüchen regulärer Erwerbsarbeit genügen; zugleich sollen sie den größeren Teil der (Sorge)Tätigkeit im Haushalt übernehmen. Diesen Konflikten und widersprüchlichen Modernisierungsmustern (da Frauen versuchen, beides miteinander zu vereinbaren) begegnen Familien heute durch verschiedene Lösungen:

- Voll erwerbstätige Frauen versuchen ihre Belastung durch eine Arbeitsteilung mit dem Partner zu verringern.
- Es wird eine Fülle von anderen Personen, einschließlich bezahlter Haushaltshilfen einbezogen.¹⁷⁰
- Frauen nehmen Arbeitszeitverkürzungen (verbunden mit dem Risiko auf den beruflichen Aufstieg zu verzichten) zur Pflege und Sorge in Anspruch.

¹⁶⁸ Vgl. Balbo, L. (1984): S. 192

¹⁶⁹ Vgl. Rubery, J. (1998): S. 271-299

¹⁷⁰ Vgl. Jurczyk, K. / Rerrich, M. (1993)

Diese widersprüchliche Modernisierung von Lebensmustern von Frauen bedingt auch eine Umwandlung von Haus- und Sorgetätigkeit in bezahlte Dienstleistungen. Eine notwendige Folge ist, dass sich der Bedarf nach dieser „Dienstleistungslücke“ auf dem Markt als Nachfrage äußern müsste. Dass dies nicht zwangsläufig der Fall ist, hängt auch mit kulturellen Wertvorstellungen ab, die Haus- und Sorgetätigkeit als Dienstleistung mit Distanz begegnen.

Allein die Tatsache, dass der überwiegende Anteil von Pflege- und Betreuungsaufgaben in Deutschland noch privat und unentgeltlich (von Frauen) geleistet wird, weist darauf hin, dass die Distanz gegenüber bezahlten Haus- und Sorgetätigkeiten in Deutschland besonders groß ist. In der Konsequenz wird die Übertragung von Haus- und Sorgetätigkeit an Dienstleister häufig abgelehnt. Für die Beantwortung der Frage, unter welchen Bedingungen Bedürfnisse von Haushalten zur Nachfrage nach externen Dienstleistern werden, sind auch die Ursachen für die Hochschätzung privater Tätigkeiten im Haushalt zu analysieren. Anders formuliert geht es um die Frage der Unterschiede zwischen Tätigkeiten, die privat erledigt werden und bezahlter Arbeit im Haushalt.

Mit der historischen Aufspaltung der arbeitsteiligen Herstellung der Lebensbedingungen in Markt- und Haushaltsökonomie (womit die im Haushalt geleistete Tätigkeit unsichtbar gemacht wurde) haben sich konträre Logiken für die Erwerbsarbeit und die Tätigkeit in der Privatsphäre herauskristallisiert. Es geht im Folgenden daher um Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Handlungslogiken, die den jeweiligen Bereichen zugrunde liegen.

In der Erwerbsarbeit führt „Angewiesenheit“ (im Sinne von individueller Angewiesenheit auf Kooperation¹⁷¹) zur Kooperation in der Arbeit. Die Wirtschaftslogik beruht auf dem Tausch von Gütern sowie dem Austausch differenzierter Arbeitsfähigkeiten auf dem Arbeitsmarkt. Angewiesenheit nimmt hier die Form der Arbeitsteilung und der Kooperation von autonomen Marktteilnehmern an; sie ist über Tausch und Vertrag vermittelt und hat einen öffentlichen Charakter. Die Familie hingegen ist Ausdruck der Angewiesenheit auf Sorge, auf Unterstützung durch Andere, wobei der „Arbeitscharakter“ dieser Sorge häufig nicht gewürdigt wird.

Während Wirtschaft und Erwerb mit Aktivität und Unabhängigkeit verbunden werden und begrifflich Produktion und Arbeit für sich beanspruchen, wird der Haushalt zum Ort der Konsumtion und der Nicht-Arbeit¹⁷², obwohl unstrittig ist, dass auch im Haushalt gearbeitet wird. Erst die gemeinsame Betrachtung von Erwerbsarbeit und privater Tätigkeit stellt unter dem Gesichtspunkt des „Angewiesenseins“ eine Gleichrangigkeit zwischen beiden Sphären her. Es geht um

¹⁷¹ Vgl. Senghaas-Knobloch, E. (1999): S. 5

¹⁷² Über die Vermischung mit den sozialen Beziehungen wird die private Arbeit „entmaterialisiert“, vgl. Fraser, N. (1994): S. 178

die wechselseitigen Beziehungen zwischen gesellschaftlich-rationalen Arbeitsteilungen im produktiven, öffentlichen Bereich und um die individuell-interaktive Sorge im privaten Bereich. In der alltäglichen Lebensführung sind Erwerbs- und Privatsphäre untrennbar verknüpft; das Individuum muss daher die Handlungslogiken der Erwerbsarbeit und der privaten Tätigkeit sowohl unterscheiden können als auch ihre Ähnlichkeiten untereinander anerkennen. In beiden Bereichen geht es um Arbeits- und Gefühlsbeziehungen zu Anderen, eine Aufteilung in hier „Arbeit“ und dort „Emotionen“ scheint nicht sinnvoll. Die folgende Tabelle soll die unterschiedlichen Handlungslogiken von Erwerbsarbeit und privater Tätigkeit verdeutlichen:

Tabelle 1: Handlungslogiken von Erwerbs- und privater Tätigkeit

<p>Erwerbsarbeit</p> <p>Abstrakte Prinzipien der Arbeitsteilung (z.B. bestimmte Qualifizierung der Arbeitskräfte, zweckrationale Arbeitsorganisation, Berufsförmigkeit der Arbeit).</p> <p>Führen zu struktureller Ungleichheit in Einkommen und sozialem Status.</p>	<p>Private Tätigkeit</p> <p>Alltagsweltliche Deutungsmuster und Normen des Zusammenlebens (z.B. Erziehungsleitbilder, Reinlichkeits- und Zuverlässigkeitsstandards, Alltagsroutinen).</p> <p>Tragen zu kultureller Ungleichheit in den Handlungsspielräumen bei.</p>
<p>Handlungslogiken</p> <p>Beziehungen zu Kollegen, Vorgesetzten, Kunden und Klienten betonen die Kooperation in der Arbeit auf der Grundlage der Anerkennung unterschiedlicher Interessen.</p> <p>Die Monetarisierung der Arbeit auf der Grundlage von Messungen erbrachter Leistungen sind Kriterien für das Arbeitsentgelt und werden vertraglich vereinbart.</p>	<p>Handlungslogiken</p> <p>Beziehungen zu Partnern, Kindern, Eltern, Angehörigen beruhen auf emotionalen Bindungen, ungeachtet der Frage ob diese frei eingegangen werden oder sozial zugewiesen sind.</p> <p>Für die private Tätigkeit bedeutet das eine Betonung von normativ begründeten, interaktiv anerkannten Ansprüchen auf Haus- und Sorgetätigkeit.</p> <p>Die Tätigkeit erfolgt unentgeltlich auf der Grundlage geteilter Normen über geschlechtsspezifisch differenzierte Formen der Lebensführung oder auf der Grundlage von Aushandlungsprozessen.</p>

Quelle: Geissler, B. (2002): „Die Dienstleistungslücke im Haushalt. Der neue Bedarf nach Dienstleistungen und die Handlungslogik der privaten Arbeit“, eigene Darstellung

Die genannten beispielhaften Handlungslogiken der Erwerbsarbeit bilden sich z.B. im Arbeitsvertrag, im Arbeitsrecht ab. Die Handlungslogiken der privaten Tätigkeit sind geprägt durch die Bereitschaft und Fähigkeit, sich in die Einstellung anderer Menschen einzufühlen; diese Tätigkeit erfolgt unentgeltlich und ist eher indirekt über die zugewiesenen Rollen der Lebensführung oder auf der Grundlage von Aushandlungsprozessen in den Familien verankert.

Die Handlungslogiken der privaten Tätigkeit haben des Weiteren komplexe kulturelle Grundlagen. Dazu gehören Verhaltensstandards, Normen, vergleichende Konsumstandards,¹⁷³ die die Ausgestaltung der privaten Haus- und Sorgetätigkeit bestimmen. Denn wer diese teilt, wird entsprechende Formen der alltäglichen Lebens- und Haushaltsführung mit anderen und für andere entwickeln. Die Weitergabe kultureller Normen und Werte an die nächste Generation spiegelt sich in der materiellen alltäglichen Lebensführung wider.

„Die private Arbeit im Haus ist „immer schon bezogen ... auf konkrete Personen und Situationen und daher in besonderem Maße bedeutungsvoll.“¹⁷⁴ Während in der Arbeitswelt formalisierte Arbeitsvollzüge, einheitliche Ausbildungswege und Qualifikationsstandards dazu führen, dass die Arbeitskräfte austauschbar sind, ist die private Tätigkeit kontextgebunden. Der Grund, dass überhaupt private Tätigkeiten für Andere erbracht werden, liegt in normativ begründeten und interaktiv anerkannten Ansprüchen. Für die Frage, wer die Tätigkeiten im Haus erledigen kann, ist nicht die formale Qualifikation ausschlaggebend; wichtiger sind geteilte Normen und Werte und die Einhaltung entsprechender Vorgaben. Ob eine Aufgabe erfüllt, eine Tätigkeit zufriedenstellend erledigt wurde, vermittelt sich über die verhandelbare Zustimmung der beteiligten Personen, zu denen persönliche Beziehungen bestehen. Die zentrale Handlungslogik der privaten Tätigkeit – Empathie – ist aus dieser spezifischen Verbindung von Arbeitsebene und Beziehungsebenen zu verstehen.

Private Tätigkeiten können eine Quelle von emotionaler Abhängigkeit sowohl für denjenigen sein, der sie annimmt, als auch für die, die sie leisten. Besonders deutlich werden diese Wirkungen der privaten Handlungslogiken an der Beziehung zwischen Eltern und Kindern, die vom Leitbild der „guten Mutter“ geprägt ist.¹⁷⁵ Beispiele für die Verknüpfung von Haus- und Sorgetätigkeiten mit der Konstruktion emotionaler Bindungen und der Weitergabe kultureller Standards im gemeinsam gelebten, umfassenden Alltag gibt es viele, z.B. eine Atmosphäre der Fürsorge entfalten, Familienrituale etablieren, Feste vorbereiten, gemeinsame Mahlzeiten organisieren, zum Funktionieren eines Netzwerkes von Verwandten, Freunden und Nachbarn beitragen.

¹⁷³ Weitere Komponenten des Habitus im Sinne von Bourdieu wie die Reproduktion der „feinen Unterschiede“ sind ein meist unbewusstes Element der alltäglichen Lebensführung, vgl. Bourdieu, P. (1982)

¹⁷⁴ Vgl. Ostner, I: (1986): S. 235-259

¹⁷⁵ Vgl. Oechsle, M. (1998): S. 185-200

Diese Beispiele der Haus- und Sorgetätigkeit zeigen, dass in den konkreten Tätigkeiten der Aspekt der Arbeit nur schwer zu isolieren ist. Die Erledigung dieser Aufgaben ist entgrenzt, sie betreffen eher die ganze Person. Daraus kann ein subjektiv empfundener Kompetenzverlust für denjenigen entstehen der diese Tätigkeiten bislang verantwortlich übernommen hat, wenn Haus- und Sorgearbeit von Externen als Erwerbsarbeit erledigt wird. Probleme können aber auch dann entstehen, wenn die im privaten Haushalt Beschäftigten sich nicht von emotional bestimmten Anforderungen der Dienstleistungsempfänger distanzieren können. Konflikte können somit sowohl seitens der bislang privat Tätigen als auch der beruflich Tätigen entstehen. Externe Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, kann zur Schwächung der Bindungen der Personen des Haushaltes führen, wenn nicht mehr persönliche Beziehungen die Grundlage für die Sorgearbeit sind.

Die Inanspruchnahme von Dienstleistungen (gemeint sind sowohl haushaltsnahe Dienstleistungen wie Hilfen beim Putzen als auch pflegerische Dienstleistungen) geht damit mit der bewussten Überschreitung der Grenze privat-öffentlich und dem (unausgesprochenen) Unterlaufen oder gar Ignorieren der unterschiedlichen Handlungslogiken von privater Tätigkeit und Erwerbsarbeit einher. Wenn mit der Vergabe von Haus- und Sorgetätigkeit als bezahlter Erwerbsarbeit eine bewusste Überschreitung der Grenze privat-öffentlich einhergeht, bedeutet dies aber auch eine Überwindung der „kulturellen Fremdheit“¹⁷⁶ gegenüber einer Lebensführung, in der auch in persönlichen Beziehungen die Logiken der Erwerbsarbeit regelmäßig vorkommen und einen legitimen Platz haben.

Die Vergabe von alltäglicher Haus- und Sorgetätigkeiten an externe Dienstleister entlastet aber nicht nur von dieser Tätigkeit selbst, sondern wirkt auch auf die private Tätigkeit zurück. Denn während im herkömmlichen Verständnis Hausarbeit „entgrenzt“ ist im Hinblick auf die Person, die sie tut, muss sie für die externe Vergabe genau definiert und abgegrenzt werden; dabei kann auch der immer verbleibende Anteil an privater Tätigkeiten entemotionalisiert werden. Bei verschiedensten Haus- und Sorgetätigkeiten kann nunmehr gefragt werden: Was sind die möglichen externen Anteile daran (was kann quasi outgesourct werden) – und welche internen Anteile bleiben, die weiterhin selbst erledigt werden müssen? Mit welcher Handlungslogik ist der interne Tätigkeitsanteil zu betreiben?

Insgesamt betrachtet kann eine Nachfrage nach haushaltsbezogenen Dienstleistungen dann entstehen, wenn es der kulturelle Rahmen der Lebensführung erlaubt, diese private Sorgetätigkeit von Personen erbringen zu lassen, die nicht zum Haushalt selbst gehören oder anders ausgedrückt, wenn es also erlaubt ist, die Grenze zwischen privat und öffentlich zu überschreiten. Erst wenn diese

¹⁷⁶ Vgl. Sackmann, R. (1993): S. 253-275

Akzeptanz vorhanden ist und wenn diese neue Beziehung bewältigt werden kann, können interne Aushandlungen dazu führen, finanzielle Ressourcen für externe Dienstleistungen zu verwenden – vorausgesetzt, dass ein entsprechendes Angebot (besonders im Hinblick auf Qualität sowie Erreichbarkeit und Preis) vorhanden ist.

Es bedeutet auch, dass sich die von Frauen geleistete private Fürsorgetätigkeit nicht mehr länger nur als private Tätigkeit darstellen lässt, sondern als Dienstleistungs- und Managementaufgabe von Angehörigen, die öffentliche Ressourcen zu erschließen sucht und sie zu einem den jeweiligen Bedürfnissen angepassten Hilfe- und Versorgungsmuster zusammenfügt.

4.4 Marktsituation und Inanspruchnahme pflegerischer und haushaltsnaher Dienstleistungen auf dem Schwarzmarkt

Vieles spricht dafür, dass mit der künftigen Entwicklung im Pflegebereich ein erheblich steigender Bedarf an pflegerischen und haushaltsnahen Dienstleistungen einhergeht, der über professionelle Dienstleister angeboten werden kann.¹⁷⁷

Die Unterstützungsbedarfe der Familienhaushalte sind vielfältig und variieren, je nach Haushaltskonstellationen, familialem Unterstützungsnetzwerk, Alter, körperlicher Fitness und persönlichem Lebensstil. Pauschale Aussagen hierzu sind kaum möglich. Einige detaillierte Hinweise hierzu geben Befragungen von über 50-Jährigen, die die Gesellschaft für Konsumforschung (GfK)¹⁷⁸ im Jahr 2002 durchgeführt hat. Die Frage lautete: *„Welche Dienste oder Angebote sollten schnell und problemlos verfügbar sein?“*

Die folgende Liste spiegelt die Nennungen in prozentualer Häufigkeit wieder, wobei deutlich wird, dass ein besonderes Interesse an pflegerischen und haushaltsnahen Dienstleistungsangeboten besteht:

- Notrufzentrale (37%)
- Pflegedienste (34%)
- Putz- und Haushaltshilfen (34%)
- Mahlzeitendienste (24%)
- Einkaufsdienste (24%)
- Begleitung zum Arzt/Behörden (23%)
- Fahrdienste (21%)
- Wäschedienste (17%)
- Treffpunkt für Senioren/Freizeitangebote (15%)

¹⁷⁷ Vgl. Scharfenroth, K. (2003): S. 210

¹⁷⁸ Vgl. Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) (2002): S. 256, zitiert nach Weinkopf, Cl. (2005): S. 7

- Unterstützung beim Ausfüllen von Formularen (14%)
- Beratungsstellen (12%)
- Hilfe bei Finanzangelegenheiten (9%)

Auf dem ambulanten Pflegemarkt werden insbesondere pflegerische und hauswirtschaftliche Dienstleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie vereinzelt auch haushaltsnahe Dienstleistungen vermittelt über Dienstleistungsagenturen angeboten.¹⁷⁹ Neben dieser Angebotsform werden pflegerische- und haushaltsnahe Dienstleistungen aber auch durch die Inanspruchnahme von Schwarzmarktleistungen abgedeckt.¹⁸⁰ Diese Marktsituation soll im Folgenden vor dem Hintergrund der Unterstützungsbedarfe und des Inanspruchnahmeverhaltens der Familienhaushalte näher betrachtet werden.

Werden z.B. haushaltsnahe Dienstleistungen (wie Blumen gießen, Hund ausführen, Vorlesen, Einkäufe erledigen, Kehrwoche besorgen) über zugelassene Pflegeeinrichtungen angeboten, sind Preise zwischen 13,50 und 16,00 € pro Stunde zu zahlen.¹⁸¹ Diese Leistungen verkaufen Pflegedienste, sofern sie sie überhaupt in ihrem Repertoire haben, in Zeiteinheiten von mindestens 30 Minuten und im Zusammenhang Leistungen nach SGB V oder XI auch in kleineren Zeiteinheiten. Die Mitarbeiter sind angeleitete Kräfte und zumeist fest angestellt. Sie erhalten zwischen 6,65 und 7,15 € je Stunde.¹⁸²

Ein derartiges Angebot von Pflegediensten bildet jedoch bislang eher die Ausnahme. Solche Leistungen werden eher auf dem Schwarzmarkt angeboten und nachgefragt.

Dabei hängt die Gefahr einer etwaigen missbräuchlichen Verwendung von Pflegeversicherungsleistungen auch von der gewählten Leistungsform ab. So kann das Risiko einer missbräuchlichen Verwendung bei der Verwendung von Sachleistungen niedriger eingeschätzt werden als bei einem Bezug ungebundener Geldleistungen, da Sachleistungen im Gegensatz zu Geldleistungen nur durch zugelassene Pflegedienste abgerufen werden können, deren Angebote an die pflegerischen bzw. hauswirtschaftlichen Leistungen zweckgebunden sind. Die Gefahr des Missbrauchs besteht jedoch nicht nur bei den Geldleis-

¹⁷⁹ Mit dem Begriff Dienstleistungsagentur ist dabei die arbeitsorganisatorische Bündelung von Arbeitseinsätzen bei verschiedenen Kunden gemeint – unabhängig davon, ob es sich um eine arbeitsmarktpolitische Initiative oder um ein privatwirtschaftliches Unternehmen handelt.

¹⁸⁰ Bezug nehmend auf die Formulierung der Bundesregierung im Gesetzentwurf zur Intensivierung der Bekämpfung von Schwarzarbeit von Dezember 2003 lässt sich Schwarzarbeit wie folgt definieren: Schwarzarbeit liegt immer dann vor, wenn entweder Arbeitgeber oder Einzelpersonen wie Arbeitnehmer, Arbeitslose, Rentner und andere die Steuern und Abgaben, die sich aus einem Arbeitsverhältnis ergeben, nicht leisten oder Angaben zum Arbeitsverhältnis gegenüber dem Sozialversicherungsträger verschweigen; vgl. auch IG Metall (2004): S. 9

¹⁸¹ Vgl. Göpfert-Divivier, W. (2004): S. 18-20

¹⁸² Vgl. Göpfert-Divivier, W. (2004): S. 18-20

tungsempfängern sondern auch bei solchen Personengruppen, die aus eigenen Mitteln („Selbstzahler“) Dienstleistungen einkaufen.

In welchem Umfang daher Geldleistungen (oder auch darüber hinausgehende private Mittel) der Pflegeversicherung für bezahlte Hilfen, die in der Schwarzarbeit erbracht werden, verwendet werden ist nicht bekannt. Das Spektrum ist breit: Es kann sich um Nachbar/innen handeln, die gelegentlich „helfen“, aber auch um illegale ausländische Hilfskräfte, die offenbar vor allem dann gefragt sind, wenn ein Bedarf an einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung besteht. Aktuelle Schätzungen zu Folge liegt allein die Zahl illegaler polnischer Pflegekräfte in deutschen Pflegehaushalten derzeit bei 50.000 bis 60.000 Personen.¹⁸³ Demgegenüber stellt sich die personelle Situation in den ambulanten Pflegediensten nach den statistischen Angaben des Bundesamtes in 2003 wie folgt dar:¹⁸⁴ Insgesamt sind hier knapp 201.000 Beschäftigte tätig, dabei machen die Vollzeitbeschäftigungen ca. ein Drittel (29%) aus, die Mehrheit des Personals (68%) ist teilzeitbeschäftigt. Der Anteil der examinierten Pflegekräfte (Kranken- und Altenpfleger, Kinderkrankenpflege, Heilerziehungspfleger) beträgt ca. 47% und stellt damit fast die Hälfte des Personalstamms eines Pflegedienstes dar.

Der Personalbestand in der ambulanten Pflege ist schließlich vor dem Hintergrund der offenen Stellen in der Pflege zu betrachten. Nicht selten wird hier von einem „Pflegenotstand“ gesprochen, da auf dem Arbeitsmarkt nicht ausreichend Ressourcen für die Deckung eines ansteigenden Bedarfs an examinierten Pflegefachkräften zur Verfügung stehen.¹⁸⁵ So sind nach den Angaben der Bundesagentur für Arbeit im Bereich der Krankenpflege im August 2004 noch 2.564 offene Stellen zu verzeichnen.¹⁸⁶ Auch im Bereich der Altenpflege zeichnet sich ein ähnliches Bild ab: trotz rückläufiger Zahlen sind hier 2.832 offen gemeldete Stellen in 2004 laut den Angaben der Bundesagentur für Arbeit zu verzeichnen.¹⁸⁷

Bei der Betrachtung dieser Arbeitsmarktsituation sind auch die erheblichen Belastungen in der häuslichen Pflege zu berücksichtigen. Als Indikatoren können hierfür die Anzahl der Überstunden, die Häufigkeit und die Dauer der Krankheitsausfälle heran gezogen werden. Nach den Angaben des Deutschen Instituts für Pflegeforschung (DIP) aus dem Jahr 2004 belaufen sich die Überstunden übertragen auf alle rund 10.600 ambulanten Einrichtungen in Deutschland auf etwa 8 Millionen geleisteter Überstunden für das Jahr, was mehr als 4.500 Vollzeitstellen entspricht.¹⁸⁸ Allein diese Zahl macht deutlich, dass das

¹⁸³ Andere Quellen beziffern die Zahl ausländischer Beschäftigter in der häuslichen Pflege in Deutschland lediglich auf nur 5.000 Personen – Erdmann, Y. (2002): S. 109-116

¹⁸⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2005)

¹⁸⁵ Vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) (2004) (b): S. 24

¹⁸⁶ Vgl. Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg, Mai 2004

¹⁸⁷ ebd.

¹⁸⁸ Vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) (2004) (b): S. 28

Personal in den ambulanten Pflegediensten sehr flexibel auf Betreuungsanfragen reagieren muss und in erheblichem Maße mit Mehrbelastungen rechnen muss. Darüber hinaus scheint es nicht immer möglich zu sein, den kurzfristigen Mehrbedarf durch Einstellungen von Pflegekräften zu decken.

Die hohen Belastungen in der häuslichen Pflege stellen große Herausforderungen an das Personalmanagement von Pflegediensten. Um qualifiziertes Personal zu gewinnen und zu halten, sind solche Konzepte der Arbeits- und Arbeitszeitorganisation gefragt, die darauf abzielen, die Arbeitsbedingungen zu verbessern, um hohe Fluktuationsraten beim Personal zu vermeiden, die von den Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen als nicht vertrauensvoll empfunden werden.¹⁸⁹ Möglicherweise begünstigt auch diese angespannte personelle Situation in der häuslichen Pflege die Inanspruchnahme von Angeboten des Schwarzmarktes.

Der personellen Situation des Arbeitsmarktes in der häuslichen Pflege sind zudem die „alternativen“ Kosten gegenüberzustellen, die bei der Inanspruchnahme sogenannter illegaler Kräfte entstehen:

Die Kosten für illegale Kräfte werden mit 500 bis 800 € pro Monat (plus Kost und Logis) angegeben, was weitaus niedriger ist als entsprechende legale Angebote, deren Preis zwischen 3.000 und 5.000 € liegt.¹⁹⁰ Schwarzarbeit in der häuslichen Pflege ist damit auch ein Problem für die zugelassenen Pflegedienste, die ihre Dienstleistungen nicht zu den Konditionen der Hilfskräfte des Schwarzmarktes anbieten können.

Angestoßen durch einen prominenten TV-Journalisten wurde Anfang 2002 zeitlich befristet eine Ausnahmeregelung für Haushaltshilfen aus EU-Beitrittsländern (Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechien und Ungarn), die in Haushalten mit Pflegebedürftigen tätig sind, eingeführt. Auslöser war eine Razzia in Hessen, bei der in 350 Pflegehaushalten über 200 illegale Arbeitsverhältnisse aufgedeckt worden waren. Die Regelung im Rahmen der so genannten „Anwerbepausenausnahmeregelung“¹⁹¹ sah vor, dass bis Ende 2002 für eine Dauer von maximal drei Jahren für solche Arbeitskräfte befristete Arbeits- und Aufenthaltsgenehmigungen erteilt werden konnten. Die Arbeitskräfte durften nur für *hauswirtschaftliche Dienstleistungen* eingesetzt werden. Die Arbeitgeber mussten reguläre Sozialversicherungsbeiträge sowie ggf. Steuern für diese Beschäftigten abführen.

¹⁸⁹ Näheres zur Bedeutung des Vertrauens bei der Inanspruchnahme professioneller Pflege siehe Kapitel 6.3.1.

¹⁹⁰ Vgl. Richter, E. (2004): S. 14-17

¹⁹¹ Vgl. Zentralstelle für Arbeitsvermittlung (2002): §4 Abs. 9a Anwerbepausenausnahmeregelung (ASAV)

Nach vorliegenden Informationen ist diese Regelung allerdings wenig in Anspruch genommen worden¹⁹², was auch daran liegen dürfte, dass die Kosten bei legaler Beschäftigung (z.B. durch tarifliche Bezahlung, Versicherung) nach wie vor erheblich höher sind als bei Schwarzarbeit (bzw. eine solche nur bei niedriger Entlohnung überhaupt realisierbar ist). Darüber hinaus dürfte auch der geringe Bekanntheitsgrad und das komplizierte Anmeldeverfahren dieser Regelung die Inanspruchnahme begrenzt haben.

Kritiker verweisen auch darauf, dass ein Entlastungsbedarf in Pflegehaushalten vor allem bezüglich der Pflege selbst besteht¹⁹³ und diese Kräfte i.d.R. auch so eingesetzt werden, wenn z.B. der Bedarf nach einer totalen Verfügbarkeit einer Rund-um-die Uhr Betreuung besteht.

In diesem Zusammenhang hat auch der Entwurf der „Dienstleistungsrichtlinie“ der EU-Kommission¹⁹⁴ Anlass zu kontroversen Diskussionen über die Auswirkungen insbesondere osteuropäischer Pflegekräfte auf den deutschen Pflegemarkt gegeben: Mit dieser Richtlinie soll das grenzüberschreitende Angebot von Dienstleistungen und die Niederlassungsfreiheit innerhalb der Europäischen Union erweitert werden. Die Richtlinie betrifft „jede wirtschaftliche Tätigkeit, bei der einer Leistung eine wirtschaftliche Gegenleistung gegenüber steht“ (vgl. Art. 4.1 des Richtlinienentwurfs), unabhängig davon, von wem die Leistung vergütet wird. Auch Pflegedienstleistungen können in den Anwendungsbereich fallen, allerdings ist dies zur Zeit stark umstritten.¹⁹⁵ Der Richtlinienentwurf sieht vor, dass ein Anbieter einer Dienstleistung nur den Rechtsvorschriften des Landes unterliegt, in dem er niedergelassen ist. Durch die grundsätzliche Anwendung dieses „Herkunftslandsprinzips“ ist der Erbringer einer Dienstleistung von Auflagen im Zielland überwiegend freigestellt.

Ein Pflegedienst aus Tschechien, Polen oder Belgien dürfte nach diesem Prinzip seine Leistungen ohne Kontrollen der deutschen Behörden in Deutschland anbieten. Für die Aufsicht seien allein die Behörden des Herkunftslandes zuständig. Besonders die deutschen Anbieter professioneller Pflegedienstleistungen sehen hier die Gefahr einer Aufweichung von Qualitätsstandards und kritisieren diesen Vorschlag stark.¹⁹⁶ So sollte nach Auffassung einiger Politiker das Herkunftslandsprinzip ersetzt werden durch das „Prinzip der gegenseitigen

¹⁹² Vgl. Zentralstelle für Arbeitsvermittlung (2003): Erfahrungsbericht zu der Vermittlung von Haushaltshilfen zur Beschäftigung in Haushalten mit Pflegebedürftigen nach § 4 Abs. 9a Anwerbestoppausnahmegenehmigung (ASAV). Demnach wurden bis 2002 nur 1.102 Haushaltshilfen vermittelt.

¹⁹³ Vgl. Mittelstaedt, E. (2002): S. 35-37

¹⁹⁴ Vgl. EU- Dienstleistungsrichtlinie (2004), Entwurf

¹⁹⁵ Vgl. Stellungnahme des Verwaltungsrates des AOK-Bundesverbandes zum Vorschlag der EU-Kommission für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt vom 13.01.2004 im Hinblick auf seine Auswirkungen auf den Gesundheits- und Pflegebereich (9.2.2005)

¹⁹⁶ Vgl. Grieshaber, U. (2004): Schwarzarbeit und illegale Beschäftigung

Anerkennung“, das nach Auffassung einiger Politiker mit weitergehenden Einschränkungen verbunden werden soll, deren konkrete Ausgestaltung allerdings noch strittig ist.¹⁹⁷

Neben der Betrachtung der problematischen Marktsituation auf dem Sektor der ambulanten Pflegedienste spielt auch die Marktsituation der Anbieter für haushaltsnahe Dienstleistungen (wie der Dienstleistungsagenturen) eine wichtige Rolle, wenn es um die Inanspruchnahme von z.B. Haushaltshilfen geht, die über den Schwarzmarkt bezogen werden:

Die wenigen verfügbaren Daten über die aktuelle Marktsituation und die bisherige Inanspruchnahme haushaltsnaher Dienstleistungen stammen aus dem „Sozio-oekonomischen Panel“ (SOEP) – einer regelmäßigen Befragung ausgewählter Haushalte in West- und Ostdeutschland (repräsentative Stichprobe), in deren Rahmen inzwischen regelmäßig auch nach der Nutzung von Haushaltshilfen gefragt wird. In diesen Befragungen bleibt allerdings offen, welche Definition einer Haushaltshilfe die Befragten bei der Beantwortung dieser Frage zugrunde legen. Zu vermuten ist, dass eher an Haushaltsreinigung als an haushaltsnahe Dienstleistungen im weiteren Sinne (wie z.B. Hilfe bei Einkäufen, Behördengängen etc.) gedacht wird. Den SOEP-Daten zufolge gaben im Frühjahr 2002 7,6% der Privathaushalte an, dass sie regelmäßig eine Putz- und Haushaltshilfe beschäftigten, weitere 4% aller Haushalte gaben an, zumindest gelegentlich eine Beschäftigung von Haushaltshilfen in Anspruch zu nehmen, so dass zusammen genommen mehr als 4 Millionen Haushalte regelmäßig oder gelegentlich als Arbeitgeber auftreten.¹⁹⁸

Dabei nutzen nach Weinkopf¹⁹⁹ Ältere Haushaltshilfen in höherem Maße: Haushalte mit mindestens einem Haushaltsmitglied, das 55 Jahre oder älter ist, beschäftigen demnach zu 14,1% eine Haushaltshilfe (8,5% regelmäßig, 5,6% gelegentlich). Zu dieser Kategorie zählten im Jahr 2002 bereits gut 45% aller Privathaushalte in Deutschland. Zwischen der aktuellen Inanspruchnahme von Haushaltshilfen durch Ältere und dem Potenzial der Angebotsstrukturen für diesen Dienstleistungsbereich klafft allerdings noch eine große Lücke.

Offensichtlich wird ein großer Anteil haushaltsnaher Dienstleistungen in Schwarzarbeit erbracht. Vor allem im Bereich der Hausarbeit im weitesten Sinne haben es professionelle Dienstleister offenbar schwer, sich am Markt durchzusetzen, wie die Erfahrungen der Dienstleistungsagenturen in den vergangenen Jahren gezeigt haben. Ihre Gründung geht auf die Tatsache zurück, dass es nur sehr vereinzelt Dienstleistungsanbieter gibt, die z.B. Haushaltsreinigung

¹⁹⁷ Vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 14.04.2005: „EU-Parlament soll Richtlinie weiter einschränken“

¹⁹⁸ Vgl. Schupp, J. (2002): S. 24

¹⁹⁹ Vgl. Weinkopf, Cl. (2005): S. 9

in Privathaushalten regelhaft in ihrem Leistungsspektrum vorhalten.²⁰⁰ Vielen dieser oftmals mit Hilfe öffentlicher Förderung gegründeten Initiativen und Unternehmen ist es zwar gelungen, besonders auch ältere Kundinnen und Kunden für ihre Dienstleistungen zu gewinnen, nicht aber tatsächlich kostendeckende Preise am Markt durchzusetzen.

Vergleicht man jedoch den angenommenen Stundenlohn der Privathaushalte bei der Inanspruchnahme von z.B. Dienstleistungsagenturen und Schwarzarbeit unter Berücksichtigung steuerlicher Entlastungen ergibt sich ein Preis pro Stunde bei Schwarzarbeit von 8 € und bei einer Dienstleistungsagentur von 14,85 €. ²⁰¹ Trotz der steuerlichen Begünstigungen erscheinen beim legalen Angebot Gesamtkosten und Nettopreise im Gegensatz zur illegalen Beschäftigung weniger attraktiv.

Dienstleistungsagenturen müssten sogar, um kostendeckend arbeiten zu können, die Preise für ihre Dienstleistungen anheben, was am Markt wohl nur schwierig durchsetzbar ist und gerade für Ältere, die keine steuerliche Entlastung geltend machen können, einen erheblichen Nachteil darstellt.

Trotz steuerlicher Förderung können die Dienstleistungsagenturen in der Konkurrenz zum Schwarzmarkt somit nur wenig profitieren. Ohne eine zusätzliche öffentliche Dauerfinanzierung scheinen solche Konzepte im Vergleich zum Schwarzmarkt eher chancenlos. Insgesamt kann hierzu festgestellt werden, dass es durch die Modelle der Dienstleistungsagenturen zwar einerseits gelungen ist, reguläre und damit sozial abgesicherte Arbeitsplätze zu schaffen, dass aber andererseits die angestrebte kostendeckende Arbeitsweise (auch mit steuerlichen Sonderabzügen) bislang nicht erreicht werden konnte.

4.5 Zusammenfassung

Pflegedienstleistungen als personenbezogene soziale Dienstleistungen weisen Besonderheiten auf, die für sowohl für die Dienstleister als auch für die Nutzer von erheblicher Bedeutung sind. Der Personenbezug der Pflegedienstleistung äußert sich zum einen in der erforderlichen Interaktion und Kooperation zwischen dem Dienstleister, dem zu Pflegenden und seinen Angehörigen. Zum anderen handelt es sich um Vertrauensgüter, die in der Privatsphäre der Familienhaushalte erbracht werden und damit Einfühlungsvermögen und kommunikative Fähigkeiten seitens der professionell Pflegenden erfordern; erst auf dieser Basis kann eine dialogische Dienstleistungsarbeit erfolgen.

²⁰⁰ Vgl. Weinkopf, Cl. (2005): S. 15 ff.

²⁰¹ Der Stundenpreis bei Schwarzarbeit ist brutto wie netto gleich; die Bruttokosten der Dienstleistungsagentur liegen bei 18€, Weinkopf, Cl. (2005): S. 18.

Dies bedeutet auch, dass das Leistungs- und Vergütungssystem der Pflegeversicherung ausreichend Raum für Interaktion und Kommunikation geben muss, um diesen wesentlichen Leistungsbestandteilen Rechnung tragen zu können.

Für die Nutzer der Pflegedienstleistung ist es von Bedeutung, welche Rollen sie bei der Inanspruchnahme dieser Dienstleistung wahrnehmen. Dabei ist deutlich geworden, dass im Rahmen eines wohlfahrtspluralistischen Verständnisses von Demokratie und sozialen Dienstleistungen verschiedene Rollen nicht als jeweils isolierte Konzepte betrachtet werden sollten. Diese Auseinandersetzung ist von erheblicher Bedeutung, da eine einseitige Betrachtung des Nutzers in seiner Rolle als Kunde auf dem „Quasi-Markt“ Pflege auf sich selbst steuernde Marktmechanismen abzielt, die mit der Alltagswelt eines pflege- und hilfebedürftigen Menschen und seiner Angehörigen nicht viel gemein haben. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollten vielmehr als Partner in einem dialogischen Dienstleistungsprozess angesehen werden und in ihren Möglichkeiten und Fähigkeiten als Bürger in einer lokalen Gemeinde unterstützt werden.

Hieraus ergeben sich, wie noch später zu zeigen sein wird, wichtige Handlungsansätze, die zu einer beziehungsorientierten Unterstützung in der häuslichen Pflege beitragen können.

Die im Zusammenhang mit der Professionalisierungsdebatte geforderten fürsorglichen und sorgenden Elemente von Pflege und Care stellen eine weitere Perspektive dieser Dienstleistung dar, die im engen Zusammenhang mit der Feminismusdebatte stehen. Ausgehend von einer eher konservativen Betrachtung, die das spezifisch Weibliche wie die Sorge um Andere, das Einfühlungsvermögen als besondere Werte betonen, ist hierin zunächst eine Art heilendes Gegengewicht zur Arbeitsteilung in unserer Gesellschaft gesehen worden.

Aus heutiger Sicht stellen Fürsorge und Care elementare Bestandteile einer professionellen Pflegedienstleistung dar, die sich jedoch nicht nur auf eine spezifisch weibliche Betrachtung beziehen. Vielmehr sollten im Sinne einer (geschlechterunabhängigen) Anerkennung und Aufwertung von Fürsorge und Care diese wesentlichen Beziehungselemente als gleichwertig im Vergleich mit anderen Sektoren der Wohlfahrtsproduktion (wie z.B. der herkömmlichen Erwerbsarbeit) betrachtet werden. Private Fürsorglichkeit müsste stärker ins öffentliche Bewusstsein gelangen, und zwar nicht nur unter funktionalen Aspekten, sondern als Wert an sich.

Wenn eine „neue Kultur des Helfens“ wirklich die Bezeichnung *neu* verdienen soll, sie also die Versorgung hilfsbedürftiger Personen nicht bloß feminisiert oder einseitig privatisiert, dann gilt es auch über Bedingungen nachzudenken, die für die familialen Unterstützungspotenziale bessere Entfaltungsmöglichkeiten bewirken.

Auch wenn es darum geht, dass private Fürsorgetätigkeit um professionelle Dienstleistungen im Haushalt ergänzt wird, spielen diese Überlegungen eine Rolle. Denn Fürsorge lässt sich nur schwer auf einzelne Aspekte begrenzen, vielmehr ist sie in dem Sinne entgrenzt, als sie sich auf die ganze Person bezieht. Für alle Beteiligten bedeutet dies, sich aufeinander einzulassen und Sorgaufgaben untereinander aufzuteilen, wobei in diesem Verständnis alle Beteiligten dieses Versorgungsnetzwerkes als gleichberechtigte Partner betrachtet werden sollten, die jeweils unterschiedliche Kompetenzen und Fähigkeiten in das häusliche Pflegearrangement einbringen.

In einem solchen Verständnis kann sich die Debatte um Care und Fürsorge als geeignet erweisen, das Selbstbewusstsein der Familien zu erhöhen, Partnerschaften in einem gemischten Pflegearrangement zu entwickeln, die sich in der direkten Unterstützung der Hauptpflegeperson (unabhängig vom Geschlecht) ausdrücken können.

Hier liegen wichtige Ansatzpunkte für die spätere Entwicklung von Handlungsansätzen, die dazu beitragen können, die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme von externen Hilfen zu senken und Hilfen von außen als legitime Hilfe zu betrachten.

Aus der Perspektive der Marktsituation und Inanspruchnahme von pflegerischen und haushaltsnahen Dienstleistungen ist deutlich geworden, dass es zwar erhebliche Bedarfe für diese Dienstleistungen bei den Familien gibt. Die Tatsache, dass sowohl pflegerische als auch haushaltsnahe Dienstleistungen auch über illegale Beschäftigungsverhältnisse abgedeckt werden, macht zunächst auf das Problem aufmerksam, dass legale Beschäftigungsverhältnisse im Vergleich zu Schwarzmarktleistungen höhere Personalkosten verursachen.

Dies wirkt sich auf die Preisgestaltungsmöglichkeiten der pflegerischen als auch der haushaltsnahen Dienstleistungen dahingehend aus, dass sie für die Nutzer als unattraktiv empfunden werden, wie besonders am Beispiel der Dienstleistungsagenturen deutlich wurde. Als begünstigend für die Inanspruchnahme von illegalen Kräften in der Pflege und bei den haushaltsnahen Dienstleistungen dürfte sich aber auch der Umstand auswirken, dass viele Pflegedienste ihr bisheriges Angebotsspektrum auf die medizinnahen Kernbereiche der Pflege ausgerichtet haben und kein differenziertes Angebot niedrighschwelliger Leistungen vorhalten.

Auch hieraus ergeben sich, wie noch später ausgeführt wird, wichtige Handlungsansätze, die in einer Ausdifferenzierung gerade von solchen Hilfen bestehen, die den Angehörigen und den zu Pflegenden zu Gute kommen können.

Die Auseinandersetzung mit den Besonderheiten von Pflegedienstleistungen führt zu der Fragestellung, unter welchen sich ändernden Rahmenbedingungen Pflegeaufgaben innerhalb des Familiensystems von Angehörigen erbracht werden und welche Handlungslogiken die Art der Organisation des familialen Pflegearrangements beeinflussen.

5. Kapitel: Merkmale familialer Pflegearrangements

Familiale Netzwerke befinden sich in massiven Veränderungsprozessen. Es sollen dabei zunächst solche Entwicklungen diskutiert werden, die das familiäre Unterstützungspotenzial unabhängig von den Wirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes beeinflussen. Die starken Veränderungen, denen unsere Gesellschaft unterworfen ist, bestehen zum einen auf der demografischen Ebene, betreffen also die Bevölkerungszusammensetzung. Neben dem demografischen Wandel vollzieht sich ein kultureller Wandel, der in Familien zu großen Veränderungen der geschlechtsspezifischen Rollen und zu einer teilweisen Abkehr vom Leitbild der bürgerlichen Familie führt.

Mit diesen Formen des gesellschaftlichen Wandels verändert sich auch die Art der familialen Solidarität in Bezug auf die Erwartung der Älteren, bei Bedarf Hilfe und Pflege zu erhalten wie auch das Gefühl der Verpflichtung (als ein mögliches Motiv zur Übernahme der Pflege eines Angehörigen), solche Aufgaben zu übernehmen.

5.1 Das familiäre Helferpotenzial im demografischen und kulturellen Wandel

Der demografische Wandel zeichnet sich dadurch aus, dass die Lebenserwartung steigt und die Kinderzahl sinkt. Es werden also immer mehr ältere Menschen immer weniger jüngeren Menschen gegenüberstehen. Mit der steigenden Lebenserwartung nimmt aber auch das Risiko zu, krank und pflegebedürftig zu werden. Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, trifft in erster Linie die Personengruppe der hochaltrigen über 80-jährigen Personen. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung beziehen 15% der über 80-jährigen Männer und 21% der über 80-jährigen Frauen in Privathaushalten Leistungen aus der Pflegeversicherung.²⁰² Der wachsende Anteil der pflegebedürftigen Menschen erklärt sich daraus, dass die Zahl der hochbetagten Menschen im Alter ab 80 Jahren insgesamt steigt. So kommt etwa die 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung²⁰³ zu dem Ergebnis, dass sich die Zahl und der Anteil der Hochbetagten an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2020 bereits auf etwa 6,9% belaufen wird.

Während die Zahl der pflegebedürftigen Personen weiter ansteigt, verringert sich der Anteil der Bevölkerungsgruppe, welche die meisten Hauptpflegepersonen stellt. Mit 73% sind es in der Regel noch in überwiegender Anzahl die Frauen, die die Hauptverantwortung im Rahmen der häuslichen Pflege übernehmen.²⁰⁴ Die demographischen Entwicklungen führen in Zukunft zu einem deutlichen Rückgang des Potenzials an pflegenden Frauen.

²⁰² Vgl. Infratest Sozialforschung (2003), S. 10

²⁰³ Vgl. Statistisches Bundesamt 2003 (b)

²⁰⁴ Vgl. Infratest Sozialforschung (2003), S. 19

Der Geburtenrückgang und die damit einhergehende rückläufige durchschnittliche Kinderzahl in den Familien hat weiter zur Konsequenz, dass die Anzahl der Verwandten in der horizontalen Linie abgenommen hat. Das heißt, dass die Menschen heute weniger Verwandte in der gleichen Generation haben, als dies noch bei unseren Eltern oder Großeltern der Fall war. Gleichzeitig verlängert sich durch die gestiegene Lebenserwartung die gemeinsame Lebenszeit zwischen Eltern und Kindern; die vertikalen Beziehungen werden zeitlich ausgedehnt. Zusammen mit der skizzierten Ausdünnung der horizontalen Linie führt dies zu einer Zunahme des Anteils der vertikalen Beziehungen bei den Familien. Diese Art von Familien wird auch „Bohnenstangen – Familie“ genannt, weil deren Stammbaum lang und dünn wie eine Bohnenstange ist.²⁰⁵

Die Veränderungen des Verhältnisses zwischen potenziell pflegefähigen Erwachsenen und Pflegebedürftigen müssen jedoch nicht zwangsläufig dazu führen, dass immer mehr Hilfebedürftige keine Pflege bekommen werden, sondern dass die evtl. Pflegeverantwortlichen nur weniger Personen (neben der Tochter auch den Sohn!) betreffen.²⁰⁶ Nach dieser Auffassung stehen in Zukunft pro Familie weniger Kinder, die pflegen könnten, zur Verfügung, ohne dass zunächst die Zahl der kinderlosen Pflegebedürftigen entscheidend zunehmen würde. In diesem Sinne wäre also zunächst kein Rückgang des familialen Pflegepotenzials zu erwarten, sondern eine stärkere Belastung der verfügbaren Angehörigen. Von zentraler Bedeutung wird dann die Frage sein, ob sich der stärkere Druck auf die verantwortlichen Familienangehörigen nachteilig auswirkt und ob dies die Bereitschaft zur Einbeziehung fremder Helfer in das häusliche Pflegearrangement befördert. Diese Entwicklung kann daher auch dazu führen, dass bei der familialen Versorgung eines Hilfebedürftigen in Zukunft auch vermehrt auf andere Hilfspersonen, als der Familienangehörigen zurückgegriffen werden muss.

Neben den dargestellten demografischen Veränderungen unterliegen auch Wertevorstellungen von der Familie einem Wandel, die sich in den Geschlechterbeziehungen und den Vorstellungen von Solidarität in der Familie äußern.

Im Zusammenhang mit den Veränderungen der Wertvorstellungen werden Trends angeführt, wie die abnehmende Bedeutung von Pflicht- und Akzeptanzwerten und der Zunahme von Selbstentfaltungswerten, die jedoch nicht zu einer allgemeinen Individualisierung führt, wie sie von Beck & Beck-Gernsheim²⁰⁷ beschrieben wird. Mit anderen Worten: aus dem Wertewandel folgt keine individualistische Beliebigkeit, sondern es lässt sich zumindest in großen Teilen der

²⁰⁵ Vgl. Hörl, J. / Rosenmayr, L. (1994): S. 76

²⁰⁶ Vgl. Evers, A. / Rauch, U. (1997) in Bezug auf Sundstroem, G. (1995)

²⁰⁷ Vgl. Beck, U. / Beck-Gernsheim, E. (1994) S. 3-14

Gesellschaft ein verändertes Verantwortungsbewusstsein feststellen, dass zu neuen Formen von Solidarität in der Familie führt.

Im Bereich der Familie ist ein kultureller Wandel an der zumindest teilweisen Abkehr vom Leitbild der „bürgerlichen“ Familie festzumachen, der sich bei den Geschlechterbeziehungen und bei den Generationenbeziehungen äußert. Der Wertewandel mit der Abkehr von Pflicht- und Akzeptanzwerten zeigt sich in den Beziehungen zwischen Frauen und Männern besonders deutlich an den Einstellungen zur Ehe.

Beziehungen werden heute weniger auf der Erfüllung von Rollenanforderungen aufgebaut als auf der Befriedigung von emotionalen Bedürfnissen. Ein ähnlicher Einstellungs- und Verhaltenswandel, der sich von traditionellen Rollenzuordnungen löst, wird auch für die Inanspruchnahme von Krankenbetreuung, das Konsumverhalten gesehen, nicht jedoch für das Putzen und Kochen und das Durchführen von Reparaturen.²⁰⁸ Dort ist der Wandel jedoch eher ein *Einstellungswechsel* als ein Verhaltenswandel, wobei der Einfluss von externen Faktoren wie der Struktur der Arbeitswelt berücksichtigt werden muss. Die konkrete Arbeit im Haushalt bleibt dagegen im Verantwortungsbereich der Frauen mit konstant geringem Hilfeanteil der Männer: *„Die absolute Beteiligung der Männer an der Hausarbeit liegt stets und komme, was wolle, bei ca. 10. Stunden in der Woche – unabhängig von der Erwerbstätigkeit der Partnerin“*, so lautet das Ergebnis einer umfassenden Sekundäranalyse von Studien zu diesem Thema.²⁰⁹

Das Infragestellen der geschlechtspezifischen Rollenstereotypen interpretiert Honneth in Bezug auf Giddens so: Die moderne Familie hat sich *„von einer Institution, deren interne Verhältnisse noch wesentlich von sozialen und ökonomischen Zwängen bestimmt sind, (...) inzwischen weitgehend in ein „reines“ Beziehungsverhältnis verwandelt, in dem affektive Bindungen zur wichtigsten Quelle der Integration geworden sind.“*²¹⁰

Die Ablösung vom Leitbild der bürgerlichen Familie zeigt sich ebenso an der steigenden Erwerbstätigkeit der Frauen. Der steigende Grad der Erwerbstätigkeit der Frauen wird als ein weiterer Grund für den Rückgang des familialen (weiblichen) Pflegepotenzials angeführt:

Bei insgesamt steigender Quote der Erwerbsfähigkeit der Frauen stellt sich die Frage, welche Auswirkungen die gestiegene Erwerbstätigkeit der jüngeren Frauen auf ihr Engagement in der häuslichen Pflege zukünftig haben wird. Die relativ hohe Erwerbsquote von Frauen, die heute zwischen 25 und 40 Jahren alt

²⁰⁸ Vgl. Garhammer, M. (1996): S. 328

²⁰⁹ Vgl. Künzler, J. (1994): S. 200

²¹⁰ Vgl. Honneth, A. (1995): S. 990

sind, wird sich in ca. zehn Jahren auf ihre Verfügbarkeit für die Pflege der Eltern niederschlagen. Dass häusliche Pflege und Berufstätigkeit nur schwer zu vereinbaren sind, ist in verschiedenen Studien dokumentiert.²¹¹

Die Ergebnisse der Infratest-Befragung zu den Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in privaten Haushalten²¹² machen auf das Problem aufmerksam, dass Frauen im mittleren, erwerbsfähigen Lebensalter, die Angehörige zu Hause versorgen, neben den alten und hochbetagten Frauen und Männern, die ihre pflegebedürftigen Ehepartner versorgen, die Hauptlast der häuslichen Pflege tragen. Insgesamt 65% der Hauptpflegepersonen in der häuslichen Pflege sind demnach unter 64 Jahre alt und somit im erwerbsfähigen Alter. Dabei üben in der Altersgruppe der bis zu 64-jährigen, die privat eine pflegebedürftige Person betreuen, derzeit nur 19% eine Vollzeittätigkeit aus, 15% einer Teilzeitbeschäftigung (bis zu 30 Stunden pro Woche) und 6% einer geringfügigen Beschäftigung (unter 15 Stunden pro Woche) nachgehen.

Auch vor dem Hintergrund der sich verlängernden Phasen der Erwerbstätigkeit in unserer Bevölkerung wird es für die Hauptpflegeperson zukünftig immer mehr von Bedeutung sein, Berufstätigkeit und Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger zu vereinbaren. Ob Frauen angesichts instabiler Familienverhältnisse (Rückgang der Eheschließungen, hohe Ehescheidungsraten und Zunahme der Alleinerziehenden) auch in Zukunft das ökonomische Risiko eingehen, auf ihre Erwerbstätigkeit zugunsten der Pflege eines Angehörigen zu verzichten, ist fraglich.

Die Abkehr von traditionellen Rollenzuweisungen in privaten Beziehungen wird häufig als ein Wandel der Geschlechterbeziehungen beschrieben und neben der steigenden Anzahl von Scheidungen und Wiederverheiratungen an den neuen Formen der Partnerschaft von nichtehelichen Lebensgemeinschaften oder räumlich getrennt lebenden Personen festgemacht.

Kaufmann hat diese Veränderungen im Blick, wenn er schreibt: *„Ehe und Familie können nicht mehr als vorgegeben, sondern Ehe kann nur als zu leistende Partnerschaft, als Verknüpfung zweier Biografien und als Koevolution zweier Individuen, und Familie nur noch als zu leistende Nestbildung, als mühsam zu erringender Erholungs- und Gestaltungsraum inmitten einer geräuschvollen und übermächtigen Umwelt angemessen verstanden werden.“*²¹³

Es muss Beziehungsarbeit geleistet werden, und diese Arbeit kostet Zeit und Kraft. Solidarität in den Familien wie die Sorge um einen pflegebedürftigen

²¹¹ Vgl. Beck, B. / Dallinger, U. / Naegele, G. / Reichert, M. (1997)

²¹² Vgl. Infratest Sozialforschung (2003): S. 20

²¹³ Vgl. Kaufmann, F.-X. (1993): S. 102

Angehörigen muss deshalb heute als Ausdruck einer *emotionalen Beziehung* und nicht nur als Nutzenkalkül der gegenseitigen Verpflichtung betrachtet werden.²¹⁴ Gefühle der Verantwortlichkeit können in Zeiten des sozialen Wandels fließend und unklar sein, bei den betroffenen Personen zu Ambivalenzen zwischen Verantwortungsbewusstsein und dem Wunsch nach einem eigenen Leben führen.²¹⁵

Im Folgenden sollen daher Formen der Solidarität in Familien betrachtet werden, wobei auch Wechselwirkungen zwischen Familie und Gesellschaft in den Blick geraten.

5.2 Solidarität in der Familie und in der Gesellschaft

Die nun folgende Betrachtung der verschiedenen Befunde zu den Auswirkungen des kulturellen Wandels auf die Vorstellungen und Umsetzungsformen von Solidarität zwischen den Generationen weisen unterschiedliche Erkenntnisse zur Bedeutung der Pflege eines Familienangehörigen auf.

Allgemein kann zunächst gesagt werden, dass die Bedeutung der Familie im Leben der Menschen hoch ist. Entsprechend sind die Beziehungen von Kindern zu ihren Eltern durch ein ähnlich hohes Ausmaß an Verantwortlichkeit gekennzeichnet wie die Beziehung von Eltern zu ihren Kindern.²¹⁶

Zwischen familialen Generationen besteht der Wunsch nach emotionaler Nähe und gleichzeitig nach Unabhängigkeit, also danach, ein eigenständiges Leben zu führen und gleichzeitig am Leben der anderen Generation(en) teilzuhaben. In der Forschung wird dieser Befund mit Aussagen wie „innere Nähe durch äußere Distanz“²¹⁷ oder „Intimität auf Abstand“²¹⁸ umschrieben. So befürwortet nur ein geringer Prozentsatz der jüngeren wie der älteren Generation ein gemeinsames Wohnen im gleichen Haus oder Haushalt.²¹⁹ Dies gilt nach den Untersuchungen der OECD für westliche Länder allgemein (etwa im Gegensatz zu Japan) und kann am Beispiel Schwedens verdeutlicht werden, wo drei Prozent der älteren und fünf Prozent der jüngeren Generation zusammen in einem Haus wohnen wollen und sechs Prozent der älteren bzw. ein Prozent der jüngeren Generation einen gemeinsamen Haushalt wollen.²²⁰

Teils wird sogar davon ausgegangen, dass räumliche Distanz innere Nähe fördern kann, oder wie es in einer sehr frühen Studie zum Ausdruck kam: „It’s

²¹⁴ Vgl. Bould, S. (1996): S. 207-216.

²¹⁵ Vgl. Aronson, J. (1992): S. 24

²¹⁶ Vgl. Rossi, A.S. / Rossi, P. (1990): S. 175

²¹⁷ Vgl. Tartler, R. (1961): S. 79

²¹⁸ Vgl. Rosenmayr, L. / Köckeis, E. (1965): S. 117

²¹⁹ Vgl. OECD (1994): S. 38ff

²²⁰ Vgl. OECD (1994): S. 40

nice to be near but not too near.“²²¹ Dies wird auch von der älteren Generation gewünscht, die nur zu einem erstaunlich geringen Anteil gemeinsam mit ihren Kindern wohnen will. Gerade auch für ihre Seite gelte deshalb die Formel „Intimität – aber auf Abstand“.²²²

Die Art der Eingebundenheit von Großeltern in das familiäre Unterstützungsnetzwerk zeigt allerdings auch hochkomplexe Bindungs- und Abstoßungsmuster²²³ und die Interaktion zwischen benachbarten Generationen ist ggf. konfliktreicher als zwischen Großeltern und Enkeln.

Konzentriert man den Blick auf Unterstützungsleistungen zwischen familialen Generationen, zeigt sich, dass die Großelterngeneration gut in das familiäre Tauschnetz integriert ist und die Unterstützungsleistungen sowohl von der jüngeren zur älteren Generation und umgekehrt vonstatten gehen.²²⁴ Jedoch zeigt sich die Integration „deutlicher in der Selbstwahrnehmung der Großeltern als in der Fremdwahrnehmung durch andere Generationen“.²²⁵

Eine andere repräsentative Studie über die privaten intergenerationellen Transfers von größeren Sach- und Geldbeträgen kommt zu dem Ergebnis, dass private Transfers hauptsächlich von der älteren zur jüngeren Generation fließen.²²⁶

Insgesamt kann festgestellt werden, dass durch die gestiegene Lebenserwartung und den damit einhergehenden Anstieg der Zahl an älteren pflegebedürftigen Menschen für die mittlere Generation folgt, dass neue Anforderungen sowohl im privaten Bereich als auch an das soziale Sicherungssystem entstehen.²²⁷

Die solidarischen Unterstützungsleistungen zwischen den Generationen einer Familie stehen in einem engen Wechselverhältnis zum Austausch zwischen verschiedenen Altersgruppen in der Gesellschaft. Hier ist zu berücksichtigen, dass der Begriff Generation in verschiedenen Zusammenhängen verwendet wird. Zur allgemeinen Definition bietet sich an: „*Individuen verhalten sich als Angehörige von Generationen, wenn und insoweit sie ihr Handeln an Perspekti-*

²²¹ Vgl. Townsend, P. (1957): S. 27

²²² Vgl. Hörl, J. / Rosenmayr, L. (1994): S. 87

²²³ Vgl. Ecarius, J. / Krüger, H.-H. (1997): S. 154

²²⁴ Vgl. Marbach, J. (1994): S. 194

²²⁵ Diese Unterschiede wurden in diversen Studien festgestellt und führten zu der These wonach zwischen familialen Generationen eine systematische Differenz in der Wahrnehmung der emotionalen Qualität der gegenseitigen Beziehung besteht (Vgl. Giarrusso, R. / Stallings, M. / Bengston, V.L., (1995): S. 227-263)

²²⁶ Vgl. Motel, A. / Szdylik, M. (1999): S. 3-22

²²⁷ Vgl. Borchers, A. (1997): S. 14 f.

ven orientieren, die sich auf ihre Zugehörigkeiten zu „Altergruppen“ in der Familie, der Gesellschaft und weiteren sozialen Systemen beziehen.“²²⁸

Der Begriff wird dabei – wie es in der Definition auch anklingt – in hauptsächlich drei Bedeutungszusammenhängen verwendet:²²⁹

- Familiäre Generationen bauen auf die Eltern-Kind-Beziehung auf, ihnen liegt also die biologische Abstammung zugrunde. Zwischen diesen Generationen besteht ein (mehr oder weniger direktes) Verwandtschaftsverhältnis und die jeweiligen Partner einer Generationenbeziehung kennen sich im Regelfall persönlich.
- Dagegen sind wohlfahrtsstaatliche Generationen ein sozialpolitisches Konstrukt, das durch die Trennung der drei Gruppen Kinder – Erwerbstätige – Ruheständler entsteht. Die Umverteilung zwischen der Gruppe der Erwerbstätigen und den beiden nichterwerbstätigen Personengruppen wird durch den Generationenvertrag geregelt.²³⁰
- Weiterhin ist von gesellschaftlichen Generationen die Rede, wenn die Unterschiede im Handeln von Alterskohorten untersucht werden sollen, die auf Grund der verschiedenen Erfahrung von historischen Ereignissen, der „sozialen Lagerung“ entstehen.²³¹ Als Beispiel sei hier die 68-er Generation genannt.

Bei der Frage des Umgangs mit der Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen spielen in der Hauptsache die Beziehungen *zwischen* familialen Generationen eine Rolle. Gerade die wohlfahrtsstaatlichen Generationen geraten dabei in die Diskussion, wenn die Belastungen von verschiedenen Alterskohorten und der Frage der Gerechtigkeit der Verteilung zwischen diesen betrachtet wird.

Das wichtigste Element der wohlfahrtsstaatlichen Gesellschaften ist die intergenerationelle Umverteilung (neben dem zu den Jüngeren über das Bildungs-Erziehungswesen – zu den Älteren über die Rentenversicherung) – diese hat durch die gestiegene Lebenserwartung stark zugenommen.²³² An dieser Umverteilung wird bemängelt, dass die Kosten der Kindererziehung überwiegend den Eltern aufgebürdet werden, die Kosten der Versorgung älterer oder pflegebedürftiger Menschen dagegen – auch nach Einführung der Pflegeversicherung – zum Teil die Allgemeinheit.²³³ Daraus wird auf eine Überlastung des Generationenvertrags geschlossen. Dieser wird durch die steigenden Schwierigkeiten

²²⁸ Vgl. Lüscher, K. (1993): S. 20

²²⁹ Zum Generationenbegriff siehe ausführlich Höpflinger, F. / Stuckelberger, A. (1999)

²³⁰ Vgl. Kaufmann, F.X. (1993): S. 95-108; Kohli, M. (1997)

²³¹ Vgl. Mannheim, K.. 1928: S. 157-185

²³² Vgl. Kohli, M. (1997): S. 291 f.

