



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Möglichkeiten und Grenzen

selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten.

Ergebnisse der Studie MuG III

**Forschungsprojekt im Auftrag des
Bundesministeriums für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend**

Möglichkeiten

Grenzen

Lebensführu

Inhalt

Zusammenfassung	3
Die zentralen Untersuchungsbefunde im Überblick	6
1. Entwicklungen im Bereich der Fähigkeiten zur Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung im hohen Lebensalter	6
2. Grundlegende Möglichkeiten und Grenzen der häuslichen Pflege	7
3. Tragfähigkeit des familiären Hilfenetzes – Entwicklungstrends und Perspektiven	9
4. Rolle der professionellen ambulanten Versorgungssysteme	12
5. Aspekte der Qualität der häuslich-ambulanten Pflege	14
6. Kooperation und Vernetzung der Leistungsangebote	16
7. Ansätze zu einer regionalen Wirkungsorientierung	17
8. Grundlegende Informationen zum Forschungsprojekt MuG III	18

Zusammenfassung

Älter werden sollte vor dem Hintergrund der Effekte des demografischen Wandels nicht einseitig als Last oder als nicht zu bewältigende „Zukunftshypothek“ begriffen werden. Vielmehr zeigen die neuen repräsentativen Trendaussagen der Studie MuG III, dass auch Menschen im hohen Lebensalter selbst im Falle von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nach wie vor über grundlegende Potentiale für eine mehr oder weniger weit gehende Aufrechterhaltung von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit im Alltag verfügen. Hilfe und Pflegebedürftigkeit muss nicht notwendigerweise dazu führen, in eine stationäre Einrichtung wechseln zu müssen. Grundsätzlich können Pflegebedürftige aller Schweregrade im privaten Haushalt versorgt und betreut werden. Entscheidende Voraussetzung hierfür ist allerdings die Verfügbarkeit über ein stabiles, privates Hilfenetzwerk, das bereit und in der Lage ist, auch die notwendigen Versorgungsleistungen kontinuierlich zu erbringen. Will man den Vorrang der häuslichen Pflege auch in Zukunft aufrechterhalten, so wird es vor allem darauf ankommen, die in der Regel von engen Angehörigen erbrachte Pfl egetätigkeit viel stärker als bisher mit den inzwischen durchaus vielfältig vorhandenen professionellen Leistungsangeboten zu vernetzen. Nur auf diese Weise können sowohl die Selbsthilfepotentiale der Betroffenen als auch die Fähigkeit und Bereitschaft der Angehörigen und des privaten Umfeldes, die Pflege und Betreuung informell zu tragen, nachhaltig gestärkt werden.

Die Ergebnisse der neuen MuG III Studie unterstreichen, dass als Effekt des „Alterns der Gesellschaft“ die Zahl der Menschen, die auf Hilfe oder Pflege angewiesen sind, kontinuierlich angewachsen ist. Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist ganz offenbar ein allgemeines Lebensrisiko, das trotz der medizinischen und auch sozialen Fortschritte der letzten Jahrzehnte insbesondere bei Menschen im hochbetagten Alter nach wie vor in relevantem Ausmaß auftritt und dementsprechend auch den Alltag unserer Gesellschaft zunehmend mitprägt. Wurden zu Beginn der 90er noch knapp 1,2 Mio. Pflegebedürftige in Privathaushalten und weitere knapp 500 Tsd. in stationären Einrichtungen betreut, so ist die Anzahl inzwischen auf knapp 1,4 Mio. in Privathaushalten und etwa 640 Tsd. in stationären Einrichtungen angestiegen.

Relativ betrachtet hat sich der Anteil der Pflegebedürftigen im hohen Lebensalter in den letzten 10 Jahren in Deutschland allerdings kaum verändert. Nach wie vor sind in etwa 20% der Menschen im Alter ab 80 Jahren, die in Privathaushalten leben, pflegebedürftig. Hinzu kommen schätzungsweise weitere 10%, die als Pflegebedürftige in einer stationären Einrichtung betreut werden. Rückläufig ist sogar der Anteil der älteren Frauen, die auf sonstige Hilfen im Alltag unterhalb einer bereits vorhandenen körperbezogenen Pflegebedürftigkeit angewiesen sind. Die Studie zeigt, dass die heute hochbetagten Frauen im Unterschied zu früheren Generationen inzwischen über deutlich bessere Alltagskompetenzen verfügen und zum Beispiel auch im Falle des Verlustes des Lebenspartners, zumindest solange noch keine Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, ihren Alltag selbstständiger als früher gestalten und meistern können.