²³³ Vgl. Kaufmann, F.X. (1993)

der Finanzierung der Renten und der „explodierenden“ Kosten im Pflege- und Gesundheitswesen in Gefahr gesehen.²³⁴ Der Generationenvertrag erfährt aber große Unterstützung gerade durch die privaten Transfers zwischen den Generationen einer Familie.

Fraglich ist auch, ob sich mit dem kulturellen Wandel auf der familiären Ebene Auswirkungen auf die gesellschaftliche Solidarität feststellen lassen. Unter Solidarität soll hier das Handeln verstanden werden, „das bestimmte Formen des helfenden, unterstützenden, kooperativen Verhaltens beinhaltet und auf einer subjektiv akzeptierten Verpflichtung oder einem Wertideal beruht.“²³⁵ Kaufmann²³⁶ sieht Entsolidarisierungstendenzen auf der individuellen, der kollektiven und der kulturellen Ebene. Pankoke²³⁷ vertritt die Meinung, der Wohlfahrtsstaat sei mit seiner funktionalen Solidarität an seine Grenze gekommen. Eine Versorgung sei nur noch durch eine „solidarische“ Steuerung über Netzwerke, also mittels einer auf Subsidiarität setzenden reflexiven Solidarität möglich. Andere fordern mehr Gemeinsinn und bürgerschaftliches Engagement.²³⁸ Um der Krise des Wohlfahrtsstaates zu begegnen, sollen informelle, private Beziehungen und ganz besonders Familien wieder stärker in die Pflicht genommen werden. Hier muss allerdings vermieden werden, die Familie als „Gegenstruktur“ zur Gesellschaft zu betrachten.²³⁹ Stattdessen wird heute von einer Parallelität der kulturellen Entwicklung von Familie und Gesellschaft ausgegangen.²⁴⁰

Andere sehen dagegen einen Wandel der Solidaritätsformen statt einer Entsolidarisierung: „Das solidarische Kapital der Gesellschaft verkümmert nicht, es wechselt lediglich seine Formen.“²⁴¹ Das soziale Engagement der Bevölkerung sei nicht geringer geworden, sondern habe sich nur verändert, es sei „zwangloser, unpathetischer, vielseitiger, zeitlich und sachlich begrenzter, beweglicher, in gewissem Sinne auch unverbindlicher“²⁴² als bisherige Formen von Solidarität. Diese neuen Formen der Solidarität werden als Ergänzung der wohlfahrtsstaatlichen Institutionen gesehen, weshalb das „sozialdemokratische Konzept“ von Gleichheit ersetzt werden müsse durch ein Konzept von „komplexer

²³⁴ Vgl. Bengston, V.L. / Schütze, Y. (1994): S. 503 ff.

²³⁵ Vgl. Thome, H. (1998): S. 219

²³⁶ Vgl. Kaufmann, F.-X. (1996)

²³⁷ Vgl. Pankoke, E. (1995): S. 95

²³⁸ Vgl. Etzioni, A. (1995)

²³⁹ Im Rahmen des sogenannten „Strukturfunktionalismus“ wurde die Ansicht vertreten, dass in der Moderne eine strukturelle Differenzierung der Familie zur „isolierten“ Kleinfamilie erfolgte, sowie eine funktionale Spezialisierung hin zur Herstellung und Erhaltung einer familiären Solidarität. Diese partikularistische familiäre Solidarität stelle das Fundament für die soziale Solidarität dar und leiste damit die Funktion der Integration des Einzelnen in die ansonsten universalistische Gesellschaft (Parsons, T. 1970 S. 200 f.)

²⁴⁰ Kohli, M. (1997): S. 285

²⁴¹ Vgl. Soosten, J. v. (1997): S. 43

²⁴² Vgl. Hondrich, K.O. / Koch-Arzberger, Cl. (1992): S. 115

Gleichheit“.²⁴³ Das verweist auf die enge Wechselwirkung von Fragen der Solidarität und Fragen der Gerechtigkeit. Einerseits wirken „gesellschaftlich institutionalisierte Gerechtigkeitsstandards zurück auf das Gerechtigkeitsempfinden“, das im Alltag verwendet wird, und andererseits „wirkt das Ensemble aus Gemeinsinn und Gerechtigkeitsüberzeugungen über die Kanäle verschiedener Öffentlichkeiten zurück auf die Ebene, auf der die Verteilung von Gütern und Lasten institutionalisiert, organisiert und verrechtlicht wird“.²⁴⁴

Die Wechselbeziehungen zwischen Solidarsystem, also sozialpolitischen Formen der sozialen Sicherheit, und Solidarnetzen, also privater und gesellschaftlicher Fürsorglichkeit, zeigt sich vor allem im internationalen Vergleich. Künemund und Rein²⁴⁵ kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass die meiste Hilfe von erwachsenen Kindern an ihre Eltern in Deutschland geleistet wird. Allerdings gibt es eine Ausnahme in der Kategorie „häufige Hilfe“. Dort liegt Großbritannien an erster Stelle.

Großbritannien bildet hier zusammen mit Schweden und Belgien eine Gruppe von „Wohlfahrtsregimes“²⁴⁶: Erwachsene Generationen sind in diesen drei Ländern rechtlich gesehen zu keiner gegenseitigen Hilfe und Unterstützung verpflichtet. Die andere Gruppe besteht aus der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Italien, den Niederlanden, Österreich und der Schweiz, die eine im Großen und Ganzen vergleichbare Pflicht zur gegenseitigen Unterstützung zwischen den erwachsenen Generationen gesetzlich festgelegt haben, wobei Italien ein andersartiges Regelungssystem hat, das aber in der Praxis auf ähnliche Verpflichtungen hinaus läuft.

Die OASIS Studie²⁴⁷ hat den Zusammenhang zwischen wohlfahrtsstaatlichem Regime, Familienkulturen und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität im Alter in Norwegen, Großbritannien, Deutschland, Spanien und Israel erforscht. Diese Studie gibt wichtige Hinweise über Solidarität in den Familien, über die dort geltenden Normen und Werte, über Pflegepräferenzen, über die Nutzung von Diensten, über Bewältigungsstrategien und über Lebensqualitäten.

Hinsichtlich der Auswirkungen wohlfahrtsstaatlicher Leistungen und Dienste auf Familie liegen dabei grundsätzlich unterschiedliche Annahmen zugrunde: Die Substitutionsthese nimmt an, dass sich die Familie aus jenen Bereichen zurückzieht, in denen der Wohlfahrtsstaat Dienste oder Leistungen anbietet. Die Stabilisierungsthese nimmt dagegen an, dass sich Familie und Wohlfahrtsstaat aufgrund funktioneller Differenzierung und komplementärer Aufgaben gegenseitig stützen. Es konnte jedoch kein Beleg dafür gefunden werden, dass sich die

²⁴³ Vgl. Sachße, Chr. (1995): S. 110

²⁴⁴ Vgl. Soosten, J. v. (1997): 44 f.

²⁴⁵ Vgl. Künemund, H. / Rein, M. (1996): S. 10

²⁴⁶ Vgl. Schwab, D. / Henrich, D. (1997); auch Esping-Andersen, G. (1990)

²⁴⁷ Vgl. Tesch-Römer, C / Motel-Klingebiel, A / Kondratowitz, H.-J. v. (2002): OASIS: S. 335-342

Familie aus jenen Bereichen zurückzieht, in denen der Wohlfahrtsstaat Dienste oder Leistungen anbietet. Obwohl die Ausweitung wohlfahrtsstaatlicher Leistungen zu einer Veränderung in den Familien geführt hat, hat dies aber nicht den Zerfall oder die Auflösung familialer Strukturen bewirkt.²⁴⁸

Die Ergebnisse der OASIS Studie stützen dabei die Annahme einer Interaktion zwischen familialer und wohlfahrtsstaatlicher Unterstützung. So ist die Existenz von lebenden Kindern nur unter bestimmten wohlfahrtsstaatlichen Bedingungen mit der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen verknüpft. Demnach ist die Bedeutung familialer Netzwerke für die Lebensqualität in jenen Wohlfahrtsstaaten, in denen eine Infrastruktur professioneller Hilfe- und Unterstützungsleistungen flächendeckend erst seit einigen Jahren existiert (wie z.B. in Deutschland), höher als in jenen Wohlfahrtsstaaten mit sehr guter und langer Tradition einer Infrastruktur von Hilfs- und Unterstützungsleistungen (wie z.B. Norwegen).

Die Lebensqualität alter Menschen besteht auch bei rückläufiger Zahl erwachsener Kinder unabhängig vom Vorhandensein wohlfahrtsstaatlich finanzierter Dienste. Für die Diskussion der Solidarität innerhalb von Familien ist dieses Ergebnis insofern von Bedeutung, da die Existenz von lebenden Kindern nicht automatisch unter wohlfahrtsstaatlichen Bedingungen mit der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen verknüpft werden kann. Die Funktionen von Familien werden auch, aber eben nicht nur, durch die kulturellen und sozialpolitischen Strukturen bestimmt, in die sie eingebettet sind.

Die dargestellten Befunde zu den Auswirkungen des kulturellen Wandels auf die Vorstellungen und Umsetzungsformen von Solidarität zwischen den Generationen lassen sich (trotz der unterschiedlichen Analyseergebnisse) dahingehend zusammenfassen, dass in den Familien eine Emotionalisierung der Generationenbeziehungen feststellbar ist, auch bedingt durch den Anstieg des Bildungsniveaus und den Wandel der Erziehungsstile. Gleichzeitig müssen aber die Inhalte und Formen von Beziehungen stärker denn je *ausgehandelt* werden, was zu einer Rationalisierung der Beziehungen führen kann.

Im Folgenden sollen daher Bedingungen analysiert werden, die eine Pflegeübernahme in der Familie beeinflussen und welche Auswirkungen die Pflege eines Angehörigen auf die pflegende Person hat.

²⁴⁸ Vgl. Attias-Donfut, C. (2000): S. 222-244; Motel-Klingebiel, A. (2000)

5.3 Bedingungen der Pflegeübernahme

Allgemein lässt sich sagen, dass es einen breiten gesellschaftlichen Konsens darüber gibt, Pflegebedürftige im Kreis der Familie zu versorgen.²⁴⁹ Diese „Norm“ findet auch im Vorrang der häuslichen Pflege vor der stationären Pflege im Pflegeversicherungsgesetz Ausdruck (§ 3 SGB XI).

Dass Pflege im Wesentlichen zu Hause von Familienangehörigen geleistet werden soll und wird, entspricht den gesellschaftlichen Erwartungen. Der Wunsch, in der gewohnten privaten Umgebung und nicht von Fremden gepflegt zu werden, wird laut Befragungen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen in Privathaushalten von den allermeisten (78%) geäußert.²⁵⁰

Die allgemeine und von der Mehrheit der Bevölkerung getragene Auffassung, dass ältere Angehörige in der Familie gepflegt werden sollten, findet zwar ihren Ausdruck in entsprechenden Erwartungen auf Seiten der älteren Generation und in dementsprechenden Gefühlen persönlicher Verpflichtung bei der jüngeren Generation. Je konkreter die Situationen aber werden, umso mehr spielen die persönlichen Beziehungen eine Rolle und umso stärker wird dieser allgemeine Anspruch relativiert.

Betrachtet man die Bedingungen einer Übernahme von Pflegeverantwortung, dann sind zwei Ergebnisse von Bedeutung: So hat die Einstellung gegenüber der Pflege in der Familie keinen signifikanten Einfluss auf die Leistung von instrumenteller (z.B. Hilfen bei der Körperpflege) oder emotionaler Unterstützung. Weiterhin hat auch die tatsächliche Pflegebedürftigkeit Angehöriger keinen signifikanten Einfluss auf die Unterstützungsleistungen der Kinder.²⁵¹

Die in der Forschungsliteratur genannten wichtigen strukturellen Determinanten einer Pflegeübernahme sind dagegen das Geschlecht sowie das Zusammenleben in einer gemeinsamen Wohnung. Beide Faktoren werden nun beleuchtet. Die folgende Tabelle nach Schneekloth gibt eine Übersicht zu den wesentlichen strukturellen Bedingungsfaktoren.

²⁴⁹ Vgl. Alber, J. (1990): S. 215

²⁵⁰ Vgl. Schneekloth, U. /Müller, U. 2000: S.63

²⁵¹ Vgl. Schütze, Y./ Wagner, M. (1995): S. 321, 324

Tabelle 2: Geschlecht, Verwandtschaftsbeziehungen und Wohnform der privaten Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten:

Merkmal der Hauptpflegeperson 2002	Anteil (in %)
Geschlecht	
Weiblich	73
männlich	27
Beziehung zur Pflegebedürftigen Person	
(Ehe-) Partner	28
Mutter	12
Vater	1
Tochter	26
Sohn	10
Schwiegertochter	6
Sonstige Verwandte	7
Nachbar/Bekannte	8
Wohnform	
Alleinlebend	31
Gemeinsamer Haushalt	69

Quelle: Schneekloth, U. / Wahl, H.W. (2005): S. 69, eigene Darstellung

Bracker hat vor dem Hintergrund, dass Frauen die wichtigste Hauptpflegeperson (73%) darstellen, geschlechterspezifische Kriterien für die Art der Übernahme von Pflegeaufgaben aufgezeigt, die sie in die Organisation und die tatsächliche Erbringung der Pflege unterteilt: *„Die Pflege bedeutet für beide Geschlechter die Übernahme von Verantwortung für die Person und die Pflegesituation insgesamt, aber während Frauen sich (meist allein-) zuständig fühlen für die Durchführung der Pflege, konzentrieren Männer eher ihr Verantwortungsgefühl auf die Organisation der Pflege; sie sind überwiegend bereit und in der Lage, die Durchführung zumindest teilweise an andere Personen zu delegieren.“*²⁵²

Bemerkenswert ist, dass mittlerweile verstärkt männliche Angehörige als Pflegeperson tätig werden. So betrug nach dem Vierten Altenbericht der Bundesregierung der Anteil der pflegenden Ehemänner Mitte der 90er Jahre bundesweit ca. 17%²⁵³ und ist nach den jüngsten Veröffentlichungen von Schneekloth im Rahmen der Infratest Erhebung²⁵⁴ im Jahr 2002 auf inzwischen 27% angestiegen. Vor allem der Anteil der Söhne, der nach den Erhebungen aus dem Jahr 1998²⁵⁵ noch ca. 5% betrug, beläuft sich im Jahr 2002 auf 10% (siehe S. 96).

²⁵² Vgl. Bracker, M. (1992): S. 337; Bracker, M (1990): S. 38-41

²⁵³ Vgl. Deutscher Bundestag (2002) (a): BT-Drs.: 14/8822, S. 190

²⁵⁴ Vgl. Schneekloth, U. / Wahl, H.W. (2005): S. 77

²⁵⁵ Vgl. Schneekloth, U. / Müller, U. (2000): S. 52

Dennoch scheint ein Mann, der direkte Pflegeaufgaben übernimmt, mehr gesellschaftliche Beachtung zu erhalten als eine Frau, bei der diese Aufgabe eben noch selbstverständlich erscheint. Frauen scheinen in der öffentlichen Wahrnehmung immer noch aufgrund ihres „weiblichen Arbeitsvermögens“ viel besser auf die Aufgaben der Pflege vorbereitet zu sein; einige dieser Tätigkeiten gelten gar als „natürlich“ weibliche Aufgaben, wie Hilfe bei der Körperpflege oder bei der Haushaltsführung (vgl. auch Kapitel 4.3). Mancher Pflegedienst unterstellt diese weibliche „Pflegereserve“ als selbstverständlich, wenn z.B. automatisch davon ausgegangen wird, dass bei diesen Tätigkeiten sowieso kein Unterstützungsbedarf besteht.

Diese Daten scheinen in einem Widerspruch zu den Ergebnissen über die geschlechtsspezifische Verteilung des Gefühls persönlicher Verpflichtung zu stehen. Auf der Ebene der Normvorstellungen lassen sich keine Geschlechterdifferenzen bei der Einstellung zur Familienpflege finden.²⁵⁶ Die Autorinnen sehen dadurch frühere Vermutungen bestätigt, dass die Geschlechtsspezifika bei der Verpflichtung Verantwortung zu übernehmen, weniger stark sind als von der Forschung angenommen.

Diese Einschätzung wird auch von ausländischen Studien gestützt. So kommt eine kanadische Studie zu dem Ergebnis, dass sowohl die Töchter als auch die Söhne dieselbe moralische Verpflichtung fühlen, emotionale, instrumentelle und finanzielle Unterstützungsleistungen zu erbringen.²⁵⁷ Entsprechend führten amerikanische Studien zu dem Ergebnis, dass Söhne genauso wie Töchter in der Pflege ihrer Eltern engagiert sind, wenn sie Einzelkinder sind oder nur Brüder haben.²⁵⁸ Diese Ergebnisse sprechen gegen die Sichtweise einer einseitigen Geschlechterorientierung der Pflegerolle.

Eine andere Studie führte zu dem Ergebnis, dass bei den pflegenden Personen so gut wie keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bestehen in Bezug auf den Schweregrad der Behinderung der pflegebedürftigen Person wie auch in Bezug auf den Aufgabenumfang der Pflege. Geringe Unterschiede ergaben sich lediglich darin, dass Frauen in der Tendenz eher die Aufgaben der Körperpflege und des Haushalts übernehmen und sich höher belastet fühlen als Männer.²⁵⁹ Eine stärkere geschlechtsspezifische Arbeitsteilung wurde in einer britischen Studie festgestellt: Danach ist im allgemeinen Verständnis die finanzielle Unterstützung der Eltern eine Aufgabe der Söhne, während die Pflege der Mütter die Aufgabe der Töchter ist. Dagegen waren die befragten Personen der Auffassung, dass bei der Pflege der Väter sich die Töchter und Söhne die Aufgaben teilen sollten auf Grund der bestehenden körperlichen Tabus.²⁶⁰

²⁵⁶ Vgl. Schütze, Y. / Wagner, M. (1995): S. 320

²⁵⁷ Vgl. Wolfson, u.a. (1993): S. 320 f.

²⁵⁸ Vgl. Matthews, S. (1987); Coward, R.T. / Dwyer, J.W. (1990)

²⁵⁹ Vgl. Miller, B. / Cafasso, L. (1992): S. 505

²⁶⁰ Vgl. Finch, J. / Mason, J. (1990): S. 159

Andere Forscher kommen dagegen zu dem Ergebnis, dass Söhne bei kleineren Pflegeaufgaben ähnlich häufig am Hilfenetzwerk beteiligt sind wie Töchter, dass sie jedoch bei steigendem Hilfebedarf immer seltener als Haupthelfer genannt werden.²⁶¹

Die Forschungsbefunde zu der geschlechtsspezifischen Verteilung von Pflegeaufgaben lassen sich so zusammenfassen, dass auf der Ebene des Sichverpflichtetfühlens keine Unterschiede zwischen Töchtern und Söhnen bestehen bei der subjektiven Verpflichtung gegenüber pflegebedürftigen Eltern. Jedoch wird mit zunehmendem Hilfe- und Pflegeaufwand das Verhältnis zwischen Männern und Frauen immer unausgeglichener. Hier vermuten Schütze und Wagner, dass insbesondere bei Töchtern *„ihre Lebenssituation es ihnen eher erlaubt, Pflegeleistungen zu erbringen und sie sich deshalb auch eher dazu verpflichtet fühlen.“*²⁶²

Als zweiter wichtiger struktureller Faktor der Pflegeübernahme gilt das Zusammenleben in einer gemeinsamen Wohnung oder in einem gemeinsamen Haus.²⁶³ Dabei setzt die Übernahme der Rolle der Hauptpflegeperson nicht unbedingt voraus, dass man mit der pflegebedürftigen Person im gleichen Haushalt wohnt. Ob Pflegende und Gepflegte getrennt oder zusammen leben, hat einen entscheidenden Einfluss darauf, welche Bewältigungsstrategien die Angehörigen entwickeln und in welchem Maße sie auf die Hilfe von Diensten zählen. Die Mehrheit der Hilfe- und Pflegebedürftigen lebt in einem gemeinsamen Haushalt mit der Hauptpflegeperson, wie die Tabelle auf S. 96 verdeutlicht.

Dabei leisten Angehörige, die mit der pflegeabhängigen Person in demselben Haushalt leben, die zeitaufwändigste und intensivste Pflege.²⁶⁴ Überwiegend handelt es sich hier um Ehepaare. In dieser Gruppe ist die Belastung der Pflegenden am größten; Hilfen von außen werden aus Unsicherheit eher selten einbezogen.²⁶⁵

Etwas anders stellt sich die Situation von allein lebenden Pflegebedürftigen dar. Auffällig ist hier zunächst, dass sich im Vergleich zur Situation zu Beginn der 90er Jahre der Anteil der alleinlebenden Pflegebedürftigen von damals 20% auf 31% in 2002 erhöht hat (siehe Seite 96).²⁶⁶

Hier verfügen nur 37% über eine Hauptpflegeperson, die nicht weiter als maximal 10 Minuten entfernt wohnt. Bei 14% sind es bereits bis zu 30 Minuten, bei 7% mehr als 30 Minuten, während 21% der allein lebenden Pflegebedürftigen

²⁶¹ Vgl. Stoller, E.P. / Forster, L./Duniho, T.S. (1992)

²⁶² Vgl. Schütze & Wagner (1995), S. 320

²⁶³ Vgl. Hedtke-Becker, A. / Schmidtke, Cl. (1985); Lamprecht, P. / Bracker, M. (1992)

²⁶⁴ Vgl. Parker, G. (1990): S. 12

²⁶⁵ Vgl. Schneekloth, U. / Müller, U. (2000) S. 56

²⁶⁶ Vgl. Schneekloth, U. / Wahl, H.W. (2005): S. 69

auf gar keine Hilfen zurückgreifen können. Hier erfolgt am ehesten die Versorgung durch professionelle Dienste.²⁶⁷

Die Zahl der Einpersonenhaushalte nimmt ständig zu; sie beträgt nach den Angaben des Mikrozensus aus April 2002 36,7% der Privathaushalte,²⁶⁸ wobei die Zahl der Älteren Alleinstehenden zunimmt, so dass manche hier von einer „Singularisierung“ im Alter sprechen.²⁶⁹ Für diese Entwicklung können sinkende Heiratsziffern und wachsende Scheidungsraten verantwortlich gemacht werden. Eine Schätzung besagt, dass der Anteil der Geschiedenen unter den über 60-Jährigen von cirka vier Prozent im Jahr 1990 auf rund elf Prozent im Jahr 2030 ansteigen wird; der Anteil lediger Personen in diesem Alter soll von sieben Prozent auf elf Prozent wachsen.²⁷⁰

Es wird zukünftig daher von Bedeutung sein, ob sich neue Lebensformen jenseits von Ehe und Elternschaft für die Erbringung von Pflegeleistungen als tragfähig erweisen. Gegenwärtig lässt sich nur feststellen, dass Defizite an Unterstützungsnetzwerken in bestimmten sozialen Lagen kumulieren, etwa bei alleinlebenden Frauen im Alter, die auf kein Verwandtschafts- oder Bekanntschaftsnetz mehr zurückgreifen können. Vor dem Hintergrund der Individualisierungsprozesse wären „*Polarisierungstendenzen bei der Verteilung von familialen Unterstützungsressourcen*“ zu erwarten.²⁷¹ Die prognostizierten Veränderungen der Haushaltsstrukturen deuten zumindest an, dass in Zukunft mit einem stärkeren Bedarf an professionellen Dienstleistungen zu rechnen ist, da immer weniger alte Personen mit Familienmitgliedern aus mehreren Generationen zusammenleben.

Diese Entwicklungen werden begleitet von steigender regionaler Mobilität und der Verminderung räumlich-sozialer Bindungen. Eine stärker individualisierte Lebensweise – auch in räumlicher Hinsicht – tritt immer mehr an die Stelle eher traditioneller und herkunftsverbundener Lebensformen. Räumliche Trennung muss kein Hindernis für die soziale Unterstützung zwischen Familienmitgliedern sein,²⁷² aber sie erweist sich doch als relevanter „Kostenfaktor“ für die Unterstützung von Eltern durch ihre Kinder. Auch wenn sich das Zusammenleben von Familienmitgliedern nicht unbedingt förderlich auf deren Unterstützungsbereitschaft auswirken muss,²⁷³ ist offenkundig, dass aufwendige Unterstützungsanforderungen – die häusliche Pflege stellt wohl eines der anspruchsvollsten Beispiele der Solidarpraxis dar – räumliche Nähe zwischen Hilfeempfänger und Hilfeleistenden notwendig machen.

²⁶⁷ Vgl. Infratest Sozialforschung (2003), S. 21

²⁶⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland (2003) (c)

²⁶⁹ Vgl. Rosenmayr, L. (1987): S. 460-485

²⁷⁰ Vgl. Rosenkranz, D. (1996): S. 209-218

²⁷¹ Vgl. Diewald, M. (1991)

²⁷² Vgl. Lüschen, G. (1989): S. 435-452; Backes, G. (1996): S. 29-32

²⁷³ Vgl. Parsons, T. (1964): S. 84-108

So kamen in einer Untersuchung 37% der Pflege in der Familie dadurch zu Stande, dass schon seit langen Jahren eine Wohngemeinschaft zwischen Tochter und Elternpflegeperson bestand.²⁷⁴ Die Autorin weist darauf hin, dass die Übernahme von Pflegeverantwortung oft schon eine Vorgeschichte hat, also bereits zuvor eine andere Person gepflegt wurde. Darüber hinaus findet sie auch einen ökonomischen Zusammenhang: Bei ausreichenden finanziellen Mitteln besteht eine Tendenz zur Inanspruchnahme professioneller Dienste und zur Heimpflege, da so die „Intimität auf Abstand“ gewahrt werden kann.

Bei der Betrachtung des Generationen übergreifenden Zusammenlebens als einen Faktor für die Pflegeübernahme muss aber bedacht werden, dass dieses auch als abhängige Variable verstanden werden kann, da es das Ergebnis früherer Entscheidungen in der Beziehungsgeschichte der Generationen ist. Für die Erklärung des Zustandekommens von Pflegebeziehungen kann dieser Faktor damit nur einen ersten Schritt darstellen.

5.4 Motive der Pflegeübernahme – Pflicht oder Neigung?

Die Übernahme von Pflege innerhalb der Familie bedeutet eine besondere Form der sozialen Beziehung. Sie ist charakterisiert durch Tätigkeiten der Hilfe und Pflege, die über das übliche Maß an gegenseitiger Fürsorge in Verwandtschafts- oder Freundschaftsbeziehungen hinausgehen, durch eine moralische Verpflichtung zur Hilfe, die fast immer auf einer familiären Bindung beruht; sowie durch eine emotionale Beziehung zum Pflegebedürftigen, die durch Gefühle der Sorge und Zuwendung, aber auch Schuld und Abhängigkeit geprägt sein kann.²⁷⁵

Motive zur Übernahme von Pflegeverantwortung können vielschichtig sein. Vor allem Frauen soll diese Rolle quasi auf den Leib geschrieben sein, was auf die geschlechtsspezifische Sozialisation der Frauen zurückzuführen sei (vgl. auch Kapitel 4.2). Weibliche Fürsorge beruhe auf Faktoren wie Liebe, mütterlichen Gefühlen und Familienbindungen, einem tiefen Bedürfnis, anderen zu helfen, auf der Nichtverfügbarkeit von anderen Familienmitgliedern, auf religiösen Gefühlen und auf Familientradition.²⁷⁶ Viele dieser Faktoren beziehen sich auf die materielle, soziale und psychologische Situation der pflegenden Person und nur wenige auf die familiären Ressourcen. Die Pflegeübernahme ist dabei in den meisten Fällen „in abstrakteren Beweggründen wie Dankbarkeit und Pflichtgefühl begründet.“²⁷⁷

²⁷⁴ Vgl. Wand, E. (1986): S. 31

²⁷⁵ Vgl. Gräßel, E. (2000): S. 85-94

²⁷⁶ Vgl. Gubermann, N. / Maheu, P. / Maille, Ch. (1992): S. 615

²⁷⁷ Vgl. Hedtke-Becker, A. / Schmidtke, Cl. (1985): S. 82

Ein zentrales Dilemma bei der Motivfrage ist der Umstand, dass die Pflege meist als selbstverständlich betrachtet wird und das Motiv so im Dunkeln bleibt: „Die Motivation ist nicht unbedingt in der Beziehung selbst zu suchen, wie uns die Frauen bemerkenswerterweise auch ganz offen berichteten, ohne nach Erklärungen oder Entschuldigungen zu suchen.“²⁷⁸ In verschiedenen Studien wird auf die von pflegenden Kindern fast immer geäußerte Selbstverständlichkeit der Pflegeübernahme verwiesen, sowohl bei den pflegenden Töchtern²⁷⁹ wie auch bei den pflegenden Söhnen.²⁸⁰

Andere Autorinnen sehen die pflegenden Frauen in die Übernahme der Pflegeverantwortung gedrängt: Nach Holuscha werden die meisten pflegenden Frauen „in die Pflegesituation durch Familienverbund und eigene Erziehung hineinvertsetzt“.²⁸¹ Nach diesem Gedanken erfolgt die Pflegeübernahme nicht so sehr aus der allgemeinen Pflegebereitschaft heraus, also auf Grund einer guten emotionalen Beziehung oder zu eigen gemachter Normen, sondern stärker auf Grund von durch die Umgebung vermittelten Normen. Bracker, Dallinger, Kaarden, Tegethoff²⁸² kommen zu dem Schluss, dass die pflegenden Töchter überwiegend aus subjektiven oder objektiven Gründen keine Wahlfreiheit bei der Pflegeübernahme hatten. Demnach sei auch die Entscheidung zur Pflege nicht so sehr persönlich begründet, sondern in der Regel das Ergebnis familiär-biographischer und gesellschaftlich-rollenbezogener Einflüsse.

Die Motive zur Pflegeübernahme sind vor allem in

- Pflichtgefühlen begründet, was mit der eigenen Vorstellung von Familiensolidarität und der jeweiligen Sozialisation zu tun hat,
- materiellen Faktoren wie an Haus- und Bodenvererbung gekoppelte Wohnrechte,
- ein bereits bestehender gemeinsamer Haushalt,
- Erwartungen und Forderungen der Pflegebedürftigen,
- fehlende, als nicht akzeptabel empfundene oder nicht finanzierbare Alternativen wie das Pflegeheim,
- schließlich der Druck der sozialen Normen, der besonders auf Töchtern lastet.

Bei der Frage nach dem Zwang oder der Freiwilligkeit der Pflegeübernahme lassen sich auch Unterschiede zwischen den neuen und den alten Bundesländern finden: So antworten in den neuen Bundesländern 42,2% der Befragten, dass sie die Pflege freiwillig und gern übernommen hätten, während dies in den alten Bundesländern nur 33% bejahen. Entsprechend gaben in den neuen

²⁷⁸ Vgl. Hedke-Becker, A. / Schmidtke, Cl. (1985): S. 82

²⁷⁹ Vgl. Hedke-Becker, A. / Schmidtke, Cl. (1985): S. 74

²⁸⁰ Vgl. Lambrecht, P. / Bracker, M. (1992): S. 94

²⁸¹ Vgl. Holuscha, A. (1992): S. 51

²⁸² Vgl. Bracker, M. / Dallinger, U. / Kaarden, G. / Tegethoff, U. (1988): S. 146

Bundesländern nur 1,4% an, sie hätten die Pflege nur unter familiären Druck trotz innerlicher Ablehnung übernommen, während dies in den alten Bundesländern für 7,6% und damit einen mehrfachen Anteil zutrifft. Dabei ist bei Töchtern und Schwiegertöchtern in den alten Bundesländern die Pflege besonders häufig und unter familiärem Druck zustande gekommen: nämlich zu 11,8% bei den Töchtern und zu 11,1% bei den Schwiegertöchtern.²⁸³

Es scheint, dass Verpflichtungsgefühle, bei der Überlegung, Pflegeleistungen zu übernehmen, überwiegen. Persönliche Verpflichtung gegenüber dem Partner, der Eltern oder Kindern sind ein Motiv, ein anderes resultiert aus der emotionalen Verbundenheit bzw. den Gegebenheiten der familiären häuslichen Situation.

Die Bereitschaft von Familienmitgliedern, Pflegeaufgaben für Angehörige zu übernehmen, wird jedoch auch sehr unterschiedlich eingeschätzt. So kommen Blinkert/Klie auf der Grundlage einer Untersuchung von 400 Personen im Alter von 40 bis 60 Jahren in einer schwäbischen Kleinstadt zu der Auffassung, dass in wachsendem Umfang die Übernahme von Pflegeaufgaben nicht mehr als selbstverständlich erscheint und individuelle Gestaltungsoptionen des eigenen Lebens auch bei der Konfrontation mit Pflegeaufgaben innerhalb der Familie in hohem Maße relevant sind.²⁸⁴

Diese Ergebnisse sind in sofern bedeutsam, als zwar eine durchgängige allgemeine moralische Verpflichtung zur Übernahme der Pflege eines Angehörigen vorhanden ist, diese aber geringer ausgeprägt ist, wenn die Organisation von Pflegeaufgaben an professionelle Pflegeanbieter delegiert werden kann. Die Autoren kommen hier zu dem Ergebnis, dass der soziale Status und der Lebensentwurf einen wichtigen Beitrag zur Erklärung von pflegekulturellen Orientierungen leisten: *„Je höher der soziale Status ist und je deutlicher Anzeichen für einen modernen Lebensentwurf vorliegen, desto geringer ist die Bereitschaft zum Selberpflegen und desto stärker ist die Bevorzugung der Heimoptionen.“*²⁸⁵

Fraglich ist jedoch, ob mit diesen Befunden die These der Individualisierung gestützt werden kann, wonach die Pflege eines Angehörigen nur noch aufgrund von benennbaren Vorteilen übernommen wird, also z.B. nur diejenigen Kinder ihre Eltern pflegen, die eine gute persönliche Beziehung zu ihnen haben.²⁸⁶

Die dargestellten Studien machen einerseits deutlich, dass bei einem überwiegenden Anteil in der Bevölkerung eine generelle Bereitschaft besteht, bei Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen diesen auch selbst zu pflegen. Es muss aber

²⁸³ Vgl. Halsig, N. (1995): S. 252

²⁸⁴ Vgl. Blinkert, B. / Klie, Th. (2002): S. 16 ff.

²⁸⁵ Vgl. Blinkert, B. / Klie, Th. (2004): S. 114

²⁸⁶ Vgl. Beck-Gernsheim, E. (1994)

andererseits auch davon ausgegangen werden, dass bereits heute ein Anteil an Pflegebedürftigen besteht, der durch eine individualisierte Lebensweise gekennzeichnet ist (alleinlebend, kinderlos, räumlich mobil, kaum in familiäre Netze eingebunden) und der in deutlich höherem Maße auf professionelle Hilfeleistungen angewiesen ist.

Die Befunde zur Motivation der Übernahme von der Pflege eines Angehörigen machen weiterhin deutlich, dass sich das Verantwortungsgefühl von Angehörigen auf verschiedene Weise äußern kann; es könnte einerseits zunehmend in der Organisation der erforderlichen Hilfen statt in selbstaufopfernder Pflege bestehen. So haben die Befragungen nach Blinkert/Klie durchaus gezeigt, dass die Befragten bereit sind, sich mit dem Problem der Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen auseinanderzusetzen und an einer Lösung mitzuwirken; sie zeigten sich jedoch kaum gewillt, das eigene Leben vollständig in den Dienst des Elternteils zu stellen. Dies entspricht dem schon genannten Wunsch nach „Intimität auf Abstand“ (vgl. Kapitel 5.2, S. 89). In vielen Fällen dürfte es aber noch so sein, dass eine beträchtliche Diskrepanz zwischen der Verantwortungsbereitschaft der Kinder und den Aufgaben der Hilfe und Pflege besteht, die ihnen faktisch abverlangt wird.

Mit Blick auf solche „gemischten“ häuslichen Pflegearrangements, die auch Pflegedienste in das häusliche Pflegearrangement miteinbeziehen ist nicht zuletzt von Bedeutung, dass emotionale Bindungen und Pflichtgefühle, die zur Pflegeübernahme führen, auch die Haltung gegenüber Pflegediensten beeinflussen. Deren Einbeziehung und subjektive Bewertung folgt daher selten objektivierte Standards oder primär sachlichen Entscheidungen.

In der Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegediensten treffen eher unterschiedliche Sichtweisen und Handlungslogiken aufeinander, die zu einer notwendigen Vermittlungsarbeit zwischen der Alltagswelt der Familie und der professionellen Welt der Pflegedienste führt.

5.5 Belastende Faktoren familialer Pflege

Im Folgenden sollen die verschiedenen physischen, sozialen, emotionalen und auch ökonomischen Belastungen diskutiert werden, die bei der Übernahme einer Pflege entstehen können. Dabei werden nicht nur belastende Faktoren aufgeführt, sondern auch solche, die sich positiv auf die pflegenden Angehörigen auswirken können.

Die Belastung, die durch die Übernahme einer familialen Pflege entsteht, ist für die Pflegebereitschaft von zweifacher Bedeutung: einerseits prägt sie in der konkreten Pflegesituation die Motivation zur Pflege: Wer starken Belastungen ausgesetzt ist, fühlt sich dadurch beeinträchtigt, was wiederum Rückwirkungen

auf die Pflege hat. Andererseits kann die Antizipation von Belastung bei Personen, die nicht aktuell pflegen, dazu führen, dass die Pflegebereitschaft sinkt: die Auseinandersetzung mit der Frage, ob den vermuteten Belastungen standgehalten werden kann, kann die grundsätzliche Bereitschaft zur Pflegeübernahme verringern.

Dass Pflege, besonders wenn sie über einen längeren Zeitraum ausgeführt wird, für die pflegende Person sehr belastend sein kann, steht sicherlich außer Zweifel. Je nach Art und Schwere der Erkrankung der pflegebedürftigen Person können unterschiedliche, individuell belastende Faktoren auftreten. Pflegende Angehörige haben physische, ökonomische, soziale und emotionale Belastungen zu tragen.

Trotz der umfänglichen Belastungen, die mit einer Übernahme von Pflegeaufgaben verbunden sind, ist es meist weder aus der Sicht der Angehörigen noch aus der Sicht der Pflegebedürftigen selbst eine akzeptable Lösung, in ein Heim zu wechseln.²⁸⁷ Schneekloth et al. zeigen auf, dass sich die große Mehrheit der Pflegebedürftigen für die Pflege in der eigenen Häuslichkeit ausspricht und 87% der Angehörigen trotz erheblicher Belastungen eine stationäre Pflege ablehnen. Als Grundvoraussetzung für ein dauerhaftes häusliches Pflegearrangement benennen die Autoren die Verfügbarkeit eines belastbaren familiären Unterstützungspotenzials.

Nach den Ergebnissen dieser Untersuchung fühlen sich 42% der Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen eher stark und 41% sogar sehr stark belastet.²⁸⁸ Hinsichtlich der Art der Belastung geben 68% der Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen an, dass es sich sowohl um körperliche als auch um seelische Belastungen handelt. Vorrangig fühlen sich 18% körperlich und 14% vorrangig seelisch belastet.

Im Folgenden werden die Belastungen, die zu Beginn und während der Pflege auftreten können, näher betrachtet:

Belastungen zu Beginn der Pflege

Dybowski²⁸⁹ hat Belastungsfaktoren zusammengestellt, die besonders bei der Aufnahme der Pflgetätigkeit von Bedeutung sind.

- Die Pflegenden müssen sich Rat und Information bei verschiedenen Stellen holen, ohne sicher sein zu können, alle wichtigen Informationen auch wirklich zu erhalten.

²⁸⁷ Vgl. Infratest Sozialforschung (2003), S. 1

²⁸⁸ Vgl. Infratest Sozialforschung (2003), S. 23

²⁸⁹ Vgl. Dybowski, H. (1992): S. 332-339

- Pflegekenntnisse sind oft nicht vorhanden.
- Pflege führt in der Regel zu finanziellen Mehrbelastungen der Pflegenden, im Extremfall zur Einschränkung bzw. zur Aufgabe der Berufstätigkeit und zum Wegfall des Einkommens.
- Körperliche Pflege ist Schwerstarbeit, die zu Schädigungen der Pflegenden führen kann, wenn nicht technische Hilfsmittel zum Einsatz kommen und Pflegetechniken erlernt worden sind.
- Pflege in der Familie verändert die Rollen aller Beteiligten, die Beziehungen untereinander, die Selbstbilder der Beteiligten. Die pflegende Person muss ihr Bild vom pflegebedürftigen Angehörigen ändern, ihren Tagesablauf umstellen, ihre Zukunftserwartungen neu gestalten. Weitere Familienmitglieder werden ggf. durch neue Erwartungen und Belastungen der Pflegenden in das Pflegeverhältnis mit einbezogen. Dadurch können Konflikte in der Familie entstehen.
- Die innerfamiliäre Pflegesituation kann zur Einschränkung oder zum Verlust sozialer Kontakte führen. Auch bei vermeintlich leichter Pflege fühlen sich pflegende Personen zur Anwesenheit verpflichtet und entsprechend eingeschränkt und angebunden.
- Die Vorstellungen über die eigene Zukunft, aber auch die des Pflegebedürftigen werden mit Angst betrachtet: Angst vor dem Versagen der Pflege, Angst vor der eigenen Pflegebedürftigkeit.

Belastungen während der Pflege

Wenn die Pflege im häuslichen Rahmen aufgenommen wurde, entstehen im Laufe der Zeit in verschiedenen Lebensbereichen Einschränkungen, die als Belastung empfunden werden können. Mögliche Einflussbereiche der Pflege sind nach Braithwaite²⁹⁰:

- Der Arbeitsplatz
- Finanzielle Einbußen
- Freundeskreis
- Soziale Aktivitäten
- Freizeitaktivitäten
- Freiheit
- Intimsphäre
- Schlaf
- Unterbrechung/Störung des Haushaltsablaufs und des Familienlebens.

Allerdings lässt sich feststellen, dass sämtliche dieser Bereiche auch in anderen Lebensphasen beeinflusst werden können.²⁹¹ Insgesamt lässt sich jedoch fest-

²⁹⁰ Vgl. Braithwaite, V. (1992): S. 3-27

²⁹¹ Bei Familien mit Neugeborenen treten z.B. ähnliche Belastungen auf: das soziale Leben wird eingeschränkt, der Schlaf wird unterbrochen, die Arbeit aufgegeben oder eingeschränkt, die

stellen, dass die Versorgung Pflegebedürftiger eine wesentlich größere Bedrohung der Grundbedürfnisse darstellen kann als andere Betreuungsaktivitäten, die vor allem Frauen ihr Leben lang leisten. Braithwaite definiert die Belastung durch die pflegerische Tätigkeit als das Ausmaß, in welchem das Zusammenreffen der Pflegeanforderungen die Befriedigung der Grundbedürfnisse der pflegenden Person bedroht. „*Caregiving burden is therefore defined as the extent to which the meeting of caregiving demands threatens satisfaction of the caregiver's basic needs of a physiological, safety, social and self – esteem kind.*“²⁹²

Nach dieser Definition entsteht die Last weder durch die Pflegeperson noch durch den Pflegebedürftigen, sondern durch die Interaktion selbst. Die Last wird verursacht durch die Konflikte zwischen den Bedürfnissen jeder Person in der Pflegebeziehung und ist daher kontextabhängig.

Fragt man weiter nach den belastenden Auswirkungen, die die Pflege eines Familienangehörigen auf die pflegende Person hat, lassen sich eine Reihe von Untersuchungen anführen, die davon berichten, dass die Anforderungen, die von der pflegebedürftigen Person, von Familienmitgliedern oder Nachbarn an die pflegende Person gestellt werden, die von ihr leistbaren Handlungen übersteigen und zu einer Vielzahl von objektiven und subjektiven Belastungen führen.²⁹³

Dadurch, dass die pflegende Person den Status eines pflegenden Angehörigen annimmt, wirkt sich eine soziale Unterstützung am stärksten aus, wenn sie von Personen mit gleichem oder ähnlichem Status kommt.²⁹⁴

Dabei kann die Pflegezeit mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit steigen und bei demenziell Erkrankten ein Ausmaß erreichen, das bei einem Durchschnittswert von täglich 8,8 Stunden liegt.²⁹⁵ Die durchschnittlich 6 bis 9 Stunden täglicher Pflegezeit werden in der Regel von einer hauptverantwortlichen Person geleistet – wie bereits geschildert sind dies überwiegend Ehefrauen und Töchter.

Der hohe Zeiteinsatz der Hauptpflegeperson geht zu Lasten der sonst verfügbaren freien Zeit, Kontakte zu erhalten und eigenen Interessen nachzugehen. Da mit ca. 20% der Hauptpflegepersonen²⁹⁶ ein erheblicher Teil Leistungen ohne

Ersparnisse werden aufgebraucht, der Haushalt wird vernachlässigt und das gesamte Familienleben steht vor neuen Herausforderungen. Dieses Stadium der absoluten Abhängigkeit wird jedoch eher mit Stolz betrachtet als mit Belastung gesehen. Eltern zeigen in der Regel Akzeptanz und Vergebung und sehen das kindliche Verhalten als eine vorübergehende Phase.

²⁹² Vgl. Braithwaite, V. (1992): S. 19

²⁹³ Vgl. Bracker, M. / Dallinger, U. / Kaarden, G. / Tegethoff, U. (1988): Holuscha, A. (1992)

²⁹⁴ Vgl. Pillemer, K. / Suitor J.J. (1996): S. 489

²⁹⁵ Vgl. Dettbarn-Reggentin, J. / Reggentin, H. (2002)

²⁹⁶ Vgl. Gräßel, E. (2000): S. 85-94

weitere Unterstützung durch Dritte erbringt, führen fehlende Freizeit bzw. Erholungsmöglichkeiten zu psychischen Anspannungen, zu sozialen Isolationstendenzen und mangelnden Regenerationsmöglichkeiten, die wiederum gesundheitliche Auswirkungen zeigen können.

Bei einer Untersuchung von 1100 Pflegepersonen von Schwerpflegebedürftigen zeigten 70% der Pflegepersonen ein mittleres bis hochgradiges Burnout-Syndrom, also eine als „Ausbrennen“ bezeichnete Folge von zu großen psychischen Belastungen, was sich darin äußert, dass man sich „langsam zurückzieht, lethargisch wird, das Interesse an der Tätigkeit verliert und in seinem geistigen Leben verflacht“²⁹⁷ was bis zu einem teilweise Selbst-Verlust gehen kann. In einer anderen Studie berichten Pflegepersonen von demenziell erkrankten Personen über durchschnittlich mehr Beschwerden als Pflegepersonen von kognitiv unbeeinträchtigten Personen. Diese stärkere subjektive Belastung drückt sich unter anderem auch in persönlichen Konflikten aus.²⁹⁸ Die Überforderung der pflegenden Person hat aber nicht nur Auswirkungen auf diese selbst, sondern kann auch zu Aggressionen bis hin zu Gewaltanwendungen gegenüber der gepflegten Person führen.²⁹⁹

Es stellt sich die Frage, ob sich aus der Pflegesituation nicht nur belastende sondern auch positive Effekte für die Angehörigen ergeben. In einer Untersuchung von pflegenden Angehörigen demenzkranker alter Menschen zeigte sich, dass die Lebenszufriedenheit der Pflegenden in der Hauptsache von den wahrgenommenen Rollen- und Bedürfniskonflikten abhängt. Entsprechend war die Stabilität der häuslichen Pflegesituation nicht von objektiven oder subjektiven Belastungen, sondern lediglich von der wahrgenommenen eigenen begrenzten Pflegeressource abhängig.³⁰⁰

Für das Selbstwertgefühl der pflegenden Personen ergab sich dabei ein bemerkenswerter Zusammenhang: Dieses war umso höher, je weiter fortgeschritten die kognitive Beeinträchtigung der pflegebedürftigen Person war. Die Autoren erklären dies damit, dass mit dem kognitiven Abbau der Gepflegten die Anforderungen der Pflege zunehmen. Diese zusätzlichen Aufgaben böten dann neue Quellen für Selbstbestätigung und Selbstwertgefühl und zusätzliche Anerkennungen bei der Pflege.³⁰¹ Da der überwiegende Anteil der hier betrachteten Personen die Pflege eines Elternteils betraf, kann vermutet werden, dass mit dem kognitiven Abbau auch die Rollenkonflikte auf der Beziehungsebene geringer werden.

²⁹⁷ Vgl. Fassmann, H. / Grillenberger, R. (1996): S. 788

²⁹⁸ Vgl. Gräßel, E. (1998) (b): S. 61

²⁹⁹ Vgl. Hörl, J. / Rosenmayr, L. (1994): S. 88

³⁰⁰ Vgl. Schacke, C. / Zank, S. (1998): S. 360

³⁰¹ Vgl. Schacke, C. / Zank, S. (1998): S. 360 f.

In einer anderen Studie wurde nach wertvollen Veränderungen durch die Pflege gefragt, wobei auch ein Vergleich der neuen mit den alten Bundesländern vorgenommen wurde.³⁰² Hier gaben Hauptpflegepersonen im Osten deutlich häufiger als im Westen eine positive Beziehung zur gepflegten Person als wertvolle Erfahrung an (47,7% zu 32,7%), das Gefühl, gebraucht zu werden (33,3% zu 19,5%) aber auch, dass sie durch die Hilfs- und Pfllegetätigkeit körperlich aktiv bleiben (7,6% zu 2,3%). Dagegen nannten Hauptpflegepersonen im Westen häufiger einen Gewinn an Erfahrungen im Umgang mit Menschen als wertvolle Veränderung (7% zu 1,25%).

Die größere Belastung von Frauen durch die Pflege ihrer Eltern wird zum Teil auch dadurch legitimiert, das „*angesichts ihrer höheren Lebenserwartung und der geringeren Wahrscheinlichkeit der Wiederverheiratung nach Verwitwung oder Scheidung Frauen im hohen Alter auch mit Unterstützung seitens ihrer Kinder rechnen können.*“³⁰³

Andere Autoren stellen die Doppelbelastung der pflegenden Personen in Frage.³⁰⁴ So untersuchten Loomis & Booth³⁰⁵ die ihrer Meinung nach nur scheinbare Doppelbelastung der sogenannten Sandwich Generation und konnten keine Zusammenhänge zwischen einer Mehrfachbelastung mit familiärer Verantwortung und dem Wohlbefinden der pflegenden Person feststellen.³⁰⁶ Das Ergebnis dieser Studie ist, dass die „*Mehrheit der Individuen durchaus fähig ist, zusätzliche Pflegeverantwortung zu übernehmen, ohne das dies andere Aspekte ihres Lebens nachteilig beeinflusst.*“³⁰⁷ Die Autoren vermuten folgende Erklärungen für ihr Ergebnis: Erstens könne die Intimität der Beziehungen zu den gepflegten Personen Pflegeaufgaben leichter handhabbar machen, da man die gegenseitigen Stärken und Schwächen kennt. Zweitens könnte eine Selektion dahingehend bestehen, dass nur diejenigen, die Pflegeaufgaben übernehmen, eine familiäre Wertorientierung haben, die Pflegearbeit zur befriedigenden Tätigkeit macht. Drittens könnten diejenigen, die Pflegeaufgaben übernehmen, eine familiäre Wertorientierung haben, die Pflegearbeit zur befriedigenden Tätigkeit macht.³⁰⁸

Für die pflegenden Angehörigen hat die Übernahme von Pfllegetätigkeiten aber auch gravierende Auswirkungen auf deren Berufstätigkeit, die sich in belastenden aber auch in entlastenden Dimensionen äußern können. Die Ausübung

³⁰² Vgl. Halsig, N. (1995): S. 247-262

³⁰³ Vgl. Schütze, Y. (1993): S. 298

³⁰⁴ Vgl. Bengston, V. L. / Marti, G. / Roberts, R.E.L. (1996): S. 257 ff.

³⁰⁵ Vgl. Loomis, L.Sp. / Booth, A. (1995): S. 131-148

³⁰⁶ Die Pflegebelastung wurde durch eine für jede Generationengruppe extra gestellte Frage gemessen: would you say obligation to (your parent/your child) takes a lot of your time an energy, quite a bit, a little or hardly any? Mehrfachbelastung wurde sowohl bei Eltern als auch bei Kindern mit diesen Kategorien gemessen.

³⁰⁷ Vgl. Loomis & Booth (1995): S. 147

³⁰⁸ Vgl. Loomis & Booth, (1995): S. 146

einer Berufstätigkeit hat dabei nicht nur einen finanziellen sondern auch einen psycho-sozialen Aspekt. Die Einbindung in ein berufliches soziales Netz kann gerade trotz der objektiven Mehrbelastung für pflegende Angehörige auch eine wichtige Entlastungs- und Ausgleichsfunktion erfüllen. Die Abwesenheit von der ständigen Pflege kann hier offenbar auch zu Entlastungserscheinungen führen.³⁰⁹

Mit der Übernahme von Pflege können aber auch arbeitsplatzbezogene Probleme geschaffen werden, die ein Nachlassen der Konzentration, Mangel an Flexibilität oder auch das Auslassen von Weiterbildungs- und Karrierechancen bewirken.³¹⁰ In Fällen, in denen eine intensive Pflege gefordert ist, stehen die Pflegekräfte vor der Wahl, sich zeitlich stärker in die Pflege einzubringen und beruflich einzuschränken, die Pflege vollständig zu übernehmen und den Beruf aufzugeben oder eine stationäre Versorgung in Betracht zu ziehen und weiterhin berufstätig zu bleiben.³¹¹ Keine dieser Alternativen bringt für die Pflegeperson die ideale Lösung. Dabei könnte gerade hier die stärkere Einbeziehung von Pflegediensten eine Entlastung und Hilfe darstellen.

Es zeigt sich jedoch, dass wenn Pflege und Beruf in Konflikt geraten, Männer eher den Pflegeumfang einschränken, während Frauen eher die Berufstätigkeit einschränken oder aufgeben³¹², was zu weiteren Belastungen führen kann. Falls die Erwerbstätigkeit aufgegeben wird, dann besteht typischerweise ein hoher und langanhaltender Pflegebedarf einerseits sowie eine geringere Ausbildung und eine höhere Familienorientierung der pflegenden Person andererseits.³¹³

Nicht nur die unterschiedlichen Belastungsformen sind bei der Übernahme von Pflege schwer zu objektivieren, sondern auch die Frage nach der Entlastung durch den Hinzutritt von Pflegediensten, da durch den Pflegedienst nicht automatisch eine Entlastung für die pflegenden Angehörigen eintritt. Eine Entlastung setzt voraus, dass Angehörige zur geteilten Verantwortung bereit sind und erfordert von den Pflegediensten spezifische Qualitäten und eine entsprechende Angebotsstruktur der erforderlichen Hilfen.

Fragt man nach der Unterstützung von pflegenden Personen durch Pflegedienste, dann zeigt sich, dass die wichtigste Erfahrung der Angehörigen mit Pflegediensten ist, dass die erhoffte Entlastung kaum erreicht werden kann, da viele Aufgaben nicht delegierbar sind und insoweit nach wie vor die volle Verantwortung getragen werden muss.³¹⁴

³⁰⁹ Vgl. Pilgrim, K. / Tschainer, S. (1998)

³¹⁰ Vgl. Naegele, G. / Reichert, M. (1998)

³¹¹ Vgl. Schneekloth, U. / Müller, U. (2000): S. 60

³¹² Vgl. Beck, B. / Naegele, G. / Reichert, M. / Dallinger, U. (1997): S. 142

³¹³ Vgl. Dallinger, U. (1996): S. 35

³¹⁴ Vgl. Miltenburger, C. / Werner, G. (1992): S. 537

Grundsätzlich steigt der Bedarf an Unterstützung durch ambulante Dienste mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit und der Instabilität der Unterstützungsnetzwerke durch Angehörige.³¹⁵ Aber nicht nur die vorhandene Unterstützung durch Angehörige spielt eine Rolle für die Inanspruchnahme von Pflegediensten, sondern auch das zunehmende Alter der Pflegebedürftigen – und damit auch das zunehmende Alter der helfenden Person. Die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes erfolgt häufig erst dann, wenn bei den pflegenden Angehörigen erhebliche Belastungssituationen eingetreten sind.³¹⁶

Nicht rechtzeitige oder ungenügende Inanspruchnahme vorhandener fachlicher Hilfen führt oft nicht nur für pflegende Angehörige selbst zu Überlastungserscheinungen; sie können auch die Pflegequalität für den Gepflegten mindern und für die gesamte Familie belastend wirken. Mögliche Folgen sind:

- frühzeitige Erschöpfung sowie gesundheitliche und seelische Probleme bei pflegenden Angehörigen,
- Überlastung der pflegenden Angehörigen durch unzweckmäßige Pflege Techniken, z.B. beim Heben, Wenden,
- familiäre Spannungen und Konflikte bis hin zur psychischen oder körperlichen Gewalt zwischen Pflegeperson und gepflegter Person aufgrund von Belastung und fehlender psychosozialer Beratung.³¹⁷
- ggf. unsachgemäße Pflege aufgrund mangelnder Information und eigener Hilflosigkeit (besonders im Umgang mit verwirrten und psychisch kranken Menschen),
- eine drohende oder sich verschärfende Isolation.

Diese Folgeerscheinungen bei nicht rechtzeitig erfolgter Hilfe sind vor dem Hintergrund der komplexen Bündel an familialen Werthaltungen und Präferenzen (z.B. die empfundene Verpflichtung für eine familiäre Pflege, gesellschaftliche Normen) zu betrachten, die für die Wahl des Pflegearrangements von Bedeutung sind.

Die diskutierten belastenden sowie die möglichen entlastenden Faktoren einer familialen Pflege führen zu der Fragestellung, wovon die Bereitschaft zu einer geteilten Verantwortung in Form der Einbeziehung von Hilfen von außen abhängig ist. Hierfür sind auch die familialen Beziehungsmuster zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen von Bedeutung, die wesentlich dazu beitragen, wie belastend eine Pflegesituation empfunden wird. Wie jemand eine Pflege erlebt, hängt damit wesentlich auch davon ab, wer gepflegt

³¹⁵ Vgl. Gräßel, E. (1998) (a): S. 52-56

³¹⁶ Vgl. Runde, P. / Giese, R. et al. (1997): S. 82

³¹⁷ So weisen Grafström et al. (1993) nach, dass es bei überlasteten Pflegenden häufiger zu aggressivem Verhalten gegenüber der pflegebedürftigen Person kommt. S. 247-255

wird. Je nach Beziehungsart ist dabei eine unterschiedliche Bereitschaft zur Einbeziehung von Hilfen von außen erkennbar.

5.6 Beziehungsmuster zwischen Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen

Die Beziehung zwischen Angehörigen Pflegebedürftigen wirkt sich zunächst dahingehend aus, dass bei einer als gut erlebten Beziehung mehr emotionale Unterstützung geleistet wird. Auf die instrumentelle Unterstützung (wie Hilfe bei praktischen Dingen oder beim Einkauf) hat die Qualität der Beziehung dagegen keinen Einfluss.³¹⁸ Halten z.B. Kinder den Kontakt zu den Eltern aus Neigung aufrecht, kann dies zum Pflichtkontakt werden, wenn diese pflegebedürftig werden.

Pflegende Angehörige stellen keine homogene Gruppe dar. Sie haben ganz unterschiedliche Voraussetzungen und Erfordernisse zur Bewältigung ihrer individuellen Situation. Das Erleben und die Organisation von Pflege und hängt damit auch davon ab, wer gepflegt wird.

Am häufigsten wird in der Literatur auf die Unterschiede zwischen pflegenden Ehepartnern und anderen Arten von Pflegebeziehungen hingewiesen.³¹⁹ Ehe-liche Pflegebeziehungen gehen mit einem starken Gefühl der gegenseitigen Verbundenheit und Intimität einher. Hilfe von außen findet nur unter erschwerten Bedingungen statt, da Pflegedienste oft als unwillkommene, fremde, bedrohliche Eindringlinge in die private Welt der Ehebeziehung empfunden werden. Ein stärkeres Bedürfnis nach Abgrenzung bzw. mehr Raum für Unabhängigkeit (zwischen Intimität und Distanz) ist dort zu finden, wo Kinder ihre Eltern pflegen. Im Vordergrund steht hier das ständige Aushandeln, wie weit die Pflege und das eigene Privatleben in Einklang zu bringen sind.

Hilfen von außen können besonders in solchen Situationen zum Tragen kommen, wenn z.B. die eigene Berufstätigkeit des pflegenden Kindes durch die Pflege in der Familie nicht gefährdet werden darf. Umgekehrt setzen die Dienste bei pflegenden Ehepartnern eher selbstverständlich voraus, dass diese unter sich bleiben wollen und dass in diesem klar abgegrenzten privaten Pflegearrangement der professionelle Dienst eigentlich nur stört. Dabei besteht die Gefahr, dass gesundheitsschädigende Wirkungen für die Pflegenden durch die selbstaufopfernde Rolle eintreten.

³¹⁸ Vgl. Schütze, Y. / Wagner, M. (1995): S. 324

³¹⁹ Vgl. Lettke, F. (2002): S. 71-94

Jansen unterscheidet folgende verschiedene Zielgruppen Angehöriger:³²⁰

- Ältere und alte pflegende Ehepartner und Lebensgefährten,
- pflegende Töchter, Schwiegertöchter und Söhne,
- Angehörige, die dementiell oder psychisch erkrankte Menschen zu Hause betreuen,
- Angehörige, die chronisch kranke Menschen (z.B. Krebs, Aids) in meist jüngem oder mittleren Lebensalter pflegen,
- vor allem Mütter, die Menschen mit angeborenen oder früh erworbenen Behinderungen versorgen.

Eine weitere typologisierende Bestandsaufnahme familiären Pflegeverhaltens ist von Steiner-Hummel/Zellhuber³²¹ beschrieben worden. Pflegebeziehungen oder auch Netzwerkkonstellationen, die sich in der Fähigkeit und dem Wunsch nach Abgrenzung in der Beziehung einerseits und dem Grad der normativen Verpflichtung als Ehefrau, Tochter oder Sohn andererseits unterscheiden, werden dort in die folgenden drei Konstellationen unterschieden, welche jeweils auch einen anderen Spielraum für die Einbeziehung von externen Hilfen zu lassen:

„**Lebensgemeinschaften**“ (meist hochbetagte Ehepartner) sind durch stabile Netzwerkbedingungen gekennzeichnet; das Verständnis, sich in „guten wie auch in schlechten Tagen“ beizustehen, führt zu einer nicht zu hinterfragenden, selbstverständlichen, sich selbst aufopfernden Pflege. Das bedeutet aber auch, dass Hilfen von außen erst dann in Anspruch genommen werden, wenn es gar nicht mehr anders geht. Hier liegt eine besondere Gefahr für „selbstschädigende“ Pflegearrangements, weil die Pflege möglicherweise bis über die eigene Belastungsgrenze auf eine unbestimmte Zeit privat von einer Hauptpflegeperson getragen wird.

In den „**Pflegegemeinschaften**“ finden sich zumeist jüngere Angehörige (Töchter) mit eigenen Lebensaufgaben wieder. Diese „Sandwichpersonen“ versuchen, die pflegebedürftige Person in ihr Leben zu integrieren; es kann aber nicht erwartet werden, dass sie in der Pflege aufgehen. Im Vergleich mit allen pflegenden Personen (auch Partnerinnen und Partner) kann sich die Beziehung von Töchtern und Schwiegertöchtern zur pflegebedürftigen Person dann als besonders belastend darstellen, wenn die Pflege auf Druck von außen übernommen wurde.³²²

Gerade für die pflegenden Töchter stellt die Pflege einen gravierenden Eingriff in ihr Leben und eine Bedrohung für die eigenen Lebenspläne dar. Die Belas-

³²⁰ Vgl. Jansen, B. (1999): S. 602-628

³²¹ Vgl. Steiner-Hummel, I. / Zellhuber, B. (1991): S. 20 f.

³²² Vgl. Halsig, N. (1995): S. 255

tung dieser „Sandwichpersonen“ im mittleren Lebensalter hat in dieser Konstellation nicht nur die Pflege der eigenen Eltern zu leisten, sondern muss ggf. auch die eigenen Kinder betreuen und die Vereinbarkeit mit der Erwerbstätigkeit „managen“.³²³

Der spezifischen Situation von pflegenden Töchtern widmen sich eine Reihe von Studien, in denen die Autorinnen zu dem Schluss kommen, dass vor allem Frauen der mittleren Generation, eine negative Tauschbilanz eingehen und sich überlastet fühlen.³²⁴ Auch Brechbühler weist hier auf die „Sandwich-Position“ der pflegenden Frauen hin, die sich zumeist sowohl um die pflegenden Angehörigen als auch weiterhin um die übrigen Familienangelegenheiten zu kümmern haben.³²⁵

Hinzu kommen eine ungewollte Alleinverantwortung für die Pflege, fehlende Anerkennung durch die Pflegebedürftigen, konkurrierende Ansprüche an die Zuwendung anderer Familienmitglieder an die Pflegebedürftigen oder auch Konflikte und Machtkämpfe in der Pflegebeziehung. Beispielsweise führt in der Mutter-Tochter-Beziehung die Veränderung von Kompetenzen und Eigenschaften der pflegebedürftigen Mutter dazu, dass die Tochter in eine mütterlich versorgende Position überwechseln muss.

Diese Pflegegemeinschaften zeichnen sich durch emotional widersprüchlich gebundene Angehörige aus, die aus Pflichtgefühl, bei starkem Einfluss traditioneller weiblicher Wertemuster und Rollenzuweisungen, einen großen Teil der Pflegearbeit übernehmen.

Mit „**aktiven Grenzgängern**“ wird eine weitere Personengruppe beschrieben. Gemeint sind „engagierte Angehörige“, die auf den Unterstützungsbedarf reagieren, aus der Nähe oder Entfernung sich einschalten, an einer Lösung mitwirken, aber ihre praktische und emotionale Verfügbarkeit begrenzen. Hier können organisatorische Aufgaben in den Vordergrund treten und weniger die eigene Übernahme von Pflegeaufgaben.

Ähnliche Typologien von einer Pflegebeziehung finden sich auch in der englischen Forschung wieder, die von Twigg, Atkin und Perring³²⁶ durchgeführt wurde:

- **Engulfment** bezeichnet eine Beziehung der Pflege, in der der Pflegende von der Aufgabe verschlungen wird. Dies hängt vor allem mit einem geringeren Selbstwertgefühl zusammen und kommt eher bei Frauen vor. Die Konse-

³²³ Vgl. Deutscher Bundestag: (2002) (c): BT-Drs.: 14/8800, S. 241

³²⁴ Vgl. Borchers, A. / Miera, St. (1993)

³²⁵ Vgl. Brechbühler, M. (1999): S. 8-11

³²⁶ Vgl. Twigg, J. / Atkin, K. / Perring, C. (1990)

quenzen für das Verhalten gegenüber Diensten sind, dass das Gefühl der totalen eigenen Zuständigkeit in den meisten Fällen kein Teilen der Verantwortung erlaubt, dass die Pflegenden sich eigene Bedürfnisse nach Hilfe kaum eingestehen und sie unsicher sind, wann und ob überhaupt die Einbeziehung einer professionellen Hilfe legitim ist.

- **Balancing/ boundary setting** bezeichnet die Fähigkeit, Grenzen ziehen zu können. In dieser Konstellation wird mehr auf Wahrung von Autonomie und eigene Interessen geachtet. Ein auf Problemlösungsverhalten gerichtetes Verhältnis erfordert aber auch die schrittweise Aneignung erforderlicher Kompetenzen bei den Angehörigen. Die eigene Identität als „pflegender Angehöriger“ und das aktive zugehende Verhalten in der Erfahrung mit Diensten ist hilfreich. Mehr Männer als Frauen sind in der Lage, in dieser Weise distanziert zu agieren; sie haben weniger Schwierigkeiten, Hilfe anzunehmen und diese nicht als Ausdruck persönlichen Versagens zu werten.
- **Symbiosis** bezeichnet ein Verhalten, bei dem die Pflegenden ihre Rolle annehmen und sich positiv zu eigen machen, sofern die Belastung der Pflegebeziehung nicht zu groß ist. Die Pflegenden akzeptieren Hilfe, solange ihre eigene dominierende Rolle dadurch nicht in Frage gestellt wird.

Sowohl die Typenbildung nach Steiner-Hummel als auch die aus der englischen Forschung dargestellten Typisierungen nach Twigg, Atkin und Perring sind als ein Annäherungsversuch zu verstehen, Beziehungsmuster in der häuslichen Pflege zu erklären. Dabei können die Grenzen zwischen den einzelnen Typen durchaus verschwimmen: ein „symbiotisches“ Verhalten, das sich durch die austarierte Balance von Nähe und Distanz zum Gepflegten auszeichnen kann, weist auch Gemeinsamkeiten mit der Fähigkeit des Typs auf, der in der Lage ist, Grenzen ziehen zu können (balancing/boundary setting). Denn ohne das Ziehen von Grenzen wäre eine Nähe trotz Distanz in der Situation der Pflege nicht möglich. Die sich aufopfernde (zumeist in der Typenbeschreibung weibliche) Rolle erscheint sowohl beim Typ „Lebensgemeinschaften“ als auch beim Typ „engulfment“.

Hier dürfte ein Lernprozess im Hinblick auf die Akzeptanz von Helfern außerhalb der Familie darin bestehen, dass eine professionelle Hilfe nicht die eigene Rolle in Frage stellt, sondern eine Ergänzung sein kann, um vor drohender Überforderung, die aus der Pflegesituation herrühren kann, geschützt zu werden. Offenbar können Hilfen von außen eher in solche Pflegebeziehungen „eintreten“, die weniger eine abgeschlossene Welt für sich darstellen und Pflege nicht ausschließlich als eine „Privatangelegenheit“ begreifen.

Diese Typologien machen deutlich, dass verschiedene Ängste auf Seiten der Pflegenden und der Gepflegten zu erkennen und labile Balancen dann zu stabili-

lisieren sind, wenn Dienste von außen in eine private Pflegebeziehung eintreten. Die Einstellungen und Werthaltungen des Familiensystems sind ausschlaggebend für die Art der Organisation des häuslichen Pflegearrangements. Dabei wirken sich traditionelle Werthaltungen in den Beziehungsmustern der Familien eher hinderlich auf die Inanspruchnahme von Pflegediensten aus, denn hier wird es für selbstverständlich erachtet, dass die i.d.R. weiblichen pflegenden Angehörigen sich aufopferungsvoll in die Pflege einbringen.

Um in das private Arrangement eine Hilfe von außen eindringen zu lassen, sind seitens des Familiensystems damit Lernprozesse erforderlich, die zu Akzeptanz und Legitimität der Einbeziehung von professioneller Hilfe führen können.

5.7 Familiäre Pflegeleistungen und bürgerschaftliches Engagement

Die bisherigen Betrachtungen haben sich primär auf das Binnenverhältnis der familialen Strukturen bezogen. Sind die bevorzugten Hilfsquellen – (Ehe-) Partnerin bzw. (Ehe-) Partner und Kinder – nicht vorhanden oder nicht verfügbar (z.B. wegen räumlicher Entfernung), so erlangt das vorhandene Netzwerk wie z.B. Freunde und Nachbarn an Bedeutung.³²⁷ Der Anteil der Pflegepersonen, die nicht zum engeren Kreis der Familie gehören beträgt ca. 8% (siehe Seite 96). Dabei zeigt sich, dass im Vergleich zu Beginn der 90er Jahre – vor Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes – ein Anstieg dieses Helferpotenzials um 4% stattgefunden hat.³²⁸

Diese Entwicklung deutet darauf hin, dass dort, wo keine traditionellen Familienkonstellationen vorhanden sind, dennoch private Pflegearrangements aufgebaut werden können, die eine Fortsetzung der Lebensführung im Haushalt dadurch ermöglichen, dass neue Akteure in das häusliche Pflegearrangement einbezogen werden.

Mit den sich abzeichnenden Veränderungen der Ressourcen und Bereitschaften innerhalb der Familien zu pflegen, gewinnt damit der Bereich der nichtprofessionellen, freiwillig Engagierten an Bedeutung, die zwar auch von außen in das familiäre Netzwerk hinzutreten, sich aber zwischen den Familien und dem professionellen Diensten bewegen. Dabei geht es nicht darum, ob eine möglichst effektive und vor allen Dingen kostengünstige zusätzliche Ressource mobilisiert werden kann. Entscheidend ist vielmehr, freiwilliges Engagement in seiner Bedeutung für den Zusammenhalt im Gemeinwesen zu begreifen und als unmittelbare Möglichkeit zur Gestaltung der Lebensverhältnisse durch die Bürger selbst.

³²⁷ Vgl. Künemund, H. / Hollstein, B. (2000): S. 212-276

³²⁸ Vgl. Schneekloth, U. / Wahl, H.W. (2005): S. 77

In diesem Verständnis kann die Bedeutung des bürgerschaftlichen Engagements für die Gestaltung des Gemeinwesens aus der Perspektive des Abschlussberichts der Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“³²⁹ wie folgt betrachtet werden:

Bürgerschaftliches Engagement wird hier als eine „*lebenswichtige Ressource für eine zukunftsfähige Gesellschaft*“ bezeichnet. Als inhaltlicher Rahmen wird hierbei auf die Begriffe „Bürgergesellschaft“ bzw. „Zivilgesellschaft“ Bezug genommen. Hiermit soll akzentuiert werden, dass ein freiwilliges Engagement nicht daran gemessen werden darf, ob damit eine möglichst effektive und vor allem Dingen kostengünstige zusätzliche Ressource mobilisiert werden kann. Entscheidend ist vielmehr, das freiwillige Engagement in seiner Bedeutung für den Zusammenhalt im Gemeinwesen und als Möglichkeit zur unmittelbaren Gestaltung der Lebensverhältnisse durch die Bürger selbst zu begreifen.

Ausgehend vom Leitbild eines „ermöglichenden“ und „aktivierenden“ Staates haben Staat und Politik die Aufgabe, günstige Rahmenbedingungen für Engagement zu schaffen. Die Enquete-Kommission schlägt als Kriterien für bürgerschaftliches Engagement folgende Aspekte vor:³³⁰

- Freiwilligkeit,
- keine Ausrichtung auf materielle Gewinne,
- Gemeinwohlorientierung,
- Tätigkeiten im öffentlichen Raum,
- gemeinschaftliche, kooperative Tätigkeit.

Bezogen auf die familiäre häusliche Pflege sind solche komplementären Hilfeleistungen gemeint, die in einer gewissen Regelmäßigkeit außerhalb von der Familie erbracht werden. Traditionell spielen hierbei die freie Wohlfahrtspflege und die Kirchengemeinden eine zentrale Rolle. Im Rahmen der Repräsentativerhebung von Schneekloth³³¹ wurden solche Hilfeleistungen (z.B. ehrenamtliche Besuchsdienste) erhoben, die in einer gewissen Regelmäßigkeit außerhalb von Familie und Bekanntschaft erbracht werden, ohne dass dafür Entgelte erhoben werden. Zusätzlich wurde getrennt hiervon die regelmäßige Teilnahme an Freizeit- oder Betreuungsangeboten von sozialen Diensten, Kirchen abgefragt.

Danach erhalten 11% der Pflegebedürftigen regelmäßig (mindestens einmal pro Woche) ehrenamtliche Betreuungsleistungen; 9% der Pflegebedürftigen nehmen allgemeine Betreuungs- bzw. Besuchsangebote in Anspruch. Die Kernklientel für diese Inanspruchnahme liegt bisher im Bereich der Pflegestufen 1

³²⁹ Vgl. Deutscher Bundestag (2002) (d): BT-Drs.: 14/8900, S. 25

³³⁰ Vgl. Deutscher Bundestag (2002) (c): BT-Drs.: 14/8800, S. 38

³³¹ Vgl. Infratest Sozialforschung (2003): S. 29

und 2. Diese Quoten können als ein Indiz dafür gewertet werden, dass sich Familien nach außen öffnen, um haushaltsfremde Personen an der Pflege- bzw. Betreuungsstätigkeit zu beteiligen.

Besonders interessant sind sowohl solche Formen von freiwilligem Engagement, die organisatorisch eigenständig angelegt sind als auch solche Formen, die in Kooperation mit ambulanten Pflegediensten ein zusätzliches Hilfe- und Unterstützungsangebot darstellen. Es handelt sich um:

- Selbsthilfegruppen und
- unmittelbaren Hilfe-, Betreuungs- oder auch Serviceleistungen.

Selbsthilfegruppen fördern den Austausch und die Vernetzung unter den pflegenden Angehörigen und wirken damit auch dem Risiko der Isolation entgegen. Im Bereich der Altenhilfe nimmt besonders die Alzheimer Gesellschaft mit ca. 300 öffentlichen Gruppen eine wichtige Stellung ein.³³² Die Arbeit dieser gemeinnützigen Vereine wird überwiegend ehrenamtlich geleistet. Angeboten werden von den einzelnen Gruppen vor Ort z.B. Informationen zum Erscheinungsbild der Demenz und deren seelischen und sozialen Auswirkungen, zu Umgangsweisen mit depressiven Menschen sowie zu den Grundlagen der Pflegeversicherung und des Betreuungsrechts.³³³

Unmittelbare Hilfe-, Betreuungs- oder auch Serviceleistungen, die freiwillig erbracht werden, sind beispielsweise über Freiwilligenagenturen, Kontaktbörsen für Ehrenamtliche oder Bürgerbüros etc. organisiert. Eine Bestandserhebung aus dem Jahr 2000 weist insgesamt 184 solcher Agenturen in Deutschland aus.³³⁴ Ihre Kernaufgaben bestehen sowohl darin, freiwillige Helfer für alle möglichen Arten von konkreten Unterstützungstätigkeiten im Alltag anzuwerben und zu vermitteln (z.B. Hilfen im Haushalt, Begleitung etc.) als auch in der Beratung von Organisationen und Einrichtungen beim Einsatz von Freiwilligen sowie in der Entwicklung neuer Engagementformen wie z.B. in Kooperation mit Schulen oder Unternehmen.

Modellprojekte zur Einbeziehung freiwilliger Helfer haben deutlich gemacht³³⁵, dass die Betreuung von hilfebedürftigen Menschen als sinnstiftend und als Chance zur persönlichen Weiterentwicklung betrachtet wird. Der Bezug zu einem anderen Menschen ist konkret und macht den Nutzen der Tätigkeit subjektiv erfahrbar. Dabei spielt weniger eine gefühlte Pflicht oder die Betroffenheit über individuelle Notlagen eine Rolle, sondern vielmehr die Suche nach einer eigenen sinnvollen Betätigung, die zum Engagement führt.

³³² Vgl. Deutscher Bundestag (2002) (a): BT-Drs. 14/8822, S. 212

³³³ Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2005)

³³⁴ Vgl. Braun, J. (2001)

³³⁵ Vgl. BMFSFJ (2004): S. 168

Es kann für die zu Pflegenden, für die pflegenden Angehörigen und für die freiwilligen Helfer bei dieser Form der Zusammenarbeit ein Gemeinschaftsgefühl entstehen. Freiwillige Helfer können dazu beitragen, dass eine positive Einstellung in den Familien zur Inanspruchnahme „fremder“ Hilfen entwickelt werden kann.

5.8 Zusammenfassung

Die Zahl der älteren pflegebedürftigen Personen hat durch die gestiegene Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen und wird noch weiter steigen. Der demografische Wandel führt darüber hinaus zu einer Spreizung der Generationen innerhalb einer Familie und damit zu einer Dominanz der Beziehungen zwischen den Generationen. Die Vertikalisierung der Familien führt zu einer stärkeren Belastung der verfügbaren Angehörigen, die für Pflege zur Verfügung stehen. Von zentraler Bedeutung wird in Zukunft die Frage sein, wie sich der stärkere Druck auf die verantwortlichen Familienangehörigen im Hinblick auf die Organisation des häuslichen Pflegearrangements auswirkt.

Die Auswirkungen des kulturellen Wandels auf die Vorstellungen von Solidarität können dahingehend zusammengefasst werden, dass in den Familien eine Emotionalisierung der Generationenbeziehungen feststellbar ist. Dies bedeutet, dass Pflicht- und Akzeptanzwerte zunehmend ersetzt werden durch Selbstentfaltungswerte. Innerhalb der Familien führt dies zu einer zunehmenden Bedeutung der emotionalen Aspekte und zu der Notwendigkeit, Beziehungsformen und -inhalte *auszuhandeln*.

Betrachtet man die strukturellen Bedingungen, die zu einer Pflegeübernahme führen, ist zunächst hervorzuheben, dass Pflege in der Familie unabhängig von der Einstellung des Geschlechts der Familienmitglieder geleistet wird. Allerdings hat die Geschlechteraufteilung bei der Übernahme von Pflegeaufgaben deutlich gemacht, dass sich zwar auf einer allgemeinen, normativen Ebene alle Angehörigen (geschlechtsunabhängig) für die Pflege verantwortlich fühlen. Frauen fühlen sich aber eher für die Durchführung direkter Pflegeaufgaben verpflichtet und Männer für die Organisation der Pflege.

Offensichtlich führt der kulturelle Wandel, der auch bedingt ist durch die steigende Erwerbstätigkeit der Frauen, noch nicht zwangsläufig zu einer geänderten Rollenaufteilung der pflegerischen und haushaltsnahen Aufgaben. Diese Erkenntnis deckt sich mit der in Kapitel 4.3 skizzierten widersprüchlichen Modernisierung der Lebensmuster von Frauen, wonach diese sowohl den Ansprüchen regulärer Erwerbsarbeit genügen möchten, zugleich aber noch den größeren Teil der (Sorge-)Tätigkeit im Haushalt übernehmen.

Für die Zukunft wird es daher von Bedeutung sein, ob es einerseits Frauen gelingt zu lernen, sich nicht mehr alleinverantwortlich für die Durchführung von Pflegeaufgaben zu fühlen und ob andererseits Männer auch dazu bereit sind werden, solche Aufgaben zu übernehmen, die sie bislang eher ablehnen. Lernprozesse in der Familie setzen hier voraus, dass Aushandlungen tradierte Rollenzuordnungen ersetzen. Eine Herausforderung liegt auch darin, die vorhandenen Managementkompetenzen der pflegenden Männer und Frauen zur Organisation und Durchführung des häuslichen Pflegearrangements zu stärken und besser zu würdigen.

Ob Pflegende und Gepflegte getrennt oder zusammen leben, hat einen wesentlichen Einfluss auf die Bewältigungsstrategien bezüglich der Pflegesituation. Allerdings muss eine räumliche Trennung für sich betrachtet kein Hindernis für Unterstützungsleistungen zwischen den Familienmitgliedern sein. Der gemeinsame Haushalt stellt eher eine weitere Variable dar, denn für die Übernahme der Pflege spielen die Motive und subjektiv empfundene Verpflichtung eine Rolle, welche die Qualität der Pflegebeziehung, und damit die erlebte Belastung prägen.

Pflegende Angehörige haben umfangreiche Belastungen bei der Übernahme einer Pflege zu tragen. Allerdings resultiert daraus nicht zwangsläufig, dass den Angehörigen jede Entlastung (z.B. durch die Einbeziehung eines Pflegedienstes in das häusliche Pflegearrangement) willkommen ist. Vielmehr spielt für die Frage, wie jemand eine Pflege erlebt, die Art der Beziehung zum Pflegebedürftigen eine entscheidende Rolle. Daraus folgt einerseits, dass sich Belastungen nicht objektiv messen lassen und andererseits, dass eine subjektiv empfundene Belastung nicht unbedingt mit der objektiven Last in Zusammenhang steht.

Die Pflegebeziehung prägt zu einem erheblichen Anteil auch die Bereitschaft, fremde Hilfen in das familiäre Netzwerk einzubeziehen. Die Art der Interaktion zwischen Familien und Pflegediensten erweist sich aus dieser Perspektive heraus als eine abhängige Variable der Art der Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen. Je nachdem, wie intensiv und eng diese Beziehungen sind, welche Rolle traditionelle Aufgabenzuordnungen spielen, ergeben sich unterschiedliche Bereitschaften (oder auch Vorbehalte) im Hinblick auf den Einbezug von Helfern.

Die unterschiedlichen Typologien der Beziehungen haben zudem gezeigt, wie komplex der Hintergrund ist, vor dem eine Entscheidung für oder gegen die Einbeziehung von Diensten getroffen wird. Es sind verschiedene Ängste auf Seiten der zu Pflegenden und pflegenden Angehörigen zu erkennen (z.B. das Gefühl versagt zu haben, nicht mehr „alleinzuständig“ zu sein) und labile Balancen zu wahren, wenn Dienste von außen in eine familiäre Beziehung eingreifen.

Dabei wird deutlich, dass traditionelle Familienbeziehungen weniger offen dafür sind, Hilfen einzubeziehen.

Die besondere Herausforderung liegt mit Blick auf solche familiäre Arrangements, die die Pflege noch als alleinige, private Verantwortung betrachten darin, ein Weiterleben im eigenen Haushalt unter Zuhilfenahme von freiwilligen Helfern zu ermöglichen. Eine solche Kultur des Sozialen in der Pflege kann das Verständnis dafür fördern, dass individualisierte Lebensformen und die drohende Gefahr der Isolation von Pflegebedürftigen spezifischer Solidaritätsformen benötigen. Das „Aufweichen“ von herkömmlichen Familienstrukturen im Sinne von klaren Rollenzuschreibungen bedeutet daher eine Chance für neue Aushandlungsprozesse und die damit einhergehende Bereitschaft, geplante Hilfen von außen in Anspruch zu nehmen.

Im folgenden Kapitel sollen daher die komplexen Interaktionen zwischen Familien und professionellen Helfern betrachtet werden, die für die Absicherung des nunmehr gemischten häuslichen Pflegearrangements von Bedeutung sind.

6. Kapitel: Häusliche Pflegearrangements und ambulante Pflegedienste

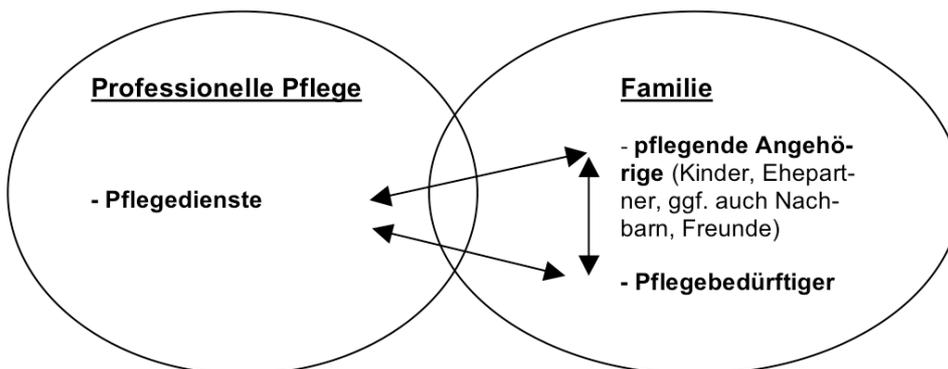
Professionelle Hilfen greifen in ein bestehendes Familiensystem und in dessen Interaktionsgefüge ein. Je mehr Personen zur „dyadischen“ innerfamilialen Pflegebeziehung hinzutreten, desto komplexer wird das gemischte Pflegearrangement aus professionellen und familialen Helfern.

6.1 Das Modell des Pflegedreiecks

Werden häusliche Versorgungsleistungen nicht mehr allein durch Angehörige, sondern auch durch professionelle Helferinnen und Helfer erbracht, erweitern sich die Beziehungen der gepflegten Person zu einem „Pflegedreieck“.³³⁶ Das Pflegedreieck stellt eine Argumentationsfigur dar, das auf der Ebene der individuellen Pflegesituation die Koordination und die wechselseitige Verbindlichkeit von professioneller und familialer Pflege zum Ausdruck bringt.

Abbildung 4:

Das „Pflegedreieck“ im Netzwerk familialer und professioneller Pflege



Quelle: Evers, A. / Olk, Th. (1995); eigene Darstellung.

Beim Aufeinandertreffen professioneller Helfer, des Pflegebedürftigen und des pflegenden Angehörigen entsteht ein komplexer Abstimmungsbedarf im Rahmen des „Pflegedreiecks“; und gerade während des Pflegeeinsatzes können Konflikte und Missverständnisse den Pflegeprozess massiv beeinträchtigen. Nach einer Untersuchung von Evers/Olk³³⁷ können unterschiedliche Verhaltensmuster der pflegenden Angehörigen während der Einsätze beobachtet werden. So gibt es sowohl Angehörige, die sich zurückziehen, als auch solche, die beim Pflegeeinsatz anwesend sind oder an ihm teilnehmen und Einfluss auf das Geschehen nehmen möchten. Dabei werden besonders diejenigen Angehörigen als „unproblematisch“ erlebt, die sich umstandslos in die Rolle einer Hilfskraft fügen, die dem professionellen Helfer zuarbeiten und Probleme tau-

³³⁶ Vgl. Zeman, P. (1998): S. 111-120; Knipscheer, C.P.M. (1993); Steiner-Hummel, I. (1992): S. 10-16

³³⁷ Vgl. Evers, A. / Olk, Th. (1995): S. 33

chen dann auf, wenn Angehörige eigene Sichtweisen, Interessen und Bedürfnisse einbringen.

Zu ähnlichen Erkenntnissen gelangt auch Schaeffer, wonach sich die Kooperation zwischen Angehörigen und Pflegediensten zunächst als relativ reibungslos und störungsfrei darstellt.³³⁸ Bei genauerem Hinsehen entpuppt sich diese Reibungslosigkeit jedoch faktisch als Nicht-Zusammenarbeit und als unverbindenes Nebeneinander: Der Pflegedienst kommt, die Angehörigen verlassen den Raum und wenden sich anderen Dingen zu. Zwischen beiden herrscht demnach eine Art Ablösementalität, allerdings ohne Übergabe, denn für diese besteht aus Gründen der Zeitknappheit der ambulanten Pflege kein Raum. Der Unterstützungs- und Anleitungsbedarf pflegender Angehöriger bleibt auf diese Weise ebenso unbemerkt wie Anzeichen von Überlastung; mögliche präventive Maßnahmen können nicht genutzt werden.

In diesem Pflegedreieck können demnach vielfältige Spannungen auftreten, z.B. wegen der unterschiedlichen Perspektiven und Interessen auf allen Seiten, wegen der unterschiedlichen möglichen Rollen der Angehörigen, die zusätzliche Helfende, aber auch Hilfebedürftige sein können. Die Beziehungsmuster und die Dynamik im Pflegedreieck zwischen Betroffenen, Angehörigen und Diensten können stark variieren. Langfristige Prozesse der Entwicklung in Bezug auf das, was Hilfe und Pflege für die jeweils Beteiligten bedeuten und was für beide Seiten als „angemessen“ angesehen wird, können auf der Seite der familialen Alltagswelt und ihrer Kultur unterschiedlich verlaufen; sie sind auch durch den Stand der Entwicklung der Dienstleistungskultur mitbestimmt und damit auch immer ein Stück offen für Lernprozesse und Veränderungen.³³⁹

Gerade dort, wo persönliche Dienstleistungen so stark in private Lebenswelten wie in der häuslichen Pflege eingreifen, erscheint die jeweilige Dienstleistungskultur als ein Produkt komplexer Austauschprozesse zwischen dem, was Dienste vorgeben, und dem, was sich an Verhaltensmustern und Motivationen im familialen Bereich herausbildet.

Ob die Beziehungen zwischen professionellem und familialem System produktiv genutzt werden können, hängt auch vom Niveau des „Gleichklangs“ in den Orientierungen der professionellen und der familialen Seite ab. Die Fähigkeit der Dienste, sich auf unterschiedliche Erwartungen einzustellen, bildet einen wichtigen Bestimmungsfaktor für eine gelingende Kooperation. Das „Pflegedreieck“ wird in der Pflegepraxis vor allem dann zum Problem, wenn dessen Existenz im konzeptionellen Leitbild ambulanter Pflege keine Rolle spielt.

³³⁸ Vgl. Schaeffer, D. (2001)

³³⁹ Vgl. Baldock, J. / Ungerson, C. (1994) (b): S. 85-97

6.2 Rollen der Pflegebedürftigen und der Angehörigen im Pflegeprozess

Nach Atkin³⁴⁰ können vier Kategorien von Pflegebedürftigkeit unterschieden werden: körperliche Behinderungen, geistige Behinderungen, psychische Erkrankungen und Altersgebrechen. Für die Pflegenden fallen jeweils unterschiedliche Pflegeaufgaben an, welche Möglichkeiten und Bedingungen einer Entlastung durch Pflegedienste aufzeigen:

- Personen mit körperlichen Behinderungen benötigen vorwiegend Hilfen beim Baden, An- und Auskleiden, Aufstehen etc. Die Pflegenden müssen schwere, körperlich anstrengende Tätigkeiten ausüben; das wird vor allem dann zum Problem, wenn sie selbst alt sind. Dienste, die der Pflegeperson solche Tätigkeiten abnehmen, werden sehr geschätzt (besonders bei intimen Pflegeleistungen). Die Dienste sind auf diesen körperlich bezogenen Hilfebedarf am besten eingestellt, allerdings kann sich eine mangelnde zeitliche Flexibilität der Dienste negativ auf die Erwartungshaltung der Pflegenden und Pflegebedürftigen auswirken.
- Für Personen, die Menschen mit geistigen Behinderungen pflegen, ist die Verantwortung, die sie für diese Person haben, die zentrale Erfahrung in der Pflege. Die Probleme, die daraus resultieren, sind schwerer zu artikulieren und haben nicht die gleiche objektive Qualität wie physische Pflegetätigkeiten. Für die Dienste ist es sehr schwer, auf den eher diffusen Hilfebedarf, der aus dieser Verantwortung resultiert, zu reagieren.
- Das Leben von Angehörigen von psychisch Kranken ist stark durch die Betreuungssituation geprägt. Die Pflegenden haben unter mangelndem Verständnis seitens der Umwelt, unter Isolation und unter Vorurteilen von professioneller Seite zu leiden. Für sie stehen das Bedürfnis sich auszusprechen und der Wunsch nach emotionaler Unterstützung im Mittelpunkt.
- Bei alten Menschen, die körperlich gebrechlich sind, kommt hinzu, dass sich der Hilfebedarf langsam erhöht und die Angehörigen allmählich in die Pflegerolle hineinwachsen, ohne sich dessen bewusst zu werden. Oft lässt sich kein genauer Zeitpunkt benennen, zu welchem die Pflege begonnen hat. In vielen Fällen sehen Angehörige die Hilfe, die sie übernehmen, als natürliche Erweiterung ihrer familiären Rolle, was zur Folge hat, dass sie sich selbst nicht als Pflegenden betrachten. Diese Art der Pflegebeziehung bleibt so lange im Privaten ohne Einbeziehung von Diensten, bis eine Krisensituation eintritt. Hier ist es nicht untypisch, dass die Verantwortung für die Pflege eher unreflektiert und unvorbereitet übernommen wird. Aus einer Übergangsregelung können pflegeintensive Jahre werden, die die bisherigen Beziehungen

³⁴⁰ Vgl. Atkin, K. (1992): S. 30-58

zwischen dem Hilfebedürftigen und den übrigen Familienmitgliedern verändern.³⁴¹

- Die Betreuung dementer Personen wird als besonders belastend geschildert. Die Angehörigen leiden unter starken Stresssymptomen. Es scheint, dass die Dienste hier mehr als in anderen Fällen die Belastung der Pflegenden wahrnehmen und kompensatorische Hilfen, z.B. in der Haushaltsführung, anbieten. Diese wären unter Umständen objektiv nicht zwingend erforderlich; sie werden aber erbracht, um den Angehörigen etwas von ihrer Last abzunehmen und ihnen Möglichkeiten zum Rückzug zu geben.

Die gepflegte Person und ihr Wohlergehen stehen im Mittelpunkt der Pflegebeziehung; sie ist der erste Adressat für Pflegedienste und Hilfeleistungen. Für die Akzeptanz von Pflegediensten ist es daher unumgänglich, deren Rolle zu betrachten.

Nach Twigg und Atkin³⁴² werden verschiedene Arten der Einflussnahme durch die Pflegebedürftigen geschildert:

- Dies kann sich durch die Art und Weise äußern, wie sie mit ihrer Pflegebedürftigkeit umgehen. Manche spielen diese herunter, um ihr Selbstbewusstsein zu wahren. Dem Pflegedienst, aber auch dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, kann dadurch das volle Ausmaß des Hilfebedarfs und der Konsequenzen für die Pflegeperson nicht offenbar werden. Besonders in Partnerbeziehungen spielt es eine wichtige Rolle, voreinander nicht die Achtung zu verlieren.
- Manche Pflegebedürftige verweigern sich bestimmten Arten professioneller Hilfe, z.B. der Inanspruchnahme von ergänzenden hauswirtschaftlichen Leistungen, da diese im Unterschied zu medizinischen Leistungen ja auch von pflegenden Angehörigen übernommen werden können. Diese Reaktion hängt offenbar mehr von der Erwartungshaltung innerhalb der Beziehung ab als vom Dienstleistungsspektrum der Einrichtung.
- Manche Pflegebedürftige messen den professionellen Kräften eine überdimensionale Bedeutung bei, was zur Konsequenz hat, dass die pflegenden Angehörigen im häuslichen Umfeld eher unsichtbar bleiben.

Nicht immer können die Dienstleistungen der Professionellen sowohl für den Pflegebedürftigen als auch für den Pflegenden gleichermaßen von Nutzen sein. In manchen Fällen kann eine Hilfe, die die Pflegeperson entlastet, auf Kosten der gepflegten Person gehen, z.B. wenn hauswirtschaftliche Tätigkeiten die

³⁴¹ Vgl. Beck, B. (1998): S. 61-81; Bracker, M (1990): S. 38-41

³⁴² Vgl. Twigg, J. / Atkin, K. / Perring, C.: (1991)

Pflegeperson entlasten, der Pflegebedürftige selbst aber die gewohnte Qualität der pflegenden Angehörigen für diesen Bereich vermisst.

Unter Berücksichtigung der differenzierten Betrachtung der Beziehungsmuster zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen ergibt sich die Problematik für den Pflegedienst, ein jeweils passendes Unterstützungsangebot zu konzipieren. Dies führt schließlich zu der Frage nach der Rollenzuweisung der pflegenden Angehörigen im Pflegeprozess mit professionellen Diensten.

Zwischen den Erkenntnissen, die dem Angehörigen eine zentrale Rolle für die Pflege zuweisen³⁴³ und seiner Rolle, die ihm im professionellen Pflegesystem seitens der Pflegedienste zugewiesen wird, besteht eine große Diskrepanz. Die eher nachrangige Rolle des Angehörigen im Gesundheits- und Pflegewesen findet ihre Begründung in der Tatsache, dass Angehörige traditionell in ihrer Wirkung auf die Behandlung von Krankheiten eher negativ eingeschätzt wurden.

So war es z.B. bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts üblich, dass Patienten von ihren Familien getrennt wurden, um weit verbreitete Infektionskrankheiten zu behandeln und Angehörige vor einer vermeintlichen Infektionsgefahr zu schützen. Auch psychologisch-pädagogische Tätigkeiten betonten in ihren ersten Versorgungsansätzen oft die schädigenden Einflüsse des familiären Umfeldes auf den Einzelnen. Erst in jüngerer Zeit hat sich die Aufmerksamkeit zunehmend auf die hilfreichen und heilsamen Einflüsse des sozialen Milieus gerichtet. Ein unterstützendes soziales Umfeld kann selbst objektiv belastende Ereignisse für denjenigen, der diese erlebt, weitgehend abmildern. Dieser These liegt die Theorie der sozialen Unterstützung (social support) zugrunde, wonach sich verschiedene Netzwerkverbindungen wie Partnerschaft, Verwandtschaft, Freundschaft, Nachbarn etc. förderlich auf das Wohlbefinden des Einzelnen auswirken können.³⁴⁴ Wie heilsam die soziale Unterstützung durch Angehörige ist, wird besonders deutlich, wenn diese ausbleibt.

Für die Art der Einbeziehung der pflegenden Angehörigen in das Pflegearrangement seitens der professionellen Pfleger ist von Bedeutung, wie ihre Rolle seitens der Pflegedienste verstanden wird: als Ressource, als Koproduzent von Pflege, als ein weiterer Kunde oder schlicht als Angehörige, die durch die professionelle Dienstleistung bei der Pflege entlastet werden sollen. Im Folgenden wird auf diese drei Perspektiven eingegangen, die von Julia Twigg³⁴⁵ beschrieben wurden:

³⁴³ Vgl. Evers, A. / Ühlein, A. / Starke, A. (1999)

³⁴⁴ Vgl. z.B. Litwin, H. & Landau, R. (2000): S. 213-228

³⁴⁵ Vgl. Twigg, J. (1993)

Werden pflegende Angehörige als **Ressource** betrachtet, so liegt die Denkhaltung zugrunde, dass sie als gegeben und kostenlos zur Verfügung stehen. Dahinter kann seitens der Pflegedienste aber auch die Befürchtung stehen, dass ihre Handlungen durch das Familiensystem untergraben und ersetzt werden könnten.

Die Unterstützung pflegender Angehöriger wird dabei durch solche Konzepte der Pflegedienste behindert, die sich vorwiegend an der körperbezogenen Pflege orientieren und damit eine Berücksichtigung sowohl der Rolle der Angehörigen als auch ihrer Bedürfnisse, Interessen und Problemlagen verhindern. Werden pflegende Angehörige von den Pflegekräften überwiegend als „Hilfskräfte“ betrachtet, die den medizinisch orientierten Pflegeprozess unterstützen, dann handeln diese angemessen, wenn sie z.B. vor dem Besuch der Pflegekraft so weit wie möglich alle Vorbereitungen treffen, während des Einsatzes bestimmte Handlungen kooperativ erledigen (wie z.B. Umlagern) und die Vorgaben des Pflegepersonals gewissenhaft umsetzen.

Die Rolle der aufopfernden Pflege durch Angehörige entspricht noch den traditionellen Vorstellungen von Familiensolidarität. Angehörige stellen eine Ressource für die Pflegekräfte dar, ohne dass deren Tätigkeiten besondere Anerkennung erlangen, da die „wichtige“ Pflege in erste Linie die am zu Pflegebedürftigen orientierte körperbezogene Pflege ist. Angehörige als Ressource zu definieren, hat mit dem Selbstbild der pflegenden Angehörigen wenig zu tun; sie verstehen sich eben nicht nur als Hilfskraft, sondern verfügen über spezifische Kenntnisse und Fähigkeiten, die für das gemischte Pflegearrangement von Bedeutung ist.

Beim Typ **Koproduzent** werden die Angehörigen als pflegerische Hilfskräfte in die Dienstleistungserbringung einbezogen. Probleme und Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen werden insoweit berücksichtigt, als sie für die Qualität des Pflegeprozesses von Bedeutung sind. Der Dienst versteht seine Aufgabe dahingehend, den pflegenden Angehörigen zu unterstützen und seinen Auftrag so gut wie möglich zu erfüllen. In diese Denkhaltung lassen sich z.B. Bemühungen einordnen, Pflegekurse anzubieten, die Hinweise und Techniken für bestimmte Pflegehandgriffe vermitteln. Es handelt sich um eine technisch ausgerichtete Pflegekoproduktion, in der etwaige unterschiedliche Motivationen und Handlungslogiken ausgeblendet bleiben.

Die Sichtweise des **weiteren Kunden oder auch „Co-Klienten“** nimmt darauf Bezug, dass auch die Pflegenden selbst Bedürfnisse und einen spezifischen Hilfebedarf haben. Nicht nur der Pflegebedürftige wird als Kunde betrachtet, sondern auch der pflegende Angehörige. Sinn und Zweck der Dienstleistung ist hier in erster Linie, eine Entlastung für den pflegenden Angehörigen zu bewirken. Diese Sichtweise kann z.B. dazu führen, dass das Angebotsspektrum der

Pflegedienste auch solche Formen der Unterstützung entwickelt, die sich auf den Angehörigen richten, wie z.B. einen „Entlastungstag“ anzubieten, der den Angehörigen die Möglichkeit eröffnet, von der Pflege „frei“ zu haben. Im Gegensatz zu den beiden erstgenannten Typen steht hier also der Kreis der pflegenden Angehörigen im Mittelpunkt.

Pflegedienste lassen sich nun in der Realität wohl kaum ausschließlich auf eine der genannten Sichtweisen festlegen, was auch nicht sinnvoll wäre, denn erst eine je spezifische, flexible Kombination der Sichtweisen kann eine umfassende und sinnvolle Pflege sowie eine nachhaltige Unterstützung des Familiensystems bewirken.

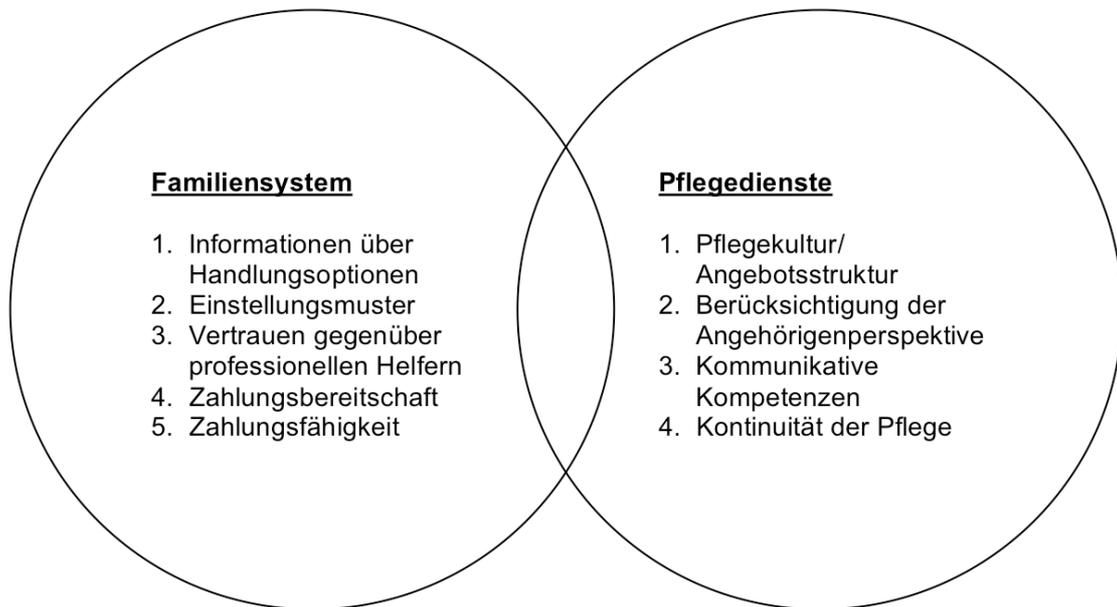
6.3 Interaktionsstrukturen innerhalb des Pflegedreiecks

Die unterschiedlichen Rollen, die sich mit der Einbeziehung professioneller Pflege für das häusliche Arrangement ergeben können, weisen darauf hin, dass komplexe Interaktionen zwischen der Familie einerseits und dem Pflegedienst andererseits stattfinden. Gelingende Interaktionen zwischen der Lebenswelt der Familie und der Berufswelt des professionellen Pflegedienstes kann dabei nicht automatisch unterstellt werden.

Die dargestellten Rollenverteilungen im Pflegeprozess sind auf der Seite der Familien durch eigenlogische Verhaltensmuster geprägt und auf der Seite der Pflegedienste prägen traditionelle Pflegekulturen die Art der Interaktionen mit Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen.

Im Folgenden sollen daher zunächst solche Kriterien auf Seiten des Familien- und Dienstleistungssystems näher betrachtet werden, welche die Art der Interaktion zwischen beiden Bereichen beeinflussen können.

Abbildung 5:
Schlüsselfaktoren der Interaktion zwischen Familien und Pflegediensten



6.3.1 Schlüsselfaktoren im System der Familien

Zu 1. Informationen über Handlungsoptionen

Eine wichtige Voraussetzung für die Inanspruchnahme professioneller Pflege besteht in den für die Familien verfügbaren Informationen über ihre Wahlmöglichkeiten und über das vorhandene Dienstleistungsangebot.

Zudem verstärkt der wachsende Anteil der Einpersonenhaushalte die Notwendigkeit, Informationen und Unterstützungsleistungen für die Betroffenen zugänglich zu machen. Besonders hier hängt die Stabilität der häuslichen Pflege von dem zur Verfügung stehenden sozialen Netzwerk von Freunden, Nachbarn und Bekannten ab, da kein unmittelbar zur Verfügung stehendes familiales Netzwerk mit pflegenden Angehörigen vorhanden ist, die diese wichtigen Managementaufgaben wahrnehmen können.

Gleichwohl sind es in vielen Fällen noch die näheren Angehörigen, also der engere Kreis der Familie, der die Hauptlast der regelmäßig zu erbringenden Hilfeleistungen trägt. So werden 92% der Pflegebedürftigen und auch 85% der sonstigen Hilfebedürftigen von Familienangehörigen betreut. Bei 36% der Pflegebedürftigen ist es eine einzelne Person, bei 29% sind es zwei Personen und

bei 27% drei und mehr Personen, die als private Helferinnen und Helfer an der Betreuung und Versorgung beteiligt sind.³⁴⁶

Pflegende Angehörige, die häufig die Verantwortung für die Organisation der häuslichen Pflege übernehmen, stehen vor vielfältigen Herausforderungen, sei es beim Beschaffen von Informationen über Pflegedienste oder beim Ausfüllen von Anträgen zu den Leistungen der Pflegeversicherung. Sie übernehmen gerade zu Beginn der Pflegesituation eine wichtige Managementfunktion, bei der entscheidende Weichen über die Art und die Organisation der häuslichen Pflege getroffen werden müssen.

Eine Befragung von 1092 Pflegebedürftigen und 406 Hauptpflegepersonen stützt jedoch zunächst kaum die generelle Vermutung, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen häufig nicht über die Möglichkeiten ambulanter Pflege informiert seien; so kannten 87% mindestens ein professionelles Hilfsangebot.³⁴⁷ Andere Befragungen weisen sogar einen Anteil von 100% aus, welche über die Möglichkeit, zwischen Geld- und Sachleistung wählen zu können, informiert sind.³⁴⁸ Der Informationsgrad sinkt aber, wenn ältere Personen die Pflege übernommen haben; diese nehmen auch generell weniger Sachleistungen in Anspruch.³⁴⁹

Pflegende Angehörige sind jedoch oft überfordert, sich angesichts der Vielzahl von Angeboten die für sie bedeutsamen Informationen zu beschaffen. Als besonders problematisch stellt sich die Lage für die Familien dar, wenn sie plötzlich mit einer Pflegesituation konfrontiert sind, nicht wissen, wohin sie sich wenden sollen.³⁵⁰

Neben der Schwierigkeit, einen geeigneten Pflegedienst aufzufinden, bestehen aber auch Probleme in der Verständlichkeit und Übersichtlichkeit der von den Pflegekassen zur Verfügung gestellten Informationen über die Pflegedienste. Die Herausgabe von Übersichten von Preisen und Leistungen der Pflegedienste stellt eine weitere wesentliche Information für Pflegebedürftige und Angehörige dar. Diese ist aber dann für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen wenig aussagekräftig, wenn z.B. anstelle der Preise für bestimmte Leistungen Punktwerte angegeben werden, die zunächst einer „Übersetzung“ bedürfen.³⁵¹

³⁴⁶ Vgl. Infratest Sozialforschung (2003): S. 18

³⁴⁷ Vgl. Pöhlmann, K. / Hofer, J. (1997): S. 385

³⁴⁸ Vgl. Giese, R. / Wiegel, D. (2000): S. 1034

³⁴⁹ Vgl. Giese, R. / Wiegel, D. (2000): S. 1042

³⁵⁰ Vgl. BMFSFJ (2001): S. 114: Dies kommt in dem Statement einer Vertreterin einer kommunalen Einrichtung zum Ausdruck: *„Die Schwierigkeit ist, dass viele nicht wissen, an wen sie sich wenden können, wie sie an einen Dienst heran kommen. Das ist das Entscheidende dabei. Im klinischen Bereich gibt es Sozialarbeiter, die Pflegedienste vermitteln können, aber sonst ...“*

³⁵¹ Vgl. BMFSFJ (2001): S. 117-118

Trotz der gesetzlichen Vorschriften zur Information über Angebote und Preise von Dienstleistern³⁵² besteht daher noch ein erheblicher Bedarf, die im Einzelfall erforderlichen Informationen für die Betroffenen verständlich aufzubereiten und so zu vermitteln, dass sie in die Lage versetzt werden können, eine eigenverantwortliche Entscheidung über das Pflegearrangement zu treffen. Denn die alleinige schriftliche Information über die Leistungsmöglichkeiten (z.B. Wahlmöglichkeiten zwischen Geld- oder Sach- oder Kombinationsleistung, Liste der Pflegedienste) hilft bei den im Einzelfall zu bewältigenden vielfältigen organisatorischen Herausforderungen (wie z.B. welche Leistungen können von außen bezogen werden, welche Auswirkungen hat das auf den Alltagsablauf, welche zeitlichen Ressourcen fallen an) nicht weiter.

Die Möglichkeit der pflegenden Angehörigen und der Gepflegten sich eigenverantwortlich Informationen zu beschaffen, kann daher nur so viel wert sein, wie Informationen für sie zugänglich sind und Familien damit in der Lage sind als informierte Pflegehaushalte Entscheidungen zu treffen. Diese Perspektive wird in der Definition des Ansatzes von „empowerment“³⁵³ nach Stark deutlich: *„Empowerment bezieht sich ... auf die Möglichkeiten und Hilfen, die es Individuen oder Gruppen erlauben, Kontrolle über ihr Leben und ihre sozialen Zusammenhänge zu gewinnen, und die sie darin unterstützen, die dazu notwendigen Ressourcen zu beschaffen.“*³⁵⁴

Empowerment – im Sinne von Ermächtigung, Befähigung – ist auch aus der Diskussion um die Strategie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung bekannt. Es stellt die Befähigung von Menschen zur Teilhabe an gesellschaftlichen Entwicklungen in den Mittelpunkt. Hilfreich ist es, Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände (und Umwelt) zu ermöglichen und sie somit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Grundlegende Voraussetzungen für die Verwirklichung von Empowerment-Konzepten sind Information, Beratung und Bildung,³⁵⁵ die auch für pflegende Angehörige Geltung entfalten müssen.

In der Verbesserung der Informations- und Beratungsstrukturen für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige liegt daher ein wesentlicher Handlungsansatz zur Weiterentwicklung häuslicher Pflegearrangements, auf den unter dem Aspekt einer unabhängigen, lokalen und multiprofessionellen Verankerung in Kapitel 7.3.5 eingegangen wird.

³⁵² Vgl. § 7 Abs. 3 SGB XI „Leistungs- und Preisvergleichslisten“ sollen durch die Pflegekassen den Pflegebedürftigen zur Verfügung gestellt werden.

³⁵³ Der Begriff „empowerment“ kommt aus dem Englischen und kann mit „Ermächtigung“ übersetzt werden.

³⁵⁴ Vgl. Stark, W. (1996): S. 17 f.

³⁵⁵ Vgl. Dierks, M.L. et al (2001): S. 58 ff.

Zu 2. Einstellungsmuster

Theoretisch könnte die Unterstützung professioneller Dienste für pflegende Familien in einer Vielzahl von Bereichen stattfinden; durch Hilfe bei der körperbezogenen Pflege, Beratung und Anleitung für die von Angehörigen selbständig durchgeführte Pflege und Beratung über weitere Hilfsmöglichkeiten sozialer oder auch medizinischer Dienste. Tatsächlich beschränken sich professionelle Unterstützungsleistungen in der Regel auf die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens wie Waschen, Duschen, Baden, Zubereitung von Mahlzeiten sowie An- und Ausziehen.³⁵⁶

Offenbar fällt es den Pflegenden im Allgemeinen leichter, Pflegedienste für solche Aufgaben zu engagieren, die ganz offensichtlich in den medizinisch-pflegerischen Bereich fallen, wie z.B. der Verbandswechsel. Dies wird nicht als eine Aufgabe angesehen, die in der Kompetenz der pflegenden Angehörigen liegt.

Insbesondere in ländlichen Regionen herrschen (immer) noch eher traditionelle Einstellungsmuster vor, die Pflege als familiäre Aufgabe ansehen, weshalb Angebote von Pflegediensten wenig in Anspruch genommen werden³⁵⁷. Hier wird noch erwartet, dass hilfebedürftige alte Menschen ausschließlich durch ihre Familie versorgt werden; biographische Gegebenheiten oder konkrete Lebensumstände haben daher eher wenig Einfluss auf solche Erwartungen.³⁵⁸ Die Inanspruchnahme von Diensten ist dabei für Pflegende ein Eingeständnis, persönlich wie moralisch versagt zu haben. Hilfe von außen wird nur einbezogen, wenn sie ganz und gar unvermeidlich geworden ist.

Barrieren für die Nichtinanspruchnahme von professionellen Hilfen sind damit auch Gefühle von Schuld und Versagen, die normative Überzeugung, dass Pflege eine Familienangelegenheit darstelle und die Scheu, um Unterstützung zu bitten, der Wunsch nach Unabhängigkeit/Selbständigkeit, eine negative Bewertung der Angebote der Dienste, finanzielle Einschränkungen und Unbehagen gegenüber Bürokratie.³⁵⁹ Weitere Gründe für die Nichtinanspruchnahme professioneller Hilfen liegen in der Angst vor Einmischung Fremder in Familienangelegenheiten, in dem Wunsch, unabhängig zu bleiben und sich nicht von Fremden bevormunden oder kontrollieren zu lassen.

Offenbar bestimmen weder die objektiv feststellbaren Hilfebedarfe noch das Ausmaß subjektiv empfundener Belastungen die Größenordnung der Nachfrage nach Pflegedienstleistungen.³⁶⁰ In diesem Zusammenhang weisen Evers/

³⁵⁶ Vgl. Pöhlmann, K. / Hofer, J. (1997): S. 381-288

³⁵⁷ Vgl. Langen, I. / Schlichting, R. (1990)

³⁵⁸ Vgl. Halsig, N. (1998): S. 211-231

³⁵⁹ Vgl. Hedtke-Becker, A. / Schmidtke, C. (1985)

³⁶⁰ Vgl. Evers, A. / Uhlein, A. (1999) (b): S. 11

Rauch auf eine „*privatistische Pflegekultur*“ hin, „*die eine erhebliche Resistenz gegenüber finanziellen Steuerungsversuchen aufweist, insoweit hier (oft mangelnde) soziale Kompetenzen, (oft überfordernde) Wertzuschreibungen und ein (zumeist fehlendes) soziales Anrechtsbewusstsein verhaltensbestimmend sind*“.³⁶¹

Die Einstellungen in den Familien gehen einher mit der Fähigkeit und Bereitschaft, jenseits des engsten Kreises des eigenen privaten Haushalts auf Personen und Organisationen zuzugehen, um sie für Hilfeleistungen zu gewinnen. Je defensiv-privater Familien orientiert sind, desto größere Schwierigkeiten bestehen offenbar in der Einbeziehung von Hilfen von außen. Eine typische Grundsatzfrage bei solchen privatistisch orientierten Familien dürfte darin bestehen, ob es überhaupt legitim ist, eine fremde Person in die familiäre Privatheit einzubeziehen, für die sich die Hauptpflegeperson in der Familie weitestgehend allein verantwortlich fühlt.

Besonders Frauen kommen meist nicht umhin, sich mit tradierten Normen und sozialen Erwartungen auseinanderzusetzen, die an sie gerichtet werden. In ihrer Studie über pflegende Töchter kommen Bracker et al. zu dem Schluss, dass soziale Normen sowohl den Handlungsspielraum der Angehörigen bei der Gestaltung der Pflege (z.B. in Bezug auf die Inanspruchnahme von Diensten) beeinflussen als auch die Erwartungshaltung der professionellen Seite gegenüber den in der Familie Pflegenden.³⁶²

Die Ausgestaltung von Pflegearrangements ist sehr stark vom kulturellen und sozialen Hintergrund der betroffenen Familien geprägt.³⁶³ Weniger der Anreiz der Leistungen der Pflegeversicherung prägt daher die Wahl des Pflegearrangements, sondern vielmehr Einstellungsmuster in den Familien.

Auf die Bedeutung des familialen Hintergrunds weisen auch empirische Analysen von 6.550 häuslich versorgten Pflegebedürftigen in der Region von Augsburg hin. Fast ausschließlich bestimmt die Inanspruchnahme professioneller Pflegedienstleistungen demnach Variablen wie die einmal getroffene Entscheidung für die Pflegeform (Geld- oder Sachleistung), das Alter, die Beeinträchtigung der Pflegebedürftigen und die Verfügbarkeit von privaten Pflegepersonen.³⁶⁴ Ebenso fand Gräßel³⁶⁵ in einer Befragung von 1911 Pflegepersonen im häuslichen Bereich (Laien) als wesentliche Gründe für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe – unabhängig von der Ursache des Hilfebedarfs (z.B. Demenz) – den Umfang der zu erbringenden Hilfe und das Fehlen ausreichender

³⁶¹ Vgl. Evers, A. / Rauch, U. (1997): S. 40

³⁶² Vgl. Bracker et al. (1988): S. 131

³⁶³ Vgl. Runde, P. / Giese, R. et al. (1997): S. 102 ff.

³⁶⁴ Vgl. Kliebach, U. / Fleischle, B. / Busch, S. / Huchler, U. / Pfaff, A. / Brenner, H. (2000): S. 78-91

³⁶⁵ Vgl. Gräßel, E. (1998) (a) und (b)

familiärer Unterstützungsmöglichkeiten. Andere soziale und demographische Merkmale – insbesondere Alter, Geschlecht, Einkommen, Bildungsniveau und Wohnortgröße – spielten in der Untersuchung von Gräßel wider Erwarten keine Rolle für die Wahl des Pflegearrangements.

Andere Untersuchungen wie die von Blinkert und Klie³⁶⁶ zeigen hinsichtlich des Einflusses sozialer Milieus auf die Einbeziehung professioneller Dienste in das familiäre Pflegearrangement, dass je nach sozialem Milieu die Erwartung und Bereitschaft zur Pflege in der Familie unterschiedlich groß ausgeprägt ist. So fällt nach den Erkenntnissen dieser Studie die Bereitschaft zum Selberpflegen in „traditionellen Unterschicht-Milieus“ im Gegensatz zu den „liberal bürgerlichen Milieus“ sehr groß aus.

Trotz der noch vorhandenen „privatistischen Pflegekultur“ scheinen sich Auswirkungen der Einführung der Pflegeversicherung abzuzeichnen, die vor allem auf längere Sicht bedeutsam werden könnten. Bei einem Vergleich von Pflegearrangements zwischen Gruppen, die bereits vor Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes häuslich pflegten und solchen, die erst nach dessen Einführung die Pflege aufgenommen haben, weisen die „alten“ Fälle deutlich höhere Anteile an familiärer und geringere Anteile an professioneller Pflege auf.

So zeigt sich, dass in der Gruppe der „Neufälle“ Angehörige, insbesondere Töchter, weniger zur Verfügung stehen und die Bereitschaft zu kombinierten und zunehmend professionellen Pflegearrangements deutlich größer geworden ist³⁶⁷; letzteres gilt auch für die Fallgruppen, die keine Restriktionen bei der Auswahl der Pflegearrangements (fehlende Angehörige oder finanzielle Restriktionen) zeigen. Schließlich äußert sich bei den Fällen, die keinen Restriktionen bei der Auswahl der Pflegearrangements unterliegen, ein gravierender Unterschied zwischen Neu- und Altfällen: Die Gruppe der Pflegenden, welche nach dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes die Pflege aufnahmen, zeigt höhere Präferenzen in Bezug auf den Einsatz von Fachkräften.³⁶⁸

Die traditionellen Normen und Selbstbilder, die das Handeln der Pflegenden bisher reguliert haben und noch vielfach regulieren, scheinen zunehmend brüchiger zu werden. Die Selbstverständlichkeit, mit der sich Frauen früher die Last der Pflege alleine aufgebürdet haben, ist für viele Jüngere fragwürdig geworden. Soziale und kulturelle Entwicklungen haben zu einer Pluralisierung der Lebensmuster und Orientierungen von Frauen geführt, die sich nicht mehr ohne weiteres mit traditionellen Erwartungen an ihre Pflegebereitschaft in Einklang bringen lassen. Der Balanceakt zwischen traditionellen Verpflichtungen und

³⁶⁶ Vgl. Blinkert, B. / Klie, Th. (2002): S. 25

³⁶⁷ Vgl. Runde, P. / Giese, R. / Vogt, K. / Wiegel, D. (1999): S. 83 f.

³⁶⁸ Vgl. Runde, P. / Giese, R. / Vogt, K. / Wiegel, D. (1999): S. 182

modernen individualistischen Lebenszielen erfordert Kreativität, Durchsetzungsfähigkeit und Organisationstalent.

Erst wenn der Pflegedienst vor diesem Hintergrund als eine legitime Alternative oder Ergänzung zur Pflege in der Familie erscheint, wenn es also legitim ist, eine Anstrengung zu teilen und man ohne Gesichtsverlust Hilfe von außen in Anspruch nehmen kann, ist die Schwelle für dessen Inanspruchnahme geringer.

Die Betrachtung der „eigenlogischen“ Verhaltens- und Einstellungsmuster des Familiensystems führen zu der Erkenntnis, dass diese nur dann offen sein können für Lernprozesse in der Gestaltung der häuslichen Pflegearrangements unter Einbeziehung von Hilfen von außen, wenn pflegende Angehörige über Fähigkeiten verfügen bzw. sie erlernen, die sie in die Lage versetzen, diese rechtzeitig und gezielt in Anspruch nehmen können.

Inwiefern Erfahrungen im Umgang mit Pflegediensten zu einem Lernprozess im Umgang miteinander führen, hängt auch davon ab, ob es während der Zeit der Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen zur Entwicklung zielgerichteter Strategien kommt. Verhindern Vorurteile und Ängste die Einbeziehung von Diensten, führt die fehlende Erfahrung im Umkehrschluss dazu, dass an bestehenden Vorbehalten festgehalten wird.

Pflegende Angehörige müssten dabei akzeptieren, dass sich bislang eingeübte Arrangements mit der Einbeziehung eines Pflegedienstes verändern. Dies bedeutet, dass unter Umständen „liebgewordene“ Einstellungen und Orientierungen sich verändern, wenn der Pflegedienst in den Familienalltag eindringt und Pflegebeziehungen neu arrangiert werden.

Aber nicht nur der Ablauf des familialen Alltags ändert sich mit der Einbeziehung eines Pflegedienstes: Es müssen auch das Schamgefühl, die Scheu und Angst überwunden werden, wenn ein professioneller Pflegedienst in die familiäre Intimität eintritt.

Zu 3: Vertrauen gegenüber professionellen Helfern

Ein großer Teil von Vorbehalten gegenüber fremden, professionellen Helfern in der eigenen Wohnung hängt mit Fragen des Vertrauens zusammen.

Die Bedeutung von Vertrauen bei der Einbeziehung professioneller Helfer steht im Zusammenhang mit der Unsicherheit und den Ängsten der Familien, mit einer Situation umzugehen, in der eine fremde Person in das häusliche Umfeld eingegliedert werden muss, was auch das Risiko des Mislingens einschließt.