Entscheidend ist jedoch, dass auch in unserer durch das Altern geprägten Gesellschaft nach wie vor grundlegende Potentiale vorhanden sind, mit der die damit einhergehenden Probleme im Bereich der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auch zukünftig zu meistern sind. Grundsätzlich gilt, dass Pflegebedürftige aller Schweregrade in privaten Haushalten gepflegt und betreut werden können. Der sowohl von den Betroffenen als auch deren Angehörigen mehrheitlich gewünschte „Vorrang“ einer häuslichen vor einer stationären Pflege ist in Deutschland auch heute gelebte Realität. Dies gilt auch dann, wenn der Pflegebedarf in Zusammenhang mit einer demenziellen Erkrankung oder einer anderen schweren psychischen Störung steht. Die Ergebnisse der vertiefenden Zusatzuntersuchung zum Problem der Betreuung von Demenzkranken in Privathaushalten weisen – übrigens für Deutschland in dieser Breite zum ersten Mal – nach, dass Menschen mit mittlerer und sogar schwerer Demenz auch dann, wenn es zu den im Verlauf der Erkrankung häufig auftretenden und als besonders belastend empfundenen typischen Verhaltensauffälligkeiten kommt (Agitiertheit, Aggressivität, Störung des Tag/Nacht-Rhythmus etc.), im häuslichen Bereich über einen längeren Zeitraum stabil versorgt werden können.

Dreh- und Angelpunkt ist die in aller Regel von den engeren Familienangehörigen privat erbrachte persönliche Pflege- und Betreuungstätigkeit. 92% aller Pflegebedürftigen erhalten pflegerische Hilfen und Betreuung aus der Familie oder der Bekanntschaft (sog. informelle Hilfen). Im Kern ist es der überragenden Leistungsfähigkeit der Familie sowie der entsprechenden privaten Netzwerke geschuldet, dass in Deutschland auch im Falle von Pflegebedürftigkeit die Fortsetzung einer Lebensführung „in den eigenen vier Wänden“ möglich ist. Hierbei gilt, dass die Pflegebedürftigen häufig von Familienangehörigen betreut werden, die selber bereits älter sind. Es ist im Kern die „dritte Lebensphase“, also die sich beruflich aber auch familiär entpflichtende Generation der „jungen Alten“, die die Pflege ihrer hochbetagten Angehörigen trägt. Menschen in dieser Lebensphase, also im Alter von Mitte 50 bis Mitte/Ende 70 Jahren, weisen u.a. aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation im Übergang oder aufgrund ihres bereits vollzogenen Wechsels in die Nacherwerbsphase – bei gleichzeitig guter Gesundheit und im Schnitt angemessener materieller Sicherung – sowohl entsprechende Möglichkeiten als auch eine deutliche höhere Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung gegenüber Familie und Gesellschaft auf. Dies gilt bezüglich der Pflege der eigenen Angehörigen, als auch – wie die Ergebnisse anderer einschlägiger Untersuchungen zeigen – hinsichtlich der Motivation, sich selber ehrenamtlich in die Betreuung von hilfebedürftigen Menschen einzubringen.

Insgesamt hat sich das private Hilfenetzwerk bisher trotz der Effekte des demografischen und sozialen Wandels als erstaunlich flexibel erwiesen. Im Vergleich zur Situation zu Beginn der 90er Jahre ist zum Beispiel der Anteil der Männer, die im Alltag die häusliche Pflege tragen, von 17% auf heute 27% gestiegen. Darüber hinaus finden sich inzwischen mit einem Anteil von immerhin 8% auch deutlich häufiger private Arrangements, bei denen die Pflege von Nachbarn und Bekannten abgesichert wird – in der Regel deshalb, weil keine engeren familiären Angehörigen verfügbar sind. Einen nicht unwichtigen Beitrag hierzu hat auch die Mitte der 90er Jahre eingeführte Pflegeversicherung geleistet. Sowohl das monatliche Pflegegeld, als auch die alternativ abzurufenden Einsätze von professionellen ambulanten Diensten haben es inzwischen stärker mit ermöglicht, dass auch ältere Menschen, die alleine leben, deutlich häufiger als früher zu Hause versorgt werden können.