Dies liegt schließlich an den Besonderheiten des „Produkts“ Pflege. Die Dienstleistung Pflege kann eben nicht (wie bereits in Kapitel 4, S. 49 ff. ausgeführt) wie irgendein Konsumgut vorher getestet werden:

- Pflegerische Dienstleistungen sind Vertrauensgüter; in der Konsequenz müssen der Pflegebedürftige und der pflegende Angehörige darauf vertrauen, die richtige Leistung zu erhalten, da sie als Hilfesuchende wegen fehlender Sachkenntnis und/oder wegen eingeschränkter Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit Professionelle zur Spezifizierung der erforderlichen Einzelleistung benötigen.
- Die Beurteilung der Qualität der Pflegedienstleistung ist durch ihren Charakter als Erfahrungsgut erschwert; d.h. im Gegensatz zu den meisten Konsumgütern kann ihre Qualität nicht vor ihrem Erbringen und ihrer Nutzung beurteilt werden und geprüft werden. Sie lässt sich erst erfahren, wenn die Leistung in Anspruch genommen wird. Es bedeutet, dass Wahlentscheidungen für bestimmte Dienstleistungsangebote ungleich folgenreicher sind als bei anderen Dienstleistungen.

Dabei genießen zugelassene Pflegedienste nicht unbedingt einen generellen Vertrauensvorschuss; nicht zwangsläufig ist auch gegenüber der jeweiligen ins Haus kommenden Person Vertrauen gegeben, da diese weniger frei wählbar ist als z.B. im Falle der Rekrutierung einer individuell angeworbenen persönlichen Hilfe.³⁶⁹

Müller/Thielhorn³⁷⁰ haben aufgezeigt, dass das *Vertrauen* in die professionellen Helfer nur zum Teil als eine Art Vertrauensvorschuss zu verstehen ist, der z.B. durch Fachlichkeit hergestellt wird. Vertrauen entsteht durch ein komplexes Bündel an Faktoren wie z.B. Sorgfalt, Verlässlichkeit, Ansprechbarkeit, menschliche Zuwendung, Erreichbarkeit des Pflegedienstes und seine Dialogfähigkeit. Die Frage, inwieweit beruflich Pflegende den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen Anteilnahme, Respekt und Wertschätzung entgegenbringen, hat eine große Bedeutung.

Pflegebedürftige reagieren nicht nur sensibel auf ein Verhalten, das den Eindruck fehlenden Respekts hervorruft, sondern auch auf ein eher neutrales Verhalten, das kein explizites Interesse an ihrer Befindlichkeit signalisiert, und so als unangebracht gilt oder sogar als kränkend empfunden wird. Eine Pflege, die weniger auf die Person als auf körperliche Probleme und technisch-manuelle Handlungen ausgerichtet ist, ruft eher Enttäuschung, Kritik und das Gefühl mangelnder Unterstützung hervor.

³⁶⁹ Vgl. Evers, A. / Rauch, U. (1997): S. 25 ff.

³⁷⁰ Vgl. Müller, K. / Thielhorn, U. (2000): S. 108 ff.

Das Vertrauen in die fachliche Kompetenz und optimale Organisation des pflegerischen Ablaufs und seiner Rahmenbedingungen hat gegenüber professionellen Helfern daher weniger Gewicht als das Vertrauen in die Personen, ihre menschlichen Qualitäten und sozialen Kompetenzen. Das liegt zum Teil daran, dass sich fachliche Fähigkeiten dem Beurteilungsvermögen im lebensweltlichen Arrangement viel mehr entziehen als menschliche Basisqualifikationen, die, bei allen familienspezifischen Besonderheiten, eben allgemeingültig sind. Fachliche Maßstäbe für Vertrauenswürdigkeit sind hier in der Regel nicht verfügbar.

Aspekte wie die Qualität einer differenzierten Pflegeplanung, eine am Ziel der Förderung von Selbstpflegeressourcen orientierte Auswahl an Pflegemethoden, die regelmäßige Überprüfung von Pflegezielen, die Einhaltung fachlicher Standards oder auch die Pflegedokumentation bilden daher aus der Sicht der Familien kaum einen wesentlichen Beurteilungsmaßstab.

Manche aus fachlicher Sicht empfehlenswerten Handlungsmaximen stehen sogar eher in einem Spannungsfeld zwischen den Erwartungen der Pflegebedürftigen bzw. der pflegenden Angehörigen und professionellen Orientierungen: Dem Bedürfnis nach Vertrautheit und Familiarität kann die Forderung nach Einhaltung einer professionellen Distanz gegenüberstehen, durch die vermieden werden soll, dass beruflich Pflegenden Funktionen auf sich ziehen, die sie auf Dauer nicht erfüllen können. Eine primär fachlich orientierte, aber zugleich eher sachliche und distanzierte Haltung der professionell Pflegenden kann sich damit auch vertrauensschädigend auswirken.

Für den professionellen Helfer bedeutet dies zugleich eine schwierige Balance zwischen Anteilnahme und Einfühlungsvermögen einerseits und Kontrolle seines Mitgefühls andererseits, um zu verhindern, dass die eigene Betroffenheit zuviel Aufmerksamkeit beansprucht, die ihn von der Person des Hilfeempfängers ablenkt und die Effektivität der Hilfe reduziert. Der Helfer muss ausbalancieren, wieviel Mitgefühl er zulässt und wann er Emotionen in bewusste Rationalität umwandelt. Vertrauen des zu Pflegenden und der Angehörigen entsteht vor allem dadurch, dass der berufliche Helfer ihnen weder in kalter Pflichterfüllung begegnet noch dass er sich in Emotionen und Mitleid verliert.

Der Prozess der Vertrauensbildung zwischen Familien und Pflegediensten schließt demzufolge ein, dass sich trotz der notwendigen professionellen Distanz auch eine persönliche Beziehung ausbildet. Die Ausgestaltung einer beziehungsorientierten Pflege bildet daher einen weiteren wichtigen Handlungsansatz für häusliche Pflegearrangements.

Zu 4: Zahlungsbereitschaft

Geld spielt in den Familien eine wesentliche Rolle im Hinblick auf die Organisation des Pflegearrangements: So ergaben Befragungen von 2.196 Pflegehaushalten im Jahr 1997, dass neben den Einstellungen und Wünschen sowie der Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung vor allem finanziellen Belastungen bei der Wahl der Pflegeform (besonders bei der Erwägung von Heimpflege) eine große Bedeutung zukommt.³⁷¹

Zusätzliche finanzielle Belastungen ergeben sich aus den zu beschaffenden Pflegematerialien, zusätzlichen Fahrtkosten und Kosten für zusätzliche Hilfen. Nach Infratest nimmt etwa ein Viertel der Pflegebedürftigen zusätzliche privat finanzierte Hilfen in Höhe von monatlich ca. 355 € in Anspruch. Hilfebedürftige ohne Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung finanzieren noch zu 13% selbst weitere Dienste. Der Aufwand liegt hier bei ca. 232 € im Monat.³⁷² Etwa jeder dritte Haushalt in der Pflege demenziell Erkrankter gibt an, finanzielle Einbußen zu haben. Diese liegen im Mittel bei ca. 230 € monatlich.³⁷³

Neben diesen finanziellen Belastungen spielt die Bereitschaft der pflegenden Angehörigen für Pflegeleistungen selbst Geld auszugeben, eine wichtige Rolle. Dies scheint jedoch bislang noch nicht sehr ausgeprägt zu sein. Eine Versichertenbefragung der DAK, die 1999 ausschließlich bei Beziehern von Pflegedienstleistungen durchgeführt wurde, ergab, dass lediglich 29% der Befragten zusätzliche Pflegeleistungen gegen Entgelt in Anspruch nehmen. Sie sehen offensichtlich, so der Befund der Studie, *„bislang in pflegerischen Dienstleistungen keine normale marktfähige Dienstleistung (...), für die sie auch bereit wären, Geld in einem erheblichen Umfang einzusetzen.“*³⁷⁴

Diese Einstellung hat sich auch nach einer neueren Befragung von Runde/Giese³⁷⁵ nicht grundsätzlich geändert: Demnach sind Pflegehaushalte meist nicht bereit, aus privaten Mitteln zusätzlich Geld in die Pflege zu investieren. Der Anteil der Pflegehaushalte, die selbst Pflegeleistungen bezahlen, ist sogar im Vergleich von 1997 zu 2002 rückläufig. Möglicherweise sind Pflegebedürftige und Angehörige aber auch deshalb bestrebt, die etwaigen zusätzlichen Aufwendungen für die häusliche Pflege gering zu halten, damit die Ersparnisse, das Erbe unangetastet bleiben.

Die zurückhaltende Einstellung zur zusätzlichen privaten Finanzierung von Pflegeleistungen macht auch deutlich, dass der gesellschaftliche Wert von Pflegearbeit noch immer in der Tradition der Gemeindegemeinschaftspflege eher als

³⁷¹ Vgl. Runde, P. / Giese, R. (1999): S. 348

³⁷² Vgl. Infratest Sozialforschung (2003): S. 27

³⁷³ Vgl. Dettbarn-Reggentin, J. / Reggentin, H. (2002)

³⁷⁴ Vgl. Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) (1999)

³⁷⁵ Vgl. Runde, P. / Giese, R. / Stierle, Cl. (2003): S. 57

unentgeltliche, religiös oder ethisch motivierte Tätigkeit und weniger als bezahlte Berufsarbeit verstanden wird. Für mehr Bereitschaft, „fremde“ Hilfe und Unterstützung anzunehmen und darüber hinaus eventuell auch noch selbst zu zahlen, müsste also ausdrücklich geworben werden. Die Pflegeanbieter tun dies vorrangig aber in jenen Leistungsbereichen, die von den Kassen vergütet werden. Damit bleiben aber insbesondere hauswirtschaftliche und pflegeflankierende Hilfeleistungen im Abseits.³⁷⁶

Weitere Hinweise auf die Zahlungsbereitschaft derjenigen, die haushaltsnahe Dienstleistungen in Anspruch nehmen wollen, gibt die Befragung der Gesellschaft für Konsumforschung aus dem Jahr 2002: 71% der Befragten gaben hierbei an, zahlungsbereit zu sein (jeweils zur Hälfte grundsätzlich bzw. bei dringendem Bedarf), während nur 7% dies verneinten (1% „auf keinen Fall“; 6% „nein, eher nicht“.) 22% gaben an, hierüber noch nicht nachgedacht zu haben.

Die Angaben zur Höhe der monatlichen Zahlungsbereitschaft variieren sehr stark. Sie betragen:³⁷⁷

- unter 50 €: 23%
- 50 bis unter 125 €: 39%
- 125 bis unter 250 €: 19%
- 250 bis unter 350 €: 4%
- 350 bis 500 €: 2%
- 500 € und mehr: 2%
- keine Angabe: 12%

Die mit 62% deutliche Mehrheit der Befragten möchte also für haushaltsnahe Dienstleistungen nicht mehr als nur 125 € pro Monat ausgeben. Im Durchschnitt verfügten die Befragten über ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von 1.800 € und über frei verfügbare Mittel von rund 400 €. ³⁷⁸

Ein Mangel dieser Befragung besteht allerdings darin, dass unter den befragten Älteren keine Differenzierungen nach verschiedenen Bedarfsgruppen vorgenommen wurden, die aber notwendig erscheinen, um Hinweise auf die bedarfsgerechte Ausgestaltung von Dienstleistungsangeboten geben zu können.

Andere Untersuchungen verweisen gleichzeitig darauf, dass auch der Mangel an attraktiven Angeboten zu einem geringen Dienstleistungskonsum führt.³⁷⁹ Das jetzige Angebotsspektrum der Pflegedienste scheint für viele Familien völlig unzureichend zu sein, um damit wirklich entlastende Effekte zu erzeugen.

³⁷⁶ Vgl. Evers, A. / Rauch, U. (1999): S. 170-185

³⁷⁷ Vgl. GfK / Anhang (2002): S. 154, zitiert nach Weinkopf, Cl. (2005): S. 8

³⁷⁸ Vgl. GfK (2002): S. 104, zitiert nach Weinkopf, Cl. (2005): S. 8

³⁷⁹ Vgl. Meyer, S. / Schulze, E. / Böhm, U. / Fischer, B.(1999): S. 224-242

So ergab die Befragung von 2002 Pflegehaushalten von Runde/Giese³⁸⁰ nach den Unterstützungsbedarfen zur Entlastung einer pflegenden Person und der Bewertung des Pflegedienstangebots, dass nur 37,5% der Meinung sind, eine zeitliche Entlastung und nur 23,5% eine fachliche Anleitung von den Pflegediensten zu erfahren. Hinzu kommt, dass rund 30% der Befragten, die Erfahrungen mit Pflegediensten haben, der Meinung sind, dass man für das Geld zu wenig Leistung erhält.³⁸¹

Das derzeitige Pflegedienstangebot scheint nur zum Teil die Bedarfe der Pflegehaushalte abzudecken, und dort wo ein entsprechender Bedarf gegeben ist, wird das Verhältnis der in Rechnung gestellten Kosten zu den Angeboten zudem von vielen als unattraktiv gewertet.

Daher besteht ein zentraler Handlungsansatz darin, attraktive Dienstleistungen zu entwickeln, die den Bedürfnissen der Familienhaushalte von Pflegebedürftigen entsprechen. Das Angebot der Pflegedienste muss qualitativ den spezifischen individuellen Bedarfen entsprechen, es muss bekannt und leicht zugänglich sein.³⁸²

Eine Ausweitung der familialen Nachfrage hängt auch davon ab, ob es gelingt die Wertschätzung und damit die Zahlungsbereitschaft der Familien für professionelle Dienstleistungen deutlich zu steigern. Generell scheint dabei das Bewusstsein in den Familien, für Pflege ggf. auch privat etwas zu bezahlen, noch nicht sehr ausgeprägt zu sein.

Dies erscheint als ein weiterer Hinweis für die bereits in Kapitel 4.3 diskutierte notwendige öffentliche Wertschätzung von Pflege- und Fürsorgearbeit, wenn sie die Grenze des Privaten überschreitet.

Zu 5. Zahlungsfähigkeit

Das Problem der Zahlungsfähigkeit stellt sich nicht nur für Personen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung bereits erhalten, sondern auch besonders für solche Personen, die noch keine Leistungen erhalten, aber gleichwohl Unterstützung benötigen und diese vorwiegend privat finanzieren müssen. Neben den Unterstützungsbedarfen bei körperlichen Beeinträchtigungen handelt es sich auch um haushaltsnahe Bedarfe wie z.B. dem Einkaufen, der Zubereitung von Mahlzeiten oder beim Regeln finanzieller Angelegenheiten. Für Personen, die kognitive Beeinträchtigungen aufgrund einer demenziellen Erkrankung haben (und besonders häufig nicht in den Leistungsbezug der Pflegeversicherung gelangen) haben, besteht vor allem im niedrigschwelligen Betreuungsbereich

³⁸⁰ Vgl. Runde, P. / Giese, R. et al. (2003): S. 82

³⁸¹ Vgl. Runde, P. / Giese, R. et al. (2003): S. 83

³⁸² Vgl. Meyer et al. 1999, S. 225

ein Unterstützungsbedarf (z.B. Aufsichtsbedarf, Hilfen bei Orientierungsproblemen).³⁸³

Dabei besteht für die Pflegedienste ein grundlegendes Dilemma auch darin, dass sie ohne einen Stundensatz von ca. 20 bis 30 € nicht kostendeckend arbeiten können.³⁸⁴ Legt man z.B. einen Stundensatz von 20 € zugrunde, dann ergeben sich bei Pflegestufe I mit dem gesetzlich festgelegten Mindestbedarf von 1,5 Stunden Pflege täglich monatliche Kosten von rund 900 €. Davon übernimmt die Pflegeversicherung 384 €, wenn man nur die zeitliche Entlastung berücksichtigt, d.h. die Eigenbeteiligung liegt bei 516 €.

Ein solcher Beitrag ist für die große Mehrheit der älteren Menschen nicht finanzierbar.³⁸⁵ Legt man die sogenannte Eckrente im Jahr 2003 zugrunde (1028 € West / 989 € Ost), so würde diese Rente für Pflege und Miete aufgebraucht sein. Nach Runde/Giese³⁸⁶ haben 30% der Pflegehaushalte angegeben, dass für sie ein Pflegearrangement mit Pflegediensten allein aus finanziellen Gründen nicht in Frage kam.

Die Zahlungsfähigkeit ist daher auch im Zusammenhang mit den Lebenshaltungskosten und der Finanzierung von „legalen Dienstleistungen“ zu betrachten. Aufgrund hoher Mieten und Lebenshaltungskosten ist es für Familien schwierig, „legale“ Dienstleistungen zu finanzieren, zumal die Gelder, die aus der Pflegeversicherung als Teilkaskobetrag zur Verfügung gestellt werden, nicht ausreichen um sämtliche Bedarfe damit finanzieren zu können.

Nach Berechnungen des DIW lag die Armutsrate (= Anteil der Personen, deren verfügbares Einkommen weniger als 60% des Medians der Gesamtbevölkerung beträgt)³⁸⁷ bei über 65-Jährigen im Jahre 2002 insgesamt bei 17,2%. Erheblich höhere Anteile von einkommensschwachen Personen finden sich unter den allein lebenden Älteren. Besonders betroffen sind allein lebende Frauen. So liegt z.B. die Armutsrate von über 75-Jährigen in dieser Gruppe bei immerhin 31,4%. Besonders für diese Personengruppen erscheint eine private Eigenbeteiligung beim derzeitigen Verhältnis der in Rechnung gestellten Kosten zu den Leistungen der Pflegedienste eher als unwahrscheinlich. Damit wird auch deutlich, dass sich eine umfassende ambulante Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst nur Wohlhabende leisten können.

³⁸³ Vgl. Infratest Sozialforschung (2003): S. 13

³⁸⁴ Vgl. Runde, P. / Giese, R. et al (2003): S. 21

³⁸⁵ Vgl. Kantel, H.D. (2000): S. 1075-1088

³⁸⁶ Vgl. Runde, P. / Giese, R. et al (2003): S. 20

³⁸⁷ Dies entsprach 2002 einem Monatseinkommen von rund 1020 €, vgl. Grabke, M.M. (2004): S. 68

Erst bei einem Haushaltseinkommen von 2.500 € und mehr hat sich nach den Untersuchungen von Runde/Giese³⁸⁸ ein nennenswerter Anstieg bei selbstfinanzierten Pflegediensten gezeigt. Das bedeutet, dass der hohe Eigenanteil, der bei einer ausschließlich durch ambulante Dienste geleisteten Pflege zu zahlen ist, bei vielen dazu führen kann, Pflegepersonal lieber gleich günstig auf dem Schwarzmarkt einzukaufen.

So ergeben die o.g. Befragungen, dass eine Beschäftigung von ausländischen Hilfspersonen als günstige Alternative rund 44% nicht grundsätzlich ausschließen, weitere 10% würden dies sofort in Anspruch nehmen, wenn es ihnen zu einem entsprechend günstigen Verhältnis der in Rechnung gestellten Kosten zu den Leistungen angeboten würde.³⁸⁹

Insgesamt betrachtet kann das als ungünstig zu bewertende Angebotsspektrum der Pflegedienste sowie die eher geringe Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit älterer Menschen, sich aus privaten Mitteln an zusätzlichen Pflegeleistungen zu beteiligen, die Tendenz zur Inanspruchnahme von Schwarzmarktleistungen begünstigen.

Dies wird besonders deutlich, wenn man die Schätzungen der Kosten z.B. für illegale polnische Pflegekräfte bei einer „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“ mit den ansonsten hierfür anfallenden marktgängigen Dienstleistungsangeboten vergleicht: Die Kosten für solche Kräfte werden mit 500 bis 800 € pro Monat (plus Kost und Logis) angegeben, was weitaus niedriger ist als entsprechende legale Angebote, deren Preis zwischen 3.000 und 5.000 € liegt.³⁹⁰

Zwar ist festzuhalten, dass die verfügbaren Informationen zur Schwarzarbeit in Familien ausgesprochen begrenzt sind. Jedoch ist davon auszugehen, dass unterschiedlichste Motive für die Einbeziehung von Arbeitskräften des Schwarzmarktes anstelle von professionellen Dienstleistungen eine Rolle spielen können: Aus der Sicht der Familien kann dies neben der billigeren Leistung die Vermeidung von Verwaltungsaufwand betreffen, ggf. auch Unkenntnis der notwendigen Schritte sowie die Deklaration als „persönliche Hilfe“ statt als Inanspruchnahme einer Dienstleistung.

Damit Pflegedienstangebote für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in dieser Hinsicht als attraktiv erscheinen, muss das Angebot der Pflegedienste den spezifischen individuellen Bedarfen entsprechen, muss bekannt und leicht zugänglich sein. Neben den finanziellen Aspekten spielen aber qualitative Ge-

³⁸⁸ Vgl. Runde, P. / Giese, R. et al (2003): S. 58

³⁸⁹ Vgl. Runde, P. / Giese, R. et al (2003): S. 83

³⁹⁰ Vgl. Richter, E. (2004): S. 14

sichtspunkte wie das Vertrauen und die Verlässlichkeit in den Pflegedienst eine große Rolle.³⁹¹

6.3.2 Schlüsselfaktoren im System der Pflegedienste

Zu 1: Pflegekultur/Angebotsstruktur

Die herkömmliche Pflegekultur orientiert sich bisher vorwiegend an professionellen Pflegestandards. Die familialen Hilfestrukturen in der häuslichen Pflege erscheinen aus dieser Perspektive oftmals nur als erleichternde, viel öfter aber auch als erschwerende Rahmenbedingungen für den unmittelbaren Pflegeauftrag. Pflegeorientierte Praxismodelle im Bereich der ambulanten Pflege beziehen sich vor allem auf die Verbesserung des Pflegeprozesses. Die Perspektive bleibt dabei fachlich- individualisierend und verkürzt Pflege auf die Aktivitäten des täglichen Lebens.

Dieses Pflegeverständnis betont sehr stark die medizinisch-wissenschaftliche Seite, nicht zuletzt um Anerkennung zu finden und aus der Reduzierung der Pflege auf Fürsorge und der mit der weiblichen Zuordnung verbundenen Abwertung zu begegnen. Allerdings besteht dabei die Gefahr, dass die emotionale und kommunikative Seite des Pflegeprozesses nicht mehr als eigene Bestandteile gesehen werden, sondern als „Zutat“ oder sogar als Schwäche im Sinne von fehlender Abgrenzung betrachtet werden können.³⁹² Die damit betonte medizinisch-fachliche Ausrichtung der Pflegekultur trägt aber nicht zu der erforderlichen Entwicklung herkömmlicher Leitbilder bei. Solche Praxismodelle blenden nämlich gerade die Voraussetzungen aus, die die Besonderheit der Pflege und Sorge durch private Netzwerke ausmachen: Versorgungsfragen sind eingebettet in die Art und Weise, wie Menschen leben und sich betätigen. Sie umfassen „lebensweltliche“ Eigenheiten und Gewohnheiten, sind Teil der Lebenslage und der Alltagskultur.

Dadurch, dass häusliche Pflege in ihrem Leitbild überwiegend der medizinisch-pflegerischen Intervention folgt, bleiben zudem speziell im Bereich der niedrigschwelligen Leistungen Bedarfe offen, die vom bisherigen Angebotsspektrum der Pflegedienste nicht abgedeckt werden.

Niedrigschwellige betreuende Leistungen, die neben der Pflege für die Pflegebedürftigen und für die pflegenden Angehörigen von wesentlicher Bedeutung sind, werden im bisherigen Leistungssystem der Pflegeversicherung nur für „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ nach § 45a-c SGB XI für zusätzliche Betreuungsleistungen in Höhe von maximal 460 € pro Kalenderjahr zur Verfügung gestellt. Für andere Pflegebedürftige besteht nicht die Möglich-

³⁹¹ Vgl. Meyer et al. (1999): S. 225

³⁹² Vgl. Krampe, E.M. (2003): S. 389-410

keit, diese zusätzlichen Leistungen über das Pflegeversicherungsgesetz zu mit zu finanzieren, sie sind von vornherein darauf angewiesen, diese privat zu finanzieren.

Für die Pflegedienste ist bestimmendes Kriterium die Abrechenbarkeit pflegerischer Leistungen bei der Gestaltung des Hilfeangebots und nicht die individuelle Bedürfnislage derjenigen, die die Dienstleistung in Anspruch nehmen. Eine Weiterentwicklung des häuslichen Dienstleistungsangebots besonders um betreuende und niedrigschwellige Hilfen ist jedoch wesentlich, um die häusliche Pflege auf Dauer zu stützen.

Die vorhandenen niedrigschwelligen Entlastungsangebote der ambulanten Pflegedienste stehen nicht ausreichend zur Verfügung und sind zudem wesentlich teurer als Regelungen, die bei einer Beschäftigung über den Schwarzmarkt getroffen werden können.³⁹³

Die Veränderungen des familialen Helferpotenzials könnten außerdem den Druck erhöhen, verstärkt auf kostengünstigere illegale Hilfen zurückzugreifen, wenn nicht gleichzeitig an anderer Stelle Entlastung angeboten wird. Gerade aus der Sicht der professionellen Pflegedienste geht es damit auch darum Möglichkeiten auszuloten, wie sich etwa die Angebote des Schwarzmarkts mit den eigenen Angeboten verbinden lassen. Dies betrifft besonders den Ausbau niedrigschwelliger Angebote, die auf eine Verknüpfung zwischen familialer und professioneller Hilfe setzen, wie z.B. Entlastungsangebote für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige.³⁹⁴

Insgesamt betrachtet weist die herkömmliche Pflegekultur der Pflegedienste verschiedene Schwächen auf, die sich auf die Interaktion mit den Familien negativ auswirken kann, da sie:

- den symbolischen, interaktiven und identitätsstiftenden Aspekten der Rolle von Pflegen und Sorgen bisher keinen Handlungsrahmen bietet,
- die gesellschaftspolitischen Fragen der Verantwortung zwischen den Generationen nicht thematisiert,
- den sozialen Wandel in den familialen Lebenswelten nicht aktiv gestaltet sondern passiv erleidet und damit zu keiner Veränderung der Pflegekultur beiträgt.

Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Sie begründen, warum häusliche Pflege von Betroffenen, Fachkräften und gesellschaftlichen Institutionen im Belastungs-Entlastungsparadigma verkürzt wahrgenommen, konzeptionell ausdifferenziert und praktiziert wird.

³⁹³ Vgl. Geissler, B. (2002): S. 30-49

³⁹⁴ Vgl. auch Handlungsansatz in Kapitel 7.1.2

Das Pflegeverständnis und die Praxis, wie sie gegenwärtig wahrgenommen werden, gehen aber auch zurück auf gesellschaftliche Leitbilder über Sorge- und Pflegeverantwortung im Alter. Pflege- und Abhängigkeitssituationen werden als Privatsache behandelt. Pflege und Sorge um hilfebedürftige Menschen findet vorrangig in privaten Netzwerken statt. Was Pflegende leisten, vollzieht sich in der Privatsphäre, stellt aber auch eine wichtige Gemeinschaftsleistung dar. Pflegende Angehörige befinden sich in einer randständigen Lebenssituation. Sie erfahren wenig Anteilnahme von außen und sind von Teilen des öffentlichen Lebens abgeschnitten. An diesem Lebensgefühl ändert der Kontakt zu ambulanten Diensten nur wenig.

Die Herrschaft der Pflegeperspektive und die krankenpflegerische Dominanz des professionellen Pflegeinstrumentariums führen dazu, dass die mit den häuslichen Pflegepartnern arbeitenden Fachkräfte nach fachlich klinischen Standards zusammenarbeiten. Dadurch wird die „Eigenheit“ der Pflege durch Angehörige weder praktisch noch theoretisch angemessen berücksichtigt.

Zu 2: Berücksichtigung der Angehörigenperspektive

Die notwendige Unterstützung und Begleitung von Angehörigen bei der Bewältigung ihrer zahlreichen Aufgaben in der ambulanten Pflege stößt schnell an ihre Grenzen. Weder können die Pflegedienste sich den Angehörigen in der Weise widmen, wie es angesichts ihrer zentralen Rolle für die Ermöglichung ambulanter Pflege bzw. Versorgung notwendig wäre, noch sehen sie sich in der Lage, die Aufgaben der Angehörigenbetreuung professionell anzugehen und dauerhaft in ihr Leistungsangebot zu integrieren.

Konflikte bei der Einbeziehung der pflegenden Angehörigen in den Pflegeprozess entstehen aber auch, weil professionelle Pflegefachkräfte einem steigenden Anforderungs- und Erwartungsdruck ausgesetzt sind. Sie beklagen sich darüber, dass pflegende Angehörige die Arbeitsvollzüge der Pflegekräfte kontrollieren und sie fühlen sich durch die Aktivitäten der Angehörigen während des Pflegeeinsatzes in ihrer Arbeit gestört. Angehörige formulieren eigene Ansprüche an die Leistungserbringung, bestehen teilweise darauf, als gleichberechtigter Partner der Pflege betrachtet zu werden oder verstehen sich als Kontrollinstanz, die im Interesse der Gepflegten die Pflegeleistungen überprüft. Vielfach sind Pflegedienste damit deutlich überfordert und Angehörige können als Störfaktor betrachtet werden, die die eigentliche Pflege behindern und das Belastungsniveau erhöhen.

Da viele Dienste ihre Angebotsstruktur nach den Möglichkeiten der Abrechenbarkeit mit den Kostenträgern ausrichten, haben sie wegen dieser unzureichenden öffentlichen Refinanzierungsmöglichkeiten die Betreuung und Begleitung von Angehörigen nicht in ihr Leistungsprogramm aufgenommen. Die Dienstleis-

tung Gespräche mit Angehörigen betrachten viele Pflegedienste daher eher als zusätzliches Angebot.³⁹⁵

Dass sich die bislang noch eingeschränkte, pflegerisch orientierte Angebotspalette der Pflegedienste auch auf die Erwartungshaltungen der Wünsche und Erwartungen der zu Pflegenden und deren Angehörigen negativ auswirkt, wird auch daran deutlich, dass sie gar nicht auf den Gedanken kommen, dass ambulante Pflegedienste die gewünschte Entlastung bieten könnten.³⁹⁶ Auch findet außerhalb der im Gesetz vorgesehenen Schulungen für pflegende Angehörige nach § 45 SGB XI im Pflegealltag selbst nur eine geringe kontinuierliche Begleitung und Unterstützung von Laienpflegepersonen statt.³⁹⁷

Trotz bestehender unterschiedlicher Einzelangebote für pflegende Angehörige fehlt eine systematische Konzept- und Zielgruppenarbeit, in die die Angehörigen und die spezifischen Bedürfnisse in Privathaushalten Eingang finden. Insgesamt ist die Verankerung der Angehörigenperspektive in der alltäglichen Praxis der Pflegedienste noch wenig etabliert. Das Verständnis von Angehörigen als kompetenten, eigenständigen, gleichberechtigten Partnern kollidiert noch häufig mit dem professionellen Verständnis der Pflegekräfte.³⁹⁸

Ein Grund für die noch nicht ausdifferenzierte Angebotsstruktur für pflegende Angehörige liegt auch hier in der herkömmlichen Pflegekultur der Dienste. Das bisherige, noch primär auf die pflegerische Interaktion zwischen dem Pflegenden und dem Pflegebedürftigen ausgerichtete Leitbild müsste verstärkt die Angehörigen als einen weiteren Experten im System berücksichtigen. Dies bedeutet, individuelle Beratungsangebote zu entwickeln, um das Pflegearrangement mit professioneller Unterstützung auszuhandeln.

Nur wenige Pflegekräfte haben während ihrer Ausbildung oder späteren Berufstätigkeit gelernt, Angehörige als Teil des Patientensystems wahrzunehmen, in den Pflegeprozess zu integrieren oder sie bei der Pflege und Versorgung gezielt anzuleiten und zu unterstützen.

Darüber hinaus wollen pflegende Angehörige von den professionell Tätigen Pflegetätigkeiten und Pflegeroutinen erlernen und sie als Gesprächspartner für auftretende Probleme in ständiger Bereitschaft wissen.³⁹⁹ Eine regelmäßige, verlässliche Hilfe und Anerkennung seitens der Dienste, z.B. durch Konsultationen und Beratungen, sind ein weiterer wichtiger Faktor. Durch Gespräche mit den professionellen Helfern ist es leichter abzuschätzen, was man realistisch von Diensten erwarten kann und welche Möglichkeiten professioneller Hilfe sich

³⁹⁵ Vgl. Ewers, M. / Schaeffer, D. (1999): S. 56

³⁹⁶ Vgl. Evers, A. / Ühlein, A. / Starke, A. (1999)

³⁹⁷ Vgl. Schaeffer, D. (1997): S. 83-95

³⁹⁸ Vgl. Steiner-Hummel, Irene (1997): S. 125

³⁹⁹ Vgl. Boeger, A. / Pickartz, A. (1998): S. 319-323

anbieten. Professionell Pflegende sind für die im gleichen Haushalt lebenden Angehörigen zudem ein wichtiger Sozialkontakt.

Steiner-Hummel⁴⁰⁰ hat festgestellt, dass Angehörige Hilfen eher annehmen, wenn sie

- ihnen das Gefühl vermitteln, sie bei ihrer Aufgabe zu unterstützen,
- sie nicht in Frage stellen,
- nicht problematisieren, sondern sensibilisieren,
- die beste Behandlung des Pflegebedürftigen im Auge haben,
- die Pflegenden nicht von ihrem bevorzugten Platz verdrängen, also keine Bevormundung vornehmen und ihnen nicht Verantwortung und Selbstkontrolle entziehen.

Diese Feststellungen machen deutlich, dass Angehörige als gleichberechtigte Partner im Pflegeprozess vom professionellen Dienstleistungssystem akzeptiert werden wollen. Solange jedoch die hauptsächlichen Berührungspunkte der pflegenden Angehörigen zum professionellen Pflegesystem in der Begutachtungssituation durch den Medizinischen Dienst (MDK) und in den Pflichtpfegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI liegen, stehen die von Steiner-Hummel festgestellten Kriterien noch in einem Widerspruch zu den tatsächlichen Aufgabenorientierungen der ambulanten Pflegedienste.

Schwierigkeiten in der Einbeziehung der Angehörigenperspektive haben oft grundsätzliche Ursachen, die nicht nur im menschlichen und kommunikativen Versagen der Beteiligten zu suchen sind, sondern eben in einem strukturellen Schnittstellenproblem zwischen „Lebenswelt“ und „Versorgungssystem“.⁴⁰¹ Zwischen der fachlich orientierten Berufswelt der professionellen Pflege und der Alltagswelt der Familie ist Verknüpfungsarbeit zu leisten, die wesentlich dazu beitragen könnte, die Qualität der Pflege im häuslichen Bereich zu erhöhen.

Zu 3: Kommunikative Kompetenzen

Die Bedeutung von Kommunikation während des Pflegeprozesses resultiert zunächst aus dem Charakter personenbezogener Dienstleistungen: Ob und inwieweit z.B. ein bestimmtes Pflegeziel erreicht wird, hängt nicht zuletzt von der Kommunikation und einer gelungenen Zusammenarbeit zwischen Pflegedienst, Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen ab.

Dem Ansinnen, Pflegebedürftige und pflegende Angehörige im Rahmen ihrer Möglichkeiten aktiv an der Planung und Durchführung pflegerischer Maßnahmen zu beteiligen, erhöht den ohnehin vorhandenen Kommunikations- und

⁴⁰⁰ Vgl. Steiner-Hummel, I. (1996) (b)

⁴⁰¹ Vgl. Zeman, P. (1998): S. 111-120

Interaktionsbedarf in der ambulanten Pflege. Die Leistungserbringung *mit* dem Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen ist dadurch noch anspruchsvoller als die Leistungserbringung *am* Pflegebedürftigen.

Persönliche, kommunikative Merkmale stellen wesentliche Faktoren für die Beurteilung der Qualität der Pflegedienste aus der Sicht der Pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen dar, wie eine Untersuchung von Wingenfeld/Schaeffer ergeben hat, nämlich:⁴⁰²

- eine vertrauensvolle, persönliche, durch Respekt und Wertschätzung gekennzeichnete Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten,
- Personenorientierung (Berücksichtigung individueller Gewohnheiten und Bedürfnisse, persönliche Ansprache und Abstimmung bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen)
- Kommunikation auch jenseits der Pflegemaßnahmen
- ausreichende Zeit,
- personelle Kontinuität,
- Zuverlässigkeit und Erreichbarkeit,
- Sorgfalt, Behutsamkeit und Engagement bei der Durchführung der Pflege,
- umfassende Unterstützung und Entlastung.

Weitergehende Hinweise, die für das Verständnis der Pflegebedürftigen und Angehörigen über das, was aus deren Sicht eine geglückte Kommunikation ausmacht, ergeben sich, wenn man herausarbeitet, was aus deren Blickwinkel heraus eine geglückte Pflegebeziehung im Verhältnis zum Pflegedienst ausmacht. Besondere Bedeutung gewinnen damit die Faktoren „Kooperation“ und partnerschaftliche „Aushandlung“:

Kooperation im engeren Sinne ist bei der direkten Zusammenarbeit zwischen professionellen Pflegern, Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen während des Pflegeeinsatzes notwendig. Dabei sind Kooperation und *Aushandlung* eng miteinander verbunden. Die Aushandlungsspielräume werden von Angehörigen dann als geringer empfunden, wenn vom Pflegedienst Handlungsvorschläge einseitig formuliert werden, die darauf ausgerichtet sind, dass sie von den Angehörigen angenommen werden.

Aushandlungsprozesse erfordern eine kommunikative Kompetenz seitens des Pflegedienstsystems, die schon in der Ausbildung stärker inhaltlich berücksichtigt werden muss.

Das Bedürfnis, als Person ernst genommen zu werden, partnerschaftlich und nicht bloß als Objekt behandelt zu werden, ist für Pflegebedürftige und für pflegende Angehörige wichtig. Hierzu gehört u.a. die *Berücksichtigung individueller*

⁴⁰² Vgl. Wingenfeld, K. / Schaeffer, D. (2001): S. 140-146

Bedürfnisse und Wünsche: Pflegebedürftige stehen einer routinemäßigen, schematischen Durchführung von Pflegemaßnahmen ablehnend gegenüber. In engem Zusammenhang stehen damit *Transparenz und Nachvollziehbarkeit* des pflegerischen Handelns. Sie wollen also verstehen, was mit ihnen und in ihrer Umgebung geschieht und warum es geschieht. Dies kann nur gelingen, wenn kommunikative Kompetenzen und Ressourcen vorhanden sind.

Die Qualität der Beziehung zwischen Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und Pflegedienst hängt davon ab, wie die interaktiven Merkmale, welche die personenbezogene Dienstleistung Pflege charakterisieren, umgesetzt werden: Die Fähigkeit zur Kommunikation, das Herstellen einer Vertrauensbasis, als Person im Pflegeprozess wahrgenommen und beteiligt zu werden, bilden wesentliche Voraussetzungen. Diese „weichen“ Kriterien sind offenbar ausschlaggebend für die empfundene Qualität. Je besser die Pflegedienste in der Lage sind, diese kommunikative Kompetenz zu vermitteln, desto eher werden auch die Familiensysteme Pflegedienste als Partner im Pflegeprozess verstehen lernen.

Zu 4: Kontinuität in der Pflege

Mit der Pflegesituation wird die Normalität in den Alltagsabläufen für sämtliche Familienmitglieder grundsätzlich verändert. Es müssen zusätzliche Arrangements getroffen werden, die einerseits zur Bewältigung der Hilfsituation nötig und andererseits mit dem Alltagsleben vereinbar sind. Vieles in der häuslichen Situation muss neu arrangiert werden, Hilfsmittel ebenso wie Aufgaben und Personen.

Pflegearrangements können, wenn sie reibungslos ablaufen, den Status neuer Routinen bekommen und dazu beitragen, dass sich eine Art von Normalität wiedergewinnen lässt. So lange sich deren Bedingungen nicht ändern, müssen weniger neue Aushandlungsprozesse stattfinden.

Jedes Mal, wenn allerdings ein funktional wichtiger neuer Helfer die häusliche Pflegeszene betritt, kann das empfindliche Gleichgewicht des Arrangements gestört werden, und erneute Erklärungen und Abstimmungen werden erforderlich. Dies ist auch der Grund, weshalb die Fluktuationen der professionellen Helfer im häuslichen Pflegearrangement als so negativ empfunden wird.

So förderte eine Befragung von 347 pflegebedürftigen Menschen durch die Stiftung Warentest in Hamburg⁴⁰³ unter anderem auch diesbezügliche Problembereiche zu Tage. Zwar wurde den meisten Diensten ein freundlicher, zuvorkommender Umgang und zuverlässige Betreuung bescheinigt. Auf der anderen Seite wurden aber Eigenmächtigkeit der Pflegekräfte, geringe kommunikativi-

⁴⁰³ Vgl. Stiftung Warentest (1998): S. 84-89

ve Kompetenz und mangelndes Einfühlungsvermögen beklagt; weiterhin beanstandeten die Patienten den häufigen Personalwechsel, Zeitknappheit, ein kompliziertes Abrechnungsverfahren sowie die Unpünktlichkeit der Pflegenden.⁴⁰⁴

Aus einer weiteren, in Deutschland und den Niederlanden durchgeführten Befragung von 1000 Pflegebedürftigen geht hervor, dass die durch Angehörige oder andere nicht professionelle Pflegekräfte Gepflegten generell eher zufriedener sind als die Personen, die durch ambulante Pflegedienste gepflegt werden.⁴⁰⁵ Ein Viertel der in der genannten deutsch-niederländischen Studie befragten deutschen Pflegebedürftigen gaben zudem an⁴⁰⁶, dass die ausgeführten Pflegeleistungen nicht immer die seien, die sie selbst wünschten oder für nötig hielten. Ebenso berichtete nur ein Viertel, dass Leistungen verbindlich festgehalten seien. Sachleistungsempfänger waren weniger zufrieden mit der Dauer und der Leistung der Pflege zu den vereinbarten Zeiten und mit der Anzahl der Besuche der Pflegekraft pro Woche. Sie mussten sich demnach auf durchschnittlich vier Pflegekräfte einstellen. Nur knapp die Hälfte der Pflegebedürftigen, die Sachleistungen erhalten, waren mit der Koordination durch verschiedene Pflegekräfte zufrieden.⁴⁰⁷

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass der Vertrauensbildungsprozess zwischen Familien- und Pflegedienstsystem durch häufigen Personalwechsel behindert wird.

6.3.3 Pflege als Aushandlungsprozess

Die Auseinandersetzung mit den Schlüsselfaktoren, die eine gelingende Interaktion zwischen Familien- und Pflegedienstsystem behindern können, haben deutlich gemacht, dass die Verknüpfung zwischen der lebensweltlichen Perspektive auf der einen Seite und der beruflichen Perspektive auf der anderen Seite von Einstellungen, Werthaltungen und Orientierungsmustern auf beiden Seiten geprägt ist. Die notwendige kommunikative Kompetenz erweist sich dabei als eine Art Bindeglied zwischen diesen Welten. Es ist daher erforderlich, diese wechselseitigen Aushandlungsprozesse als unverzichtbaren Teil der Interaktion zu betrachten.

Für den beruflichen Helfer ist Pflege bezahlte Arbeit. Die Familienhaushalte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen bilden dabei die Lebenswelten der einen und die Arbeitswelten der anderen. Dass diese Arbeit in der Familie gleichzeitig ein Beziehungsprozess ist, tritt dabei oft in den Hin-

⁴⁰⁴ Vgl. Müller, K. / Thielhorn, U. (2000): S. 83

⁴⁰⁵ Vgl. Grieshaber, U. (2000): S. 22

⁴⁰⁶ Insgesamt wurden 1000 deutsche und niederländische Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege befragt.

⁴⁰⁷ Vgl. Grieshaber, U. (2000): S. 23

tergrund. Dennoch ist die Qualität dieser Arbeit auch von der Qualität dieses Beziehungsprozesses abhängig. Als personale Dienstleistung bewegt sich Pflege ständig auf der Grenze zwischen persönlichen und fachlichen Verhaltenserwartungen, diffusen und spezifischen Rollen. Dies gilt für die Beziehung zwischen Pfleger und Pflegeempfänger, aber in höherem Maße dann, wenn mehrere Personen, professionelle Helfer und Angehörige in ein gemeinsames Pflegearrangement involviert sind. Unterschiedliche, mitunter konkurrierende Muster von Arbeit und Beziehung sind nun im Spiel, und das gemeinsame Ziel (Besserung des Wohlbefindens und Verhinderung einer Verschlechterung der Gesundheit des Hilfeempfängers) kann durchaus verschieden interpretiert und auf unterschiedlichen Wegen verfolgt werden. Auch sind der Grad der Einbindung in die pflegerische Beziehung und die Handlungskonsequenzen für die informellen und formellen Pfleger durchaus unterschiedlich.

Diese strukturellen Unterschiede müssen erkannt, toleriert und in den Gesamtzusammenhang des Pflegearrangements integriert werden. Gleichermaßen ist dies Weg und Ziel einer erfolgreichen Kooperation der verschiedenen Helfer. Unterschiedliche Realitäten, Identitäten und Orientierungen kommen dabei ins Spiel und sind interaktiv zu berücksichtigen. Eine effektive Kommunikation kann dabei durch unterschiedliche Rücksichtnahmen blockiert sein. Die Interpretationsleistungen, aufgrund derer die Beteiligten die Bedeutung ihres Handelns wechselseitig ermitteln und in denen sie sich des für die Gesamtsituation gültigen Orientierungsrahmens vergewissern, müssen zwar ausgetauscht werden, aber da dies zum Teil nur ausdrücklich und bewusst geschehen kann, sind erneut Interpretationen erforderlich. Missverständnisse und wechselseitige Blockaden der Kommunikation (z.B. über Mimik und Gestik) sind vor allem dann schwer zu vermeiden, wenn starke Gefühle ins Spiel kommen, wie dies gerade in belastenden familialen Pflegekonstellationen der Fall ist.

Sensibilität für diese Prozesse und die Fähigkeit, in kommunikativer Kompetenz an ihnen teilzunehmen, sie eventuell bewusst zu beeinflussen, sind daher wichtige Ziele der Qualifizierung pflegerischen Handelns.

Konflikte können entstehen, wenn die Angehörigen nicht aktiv in das Pflegegeschehen mit einbezogen werden, wenn die Familienangehörigen nur als Laien in der Pflegearbeit gesehen werden, und wenn der Einsatz des Dienstes ausschließlich den Pflegebedürftigen und nicht auch den Bedürfnissen der Angehörigen gilt. So darf bei der Analyse der häuslichen Pflegesituation die Einschätzung der pflegenden Angehörigen nicht übersehen werden.

Verständigungs- und Abstimmungsprobleme entstehen vor allem an den Schnittstellen von pflegerischem und lebensweltlichem sowie fachlichem Helferverhandeln. Dabei ist zu berücksichtigen, dass familiäre Pflege lebensweltlich

geprägt ist, nicht medizinisch-pflegerisch, nicht nach klinischen Hygienevorschriften oder sonstigen Standards.

Die Interaktionsprobleme gewinnen besonders an Bedeutung, wenn professionelle Helfer nicht nur Interaktionsprobleme mit dem Hilfebedürftigen selbst zu lösen haben, sondern wenn sie in Kooperation mit vorhandenen lebensweltlich-familialen Hilfearrangements tätig werden. Spätestens jetzt kann die Situation nicht mehr nach professionellen medizinischen und pflegerischen Kriterien allein definiert werden, sondern nun bewegen sich die professionellen Helfer zwischen lebensweltlichen und beruflichen Orientierungsmustern.

Um bei diesen Problemen fachlich kompetent, menschlich entlastend und ohne Selbstüberforderung helfen zu können, muss die Wahrnehmung professioneller Helfer sensibel für die vorhandenen lebensweltlichen Steuerungsmuster sein und sie müssen dem Bedürfnis der Betroffenen gerecht werden, die Normalität ihres Alltagslebens so gut wie möglich zu retten.

Kommunikative Kompetenz bedeutet, nicht naiv davon auszugehen, dass die in diesem Feld möglichen Aushandlungsprozesse primär als vernunftgesteuerte Diskurse ablaufen. Es wäre naiv, sie als eine Form von ständiger Familienkonferenz zu betrachten, in der die Familienmitglieder um den Tisch bzw. um das Pflegebett versammelt wären, um in vernünftig-leidenschaftslosem und „herrschaftsfreiem“ Diskurs einen flexibel dem Pflegeprozess angepassten Konsens zu erarbeiten. Wäre dies so, dann müssten sie – und dies konstant – überprüfen, welche Pflegeleistungen erforderlich sind und bzw. von wem sie erbracht werden können und sollen. So allerdings läuft familiäre Pflege nicht ab, denn bei der Entfaltung einer familialen Pflegekultur schlagen auch andere Logiken zu Buche als ausschließlich die der rationalen Steuerung.

Die Abstimmung von Erwartungen und gemeinsamen Handlungszielen ist häufig nur durch mühsames Transformieren von Beziehungsaspekten in Sachfragen möglich, die aber, um handlungswirksam zu sein, wieder den Anschluss an die Beziehungsebene finden müssen. Strukturell angelegte Interaktionsprobleme, wechselseitige Fehleinschätzungen und schlecht abgestimmte Erwartungen werden häufig nicht systematisch aufgedeckt und dann sehr leicht als persönliche Probleme fehlinterpretiert. Es wird deutlich, dass sich die effiziente ergänzende Leistung des Pflegedienstes nicht schematisch abbilden lässt, sondern dass es sich bei ihr um einen dynamischen Aushandlungsprozess handelt, die jedoch weniger nach rationalen Gesichtspunkten erfolgen.

Die Aushandlung von Arrangements für Hilfe und Pflege ist gerade nicht in jede Richtung offen. Sie findet in einem Kontext statt, in dem die Erwartungen und Verhaltens- und Reaktionsweisen auf beiden Seiten durch eine Reihe von Faktoren vorstrukturiert sind. Darüber hinaus macht es für den Aushandlungspro-

zess einen Unterschied, ob die Pflegenden bereits Erfahrung im Umgang mit Diensten haben, ob sie einen Hilfebedarf haben, der in die Angebotsstruktur passt, wie weit die Dienste untereinander vernetzt sind, ob sie nur auf Anliegen reagieren oder aktiv an der Erreichung der jeweils bestmöglichen Lösung mitwirken.

Aushandlungsprozesse zwischen familialem und professionellem System orientieren sich also nicht ausschließlich an rationalen Kriterien. Es handelt sich vielmehr um dynamische Prozesse, die besonders seitens des Pflegedienstsystems Sensibilität und kommunikative Kompetenz erfordern. Die Qualität der pflegerischen Dienstleistung wird in diesen Aushandlungsprozessen auch von der Fähigkeit bestimmt, die unterschiedlichen Arbeits- und Lebenswelten miteinander zu verknüpfen.

Erst wenn die unterschiedlichen Lebens- und Arbeitswelten der hier handelnden Akteure wechselseitig wahrgenommen werden, also auch die pflegenden Angehörigen mit ihren Erwartungen und Kompetenzen seitens des professionellen Teams nicht nur als Ressource, sondern als weitere „Experten“ im Pflegeprozess mit einbezogen werden, kann die eigentlich zu erbringende pflegerische Dienstleistung erfolgreich umgesetzt werden.

6.4 Der Handlungsrahmen für Interaktionen im Pflegedreieck

Die dargestellten Schlüsselfaktoren der Interaktionen und konfliktträchtigen Aushandlungsprozesse führen zur der Fragestellung, welche Rahmenbedingungen, die außerhalb des Pflegedreiecks zu verorten sind, Wirkungen auf die Interaktionen zwischen dem Familien- und dem Pflegedienstsystem entfalten.

Hier sind in erster Linie die leistungs- und vergütungsrechtlichen Rahmenbedingungen zu nennen, da sie den inhaltlichen und zeitlichen Rahmen für die Dienstleistungserbringung bestimmen.

6.4.1 Leistungs- und Vergütungsregelungen

Die skizzierten Kriterien, die für eine gelingende Interaktion zwischen Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und Pflegedienst von Bedeutung sind, setzen voraus, dass den Pflegenden während des laufenden Pflegeprozesses ausreichend Zeit für Kommunikation und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Familien zur Verfügung steht.

Daher stellt sich die Frage, wie den erforderlichen zeitlichen Spielräumen für Kommunikation und Interaktion im Rahmen der Aushandlungsprozesse innerhalb des Pflegedreiecks auf der Grundlage der bestehenden Vergütungssysteme in der häuslichen Pflege Rechnung getragen wird.

Hier ist zunächst § 28 Abs. 4 Satz 2 SGB XI in Betracht zu ziehen, denn diese Bestimmung sieht vor, dass die Pflege auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben soll, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen. Um der Gefahr der Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden. Kommunikation wird aber hier nicht als notwendige Voraussetzung dafür gesehen, dass Aushandlungsprozesse innerhalb des Pflegedreiecks zustande kommen können, sondern ausdrücklich nur, um der Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken. Kommunikative Bedürfnisse nach § 28 Abs. 4 SGB XI sollen bei der Erbringung von Pflegeleistungen gewissermaßen als selbstverständliches Qualitätsmerkmal mit berücksichtigt werden, ohne dass diese als gesonderter Leistungsbestandteil auftauchen und mit entsprechenden Zeitansätzen bei den Vergütungen versehen werden.

In einer Stellungnahme der Bundesregierung zur Umsetzung der Pflegeversicherung wird in diesem Kontext darauf verwiesen, dass „... die Pflegeversicherung Hilfen bei der Kommunikation nicht als eigenständige Leistung vorsieht ... und dass das Eingehen auf das Kommunikationsbedürfnis im Zusammenhang mit der Erbringung von Pflegeleistungen selbstverständlicher Bestandteil ist und damit Charakteristikum einer qualitativ guten und humanen Pflege“.⁴⁰⁸

Im gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflegeversicherungsgesetzes vom 10.10.2002⁴⁰⁹ wird weiterhin ausgeführt, dass es sich bei der Erfüllung des Kommunikationsbedürfnisses um einen Bestandteil der sozialen Betreuung handelt, die zwar im stationären Bereich, jedoch nicht in der häuslichen Pflege eine von der Pflegekasse zu gewährende Leistung darstellt. Ihrer Entstehungsgeschichte nach hat die soziale Betreuung die Funktion, die Betreuungsanteile abzudecken, die nicht von der Grundpflege (vgl. §§ 14,15 SGB XI) umfasst werden, die aber zur umfassenden Versorgung eines pflegebedürftigen Menschen erforderlich sind und bisher auch schon zum Leistungsangebot der Pflegeeinrichtungen gehörten. Dabei soll die soziale Betreuung eine Funktion erfüllen, die man im häuslichen Bereich den Angehörigen oder sonstigen Bezugspersonen zuschreibt. Für die häusliche Pflege hat der Gesetzgeber deshalb keine Möglichkeit zur Abrechnung sozialer Betreuungsarbeit geschaffen.⁴¹⁰

Zwar legt die getroffene Zuordnung des Kommunikationsbedürfnisses zur sozialen Betreuung nahe, dass mit ihrer Hilfe ein allgemeines Bedürfnis nach zwischenmenschlichem Austausch abgedeckt werden kann. Dass notwendigerweise bei der Erbringung von Pflegeleistungen kommuniziert wird, und zwar

⁴⁰⁸ Vgl. Deutscher Bundestag (1996): Bt.-Drs. 13/3361, S.10

⁴⁰⁹ Vgl. Spitzenverbände der Pflegekassen (2002)

⁴¹⁰ Vgl. Klie, Th. / Kraher, U. (Hg.) (2000): § 43 Rz15

in spezifischer Weise mit dem Pflegedienst, führt jedoch nicht zu einer eigenständigen Würdigung dieser Leistung im Pflegeversicherungssystem.

Kommunikationsanteile finden sich bislang lediglich in den als „indirekte Pflegeleistungen“ bezeichneten Bestandteilen wieder, die ausdrücklich als nicht gesondert vergütungsfähig in der Bundesempfehlung der Spitzenverbände der Pflegekassen zum System der Vergütung von Leistungen in der häuslichen Pflege folgende Handlungsfelder ausgewiesen werden.⁴¹¹ Dabei handelt es sich um

- aktivierende Pflegeleistungen,
- Unterstützung, Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme der Verrichtungen nach § 14 Abs. 3 SGB XI,
- Prophylaxen zur Vorbeugung von Sekundärerkrankungen,
- Phasen der Vor- und Nachbereitung des Pflegebereichs einschließlich der benötigten Materialien, ggf. deren Entsorgung,
- Dokumentation der Leistungen.

So setzen insbesondere die aktivierenden, unterstützenden und anleitenden indirekten Pflegeleistungen eine intensive Interaktion und Kommunikation mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen voraus, die jedoch weder im System der Leistungsmodule noch im Zeitabrechnungssystem als eigenständige Leistung ausgewiesen werden.

Allerdings stellen die zu einem Leistungskomplex zusammengefassten Verrichtungen keine abschließende Aufzählung dar.⁴¹² Im Rahmen eines Leistungskomplexes sollen alle Tätigkeiten, die unter Berücksichtigung der individuellen Pflegesituation erforderlich sind, durchgeführt werden. Im System der Leistungsmodule wird somit davon ausgegangen, dass innerhalb jedes Moduls ausreichend Zeit auch für die o.g. nicht gesondert vergütungsfähigen „indirekten Pflegeleistungen“ vorhanden ist.

Diese Annahme findet im System der Leistungsmodule insofern Ausdruck, als die jeweils zusammengefassten Verrichtungen keine abschließende Aufzählung darstellen, sondern jeweils mit den Worten eingeleitet werden „Leistungskomplex Nr. X *beinhaltet insbesondere ...*“. Damit soll u.a. deutlich werden, dass auch die indirekten Leistungen und damit auch das Eingehen auf das Kommunikationsbedürfnis zum selbstverständlichen qualitativen Bestandteil der Leistungserbringung gehört. Da diese indirekten Pflegezeiten jedoch weder inhaltlich noch zeitlich gesondert innerhalb der Module ausgewiesen werden, hängt

⁴¹¹ Vgl. Empfehlung der Spitzenverbände der Pflegekassen für ein System zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI, Stand November 1996

⁴¹² Vgl. Empfehlung der Spitzenverbände der Pflegekassen für ein System zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI, Stand November 1996

die Frage, ob in der tatsächlichen Pflegesituation auch genügend Raum für diese Leistungen besteht, davon ab, welche Anteile der ausgehandelten Punktzahl für pflegerische Verrichtungen im engeren Sinne „verbraucht“ werden.

Dies führt in der Praxis i.d.R. dazu, dass die Pflegekassen bei den Vergütungsverhandlungen das Interesse verfolgen, die zeitliche und finanzielle Bemessung eines jeden Moduls möglichst gering zu halten. Denn je niedriger Punktwert und Punktzahl der Module bemessen sind, desto mehr Pflegeeinsätze können die Versicherten über die Pflegekasse im Monat abrechnen. Dies bedeutet im Ergebnis, dass insbesondere die kommunikativen Bestandteile der „indirekten Pflegeleistungen“ bei der Vergütungsverhandlung nicht regelhaft berücksichtigt werden und damit in der Konsequenz auch kein ausreichender Raum für Kommunikation vorhanden ist. Für die Pflegedienste ist dieser Konflikt im Rahmen der Vergütungsverhandlungen kaum lösbar, wenn seitens der Kostenträger gefordert wird, dass auch diese Leistungen im Sinne einer „humanen und aktivierenden Pflege“ selbstverständlicher Leistungsbestandteil der Pflegedienstleistung sind.⁴¹³

In der Berücksichtigung der kommunikativen Bestandteile der indirekten Pflegeleistungen in den Leistungs- und Vergütungsregelungen in den bestehenden Vergütungssystemen liegt daher ein Handlungsansatz zur Weiterentwicklung häuslicher Pflegearrangements.

6.4.2 Qualitätssicherung

Bemühungen um Qualitätssicherung können unerwünschte Nebeneffekte entfalten, wenn nicht die interaktiven Besonderheiten der pflegerischen Dienstleistung (vgl. Kapitel 4) und die Einbeziehung der Perspektive der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen im Mittelpunkt stehen, sondern Kontrollen zur formalen Überprüfung der erbrachten Leistungen. Damit steigt der hiermit verbundene personelle und zeitliche Aufwand bei gleichzeitig sinkender Flexibilität, die für eine dialogische Dienstleistung erforderlich ist.

Dies kann sich auf die Qualität der Interaktion zwischen Pflegedienst und Familien negativ auswirken, wenn durch administrative Aufgaben und durch Kontrollen personelle und zeitliche Ressourcen gebunden werden, die nicht mehr für pflegerische Aufgaben eingesetzt werden können.

Qualitätssicherung auf der Basis einer reinen Kostenrationalität aus der Perspektive der Kostenträger erhält damit einen anderen Zuschnitt als Qualitätssicherung aus der Sicht der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen.

⁴¹³ Zur „dominanten“ Stellung der Pflegekassen in Vergütungsverhandlungen vgl. auch: Strünck, Ch. (2000): S. 76-80

Die „weichen“ Faktoren, die aus der Sicht der Familien eine gute Qualität in der Pflege ausmachen, wie das Entwickeln einer vertrauensvollen Beziehung, ein partnerschaftlicher Umgang, kommunikative Kompetenz und Kontinuität in der Pflege stehen der Handlungslogik der Kostenträger gegenüber.

Das Qualitätsverständnis der Kostenträger ist vorwiegend davon geprägt, dass sie kontrollieren wollen, welche Leistungen die Anbieter überhaupt erbringen. Im Mittelpunkt stehen dabei Bemühungen, mit welcher personellen Besetzung welche Leistungen wann erbracht wurden. Die Ebene der Strukturqualität erhält dabei einen zentralen Stellenwert, weil Prozess- und Ergebnisqualität pflegerischer Dienstleistungen schwieriger zu kontrollieren sind, denn dies setzt z.B. voraus, dass überprüfbare Kriterien einer Erfolgsmessung vorhanden sind.

Die zentrale Frage, woran sich eine gute Pflege bemisst, hängt auch davon ab, ob es allgemein anerkannte Kriterien gibt, die als Erfolgsindikator dienen könnten. Ein Problem bei der Ausdifferenzierung von Qualität ist das weitgehende Fehlen von allgemeinen Qualitätsstandards, die eine gewünschte Soll-Leistung beschreiben. Bis heute ist bis auf wenige Expertenstandards wie z.B. dem der Dekubitusprophylaxe in der Pflege⁴¹⁴ für viele Bereiche (wie z.B. der sozialen Betreuung nach § 43 Abs. 2 SGB XI) in der Pflege nicht definiert, worin genau der in § 69 Satz 1 SGB XI geforderte „*allgemein anerkannte Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse*“ besteht.⁴¹⁵

Hinzu kommt, dass die Sicht der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen bei der Entwicklung von Standards und Verfahren zur Qualitätssicherung bislang nur eine untergeordnete Rolle spielt, was sich auch daran ablesen lässt, dass Interessenvertreter von Pflegebedürftigen nicht regelhaft beteiligt werden, wenn es z.B. um die Festlegung von Qualitätsstandards geht. Diese Verfahren liegen vielmehr in der Hand der Leistungsanbieter und der Kostenträger (vgl. § 80 Abs. 1 SGB XI).

Vor diesem Hintergrund besteht die Gefahr, dass die inhaltliche Ausgestaltung von Qualität je nach Sicht der Beteiligten mit völlig anderen Schwerpunkten verbunden wird. Das primäre Interesse von Kostenträgern, Leistungen im Vorfeld detailliert zu beschreiben und sie damit „kontrollierbarer“ gestalten zu können, wird mit dem Schutzbedürfnis der Solidargemeinschaft und der Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrages (vgl. § 69 SGB XI) legitimiert.

Durch dieses Vorgehen soll potenziellem Missbrauch der Leistungsentgelte begegnet werden, auch um die Ausgaben in diesem Versorgungsbereich (im

⁴¹⁴ Vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2002) (a): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege

⁴¹⁵ Vgl. Roth, Günter (2002): S. 1

krankenversicherungsrelevanten SGB-V Bereich der Behandlungspflege) zu reduzieren oder zumindest einzugrenzen.

Um diesen Kontrollmechanismus installieren zu können, wird ein umfangreiches Paket aus Leistungs- und Qualitätsbeschreibungen über Verträge, über die Dokumentation der erbrachten Leistungen durch die Anbieter sowie über Qualitätsprüfungen geschnürt. Die Vielfalt von Vorschriften zur Qualitätssicherung im Pflegeversicherungsgesetz führt zu einer zunehmenden Verrechtlichung. Ob die umfangreichen Regelungen zu einer Optimierung der Qualität in der Dienstleistungserbringung führen, kann dann bezweifelt werden, wenn sich dadurch ein unvertretbarer bürokratischer Aufwand ergibt.⁴¹⁶ Einige Einrichtungsvertreter kommen gar zu dem Schluss, dass bis zu 40% der Arbeitszeit für Bürokratie aufgewendet werden muss. Diese Zeit fehle für pflegerische Aufgaben. Angesichts der „Regelungswut“ des Gesetzgebers besteht bei einigen Einrichtungsvertretern der Eindruck, *„ihre Pflegeeinrichtung sei offenbar gefährlicher als ein Atomkraftwerk“*.⁴¹⁷

Bürokratische Kontrollen und die fehlende Einbeziehung der Sichtweise der Betroffenen führen dazu, dass Kostenträger und Leistungserbringer untereinander vereinbaren, was eine gute Qualität in der Pflege ausmacht. Gerade weil aber die professionelle häusliche Pflege in die Lebenswelt der Familie eingreift, ist es jedoch unumgänglich, deren Werturteile – als weitere Experten – mit einzubeziehen. Ansonsten besteht die Gefahr, an der Lebenswelt der Betroffenen vorbei Regelungen zu treffen, die aus deren Sicht zu einer Minderung der Qualität führen können, wenn z.B. die Einhaltung Standards in der Pflege einen formalen höheren Stellenwert erlangt als emotionale Zuwendung und Kommunikation in der Pflege.

6.5 Zusammenfassung

Die Betrachtung der dynamischen Beziehungen zwischen professionellen Helfern, Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen hat deutlich gemacht, dass traditionelle Einstellungsmuster sowohl bei den Familien als auch bei den Pflegediensten die wechselseitigen Interaktionen prägen.

Angehörige bringen in der Regel wenig Erfahrung und Sicherheit im Aushandeln des häuslichen Pflegearrangements mit dem professionellen Dienst mit. Klare Maßstäbe fehlen vor allem dort, wo es um die eigenen Ansprüche und um Wünsche für sich selbst geht. Etwaige Vorbehalte und traditionelle Einstellungsmuster seitens der Pflegebedürftigen und der Angehörigen gegenüber Hilfe- und Betreuungsleistungen durch Fremde erfordern neben entsprechender

⁴¹⁶ Vgl. Kesselheim, H. (2001): S. 36-41

⁴¹⁷ Vgl. Verband deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB) und CAREkonkret (2003): Nr. 17-24

Aufklärungsarbeit vor allem eine Vertrauensbildung, auf deren Grundlage innerfamiliäre Probleme einbezogen werden können.

Auch auf der Seite der professionell Handelnden herrschen noch eher traditionelle Konzepte vor, die die Pflege mehr oder weniger auf medizinisch-pflegerische Aspekte eingrenzen. Wenn Angehörige nur als eine nützliche Helferressource einbezogen werden, erschwert dies eine partnerschaftliche Pflegebeziehung vom Grunde her.

Traditionelle Einstellungsmuster sowohl im familialen als auch im professionellen pflegerischen Bereich führen so zu einer reduzierten Interaktionsbeziehung.

Schlüsselfaktoren, die seitens der Familien bei der Inanspruchnahme professioneller Pflege von Bedeutung sind, beziehen sich vor allem darauf, inwiefern es den beruflich Pflegenden gelingt, die interaktiven Merkmale der Pflegedienstleistung umzusetzen. Es handelt sich um Faktoren wie den Aufbau einer vertrauensvollen, partnerschaftlichen Beziehung. Erst durch Aushandlungsprozesse mit den zu Pflegenden und den pflegenden Angehörigen ist es möglich gemeinsam zu dialogischen Rollenaufteilungen im Pflegedreieck zu gelangen.

Eine solche gelingende Kooperation im Pflegedreieck setzt voraus, dass alle Helfer in einem gemeinsamen Unterstützungsnetzwerk ihren spezifischen Part spielen, der sowohl in der Erfüllung pflegefachlicher Aufgaben als auch in emotionalen Unterstützungsleistungen bestehen kann. Idealerweise ist das häusliche Pflegearrangement ein konstruktiver Aushandlungsprozess, an dem Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und Pflegedienste gleichermaßen beteiligt sind.

Aus diesen Schlüsselfaktoren ergeben sich Handlungsansätze sowohl im System der Pflegedienste als auch hinsichtlich einer Verbesserung der Beratungs- und Informationsstruktur.

Die Bereitschaft für pflegerische und haushaltsnahe Dienstleistungen, ggf. privat Mittel zu verausgaben, setzt voraus, dass einerseits das öffentliche Bewusstsein für den Wert dieser Dienstleistungen gestärkt wird. Andererseits wird es darauf ankommen, dass professionelle Pflegedienste Hilfeangebote besonders im niedrigschweligen Bereich entwickeln, die sowohl den Pflegebedürftigen als auch den pflegenden Angehörigen zugute kommen können.

Dies bedeutet aber auch, dass zusätzliche Leistungsangebote, die nicht vom Leistungsspektrum der Pflegeversicherung umfasst werden können, zusätzlich von den Betroffenen und ihren Familien aus Eigenmitteln finanziert werden müssen. In diesem Zusammenhang ist es Aufgabe der Leistungserbringer, bedarfsgerechte und preislich akzeptable Angebote auch im Bereich

niedrigschwelliger Hilfeformen zu entwickeln, zumal gerade in diesem Bereich vermehrt Leistungen des Schwarzmarktes in Anspruch genommen werden.

Allerdings fehlt es noch vielfach an dem erforderlichen Bewusstsein dafür, dass für ergänzende Hilfe- und Pflegeangebote im Alter jenseits des staatlich garantierten Leistungsniveaus unter Umständen auch Eigenmittel eingesetzt werden müssen.

Darüber hinaus ist deutlich geworden, dass die Rahmenbedingungen des Leistungs- und Vergütungsrechts sowie das Qualitätsverständnis der Kostenträger den Handlungsspielraum für eine gelingende Interaktion im Pflegedreieck maßgeblich beeinflussen.

Eine qualitative Weiterentwicklung häuslicher Pflege erfordert die Einbeziehung der Wünsche, Bedarfe, Erfahrungen und Meinungen der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen. Die vorhandenen Instrumente der Qualitätssicherung sollten um diese Dimensionen ergänzt werden, da nur auf dieser Grundlage auf der Ebene der Prozess- und Ergebnisqualität eine umfassende Qualitätssicherung möglich ist.

Anstelle mit bedarfsgerechten Leistungsangeboten flexibel auf die unterschiedlichsten Pflegearrangements zu reagieren, wird durch die Vorgaben von Qualitätsstandards eine verstärkte Steuerung bis ins Detail der Leistungserbringung vorgenommen. Die starke Reglementierung insbesondere bei der Wahl von Sachleistungen führt auch zu einer problematischen Verkürzung des Pflegebegriffs, in dem kommunikative, alltagsstrukturierende und kontextbezogene Hilfen aus dem Blick geraten und allein Angehörigen oder dem Schwarzmarkt überlassen bleiben.

7. Kapitel: Handlungsansätze für die Weiterentwicklung häuslicher Pflegearrangements

Die vorstehenden Ausführungen haben gezeigt, dass der Bereich der häuslichen Pflege ein Feld darstellt, das von Wohlfahrtsmixturen lebt, d.h. vom Ineingreifen familialer und professioneller Pflege, von marktgängigen Dienstleistungen, von staatlich garantierten Solidarleistungen und von ehrenamtlichem Engagement.⁴¹⁸

Das Verhältnis von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen zu professionell Pflegenden beruht auf Interaktionen und ist auf Koproduktion im Rahmen einer gemeinsamen Verantwortung angelegt. Dabei finden spezifische Prozesse statt, in denen sozialstaatliche Leistungen in Form von professioneller Pflege in die jeweiligen familialen Pflegearrangements integriert werden.

Darüber hinaus ist deutlich geworden, dass sich vor dem Hintergrund tiefgreifender demografischer und gesellschaftlicher Veränderungen die Bereitschaft in den Familien zur Übernahme von Pflegaufgaben und die hierfür verfügbaren Ressourcen verändern. Außerdem haben sich die Rahmenbedingungen für die Erbringung häuslicher Pflegeleistungen mit der Einführung der Pflegeversicherung grundlegend verändert.

Faktoren, die als besonders geeignet erscheinen, den Vorrang der häuslichen Pflege zu stützen und zu fördern, können zum einen aus dem professionellen System ambulanter Dienste, zum anderen aus dem Familiensystem hergeleitet werden. Dabei darf aber nicht verkannt werden, dass gesellschaftspolitische Entwicklungen und Wertvorstellungen einen erheblichen Einfluss auf die Akzeptanz und die Reichweite häuslicher Pflegearrangements haben können.

Im Folgenden soll nun der Versuch gemacht werden, Handlungsansätze aufzuzeigen, die geeignet sein könnten, häusliche Pflegearrangements ohne grundlegenden Systemwechsel so zu stabilisieren und weiterzuentwickeln, dass der Vorrang der häuslichen Pflege durch neue Formen der Kooperation auch weiterhin gewährleistet werden kann. Von besonderem Interesse ist dabei die Frage, inwieweit häusliche Pflege als interaktive, personenbezogene soziale Dienstleistung innerhalb des geltenden leistungsrechtlichen Rahmens der Pflegeversicherung verbessert werden kann und wie sich dies auf die Angebotsstruktur der häuslichen Pflegedienste auswirken könnte.

Es sollen insbesondere Handlungsansätze aufgezeigt werden, die der Erhaltung und der Entlastung familiärer Hilfefazilitäten durch Hilfen für Helfende dienen. In diesem Kontext werden neben der Unterstützung familialer Leistungen auch Unterstützungsformen des freiwilligen Engagements untersucht, da

⁴¹⁸ Vgl. Evers, A. / Svetnik, I. (1993)

die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der pflegerischen Versorgung in Zukunft voraussichtlich nicht mehr im bisherigen Umfang durch familiäre Hilfen einerseits und professionelle Hilfen andererseits erfüllt werden kann.

Eine solche Weiterentwicklung pflegerischer Dienstleistungen setzt allerdings voraus, dass die für die ambulante Pflege geltenden Leistungs- und Vergütungsregelungen hierfür hinreichend Raum lassen. Es soll daher auch untersucht werden, welche Möglichkeiten der Weiterentwicklung von bestehenden Vergütungssystemen in Betracht kommen können. In diesem Kontext stellt sich dann auch die Frage, inwieweit Ressourcen, die derzeit für administrative Aufgaben gebunden sind, für kommunikative Aufgaben im Netzwerk häuslicher Pflegearrangements genutzt werden könnten.

Anschließend soll erörtert werden, wie das Netzwerk häuslicher Pflegearrangements durch Angebote personenbezogener Hilfeplanung im Sinne von Case Management ergänzt werden kann.

Eine weitreichende Option für die Weiterentwicklung häuslicher Pflegearrangements liegt in der Erprobung personenbezogener Budgets. Sie sollen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in die Lage versetzen, mit hoher Souveränität über die ihnen zustehenden sozialstaatlichen Mittel zu verfügen. Mit Hilfe von Case-Management-Strukturen könnte das Pflegebudget dazu beitragen, bedarfsangemessene und die Souveränität der Pflegebedürftigen und der Angehörigen stärkende Konzepte der Leistungsgewährung zu implementieren, die eine höhere Bedarfsgerechtigkeit versprechen und familiäre Pflege mit professionell erbrachter Pflege besser koordinieren können.

Damit stellt sich zugleich die Frage, ob in personenbezogenen Budgets insgesamt eine strategische Alternative zu den herkömmlichen Vergütungsregelungen liegen könnte.

7.1 Handlungsansätze innerhalb bestehender Rahmenbedingungen

In diesem Abschnitt sollen die Ergebnisse der Analyse der Interaktions- und Kooperationsmuster zwischen Familien- und Pflegesystem daraufhin untersucht werden, welche konkreten Handlungsansätze daraus für die Weiterentwicklung häuslicher Pflegearrangements innerhalb des Pflegedreiecks hergeleitet werden können.

Diese Analyse hat gezeigt, dass förderliche Interaktion im Pflegearrangement nicht alleine von der Verteilung von Pflegearbeit im engeren Sinne (jemand „versorgen“) abhängig ist, sondern dass sie in verschiedener Hinsicht zu tun hat mit Aufgaben des „Sorgens für“ – auch im Sinne von Anwaltschaft und vertrauensvoller Pflegepartnerschaft im Rahmen von gemischten Pflegearrangements.

Die Entwicklung förderlicher Interaktionen, in die Angehörige bewusst einbezogen werden und die sie bei verschiedenen Tätigkeiten entlasten und unterstützen, können ist aber durch traditionelle Orientierungen auf beiden Seiten behindert; sie begrenzen das mögliche Ausmaß wechselseitiger Absprachen, aber auch die Vielschichtigkeit der Interaktionen (vgl. Kapitel 6.3).

Die nun folgenden Handlungsansätze stellen daher eine Weiterentwicklung insbesondere der in Kapitel 6.3 diskutierten Schlüsselfaktoren der Interaktion dar.

7.1.1 Beziehungsorientierte Pflege

Die Analyse der möglichen Rollenzuordnungen für pflegende Angehörige im Pflegeprozess in Kapitel 6.2 und 6.3.2. hat gezeigt, dass die Angehörigenperspektive in der Tätigkeit der Pflegedienste noch nicht ausreichend Berücksichtigung findet.

Hier liegen für die Pflegewissenschaft sowie für die Aus-, Fort- und Weiterbildung wichtige Aufgaben.⁴¹⁹ Die Berücksichtigung der Angehörigenperspektive in der Praxis der Pflegedienste erfordert eine Erweiterung des bisherigen Leitbildes, das sich noch vorwiegend an medizinisch-pflegerischen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen und zu wenig an den sozialen Bedürfnissen der Angehörigen orientiert. So beinhalten z.B. Leitbilder kirchlicher Pflegeanbieter (von wenigen Ausnahmen abgesehen) vor allem das dem Handeln zugrunde liegende Menschenbild, Ethik und Weltanschauung, Führungsgrundsätze sowie das zugrunde liegende Qualitätsverständnis, nicht jedoch auch die Angehörigenperspektive.⁴²⁰

Pflegefachkräfte müssen auf die Zusammenarbeit mit Angehörigen durch ihre Erstausbildung sowie durch Fort- und Weiterbildung systematisch vorbereitet werden, damit Bewältigungsstrategien nicht ausschließlich „on the job“ erlernt werden müssen, was ja nur innerhalb enger Grenzen möglich ist.⁴²¹

Es geht dabei um eine qualitativ andere Sicht des Pflegearrangements, da Pflege immer Auseinandersetzungsprozesse aller Familienmitglieder und nicht nur der Betroffenen selber erfordert. Die Befähigung der Familienmitglieder, mit

⁴¹⁹ Vgl. Jansen, B. (1999): S. 604-629

⁴²⁰ Vgl. z.B. Caritasverband Hannover, (2002): „Unser Leitbild“
Vereinzelt vorfindbare positive Beispiele für die Verankerung der Angehörigenperspektive machen jedoch auch deutlich, dass die Angehörigenarbeit bereits heute ein wichtiges Element des Leitbildes darstellen könnten. Ein positives Beispiel für ein solches Leitbild findet sich z.B. in der Darstellung der Caritas Wien über ihr Verständnis und deren Einbeziehung von Angehörigen in der ambulanten und stationären Pflege; vgl. Caritas Wien (2005): Angehörigenarbeit

⁴²¹ Vgl. Evers, A. / Olk, Th. (1996): S. 360

belastenden Situationen zurechtzukommen, sollte ebenfalls eine Aufgabe der professionellen Pflegekraft sein. Befähigung im Sinne von empowerment (Vgl. Kapitel 6.3.1) setzt voraus, dass die Familien zunächst in die Lage versetzt werden, belastende Situationen zu erkennen um eigenverantwortlich handeln zu können. Dabei bedürfen Kommunikations- und Interaktionsprozesse innerhalb des Beziehungsgeflechtes Pflegebedürftiger – Angehörige – Betreuungsteam besonderer Beachtung, da sie für eine konstruktive Zusammenarbeit aller Beteiligten von zentraler Bedeutung sind, zumal sich Aushandlungsprozesse, wie in Kapitel 6.3.3 dargelegt, nach eigenlogischen Verhaltensmustern richten und nicht nach objektivierbaren Kriterien.

Ziel solcher Qualifizierungsmaßnahmen sollte es sein, die Sensibilität für verbale und non-verbale Signale in Interaktionsmustern zu stärken, patientenzentrierte Möglichkeiten des Umgangs mit empfangenen Botschaften kennenzulernen und in Beispielssituationen zu erproben. Dabei können eigene Anteile im Gesprächs- und Beratungsverhalten erkannt und auf der Basis der zu vermittelnden Kenntnisse kritisch reflektiert werden. Darüber hinaus sollten Beratungsstrategien vermittelt werden, die im Rahmen der kommunikativen Aushandlungsprozesse helfen können, Kommunikationsmuster für den Umgang mit Konfliktsituationen zu finden. Dieses Erfordernis resultiert vor allem aus dem interaktiven Charakter der personenbezogenen Dienstleistung (vgl. Kapitel 4), da erst durch kommunikative Kompetenzen die erforderliche Vertrauensbasis für eine erfolgreiche Koproduktion mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen geschaffen werden kann.

Dieses professionelle Qualifikationsprofil wird bisher allenfalls in Ansätzen vermittelt. So sieht die Stundentafel der Altenpflege- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 26. November 2002 auch die „Anregung und Beteiligung von Familien- und Nachbarschaftshilfe und die Beratung pflegender Angehöriger“ vor.⁴²² In den auf Landesebene auszugestaltenden Rahmenlehrplänen für die Altenpflege werden diese Aspekte zwar konkretisiert, wie am Beispiel des hessischen Entwurfs deutlich wird⁴²³; als Lernziel wird hier aber nur formuliert, *„dass Schüler in der Lage sein sollen, zu älteren Menschen, ihren Angehörigen und Bezugspersonen Kontakt aufzunehmen, eine wertschätzende Beziehung zu gestalten und Beratung und Anleitung in altenpflegerisches Handeln zu integrieren“*.

Kontaktaufnahme und Wertschätzung sind zwar wichtige Voraussetzungen für Kommunikations- und Interaktionsprozesse im Pflegedreieck, aber die Angehörigen werden hier doch noch in erster Linie als Adressaten von „Beratung und

⁴²² Vgl. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (2002): Anlage 1 zu § 1 Abs. 1, BGBl S. 4418

⁴²³ Vgl. Hessisches Sozialministerium (2003): Entwurf eines Rahmenlehrplans für die Altenpflege in Hessen auf der Basis der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (ALtPfiAPrV)

Anleitung“ gesehen und nicht als potenziell gleichberechtigte Partner im Pflege-dreieck.

Um als Moderator in Aushandlungsprozessen mit dem Familiensystem qualifiziert agieren zu können, wären in der Aus-, Fort- und Weiterbildung Module der Moderation, Anleitung, Beratung, Kommunikation und Interaktion erforderlich. Neben der theoretischen Vermittlung von Kenntnissen sollte vor allem auch den praktischen Fähigkeiten zur Gesprächsführung und Beratung sowie den Aspekten Lebenswelt, Beziehungs- und Familiendynamik mehr Bedeutung beigemessen werden.

Die Erarbeitung angemessener systematischer Lösungsstrategien, die aus den Belastungssituationen pflegender Angehöriger resultieren, müsste daher in weitergehenden „Interaktionsmodulen“ und Rollenübungen ausreichend Platz in der berufspraktischen Ausbildung sowie in der Fort- und Weiterbildung finden⁴²⁴. Diese im angloamerikanischen Raum als „*caring for the carers*“⁴²⁵ etablierte Aufgabe bedeutet, der Angehörigenperspektive im Sinne von Beziehungsarbeit Rechnung zu tragen. Dann erst können sich – kooperativ – auch neue Wege zu situationsgerechteren Lösungen finden lassen.

- **Die Rolle der verantwortlichen Pflegefachkraft**

Ambulante Pflegeeinrichtungen handeln als selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter *ständiger Verantwortung* einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen (§ 71 Abs. 1 SGB XI).

Die verantwortliche Pflegefachkraft muss neben dem Abschluss einer Ausbildung als Krankenschwester oder Krankenpfleger, als Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenpfleger oder als Altenpflegerin oder Altenpfleger über eine berufspraktische Erfahrung im erlernten Pflegeberuf verfügen (§ 71 Abs. 3 SGB XI). Darüber hinaus muss sie nach den Bestimmungen der „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung“⁴²⁶ den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme von mindestens 460 Stunden nachweisen können.

⁴²⁴ Vgl. hierzu: Fachhochschule Frankfurt (2000): Prüfungsordnung des Fachbereichs Pflege und Gesundheit für den Studiengang Pflege vom 26.02.2000, Fach G 5: „Moderation, Anleitung, Beratung, Kommunikation“

⁴²⁵ Vgl. Schaeffer, D. (1997): S. 83-95

⁴²⁶ Vgl. Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI

Die Inhalte dieser Weiterbildungsmaßnahme sind in einer Empfehlung der Spitzenverbände der Pflegekassen⁴²⁷ vorrangig auf Managementkompetenzen (z.B. Personalführung, Betriebsorganisation, betriebswirtschaftliche Grundlagen, Rechtsgrundlagen, Gesundheits- und sozialpolitische Grundlagen) ausgerichtet, wobei Kompetenzen, die für die Zusammenarbeit mit den Familien innerhalb des Pflegedreiecks erforderlich sind, weitestgehend unberücksichtigt bleiben.

Die Übernahme der ständigen Verantwortung für die Kommunikation mit dem Familiensystem im Pflegeprozess erfordert, dass auch hierfür die erforderlichen Kompetenzen vermittelt werden. Diese gehen über rein pflegerische Kompetenzen weit hinaus. Die verantwortliche Pflegefachkraft müsste in der Lage sein, neben den Managementaufgaben zur Ablaufgestaltung der Pflegedienstleistungen (wie z.B. der Dienst- und Tourenplanung, der fachlichen Planung der Pflegeprozesse, der fachgerechten Führung der Pflegedokumentation, der regelmäßigen Durchführung und fachlichen Leitung von Dienstbesprechungen) auch die Grundlage für die Einbeziehung der pflegenden Angehörigen in die Pflegeprozesse zu schaffen.

- **Gemeinsame Pflegeplanung**

Wenn in gemeinsamer Absprache Aufgabenverteilungen vorgenommen werden und dabei jeder die Handlungssphäre des anderen respektiert, kann ein aktiver, dialogisch orientierter Kooperationsprozess entstehen. Die Pflegekräfte des professionellen Pflegedienstes und die pflegenden Angehörigen könnten idealtypisch ein Team unterschiedlicher Kompetenzen bilden, deren Handlungen aufeinander abgestimmt sind. Dieser Handlungsansatz geht letztlich auf den interaktiven Charakter der personenbezogenen Dienstleistung Pflege zurück, der sowohl die Arbeit für als auch mit dem Klienten prägt (vgl. Kapitel 4.1).

Bei einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegedienstmitarbeitern können durch eine Berücksichtigung biografischen Wissens bei der Pflegeplanung das Pflegeergebnis verbessert und das Selbsthilfepotenzial pflegender Angehöriger gefördert werden.⁴²⁸

Bei der Erstellung der individuellen Hilfeplanung sollte neben den erforderlichen pflegerischen Maßnahmen und Zielen auch als Teil der Planung die Einbezie-

⁴²⁷ Vgl. Ständige Konferenz der Weiterbildungsinstitute für Leitende und Lehrende Pflegepersonen (1998): Rahmenkonzept für die Weiterbildung zur verantwortlichen Pflegefachkraft

⁴²⁸ Dass allein durch die Einbeziehung biografischen Wissens eine Verbesserung der Pflegeplanung erreicht werden kann, wird am Beispiel einer Demenzkranken deutlich, die allmorgendlich starke Unruhe und Weglauftendenzen entwickelte, weil sie sich – wie früher gewohnt – auf den Weg ins Büro machen wollte. Nachdem der tägliche Besuch des Pflegedienstes in den entsprechenden Zeitraum verlegt wurde, konnte das Problemverhalten angemessen aufgefangen werden, (BMFSFJ: 2004: S. 147)

hung pflegender Angehörigen vorgesehen werden. Professionell Pflegende müssen sich darauf einlassen können, dass sie pflegerische Unterstützungsmaßnahmen nicht einseitig vorschlagen, sondern dass diese im Rahmen eines dialogischen Aushandlungsprozesses zwischen Pflegebedürftigem, Angehörigen und Pflegedienst vereinbart werden.

Die Einbeziehung von pflegenden Angehörigen in das Pflegegeschehen erfordert, diese nicht als Störfaktor wahrzunehmen, sondern sie aktiv an der Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse zu beteiligen. Von den Pflegekräften verlangt dies organisatorische und planerische Fähigkeiten, so z.B. die Identifikation vorhandener familialer Hilfpotenziale im Umfeld des Patienten und ihre systematische Einbindung in die Pflege. Um Konzepte zur Einbindung von Angehörigen realisieren zu können, bedarf es spezieller Fähigkeiten für die kontinuierliche Begleitung von Angehörigen, also praxisbegleitender und -anleitender Kompetenzen. Dies gilt um so mehr, als die Pflege – wie in dem Konzept der aktivierenden Pflege gefordert – nicht lediglich *an*, sondern gemeinsam *mit* dem Klienten geplant und durchgeführt werden soll.

Eine wesentliche Voraussetzung für eine gelingende Kooperation liegt somit in der Vermittlung zwischen privaten Pflegebeziehungen und professionellem Hilfe- und Pflegesystem. Auf der einen Seite geht es darum, die private Kultur familialer Pflege durchlässiger und offener für Hilfeangebote von außen zu gestalten.

Erkenntnisse empirischer Untersuchungen zur Beurteilung der Qualität häuslicher Pflege aus der Sicht der Nutzer unterstützen diese Notwendigkeit (vgl. Kapitel 6.3.1). Denn hier wird deutlich, dass für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung personelle Kontinuität, Sorgfalt, gegenseitiger Respekt und Berücksichtigung der individuellen Gewohnheiten und Bedürfnisse wesentlich sind.

Idealerweise kann so eine neue Form von Teamarbeit entstehen, in der die Angehörigen als kompetente Partner im Pflegeprozess anerkannt werden, auch wenn sie bei der Bewältigung ihrer komplexen Aufgaben Unterstützung benötigen. Nach Steiner-Hummel⁴²⁹ könnte eine Pflegepartnerschaft folgende Merkmale umfassen:

- instrumentelle Unterstützung bei der Vermittlung und dem Zugang von Hilfen für Pflegende, die an die Erfordernisse der jeweiligen Pflegesituation angepasst werden,
- informative Unterstützung, die versucht, für die Betroffenen ein überschaubares Umfeld von Diensten zu schaffen und ihre Kompetenz im Umgang mit Hilfeangeboten zu stärken,

⁴²⁹ Vgl. Steiner-Hummel, Irene (1993): S. 140

- evaluative Unterstützung, die den Pflegenden Lern- und Vergleichsmöglichkeiten zur Verfügung stellt, zum Beispiel durch Gesprächs- und Selbsthilfegruppen oder den Dialog mit professionellen Helfern.

Eine partnerschaftlich orientierte Zusammenarbeit setzt voraus, dass die Pflegefachkräfte vom stellvertretenden Expertenhandeln zu einer unterstützend-assistierenden Hilfeform übergehen, damit die Verbesserung der gesamten Pflegesituation gelingen kann.

Das notwendige Eingehen auf die Bedarfe der pflegenden Angehörigen, das Sicheinlassen auf die Eigenlogik des Familiensystems mit den hierfür erforderlichen Aushandlungsprozessen führt zu einer notwendigen Ausdifferenzierung des bisherigen Angebotspektrums und des Leitbildes der ambulanten Dienste.

Die Etablierung der Angehörigenperspektive in der Versorgungslandschaft setzt auch voraus, dass familiäre Pflege als wichtiger Beitrag zur Bewältigung einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe stärker wahrnehmbar wird. Ein breit angelegter gesellschaftlicher Diskurs, in dessen Rahmen häusliche Pflege und Pflegekultur aus der privat-intimen Isolation heraustreten und zu einem öffentlich diskutierten Thema werden, das alle angeht, könnte hierzu wichtige Beiträge leisten.

7.1.2 Hilfeangebote für pflegende Angehörige

Dienstleistungsangebote seitens der ambulanten Pflegeeinrichtungen können den pflegenden Angehörigen und den Pflegebedürftigen in unterschiedlicher Form zugute kommen. Dabei sind solche Angebote zu unterscheiden, die sich unmittelbar und ausschließlich an die pflegenden Angehörigen richten und solche Angebote, die vom Pflegedienst zwar primär für den Pflegebedürftigen erbracht werden, die aber auch eine entlastende Funktion für die Angehörigen entfalten. Auch eine stärkere Einbeziehung pflegender Angehöriger in die Organisation der Pflege kann zu einer Entlastung der häuslichen Pflegesituation führen.

Beim Aufbau eines wirkungsvollen Hilfeangebots für pflegende Angehörige müssten auch die verschiedenen zielgruppenspezifischen Problemlagen und Zugangsschwellen wie auch die räumliche und strukturelle Situation in der jeweiligen Region berücksichtigt werden. Tritt ein Pflege- und Hilfebedarf plötzlich ein, wie nach einem Schlaganfall, einem Unfall oder einer Operation, sind die Beteiligten mit der Organisation einer raschen Umstellung ihrer Alltagsorganisation beschäftigt und benötigen in diesen Phasen vor allem sachliche Information und praktische Hilfen. Langjährig Pflegenden hingegen brauchen vor allem psychischen Abstand, haben das Bedürfnis nach Austausch und sind körperlich und seelisch erholungsbedürftig (vgl. Kapitel 5.5).

Eine diversifizierte Angebotsstruktur muss für die Betroffenen auch erreichbar sein, da es ansonsten nicht zu der gewünschten Nachfrage kommt (vgl. Kapitel 6.3.1). Damit Entlastungsangebote überhaupt angenommen werden, müssen diese als legitime Hilfeleistung von den Familien akzeptiert werden.

Hier zeigen Projekte⁴³⁰, die im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ erprobt wurden, wie die Erreichbarkeit von Diensten aus der Sicht der Pflegebedürftigen und deren pflegenden Angehörigen verbessert werden konnte, und zwar z.B. durch:

- aufsuchende soziale Arbeit (Bringstruktur der Dienste)
- Sensibilität bei der Präsentation von Hilfsangeboten (Vermeidung von diskriminierenden Effekten)
- auf die persönliche Lebenssituation und die Möglichkeiten des alten Menschen und seiner Angehörigen abgestimmte Betreuungsangebote.

- **Beratungs- und Informationsdienste**

Pflegedienste können durch spezielle Informationsangebote den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen dabei helfen, über die ihnen zustehenden Leistungen ausreichend informiert zu sein. Sie können durch gezielte Ratschläge darüber informieren, welche Rechte innerhalb des Pflegesystems bestehen und welche Voraussetzungen erfüllt werden müssten, um diese in Anspruch nehmen zu können. Besonders im ländlichen Bereich wären gezielte Informationskampagnen auf lokaler Ebene hilfreich, um den vielfach noch vorherrschenden traditionellen Einstellungsmuster entgegen zutreten. Außerdem ist aus der Sicht der Familien die Informationsbeschaffung problematisch, da sie mit mühsamen Wegen verbunden ist, wodurch zeitaufwändige zusätzliche Belastungen entstehen. Unklare Zuständigkeiten, die Vielfalt der ambulanten Dienstleister und wenig entwickelte Beratungsangebote treten hinzu.

Beratungs- und Informationsdienste müssen daher leicht erreichbar sein und ein breites fachliches Spektrum abdecken können (z.B. Modalitäten der Festlegung von Pflegebedürftigkeit, Entscheidung über die Inanspruchnahme von Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung und ihre Konsequenzen für die Betroffenen, Überblick über vorhandene Dienstleister und deren Qualität in der Region, komplementäre Hilfsangebote wie hauswirtschaftliche Hilfen oder Beratungsangebote zur Wohnraumanpassung).

Lokal oder regional organisierte Informationsveranstaltungen können für pflege-relevante Themen sensibilisieren. Sie erhöhen die Bereitschaft für die Auseinandersetzung mit der eigenen Situation und können den Teilnehmern bewusst

⁴³⁰ Vgl. BMFSFJ (2004): S. 136

machen, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind. Gleichzeitig bieten sie eine Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit anderen Betroffenen.

Derartige Beratungs- und Informationsdienstleistungen stehen auf lokaler Ebene auch in Verbindung mit Trägervereinen, die auf dem Engagement ihrer Mitglieder und ehrenamtlicher Mitarbeit aufbauen. In einigen Regionen Deutschlands haben lokale Krankenpflegevereine eine lange Tradition und bis heute Bestand (vgl. auch Kapitel 3.1 und 3.2).⁴³¹

Bei diesen lokalen Angebotsformen ist auf die besondere Verantwortung der Kommunen hinzuweisen. Nach § 71 Abs. 2 SGB XII kommen als Leistungen der Altenhilfe insbesondere „Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste“ in Betracht. Aufgabenschwerpunkte bestehen hier in der Koordination der Hilfen, Dienste und Einrichtungen für ältere Menschen sowie eine fachqualifizierte Beratung, wie dies bereits durch die so genannten „Leitstellen Älter werden“ praktiziert wird.⁴³² Dass sich Kommunen bereits an der Organisation, Unterstützung und Durchführung von Beratungs- und Informationsdiensten beteiligen, wird besonders am Beispiel Baden-Württembergs deutlich, das mit seinem Programm zum landesweiten Aufbau von „Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen“ (IAV-Stellen) eine Vorreiterrolle übernommen hatte.⁴³³ Allerdings werden diese Angebote derzeit nicht mehr aus Landesmitteln gefördert, was deren Existenz grundsätzlich in Frage stellt, weil tragfähige alternative Finanzierungsstrukturen nicht zur Verfügung stehen.

Die Pflegekassen sollten sich am Aufbau und an der Trägerschaft solcher Dienste verstärkt beteiligen. Nach § 7 Abs.1 SGB XI haben die Pflegekassen die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Beratung zu unterstützen. Darüber hinaus haben sie nach § 7 Abs. 2 SGB XI die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen zu unterrichten und zu beraten.

Der umfassende Beratungsauftrag der Pflegekassen soll sich auch auf die Leistungen und Hilfen anderer Träger erstrecken. Darüber hinaus sollen sie dem Pflegebedürftigen Beratung darüber anbieten, welche Pflegeleistungen in der persönlichen Situation jeweils in Betracht kommen.

⁴³¹ Vgl. Diakonisches Werk der evangelischen Landeskirche in Baden e.V. (1998): So bietet beispielsweise der Krankenpflegeverein in Adelberg, Baden-Württemberg unter anderem eine Anlauf- und Beratungsstelle für sozialrechtliche Fragen und Probleme im Rahmen von Hilfe und Pflege an. Der Verein betreibt ein Bürgerbüro, das in der Gemeinde eingerichtet ist und stellt gewissermaßen eine Anlaufstelle für die sozialen Belange der Bürger dar. Außerdem werden Veranstaltungen und Vorträge zu alters- und pflegebezogenen Themen angeboten, die in regelmäßigen Abständen in Zusammenarbeit mit der Volkshochschule angeboten werden.

⁴³² Vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (1996): Empfehlungen, SAI 33.

⁴³³ Vgl. Schöllkopf, Martin (1996): S. 103 ff.

Problematisch ist allerdings, dass diese Beratungs- und Informationsaufgaben bisher i.d.R. als spezifische Aufgaben innerhalb des eigenen Zuständigkeitsbereichs wahrgenommen und institutionalisiert werden. Dies widerspricht zum einen der Vorgabe des Gesetzgebers, Pflege als Gemeinschaftsaufgabe zu verstehen (§ 8 SGB XI). Zum anderen birgt diese Fragmentierung die Gefahr, dass die Beratung und Information nicht umfassend genug und noch viel weniger ganzheitlich ausgestaltet wird. Da der Gesetzgeber diese Gefahr erkannt hat, hat er für die Pflegekassen in § 7 Abs. 4 SGB XI die Möglichkeit geschaffen, sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsangeboten anderer Träger zu beteiligen, wobei die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung zu gewährleisten ist.

Bei der Organisation und Wahrnehmung von Beratungs- und Informationsdiensten sollte es sich um gemeinschaftliche Aktivitäten handeln, die durch Sozialhilfeträger, Pflegekassen und Pflegedienste im Rahmen der nach § 12 Abs. 1 SGB XI zu bildenden örtlichen und regionalen Arbeitsgemeinschaften initiiert werden. Diese sollen der gegenseitigen Unterrichtung, Abstimmung und Förderung einer engen Zusammenarbeit dienen. Allerdings ist die Effizienz regionaler Arbeitsgemeinschaften davon abhängig, dass sich möglichst viele Akteure aktiv in diese lokalen Foren einbringen. Seitens der Pflegekassen ist dies mitunter auch ein strukturelles Problem, da viele Aufgaben – wie z.B. der Abschluss von Versorgungsverträgen mit Pflegediensten – auf die Landesebene verlagert wurden (§ 72 Abs. 2 SGB XI), was zur Folge hat, dass durch diese Zentralisierungsbestrebungen der Pflegekassen nicht immer ein für die Entwicklung und Gestaltung regionaler Kooperationsstrukturen qualifiziertes Mitarbeiterteam zur Verfügung steht.

Voraussetzung für gemeinsam initiierte lokale Beratungs- und Informationsdienste seitens der Pflegekassen wäre zum einen die Bereitschaft, sich vor Ort aktiv einzubringen und zum anderen das Erfordernis, genügend qualifiziertes Personal für diese gesetzlichen Aufgaben vorzuhalten.

Angebote dieser Art sollten nicht nur bereits pflegenden Familien zur Verfügung stehen, sondern könnten sich auch an interessierte Personen im Vorfeld eines häuslichen Pflegearrangements richten. Es kann sich aber auch um solche Personen handeln, die z.B. eine Teilnahme an einem Pflegekurs noch nicht wagen, weil sie sich mit ihren Problemen im Zusammenhang mit der häuslichen Pflegesituation noch nicht in eine Gruppensituation begeben möchten. Erfahrungen mit Modellprojekten von Beratungs- und Informationsdiensten (wie z.B. das Informationsbüro Pflege in Münster)⁴³⁴ haben deutlich gemacht, dass für viele Nutzer erst im Laufe des Beratungsprozesses klar geworden ist, auf wel-

⁴³⁴ Vgl. Stadt Münster (1995): Modellprojekt der Stadt Münster. Entwicklung eines kommunalen Verbundsystems pflegerischer Einrichtungen und Dienste.

chen Gebieten sie ebenfalls Hilfe benötigen (z.B. Antragstellung, Schriftverkehr, psychosoziale Unterstützung, Beratung als Angehörige usw.).

Ratgeberdienste sollten in ihre Angebote daher auch Bringstrukturen einbeziehen wie z.B. Hausbesuche und gezielte, nicht auf Pflegeberatung ausgerichtete Angebote für ältere Menschen (wie z.B. ein Erzählcafé), um zunächst Vertrauen und Sicherheit aufzubauen. Erst wenn solche Angebote für die Familien erreicht werden, kann Vertrauen aufgebaut und damit seitens der Familien die Hemmschwelle gesenkt werden, professionelle Hilfen in Anspruch zu nehmen.

- **Pflegekurse und Angehörigengruppen**

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Personen nach § 45 SGB XI sollen über die Pflegekasse unentgeltlich angeboten werden und haben zum Ziel, das soziale Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern. Daneben sollen die Kurse Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung pflegerischer Hilfen vermitteln. Anbieter der Pflegekurse sind in erster Linie die Pflegedienste, aber auch Pflegekassen haben insbesondere nach Einführung der Pflegeversicherung eigene Kursangebote angeboten.⁴³⁵ Das bisherige Angebotsspektrum für Pflegekurse bezieht sich aber überwiegend auf die Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten für die pflegerische Versorgung.

Die Inanspruchnahme solcher Kurse durch pflegende Angehörige ist sehr gering – es haben bislang nicht mehr als 16% der Hauptpflegepersonen an einem speziellen Pflegekurs teilgenommen.⁴³⁶ Einer der Gründe aus der Sicht der pflegenden Angehörigen, warum dieses Entlastungs- und Schulungsangebot selten in Anspruch genommen wird, liegt darin, dass es für die Dauer des Pflegekurses schwierig ist, eine Betreuungsperson für den zu Pflegenden zu organisieren. Um eine größere Inanspruchnahme der Kursangebote zu erreichen, wäre es erforderlich, dass in der Zeit der Abwesenheit von der eigenen Häuslichkeit eine Betreuung für den Pflegebedürftigen organisiert und auch finanziert wird.

Zur Finanzierung der Ersatzpflegekraft für die Pflegeperson sollte eine Kostenersatzung nach § 39 SGB XI in Betracht kommen. Bislang wird diese Vorschrift vorwiegend angewandt, wenn die Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs oder Krankheit an der Pflege gehindert ist. Die Pflegekasse übernimmt in diesen Fällen die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr bis maximal 1.432 €.

⁴³⁵ Vgl. AOK (1998): In guten Händen, S. 86-87

⁴³⁶ Vgl. Infratest Sozialforschung (2003): S. 24

Nach § 39 Satz 1 SGB XI ist die Inanspruchnahme einer Ersatzpflege aber auch „aus anderen Gründen“ möglich. Den Gesetzesmaterialien⁴³⁷ ist zu entnehmen, dass es sich um einen „wichtigen Grund“ handeln soll. Die Teilnahme an einem Pflegekurs erfüllt diese Voraussetzung, da sie dazu dient, das häusliche Pflegearrangement zu stützen und zu fördern. Es wäre ein wichtiger Beitrag zur Unterstützung familialer Pflegepersonen, wenn von dieser Möglichkeit regelmäßig Gebrauch gemacht würde.

Seit dem Inkrafttreten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes ist in § 45 Abs. 1 Satz 3 SGB XI auch geregelt, dass die „praktische Unterweisung und Anleitung“ im Rahmen von Pflegekursen für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden soll. Damit soll sichergestellt werden, dass eine individuelle und auf das häusliche Arrangement abgestimmte Hilfestellung möglich ist.

Inwiefern es seit dieser gesetzlichen Änderung zu regelhaft angebotenen modifizierten Pflegekurskonzepten gekommen ist, lässt sich mangels vorhandener Daten derzeit nicht sagen. Eine offizielle Anfrage des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. aus dem Jahr 2003 an das Statistische Bundesamt zu Anzahl, Art und Kosten von Pflegekursen, die in einem Jahr durchgeführt wurden, führte diesbezüglich zu keinen validen Zahlen.⁴³⁸ Diese mangelnde Datentransparenz ist auch Ausdruck dafür, dass diesem wichtigen Bereich noch nicht genug Aufmerksamkeit gewidmet worden ist.

Individuelle, auf das häusliche Arrangement abgestimmte Kursangebote setzen voraus, dass diese sich an unterschiedlichen Zielgruppen orientieren: Personen, die sich auf eine künftige Pflege vorbereiten, werden andere Themen für wichtig erachten, wie z.B. welche regelmäßig zu erwartenden praktischen Tätigkeiten und Handlungsabläufe auf sie zukommen. Bei bereits pflegenden Angehörigen verlagern sich die Bedürfnisse auf Fragen, die sich aufgrund der speziellen Pflegesituation stellen, so z.B. bei einer wesentlichen Änderung des Pflegebedarfs.

Auch der Erfahrungsaustausch zwischen Pflegepersonen kann als Pflegekurs gewertet werden⁴³⁹ und kann eine wirksame Unterstützung darstellen. Das Modellprojekt „Entwicklung neuer Kooperations- und Koordinationsstrukturen – aktives Leben und Wohnen älterer Menschen“ in Salzgitter⁴⁴⁰ zeigt z.B., dass sich durch Pflegekurse („Hilfe beim Helfen“) neben der Vermittlung von pflegespezifischem Wissen und der Fähigkeit des Umgangs mit dem pflegebedürftigen Familienmitglied weitere Effekte einstellen können: Es entwickelten sich

⁴³⁷ Vgl. Deutscher Bundestag (1993): BT-Drs. 12/5262 S. 113

⁴³⁸ Vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (2004) (a): S.103

⁴³⁹ Vgl. Spitzenverbände der Pflegekassen (2002): Leistungsrechtliches Rundschreiben

⁴⁴⁰ Vgl. BMFSFJ (2004): S. 143

hier Selbsthilfegruppen von Angehörigen, in denen Erfahrungsaustausch und gegenseitige Unterstützung im Mittelpunkt standen.

Im Modellprojekt „Gerontopsychiatrische Patienten im familialen Bezugssystem“ in Neustrelitz bildete die Entlastung und Stabilisierung der häuslichen Pflegearrangements nicht nur einen intendierten Effekt des Gruppengeschehens, sondern explizites Reflexionsthema in der Gruppe.⁴⁴¹ In so genannten angeleiteten Gesprächsgruppen tauschten die betroffenen Teilnehmer ihre Erfahrungen aus und erhielten von den Gruppenleitern Informationen zum Verlauf von verschiedenen Krankheitsbildern wie der Demenz und ihrer Dynamik. Dabei wurden sie mit Reflexionsmustern vertraut, die eine Identifikation der eigenen psychischen Probleme in der Beziehung zum gepflegten Angehörigen und deren Bearbeitung erlaubten. Dadurch war es den Betroffenen möglich, das Verhalten des pflegebedürftigen Angehörigen neu zu bewerten und angemessener darauf zu reagieren. Gleichzeitig wuchs ihre Bereitschaft professionelle Hilfen in Anspruch zu nehmen. Solche Modelle zeigen, wie das empowerment der Angehörigen durch den Austausch mit anderen Betroffenen gestärkt werden kann und somit die eigene Kompetenz zur Gestaltung des Pflegearrangements steigt.

Angehörigengruppen sowie differenzierte Kurs- und Beratungsangebote können insgesamt dazu beitragen, dass das Selbstwertgefühl und das Wohlbefinden pflegender Angehöriger steigen. Sie können einen Beitrag zum empowerment der Betroffenen liefern und somit auch ihre Rolle als Kunde und Koproduzent auf dem „Quasi-Markt“ Pflege stärken helfen (vgl. auch Kapitel 4.1). Sie tragen zudem – neben der zeitlichen Entlastung – zur Reduzierung der sozialen Isolation pflegender Angehöriger bei. Dabei sind die Konzepte der Angehörigengruppen vielfältig variierbar, wie das Beispiel von Angehörigencafés zeigt.

- **Entlastungsangebote**

Die Belastungen, die durch die Übernahme familialer Pflege entstehen (vgl. Kapitel 5.5), haben deutlich gemacht, dass pflegende Angehörige zunehmend in eine Spirale eines immer größer werdenden Drucks geraten können, die zur massiven Überforderung im Umgang mit der häuslichen Pflegesituation führen kann, wobei mit zunehmendem Hilfe- und Unterstützungsbedarf das Aufgabenspektrum der Helfer steigt.

Phasen der Entlastung von der Pflege eröffnen den pflegenden Angehörigen durch zeitlich begrenzte Übernahme von Pflegeaufgaben die Möglichkeit, einen freien Tag zu genießen oder schlicht einkaufen zu gehen. Eine stundenweise Entlastung der pflegenden Angehörigen zu Zeiten, zu denen sie ihre Hauptbelastung sehen oder das Gefühl haben, „nicht mehr zu können“, kann sich als eine besonders effektive Form der Hilfe erweisen. Hier ist es denkbar, dass

⁴⁴¹ Vgl. BMFSFJ (2004): S. 144

Entlastungsangebote sowohl von professionellen Pflegeeinrichtungen als auch von ehrenamtlich getragenen Besuchsdiensten durchgeführt werden. Im Rahmen des Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“⁴⁴² wurden hierzu verschiedene Konzepte (im häuslichen Bereich und als zentrale Gruppenveranstaltungen) erprobt: Das Modellprojekt „Tagesmütter“ für Demenzkranke in Daaden/Herdorf setzte beispielsweise auf eine Qualifizierung von ehrenamtlichen „Tagesmüttern“, die sowohl Demenzkranke als auch Angehörige betreuen. Das Konzept KUNZ – Kirche und Nachbarschaftszentrum in Bielefeld ermöglichte durch eine je zwei- bis dreistündige Betreuung eine Entlastung durch haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter.

7.1.3 Beratungsbesuche bei Sach- und Geldleistungsempfängern

Bislang werden Beratungsbesuche im Leistungsrecht des Pflegeversicherungsgesetzes inhaltlich und finanziell für Geld- und Sachleistungsempfänger unterschiedlich geregelt. Mit dem nun folgenden Handlungsansatz soll geprüft werden, inwiefern unabhängig von der Leistungsanspruchnahme (Geld- oder Sachleistung) diese Beratungsbesuche leistungs- und vergütungstechnisch zusammengeführt werden können. Die daraus resultierenden verbesserten Rahmenbedingungen für Beratungsleistungen der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen könnten einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung häuslicher Pflegearrangements leisten.

• Beratungsbesuche bei Sachleistungsempfängern

Der Pflegedienst führt zur Feststellung des Hilfebedarfs und der häuslichen Pflegesituation einen Erstbesuch beim Pflegebedürftigen durch. Dabei sollen nach den Prüfanleitungen des MDK⁴⁴³ die Möglichkeiten der aktivierenden Pflege und die beim Pflegebedürftigen vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zur Einbeziehung in den Pflegeprozess herausgearbeitet werden. Soweit der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung empfohlene Pflegeplan (§ 18 Abs. 6 SGB XI) vorliegt, ist dieser beim Erstbesuch heranzuziehen. Im Rahmen des Erstbesuchs sollen neben dem Pflegebedürftigen auch die Angehörigen und andere an der Pflege Beteiligte einbezogen werden. Dabei soll der Pflegedienst feststellen, welche Leistungen innerhalb des Pflegedreiecks durch den Pflegebedürftigen, den Angehörigen und den Pflegedienst oder durch andere Pflegepersonen erbracht werden können. Den angemessenen Wünschen des Pflegebedürftigen soll Rechnung getragen werden. Darüber hinaus ist die soziale und kulturelle Integration des Pflegebedürftigen in das gesellschaftliche Umfeld zu beachten.⁴⁴⁴

⁴⁴² Vgl. BMFSFJ (2004): S. 142 f.

⁴⁴³ Vgl. BMGS (2002): Prüfeempfehlung zur Durchführung von Qualitätsprüfungen, Referententwurf

⁴⁴⁴ Vgl. Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung (1996): Punkt 3.2.2.1

Der Erstbesuch beinhaltet damit vielfältige Elemente, die für die Kommunikation zwischen Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und Pflegedienst von Bedeutung sind. Bemerkenswert ist, dass nach den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung explizit auch Angehörige in den Aushandlungsprozess miteinbezogen werden und auch nicht unmittelbar pflegebezogene Aspekte wie die Teilhabe am sozialen Leben eine Rolle spielen.

Dieser Erstbesuch ist für Pflegehaushalte nur dann einmalig abrechenbar, wenn ein Pflegedienst erstmalig in das Pflegearrangement einbezogen wird.⁴⁴⁵

Der zeitliche Umfang und die finanzielle Bewertung des Erstbesuchs werden zwischen dem Pflegedienst und den Pflegekassen bei der Vergütungsverhandlung nach § 89 SGB XI – unabhängig vom zugrunde liegenden Vergütungssystem – vereinbart. Der Preis hängt beim überwiegend angewandten Leistungsmodulsystem davon ab, welche Punktzahl (Zeit) und welcher Punktwert (Minutenwert eines vereinbarten Stundensatzes) hierfür zugrunde gelegt werden. Beträgt die Punktzahl z.B. 900 (entspricht 90 Minuten) und der Punktwert 0,046 (entspricht 0,46 Cent), ergibt dies einen abrechenbaren Preis von aufgerundet 42 €.

Auch im Rahmen der laufenden pflegerischen Versorgung soll eine Beratung und Unterstützung von Angehörigen in gesundheitsfördernden und -sichernden Arbeits- und Pflegetechniken erfolgen.⁴⁴⁶ Es ist nicht nachvollziehbar, warum im Rahmen der häuslichen Pflege nur eine einmalige Abrechnung von Beratung im Rahmen des Erstbesuches möglich ist, wenngleich eine permanente Beratungstätigkeit auch während des laufenden Pflegeprozesses erforderlich ist. Die derzeitige Regelung führt dazu, dass Beratung während des Pflegeprozesses nicht vergütet wird und in der Konsequenz hierfür weder ein inhaltlicher noch ein zeitlicher Rahmen zur Verfügung steht.

Beratungsgespräche sollten daher auch während des laufenden Pflegeprozesses abrechnungsfähig sein, wenn sich die Rahmenbedingungen des individuellen Pflegearrangements wesentlich verändern, z.B. bei einer Änderung der Pflegestufe oder beim Ausfall einer wichtigen Pflegeperson. Für diese in den folgenden Beratungsgesprächen erforderlichen Aushandlungsprozesse wäre es denkbar, dass geringere zeitliche Ansätze zugrunde gelegt werden als beim erstmaligen Beratungseinsatz, da die häusliche Situation bekannt ist und es um die gemeinsame Lösungsfindung unter geänderten Rahmenbedingungen geht. Die Ergebnisse sämtlicher Beratungsgespräche müssten in der Pflegedokumentation festgehalten werden.

⁴⁴⁵ Vgl. Empfehlung der Spitzenverbände der Pflegekassen für ein System zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI (1996)

⁴⁴⁶ Vgl. Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI (1996): Punkt 3.2.5

- **Beratungsbesuche bei Geldleistungsempfängern**

Die gesetzlich vorgeschriebenen Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch zugelassene Pflegeeinrichtungen dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Unterstützung und Beratung der häuslich Pflegenden. Im Unterschied zum zuvor diskutierten Erstbesuch, der bei der erstmaligen Einbeziehung eines Pflegedienstes in das häusliche Pflegearrangement zum Tragen kommt, geht es beim Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI um die überwiegende Anzahl der Personen, die sich für die Geldleistung entschieden haben und in der Regel von Angehörigen gepflegt werden.

Die Vergütung für den Beratungseinsatz ist von der Pflegekasse zu tragen und beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 16 € und in der Pflegestufe III bis zu 26 €. Die Pflegedienste haben mit Einverständnis des Pflegebedürftigen der zuständigen Pflegekasse die bei dem Pflegeeinsatz gewonnenen Erkenntnisse zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung mitzuteilen.

Beim Beratungsbesuch sollen die Probleme der täglichen Pflege erörtert und es sollen den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen konkrete Handlungsvorschläge zur Optimierung der Versorgungssituation unterbreitet werden. Die Mitteilung über die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse können z.B. Vorschläge zur Prävention und Rehabilitation enthalten.

Die Praxis der Beratungseinsätze zeigt jedoch, dass es noch nicht hinreichend gelingt, diese beratende und unterstützende Perspektive umzusetzen. Nach einer Untersuchung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus dem Jahr 2001⁴⁴⁷ wurden in Expertenbefragungen zahlreiche Mängel bekundet. Diese können nach den Ergebnissen der Expertenbefragungen auch in ökonomischen Interessen der Pflegedienste begründet sein, welche oft die Art und Weise der Einsätze prägen und für die Qualität der dabei geleisteten Beratung und Kontrolle abträglich sind. Ein wesentliches ökonomisches Interesse der miteinander in Konkurrenz stehenden Pflegedienste auf dem Pflegemarkt besteht z.B. darin, mit Hilfe des Beratungseinsatzes potenzielle Kunden zu werben, ohne dass der damit verbundene Aufwand die Erlöse des Einsatzes übersteigt.

So spiegelt die Untersuchung Expertenmeinungen wider, wonach bei diesen Einsätzen der Aufwand möglichst klein gehalten werde, da an diesen Beratungsbesuchen „nichts zu verdienen“ sei,⁴⁴⁸ es handele sich eher um ein „Mas-

⁴⁴⁷ Vgl. BMFSFJ (2001): S. 126

⁴⁴⁸ Ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle äußert im Rahmen der o.a. Untersuchung des BMFSFJ hierzu: „Die meisten Verbände, die es einsetzen, sehen es schlichtweg als Public-Relations-Geschichte an, dass sie in Kontakt mit möglichen Kunden kommen. Für die Beratung gibt es offensichtlich keine Standards ... in der Regel findet dieser Besuch auf ei-

sengeschäft". Demzufolge werden die Beratungsbesuche von den Familienhaushalten vielfach weniger als beratend und unterstützend empfunden, sondern eher als Kontrolle und als Eingriff in die Autonomie der Familie.⁴⁴⁹ Hinzu kommt, dass viele Pflegedienstmitarbeiter nur vage Vorstellungen über Aufgaben und Möglichkeiten dieser Einsätze haben.⁴⁵⁰

- **Inhaltliche Weiterentwicklung der Beratungsbesuche**

Daher sollte die Konzeption der „Beratungsbesuche“ besonders mit Blick auf die Einbeziehung des Familiensystems hin überarbeitet werden. Erforderlich wäre eine Beratungskompetenz bestehend aus pflegefachlichen und kommunikativen Elementen, die die beruflich Pflegenden im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung (vgl. 7.1.1) erwerben müssten. An dieser im SGB XI eingebauten „Zwangsschnittstelle“ zwischen beruflicher Pflege und dem familialen Pflegearrangement könnte bei entsprechender Kompetenz der Beratenden ein umfassendes Entlastungspotenzial eingebracht werden. Hierzu sollten Konzepte entwickelt und Schulungen eingeführt werden. Denn Pflegekräfte müssen sich ein klares Bild über die Fähigkeiten und Ressourcen der pflegenden Angehörigen verschaffen können, geeignete Maßnahmen bei der Umgestaltung der Wohnung vorschlagen, Hilfen koordinieren und zu sozialrechtlichen Fragen kompetent und verständlich Auskunft erteilen oder kompetente Vermittlung leisten.

Der Beratungsbesuch nach § 37 SGB XI sollte in den Rahmenlehrplänen zum Lernfeld 1.4 der Anlage 1 zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers vom 26.11.2002 („Anleiten, beraten und Gespräche führen“)⁴⁵¹ mit spezifischen Lerninhalten und -zielen berücksichtigt werden, wobei Rollenspielen und anderen kommunikativen Lernformen in diesem Zusammenhang besondere Bedeutung zukommen müsste.

Den Beratungsbesuchen sollte zudem mehr der Charakter einer präventiv orientierten Beratung verliehen werden. Konzepte für den „präventiven geriatrischen Hausbesuch“ könnten als Ansatz zur Weiterentwicklung der bisherigen Beratungsbesuche dienen.⁴⁵² Prozess- und lösungsorientierte Beratung auf einem hohen kommunikativen Kompetenzniveau verzichtet auf Bevormundung durch „professionelles Besserwissen“. Beratung muss daher mit individueller Anleitung einzelfallbezogen und praxisnah durchgeführt werden und in ein integriertes, präventives Gesamtkonzept der Versorgung eingebunden sein.

ner Ebene statt, die einen sehr geringen Nutzen für die Pflegebedürftigen und Angehörigen zeigt ...“, vgl. BMFSFJ (2001), S. 127

⁴⁴⁹ Vgl. Deutscher Bundestag (2002) (a): BT.-Drs. 14/8822, S. 251

⁴⁵⁰ Vgl. BMFSFJ (2001): S. 127

⁴⁵¹ Vgl. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers; BGBl. 2002 Teil I, Nr. 81 vom 29.11.2002

⁴⁵² Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) (2002): Projekt „Mobil“

Die inhaltliche Weiterentwicklung des Beratungsbesuches muss allerdings auch vor dem Hintergrund der genannten abrechenbaren Höchstbeträge für diese Leistung betrachtet werden. Die „Frühjahrsbefragung zur Personalsituation, zu Rahmenbedingungen und zum Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland“ des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. aus dem Jahr 2004⁴⁵³ ergibt auf der Basis einer Befragung von 4.893 ambulanten Pflegediensten, dass 68% der befragten Pflegedienste angeben, diese Beratungsbesuche nicht kostendeckend durchführen zu können. Insbesondere Fahrzeit und Arbeitszeit seien durch die gesetzlichen Pauschalen nur unzureichend abgedeckt. Die ambulanten Pflegedienste könnten im Rahmen regelmäßiger Besuche erst dann einen wichtigen beratenden Beitrag leisten, wenn ihnen hierfür ein angemessener Rahmen zur Verfügung gestellt wird.

- **Einheitliche Bemessungsgrundlagen der Beratungsbesuche**

Für diesen Handlungsrahmen ist es erforderlich, die inhaltlichen und finanziellen Bemessungsgrundlagen des Beratungsbesuches und des zuvor diskutierten Erstbesuches zu überprüfen. Beide Besuche – Erstbesuch und Beratungseinsatz – dienen der umfänglichen Beratung eines Pflegehaushaltes; sie umfassen insbesondere das Erkennen von Problemen und Ressourcen im häuslichen Umfeld und die Einbeziehung der pflegenden Angehörigen bei der gemeinsamen Planung des häuslichen Pflegearrangements. In beiden Beratungseinheiten steht die fachliche, soziale und kommunikative Kompetenz im Vordergrund, um gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen Hilfestellungen bei der Bewältigung der häuslichen Pflegesituation zu erarbeiten. Es ist daher zu prüfen, ob diese nicht leistungsrechtlich auf dem Niveau des Beratungsgesprächs für die Sachleistungsempfänger behandelt werden könnte: im Gegensatz zu den gesetzlich fixierten Preisen der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI wird der Preis des Erstbesuches nämlich zwischen Pflegekasse und Pflegedienst verhandelt und unterscheidet nicht nach Pflegestufen.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum das „Erstgespräch“ bei den Sachleistungsempfängern in der Regel sehr viel höher vergütet wird (z.B. 42 €) als der Beratungsbesuch bei den Geldleistungsempfängern (16 bzw. 26 €). Diese Schlechterstellung von Geldleistungsempfängern ist umso weniger verständlich, als die Familien in Deutschland nach wie vor die noch größte Pflegeressource darstellen. Eine verbesserte Honorierung von Beratungseinsätzen kann in Verbindung mit der diskutierten konzeptionellen Weiterentwicklung des Beratungsbesuches einen wesentlichen Beitrag zur Stützung häuslicher Pflegearrangements leisten.

Die Vergütung von Beratungseinsätzen sollte daher an die Vergütungshöhe der Erstbesuche angeglichen werden, wobei in beiden Beratungen zwischen einem erstmaligen und den darauf folgenden Beratungen unterschieden werden sollte.