Tragfähig kann die häusliche Pflege allerdings nur dann bleiben, wenn gleichzeitig ein professionelles Versorgungsumfeld verfügbar ist. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen hierbei einerseits, dass das Angebot an professionellen Pflegesachleistungen im engeren Sinne in Deutschland inzwischen durchaus bedarfsgerecht ausgebaut ist. Lücken werden allerdings dort sichtbar, wo es um zielgenaue und niederschwellige Hilfsangebote im Bereich der Beratung, Qualifizierung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen geht. Besonders wichtig ist dies im Falle der Betreuung von demenziell erkrankten Menschen. Auffällig gering ausgeprägt ist darüber hinaus die Inanspruchnahme von teilstationären Pflegeangeboten (Tagespflege). Quantitativ betrachtet fallen auch die als eine mögliche Alternative zur stationären Pflege diskutierten betreuten Wohnangebote (Wohngemeinschaften, betreutes Wohnen in eigenen Haushalten etc.) noch relativ wenig ins Gewicht. Ihr zukünftiger Ausbau verspricht ebenfalls neue Perspektiven.

Professionelle Hilfen im Bereich der häuslichen Pflege müssen sich daran bemessen, dass sie noch stärker als bisher den individuellen Bedarfslagen der Hilfebedürftigen und deren Angehöriger angepasst werden. Eine der Kernaufgaben wird darin bestehen, neben der Erbringung von konkreten Pflegeleistungen vor allen Dingen das bisher unterentwickelte Element einer kontinuierlichen Beratung der pflegenden Angehörigen zu stärken. Es erscheint angebracht, im Bereich der professionell getragenen ambulanten Pflege eine Art Paradigmenwechsel zu fordern. Häufig ist es die pflegebedürftige Person in ihrer Rolle als „Patientin/Patient“, die im Zentrum der Tätigkeit der professionellen Leistungserbringer steht. Aus der Perspektive einer gelingenden Pflege sind die betreuenden Angehörigen jedoch eine ebenso bedeutsame Klientel, die in geeignete Unterstützungsangebote eingebunden und in ihrer Tätigkeit begleitet werden müssen (Case Management Orientierung). Ein wichtiger Beitrag hierfür kann auch darin bestehen, die lokal vorgehaltenen Angebote besser hinsichtlich der damit intendierten Ziele und Wirkungen zu überprüfen und kommunal entsprechend auszugestalten (Wirkungsorientierte Steuerung).

Die zentralen Untersuchungsbefunde im Überblick

1. Entwicklungen im Bereich der Fähigkeiten zur Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung im hohen Lebensalter

Die Daten der MuG III-Repräsentativerhebung zeigen, dass es in Deutschland im Untersuchungszeitraum von 1991 auf 2002 zu einer bedeutsamen absoluten Zunahme der Zahl der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, die in Privathaushalten leben, gekommen ist. Waren es zu Beginn der 90er Jahre noch 1,12 Mio. Personen, so werden inzwischen 1,4 Mio. Pflegebedürftige häuslich betreut. Nach den vorliegenden Befunden haben die bekannten demografischen Trends, insbesondere die wachsende Zahl an hochaltrigen Menschen, zu einem relativen Anstieg der Pflegebedürftigen um etwa 29% geführt. Ferner ist auch die Anzahl an hilfebedürftigen Personen im gleichen Zeitraum deutlich angestiegen, und zwar von 2,15 Mio. in 1991 auf 2,94 Mio. in 2002, was einer relativen Zunahme von rund 37% entspricht. Es ist zu erwarten, dass sich dieser Trend im Sinne eines weiteren Anstiegs der Zahl der hilfe- und pflegebedürftigen Personen in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten weiter fortsetzen wird.