⁴⁵³ Vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) (2004) (b): S. 12

Damit würde der bisher finanziell knapp bemessene Beratungseinsatz besser honoriert und es würde der Rahmen geschaffen, Konzepte im Sinne einer partnerschaftlichen Beratung umzusetzen. Eine leistungsrechtliche Gleichstellung hätte zur Folge, dass Beratungsgespräche zu den gleichen Inhalten und Konditionen abrechenbar sind, und zwar unabhängig davon, ob sie für Empfänger von Pflegedienstleistungen über das Sachleistungsbudget nach § 36 SGB XI finanziert werden oder von den Pflegegeldempfängern privat im Rahmen des § 37 Abs. 3 SGB XI.

Für sämtliche erstmalig stattfindenden und darauf folgenden Beratungsgespräche sollte eine bundeseinheitliche Bemessungsgrundlage gefunden werden, damit nicht die Verhandlungsmacht der Kostenträger oder das individuelle Verhandlungsgeschick der beteiligten Vertragspartner dessen Höhe bestimmen. Hier wäre es denkbar, dass die Spitzenverbände der Pflegekassen mit den Leistungserbringern eine gemeinsame Empfehlung für die Bewertung von Beratungsbesuch und Erstgespräch formulieren.

Künftig sollte die Höhe des neu konzipierten Beratungsbesuchs auch nicht nach der Höhe der Pflegestufen unterscheiden, da Beratung unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit eine intensive Gesamtbeurteilung der häuslichen Situation voraussetzt. So kann z.B. die Beratung eines psychisch Erkrankten Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I und seiner Angehörigen intensiver ausfallen als die eines Pflegebedürftigen der Stufe II, der vorrangig grundpflegerische Hilfen benötigt.

Durch eine einheitliche Bemessung kann schließlich dem vom Gesetzgeber verfolgten Ansinnen besser Rechnung getragen werden, das häusliche Pflegearrangement dauerhaft zu stützen. Mit diesem Vorschlag wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass Kommunikation als wesentlicher Qualitätsbestandteil bei der Leistungserbringung nicht nur eine nebensächliche Zutat darstellt, sondern in Verbindung mit inhaltlichen Konzepten einen Beitrag zur beziehungsorientierten und partnerschaftlichen Pflege leistet.

Durch eine vergütungsrechtliche Gleichstellung von Beratungsbesuch und Erstbesuch könnten zudem Ressourcen erschlossen werden, die zu einer vereinfachten Anwendung und Abrechnung führen. Denn durch diese Gleichstellung wäre künftig nur noch zwischen dem erstmaligen und den darauf folgenden Beratungsgesprächen zu differenzieren. Es käme zu einer Reduzierung von administrativen Aufgaben für die Pflegedienste, wodurch kommunikative Aufgaben im Netzwerk häuslicher Pflegearrangements besser erfüllt werden könnten.

Die dargelegten Handlungsansätze haben über die Anhebung der Vergütung allerdings zur Folge, dass damit das verfügbare Pflegebudget belastet wird.

Dies bedeutet konkret, dass entweder der Katalog der über die Pflegeversicherung finanzierten Leistungen an anderer Stelle entsprechend reduziert wird oder dass der Leistungskatalog insgesamt erweitert wird, was dann von den Pflegebedürftigen bzw. hilfsweise durch die Sozialhilfe finanziert werden muss. Dies ändert sich auch dann nicht grundsätzlich, wenn sich politische Überlegungen zur Stärkung der professionellen Pflege durch eine Gleichstellung der Sachleistungsbudgets im ambulanten und stationären durchsetzen sollten.⁴⁵⁴

Die durch die aufgezeigten Handlungsansätze entstehende Mehrbelastung der derzeitigen Sach- und Geldleistungsbudget sollte jedoch in Kauf genommen werden, damit häusliche Pflegearrangements nach Bedarf durch gezielte und laufende Beratungsgespräche dauerhaft gestützt werden können.

7.1.4 Bürgerschaftliches Engagement

Eine weitere relevante Form der Unterstützung häuslicher Pflegearrangements stellen ergänzende Betreuungsleistungen dar, die ehrenamtlich auf der Basis von freiwilligem bürgerschaftlichem Engagement getragen werden (vgl. Kapitel 5.7). Diese Unterstützungsformen bedürfen jedoch Rahmenbedingungen und der Stärkung und Förderung.

Freiwillige Helfer haben eine spezifische Chance, die Lebenssituation der Betroffenen nachzuvollziehen, wenn sie sich in ähnlichen Lebenssituationen befinden, ähnliche Wertehaltungen einnehmen, weil sie z.B. ähnliche Erfahrungen selber einmal gemacht haben. Nach Blinkert/Klie⁴⁵⁵ hat etwa jeder zweite Erwachsene Erfahrungen mit der Pflege eines Angehörigen gemacht. Ihre Aufgabe liegt neben der instrumentellen Unterstützung bei Alltagsverrichtungen und bei Anregung gebenden Aktivitäten in der emotionalen Stärkung der Pflegebedürftigen wie auch der Pflegeperson. Sie wirken stabilisierend im Sinne von identitätsstützend, weil sie die Verläufe von Annäherung und Entfremdung zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigen kennen.

In diesem Sinne können sie dazu beitragen, dass Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sich öffnen für die Bereitschaft, fremde Hilfen in Anspruch zu nehmen. Wie Kapitel 6.3.1 gezeigt hat, stellt gerade in ländlich strukturierten Gebieten die noch stark ausgeprägte „private Pflegekultur“ ein Hindernis dar, überhaupt Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Die Tätigkeit der freiwilligen Helfer schafft Vertrauen und öffnet Wege zu einer bedarfsgerechten Organisation der Hilfen, weil diese alltagspraktisch und von

⁴⁵⁴ Vgl. BMGS (2003) (b): Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme: Finanzielle Gleichstellung von ambulanter und stationärer Pflege

⁴⁵⁵ Vgl. Blinkert, B. / Klie, Th. (1999): S. 54

daher niederschwellig angelegt sind. Ihr Verhältnis basiert nicht auf fachlich-professionellen, sondern auf nachbarschaftlichen, persönlichen Beziehungen.

Die Einbeziehung ehrenamtlichen Engagements bietet daher auf der Ebene des Pflegedreiecks eine wichtige Perspektive zur Stützung der familialen Ressourcen. Sie kann einen besonderen Beitrag dazu liefern, dass sich die Familien nach außen öffnen, um haushaltsfremde Personen an der Pflege- bzw. Betreuungstätigkeit zu beteiligen und damit Belastungserscheinungen vorzubeugen.

Einen besonderen Stellenwert haben ehrenamtlich getragene Besuchsdienste, deren Aufwandsentschädigung bei ca. 7,60 € pro Stunde liegt⁴⁵⁶, was dieses Angebot auch im Vergleich mit den konkurrierenden Angeboten des Schwarzmarktes als attraktiv erscheinen lässt (vgl. Kapitel 4.4 und Kapitel 6.3.1).

Als notwendiger Handlungsansatz sollte diese besondere lebensweltliche Qualität des Helfens sinnvoll mit den notwendigen professionellen Hilfeleistungen vernetzt werden, denn sie ersetzen die professionellen Leistungen nicht, sondern ergänzen das System professioneller Hilfen und bereichern es mit lebensweltlichen Qualitäten an. In der Gewinnung ehrenamtlicher Helfer liegt dabei einer der wesentlichen Handlungsansätze für die Absicherung und Weiterentwicklung häuslicher Pflegearrangements.

Vor diesem Hintergrund können sich neue Dimensionen von Kooperations- und Beteiligungsformen in der Pflege ergeben, die allerdings voraussetzen, dass nicht ausschließlich betriebswirtschaftliche Orientierungen dominieren. Dies könnte bedeuten, dass sozialleistungsrechtliche Rahmenbedingungen für Institutionen so formuliert werden, dass die Einbindung ehrenamtlichen Engagements zu den Regelaufgaben zugelassener Pflegeeinrichtungen gehört. Damit stellt sich die Frage, ob nicht ambulante Pflegeeinrichtungen ähnlich wie ambulante Hospize verpflichtet werden könnten, sich bei der Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung ehrenamtlich tätiger Personen zu engagieren (vgl. § 39 Abs. 2 Satz 3 SGB V).

In der Unterstützung des ehrenamtlichen Engagements im Bereich der Altenhilfe liegt auch eine wichtige Aufgabe der kommunalen Ebene, auch wenn der (beispielhafte) Katalog der Leistungen der Altenhilfe in § 71 Abs. 2 SGB XII dies nicht ausdrücklich vorsieht, denn Ehrenamtliche können Wesentliches dazu beitragen, „Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu geben, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen“. (§ 71 Abs. 1 Satz 2 SGB XII).

Die bereits vorhandenen kommunalen Bemühungen, die diese Ansätze aufgreifen (z.B. „Ehrenamtsbörsen“, „Kontakt- Beratungs- und Informationsstellen“

⁴⁵⁶ Vgl. Pilgrim, K., Tschainer, S. (1998)

oder „Leitstellen Älterwerden“) sollten daher zielgerichtet intensiviert werden, indem sie Öffentlichkeitsarbeit betreiben, Schulung und Fortbildung organisieren und Sponsoren der Wirtschaft zu gewinnen suchen.

7.2 Möglichkeiten der Weiterentwicklung bestehender Vergütungsregelungen

Neben den geschilderten Handlungsansätzen, die durch eine Weiterentwicklung der professionellen Pflege und durch eine Stärkung von Beratung und Information die häusliche Pflege stützen können, geht es nun um die Frage, inwiefern die Rahmenbedingungen, welche die Interaktion zwischen Pflegedienst und Familiensystem beeinflussen, verbessert werden können.

Diese Handlungsansätze zielen nicht auf eine zusätzliche eigenständige Honorierung kommunikativer Handlungsanteile von Pflege ab, weil dies voraussetzen würde, dass der somatisch orientierte Begriff der Pflegebedürftigkeit des SGB XI neu definiert wird. Eine derartige leistungsrechtliche und finanzielle Ausdehnung des Pflegebegriffs würde voraussetzen, dass ein breiter gesamtgesellschaftlicher Konsens über die damit verbundenen Mehrbelastungen hergestellt wird, was kurzfristig als nicht erreichbar erscheint.⁴⁵⁷

Die folgenden Handlungsansätze stellen daher den Versuch dar, vorhandene Potenziale des geltenden Leistungs- und Vergütungsrechts weiterzuentwickeln.

Als möglicher Handlungsansatz ist daher in Betracht zu ziehen, ob vorhandene Kommunikationsanteile, die im Rahmen der bestehenden Vergütungssysteme (Leistungsmodule und Abrechnung nach Zeiten) als „indirekte Pflegeleistungen“ eingeordnet sind (vgl. Kapitel 6.4.1), ohne Erweiterung des Leistungsvolumens im Katalog vergütungsfähiger Leistungen ausdrücklich ausgewiesen werden können.

So setzen insbesondere die aktivierenden, unterstützenden und anleitenden indirekten Pflegeleistungen eine intensive Interaktion und Kommunikation mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen voraus; diese sollten gebündelt und ausdrücklich in den bestehenden Vergütungssystemen ausgewiesen werden, ohne deren Rahmen zu erweitern.

Dazu wäre es erforderlich, dass die Bundesempfehlung der Spitzenverbände für ein System zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflege gemeinsam

⁴⁵⁷ So sieht zwar Franz Knieps (BMGS) trotz „angespannter Finanzlage“ die Notwendigkeit zur grundlegenden Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der jedoch nur für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz eine angemessenere Berücksichtigung des allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfs bewirken und nicht eine generelle Berücksichtigung kommunikativer Handlungsanteile für alle Pflegebedürftigen beinhalten soll; vgl. Knieps, F. (2005) S. 28

mit sämtlichen Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen überarbeitet und ergänzt wird, damit dies auch als Handlungsempfehlung in den Vergütungsverhandlungen vor Ort zum Tragen kommt.

7.2.1 Leistungsmodule

Module für pflegerische Hilfen sollten daher regelhaft einen Ansatz für die in den indirekten Pflegeleistungen enthaltenen kommunikativen Anteile ausweisen, da sie für die Kooperation des Pflegebedürftigen bei der Dienstleistungserbringung wesentlich sind (vgl. auch Kapitel 6.4.1). Wie bereits die Diskussion zu den handlungsorientierten Besonderheiten der Pflegedienstleistung in Kapitel 4 gezeigt hat, ist diese potenziell konfliktträchtig, da eine gelingende Koproduktion nicht automatisch unterstellt werden kann.

Dies kann sich z.B. darin äußern, dass der Pflegebedürftige und die Angehörigen nicht das gleiche Ziel bei der Dienstleistungserbringung verfolgen wie die Pflegekraft. Erst wenn durch einfühlsame und intensive Kommunikation so etwas wie eine gemeinsame Handlungsbasis und damit auch Vertrauen gefunden werden kann, führt dies dazu, dass die Dienstleistung angenommen wird und eine Form der Kooperation entsteht, bei der die am Pflegearrangement Beteiligten aktiv mitwirken.

Die zeitliche Bemessung dieser indirekten Pflegeleistungen – als Voraussetzung für gelingende Koproduktion – sollte prozentual gleichmäßig für sämtliche Module erfolgen. Hinsichtlich der Bemessung dieses Prozentsatzes könnte auf Erhebungen zum Zeitbedarf des Pflege- und Betreuungsbedarfs, wie sie nach PLAISIR in einigen Bundesländern bereits für den stationären Bereich erhoben worden sind, zurückgegriffen werden.⁴⁵⁸ Derartige Erhebungen haben am Beispiel des Bundeslandes Hamburg unter anderem zu dem Ergebnis geführt, dass der erforderliche Zeitaufwand für Kommunikation pro Tag und Heimbewohner durchschnittlich 22 Minuten beträgt.⁴⁵⁹

Zwar beziehen sich solche Anhaltswerte auf den stationären Bereich und sind daher mit der in der häuslichen Lebenssituation erforderlichen Kommunikation nicht gleichzusetzen, weil hier i.d.R. noch pflegende Angehörige beteiligt sind. Solange jedoch durch Verfahren wie z.B. PLAISIR nicht auch für den ambulanten Bereich vergleichbare Informationen für notwendige Pflege- und Betreu-

⁴⁵⁸ PLAISIR erfasst den notwendigen Pflege- und Betreuungsbedarf von pflegebedürftigen Menschen, es handelt sich um ein Verfahren das ursprünglich aus Kanada stammt und seit einigen Jahren in der Schweiz umgesetzt wird. Auch in Bremen, Schleswig-Holstein, Hessen und Baden-Württemberg wurde dieses Verfahren in stationären Einrichtungen mit dem Ziel eingesetzt, auf aktueller Datenbasis zu erfassen, welche Pflegeleistungen Menschen benötigen.

⁴⁵⁹ Vgl. Hamburger Pflegegesellschaft (2003): Dieser Erhebung lagen 18 stationäre Einrichtungen mit 200 Bewohnern zugrunde.

ungsleistungen vorliegen, könnten diese zunächst als Orientierungswerte für eine prozentuale Bemessung dienen. So wäre es denkbar, einen Wert zwischen 2% und 5% der jeweiligen Gesamtbewertung eines jeden Moduls für kommunikative Anteile auszuweisen. In der Pflegedokumentation müssten die auf den Pflegeprozess bezogenen kommunikativen Ziele und Inhalte dabei nachvollziehbar dargestellt werden.

Ein weiterer Handlungsansatz für die Weiterentwicklung des Leistungsmodulsystems bezieht sich auf die Art und Weise, wie die Gesamtbewertung eines Moduls für die Pflegehaushalte verständlicher dargestellt werden kann. Die Gesamtbewertung eines jeden Moduls ergibt sich aus der Multiplikation von Punktzahl und Punktwert. Dies ist für die meisten Pflegebedürftigen und Angehörigen nur schwer zu verstehen. Dies hat zur Folge, dass die Pflegedienste als „Übersetzer“ auftreten müssen, um zu erklären, was sie im Rahmen ihrer Pflegestufe an Leistungen bekommen können und welche zeitliche Entlastung das für sie ausmacht.

Diese kommunikativen Ressourcen könnten sehr viel sinnvoller für den Pflegeprozess selbst anstelle für diese administrativen Aufgaben genutzt werden.

Anstelle des derzeitigen Punktesystems sollte daher mit konkreten Preisen und Zeiten agiert werden, denn Zeit gibt den Betroffenen eher einen Orientierungsrahmen als eine abstrakte Punktzahl. So wäre ein Dienstleistungsangebot wie beispielsweise die „kleine Morgentoilette“ (ca. 35–45 Minuten) zum Preis von 23 € leichter verständlich als die derzeitige Information „kleine Morgentoilette“: mit einer (beispielhaft zugrunde gelegten) Punktzahl von 350 (= 35 Minuten) und einem Punktwert von 0,065 (entspricht einem Stundensatz von 39 €). Der Preis von 23 € bei einer Dauer von ca. 35–45 Minuten ist in der Alltagswelt der Betroffenen leicht kommunizierbar, was für den Erfahrungsaustausch untereinander bzw. für die Herausbildung von Vergleichs- und Kontrollkriterien von grundlegender Bedeutung ist.

Eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung des Leistungsmodulsystems kann in der Notwendigkeit zu einer flexibleren Handhabung gesehen werden. Die bereits in Kapitel 3.6 geäußerte Grundkritik am System der Leistungsmodule bezieht sich darauf, dass die pauschalen Module nicht immer der individuellen Situation des häuslichen Pflegearrangements entsprechen. So sagt z.B. das Modul „kleine Morgentoilette“ aus, dass eine Pflegedienstleistung am Morgen erbracht wird. Es sagt auch aus, welche Leistungen im Einzelnen dazu gehören, also im Rahmen des Moduls finanziert werden (z.B. An- und Auskleiden, Teilwaschen, Mund- und Zahnpflege). Damit ist zwar eine Orientierung für den Pflegebedürftigen und den Angehörigen gegeben. Es muss aber soviel Flexibilität möglich sein, dass jemand beispielsweise auf das Kämmen durch den Pflegedienst verzichtet und dafür lieber etwas mehr Unterstützung für andere Leis-

tungen dieses Moduls in Anspruch nimmt. Es muss auch möglich sein, an Stelle einer Leistung im Rahmen des Moduls, die vom Pflegebedürftigen nicht benötigt wird, eine andere gleichwertige wählen zu können, also beispielsweise an Stelle einer Hilfestellung beim Aufstehen eine Unterstützung bei der Darm- und Blasenentleerung. Auch deshalb ist es wichtig, dass Leistungspakete mit einem Zeitrahmen hinterlegt sind, so dass der Pflegebedürftige und der Angehörige wissen, wie lange beispielsweise das Modul Morgentoilette dauert.

Des Weiteren sollten die hauswirtschaftlichen Leistungen nicht mehr nach Leistungsmodulen (wie z.B. Beheizen der Wohnung, Reinigung der Wohnung, Waschen/ Pflege der Wäsche und Kleidung) abgerechnet werden. Die Praxis hat besonders in diesem Bereich zahlreiche Mängel des Modulsystems offenbart. Es hat sich häufig gezeigt, dass gerade die pauschale Bemessung für hauswirtschaftlichen Tätigkeiten mit der Realität der individuellen Lebens- und Wohnsituation nicht übereinstimmt.⁴⁶⁰

Die aufgezeigten Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Leistungsmodulsystems können dazu beitragen, die grundsätzliche Kritik am pauschalierten Vergütungssystem wenigstens teilweise zu entkräften. Diese bezieht sich auf die starre Struktur der Modulpakete und den Vorwurf, dass dadurch eine flexible, dialogische Dienstleistungserbringung mit dem Pflegebedürftigen und den Angehörigen erschwert wird, da Aushandlungen lediglich hinsichtlich der Zusammenstellung der pflege- und hauswirtschaftsbezogenen Leistungsmodule in Abstimmung mit dem Pflegedienst erfolgen können (vgl. Kapitel 3.6).

Die dargelegten Ansätze zur Flexibilisierung des Modulsystems tragen dazu bei, dass Interaktion, Kommunikation und Koproduktion als Voraussetzung für die Pflegedienstleistungserbringung gewürdigt und damit ein individuelles Eingehen auf die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen und auch der Angehörigen eher ermöglicht wird. Die Ablösung des Punktesystems durch Zeitansätze und Preise kann zudem die Kundensouveränität der Betroffenen stärken, da sie leichter nachvollziehen können, ob die Leistungen eines Moduls in der in der Rechnung des Pflegedienstes angegebenen Menge auch erbracht wurden und ob sich der Pflegedienst etwa in dem Zeitaufwand eines Moduls bewegt hat. Auch sind Vergleiche mit anderen Pflegediensten sehr viel leichter möglich, was die Wahlfreiheit des Pflegebedürftigen unterstützt.

Die darüber hinaus diskutierte Flexibilisierungsmöglichkeit des Modulsystems im Bereich der Hauswirtschaft kann zudem zum Abbau von Verwaltungsaufwand führen. Denn wenn hauswirtschaftliche Leistungen nach der tatsächlich erbrachten Zeit und nicht nach standardisierten Leistungspaketen (die häufig nicht mit den Gegebenheiten der häuslichen Situation übereinstimmen) abge-

⁴⁶⁰ Vgl. „Das Capital“, (1995): „Suppe für 80 Mark“

rechnet werden, ist eine flexiblere individuelle Dienstleistungserbringung möglich.

Mit der gesonderten Ausweisung der kommunikativen Anteile innerhalb der Module kommt der Dokumentation der Leistungen und dem Qualitätsverständnis der Kostenträger eine wichtige Rolle zu: Pflegedokumentationen müssten einen anderen inhaltlichen Stellenwert erlangen, da nicht die personenbezogene Kontrolle pflegeorientierter Leistungen im Mittelpunkt stünde, sondern die Frage nach der Qualitätssteigerung häuslicher Pflege durch eine beziehungs- und pflegeorientierte Dienstleistung.

Für das Qualitätsverständnis der Kostenträger, die die Dokumentation vorrangig als Kontrollinstrument zur Überprüfung abgerechneter Leistungen sowie des eingesetzten Personals benutzen, bedeutet dies eine Umorientierung auf die Prozess- und Ergebnisqualität. Ein Dokumentationssystem, das sich am Handlungsmodell des Pflegeprozesses orientiert, vermeidet zudem Mehrfachdokumentationen, ermöglicht eine übersichtliche Verlaufsdarstellung der Pflege und vermeidet damit Bürokratie.⁴⁶¹

7.2.2 Zeitabrechnung

Im Vergleich zum Vergütungssystem der Leistungsmodule erweist sich das Zeitabrechnungssystem zunächst von seiner Struktur her als flexibler, da nicht pauschalisierte Module, sondern tatsächlich erbrachte Leistungen zur Abrechnung gelangen (vgl. Kapitel 3.6).

Im Zeitabrechnungssystem stellt sich zunächst die Problematik der indirekten Pflegeleistungen nicht in gleicher Weise wie beim System der Leistungsmodule, da hier keine starren Komplexpauschalen für die Abrechnung zugrunde gelegt werden, sondern die tatsächlich erbrachte Pflegezeit. Die in dieser Zeit erbrachten unterstützenden, anleitenden und beratenden Hilfestellungen können somit flexibel und am individuellen Bedarf orientiert abgerechnet werden.

Damit der Leistungsbezug der kommunikativen und beratenden Handlungen im Rahmen einer Zeitabrechnung ausreichend gewürdigt wird, ist es wie bei der Weiterentwicklung des Modulsystems erforderlich, dass beratende und kommunikative Anteile sowie sämtliche genannten indirekten Pflegeleistungen in der Pflegedokumentation zum Ausdruck kommen.

Die Erfahrungen im Umgang mit dem Zeitsystem zeigen, dass Angehörige während eines Pflegeeinsatzes kritisch das Arbeitstempo und damit die Höhe der Abrechnung kontrollieren; ähnliche Effekte wären bei der gesonderten Berücksichtigung von Kommunikation und Interaktion nicht auszuschließen, da sich

⁴⁶¹ Vgl. BMFSFJ (2005): S. 13

die Abrechnung im Zeitsystem an den tatsächlich erbrachten Leistungen orientiert.

Wenn es im Rahmen der Kommunikation gelänge, den Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen den Nutzen der Interaktion zu verdeutlichen, könnte dieser Effekt gelindert werden. Im Ergebnis kann dies sozusagen als ein Kommunikationsproblem betrachtet werden: wenn die Kommunikation gelingt, d.h. z.B. auch zu greifbaren Ergebnissen führt (z.B. zu einer Anpassung des Pflegearrangements), dann wird sie von den Beteiligten auch als sinnvoll und notwendig angesehen.

Seitens der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen besteht ein großes Bedürfnis nach einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den Pflegediensten (vgl. Kapitel 6.3.1). Vertrauen kann nur durch Kommunikation und Beziehungsarbeit entstehen. Dass diese wichtige Arbeit angemessen vergütet wird, wäre eine wesentliche Voraussetzung seitens der Familienhaushalte für eine gelingende „flexibilisierte“ Zeitabrechnung.

7.3 Case Management als Handlungsansatz zur Unterstützung personenbezogener Dienstleistungen

Die bislang dargestellten Handlungsansätze sollten einerseits deutlich machen, dass häusliche Pflegearrangements auf der Ebene des Pflegedreiecks in vielfältiger Weise stabilisiert und weiterentwickelt werden können, ohne dabei den Gesamtrahmen der Pflegeversicherung mit ihren geltenden leistungsrechtlichen Bestimmungen zu sprengen. Andererseits ist aber auch deutlich geworden, dass Hilfebedarfe in der Lebenslage Pflegebedürftiger und deren Angehöriger unter Umständen eine Komplexität erreichen können, die die Kompetenzen und die Leistungsfähigkeit der Akteure innerhalb des Pflegedreiecks überfordert. Damit stellt sich ganz grundsätzlich die Frage, in welcher Weise das Pflegedreieck von außen durch begleitende Hilfen im Sinne von Case Management unterstützt werden könnte.

Case Management stellt einen Arbeitsansatz dar, der in der sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion von zentraler Bedeutung ist. Case Management zielt darauf ab, Menschen in schwierigen Lebenssituationen auch über Institutionsgrenzen hinweg zu begleiten, sektorenübergreifende Hilfsangebote zu erschließen sowie deren Wirksamkeit zu überprüfen und zu optimieren. Bezogen auf den Einzelfall übernimmt der Case Manager eine koordinierende und vernetzende Funktion unter Einbezug der vorhandenen Wünsche und Vorstellungen des Klienten.

Wesentliche Zielsetzungen des Case Management bestehen in der:⁴⁶²

- Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung
- Vernetzung von Dienstleistungen (Kooperation mit mehreren involvierten Partnern – Leistungserbringern und Laien)
- Zielgenauigkeit in der Versorgung (Lösung konkreter Probleme)
- Erreichung qualitativer Ergebnisse zu wirtschaftlichen Bedingungen
- Qualitativen Anpassung des Hilfekonzepts an sich ändernde Bedarfslagen.

Die Phasen des Case-Management-Prozesses können für die verschiedenen Handlungsfelder wie folgt skizziert werden:⁴⁶³

- **Casefinding**
Zugang zum Beratungsangebot: Zu Beginn des Hilfeprozesses werden die Erwartungen und Wünsche des Klienten abgeklärt, die Rolle des Case Managers besprochen und ein Handlungsauftrag wird erarbeitet.
- **Assessment**
Ermittlung des Hilfebedarfs: Hierbei handelt es sich um die Einschätzung der Lage des Betroffenen gemeinsam mit dem Klienten. Das Assessment orientiert sich an den vorhandenen Ressourcen, der individuellen Lebenslage und den Vorstellungen der zukünftigen Lebensgestaltung.
- **Planning**
Aufstellung des Hilfeplans: Es werden Absprachen über den konkreten Unterstützungsprozess getroffen und konkrete Ziele formuliert. Dabei wird die Eigenverantwortung des Klienten gefordert. Die Planungsphase wird mit einem Kontrakt abgeschlossen.
- **Linking**
Durchführung der Hilfeplanung und Vermittlung der Hilfen: Der Case Manager rückt in den Hintergrund und das gemeinsam mit dem Klienten entwickelte Hilfesystem (bestehend aus professionellen und nicht professionellen Hilfen) übernimmt die konkrete Durchführung der Unterstützungsmaßnahmen. Der Case Manager begleitet dabei das getroffene Arrangement.
- **Monitoring**
Überprüfung der Hilfeplanung: Dies beinhaltet die Dokumentation des Hilfeprozesses sowie gelegentliche Kontakte mit dem Klienten, der sich aus seiner Sicht zum Verlauf des Unterstützungsprozesses äußert.

⁴⁶² Vgl. Raiff, N. / Shore, B. (1997); Conger, M.M. (1999)

⁴⁶³ Vgl. BMFSFJ (1999): S. 122-125

- **Evaluation**

Auswertung des Hilfeprozesses: Es erfolgt eine Überprüfung der Wirksamkeit, der Angemessenheit und des Wertes der Unterstützungsmaßnahme. Bei Bedarf muss eine Neueinschätzung vorgenommen werden und der Hilfeprozess überarbeitet werden.

- **Disengagement**

Beendigung: Ist das Ziel, dass der Betroffene und seine Bezugsperson wieder selbständige Handlungskompetenzen haben, erreicht, wird die Beratungsbeziehung beendet.

Wendt bezeichnet Case Management *„als einen Prozess der Zusammenarbeit, in dem eingeschätzt, geplant, umgesetzt, koordiniert und überwacht wird und Optionen und Dienstleistungen evaluiert werden, um dem gesundheitlichen Bedarf eines Individuums mittels Kommunikation und mit den verfügbaren Ressourcen auf qualitätvolle und kostenwirksame Ergebnisse hin nachzukommen.“*⁴⁶⁴

Nach Ewers/Schaeffer⁴⁶⁵ können drei zentrale Kernfunktionen des Case Managers unterschieden werden, nämlich die anwaltschaftliche (Advocacy), die Makler- (Broker) und die Gate-Keeper-Funktion.

Die **„Advocacy-Funktion“** macht ihn situativ zum Anwalt, zum Vertreter der Rechte des Klienten; er achtet darauf, dass diese nicht übervorteilt werden und sorgt sich darum, dass die notwendige Hilfe auch gewährt wird. Gleichzeitig soll die Hilfestellung durch den Case Manager jedoch nicht in Abhängigkeit führen, sondern die Entwicklung von Bewältigungsstrategien („Hilfe zur Selbsthilfe“) und die Selbständigkeit Klienten im Sinne des Empowerments fördern. Neben der individuellen Begleitung beinhaltet die anwaltschaftliche Funktion noch die Zielsetzung der Aufdeckung von Lücken im Versorgungssystem und die Weitergabe dieser Informationen an wichtige Akteure (z.B. unterschiedliche Kostenträger). Diese Funktion erfordert vom Case Manager sowohl ausreichende Kenntnisse über das Versorgungssystem und dessen Ressourcen und Arbeitsweisen, geplante und reflektierte Vorgehensweise bei der anwaltschaftlichen Interessenvertretung und die Fähigkeit zur angemessenen Bearbeitung von Interessenkonflikten. Hier nehmen sowohl institutionelle Rahmenbedingungen als auch die Qualifikation des Case Managers erheblichen Einfluss auf dessen spezifische Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten.

Als **„Broker“** makelt er für die Klienten, indem er abschätzt, welche Hilfen zur Verfügung stehen und diese vermittelt. In einem ausführlichen Assessment legt

⁴⁶⁴ Vgl. Wendt (2001): S. 154

⁴⁶⁵ Vgl. Ewers, M. / Schaeffer, D. (2000)

er gemeinsam mit den Betroffenen den Versorgungsbedarf fest und hilft, diesen mit den dazu passenden Angeboten des Sozial- und Gesundheitssystems zu verbinden. Für diese Funktion ist es wichtig, dass der Case Manager unabhängig agieren kann und selbst keinem Leistungserbringer angehört. Die Schwierigkeit dieser Rolle liegt darin, dass der Case Manager als Broker keinen direkten Einfluss auf die Gestaltung der erbrachten Versorgung durch unterschiedliche Einrichtungen hat, sondern nur auf Grund des eigenen Verhandlungsgeschickes, Vertrauensbildung und Aushandlung sowie einer gekonnten Koalitionsbildung beeinflussen kann.

Als „**Gatekeeper**“ prüft er, welche Leistungsansprüche bestehen, welche Möglichkeiten der Hilfestellung umsetzbar sind und welche nicht. Hier ist eine übergeordnete Ebene angesprochen, in der der Case Manager als Vermittlungsinstanz zwischen dem Versorgungsbedarf des Patienten einerseits und den vorhandenen gesellschaftlichen Ressourcen andererseits agiert. Zentrale Aufgabe dieser Funktion ist es, die benötigten finanziellen Mittel für die Versorgung bei unterschiedlichen Kostenträgern sicherzustellen und eine Budgetkontrolle vorzunehmen. Damit soll der Gatekeeper gewährleisten, dass bei Leistungserbringern und Nutzern ein Kostenbewusstsein bezüglich des Versorgungsablaufes entsteht, um eine sparsame Mittelverwendung anzuregen.

7.3.1 Case Management in verschiedenen sozialen Handlungsfeldern

Case Managementkonzepte sind heute bereits in vielen verschiedenen sozialen und gesundheitsbezogenen Handlungsfeldern etabliert, wie z.B. in der⁴⁶⁶

- Kinder- und Jugendhilfe;
- Rehabilitation und Teilhabe Behinderter;
- Bewährungshilfe;
- Beschäftigungsförderung;
- im Gesundheitswesen.

So sollen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe nach den §§ 36, 37 SGB VIII auf den Einzelfall bezogene Hilfeplanungen durch die Jugendämter erstellt werden. Diese Hilfepläne sollen jedoch nicht einseitig definiert werden, sondern vielmehr das Ergebnis gemeinsamer Aushandlungsprozesse sein.⁴⁶⁷ Die zu erstellenden Hilfepläne nach § 36 SGB VIII umfassen dabei vier Bereiche:

- die Bedarfsfeststellung,
- die Dokumentation der Betroffenenbeteiligung,
- die Hilfeart

⁴⁶⁶ Vgl. Ziller, H. (2004): S. 255-259

⁴⁶⁷ Vgl. Merchel, J. (1998): S. 43 ff.

- und die damit verbundenen Leistungen sowie eine Frist für die Überprüfung der weiteren Eignung und Notwendigkeit der Leistung.

Durch die Gründung von Betreuungsdiensten wurde z.B. das Ziel verfolgt, für junge Menschen und Familien mit komplexen, multidisziplinären und bereichsübergreifenden Hilfebedarfen (z.B. Kinder und Jugendliche mit extremer Verweigerungshaltung) flexibel und individuell ausgestattete Hilfen anstelle einer stationären Unterbringung zugänglich zu machen.⁴⁶⁸ Um dies zu erreichen, war es notwendig, traditionelle „versäulte“ Hilfeformen des Jugendamtes zu umgehen zugunsten eines flexiblen, bereichsübergreifenden Hilfskonzepts. Es konnten durch die Unterstützung des Case Managements ansonsten erforderliche stationäre Unterbringungen reduziert werden.

Auch erwerbslose Hilfebedürftige sollen nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB II umfassende Unterstützung mit dem Ziel der Eingliederung in die Arbeit erhalten, wobei die Agentur für Arbeit für jeden erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und die mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft Lebenden einen persönlichen Ansprechpartner benennen soll. Dieser soll die Angebote anderer Träger bedarfsgerecht koordinieren und dazu beitragen, dass Arbeitslose in den Arbeitsmarkt integriert werden: Damit ist die Steuerungsfunktion des so genannten Fallmanagers benannt. Gleichzeitig stellt das Fallmanagement eine personenbezogene Dienstleistung dar und ist ohne intensive persönliche Kommunikation nicht vorstellbar. Daneben müssen Fallmanager über Kompetenzen verfügen, die jeweils benötigten Leistungen professionell zu vermitteln und Klienten zu Eigenaktivität zu motivieren und ggf. anzuleiten.

Allerdings geht das Verständnis von Case Management insoweit über das Konzept eines Fallmanagers im Sinne des SGB II hinaus, als es die professionelle Fallverantwortung nicht an den Grenzen der eigenen Institution enden lässt, sondern die institutionenübergreifende Steuerung der beteiligten sozialen Dienste zu einem gleichgewichtigen Verantwortungsbereich macht. Ein erfolgreiches Case Management setzt von daher methodisch eine institutionenübergreifende Herangehensweise voraus, die in der Lage ist, die Zersplitterung des bestehenden Hilfesystems tatsächlich zu überwinden.

Im Gesundheitswesen wird durch die integrierten Versorgungsformen nach § 140 a-h SGB V der Versuch unternommen, den bestehenden Ineffizienzen des gegliederten Systems zu begegnen. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven, Kostensenkung oder zumindest die Stabilisierung der Ausgaben. Zudem hat der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2000/2001 Qualitätsmängel bei der gesundheitlichen Versorgung festgestellt. Der Rat stellt

⁴⁶⁸ Vgl. Scheuerl, A. (2000): S. 62-64

Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen fest.⁴⁶⁹ Als Orientierungspunkt dient die Frage der bedarfsgerechten Versorgung im Sinne einer dem individuellen, professionell und wissenschaftlich anerkannten Bedarf voll entsprechenden, also „indizierten“, Leistungen mit hinreichend gesichertem Nettonutzen.

Zur Behebung dieser Probleme – und vor allem der daraus entstehenden Gesundheitsausgaben – soll durch neue Versorgungsformen eine in Qualität und Umfang verantwortbare, möglichst kostengünstige Leistungserbringung ermöglicht werden. Die Instrumente zur Umsetzung der integrierten Versorgung bestehen unter anderem in Disease Management Programmen (DMP), wobei der Fokus hier primär in einer wirtschaftlicheren Gesundheitsversorgung durch die Auflösung der sektoriellen Versorgung liegt. Ein der integrierten Versorgung zugrunde liegender Kritikpunkt am derzeitigen Gesundheitssystem liegt darin, dass die gesundheitliche Versorgung wesentlich durch wirtschaftliche und professionelle Einzelinteressen geleitet wird statt von einer patientenorientierten, ganzheitlich ausgerichteten Versorgungskontinuität.

Die integrierte Versorgung weist dabei viele Parallelen mit dem Managed-Care-Ansatz aus den USA auf. Ganz allgemein bedeutet Managed Care die Anwendung von Managementprinzipien, die zumindest partielle Integration der Leistungsfinanzierung und -erstellung sowie das selektive Abschließen von Verträgen der Leistungserbringer mit ausgewählten Leistungsfinancieren. Das Augenmerk liegt hier auf der Kostenreduzierung durch Vertragsabstimmung in Form von „gelenkter Versorgung“ bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung.⁴⁷⁰

Instrumente von Managed Care, – die sich auch im deutschen Gesundheitswesen wiederfinden – sind das Disease – Management, als Steuerungsinstrument für bestimmte Patientenkollektive (z.B. Brustkrebspatientinnen) und das Case Management als Koordination und Steuerung des Einzelfalls (z.B. Schlaganfallpatient). In einem umfassenden Ansatz von Disease Management ist es erforderlich, neben der vorherrschenden populations- und krankheitsbezogenen Vorgehensweise ebenso personenorientierte Elemente individueller Beratung und Betreuung zu etablieren.

Vorrangiges Ziel des Disease Management ist es, durch die Koordination der Behandlung, unter Einbeziehung von Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation sowohl die Kosten zu senken als auch die Qualität zu steigern. Die Steuerung des Behandlungsgeschehens, d.h. die Ausrichtung an Leitlinien hat Priorität. Die aktive Einbeziehung des Patienten wird zwar propagiert, ohne jedoch umfassend zu reflektieren, wie die Übernahme von Verantwortung sei-

⁴⁶⁹ Vgl. Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über-, Unter- und Fehlversorgung, Berlin 2001, S. 32

⁴⁷⁰ Vgl. Amelung, V. (2000): S. 76

tens des Patienten tatsächlich gelingt und gefördert werden kann.⁴⁷¹ Dies kann sich als Hemmnis besonders für ältere, pflegebedürftige Menschen darstellen, die in ihren Handlungskompetenzen eingeschränkt sind.

Eine Hürde für ältere Menschen zur Teilnahme an solchen Programmen kann z.B. im Bereich der Mobilität liegen. Ältere Menschen sind, insbesondere wenn sie in ihrer Mobilität eingeschränkt und in besonderem Maße auf die Nutzung einer Infrastruktur im Nahbereich angewiesen sind, so dass ein wesentliches Kriterium aus der Sicht Älterer die Frage der Erreichbarkeit eines Versorgungsangebotes sein kann. Wenn insbesondere in ländlichen Gebieten der Hausarzt nicht an derartigen Programmen beteiligt ist, kann dies eine entscheidende Rolle für die Inanspruchnahme von DMP's darstellen.

Auch im Hinblick auf die mit den DMP's einhergehenden Patientenschulungen ist festzustellen, dass sich bisherige Konzepte vorrangig auf die Vermittlung von Wissen und Informationen beziehen. Dabei werden zwangsläufig der Patient und seine individuellen Bedürfnisse kaum berücksichtigt. Z.B. kann bei Diabetikern die Frage der Selbständigkeit der Essenszubereitung erheblichen Einfluss auf ihre Veränderungs- und Gestaltungsspielräume haben. Wesentlich ist dabei, ob das Essen selbst zubereitet werden kann, Angehörige das Essen zubereiten oder ein fahrbarer Mittagstisch in Anspruch genommen wird. Dieses Beispiel verdeutlicht, dass es notwendig ist, den jeweiligen Lebenskontext zu berücksichtigen, damit das DMP ein wirkungsvolles Angebot für ältere Menschen werden kann. In diesem Zusammenhang stellt Zaumseil u.a. fest:

„Im Vordergrund steht also kein dialogisches Konzept von Austausch, auch nur begrenzt ein Kooperationsgedanke, sondern nach wie vor das Konzept der Compliance.“⁴⁷²

Disease Managementprogramme beinhalten auch, dass die Behandlungsqualität abhängig ist vom wirtschaftlichen Kontext. Ergänzend werden sowohl für Leistungserbringer als auch für Versicherte finanzielle Anreize gesetzt, um eine Optimierung der Behandlungsabläufe zu erzielen.⁴⁷³ Fraglich dürfte sein, ob die Konsumentenmacht der Versicherten ausreicht, um einen derartigen Qualitätswettbewerb zu erzwingen und inwiefern negative Effekte für vertrauensbasierte Beziehungen zum Patienten auftreten können.

Gerade chronische Erkrankungen stehen in besonderem Maße in einem lebensweltlichen Kontext für die Betroffenen, weil Umstellungen der Lebensweise oder Veränderungen der Lebensperspektive notwendig werden. Deshalb sollten auch DMP's nicht nur neue Behandlungstechniken in den Mittelpunkt stellen

⁴⁷¹ Vgl. Zaumseil, M. u.a. (2002): S. 5

⁴⁷² Vgl. Zaumseil, M. u.a. (2002): S. 9

⁴⁷³ Vgl. Lauterbach, K.W. (1996)

sondern den Patienten und sein soziales Umfeld. Medizinische Angebote müssten verknüpft werden mit pflegerischen und psychosozialen Aspekten; das professionelle Wissen und die Ausrichtung an Leitlinien müsste mit dem jeweiligen Lebenskontext des chronisch Kranken angemessen verbunden sein.

Zusammenfassend macht der Blick auf das Case Management in den verschiedenen sozialen und gesundheitsbezogenen Handlungsfeldern zwei unterschiedliche Ausrichtungen deutlich: ein Gesichtspunkt ist die Perspektive der Steuerung, denn neben der Optimierung von Beratungs- und Behandlungsverläufen dient das Case Management aus der Sicht der Kostenträger als Möglichkeit der betriebswirtschaftlichen Rationalisierung von Versorgungsabläufen und der ökonomischen Steuerung von Versorgungspaketen. Der andere Gesichtspunkt liegt in der Betonung der anwaltschaftlichen Funktion mit dem Ziel, den Klienten optimal zu versorgen und ihn zu einem weitgehend selbstbestimmten Leben zu befähigen. Die Ausrichtung an der Würde und Integrität des Einzelnen sind zentrale Herausforderungen dieser Ausrichtung.⁴⁷⁴

Grundsätzlich müssen sich die ökonomisch steuernde und die anwaltschaftliche Funktion des Case Management nicht widersprechen. Kommt es aber zu Situationen, in denen sich die Interessen nicht decken (z.B. wenn die Unterstützung zu einer selbstbestimmten Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit durch eine „Rund um die Uhr Versorgung“ zu höheren Kosten führt als eine alternative stationäre Versorgung), bedarf es einer Instanz, die den Betroffenen darin unterstützt, sein individuelles Interesse zu vertreten bzw. durchzusetzen.⁴⁷⁵ Diese anwaltschaftliche Funktion des Case Managements erlangt besonders für ältere Menschen an Bedeutung, die möglicherweise in ihrem Handlungsrahmen beeinträchtigt sind.

7.3.2 Komplexität der Hilfebedarfe im Alter

Im Gegensatz zu den vorgenannten sozialen und gesundheitsbezogenen Handlungsfeldern ist das Case Management im Sinne einer vernetzten personenbezogenen Hilfeplanung in der Altenhilfe in Deutschland bislang nicht regelhaft institutionell verortet.

Trotz fehlender Institutionalisierung existieren verschiedene pflegebezogene Ansätze des Case Managements wie z.B. in der Überleitungspflege an der Nahtstelle vom Krankenhaus in andere Versorgungsformen. Der Expertenstandard Entlassungsmanagement⁴⁷⁶ verfolgt das Ziel, die Selbstpflege- und Versorgungsfähigkeit eines Patienten mit Unterstützung seiner Angehörigen zu stabilisieren. Darüber hinaus wird mit dem Entlassungsmanagement das Ziel

⁴⁷⁴ Vgl. Rose, S. (2002)

⁴⁷⁵ Vgl. Kühn, H. (2001): S. 37

⁴⁷⁶ Vgl. Deutsches Netzwerk zur Qualitätssicherung in der Pflege (Hg.) (2002) (b)

verfolgt, die Koordinierung der Versorgung der Pflegebedürftigen sowie die Einleitung und Einbindung einer professionellen Versorgung sicherzustellen.

Diese Ansätze richten sich zwar auf die hochrelevante Schlüsselsituation der Krankenhausentlassung, erfassen aber nicht die gesamte häusliche Lebenssituation in ihrer Komplexität, sondern konzentrieren sich im Kern auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. So können die Hilfebedarfe in der Lebenslage Pflegebedürftiger und deren Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit eine Komplexität erreichen, die die Kompetenzen und die Leistungsfähigkeit der Akteure innerhalb des Pflegedreiecks überfordert.

Eine Folge der voranschreitenden Institutionalisierung der Pflege ist die Entwicklung zunehmender Spezialisierung und Zersplitterung der Angebotslandschaft und die damit einhergehende Schwierigkeit im Umgang und in der Bewertung der Dienstleistungen. Das Treffen der richtigen Entscheidungen ist unter diesen Bedingungen schwierig und muss nicht selten von Angehörigen geleistet werden, die möglicherweise selbst mit Beeinträchtigungen zu kämpfen haben.

Bezogen auf die häusliche Pflege folgt das Case Management häufig einem übergeordneten Leitziel, nämlich der Vermeidung stationärer Unterbringung, wobei *„durch einen individuellen Zuschnitt vorwiegend ambulanter Dienstleistungen die Selbständigkeit und Selbstversorgung alter Menschen bei eingetretener oder voraussehender Pflegebedürftigkeit möglichst erhalten werden soll.“*⁴⁷⁷

Die Unterstützung der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen bei der Zusammenstellung eines individuellen Versorgungsangebots („package of care“) und das Erschließen der notwendigen Leistungen bei den verschiedenen Instanzen des Versorgungswesen stellt daher eine weitergehende Dimension dar.⁴⁷⁸ Mit Hilfe des Case Management in der häuslichen Pflege können die je unterschiedlichen Beiträge von professionellen Dienstleistungen, familialer

⁴⁷⁷ Vgl. Wendt (2001): S. 167

⁴⁷⁸ Es wird deswegen auch häufig nicht von Case Management sondern von Care Management gesprochen. Der Begriff Care Management wurde 1991 von der Regierung in Großbritannien eingeführt und wird oft mit dem Begriff Case Management gleichgesetzt (Department of Health 1991). Die regierungsamtliche Einführung hatte den Grund, in der Gemeindepflege das care in den Vordergrund zu rücken, da *nicht eine Person als Fall, sondern vielmehr der Prozess der pflegerischen Versorgung zu managen sei*. Die Grenzen zwischen Care und Case Management können je nach konzeptioneller Ausrichtung und methodischer Besonderheit fließend sein: *„Das Case Management konzentriert sich eher auf konkrete und akut notwendige unterstützende Hilfeplanungen für einzelne oder Familien in komplexen Problemlagen. Das Care Management befasst sich stärker mit der Modifizierung und (Neu-)Strukturierung von Hilfeangeboten, d.h. aller formeller und informeller Dienstleistungen im sozialen und gesundheitlichen Bereich – mit dem Ziel, über die Einzelhilfe hinausgehende, zeitlich längerfristige und auf größere Sozialräume (Stadtteile, Regionen) bezogene Wirkungen zu erreichen.“* (Beikirch, E. et al. (1995), S. 1)

Unterstützung und freiwilliger Helfer zu einem individuellen Hilfearrangement zusammengefügt werden.

Der durch den Case Manager gesteuerte individuelle Hilfemix zeichnet sich nach Klie⁴⁷⁹ durch je unterschiedliche Mischungsverhältnisse von professionellen Hilfen, familialen Leistungen und Hilfen durch Freiwillige Helfer aus, die sich z.B. je nach Einstellungen und Kulturen bei den Familien und den Diensten, nach persönlichen Ressourcen und Bedarfen (vgl. Kapitel 6.3.1 und 6.3.2) im Pflegearrangement unterschiedlich zusammenfügen:

Abbildung 6: Der „Hilfemix“



Quelle: Klie, Th. (2005)

Sowohl in der kontinuierlichen Strukturierung von unterschiedlichsten Hilfeangeboten (professionelle und nichtprofessionelle Dienstleistungen) als auch in der anwaltschaftlichen Begleitung des Pflegebedürftigen und der Angehörigen liegen wesentliche Funktionen des Case Managements in der Altenhilfe.

Der Case Manager handelt bei der Unterstützung und Zusammenstellung dieses Hilfemixes auf verschiedenen Ebenen: denn er bewegt sich sowohl auf der Ebene des Pflegebedürftigen und seines sozialen Umfeldes, wenn es um die Kommunikation und die Aushandlungsprozesse mit dem Familiensystem geht. Darüber hinaus handelt er auch auf der Ebene der Organisation der Dienstleistungen, wenn es z.B. um die Einbeziehung unterschiedlicher Anbieter (professionellen Dienstleister, aber auch ehrenamtliche Helfer) geht.

Besondere Bedeutung erlangt in Case Management Ansätzen in der häuslichen Pflege das umfangreiche Assessment, dass ggf. mehrere miteinander verbundene Probleme identifiziert, wie z.B. eine ungünstige Wohnung, eine schwierige

⁴⁷⁹ Vgl. Klie, Th. (2005), S. 12

finanzielle Situation und eine gleichzeitige Verschlechterung der körperlichen und psychischen Verfassung, und damit weit über die Begutachungskriterien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit hinausgeht.⁴⁸⁰

Dies bedeutet, dass ein individuelles Versorgungspaket erst dann zusammengestellt werden kann, wenn ein derartiges Assessment Informationen zu Tage fördert, die nicht nur ausschließlich medizinisch-pflegerische Aspekte beinhalten, sondern auch die soziale Lage der Betroffenen, das Wohnumfeld etc. Dies erfordert vom Case Manager ein Qualifikationsprofil, das ihn befähigt, sich im Assessment ein möglichst genaues Bild der aktuellen Arrangements zu verschaffen, mit denen eine Familie die Situation zu bewältigen versucht.⁴⁸¹ Nur so ist es für die Pflegedienste möglich, das eigene Leistungsprofil optimal zu integrieren. Nur auf der Basis des Bemühens, alltagsweltliche Pflegearrangements zu verstehen, können akzeptable Änderungsvorschläge gemacht werden.

Die Tätigkeit des Case Managers ist somit ein komplexes Qualifikationsprofil; sein Handeln bedarf ausgeprägter Kommunikations- und Interaktionskompetenzen sowie organisatorischer Fertigkeiten, System- und Strukturkenntnisse und schließlich ökonomischer Kompetenzen.⁴⁸² Auch die berufspolitisch geführten Diskussionen in den Gesundheits- und Sozialberufen über die Frage, ob die bereits etablierten Berufe diesem zusätzlichen Rollenanspruch gerecht werden oder ob ein eigenständiger Beruf erforderlich ist, spiegelt diesen hohen Anspruch an den Case Manager wieder.⁴⁸³

7.3.3 Das Modell des Pflegebegleiters

Ein Ansatz für die Ausgestaltung des Case Managements in der häuslichen Pflege stellt das Modell des Pflegebegleiters nach Knipscheer⁴⁸⁴ dar. So hat Knipscheer das Modell des Pflegedreiecks mit dem Ziel weiterentwickelt, eine Form zu finden, die auf der Ebene der individuellen Pflegesituation die Koordination und wechselseitige Verbindlichkeit von professioneller und familiärer Pflege gewährleistet. Knipscheer schlägt als Ausgangspunkt eine Trias vor, die die pflegebedürftige Person, die familiäre Hauptpflegeperson und – als „neuen“ Akteur – einen „Pflegebegleiter“ umfasst, der an der Schnittstelle zum professionellen Pflegesystem handelt. Der Pflegebegleiter vermittelt einerseits zwischen einer spezialisierten und zersplitterten Dienstleistungsstruktur und ande-

⁴⁸⁰ Hierfür wird bei der Erprobung des Pflegebudgets (s. Kapitel 7.4) das Instrument RAI 2.0 eingesetzt; vgl. Garms-Hormolova, V. (2000): RAI 2.0 – Resident Assessment Instrument. Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation. Bern.

⁴⁸¹ Vgl. Corbin, J. / Strauss, A. (1990): S. 59-74

⁴⁸² Vgl. Ewers, M. / Schaeffer, D. (2000): S. 79 ff.

⁴⁸³ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit (2001)

⁴⁸⁴ Vgl. Knipscheer, C.P.M. (1993)

rerseits den komplexen Bedürfnissen und Erfordernissen, die aus der individuellen Pflegesituation resultieren. Das ursprüngliche Pflegedreieck (Pflegedienst, Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger) wird somit genauso genommen um eine Dimension erweitert (Pflegebegleiter).

Nach diesem Modell sind der Pflegebegleiter und die private Hauptpflegeperson weitgehend von den direkten Verrichtungen zur Pflege und Hilfe entlastet. Ihre wesentliche Aufgabe besteht darin, die Beiträge und Interventionen jeweils „ihrer“ Seite entsprechend den zu dritt getroffenen Absprachen auszuhandeln, zu koordinieren und abzusichern. Im Mittelpunkt sollen dabei die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person stehen.

Knipscheer macht für sein Modell folgende Vorteile geltend:

- Klarheit und Transparenz über wechselseitige Rollen und übernommene Aufgaben, so dass z.B. die Hilfe, die die pflegebedürftige Person aus ihrem sozialen Umfeld erhält, nicht durch die Intervention des professionellen Dienstes entmutigt wird, gleichzeitig aber einer Überlastung des Familiensystems vorgebeugt wird (damit keine „selbst schädigenden“ Pflegearrangements entstehen).
- Durch die Verbindung Pflegebegleiter und private Hauptpflegeperson kann eine Kontinuität der Pflege auch dann gewahrt werden, wenn eine Verschlechterung im Zustand des Pflegebedürftigen eintritt. Es entsteht Vertrauen in die Stabilität des häuslichen Arrangements und die Beteiligten werden in ihren Handlungen sicherer.
- Die Aushandlung und Planung innerhalb dieses Dreiecks sowie die Abstimmung der Beiträge der beteiligten Helfer und Pflegedienste ermöglichen ein maßgeschneidertes Pflege- und Hilfearrangement. Durch wechselseitige Feedbacks kann dies kontinuierlich an die Erfordernisse angepasst werden.
- Der Pflegebegleiter bildet einen Puffer zwischen dem professionellen System und dem Familiensystem. Er erschließt den Pflegemarkt, handelt die individuellen Arrangements aus und steht für die Qualität der Pflege. Gegenüber Trägern und Anbietern tritt er als Anwalt der pflegebedürftigen Person auf, der deren Interessen und Rechte vertritt.

Die dargestellten Überlegungen von Knipscheer sollen zeigen, dass die Beteiligten des Pflegedreiecks allein nicht automatisch die Gewähr dafür bieten, eine optimale Verknüpfung zwischen familialem und professionellem System herzustellen. So kann der pflegende Angehörige durch den Pflegebegleiter einerseits von den immer wichtiger werdenden Organisationsaufgaben entlastet werden,

andererseits kann dadurch die Position der pflegenden Angehörigen als „Konsument“ auf dem Pflegemarkt gestärkt werden.

Der Handlungsrahmen des Pflegebegleiters ist daher auch davon bestimmt, welchen Einfluss er auf den Familienhaushalt ausüben kann und in wessen Auftrag er handelt. Weiterhin ist bei dem Modell von Knipscheer zu hinterfragen, ob die Person des Pflegebegleiters eine ausreichende Erweiterung des Pflegedreiecks darstellt. Zwar kann mit seiner Hilfe ein umfassender individueller Hilfeplan für das häusliche Pflegearrangement erstellt werden. Positiv ist zu werten, dass durch die beratende Funktion des Pflegebegleiters das Familiensystem eine Unterstützung und Entlastung in der Organisation der Pflegeprozesse erhalten kann. Dabei stellt sich die Frage, ob der Pflegebegleiter auch solche Aufgaben übernimmt, die der Pflegedienst im Rahmen der Pflegeplanung und des Pflegeprozesses bereits übernimmt und wie diese Funktionen aufeinander abgestimmt werden. Sind die Aufgabenverteilungen zwischen Pflegedienst und Pflegebegleiter nicht eindeutig geklärt, kommt es zu Rollenüberschneidungen und zusätzlichen Konflikten, da sowohl der Pflegedienst als auch der Pflegebegleiter die planerische und organisatorische Aufgaben des Pflegeprozesses wahrnehmen.

Unklar bleibt in diesem Modell auch, ob der Pflegebegleiter regelhaft für alle häuslichen Pflegearrangements zum Einsatz kommen soll oder nur in besonderen Bedarfslagen und wie er finanziert wird.

Das Modell des Pflegebegleiters nach Knipscheer zeigt jedoch, dass neben der begleitenden und anwaltschaftlichen Funktion auch die Koordination von Hilfen im häuslichen Pflegearrangement eine wichtige Rolle spielt.

Die Bedeutung des Case Managements kann daher auf den unterschiedlichen Ebenen als Verbindungsglied zwischen dem Sozial- und Gesundheitssystem und dem Familiensystem betrachtet werden, mit dessen steuernder Hilfe ein passgenaues, individuelles Pflegearrangement zustande kommen kann.

Da ein übergreifendes Schnittstellenmanagement, das verschiedenste Leistungsträger im Sinne des Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen zusammenbringt, in Deutschland noch nicht regelhaft etabliert ist, soll im Folgenden am Beispiel des in der italienischen Region Emilia-Romagna bereits fest etablierten Case Managementkonzepts dieses näher betrachtet werden.

7.3.4 Case Management in der Emilia-Romagna

Case-Management-Konzepte in der Altenhilfe sind in vielen Ländern in sehr unterschiedlichen Ausprägungen bereits etabliert.⁴⁸⁵ So verschieden die Aus-

⁴⁸⁵ Vgl. BMFSFJ (1999): S. 109 f.

gangsvoraussetzungen und Erscheinungsformen des Case Managements im internationalen Vergleich sind, so stimmen sie jedoch in der Zielsetzung überein, dass älteren Menschen die im Verlauf des Alternsprozesses erforderlichen spezifischen Hilfen entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen in fachlich abgesicherter Weise und aufeinander abgestimmt zur Verfügung zu stellen. Gemeinsames Ziel ist es dabei, älteren Menschen, insbesondere auch dann, wenn ihr Hilfebedarf wächst, die größtmögliche Selbstständigkeit in der Lebensführung zu sichern.

Ein besonders konsequent entwickeltes Beispiel für ein gesetzlich abgesichertes integriertes Hilfesystem, das alle erforderlichen Hilfen des Sozial- und Gesundheitswesens einschließt, hat die Region Emilia-Romagna mit dem Regionalgesetz Nr. 5/94⁴⁸⁶ entwickelt. Das Gesetz trägt den Titel „*Schutz und Wertschätzung der älteren Menschen. Maßnahmen zugunsten pflegebedürftiger älterer Menschen*“ und enthält Vorschriften, die dazu dienen sollen konkrete Maßnahmen umzusetzen, damit ältere Menschen in der Familie, im sozialen Umfeld verbleiben können und „*ihr Reichtum an Erfahrungen, Kenntnissen und Kultur geschätzt wird*“. Die konkreten Maßnahmen sollen hilfsbedürftige ältere Menschen erreichen, unabhängig davon, ob der Hilfesuchende bereits pflegebedürftig ist oder nicht.⁴⁸⁷

Im Mittelpunkt stehen dabei nach Art. 6 vorbeugende Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und die Stützung und Stärkung des familiären Umfelds und seiner Lebensverhältnisse, so z.B. die Integration des älteren Menschen ins soziale Umfeld, der Vorbeugung gegen Notfälle, auch durch Planung und Qualifizierung der Sozialpolitiken, umfassende, einheitliche und kontinuierliche Antworten auf die Bedürfnisse, Spezialisierung der Maßnahmen und Dienste, Mitverantwortung des älteren Menschen und seiner Familie (siehe Artikel 6 des Gesetzes).

Um ganzheitliche und interdisziplinäre Hilfe leisten zu können, sieht das Gesetz ein Altenhilfesystem vor, das einzelfallbezogen mit den Methoden des Case Managements steuert und folgende Grundelemente umfasst:

- Den Hilfsdienst für ältere Menschen – „Servizio assistenza anziani“ SAA, (Artikel 15)
- die geriatrische Bewertungseinheit – „Unità di valutazione geriatrica“ UVG (Artikel 17)

⁴⁸⁶ Vgl. Tutela e valorizzazione delle persone anziane – Interventi a favore di anziani non autosufficienti; Legge n. 5/94 (1995)

⁴⁸⁷ Anzumerken ist, dass hier ein anderes Verständnis von Pflegebedürftigkeit vorliegt. Hilfe- und Pflegebedarf wird für solche Menschen als gegeben betrachtet, die „nicht mehr in der Lage sind, für sich selbst zu sorgen und ein normales gesellschaftliches Leben zu führen ohne wesentliche fremde Hilfe“.

- den verantwortlichen Betreuer für den Einzelfall – „Responsabile del caso“ (Artikel 18)
- das Netzwerk der medizinisch-sozialen Stellen (Artikel 20).

Der regional gegliederte Hilfsdienst für ältere Menschen ist zuständig für alle sozialen und gesundheitlichen Leistungen für ältere Menschen bildet dabei die einzige Anlaufstelle für Hilfesuchende ältere Menschen. Hier erfolgt eine erste Bewertung der Situation des älteren Menschen durch den Case Manager, um ihn je nach benötigter Hilfeleistung unmittelbar dem Netz der Sozialdienste oder über die geriatrische Bewertungseinheit den integrierten Gesundheits- und Sozialdiensten zuzuführen.

Bemerkenswert ist an der Ausrichtung des Hilfsdienstes für ältere Menschen auch, dass medizinische und soziale Dienste vermittelt werden. Seitens des Hilfsdienstes wird ein fallverantwortlicher Case Manager bestimmt, der die Koordination des Einzelfalls übernimmt. Dieser gewährleistet für den älteren Menschen, der pflegebedürftig ist oder der von Pflegebedürftigkeit bedroht ist, einen korrekten und vollständigen Ablauf des benötigten Pflegeprogramms.

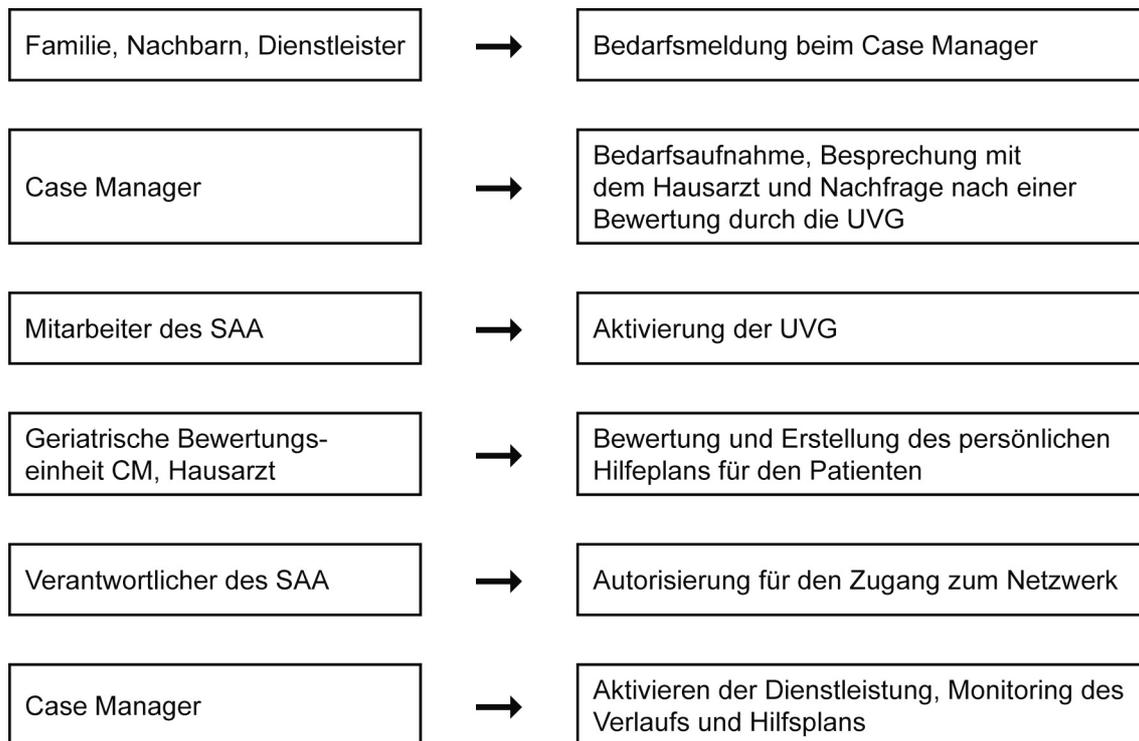
Der Hilfsdienst übernimmt damit eine Kontrollfunktion für den älteren Menschen, er informiert über sämtliche regional angebotenen Hilfsdienste und deren Zugangsvoraussetzungen unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit des Bürgers. Ferner obliegt dem Hilfsdienst die Organisation von Fort- und Weiterbildung des Personals sowie von Informations- und Gesundheitskampagnen für ältere Menschen.

Die geriatrische Bewertungseinheit (UVG) ist u.a. ein Bindeglied zwischen den Hilfsdiensten der Region und dem Krankenhaus; sie handelt z.B. bei einer Krankenhausentlassung in Abstimmung mit dem zuständigen Krankenhausarzt. Vorrangige Aufgabe der geriatrischen Bewertungseinheit ist es, eine Bewertung der individuellen sozialen und gesundheitlichen Bedürfnisse vorzunehmen. Im Unterschied zum integrierten Hilfsdienst (SAA), der als Ansprechpartner für sämtliche hilfsbedürftige ältere Menschen handelt, bewertet die UVG konkrete Pflegerisiken und stellt Pflegebedürftigkeit fest.

Im Rahmen eines interdisziplinären Assessments, das ein Geriater, eine Pflegefachkraft und der fallverantwortlichen Betreuer (Case Manager) durchführen, wird ein individuelles Maßnahmenpaket erarbeitet. Dabei ist es Aufgabe der UVG in regelmäßigen Abständen die Effizienz und Qualität dieses Maßnahmenbündels zu überprüfen.

Die folgende Abbildung soll den Zugang zum Netzwerk des Case Managements verdeutlichen:

Abbildung 7: Organigramm des Verlaufs: Der Zugang zum Netzwerk



Quelle: BMFSFJ (2000): S. 286, eigene Darstellung

Der konkrete Ablauf eines Hilfeprozesses beginnt mit der Erstbewertung durch den Case Manager. Anlass ist z.B. die bevorstehende Krankenhausentlassung eines älteren Menschen oder die direkte Kontaktaufnahme durch Angehörige und andere Ratsuchende. Der fallverantwortliche Case Manager ermittelt den Hilfebedarf, informiert sich über die Lebensverhältnisse und nimmt Kontakt mit dem Hausarzt auf. In einem gemeinsamen Assessment erarbeiten der Case Manager, die geriatrische Bewertungseinheit unter Einbeziehung des Hausarztes sowie der Familie des Pflegebedürftigen einen individuellen Hilfeplan. Der Case Manager organisiert die Umsetzung des Hilfeplans durch die Hilfsdienste des Netzwerkes der medizinisch-sozialen Stellen. Falls erforderlich veranlasst der Case Manager eine Anpassung und Neuerstellung eines Hilfeplanes.

Der Prozess des Case Managements stellt sich in diesem Sinne als ein Prozess dar, der Aktionen und Reaktionen mit kontinuierlichen Feedbacks vorsieht, die es erlauben, die Ziele aufgrund der erreichten Ergebnisse hinsichtlich des Gesundheitszustands und der weiteren Bedürfnisse des älteren Menschen zu überprüfen. Die Einbeziehung der Familie und ihr Beitrag zu den Hilfen im täglichen Leben, den zwischenmenschlichen Beziehungen, finden dabei besondere Berücksichtigung.

Das Beispiel des Case-Management-Konzeptes aus der Emilia-Romagna soll verdeutlichen, wie eine institutionenübergreifende und interdisziplinäre Hilfeplanung in der Lage ist, die Komplexität häuslicher Pflegearrangements erfolgreich zu erfassen und effiziente Unterstützungsangebote zu vermitteln.

Trotz der Unterschiede im Vergleich zum hiesigen System (besonders im Hinblick auf die hier nicht vorhandene einzige zentrale Zugangsstelle zu Hilfen aus dem professionellen System) kann man von der Emilia-Romagna als einem Beispiel für eine besonders konsequente Ausgestaltung eines Systems personenbezogener Hilfeplanung im Sinne umfassender Koordination und Kooperation lernen.

7.3.5 Möglichkeiten der regelhaften Ausgestaltung von Case Management in der Altenhilfe der BRD

Ausgehend von der Komplexität der Hilfebedarfe im Alter sollen nun Gestaltungsmöglichkeiten für das Altenhilfesystem in Deutschland erörtert werden.

Vor dem Hintergrund der in Deutschland noch nicht regelhaft etablierten Institutionalisierung des Case Managements ist schon vor einigen Jahren das Gesetzgebungsprojekt eines Bundesaltenhilfe- oder Altenhilfestrukturegesetzes entwickelt worden, das als Kern eine personenbezogene Hilfeplanung im Sinne von Case Management vorsieht. Es war bereits in der zweiten Legislaturperiode im Regierungsprogramm der letzten Bundesregierung enthalten,⁴⁸⁸ ist aber politisch nicht umgesetzt worden. Ob die neue Bundesregierung das Vorhaben wieder aufgreifen wird, bleibt abzuwarten.

Daher stellt sich die Frage, ob Case-Management-Strukturen unter den geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland auch ohne eine solche umfassende spezialgesetzliche Regelung entwickelt werden könnten. Dies könnte z.B. auf der Grundlage der je spezifischen Funktionen und Aufgaben geschehen, die die an der Gewährung von Leistungen der Altenhilfe und -pflege beteiligten Stellen in Bezug auf die personenbezogene Hilfeplanung bereits jetzt haben. Dies führt zu der Frage, ob statt einer monopolistischen Zuordnung des Case Managements zu einer Stelle nicht kooperative Strukturen denkbar wären.

• Case Management als lokale Gemeinschaftsaufgabe

Der Grundgedanke für die Entwicklung eines kooperativen Handlungskonzeptes für eine vernetzte personenbezogene Hilfeplanung besteht darin, dass Beratung und Koordinierung als lokale Gemeinschaftsaufgabe verstanden wird.

⁴⁸⁸ Vgl. Deutscher Bundestag (2004): BT-Drs. 15/3075 (2004): S. 8: „Das Altenhilfestrukturegesetz wird in die nächste Legislaturperiode verschoben.“

Dabei stellen sich unter den Rahmenbedingungen des so genannten „gegliederten Systems“, d.h. der Zuordnung der verschiedenen Interventionsbereiche des Sozial- und Gesundheitswesens zu verschiedenen „Säulen“ des sozialen Sicherungssystems (z.B. Kranken- und Pflegeversicherung, sowie Sozialhilfe), und der gewachsenen differenzierten Trägerlandschaft weder Bedarfsdeckung noch die Koordinierung der einzelnen Hilfelemente zu einem allgemein zugänglichen, insgesamt funktionsfähigen System von selbst ein.

Unter den Strukturbedingungen des gegliederten Systems wird zunächst deutlich, dass kein Leistungsanbieter über alle Hilfelemente des Sozial- und Gesundheitswesens verfügt, die für ältere Menschen wichtig sind. Daher müssen Hilfesysteme so angelegt sein, dass den älteren Menschen, den pflegenden Angehörigen und den Pflegebedürftigen ein Zugang zu allen erforderlichen Hilfen des Sozial- und Gesundheitswesens möglich ist. Wichtigstes Ziel ist dabei die Erhaltung oder Wiedergewinnung der größtmöglichen Selbständigkeit in der Lebensführung, was u.a. die kooperative Unterstützung, Ergänzung und Stärkung der familialen Pflegepotenziale voraussetzt.

Insbesondere die für die Beratungs- und Unterstützungsleistungen erforderliche Neutralität und Unabhängigkeit machen deutlich, dass keiner der Akteure des Altenhilfesystems in Deutschland von vornherein sämtliche Anforderungsprofile eines Case Managements erfüllt.

So übernehmen die Pflegekassen zwar nach § 69 SGB XI den Sicherstellungsauftrag, wonach sie im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten haben. Dabei sind sie nach § 12 SGB XI aufgefordert, mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammenzuarbeiten und darauf hinzuwirken, dass Mängel in der pflegerischen Versorgungsstruktur beseitigt werden; hier wurde den Pflegekassen der Koordinationsauftrag für die ihnen obliegenden Zuständigkeiten erteilt.

Diese Management-Kompetenzen sind aber gegenständlich begrenzt, da Pflegekassen im Rahmen ihres Sicherstellungs- und Koordinierungsauftrags schlecht in eigenem Namen Hilfelemente koordinieren können, auf die sie keinen Zugriff haben, so z.B. auf betreute Wohnungen oder häusliche Hilfen außerhalb des SGB XI. Hinzu kommt, dass durch die organisatorische Anbindung an die Krankenkassenstrukturen die Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung eher dazu genutzt werden, beitragsatzrelevante Ressourcen des Krankenversicherungshaushaltes zu schonen. Dies wird besonders an der Schnittstelle von Behandlungspflege und Grundpflege oder auch von geriatrischer Rehabilitation und Pflege deutlich. Auch die fallbezogene Bereitstellung

konkreter Hilfen aus dem Leistungsvolumen des SGB XI würde Schwierigkeiten bereiten, da Pflegekassen nicht selbst Träger von Einrichtungen sind.

Die Leistungserbringer haben zwar de facto einige Case-Management-Aufgaben, z.B. bei der Erstellung und Durchführung eines individuellen Hilfeplans und bei der Durchführung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI; diese beziehen sich jedoch nur auf diejenigen Leistungselemente, die sie im Rahmen ihres Leistungsspektrums selbst erbringen können. Darüber hinaus können sie in ihrer Position als Marktteilnehmer naturgemäß nicht die erforderliche Neutralität wahren, da ihr Handeln stets darauf ausgerichtet sein muss, ihre Existenz auf dem Pflegemarkt zu sichern.

Bleiben die Kommunen: Sie sind zum einen als Sozialhilfeträger für die Finanzierung der „Restkosten“ zuständig, die durch die gedeckelten Leistungen der Pflegekassen nicht abgedeckt werden, sofern ein sozialhilferechtlicher Anspruch beim Pflegebedürftigen besteht. Sie haben daher eine ähnliche Sachnähe zur Erbringung von Pflegeleistungen wie die Pflegekassen. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass auch Kommunen Träger von Pflegeeinrichtungen sind, was wiederum die gleichen Neutralitätsprobleme wie bei allen Leistungserbringern hervorruft.

Dennoch kommt auch den kommunalen Gebietskörperschaften eine wichtige Rolle bei der Begleitung und Unterstützung häuslicher Pflegearrangements zu. Die kommunalen Gebietskörperschaften sind nach Artikel 28 Abs. 2 GG zuständig für alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft. Diese betreffen nach einer Definition des Bundesverfassungsgerichtes diejenigen Bedürfnisse und Interessen, die in der örtlichen Gemeinschaft wurzeln oder auf die sie einen spezifischen Bezug haben, die also den Gemeindeeinwohnern gerade als solchen gemeinsam sind, indem sie das Zusammenleben und -wohnen in der Gemeinde betreffen.⁴⁸⁹ Für diesen örtlichen Wirkungskreis haben die Gemeinden die primäre Allzuständigkeit⁴⁹⁰, d.h. die Befugnis, sich aller Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft, die nicht durch das Gesetz bereits anderen Trägern öffentlicher Verwaltung übertragen sind, ohne besonderen Kompetenztitel anzunehmen.⁴⁹¹ Aus diesem Verantwortungsbereich heraus ergibt sich die Fragestellung, welche Perspektive die Gemeinschaft als Lebensraum für ältere Menschen in der Kommune haben kann.

Für die Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung hat das unmittelbare Lebensumfeld für ältere Menschen eine ungleich größere Bedeutung als für jüngere. Soll das sozialpolitisch gewünschte Ziel, dass Menschen auch mit wachsendem Hilfebedarf so lange wie möglich so selbständig wie möglich le-

⁴⁸⁹ Vgl. BVerfGE 79, S. 127 ff., S. 151 ff.

⁴⁹⁰ Vgl. Maunz / Dürig / Herzog, Kommentar zum Grundgesetz Rdnr. 60 zu Art. 28

⁴⁹¹ Vgl. Schlempp, Kommentar zur Hessischen Gemeindeordnung, Anm. IX 1.b) zu § 1

ben können, auf Dauer erreichbar bleiben, richtet sich der Blick zwangsläufig auf die Lebensumwelt und den sozialen Raum der Betroffenen.

Die familialen Hilfsnetze haben ihren Ursprung im persönlichen Lebensumfeld der Hilfebedürftigen und sämtliche Pflegeeinrichtungen sollen i.d.R. „ortsnah“ angesiedelt sein (vgl. § 8 Abs. 2 Satz 1 SGB XI). Den Kommunen kann dabei eine zentrale Schlüsselrolle zugeordnet werden, da *„ihre Gesamtverantwortung im Rahmen der örtlichen Daseinsvorsorge, der Sozial- und Fachplanung, der Bauleitplanung einschließlich Bodenbevorratung sowie der Infrastruktur- und Projektplanung über die Sozialhilfe, in manchen Ländern auch mit der Zuständigkeit für die Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen auf der örtlichen Ebene, bis hin zu den Funktionen der Sozialhilfeträger im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes reicht.“*⁴⁹²

Bezogen auf die Bedürfnisse älterer Menschen im „Sozialraum Kommune“ kann man hieraus die Forderung nach qualifizierter Altenhilfeplanung einschließlich Bedarfserhebung, Bestandsanalyse und Angebotsplanung ableiten. Diesen gestaltenden und planenden Verantwortungsbereich gilt es gerade vor dem Hintergrund zu untermauern, dass seit Einführung der Pflegeversicherung durchaus Tendenzen auf kommunaler Ebene zu erkennen sind, sich aus dieser Verantwortung zurückziehen. Begründet wird dies damit, dass mit dem durch das Pflegeversicherungsgesetz geschaffenen Pflegemarkt und der bedarfsunabhängigen Zulassung von Pflegeeinrichtungen (siehe § 72 Abs. 3 SGB XI) eine öffentliche Planung ausgeschlossen sei.

Im Hinblick auf die Implementierung von Case-Management-Strukturen ist der kommunalen Ebene jedoch neben der Altenhilfeplanung auch noch die Koordination der Hilfen, Dienste und Einrichtungen für ältere Menschen sowie eine fachqualifizierte Beratung zuzuordnen.⁴⁹³ Dabei ist einerseits zwischen der Koordination der Leistungserbringer untereinander und der Koordination der im Einzelfall auf eine Person bezogenen Hilfen andererseits zu unterscheiden. Erstere Koordinationsaufgaben finden sich z.B. in den Kommunen wieder, die über eine „Leitstelle Älterwerden“ verfügen. Diese Koordinationsaufgaben könnten noch vielfältiger über die regionalen Pflegekonferenzen nach § 12 Abs. 1 SGB XI ausgebaut werden, zumal diese Pflegekonferenzen in Zusammenarbeit zwischen Kommune, Pflegekasse, Leistungserbringern organisiert werden sollen.

Für die Koordination der Beratung Hilfesuchender älterer Menschen spricht somit vieles für eine Zuordnung zur Kommune als dem primären sozialen Lebensraum, wobei je nach Größenordnung und örtlichen Gegebenheiten kreisangehörige Städte und Gemeinden, Landkreise und kreisfreie Städte in Be-

⁴⁹² Vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (1998): Nachrichtendienst, S. 2-3

⁴⁹³ Vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (1998): Nachrichtendienst, S. 2-3

tracht kommen. Landkreise und kreisfreie Städte sind hier allerdings in erster Linie gefordert, weil im Hinblick auf die Zuständigkeit für die Sozialhilfe von einer solchen Lösung am ehesten die gewünschten Effekte erwartet werden können. Die lokale Ansiedlung von Beratung und Koordinierung auf kommunaler Ebene bedeutet in diesem Verständnis jedoch nicht, dass diese stellvertretend für die Leistungserbringer und Kostenträger koordinieren und beraten. Vielmehr sollten sich auf örtlicher Ebene sämtliche Akteure zusammenfinden, um Leistungen weitgehend selber zu koordinieren und die Stadt bzw. der Landkreis hätte die Aufgabe, die Koordination und Beratung organisatorisch sicherzustellen, sie zu moderieren, ihre Qualität zu sichern und Trägerneutralität zu gewährleisten. Pflege- und Krankenkassen sowie der Medizinische Dienst sollten in diese Arbeit eingebunden werden.

Versuche zu einem bedarfsorientierten Ausbau solcher Angebote sind in mehreren Ländern unternommen worden; vor allem in Baden Württemberg, das mit seinem Programm zum landesweiten Aufbau von Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen“ (IAV-Stellen) eine Vorreiterrolle eingenommen hat.⁴⁹⁴ Allerdings werden diese Angebote derzeit nicht mehr aus Landesmitteln gefördert, was deren Existenz grundsätzlich in Frage stellt, weil tragfähige alternative Finanzierungsstrukturen nicht zur Verfügung stehen.

• **Organisatorische, strukturelle und finanzielle Aspekte**

Ein umfassendes Koordinierungs- und Beratungsangebot muss notwendigerweise trägerübergreifend sein. Im Interesse der Gleichbehandlung aller Leistungsanbieter muss die Beratungs- und Koordinierungstätigkeit zugleich trägerneutral sein, d.h. insbesondere, dass sie den Hilfesuchenden Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen in der Region verfügbaren Angeboten eröffnen muss.

Eine aktive und kooperative Beratungs- und Koordinationstätigkeit bedeutet auch, dass sie gleichberechtigt von allen mitzugestalten ist und sich an alle richtet, die in Bezug für ältere Menschen und deren Familien wichtige Hilfen, Dienste und Einrichtungen bzw. Funktionen wahrnehmen, wie z.B.:

- Leistungserbringer und Träger sowie deren Verbände,
- Kirchliche Stellen, soweit sie Funktionen in der Altenhilfe wahrnehmen,
- Kostenträger (insbesondere Pflegekassen, Krankenkassen und Sozialhilfe),
- Kommunale Gebietskörperschaften,
- Krankenhäuser, Krankenhaussozialdienst,
- Rehabilitationseinrichtungen,
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung,
- Seniorenvertretungen, Seniorengenossenschaften,

⁴⁹⁴ Vgl. Schöllkopf, M. (1996): S. 103 ff.

- Selbsthilfegruppen.

Die Bündelung dieser verschiedenen wichtigen Funktionen auf kommunaler Ebene hätte zur Folge, dass der Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt die Gesamtverantwortung übernimmt, die kooperativ angelegte Beratungs- und Koordinationsstelle organisatorisch absichert und die Trägerneutralität gewährleistet.

Die rechtliche Grundlage für eine mitverantwortliche Beteiligung seitens der Pflegekassen bietet § 7 Abs. 4 SGB XI. Demnach können sich Pflegekassen zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsangeboten anderer Träger beteiligen; dabei ist die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung zu gewährleisten. In der Gesetzesbegründung wird darauf hingewiesen, dass eine gemeinsam getragene Beratungsstruktur auch deshalb erforderlich ist, weil manche Pflegekassen ein ortsnahe Beratungsangebot nicht vorhalten, was für eine Unterstützung häuslicher Pflegearrangements von zentraler Bedeutung ist. Mit dieser seit dem Inkrafttreten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetz in 2002 vorgenommenen Klarstellung hat der Gesetzgeber auf die ablehnende Haltung der Pflegekassen zur Beteiligung an diesen Beratungsstellen reagiert, was vor allem mit der fehlenden Finanzierungsmöglichkeit, vorhandenen eigenen Beratungsangeboten und der oftmals kritisch hinterfragten Trägerneutralität der Beratungsstellen gestützt wurde.

Allerdings ist anzumerken, dass von der Möglichkeit, sich aus den Verwaltungsmitteln am Aufbau von Case-Management-Strukturen zu beteiligen, bislang nicht Gebrauch gemacht wird. Aus einem Positionspapier des VdAK/AEV zur Reform der Pflegeversicherung geht hervor, dass das Case Management künftig vielmehr als ein Leistungselement im Pflegeversicherungsrecht zu etablieren sei. Dies hätte zur Konsequenz, dass es als ein eigenständiger Leistungsbestandteil und nicht aus Verwaltungsmitteln der Pflegekassen zu finanzieren sei.⁴⁹⁵

In der gemeinsamen Organisation und der Beteiligung bei der Vorhaltung von Beratungsstrukturen liegt eine Chance für neue Kooperationsformen aller Akteure, die mit ihrem jeweiligen Beitrag zu einem institutionenübergreifenden Case Management beitragen können.

Der Reiz einer solchen interdisziplinären Arbeitsweise liegt darin, dass dabei die jeweiligen Fachkompetenzen der beteiligten Akteure für eine umfassende Beratung Hilfesuchender älterer Menschen zum Tragen kommen. Denn eine Beratungsstruktur, die schon vom strukturellen Ansatz her auf Hilfen verweist, die grundsätzlich andere zu erbringen haben, ist im „gegliederten System“ des Sozial- und Gesundheitswesens nicht effizient. Mit dieser Form der Zusam-

⁴⁹⁵ Vgl. VdAK/AEV (2005) (b): S. 12-13

menarbeit könnte auf Kostenträgerseite eine „neue Kultur des Helfens“ entwickelt werden, die von der Einsicht geleitet ist, dass erst aus dem Mix sämtlicher Institutionen und Disziplinen die Komplexität des Lebensraums älterer Menschen und ihrer Familien erfasst werden kann.

Unverzichtbar ist in diesem Zusammenhang auch die regelmäßige Mitarbeit des Krankenhaussozialdienstes in einem kooperativen Beratungs- und Koordinierungsverbund. Besonders an der Schnittstelle vom Krankenhaus zur häuslichen Pflege erweisen sich noch viele Brüche in der Versorgung; erst durch ein regelhaftes Entlassungsmanagement⁴⁹⁶ kann beim Übergang in die häusliche Pflege das Leitziel größtmöglicher Selbständigkeit der Lebensführung erreicht werden.

Die finanzielle Grundlage einer kooperativ organisierten Beratungs- und Koordinierungstätigkeit bilden bereits bestehende gesetzlich geregelte Aufgaben, die ihrerseits Beratungs- und Koordinierungsanteile umfassen. Dies gilt grundsätzlich für den gesamten Leistungsbereich des Sozialgesetzbuchs (vgl. § 14 SGB I), insbesondere aber für die Sozialhilfe (§§ 1 Abs. 1 und 2, 71 Abs. 2 Nr. 3 und 4 SGB XII), die Pflegeversicherung (§§ 7, 12 Abs. 2 SGB XI) und das Krankenkassenwesen (§ 112 SGB V).

Die Grundidee ist dabei, die verschiedenen gesetzlich geregelten Beratungs- und Koordinierungsanteile nicht mehr nur isoliert im Kontext der jeweiligen Leistung zu erbringen, sondern in orts- und familiennahen Beratungs- und Koordinierungsstellen zu bündeln und sich wechselseitig ergänzen zu lassen. Die dezentrale eigentliche Beratungstätigkeit könnte dabei in einem kooperativen Konzept im Wesentlichen durch die Beratungsfachkräfte der Leistungserbringer bzw. der Verbände und der Pflegekassen erfolgen.

Eine solche Vorgehensweise könnte auch zu einer auf Dauer angelegten Regelfinanzierung auf der Grundlage von Kostenbeiträgen aller Beteiligten losgelöst von deren konkreten Handlungsanteilen führen. Die Pflegekassen könnten sich dabei auf der Basis des § 7 Abs. 4 SGB XI an der Regelfinanzierung beteiligen.

Die aufgezeigte kooperative Organisationsstruktur für eine lokal zu verortende vernetzte Hilfeplanung wird jedoch nur gelingen, wenn sämtliche Akteure bereit sind, sich für diese neue Form der Zusammenarbeit zu öffnen. Gegenseitiges Misstrauen im Hinblick auf die jeweiligen Kompetenzen anderer oder negative Vorabeschatzungen über interdisziplinäre Beratungsstrukturen erschweren eine Kooperation. Auch Systeme können sich nur dann als lernfähig erweisen, wenn sie bereit sind, sich für Problemlagen zu öffnen.

⁴⁹⁶ Vgl. Expertenstandard „Entlassungsmanagement“; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2002) (b)

Für die Stützung, Förderung und Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements wird jedenfalls der jeweilige Teilbeitrag, den jeder hierzu leisten kann, für sich betrachtet nicht ausreichen. Werden die Hilfen nicht koordiniert, aufeinander abgestimmt, und weiterentwickelt, ist der Vorrang der ambulanten vor der stationären Pflege auf Dauer gefährdet.

7.4 Das Pflegebudget als strategische Alternative?

Die Ausgestaltung häuslicher Pflegearrangements erhält in Zukunft durch die Erprobung des Pflegebudgets in Verbindung mit den zuvor erörterten Case-Management-Strukturen einen weitergehenden Handlungsansatz, der für die Familien und das Pflegedienstsystem neue Formen der Kooperation bewirken kann.

Beim Pflegebudget handelt es sich um eine Geldleistung, die vom Pflegebedürftigen zum bedarfsgerechten Einkauf von Pflegedienstleistungen verwendet werden darf. Budgets anstelle von herkömmlichen Sachleistungen werden nicht nur in Deutschland, sondern bereits seit einigen Jahren auch in vielen Ländern Europas praktiziert. Die Zielsetzungen, die mit Budgetansätzen verfolgt werden, ähneln sich: es geht um die Unterstützung der Autonomie und der Selbstbestimmung, um eine höhere Effizienz in der Leistungserbringung, aber auch um Kosteneinsparungen.

Im Rahmen der Experimentierklausel des § 8 Abs. 3 SGB XI, eingefügt durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz, fördern die Spitzenverbände der Pflegekassen das Projekt „Persönliches Budget“, das derzeit in sieben Regionen der Bundesrepublik für insgesamt bis zu 900 Personen im Zeitraum zwischen 1. Oktober 2004 und 31. März 2008 erprobt wird.⁴⁹⁷ Eine ebenso große Vergleichsgruppe soll es möglich machen, die Wirkungen des Pflegebudgets zu analysieren. Primär richtet sich das Pflegebudget an alle Erstantragssteller zu den Leistungen der Pflegeversicherung, an alle Personen welche ambulante Dienstleistungen über § 36 SGB XI in Anspruch nehmen sowie an alle Personen, die nach einer Krankenhausentlassung aufgrund einer vorläufigen Pflegeeinstufung leistungsberechtigt sind.⁴⁹⁸

⁴⁹⁷ Träger des Projektes ist die Evangelische Fachhochschule Freiburg, Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege unter Leitung von Prof. Dr. Thomas Klie. Die wissenschaftliche Begleitforschung wird vom Zentrum für europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) und vom Freiburger Institut für Angewandte Sozialforschung (FIFAS) übernommen.

⁴⁹⁸ Vgl. Vdak/AEV (2005) (a): Informationen zum Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gem. § 8 Abs. 3 SGB XI, vom 04.01.2005

7.4.1 Das Pflegebudget als eigenständige Leistungsform

Das Pflegebudget könnte die bestehenden Geld- und Sachleistungen zukünftig als eine weitere Leistungsform ergänzen, falls es sich im Modellprojekt bewährt, also eine effizientere Leistungserbringung sowie Kosteneinsparungen bewirkt.

Geld- und Sachleistungen sowie das Pflegebudget weisen jeweils unterschiedliche Möglichkeiten zur Organisation des häuslichen Pflegearrangements auf. Da bestimmte Verwendungsformen des Pflegebudgets (z.B. Zahlungen an Familienangehörige, Finanzierung von Schwarzarbeit) ausgeschlossen sind, stellt das Pflegebudget eine Art Zwitter zwischen den bereits existierenden Geld- bzw. Sachleistungen dar. Die im SGB XI vorgesehene Geldleistung kann daher nicht mit dem Pflegebudget gleichgesetzt werden. Das Pflegebudget ersetzt nicht die Geldleistung, sondern die Sachleistung der Pflegeversicherung.

Die folgende Übersicht soll die Handlungsoptionen, die mit den verschiedenen Leistungsformen verbunden sind, verdeutlichen:

Tabelle 3: Sachleistung, Geldleistung und Pflegebudget im Vergleich

	Sachleistungen	Geldleistungen	Pflegebudget
Grundlage	§ 36 SGB XI	§ 37 SGB XI	§ 8 Abs. 3 SGB XI
Merkmale:	Pflegesachleistungen sind von professionellen Pflegekräften erbrachte, ambulante Pflegedienstleistungen. Sie umfassen die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) sowie eine hauswirtschaftliche Versorgung. Pflegedienste schließen mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag ab, der sie dazu berechtigt vorab mit den Pflegekassen vereinbarte Leistungskomplexe abzurechnen.	Das Pflegegeld ist eine frei verwendbare Geldleistung, die insbesondere auch als Gratifikation für pflegende Angehörige oder andere Betreuungspersonen verwendet werden darf. Zur Überprüfung der erbrachten Pflegequalität besteht die Pflicht, je nach Grad der Pflegebedürftigkeit halb- bzw. vierteljährlich eine Beratung durch einen Pflegedienst in Anspruch zu nehmen.	Das Pflegebudget ist eine Geldleistung mit der dem individuellen Pflegebedarf entsprechende Pflegedienstleistungen eingekauft werden können. Dienstleistungen müssen von legalen Anbietern und dürfen nicht von Angehörigen oder Schwarzarbeitern erbracht werden. Ein Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen ist nicht notwendig, so dass die Leistungskomplexe nicht bindend sind. Ein Case Manager unterstützt und berät den zu Pflegenden und pflegenden Angehörigen bei der Zusammenstellung der gewünschten Pflegedienstleistung.

Quelle: Arntz, M. / Bermann, A. (2004): S. 25; eigene Darstellung

Die starke Reglementierung des Sachleistungsbereichs in der häuslichen Pflege (vgl. Kapitel 6.4.2) kann die Attraktivität häuslicher Versorgungsformen mindern und damit ihre Leistungsfähigkeit begrenzen. Im Kontrast zur starken Reglementierung der Sachleistungen besteht eine weitgehend freie Verfügbarkeit über die Geldleistungen nach § 37 SGB XI. Hier beschränkt sich die Pflegeversicherung auf begleitende und kontrollierende Einsätze zur Sicherung der Qualität in der Pflege.

Die Steuerungskonzeption, die dem Budgetgedanken zu Grunde liegt, schließt ein, dass zwischen dem Kostenträger und dem Leistungserbringer keine Rechtsbeziehung mehr besteht. In der Konsequenz verliert das Vertragsrecht, das deren Beziehungen im herkömmlichen Sachleistungsprinzip regelt an Bedeutung.⁴⁹⁹ An dessen Stelle tritt das Case Management. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie ein Pflegemix zwischen professioneller, familialer, ehrenamtlicher und nicht professioneller Unterstützung gelingen kann.

Ein zentrales Ziel, das mit der Erprobung des Budgets verbunden ist, liegt in der Flexibilisierung der Leistungen der Pflegeversicherung und damit verbunden in der besseren Berücksichtigung von bisher vernachlässigten Wünschen und Bedürfnissen Pflegebedürftiger, besonders von Menschen mit Demenz.

Aber auch vor dem Hintergrund sich ausdifferenzierender Pflegearrangements in der häuslichen Pflege erscheint die durch das Pflegebudget ausgelöste Flexibilisierung der Sachleistungen als ein geeignetes Instrument, um den unterschiedlichen Bedarfen der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen besser gerecht zu werden. Die in Kapitel 7.1 aufgezeigten notwendigen Weiterentwicklungen innerhalb des Pflegedreiecks können durch das Pflegebudget einen idealen Rahmen erhalten, der einen verstärkten Anreiz für die notwendige Ausdifferenzierung des Leistungsspektrums der Dienste bewirken kann.

Mit dem Budget ist es dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen möglich, auch solche Leistungen einzukaufen, die bislang über die Sachleistung nicht finanziert wurden (z.B. Betreuungsangebote). Das Pflegebudget soll es den Betroffenen, Angehörigen und Betreuern ermöglichen, diejenigen Hilfen einzukaufen, die sie tatsächlich benötigen. Der Pflegehaushalt ist damit nicht mehr an die Inhalte und finanziellen Bewertungen des Leistungsmodulsystems und an die vorhandenen Angebote zugelassener Pflegedienste gebunden.

Verstärkt durch die freie Verwendung persönlicher Budgets können somit auch andere Leistungen nachgefragt werden, als jene, die der Pflegedienst traditionellerweise im Angebot vorhält. Es bedeutet aber auch, dass der Pflegedienst auch auf Nachfragen außerhalb des Leistungskomplexsystems reagieren muss, will er nicht riskieren, einen „Kunden“ an Konkurrenten zu verlieren.

⁴⁹⁹ Vgl. Neumann, V. (2003): S. 398

Eine qualitätssteigernde Umsetzung eines personenbezogenen Budgets setzt voraus, dass die Betroffenen in ihrer Rolle als Nachfrager und Konsumenten gestärkt und gestützt werden. Die Familien erhalten durch die Budgets mehr Verantwortung. Allerdings kann dies nur gelingen, wenn diese Verlagerung flankiert wird durch assistierende Case-Management-Strukturen. Vor diesem Hintergrund wird die Verfügbarkeit von Informationen, Anwaltschaft und Beratung zum entscheidenden Kriterium für den Einsatz von Geldleistungen als Mittel zu mehr Konsumentensouveränität und Kundenorientierung; dies gilt um so mehr, wenn das Pflegebudget perspektivisch trägerübergreifend Anwendung finden soll, also die segmentierten Leistungsbereiche des Gesundheits- und Pflegewesens überwinden helfen soll.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen müssen daher durch eine gezielte individuelle und von den Interessen der Leistungs- und Kostenträger unabhängigen Beratung und Information in der konkreten Planung und Organisation des Pflegeprozesses unterstützt werden. Die im Zusammenhang mit dem Case Management in Kapitel 7.3 diskutierten Aufgabenstellungen, Methoden und Umsetzungsfragen erhalten bei der Erprobung des Pflegebudgets eine zentrale Bedeutung.

7.4.2 Erfahrungen mit und Erwartungen an das Pflegebudget

Erfahrungen mit Pflegebudgets liegen in verschiedenen Bereichen wie z.B. in der Behindertenhilfe bereits vor. Das sozialpolitische Ziel, das mit dem persönlichen Budget erreicht werden soll, ist im SGB IX definiert: Es geht darum, den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen (§ 17 Abs. 2 SGB IX n.F.). Der Perspektivwechsel, der mit dem Budget für Menschen mit Behinderung verbunden ist, bedeutet, dass Menschen mit Behinderung nicht mehr länger Objekt der Fürsorge, sondern Subjekt der eigenen Lebensgestaltung sein sollen.⁵⁰⁰

Mit dem „Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch“⁵⁰¹ ist ein erweitertes Experimentieren mit persönlichen Budgets für pflegebedürftige und behinderte Menschen möglich. Beabsichtigt ist, diese Leistungsart nach einer Phase der Erprobung mit Evaluation (bis 2007) anschließend als Regelleistung zu übernehmen. Bis 2008 sollen Verfahren zur Bemessung von budgetfähigen Leistungen in Geld und die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen erprobt werden (§ 17 Abs. 6 SGB IX n.F.). Perspektivisch soll das Pflegebudget von den beteiligten Leistungsträgern als trägerübergreifende Komplexleistung erbracht werden. Dies bedeutet, dass neben

⁵⁰⁰ Dies entspricht auch dem fachlichen Ansatz von „Care“ als professionelle Dienstleistung, vgl. Kapitel 4.2

⁵⁰¹ Vgl. Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27.12.03 (BGBl. I S. 3022)

den Rehabilitationsträgern auch die Pflegekassen und Integrationsämter beteiligte Akteure sind (§ 17 Abs. 2 Satz 2 i.d.F. vom 30.12.03).

Die Budgetdiskussion ist keine nationale. In anderen europäischen Ländern, wie z.B. Holland, liegen Erfahrungen vor, die auch für die hiesige Diskussion nützlich sein können. So wurden Budgetmodelle zunächst in unterschiedlichen Feldern (hauswirtschaftliche Hilfe und häusliche Pflege, Begleitung für Personen mit geistiger Behinderung, Begleitung für Personen mit psychischen Erkrankungen) erprobt, um sie dann in 2003 zu einem integrierten personenbezogenen Budget zusammen zu führen⁵⁰², womit das zur Verfügung gestellte Geld trägerübergreifend zum Einkauf notwendiger Leistungen eingesetzt werden kann.

Die niederländischen Erfahrungen in der Erprobung mit personenbezogenen Budgets haben deutlich gemacht, dass es einen Bedarf gibt sowohl für solche Personen, die eigenständig mit Hilfe des Budgets Leistungen „einkaufen“, dass es aber auch Bevölkerungsanteile gibt, welche die Dienstleistungen auf den traditionellen Sachleistungsweg beziehen möchten. So stellt auch nach Klie das *„Budget keine Lösung für alle dar, sondern es bedarf der Wahlmöglichkeiten.“*⁵⁰³

Die Erprobung der personengebundenen Budgets verfolgt weiterhin das Ziel, ein „kundenorientiertes“ Leistungsangebot anzustoßen. Hinsichtlich der Entwicklung der Anbieter konnte in den Niederlanden ein Wandel festgestellt werden, was die organisatorische Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Klienten betrifft. Der Markt wurde offen für neue Angebotsstrukturen.

Die Herstellung einer ausreichenden Konsumentensouveränität ist dabei eine grundlegende Bedingung für die Ausübung der Selbstbestimmungs- und Wahlrechte, die den Pflegebedürftigen in der Pflegeversicherung zur Verfügung stehen. Dass jedoch längst nicht alle Nutzer von Pflegedienstleistungen in ihren möglichen Reaktionen auf die ihnen stärker zugewiesene Marktmacht gleichermaßen reagieren, ist bereits am Beispiel der Untersuchung von Baldock/Ungerson (1994) in Kapitel 4.1 deutlich geworden. Diese Untersuchung hat verdeutlicht, dass es kein einheitliches, homogenes Handeln von Menschen auf dem „Pflegemarkt“ gibt, sondern dass Menschen auf verschiedene Arten mit unterschiedlichen Ergebnissen reagieren, abhängig von ihren gesammelten Erfahrungen mit Märkten und ihren Fähigkeiten darauf zu reagieren.

Wenn es um die Stärkung der Nutzer und Kundensouveränität als ein Ziel geht, das mit der Erprobung von Pflegebudgets verfolgt wird, ist dies eine zentrale Erkenntnis. Sie macht umso mehr deutlich, dass jedes Pflegearrangement

⁵⁰² Vgl. Miltenburg, Th. (2004): S. 73-80

⁵⁰³ Vgl. Klie, Th. (2004) (a): S. 47

letztlich ein individueller Aushandlungsprozess ist und dass nicht alle Nutzer idealtypisch sämtliche intendierten Konsumenteneigenschaften besitzen.

Die durch das Pflegebudget gestärkte Rolle der Nutzer hat nach den niederländischen Erfahrungen auch zur Folge, dass Klienten nicht nur über den Stundenlohn, den Zeitplan und die persönliche „Passform“ verhandeln wollten, sondern auch über die Bedingungen der Leistungserbringung.⁵⁰⁴ Die Erprobung des Pflegebudgets kann somit auch darauf hinwirken, dass eine bessere Interaktion zwischen pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und professionellen Dienstleistungen erfolgt. In der Folge ist eine dialogisch orientierte Handlungsweise zwischen Pflegedienst und Familiensystem erforderlich.

Die in den Niederlanden beobachtete Entwicklung des Verhaltens der Pflegehaushalte und Pflegedienste ist ein Indiz dafür, dass das Pflegebudget im Idealfall förderlich für Aushandlungsprozesse zwischen Familien- und Pflegesystem wirken kann. Dies setzt aber voraus, dass sämtliche Akteure offen und flexibel genug sind, sich auf diese neue Form der Aushandlung einzulassen. Denn es ist einfacher, Leistungen standardisiert – und wie gewohnt – mit den Kostenträgern abzurechnen, als in intensiven kommunikativen Prozessen ein individuelles Hilfe- und Unterstützungspaket zu schnüren. Dies erfordert qualifikatorische Lernprozesse seitens der Pflegedienste, wie sie bereits in Kapitel 7.1 als Handlungsansatz dargestellt wurden.

Auch hier geben die praktischen Erfahrungen über Modellprojekte von persönlichem Budget für Menschen mit Behinderung wie z.B. in Baden-Württemberg Hinweise darauf, dass sich diese Lernprozesse nicht von heute auf morgen einstellen.⁵⁰⁵ Denn es hat sich gezeigt, dass sich nicht nur die Teilnehmerfindung schwierig gestaltet, sondern auch die Bereitschaft zur Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungsträger nicht automatisch gegeben ist.

So konnte Evers im Rahmen eines Modellprojektes in Frankfurt „Wohnen und Pflegen im Verbund“⁵⁰⁶, das mit Budgets anstelle der bisherigen Leistungsmodule operiert hat, feststellen, dass im Rahmen der Umstellung auf Budgets und mit einer fallbezogenen Flexibilisierung von Leistungen Zeiten erforderlich wurden, in denen sich die Mitarbeiter über schwierige und ungewohnte Verhaltensweisen der Menschen austauschen konnten, um ein abgestimmtes Hilfe-konzept umsetzen zu können. Erst durch zusätzliche Supervisionsstunden konnte dieses Problem gelöst werden. Im Ergebnis kann man festhalten, dass sich die für die Aushandlungsprozesse erforderliche Interaktionskompetenz durch das Pflegebudget entwickeln konnte.

⁵⁰⁴ Vgl. Miltenburg, Th. (2004): S. 77

⁵⁰⁵ Vgl. Soziaministerium Baden-Württemberg, (2002): Persönliches Budget für Menschen mit Behinderung

⁵⁰⁶ Vgl. Evers, A. / Ühlein, A. (1999) (a)

Generell kann festgestellt werden, dass mit der Erprobung von Pflegebudgets in Verbindung mit Case Management ein flexibler Rahmen zur Leistungserbringung anstelle des im Vergleich eher unflexiblen Korsetts der Leistungsmodule geschaffen werden kann.

Der Anreiz dieses flexiblen Rahmens dürfte darin bestehen, dass es jederzeit möglich ist, Zeiten, Inhalte und Leistungen durch Aushandlungsprozesse im Rahmen des Pflegebudgets individuell zu vereinbaren, wodurch auch die finanzielle Absicherung für die Entwicklung der unter Kapitel 7.1 skizzierten Hilfeangebote gegeben ist.

Diese Aushandlungsprozesse erfordern die Bereitschaft sowohl seitens der Familien, der Pflegedienste als auch der Kostenträger, Lernprozesse einzugehen. In diesem Verständnis stellt das *„Experiment Pflegebudget ein Lernprojekt dar. Es wird mit vielen Erwartungen, aber auch mit Skepsis begleitet“*.⁵⁰⁷

Damit sich jedoch die Anbieterstruktur kundenorientiert weiterentwickeln kann, ist es erforderlich, dass die Handlungsspielräume der Anbieter von Pflegeleistungen so ausgestaltet sind, dass Arbeits- und Organisationsstrukturen entstehen können, die die notwendige Flexibilität der Leistungserbringung ermöglichen. Feste Vorgaben bezüglich des Personalschlüssels und anderer betriebswirtschaftlicher Kennzahlen sind in diesem Sinne eher abträglich. Qualitätskontrollen auf der Basis solcher strukturellen Faktoren sollten daher abgelöst werden durch Kontrollen der Ergebnisqualität. Kundenbefragungen, mit denen die Sicht der Pflegebedürftigen und der Angehörigen ermittelt wird, erlangen in diesem Zusammenhang eine zentrale Bedeutung.⁵⁰⁸

Die Beurteilung der Qualität professioneller Hilfen aus der Sicht der Betroffenen, wie sie bereits in Kapitel 6.4.2 diskutiert wurde, führt dazu, dass sich professionell handelnde Akteure in ihrem Handeln auch daran ausrichten müssen, was aus der Sicht Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen von Bedeutung ist: Wie wird die Pflegedienstleistung aus der Sicht der Familienhaushalte wahrgenommen, wie stellt sich der Dienst organisatorisch darauf ein, dass häufig wechselnde Personen im Einsatz als „schlechte Qualität“ empfunden werden, wie zuverlässig erscheint der Dienst aus der Sicht der Familien? Die Umkehr in der Denkhaltung von der Struktur- zur Ergebnisqualität muss auch für die Prüfkriterien der Pflegekassen leitend sein.

Dies bedeutet, dass anstelle der traditionellen Prüfkriterien des Einsatzes von Personal für bestimmte Handlungen Kriterien der Ergebnisqualität entwickelt werden müssten. Diese dürfen sich nicht nur auf professionelle Pflegestandards beschränken wie z.B. den der Dekubitusprophylaxe, sondern erfordern auch die

⁵⁰⁷ Vgl. Klie, Th. (2004) (b): Zukunft gestalten; in: Meilensteine 2004 I, S. 1

⁵⁰⁸ Vgl. Wissert, M. (1998): S. 61-70

Einbeziehung von Meinungen und Erfahrungen der Familien zur subjektiv erlebten Qualität. Durch die Erprobung des Pflegebudgets gewinnt gerade die Perspektive der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen in der Qualitätsdiskussion deshalb an Bedeutung, weil dieses Vergütungssystem auf Aushandlungsprozesse angewiesen ist und die Bedürfnisse der Betroffenen für die Ausrichtung der Dienste eine wichtigere Rolle spielt als bei festgeschriebenen Leistungs- und Vergütungskriterien.

Inwiefern der Wegfall der bisherigen aufwändigen bürokratischen Leistungsmodulabrechnung zu einer qualitativ hochwertigeren und gleichzeitig kostengünstigeren häuslichen Versorgung führt, ist eine zentrale Frage, die aus der Sicht der Kostenträger leitend ist bei der Erprobung von Budgets. Die Erfahrungen von Evers aus dem Modellprojekt „Wohnen und Pflegen im Verbund“ haben gezeigt, dass es mit Hilfe von Budgets möglich ist, ca. zwei Drittel des Verwaltungsaufwandes durch eine vereinfachte Abrechnung von vereinbarten Pauschalen einzusparen, bei gleichzeitig zielgerichteteren Hilfestellungen seitens der Pflegedienste.⁵⁰⁹

Der in Kapitel 7.3.2 skizzierte Hilfemix, der durch das Case Management gesteuert werden kann, erhält durch das Pflegebudget wichtige Impulse und zu neuen Formen häuslicher Pflegearrangements beitragen kann. So sind nach Klie Pflegebudgets geeignet, darauf hinzuwirken, dass *„eine flexiblere Abstimmung von informeller Hilfe (Angehörige, Freunde), professionellen Dienstleistungen und Begleitungsfunktionen, beruflich erbrachten Dienstleistungen und Hilfen von Freiwilligen gelingt.“*⁵¹⁰

Ein durch das Pflegebudget initiiertes neuer Hilfemix hängt von unterschiedlichen Rahmenbedingungen ab, so insbesondere der kontinuierlichen Verfügbarkeit der erforderlichen Hilfen, der Koordination und Kooperation der Hilfen untereinander.

Da der Case Manager das Pflegebudget nicht selbst verwaltet, sondern bei der Ausgestaltung des Hilfe- und Pflegearrangements berät, erlangt die beratende und begleitende Funktion eine zentrale Bedeutung. Wie bereits in Kapitel 7.3.2 dargelegt, erfordert dies vom Case Manager neben der unabhängigen Beratungskompetenz auch gute Kenntnisse des regionalen Pflegemarktes und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den verschiedenen Institutionen des Gesundheits- und Pflegewesens.

Der Ansatz des Case Managements im Pflegebudget beeinflusst damit nicht nur die Versorgungsformen der einzelnen pflegebedürftigen Menschen. Die Case Manager beeinflussen und verändern auch die Infrastruktur der zur Ver-

⁵⁰⁹ Vgl. Evers, A. / Ühlein, A. (1999) (a)

⁵¹⁰ Vgl. Klie, Th. (2005): S. 11

fügung stehenden Dienstleistungen, das heißt Formen und Inhalte. Es können regionale Abstimmungsprozesse darüber angeregt werden, welche Hilfen in welcher Form benötigt werden und wie diese Hilfen am besten zur Wirkung kommen.

Nach ersten Erfahrungsberichten zur Umsetzung des Pflegebudgets konnten mit Hilfe des Pflegebudgets und des Case Managers bereits neue Pflegearrangements realisiert werden.⁵¹¹

Durch die Einbeziehung nichtprofessioneller Hilfestrukturen sowie der Etablierung niedrigschwelliger Dienstleistungsangebote in die Organisationsstruktur der Pflegedienste können mit Hilfe des Pflegebudgets solche Hilfearrangements gefördert werden, die im Unterschied zu den Angeboten des Schwarzmarktes durch vertragsgesteuerte, arbeits- und sozialversicherungsrechtlich korrekte Grundlagen abgesichert werden.⁵¹²

Der Wunsch nach festen Bezugspersonen und Kontinuität in der häuslichen Pflege aus der Sicht der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen bedeutet in der Konsequenz für zukünftige Angebotsstrukturen der Pflegedienste, nicht mehr nur isolierte Dienstleistungen, sondern verstärkt Problemlösungen, die mehrere Dienstleistungen miteinander verbinden.⁵¹³

Pflegedienste sollten sich daher vermehrt als „soziale Unternehmen“ verstehen, bei denen nicht nur staatlich/kommunale und marktliche, sondern auch bürgerschaftliche Elemente miteinander verschränkt werden.⁵¹⁴ Erst diese Öffnung schafft auch die Möglichkeit, Ressourcen des Engagements wahrzunehmen, zu pflegen und einzubeziehen.

Dabei wäre auch auf kommunaler Ebene zu prüfen, inwieweit bestehende Angebote bürgerschaftlichen Engagements unterstützt bzw. zusätzliche Angebote initiiert und gefördert werden können z.B. durch gezielte Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit (vgl. Kapitel 7.1.4).

⁵¹¹ Vgl. Klie, Th. (2005): S. 21: So dokumentieren verschiedene Einzelbeispiele, dass durch den mit Hilfe des Case Managers ausgehandelten neuen Hilfemix mehr Kontinuität in der Versorgung dadurch erreicht werden konnte, dass anstelle einer bisherigen 10-stündigen eine 22-stündige Pflege bzw. Betreuung im Monat sichergestellt werden konnte. Andere Beispiele aus dem ländlichen Bereich dokumentieren, dass Nachbarn zur Unterstützung der familialen Pflege miteinbezogen werden konnten. Auch ist es in Einzelfällen gelungen, bislang illegale Schwarzarbeitsverhältnisse dadurch zu legalisieren, dass mit Hilfe des Pflegebudgets legale Formen der Einbeziehung von bislang illegal tätigen Pflegeanbietern gefunden werden konnten, die bislang ausgeschlossen waren, aber dennoch einen wichtigen Bedarf abdecken (vgl. Kapitel 6.3.1).

⁵¹² Vgl. Blumenberger, W. / Dornmayr, H. (1998): S. 40

⁵¹³ Vgl. Preissl, B. (1998): S. 522

⁵¹⁴ Vgl. Ausführlicher dazu: Evers, A. / Rauch, U. / Stitz, U. (2002): S. 259 ff.

Die mit der Erprobung des Pflegebudgets einhergehenden Aushandlungsprozesse zwischen Pflegbedürftigen, pflegenden Angehörigen, Pflegediensten über den individuellen Hilfemix, begleitet durch den Case Manager können zudem wichtige Rückwirkungen auf das Qualitätsverständnis der Kostenträger entfalten. Denn die gestärkte Rolle und Sichtweise der Betroffenen über das, was eine gelungene Qualität im gemischten Pflegearrangement ausmacht, führt zu ihrer stärkeren Einbeziehung in die Verfahren zur Qualitätssicherung. Gerade Kostenträger sind daher mit der Erprobung des Pflegebudgets dazu aufgefordert, sich auf Aushandlungsprozesse einzulassen, die im Diskurs mit den Betroffenen und Angehörigen stattfinden.

Die dargestellten Erfahrungen mit und Erwartungen an das Pflegebudget machen deutlich, dass hiervon wesentliche Impulse für die notwendige Weiterentwicklung des Wohlfahrtsmixes häuslicher Pflegearrangements ausgehen können. Es scheint als strategische Alternative geeignet zu sein, da es neue Formen der Kooperation zwischen Familien, professionellen Helfern und Kostenträgern bedingt.

8. Kapitel: Schlussbetrachtung

Häusliche Pflegearrangements können im Konzept des Wohlfahrtspluralismus als das Ergebnis von Aushandlungsprozessen verstanden werden, in welchen Pflegebedürftige, pflegende Angehörige, freiwillige Helfer, professionelle Dienstleister und Kostenträger mit ihren je spezifischen Beiträgen zu einem jeweils individuellen Wohlfahrtsmix beitragen.

Die komplexen Hilfebedarfe im Alter können jedoch nur dann in einem individuellen Wohlfahrtsmix sinnvoll aufeinander abgestimmt werden, wenn die unterschiedlichen Hilfeformen nicht mehr nur als je isolierte Teilbeiträge verstanden werden. Vielmehr müssen professionelle, familiäre und bürgerschaftliche Hilfen in je unterschiedlichen Mischungsverhältnissen und mit je spezifischen Finanzierungskonzepten in einem häuslichen Pflegearrangement miteinander kombiniert werden.⁵¹⁵

In der Bereitschaft aller Beteiligten, sich auf diese Abstimmungen einzulassen, liegt eine wesentliche Voraussetzung für einen gelingenden Wohlfahrtsmix in der häuslichen Pflege. Die Kooperation zwischen Institutionen und Professionen des Versorgungssystems ist vor diesem Hintergrund allerdings nur so wirksam, wie es gelingt, die familiären Pflegepotenziale zu unterstützen, zu ergänzen und zu stärken.

Dabei kann in der regelhaften Institutionalisierung des Case Managements in der Altenhilfe ein wesentlicher Handlungsansatz gesehen werden, der dazu beitragen kann, die segmentierten Strukturen unseres Gesundheits- und Sozialwesens zu überwinden sowie die Beiträge der Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und verschiedensten Dienstleister aufeinander abzustimmen. Diese Strukturen können jedoch nur auf lokaler Ebene, dem sozialen Lebensraum älterer Menschen, entstehen. In der Konsequenz müssen auch Kostenträger sich darauf einlassen, lokale Ausgestaltungsformen häuslicher Pflegearrangements zu unterstützen, die sich eben nicht einheitlich umsetzen lassen.

Auch der leistungs- und vergütungsrechtliche Rahmen der Pflegeversicherung muss sich daher als so flexibel erweisen, dass individuelle Pflegearrangements und nicht gleichförmige Versorgungspakte ermöglicht werden. Dies bedeutet, dass die vorhandenen Möglichkeiten zur Ausdifferenzierung und Verbesserung von Beratungsangeboten genutzt werden, dass Kommunikation, die bei der Dienstleistungserbringung erforderlich ist, auch gewürdigt wird und dass Flexibilisierungsmöglichkeiten starrer Vergütungsformen geprüft werden.

Strukturelle Verbesserungen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung, die nicht automatisch zu Mehrleistungen mit entsprechenden Folgen für die Beitragslast führen müssen, könnten die Rahmenbedingungen für häusliche Pfe-

⁵¹⁵ Vgl. Klie, Th. (2004) (c): S. 8

gearrangements wesentlich verbessern. Allerdings wird eine stärkere Einbeziehung pflegender Angehöriger in die Konstituierung und Fortschreibung häuslicher Pflegekonzepte nicht ohne entsprechendes Engagement der Angehörigen und ihres sozialen Umfelds möglich sein, aber auch nicht ohne entsprechende unternehmerische Phantasie und Flexibilität der professionellen Dienste.

In einigen Fällen, so insbesondere wenn es um die erforderlichen Zeitbudgets der professionellen Dienste für den Austausch mit den pflegenden Angehörigen über die Weiterentwicklung des Pflegearrangements geht, werden auch finanzielle Mehraufwendungen unausweichlich sein, denen dann jedoch qualitative Verbesserungen des Pflegearrangements entsprechen.

Insbesondere die mit der Erprobung des Pflegebudgets einhergehende Flexibilisierung des Sachleistungsrechts in der Pflegeversicherung kann sowohl professionelle Dienstleister als auch Pflegebedürftige und ihre Angehörigen und nicht professionelle Helfer dazu ermuntern, neue Formen der Kooperation über die Inhalte der individuell zu erbringenden Dienstleistung einzugehen. In Verbindung mit Case Management kann das Pflegebudget zu einer besseren Verknüpfung der Lebenswelt der Familien, der Arbeitswelt der professionellen Dienstleister und der nichtprofessionellen Helfer beitragen.

Ein wesentlicher Handlungsansatz besteht dabei für die professionellen Pflegedienste in der Weiterentwicklung ihrer Leitbilder, die sich nicht mehr vorwiegend auf pflegerische Tätigkeiten beschränken sollten, die ausschließlich an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen ausgerichtet sind. Ihre Professionalität sollte sich nicht nur auf fachliche Standards stützen sondern auch auf partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem Familiensystem und freiwilligen Helfern, in der alle Beteiligten ihr Expertenwissen mit einbringen können.

Familien können ihren Beitrag zu einem gelingenden Hilfemix des häuslichen Pflegearrangements dadurch leisten, dass sie die Einbeziehung von „fremden“ Hilfen als eine legitime Form der Unterstützung zu akzeptieren lernen. Dabei wird von Bedeutung sein, dass sowohl Frauen als auch Männer dazu bereit sind, neue Aufgabenverteilungen beim Managen von Pflege- und Sorgetätigkeit als legitime Handlungsalternative in Betracht zu ziehen.

Hierbei spielt es auch eine Rolle, welche gesellschaftliche Wertschätzung Pflege- und Sorgetätigkeit genießt. Eine Wertschätzung von Pflege- und Sorgetätigkeit bedeutet auch, dass diese nicht mehr nur auf das „weibliche“ Arbeitsvermögen reduziert wird, sondern als Gemeinschaftsaufgabe anerkannt wird, die alle angeht.

Gelingt dies, dann erscheint es keineswegs als aussichtslos, den Vorrang häuslicher Pflege auch in Zukunft gewährleisten zu können.

Literaturverzeichnis

- Alber, J. (1980): Der Wohlfahrtsstaat in der Krise? Eine Bilanz nach drei Jahrzehnten Sozialpolitik in der Bundesrepublik; in: Zeitschrift für Soziologie 9. Jg., Nr. 4, S. 313-342
- Alber, J. (1990): Pflegebedürftigkeit im Spiegel der öffentlichen Meinung; in: Sozialer Fortschritt, Nr. 9, S. 211-216
- Alber, J./Schöllkopf, M. (1999): Seniorenpolitik – die soziale Lage älterer Menschen in Deutschland und Europa. G+B Verlag, Amsterdam. Fakultas.
- Amelung, V. (2000): Managed Care – Impulse für das deutsche Gesundheitswesen? Innovative Managementansätze und die amerikanische Realität; in: Z. allg. Med.
- AOK-Bundesverband (2005): Stellungnahme des Verwaltungsrates des AOK Bundesverbandes zum Vorschlag der EU-Kommission für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt vom 13.01.2004 im Hinblick auf seine Auswirkungen auf den Gesundheits- und Pflegebereich; 09.02.2005
- AOK (1998): „In guten Händen“ – Neues Pflegekonzept. AOK Niedersachsen unterstützt verstärkt pflegende Angehörige; in: DOK, 80. Jg., H. 3, S. 86-87
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände (ADS) u. Deutsche Schwesterngemeinschaft e.V. (1958) (Hg.): Die Pflege des kranken Menschen – Lehrbuch für Krankenpflegeschulen, Stuttgart.
- Arnold, H. (1968): Ambulante Krankenpflege, ihr Werden, ihre Lage und ihre Zukunft, in: Das öffentliche Gesundheitswesen – Sonderdruck 05, 06/1968, S. 181-191
- Arnold, U. (1998): Besonderheiten der Dienstleistungsproduktion; in: Arnold, U./Maelicke, B. (Hg.): Lehrbuch der Sozialwirtschaft. Nomos, Baden-Baden.
- Aronson, J. (1992): Women's Sense of Responsibility for the Care of Old People, Gender and society; 6, S. 8-29
- Arntz, M./Spermann, A. (2004): Soziale Experimente mit dem Pflegebudget (2004–2008) – Konzeption des Evaluationsdesigns; ZEW Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GmbH. S. 25 (Anhang)
- Asam, W.H./Altmann, U. (1995): Geld oder Pflege. Zur Ökonomie und Reorganisation der Pflegeabsicherung. Lambertus, Freiburg. S. 117
- Atkin, K. (1992): Similarities and differences between informal carers; in: Twigg, J. (Hg.): Carers: Research and Practices, London, HMSO. S. 30-58
- Attias-Donfut, C. (2000): Familialer Austausch und soziale Sicherung; in: Kohli, M./Szydlik, M. (Hg.): Generationen in Familie und Gesellschaft. Leske und Budrich, Opladen. S. 222-244
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – AltPflAPrV) (2002): Bundesgesetzblatt 2002 Teil I Nr. 81, vom 26. November 2002, S. 4418-4428

- Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten e.V. (AID) (Hg.) (1978): Sozialstationen im ländlichen Raum, Nr. 431, Bonn.
- Backes, G. (1996): Familienbeziehungen und informelle soziale Netzwerke. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29, Nr. 1. S. 29-32
- Badura, B./Ferber, Chr. v. (Hg.) (1981): Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. München
- Badura, B./Evers, A./Hungeling, G. (1996): Solidarität, Bedarfsgerechtigkeit und Wirksamkeit – Zukunftsperspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen, Schlussbericht des AK 11 im Rahmen des Programms Dienstleistung 2000plus, gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie, Universität Bielefeld.
- Badura, B./Gross, P. (1981): Sozialpolitische Perspektiven. Eine Einführung in Grundlagen und Probleme sozialer Dienstleistungen. München.
- Balbo, L. (1984): Crazy Quilts: Gesellschaftliche Reproduktion und Dienstleistungsarbeit; in: Kickbusch, I./Riedmüller, B. (Hg.): Die armen Frauen – Frauen und Sozialpolitik. Suhrkamp. S. 179-200
- Baldock, J./Ungerson, C. (1994) (a): Becoming Consumers of Community Care: households within the mixed economy of welfare. Community Care into Practice Series. Joseph Rowntree Foundation, York.
- Baldock, J./Ungerson, C. (1994) (b): A consumer view of new community care: the homecare experiences of a sample of stroke survivors and their carers; in: Care in Place. Vol. 1 no. 2. S. 85-97
- Balluseck, H. v. (1980): Die Pflege alter Menschen: Institutionen, Arbeitsfelder und Berufe. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin.
- Beck, U./Beck-Gernsheim, E. (Hg.) (1994): Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Beck, B./Naegele, G./Reichert, M./Dallinger, U. (1997): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Frauen und Jugend, Band 106/1. Kohlhammer, Stuttgart.
- Beck, B. (1998): Die Lebenssituation von erwerbstätigen Pflegenden – Ergebnisse qualitativer Untersuchungen; in: Naegele, G./ Reichert, M. (Hg.): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege: nationale und internationale Perspektiven. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie. Band 7. Vincentz Verlag, Hannover. S. 61-81
- Beck-Gernsheim, E. (1994): Auf dem Weg in die postfamiliale Familie. Von der Notgemeinschaft zur Wahlverwandschaft, Aus Politik und Zeitgeschichte 44. S. 3-14
- Beikirch, E. et al. (1995): Handbuch für ambulante Pflegedienste – professionell, gemeindenah, wirtschaftlich. Losebl.-Ausg. Grundwerk, Freiburg i.Br. S. 1
- Behning, U. (1999): Zum Wandel der Geschlechterrepräsentation in der Sozialpolitik. Leske + Budrich, Opladen.