Im Zentrum der Diskussion steht die Gruppe der Pflegebedürftigen, die einen erheblichen Hilfebedarf insbesondere im körperbezogenen Bereich aufweisen. Nicht übersehen werden sollte jedoch, dass auch die vorrangig Hilfebedürftigen, die (noch) keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, unter (sekundären und tertiären) Präventionsgesichtspunkten betrachtet eine hochrelevante Gruppe sind. Hier kommt es darauf an, dass der Übergang von einem bereits bestehenden Unterstützungsbedarf vor allem im Bereich der IADLs zu einem pflegerelevanten Bedarf im Bereich der ADLs so weitgehend wie möglich verhindert bzw. solange wie möglich hinausgezögert wird. Neben Prävention kommt bei dieser Gruppe auch Intervention, also frühzeitigen, rehabilitationsorientierten Beratungs- und Trainingsangeboten, eine Schlüsselrolle zu. Der in diesem Zusammenhang diskutierte präventive Hausbesuch könnte hierbei ein wesentliches Element einer solchen frühzeitigen Interventionsorientierung nach eingetretenen Kompetenzeinbußen speziell im IADL-Bereich darstellen.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang der ergänzende Befund, dass es auf der anderen Seite keine Hinweise dafür gibt, dass sich, bezogen auf die Altersgruppen der Bevölkerung, in den letzten 10 Jahren der relative Anteil der pflegebedürftigen Personen verändert hätte. Der Anteil der (vorrangig hauswirtschaftlich) hilfebedürftigen Personen ist sogar rückläufig. Dieser Trend lässt sich nur zu einem kleineren Teil durch vermehrte Heimübergänge im Untersuchungszeitraum erklären. Im Gegenteil ist durch die Einführung der Pflegeversicherung im Heimbereich seit 1996 sogar eher damit zu rechnen, dass Personen primär mit einem Unterstützungsbedarf im IADL-Bereich eher seltener in ein Heim übersiedelten. Der ebenfalls beobachtete relative Rückgang des Anteils an Pflegebedürftigen bei den über 85-Jährigen ist hingegen eher auf einen Anstieg in der Heimübersiedlungsrate zurückzuführen, denn der hier beobachtete Anstieg entspricht in

etwa den beobachteten Rückgängen in den Pflegebedürftigkeitsraten bei den häuslich betreuten Personen.

Ganz generell lässt sich festhalten, dass bei der Bewertung der Entwicklung unbedingt ein differenzierter Blickwinkel notwendig ist. So lag nach dem Infratest-Pflegeintervall-Modell im Jahr 2002 der Anteil der pflegebedürftigen Personen bei den 65 bis 74-Jährigen bei knapp über 3%, bei den 75 bis 84-Jährigen bei 8,2% und bei den über 85-Jährigen dann bei über 30%. Diese Zahlen entsprechen recht genau den verfügbaren Anteilen an Pflegebedürftigen in diesen Altersgruppen gemäß den ausgewiesenen Leistungsbeziehern nach SGB XI. Das heißt aber im Umkehrschluss, dass selbst bei den über 85-Jährigen, die in Privathaushalten leben, etwa 70% nicht pflegebedürftig sind. Rund 34% der über 85-Jährigen weisen auch keinen sonstigen Hilfebedarf auf, sind also in ihren Alltagsvollzügen weit gehend autonom.

Substantielle Hinweise auf Verbesserungen in einzelnen Alltagsfähigkeiten zwischen 1991 und 2002 finden sich vor allem bei der Gruppe der hochaltrigen Frauen. Sie weisen im Vergleich zu früher inzwischen deutlich bessere Alltagskompetenzen auf. Vieles spricht dafür, dass unterschiedliche Faktoren (z. B. höhere Bildung, Veränderungen des Lebensstils, neue Ansprüche an eigene Autonomie, bessere Wohn- und Infrastruktur) dazu geführt haben, dass sich die Selbstständigkeitspotenziale der heute alten Frauen deutlich verbessert haben. Keine relevanten Veränderungen haben sich hingegen im Bereich der basalen ADLs ergeben. Damit entsprechen die Ergebnisse von MuG III recht gut den in neueren Untersuchungen für die USA gefundenen Tendenzen. Gemäß dieser Befunde kann davon ausgegangen werden, dass die Chancen, durch weiter verbesserte Präventions- und Interventionsangebote im Vorfeld den Übergang in die Pflegebedürftigkeit zu verhindern bzw. so lange wie möglich hinauszuzögern, noch nie so günstig wie heute waren.