- Bengston, V.L./Schütze, Y. (1994): Altern und Generationenbeziehungen: Aussichten für das kommende Jahrhundert. S. 492-517; in: Baltes, P.B./Mittelstraß, J./ Staudinger, U. (Hg.): Alter und Altern: ein interdisziplinärer Studententest zur Gerontologie. Sonderausgabe des 1992 erschienenen 5. Forschungsberichts der Akademie der Wissenschaften zu Berlin. De Gruyter, Berlin.
- Bengston, V.L./Marti, G./Roberts, R.E.L. (1996): Paradoxes of Families and Aging. S. 253-282; in: Binstock, R./George, L.K. (Hg.): Handbook of Aging and the Social Sciences. Academic Press, San Diego.
- Benner, P./Wrubel, J. (1997): Pflege, Stress und Bewältigung. Huber, Bern.
- Bischöfliches Ordinariat Speyer (1971) (Hg.): Rundschreiben an alle Pfarrämter, Kirchenverwaltungen und Pfarrgemeinderäte vom 15.05.1971
- Blinkert, B./Klie, Th. (1999): Pflege im sozialen Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger nach Einführung der Pflegeversicherung im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg. Vincentz Verlag, Hannover.
- Blinkert, B./Klie, Th. (2002): Die Verankerung von Solidarität in der Sozialstruktur, eine empirische Untersuchung über milieuspezifische Pflegebereitschaften und bürgerschaftliches Engagement, Freiburg i.Br.
- Blinkert, B./Klie, Th. (Hg.) (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel – die Kasseler Studie. Vincentz Verlag, Hannover.
- Blumenberger, W./Dornmayer, H. (1998): Dienstleistungen für private Haushalte. Möglichkeiten zur Schaffung zusätzlicher Beschäftigung (Hg.): Arbeitsmarktservice Österreich. Wissenschaftsverlag, Wien.
- Bock, G./Duden, B. (1977): Arbeit aus Liebe – Liebe als Arbeit. Zur Entstehung der Hausarbeit im Kapitalismus; in: Gruppe Berliner Dozentinnen (Hg.): Frauen und Wissenschaft. Beiträge zur Berliner Sommeruniversität für Frauen. Berlin. S. 118-199
- Boeger, A./Pickartz, A. (1998): Die Pflege chronisch Kranker in der Familie. Psychosoziale Beeinträchtigungen und Wohlbefinden bei pflegenden Frauen; in: Pflege 11. S. 319-323
- Böhle, F. (2002): Vom Objekt zum gespaltenen Subjekt; in: Moldaschl, M./Voß, G. (Hg.), Subjektivierung von Arbeit, München und Mering. S. 101-133
- Böhle, F./Weishaupt, S. (2003): Unwägbarkeiten als Normalität – die Bewältigung nicht standardisierbarer Anforderungen in der Pflege durch subjektivierendes Arbeitshandeln; in: Büssing, A./Glaser, J. (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen. S. 149-162
- Borchers, A./Miera, St. (1993): Zwischen Enkelbetreuung und Altenpflege. Die mittlere Generation im Spiegel der Netzwerkforschung. Campus, Frankfurt/M.
- Borchers, A. (1997): Die Sandwich-Generation. Ihre zeitlichen und finanziellen Leistungen und Belastungen. Campus, Frankfurt/M.
- Bould, S. (1996): A Reinterpretation of Family Care from Reciprocal Obligations to Emotional Bonds, Comparative Social Research Supplement 2. S. 207-216

- Bourdieu, P. (1982): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt.
- Bracker, M. (1990): Pflegezwang für Frauen; in: Dr. med. Mabuse 15. S. 38-41
- Bracker, M. (1992): Pflege durch Angehörige; in: Häusliche Pflege, Heft 12. S. 332-339
- Bracker, M./Dallinger, U./Karden, G./Tegethoff, U. (1988): Die Pflegebereitschaft der Töchter. Zwischen Pflichterfüllung und eigenen Lebensansprüchen: Voraussetzungen, Belastungen und sozialpolitische Schlussfolgerungen. Bevollmächtigte der Hessischen Landesregierung für Frauenangelegenheiten, Wiesbaden
- Braithwaite, V. (1992): Caregiving Burden. Making the Concept Scientifically Useful und Policy Relevant. In Research on Aging, 14. Jg., H. 1. S. 3-27
- Braun, J. (2001): Förderung des freiwilligen Engagements und der Selbsthilfe in der Kommune. Institut für sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung (ISAB), Köln.
- Brechbühler, M. (1999): Pflege – aus Mitgefühl geforderte Töchter und Söhne; in: Krankenpflege Soins Infirmiers, Solothurn 7. S. 8-11
- Büssing, A. et al. (2000): Arbeitsorganisation, Anforderungen und Belastungen in der ambulanten Pflege, Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München, Nr. 55
- Büssing, A. et al. (2001): Erfassung von Interaktionsarbeit in der Altenpflege: Ergebnisse der Ist-Analyse einer Längsschnittstudie in einem Altenheim, Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München, Nr. 60
- Bundesagentur für Arbeit (2004)
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998): Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung; Bt.-Drs.: 1036/97
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (1999): Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen. Schriftenreihe Band 189.1. Kohlhammer, Stuttgart.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2000): Case Management – Erfahrungen aus neun Ländern – Materialband und Workshop Diskussionen, Schriftenreihe Band 189.3. Kohlhammer, Stuttgart.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2001): Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Schriftenreihe Band 226. Kohlhammer, Stuttgart.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2004): Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sowie Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS) (2005): Entbürokratisierung – Diskussionszwischenstand – 1. März 2005, Runder Tisch Pflege, Arbeitsgruppe III. Geschäftsstelle: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)

- Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS) (2002): Referentenentwurf: Prüfeempfehlung zur Durchführung von Qualitätsprüfungen und Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen nach der Pflege-Prüfverordnung, April 2002
- Bundesministerium für Gesundheit und soziales (BMGS) (2003) (a): Informationen zur Einführung von Diagnose orientierten Fallpauschalen für Krankenhäuser; http://www.bmggesundheits.de/inhalte_themen/faqs
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS) (2003) (b): Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme: Finanzielle Gleichstellung von ambulanter und stationärer Pflege.
- Bundesverfassungsgericht: BverfGE 79, 127 ff., 151 ff.
- Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V. (1966) (Hg.) (a): „Caritas Mitteilungen – Gemeindegrenzenpflegestation. Freiburg.
- Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V. (1967) (Hg.) (b): Die Krankenpflegestation in der Pfarrgemeinde – ein Modell. Freiburg.
- Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V. (1971) (Hg.) (c): Neuordnung der Gemeindegrenzenpflege – Ein Planungsmodell. Freiburg.
- Caritasverband Hannover (2002): Unser Leitbild
- Caritas Wien (2005): Angehörigenarbeit. http://www.caritas-wien.at/1518_1521.htm. 30.06.2005
- Conger, M.M. (1999): Managed Care. Practice Strategies for Nursing. Sage, Thousand Oaks CA.
- Corbin, J./Strauss, A. (1990): Making Arrangements: The Key to Home Care; in: Gubrium, J.F./Sankar, A. (Hg.): The Home Care Experience: Ethnography and Policy. S. 59-74
- Coward, R.T./Dwyer, J.W. (1990): The association of Gender, Sibling, Network Composition, and Patterns of Parent Care by Adult Children, Research on Aging 12: S. 158-181
- Crigger, Nancy (1997): The trouble with caring: a review of eight arguments against an ethic of care. Journal of Professional Nursing, 13, 4. S. 217-221
- Das Capital (1995): Suppe für 80 Mark. 09/95. S. 28
- Dallinger, U. (1996): Pflege und Beruf – ein neuer Vereinbarungskonflikt in der späten Familienphase. Ein Literatur- und Forschungsüberblick; in: Zeitschrift für Familienforschung 8. S. 6-42
- Department of Health (1991): Care Management and Assessment. Managers's Guide. London HMSO, S. 12, zitiert nach Wendt, W.R. (2001): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg i.Br. 3. Auflage. S. 51
- Dettbarn-Reggentin, J./Reggentin, H. (2002): Belastungen pflegender Angehöriger von Demenzkranken im häuslichen Bereich und bei Betreuungspersonen von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen. Eine Studie im Auftrag des Evangelischen Verbandes für Altenarbeit und Ambulante Pflegerische Dienste e.V. Berlin-Brandenburg (EVAP). Projektbericht. Berlin.

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft: <http://www.alzheimer.de>, 30.06.2005
- Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) (1999): Qualität in der häuslichen Pflege – DAK Versicherten Befragung. Hamburg.
- Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit (2001): Forum für Wissenschaft und Praxis. Nicht überall wo Case Management draufsteht, ist Case Management drin. Ergebnisse der Arbeitsgruppe Ausbildung.
<http://www.deutsche-gesellschaft-fuer-sozialarbeit.de/mit49.shtml> 15.06.05
- Deutscher Berufsverband für Krankenpflege e.V. (DBFK) (1987) (Hg.): Praktischer Einsatz von Krankenpflegeschülern in der Gemeinde – Studienheft, Frankfurt/M.
- Deutscher Bundestag (1993): Drucksache 12/5262
- Deutscher Bundestag (1996): Drucksache 13/3361 zum Stand der Umsetzung der Pflegeversicherung
- Deutscher Bundestag (2002) (a): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der BRD: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen; Drucksache 14/8822, 18.04.2002
- Deutscher Bundestag (2002) (c): Demographischer Wandel. Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und an die Politik; Drucksache 14/880, 28.03.2002
- Deutscher Bundestag (2002) (d): Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements. Drucksache 14/8900
- Deutscher Bundestag (2004): Drucksache 15/3075, 04.05.2004
- Deutscher Verein (1996): Empfehlungen. Leben mit der Pflegeversicherung. Perspektiven der Altenhilfe, Schriften allgemeinen Inhalts (SAI) 33
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (1998): Nachrichtendienst. S. 2-3
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) (2002): Erprobung eines pflegepräventiven Konzepts zur Erhaltung von Selbständigkeit und Gesundheit im Alter: Projekt „Mobil“, Laufzeit 07/2002–06/2006
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hg.) (2004) (a): Überleitung und Case Management in der Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover. S. 103
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) (2004) (b): Pflegethermometer – Frühjahrsbefragung zur Personalsituation, zu Rahmenbedingungen und zum Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland. Bermuthshain, Köln.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2002) (a): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung, Konsentierung, Implementierung. Schriftenreihe des DNQP.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2002) (b): Sonderdruck des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege, Fachhochschule Osnabrück. Schriftenreihe des DNQP.

- Diakonisches Werk Deutschland (1971) (Hg.): Stellungnahme zu den Grundzügen der Neuorganisation und den Entwürfen des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Sport.
- Diakonisches Werk der evangelischen Landeskirche in Baden e.V. (Hg.) (1998): Vom Krankenpflegeverein zum Diakonieverein – Neue Chancen und Herausforderungen. Workshop 1998/1999. Karlsruhe.
- Die Ortskrankenkasse (1977): Rehabilitation und soziale Dienste. Diskussionspapier für den Arbeitskreis sechs des Ortskrankenkassentages 1977.
- Dierks, M.L. et al. (2001): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Nr. 195/August 2001, Arbeitsbericht. Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsforschung (ISEG), Hannover.
- Diewald, M. (1991): Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken. Edition Sigma, Berlin.
- Dörr, G./Glatzer, W. (1995): Haushaltsproduktion und Wohlfahrtsproduktion – Strukturwandlungen und Zukunftsperspektiven. In: Nauck, B./Onnen-Isemann, C. (Hg.): Familie im Brennpunkt von Wissenschaft und Forschung. Luchterhand, Neuwied. S. 451-532
- Dunkel, W./Rieder, K. (2001): Interaktionsarbeit zwischen Konflikt und Kooperation; in: Büssing, A./Glaser, J. (Hg.): Qualität des Arbeitslebens und Dienstleistungsqualität im Krankenhaus. Schriftenreihe „Organisation und Medizin“. Göttingen. S. 163-180
- Dybowski, H. (1992): Rahmenbedingungen häuslicher Pflege; in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Heft 9. S. 332-339
- Ecarius, J./Krüger, H. (1997): Machtverteilung, Erziehung und Unterstützungsleistungen in drei Generationen – Familiäre Generationenbeziehungen in Ostdeutschland. S. 137-160; in: Krappmann, L./Lepenes, A. (Hg.): Alt und Jung. Spannung und Solidarität zwischen den Generationen. Campus, Frankfurt/M.
- Elster, R. (1973): Häusliche Krankenpflege; in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 04/1973.
- Elshtain, J.B. (1981): Public Man and Private Woman. Oxford.
- Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen für ein System zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI. Stand 08.11.96.
- Erdmann, Y. (2002): Pflegedienste ein Pflegefall? Die Auswirkungen der EU-Osterweiterung auf personenbezogene Dienstleistungen des Gesundheitssektors; in: Loccumer Protokolle Nr. 22: Die Mobilität von Kapital und Arbeit in der EU-Osterweiterung. Welche Anpassungsmaßnahmen brauchen wir? S. 109-116
- Esping-Anderson, G. (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Polity Press, Cambridge.
- Etzioni, A. (1995): Die Entdeckung des Gemeinwesens. Ansprüche, Verantwortlichkeiten und das Programm des Kommunitarismus. Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart.
- Europäische Kommission (2004): Gemeinsamer Beschäftigungsbericht 2003/2004. Brüssel.
- EU-Dienstleistungsrichtlinie (Entwurf) (2004):
http://www.europa.eu.int/comm/internal_market/services-dir/index_de.htm

- Evers, A. (1990): Shifts in the welfare mix – introducing a new approach for the study of transformations in welfare and social policy; in: Evers, A./Wintersberger, H. (Hg.): shifts in the welfare mix. Their impact on work, social services and welfare policies. Boulder/Colorado, Frankfurt/M. S. 7-30
- Evers, A. (1995): Die Pflegeversicherung. Ein mixtum compositum im Prozess der politischen Umsetzung; in: Sozialer Fortschritt, Heft 2. S. 23-28
- Evers, A. (1996): Neue Leitbilder für Dienste im Gesundheits- und Sozialbereich; in: Jansen, B. u.a. (Hg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis.
- Evers, A. (1998): Zwischen Versorgung und Aktivierung. Das Pflegegesetz ermöglicht eine Kultur der Pflege – seine Umsetzung droht sie zu verbauen; in: Schmidt, R./Thiele, A. (Hg.): Konturen einer neuen Pflegelandschaft: Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Regensburg. S. 7-22
- Evers, A./Klie, Th. (1999): Zur Neuausrichtung kommunaler Alterssozialpolitik oder: Nach dem Pflegeversicherungsgesetz – freiwilliges kommunales Engagement?; in: Schmidt, R./Entzian, H./Giercke, K.-J./Klie, Th. (Hg.): Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune: Beiträge zur sozialen Gerontologie und Altenarbeit. Frankfurt. S. 39-48.
- Evers, A./Olk, Th. (1995): Berücksichtigung und Unterstützung informeller Pflegehilfen durch ambulante Einrichtungen im Bereich der Altenpflege – eine Untersuchung am Beispiel einer nordrhein-westfälischen Region, Gießen. Halle
- Evers, A./Olk, Th. (Hg.) (1996): Wohlfahrtspluralismus: vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen.
- Evers, A./Rauch, U. (1997): Geldleistungen in der Pflegeversicherung – Motive und Mittelverwendung bei Personen, die im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes die Geldleistungsalternative in Anspruch nehmen. Pilotstudie. Gießen.
- Evers, A./Rauch, U. (1999): Ambulante Altenpflege – Umbau oder Abbau kommunaler Verantwortlichkeiten? In: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 2. S. 170-185
- Evers, A./Rauch, U./Stitz, U. (2002) (Hg.): Von öffentlichen Einrichtungen zu sozialen Unternehmen: hybride Organisationsformen im Bereich sozialer Dienstleistungen. Edition Sigma, Berlin.
- Evers, A./Svetnik, I. (1993): Balancing pluralism. New welfare mixtures in care for the elderly. Avebury
- Evers, A./Ühlein, A. (1999) (a): Flexibel, pfleglich, kostensparend – ein innovatives Konzept ambulanter Hilfe und Pflege. Endbericht zum Modellprojekt „Wohnen und Pflegen im Verbund in Frankfurt/M.“. Gießen.
- Evers, A./Ühlein, A. (1999) (b): Der ambulante Pflegemarkt scheint blockiert – was ist zu tun? In: Public Health Forum 25. S. 11
- Evers, A./Ühlein, A./Starke, A. (1999): Ich pflege solange ich kann – ohne fremde Hilfe: Leistungen, Belastungen und Selbstverständnis pflegender Angehöriger und deren Bedeutung für Entscheidungen über die Inanspruchnahme von professionellen Hilfen. Universität Gießen.

- Ewers, M./Schaeffer, D. (1999): Herausforderungen für die ambulante Pflege Schwertskranker. Eine Situationsanalyse nach Einführung der Pflegeversicherung. P99-107. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Bielefeld.
- Ewers, M./Schaeffer, D. (2000): Case Management im Schatten von Managed Care: Sozial- und gesundheitspolitische Grundlagen; in: Ewers, M./Schaeffer, D.: Case Management in Theorie und Praxis. Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.
- Fachhochschule Frankfurt/M. (2000): Prüfungsordnung des Fachbereichs Pflege und Gesundheit der Fachhochschule Frankfurt/M. – University of Applied Sciences für den Studiengang Pflege vom 26.06.2000.
- Fassmann, H./Grillenberger, R. (1996): Burnout bei Pflegepersonen von Schwerpflegebedürftigen. Report Psychologie 21. S. 788-798
- Finch, J./Mason, J. (1990): Filial Obligations and Kin Support for Elderly People, Ageing and society. S. 151-175
- Finger, W. (1973): Aus der Arbeit des Fachseminars für Gemeindepflege; in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 08/1973
- Frankfurter Allgemeine Zeitung (2005): EU-Parlament soll Richtlinie stark einschränken. FAZ 14.04.2005
- Fraser, N. (1994): Was ist kritisch an der kritischen Theorie? Habermas und die Geschlechterfrage; in: dies: Widerspenstige Praktiken. Macht, Diskurs, Geschlecht. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Fuchs, H. (1996): Pflegeversicherung – eine sozialpolitische Bilanz. Teilhabe und Zugang zu den Leistungen als Bestandteil der Pflegequalität; in: Soziale Sicherheit 45, Nr. 1. S. 1-6
- Fuchs, H. (1997): Die Wohltaten der Pflegekasse; in: Soziale Sicherheit, Heft 10. S. 321-331. „Pflege im Minutentakt – satt, sauber, still.“
- Garhammner, M. (1996): Auf dem Weg zu egalitären Geschlechtsrollen? Familiäre Arbeitsteilung im Wandel. S. 319-336; in: Buba, H.P./ Schneider, N.F. (Hg.): Familie. Zwischen gesellschaftlicher Prägung und individuellem Design. Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Garms-Hormolova, V. (2000): RAI 2.0 – Resident Assessment Instrument. Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation. Bern.
- Gartner, A./Riessmann, F. (1978): Der aktive Konsument in der Dienstleistungsgesellschaft. Frankfurt/M.
- Gassmann, R. (2001): Forschung und Beratung im Pflegemarkt – Neue Herausforderungen durch das Pflege-Versicherungsgesetz; in: Sozialer Fortschritt, Bd. 6. S. 140-146
- Geissler, B./Maier, F./Pfau-Effinger, B. (Hg.) (1998): FrauenArbeitsMarkt. Der Beitrag der Frauenforschung zur sozio-ökonomischen Theorieentwicklung. Edition Sigma, Berlin.
- Geissler, B. (2002): Die Dienstleistungslücke im Haushalt. Der neue Bedarf nach Dienstleistungen und die Handlungslogik der privaten Arbeit; in: Gather, Cl./ Geissler, B./Rerrich, M. (Hg.): Weltmarkt Privathaushalt. Bezahlte Hausarbeit im globalen Wandel. Westfälisches Dampfboot, Münster. S. 30-49

- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und zur Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10. Juli 1995 in der Fassung vom 31. Mai 1996; Bundesanzeiger 1996 Nr. 152a
- Gerste, B./Rehbein, I. (1998): Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick. WidO Materialien Band 38, Wissenschaftliches Institut der AOK (Hg.). WidO, Bonn.
- Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27.12.2003: BGBl: I S. 3022
- Gestellungsvertrag (Muster) der Ökumenischen Sozialstation Ludwigshafen-Südwest e.V. vom 11.08.1976.
- Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) (2002): 50 plus 2002. Band I (Bericht) und II (Anhang). Nürnberg.
- Giarrusso, R./Stallings, M./Bengston, V.L. (1995): The "Inter-generational Stake" Hypothesis Revisited: Parent-Child differences in Perceptions of Relationships 20 Years Later. S. 227-263; in: Bengston, V.L./Warner Schaie, K./Burton, L.M. (Hg.): Adult Intergenerational Relationships. Effects of Societal Change. Springer, New York.
- Giese, R./Wiegel, D. (2000): Die häusliche Pflege und die Wirksamkeit von SGB XI – Gesetzliche Qualitätssicherung aus der Perspektive der Pflegehaushalte; in: Zeitschrift für Sozialreform, 46. Jg., H. 12. S. 1023-1047
- Gilligan, C. (1984): Die andere Stimme (in a different voice). Lebenskonflikte und Moral der Frau. München/Zürich.
- Gilligan, C. (1995): Moralische Orientierung und moralische Entwicklung; in: Nummer-Winkler, G. (Hg.): Weibliche Moral. Deutscher Taschenbuchverlag, München. S. 79-100
- Glazer, N. (1975): Die Grenzen der Sozialpolitik; in: Narr, W.-D./Offe, C. (Hg.): Wohlfahrtsstaat und Massenloyalität. Köln. S. 335-349
- Göpfert-Divivier, W. (2004): Alltagshilfen: Nachfragen ohne Angebot; in: Forum Sozialstation Nr.126/Februar 2004. S. 18-20
- Grabke, M.M. (2004): Einkommen, sparen und intrafamiliale Transfers von älteren Menschen; in: DIW-Wochenbericht 6
- Gräßel, E. (1998) (a) : Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31. Jg., (1). S. 52-56
- Gräßel, E. (1998) (b): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31. Jg. S. 57-62
- Gräßel, E. (2000): Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter; in: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 13 (2). S. 85-94
- Grafström, M. et al. (1993): Abuse is in the eye of the beholder. Report by family members about abuse of demented persons in home care. A total population-base-study; in: Scandinavian Journal of social Medicine, 21. S. 247-255

- Graham, H. (1983): Caring: A Labour of Love; in: Finch and Groves (eds.): A Labour of Love: Women, Work an Caring, Routledge an Kegan Paul, London.
- Grieshaber, U. (2000): Kunden und Kwalität. Im Vergleich: Pflegequalität durch die deutsche Pflegeversicherung und durch das niederländische personengebundene Budget; in: Forum Sozialstation 10/2000. S. 22-24
- Grieshaber, U. (2004): Schwarzarbeit und illegale Beschäftigung in der Pflege bekämpfen; in: Forum Sozialstation. Online Meldung vom 06.05.2004
- Gross, P./Badura, B. (1977): Sozialpolitik und soziale Dienste: Entwurf einer Theorie personenbezogener Dienstleistungen; in: Ferber, C. v./Kaufmann, F.X. (Hg.): Soziologie und Sozialpolitik, (Sonderheft 19 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie), Opladen.
- Grunow, D./Hegner, F./Lemper, J.: (1980) Sozialstationen, Analysen und Materialien zur Neuorganisation ambulanter Sozial- und Gesundheitsdienste; Forschungsgruppe Sozialplanung und Sozialverwaltung e.V., Band 3. S. 128-134
- Grunow, D./Hegner, F.: (1981): Sozialstationen im Bereich der ambulanten Sozial- und Gesundheitspflege; in: Badura, B./Ferber, C. (Hg.): Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. München. S. 39-66
- Gubermann, N./Maheu, P./Maille, Ch. (1992): Women as Family Caregivers: Why do they care? The Gerontologist 32. S. 602-617
- Häberlein, U./Militzke, P./Sackmann, J. (1996): Klarheit durch Kundenbefragung. Forum Sozialstation 20, Nr. 79. S. 36-39
- Häußermann, H./Siebel, W. (1995) (Hg.): Dienstleistungsgesellschaften. Edition Suhrkamp, Frankfurt.
- Halsig, N. (1995): Hauptpflegepersonen in der Familie: Eine Analyse ihrer situativen Bedingungen, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten; in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 9. S. 247-262
- Halsig, N. (1998): Die psychische und soziale Situation pflegender Angehöriger: Möglichkeiten der Intervention; in: Kruse, A./Bullinger, M./Rosemeier, H.P./Strauß, B. (Hg.): Psychosoziale Gerontologie. 16. Aufl. Band 2: Intervention. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie. Hofgreffe, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle. S. 211-231
- Hamburger Pflegegesellschaft (2003): Wieviel Pflege braucht der Mensch? Personalausstattung in Hamburger Pflegeeinrichtungen unzureichend; in: Der Pflegebrief. 16.04.2003
- Hedtke-Becker, A./Schmidtke, Cl. (1985): Frauen pflegen ihre Mütter. Eine Studie zu Bedingungen häuslicher Pflege. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt/M.
- Heinemann-Knoch, M./de Rijke, J./Rosenberg, C./Summer-Juhnke (1982): Die Bedeutung ambulanter sozialer Dienste im familiären Lebensumfeld: Überlegungen am Beispiel von Sozialstationen; in: Kaufmann, F.-X (Hg.): Staatliche Sozialpolitik und Familie. München. S. 243-266.
- Heinze, R.G. (Hg.) (1986): Neue Subsidiarität: Leitidee für eine zukünftige Sozialpolitik? Opladen.

- Hepp, A. (1999): Culultural Studies und Medienanalyse. Eine Einführung. Opladen.
- Herdt, J. et al (2000): Wissenschaftliche Untersuchung der unterschiedlichen Vergütungssystematiken in der ambulanten Pflege. HLT Gesellschaft für Forschung Planung Entwicklung mbH, Wiesbaden.
- Hessisches Sozialministerium (1974): Zentrum für Gemeinschaftshilfe – hessische Modelle für Gesundheits- und Sozialpflegerische Zentren.
- Hessisches Sozialministerium (1977): Initiativprogramm zur Förderung von Einrichtungen der mobilen Krankenpflege (Gemeindekrankenpflege), 3. Mai 1977
- Hessisches Sozialministerium (2003): Entwurf eines Rahmenlehrplans für die Altenpflege in Hessen auf Basis der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (AltPflAPrV), 26. November 2003
- Hirschmann, A. (1970): Exit, Voice and Loyalty. Responses to Decline in Forms, Organisations and States. Harvard.
- Hörl, J./Rosenmayr, L. (1994): Gesellschaft, Familie, Alternsprozess; in: Reimann, H./ Reimann, H. (Hg.): Das Alter: Einführung in die Gerontologie. Enke, Stuttgart. S. 75-108
- Höpflinger, F./Stuckelberger, A. (1999): Demographische Alterung und individuelles Altern. Seismo, Zürich.
- Holuscha, A. (1992): Altenpflege in der Familie. Belastungen und Unterstützungen bei pflegenden Angehörigen. Hartung-Gorre, Konstanz.
- Honneth, A. (1995): Zwischen Gerechtigkeit und affektiver Bindung. Die Familie im Brennpunkt moralischer Kontroversen; in: Deutsche Zeitschrift für Philosophie 43. S. 989-1004
- Hondrich, K.O./Koch-Arzberger, Cl. (1992): Solidarität in der modernen Gesellschaft. Fischer, Frankfurt/M.
- IG Metall (2004): Aspekte der Schwarzarbeit. Frankfurt.
- Igl, G. (1995): Pflege im Recht. Die Leistungsinhalte der Grund- und Behandlungspflege in der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 und 2 und ihre Abgrenzung von den Leistungen der Pflegebedürftigkeit; in: Reihe LFK-aktuell, Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e.V. (Hg.), Ausgabe 1.
- Infratest Sozialforschung (2003): Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. Erste Ergebnisse der Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in privaten Haushalten“ (MuG 3); im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München.
- Jansen, B. (1999): Informelle Pflege durch Angehörige; in: Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./ Schmitz-Scherzer, R. (Hg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Beltz, Weinheim/Basel. S. 602-628
- Jonas, C. (1971): Der Beruf der Hauspflegerin/Familienpflegerin; in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 08/1971

- Jürgens, A. (1995): Die Minutenpflege wird zum Prinzip erhoben. Frankfurter Rundschau, Nr. 272, 22. November 1995. S.12
- Jurczyk, K./Rerrich, M.S. (Hg.) (1993): Die Arbeit des Alltags. Beiträge zu einer Soziologie der alltäglichen Lebensführung. Lambertus, Freiburg.
- Kantel, H.D. (2000): Das Gesetz der Pflegeversicherung: Je pflegebedürftiger, desto weniger Hilfe; in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 12, 2000. S. 1075-1088
- Kaufmann, F.X. (1993): Generationenbeziehungen und Generationenverhältnisse im Wohlfahrtsstaat, S. 95-108; in: Lüscher, K./Schultheis, F. (Hg.): Generationenbeziehungen in „postmodernen“ Gesellschaften. Universitätsverlag, Konstanz.
- Kaufmann, F.-X. (1994): Staat und Wohlfahrtsproduktion; in: Derlien, H.U./Gerhardt, U./Scharpf, F.W. (Hg.): Systemrationalität und Partialinteresse. Baden-Baden. S. 357-380
- Kaufmann, F.X. (1996): Geht es mit der Integrationsfunktion des Sozialstaates zu Ende? 28. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie 1996.
- Kaufmann, F.-X. (1997): Herausforderungen des Sozialstaates. Frankfurt/M.
- Kaufmann, G. (1976): Staatliche Anerkennung als Fachkrankenschwester/Fachpfleger in der Gemeindekrankenpflege in Niedersachsen; in: Krankenpflege 01/1976
- Kesselheim, H. (2001): Vorfahrt für die Bürokraten. Neue Pflege-Gesetze – Gesundheit und Gesellschaft G&G 4 (10). S. 36-41
- Klie, Th. (1997): Kundenorientierung älterer Menschen in sozialen Diensten. Paradigmenwechsel: Patient – Klient – Kunde – Bürger; in: Schütz, R.M./Ries, W./Tews, H.P. (Hg.): Altern in Gesundheit und Krankheit. Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft. S. 197-208
- Klie, T./Krahmer, U. (Hg.) (2000): Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Nomos Verlag, Baden-Baden.
- Klie, Th. (2001): Pflegekulturelle Orientierungen im Wandel – Perspektiven für Angehörige; in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Nr. 3. S. 90-96
- Klie, Th. (2004) (a): Das personenbezogene Pflegebudget. Erfahrungen aus den Niederlanden; in: Dr. Mabuse; Nr. 151. S. 47
- Klie, Th. (2004) (b): Zukunft gestalten; in: Meilensteine 2004 I. S. 1 (<http://www.pflegebudget.de>)
- Klie, Th. (2004) (c): Vorschläge und Perspektiven für eine auf Nachhaltigkeit angelegte Pflegepolitik; in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Nr. 2/2004. S. 8
- Klie, Th. (2005): Pflegebudget – ein Beitrag zur nachhaltigen Sicherung der Pflege; Fachtagung der Akademie der Diözese Rottenburg – Persönliche Budgets – Zeitenwende in der Pflege? 14.06.2005
- Kliebsch, U./Fleischle, B./Busch, S./Huchler, U./Pfaff, A./Brenner, H. (2000): Utilization of Benefit for Home Nursing Care in the German Statutory Nursing Care in Insurance; in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 8. Jg., H. 1. S. 78-91

- Kliemke, C./Rambaek, F./Purainer, B. (1985): Untersuchung zur Häuslichen Krankenpflege der Privaten Anbieter Häuslicher Krankenpflege der Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege Berlin e.V., Forschungsbericht. Vervielf. Manuskript, Berlin.
- Klinger, C. (1995): Über neue Tendenzen in der Theorie der Geschlechterdifferenz; in: Deutsche Zeitschrift für Philosophie, 43, 5. S. 801-814
- Kluge, F. (1999): Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache, 23. erw. Auflage. de Gruyter, Berlin.
- Knieps, F. (1998): Das Zusammenwirken von gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung – Kritische Anmerkungen zur Patientenkarriere aus der Sicht der Krankenkassen; in: Sozialer Fortschritt, Nr. 6
- Knieps, F. (2005): Gedanken zur Reform der Pflegeversicherung; in: G+G Wissenschaft, N4. 4/2004. S. 28 ff.
- Knipscheer, C.P.M. (1993): A triangular model in care for impaired elderly in the Netherlands and its educational implications; in: Stevens, N./Vis, T.A.M./Wimmers, F.H.G. (eds.) Education in Gerontology in the 90s. International Perspectives and Developments. Department of Psychogerontology, Nijmegen.
- Kohli, M. (1997): Beziehungen und Transfers zwischen den Generationen. S. 278-288; in: Vaskovics, L.A. (Hg.): Familienleitbilder und Familienrealitäten. Leske & Budrich, Opladen.
- Krampe, E. (2003): Arbeit im Gesundheitswesen: Reformen auf Kosten der Beschäftigten; in: PROKLA, Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft, 33. Jg. H. 132. S. 389-410
- Krankenpflegeverein Rheingönheim (1905): Vereinssatzung des Diakonissenvereins Rheingönheim.
- Krüger, H./Born, C. (2000): Vom patriarchalen Diktat zur Aushandlung – Facetten des Wandels der Geschlechterrollen im familialen Generationenverbund; in: Kohli, M./Szydlik, M. (Hg.): Generationen in Familie und Gesellschaft. Leske und Budrich, Opladen. S. 203-221
- Kühn, H. (2001): Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive. Dimensionen und Leitbild eines politisch-ökonomischen, sozialen und kulturellen Prozesses. Berlin.
- Künemund, H./Rein, M. (1996): There is more to receiving than needing: Intergenerational solidarity in five nations. Arbeitspapier, 5. Juli 1996
- Künemund, H./Hollstein, B. (2000): Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke; in: Kohli, M./Künemund, H. (Hg.): die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alsters-survey. Leske + Budrich, Opladen. S. 212-276
- Künzler, J. (1994): Familiäre Arbeitsteilung. Die Beteiligung von Männern an der Hausarbeit. Kleine, Biefeld.
- Kunstmann, W. (1998): Zur Entwicklung und Situation der häuslichen Kranken- und Altenpflege. In: Zwischenzeiten – Jahrbuch für kritische Medizin 30. Hamburg. S. 85-101
- Kurtenbach, H. et al. (1994): Krankenpflegegesetz mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Stuttgart.

- Lachmund, J. (1987): Die Profession, der Patient und das medizinische Wissen; in: Zeitschrift für Soziologie, H. 5. S. 353-366
- Lampert, H. (2004): Lehrbuch der Sozialpolitik. Berlin.
- Lamprecht, P./Bracker, M. (1992): Die Pflegebereitschaft von Männern. 50 Jahre kann man nicht einfach beiseite schieben. Selbstverlag der Interdisziplinären Arbeitsgruppe für Angewandte Soziale Gerontologie (ASG), Kassel.
- Langen, I./Schlichting, R. (1990): Altenhilfe auf dem Lande. Erfahrungen eines praxisorientierten Forschungsprojekts. Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart.
- Lauterbach, K.W. (1996): Managed Care in Amerika – Ansätze für ein Gesundheitsmanagement in der GKV.
- Le Grand, J. (1991): Quasi-Markets and Social Policy; in: The Economic Journal, 101 (September 1991). S. 1256-1267
- Lettke, F. (2002): Pflegen wollen, sollen, müssen oder dürfen? Zur Ambivalenz von Generationenbeziehungen im Alter; in: Lebensqualität im Alter. Leske und Budrich, Opladen. S. 71-94
- Lindemann, W. (1927): Schwestern = Lehrbuch für Schwestern und Krankenpfleger. München.
- Lindner, S. (1973): Warum wir keine Zeit mehr haben: Das Lindner-Axiom. Frankfurt/M.
- Litwin, H./Landau, R. (2000): Social Network Type and Social Support among the Old-Old; in: Journal of Aging Studies 14. S. 213-228
- Loomis, L.S./Booth, A. (1995): Multigenerational Caregiving and Well-Being: The Mythos of the Beleaguered Sandwich Generation. Journal of Family Issues 16. S. 131-148
- Lüschen, G. (1989): Verwandtschaft, Freundschaft, Nachbarschaft; in: Nave-Herz, R./Markefka, M. (Hg.): Handbuch der Familien- und Jugendforschung, Band I: Familienforschung. Darmstadt. S. 435-452
- Lüscher, K. (1993): „Familie“ im Spannungsfeld von Pragmatismus, Individualismus und Moral. S. 187-200; in: Germann, H.U./Kaiser, H./Leibundgut, H./Schär, H.R. (Hg.): Das Ethos der Liberalität. Festschrift für H. Ringeling zum fünfundsiebszigsten Geburtstag. Herder, Freiburg.
- Lüth, P. (1976): Sozialstationen und Gemeinwesenmedizin. Noten zum Thema Sozialstationen im Modellversuch; in: Sozialer Fortschritt 11/1976. S. 254-257.
- Mannheim, K. (1928): Das Problem der Generationen; in: Kölner Vierteljahreshefte für Soziologie 7. S. 157-185
- Marbach, J.H. (1994): Tauschbeziehungen zwischen Generationen: Kommunikation, Dienstleistungen und finanzielle Unterstützung in Dreigenerationenfamilien; in: Bien, W. (Hg.): Eigeninteresse oder Solidarität: Beziehungen in modernen Mehrgenerationenfamilien. S. 163-196
- Matthews, S.H. (1987): Provision of Care to old Parents. Division of Responsibility among Adult children. Research on Aging 9. S. 45-60

- Maunz/Dürig/Herzog/Scholz (2003): Kommentar zum Grundgesetz. Loseblattsammlung in 5. Bnd. Stand 02/2003
- Merchel, J. (1998): Hilfeplanung bei den Hilfen zur Erziehung § 36 SGB VIII. Stuttgart.
- Meyer, S./Schulze, E./Böhm, U./Fischer, B. (1999): Anforderungen der Privathaushalte an Dienstleistungen; in: Bullinger, H.J. (Hg.): Dienstleistungen – Innovation für Wachstum und Beschäftigung. Herausforderungen des internationalen Wettbewerbs. Gabler, Wiesbaden. S. 224-242
- Miller, B./Cafasso, L. (1992): Gender Differences in Caregiving: Factor Artifact? The Gerontologist 32. S. 498-507.
- Miltenburg, T. (2004): Die Auswirkungen von personengebundenen Budgets in den Niederlanden; in: Klie, T./Spermann, A. (Hg.): Persönliche Budgets – Aufbruch oder Irrweg? Vincentz, Hannover. S. 73-80
- Miltenburger, C./Werner, G. (1992): Das erledigt man im Familienkreis – Zur Bedeutung sozialer Beziehungen bei der Entscheidung zwischen Hauspflege und Altenheim. Freie Universität, Berlin.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, Baden-Württemberg (1983) (Hg.): Sozialstationen in Baden-Württemberg – Neuordnungen der ambulanten Pflegedienste 1973–1983. Stuttgart.
- Mittelstaedt, E. (2002): Ungelernte Kräfte in der Pflege. Riesters Pläne zur Legalisierung illegaler Beschäftigung; in: Pflegen ambulant 1. S. 35-37
- Motel, A./Szydlík, M. (1999): Private Transfers zwischen den Generationen, Zeitschrift für Soziologie 28. S. 3-22
- Motel-Klingebiel, A. (2000): Alter und Generationenvertrag im Wandel des Sozialstaates. Alterssicherung und private Generationenbeziehungen in der zweiten Lebenshälfte. Weißensee Verlag, Berlin.
- Müller, K./Thielhorn, U. (2000): Zufriedene Kunden? Problemsichten der Patienten auf das Versorgungsgeschehen und die Qualität ambulanter Pflege. Kohlhammer, Stuttgart.
- Naegele, G. (1985): Voran mit der familiären Pflege – Ein Weg zurück!; in: WSI-Mitteilungen 38, Nr. 7. S. 394-403
- Naegele, G./Reichert, M. (1998): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Nationale und internationale Perspektiven 1. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie Nr. 7. Hannover.
- Naschold, F. (1983): Modernisierung des Staates. Zur Ordnungs- und Innovationspolitik des öffentlichen Sektor. Berlin.
- Neumann, V. (2003): Selbstbestimmte Leistungsgestaltung im SGB XI: Wunsch- und Wahlrecht, Geldleistungsoption und persönliches Budget; in: Zeitschrift für Sozialrecht/Sozialgesetzbuch Nr. 42/7. S. 398.
- OECD, Organisation for Economic Co-Operation and Development (Hg.) (1994): Caring for Frail Eldery People. New Directions in Care. OECD social Policy Studies No. 14. OCDE/OECD, Paris.

- Oechsle, M. (1998): Ungelöste Widersprüche: Leitbilder für die Lebensführung von Frauen; in: Oechsle, M./Geissler, B. (Hg.): Die ungleiche Gleichheit. Junge Frauen und der Wandel im Geschlechterverhältnis. Leske und Budrich, Opladen. S. 185-200
- Offe, C./Heinze, R.G. (1986): Am Arbeitsmarkt vorbei. Überlegungen zur Neubestimmung „haushaltlicher“ Wohlfahrtsproduktion in ihrem Verhältnis zu Markt und Staat. Leviathan 14, Nr. 4. S. 471-495
- Olk, Th. (1985): Der informelle Wohlfahrtsstaat – Beziehungsprobleme zwischen Sozialarbeit und nicht-professionellem Helfesektor; in: Olk, Th./Otto, H.-U. (Hg.): Der Wohlfahrtsstaat in der Wende. München. S. 122-151
- Ostner, I. (1986): Prekäre Subsidiarität und partielle Individualisierung; in: Berger, J. (Hg.): Die Moderne – Kontinuitäten und Zäsuren. Soziale Welt-Sonderband 4. Göttingen. S. 235-259
- Ostner, I. (1998): The Politics of Care Policies in Germany; in: Lewis, J. (ed.): Gender, social Care an Welfare State Restructuring in Europe. Ashgate, Aldershot. S. 111-137
- Pankoke, E. (1995): Grenzen der Solidarität. Vom Mit-Leid zur Solidarpartnerschaft; in: Orsi, G. (Hg.): Solidarität. Lang, Frankfurt/M. S. 81-101
- Parker, G. (1990): with due care and attention. A review of research on informal care. Family Policy Studies Centre, London. S. 12
- Parsons, T. (1964): Das Verwandtschaftssystem in den Vereinigten Staaten; in: Parsons, T.: Soziologische Texte. Neuwied. S. 84-108
- Parsons, T. (1970): The Normal American Family; in: Meyer Barash/Scourby, A. (Hg.): Marriage and the Family. A comparative Analysis of Contemporary Problems. Random House, New York. S. 193-211
- Pilgrim, K./Tschainer, S. (Hg.) (1998): Für ein paar Stunden Urlaub. Nürnberg.
- Pillemer, K./Suitoor, J.J. (1996): Family Stress and Social support among Caregivers to Persons with Alzheimer's Disease; in: Gregory, R.P./Sarason, B.R./Sarason, I.G. (Hg.): Handbook of Social Support and the Family. Plenum Press, New York. S. 467-494
- Pöhlmann, K./Hofer, J. (1997): Ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf: Instrumentelle Unterstützung durch Hauptpflegepersonen und professionelle Hilfsdienste; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30 (5). S. 381-388
- Preissl, B. (1998): Innovationen im Dienstleistungssektor; in: DIW-Wochenbericht 29. S. 519-526
- Pross, H. (1976): Die Wirklichkeit der Hausfrau. Die erste repräsentative Untersuchung über nicht erwerbstätige Frauen. Rowohlt Verlag, Reinbek.
- Putnam, R. (1993): Making democracy work. Civic traditions in modern Italy. Princeton.
- Putnam, R. (1995): Bowling alone: Americas declining social capital; in: Journal of Democracy, No.1. S. 65-78
- Putnam, R. (2000): Bowling alone. The collapse and revival of American community. New York.

- Raiff, N./Shore, B. (1997): Das fortgeschrittene Case Management. Lambertus, Freiburg i.Br.
- Richter, H. (1974): Lernziel Solidarität. Rowohlt Verlag.
- Richter, E. (2004): Illegale Pflegekräfte. Schwarzarbeit in der Pflege; in: Forum Sozialstation Nr. 128, Juni 2004. S. 14-17
- Rieder, K. (1999): Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst. Belastungen in der Krankenpflege. Juventa, Weinheim.
- Röper, J./Jüllig, C. (Hg.) (1998): Die Macht der Nächstenliebe – Einhundertfünfzig Jahre innere Mission und Diakonie 1848–1998. Im Auftrag des Deutschen Historischen Museums und des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland. Berlin.
- Rose, S. (2002): Die Fürsprache – Rahmenbedingungen des Empowerment für Case Management. Begleittext zum Vortrag. Evangelische Fachhochschule Freiburg, 04.10.2002
- Rosenmayr, L./Köckeis, E. (1965): Umwelt und Familie alter Menschen. Luchterhand, Neuwied.
- Rosenmayr, L. (1987): Alleinsein im 21. Jahrhundert. Deutsches Zentrum für Altersforschung (DZA) (Hg.): Die ergraute Gesellschaft. Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit. Band 71. Berlin. S. 460-485
- Rosenkranz, D. (1996): Folgen des familialen Wandels für die Pflege älterer Menschen. Familiendemographische Überlegungen; in: Schneider, N.F./Buba, H. (Hg.): Familie zwischen gesellschaftlicher Prägung und individuellem Design. Westdeutscher Verlag, Opladen. S. 209-218
- Rossi, A./Rossi, P. (1990): Of Human Bonding. Parent-child Relations across the Life Course. de Gruyter, New York.
- Roth, G. (2002): Qualität in Pflegeheimen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Dortmund.
- Rothgang, H. (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Band 7. Campus, Frankfurt.
- Rothgang, H. (2000): Wettbewerb in der Pflegeversicherung; in: Zeitschrift für Sozialreform, 5/2000. S. 423-448
- Rothgang, H. (2001): Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 04/2001.
- Rubery, J. (1998): Geschlechterspezifische Arbeitsteilung und die Zukunft der Arbeit; in: Bosch, G. (Hg.): Zukunft der Erwerbsarbeit: Strategien für Arbeit und Umwelt. Campus, Frankfurt/New York. S. 271-299
- Runde, P./Giese, R./Kerschke-Risch, P./Schulz, U./Wiegel, D. (Hg.) (1997): Einstellungen und Verhalten zur Pflegeversicherung und zur häuslichen Pflege. Forschungsbericht, Sozialforschung 271. Bonn.

- Runde, P./Giese, R./Vogt, K./Wiegel, D. (1999): Die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes und seine Wirkungen auf den Bereich der häuslichen Pflege. Band II: Die Wirkungen auf Einstellungen und Verhalten. Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung, Hamburg.
- Runde, P./Giese, R. (1999): Wirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) auf die Pflegeübernahme und die Pflegeorganisation; in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht 4+5 1999. S. 339-362
- Runde, P./Giese, R./Stierle, Cl. (2003): Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen gesellschaftlichen Wandels – Analysen und Empfehlungen auf der Basis von repräsentativen Befragungen bei AOK-Leistungsempfängern der Pflegeversicherung. Universität Hamburg.
- Sachse, Chr. (1986): Verrechtlichung und Sozialisation: Über Grenzen des Wohlfahrtsstaates. Leviathan 14, Nr. 4. S. 528-545
- Sachse, Chr. (1995): Paradoxien „funktionaler“ Solidarität. Ein Kommentar zu E. Pankokes „Grenzen der Solidarität“; in: Orsi, G. (Hg.): Solidarität. Lang, Frankfurt/M. S. 107-110
- Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über-, Unter- und Fehlversorgung.
- Sackmann, R. (1993): Versuch einer Theorie der Einführung technischer Geräte in den Haushalt; in: Meyer, S./Schulze, E. (Hg.): Technisiertes Familienleben. Edition Sigma, Berlin. S. 253-275
- Schacke, C./Zank, S. (1998): Zur familiären Pflege demenzkranker Menschen: Die differentielle Bedeutung spezifischer Belastungsdimensionen für das Wohlbefinden der Pflegenden und die Stabilität der häuslichen Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31. S. 355-361
- Schaeffer, D. (1997): Patientenorientierte ambulante Pflege Schwerkranker. Erfordernisse der Konzept- und Wissenschaftsentwicklung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. Journal of Public Health 5. S. 83-95
- Schaeffer, D. (2001): Bedarfslagen pflegender Angehöriger von dementiell Erkrankten. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung (Typoskript). Bielefeld.
- Scharfenroth, K. (2003): Mit dem Alter in die Dienstleistungsgesellschaft? Perspektiven des demographischen Wandels für Wachstum und Gestaltung des tertiären Sektors. Herbert Utz, München.
- Scheuerl, A. (2004): Das Leben als Lehrer. Case Management und starre Jugendhilfestrukturen; in: Blätter der Wohlfahrtspflege 02/2004. S. 62-64
- Schlempp, H./Schlempp, D. (1969): Kommentar zur hessischen Gemeindeordnung. Wiesbaden.
- Schmidt, H. (1975): Berufsbild: Gemeindegewerkschwester/Gemeindegewerkschwester; in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift.
- Schneekloth, U./Müller, U. (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Hg.). Band 127. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

- Schneekloth, U./Wahl, H.W. (Hg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III); Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten; integrierter Abschlussbericht; im Auftrag des BMFSFJ München.
- Schnepp, W. (1996): Pflegekundliche Sorge. *Pflege & Gesellschaft*, 1, 2. S. 13-16
- Schöllkopf, M. (1996): Die Neuordnung der ambulanten Hilfen in Baden-Württemberg: Entstehung und Umsetzung eines altenpolitischen Landesprogramms; in: *Zeitschrift für Sozialreform*, Heft 2/1996. S. 103
- Schott-Winterer, A./Riede, Th. (1986): Der Begriff Dienstleistung – oft benutzt, aber wenig geklärt. SFB 3: Arbeitspapier 201. Frankfurt/Mannheim.
- Schupp, J. (2002): Quantitative Verbreitung von Erwerbstätigkeiten in privaten Haushalten Deutschlands. DIW-Materialien 11. Berlin.
- Schütze, Y.: (1993): Generationenbeziehungen im Lebensverlauf – eine Sache der Frauen?; in: Kurt Lüscher/Franz Schultheis (Hg.): *Generationenbeziehungen in „postmodernen“ gesellschaften*. Universitätsverlag Konstanz, Konstanz. S. 287-298
- Schütze, Y./Wagner, M. (1995): Familiäre Solidarität in den späten Phasen des Familienverlaufs; in: Nauck, B./Onnen-Isemann, C. (Hg.): *Familie im Brennpunkt von Wissenschaft und Forschung*. Luchterhand, Neuwied. S. 307-327
- Schwab, D./Henrich, D. (Hg.) (1997): *Familiäre Solidarität – Die Begründung und die Grenzen der Unterhaltspflicht unter Verwandten im europäischen Vergleich*. Giesecking, Bielfeld.
- Senghaas-Knobloch, E. (1999): *Das Problem der Angewiesenheit in der postindustriellen Gesellschaft*. Universität Bremen: artec paper 75.
- Silverstone, R. (1994): *Television and Everyday Life*. Routledge, London/New York. S. 45 ff.
- Soosten, J. v. (1997): Das soziale Kapital der Gesellschaft und der Formwandel der Solidarität; in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 41. S. 40-48
- Sozialministerium Baden-Württemberg (2002): *Persönliches Budget für Menschen mit Behinderung*. Arbeitsgruppe Modellprojekt. Konzeption vom 10.06.2002; Fortschreibung – 12.10.2004
- Spitzenverbände der Pflegekassen (2002): *Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflegeversicherungsgesetzes vom 10.10.2002*
- Stark, W. (1996): *Empowerment. Neue Handlungskonzeptionen in der psychosozialen Praxis*. Freiburg i.Br.
- Stadt Münster (Hg.) (1995): *Modellprojekt der Stadt Münster. Entwicklung eines kommunalen Verbundsystems pflegerischer Einrichtungen und Dienste. Abschlussbericht des Modellprogramms zur Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung*. Münster.
- Ständige Konferenz der Weiterbildungsinstitute für Leitende und Lehrende Pflegepersonen (1998): *Rahmenkonzept für die Weiterbildung zur verantwortlichen Pflegefachkraft*, April 1998; von den Spitzenverbänden der Pflegekassen im September 1999 übernommen.

- Statistisches Bundesamt (1996): Fachserie 13, Reihe 2: Sozialleistungen. Berichtsjahr 1994. Metzler/Poeschel, Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt (2003) (a) : Bericht Pflegestatistik 2001 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn. Verfügbar unter: www.destatis.de
- Statistisches Bundesamt (2003) (b): Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – Ergebnis der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden, Juni 2003
- Statistisches Bundesamt (2003) (c): Ergebnisse des Mikrozensus – 2000 im Mai; 2001 und 2002 im April. <http://www.destatis.de/cgi-bin/printview.pl>
- Statistisches Bundesamt (2005): Bericht: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden, April 2005
- Steiner-Hummel, I./Zellhuber, B. (1991): Beratungsstelle für pflegende Angehörige und Gerontopsychiatrie in der Stadt Augsburg, Gesamtbericht des dreijährigen Modellprojekts „Leben und Pflegen“. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Köln.
- Steiner-Hummel, I. (1992): Die ungeliebten Dritten. Wie man sie versteht, unterstützt und ermutigt. Angehörige im Pflegedreieck; in: Forum Sozialstation Nr. 17. S. 10-16
- Steiner-Hummel, I. (1993): Angehörige stützen. Die partnerschaftliche Förderung Pfleger wird zu einer zentralen Aufgabe ambulanter Dienste; in: Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit. S. 140.
- Steiner-Hummel, I. (1996) (a): Solidarisch mit Angehörigen. Bürgerschaftliche Ansätze zur sozialen Unterstützung von pflegenden Angehörigen 1993–1996, Abschlussbericht eines Modellprojektes gefördert von der Robert-Bosch-Stiftung Stuttgart (Manuskript)
- Steiner-Hummel, I. (1996) (b): Sorge und Pflege als Feld sozialer Erfahrungen. Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart.
- Steiner-Hummel, I. (1997): Bürgerschaftliches Engagement und Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur; in: Braun, U./Schmidt, R. (Hg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg. Transfer, S. 125
- Stiftung Warentest (1998): Samariter überfordert? Test 7/98. S. 84-89
- Stoller, E.P./Forster, L./Duniho, T.S. (1992): Systems of Parent Care Within Sibling Network, Research on Aging 14. S. 28-49
- Strünck, Ch. (2000): Pflegeversicherung – Barmherzigkeit mit beschränkter Haftung. Institutioneller Wandel, Machtbeziehungen und organisatorische Anpassungsprozesse. Leske + Budrich, Opladen.
- Sundstroem, G. (1995): Care by Families: An Overview of Trends. OECD (Hg.): Caring for Frail Elderly People 2: A comparative Analysis of Social Policies. Paris.
- Tartler, R. (1961): Das Alter in der modernen Gesellschaft. Enke, Stuttgart.
- Tesch-Römer, C./Motel-Klingebiel, A./Kondratowitz, H-J. v. (2002): OASIS, Old age and Autonomy. The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity; die Bedeutung der Familie für die Lebensqualität alter Menschen im Gesellschafts- und Kulturvergleich; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 4/2002. S. 335-342.

- Thome, H. (1998): Soziologie und Solidarität: Theoretische Perspektiven für die empirische Forschung; in: Bayertz, K. (Hg.): Solidarität: Begriff und Problem. Suhrkamp, Frankfurt/M. S. 217-262
- Townsend, P. (1957): The Family of Old People. Routledge & Kegan, London.
- Tutela e valorizzazione delle persone anziane Interventi a favore di anziani non autosufficienti (1995): Legge n. 5/94 approvata dal Consiglio regionale dell'Emilia-Romagna; (Schutz und Aufwertung älterer Menschen. Maßnahmen zugunsten pflegebedürftiger Menschen). Februar 1995
- Twigg, J./Atkin, K./Perring, C. (1990): Evaluation support to Informal Carers. Final Report. University of York: Social Policy Research Unit.
- Twigg, J./Atkin, K./Perring, C. (1991): Carers and Services: A Review of Research social Policy Unit. HMSO, London.
- Twigg, J. (1993): The Interweaving of Formal and Informal Care: Policy Models and Problems; in: Evers, A./van der Zanden, G. (Hg.): Better Care for Dependent People Living at Home. Netherlands Institute of Gerontology, Bunnik/Holland.
- Ungerson, C. (1994): Morals and Politics in "Payments for Care": An Introductory Note; in: Evers et al. (Hg.): Payments for Care. Adlershot.
- Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./Arbeiter Ersatzkassenverband e.V. (vdak/aev) (2005) (a): Pflegeversicherung: Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gem. § 8 Abs. 3 SGB XI. http://www.vdak.de/modellprg_projekt1.htm, 25.06.2005
- Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./Arbeiter Ersatzkassenverband e.V. (vdak/aev) (2005) (b): Wesentliche Positionen der Ersatzkassen zur Reform und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, 07.07.2005. S. 12-13
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB) und CAREkonkret (2003): Weniger Bürokratie – mehr Pflege. CAREkonkret Nr. 17-24 vom 28.02.-13.06.2003. Essen.
- Vincentz Verlag (1993): Ein Markt entsteht. APLA 93. Die Entwicklung der Altenhilfe im ambulanten Bereich. Eine Zusammenstellung des Vincentz Verlages. Vincentz Verlag, Hannover.
- Vornbäumen, A. (1995): Barmherzige Samariter, abwaschbare Körper. Frankfurter Rundschau 13.04.1995
- Waerness, K. (2000): Fürsorgerationalität: Zur Karriere eines Begriffes; in: Feministische Studien, Jg. 18, Extra-Heft: Fürsorge – Anerkennung – Arbeit. S. 54-66
- Wand, E. (1986): Ältere Töchter alter Eltern. Zur Situation von Töchtern im 6. und 7. Lebensjahrzehnt. Kohlhammer, Stuttgart.
- Watson, J. (1996): Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Huber, Bern.
- Weber, J. (1998): Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege durch aufsuchende Beratungsdienste im Stadtteil; in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 29. Jg., Heft 4 und 30. Jg., Nr. 198/1999. S. 365-384

- Weinkopf, Cl. (2005): Haushaltsnahe Dienstleistungen für Ältere, Expertise für den 5. Altenbericht der Bundesregierung im Auftrag des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA), Gelsenkirchen.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986): Charta zur Gesundheitsförderung. Ottawa.
- Wendt, W.R. (2001): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. 3. ergänzte Auflage. Lambertus, Freiburg i.Br.
- Willms-Herget, A. (1985): Frauenarbeit. Zur Integration der Frauen in den Arbeitsmarkt. Frankfurt/M./New York
- Wingenfeld, K./Schaeffer, D. (2001): Nutzerperspektive und Qualitätsentwicklung in der ambulanten Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34, Nr. 2. S.140-146.
- Wissert, M. (1998): Kundenbefragungen als Instrument verbraucherorientierter Qualitätsentwicklung; in: Schmidt, R./Winkler, A. (Hg.): Ansätze zur Weiterentwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgungsstruktur. Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung. Band 5. Regensburg. S. 61-70
- Wolfson, Chr./Handfield-Jones, R./Glass, K.C./McClaran, J./Keyserlingk, E. (1993): Adult Children's Perceptions of their Responsibility to Provide Care for Dependent elderly Parents; in: The Gerontologist 33. S. 315-323
- Zaumseil, M. u.a. (2002): Gestaltung von Disease-Management-Programmen (DMP) aus gemeindepsychologischer und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. Expertise http://www.agpf-ev.de/AKTUELL-Dateien/AGP-POS-Dateien/DMP_Stell_nahme_Zumseil.rtf, 30.05.05
- Zeman, P. (1996): Häusliche Altenpflegearrangements. DZA Diskussionspapiere Nr. 4. Berlin
- Zeman, P. (1998): Vernetzung von Lebenswelt und Profession in der Pflege; in: Schmidt, R./Thiele, A. (Hg.): Konturen einer neuen Pflegelandschaft: Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Transfer, Regensburg. S. 111-120
- Zentralstelle für Arbeitsvermittlung (2002): Vermittlung von Haushaltshilfen zur Beschäftigung in Haushalten mit Pflegebedürftigen nach § 4 Abs. 9a Anwerbestoppausnahmegenehmigung (ASAV), Bonn.
- Zentralstelle für Arbeitsvermittlung (2003): Erfahrungsbericht zu der Vermittlung von Haushaltshilfen zur Beschäftigung in Haushalten mit Pflegebedürftigen nach § 4 Abs. 9a Anwerbestoppausnahmegenehmigung (ASAV), Bonn: Demnach wurden bis 2002 nur 1.102 Haushaltshilfen vermittelt.
- Ziller, H. (2004): Seniorenpolitische Perspektiven – Handlungsansätze für universitäre Forschung und Lehre; in: Kritische Vierteljahresschrift für Gesetzgebung und Rechtswissenschaft 3/2004. Nomos, Baden-Baden. S. 255-259

Erklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation

„Wohlfahrtspluralismus und häusliche Pflegearrangements“

selbständig und ohne andere als die darin angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Alle der Literatur wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen sind als solche kenntlich gemacht worden.

Frankfurt, im Dezember 2005

Michaela Röber