2. Grundlegende Möglichkeiten und Grenzen der häuslichen Pflege

Der Wunsch nach einem Verbleib im eigenen Haushalt ist im Falle einer eingetretenen Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit auch heute zentrales Bedürfnis und prägendes Leitmotiv sowohl bei den Hilfe- und Pflegebedürftigen als auch bei deren (pflegenden) Angehörigen. Die Aufrechterhaltung einer eigenen Häuslichkeit wird mehrheitlich nach wie vor als entscheidende Rahmenbedingung dafür betrachtet, das eigene Leben individuell und selbst bestimmt führen und gestalten zu können. Ein Wechsel in eine stationäre Pflegeeinrichtung wird von den Betroffenen hingegen als Autonomieverlust und als Manifestation von Gebrechlichkeit und fehlender Lebensqualität gedeutet.

Dieser gewünschte Vorrang der häuslichen Pflege deckt sich in Deutschland mit der empirischen Wirklichkeit. Nach wie vor wird die Mehrheit der Hilfe- und Pflegebedürftigen ambulant gepflegt und betreut. Auch wenn im letzten Jahrzehnt eine stetige Zunahme des Anteils der stationär betreuten Pflegebedürftigen von 30% auf aktuell etwa 32% feststellbar ist, ändert dies nichts an der Tatsache, dass Pflegebedürftige in Deutschland nach wie vor mehrheitlich in Privathaushalten betreut werden. Besonders interessant ist, dass die neuen Befunde noch einmal nachdrücklich unterstreichen,

dass dies auch bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Formen und Schweregrade zutrifft. So zeigen etwa die Ergebnisse der vertiefenden Zusatzuntersuchung zur Betreuung von Demenzkranken in Privathaushalten, dass auch dann, wenn schwere nicht-kognitive Symptome (z. B. Apathie, Depression, Reizbarkeit oder Schlafstörungen) oder aber Bettlägerigkeit auftreten, die eine Betreuung „rund um die Uhr“ erforderlich machen, die Pflege in einem auch quantitativ überraschend hohen Ausmaß in Privathaushalten geleistet wird.

Insgesamt betrachtet ist häusliche Pflege keine mehr oder weniger kurze Episode, die nur bis zu einem bestimmten Grad von Pflegebedürftigkeit aufrechterhalten werden kann. Tatsächlich werden Pflegebedürftige über Jahre hinweg in der eigenen Häuslichkeit versorgt und betreut. Pflegebedürftige in Privathaushalten sind bereits seit im Mittel 8,2 Jahren auf Hilfeleistungen angewiesen. Es spricht von daher einiges dafür, Hilfe und Pflegebedürftigkeit und eine damit einhergehende häusliche Betreuung für einen bestimmten Teil der Menschen, die das hohe Lebensalter erreichen, als Lebensform zu betrachten, die rein quantitativ vor dem Hintergrund der Effekte des demografischen Wandels in den nächsten Jahrzehnten noch weiter zunehmen wird.

Die Ergebnisse von MuG III zeigen allerdings auch die vorhandenen und faktisch nicht überwindbaren Grenzen der häuslichen Pflege auf. Entscheidend für eine erfolgreiche Pflege zu Hause ist die Verfügbarkeit über ein belastbares soziales Umfeld, sprich die Möglichkeit, dass eine private Hauptpflegeperson die Versorgung garantiert und organisiert. Für die Aufrechterhaltung einer längerfristigen Pflege zu Hause ist die privat organisierte und damit im Kern freiwillig erbrachte Betreuung und Versorgung durch die eigenen Angehörigen die entscheidende Voraussetzung. Unabhängig davon, wie dieses sog. Pflegearrangement im Einzelnen ausgestaltet ist, welche Akteure einbezogen sind und wie die Kommunikationsprozesse verlaufen, wird sich der gewünschte Vorrang der häuslichen Versorgung auf Dauer ohne privat getragene häusliche Pflegekonstellationen nicht aufrecht erhalten lassen. Dies schließt nicht aus, dass im Einzelfall auch rein professionell getragene Arrangements ohne private Helferinnen und Helfer möglich sind. Als Regelvariante einer häuslich-ambulanten Pflege ist dies jedoch weder organisier- noch (gesellschaftlich oder privat) finanzierbar. Die Ergebnisse von MuG III zeigen, dass die Frage, welche Betreuung und Versorgungsform für welche Pflegebedürftigen die angemessene ist, letztendlich nur vor dem Hintergrund der häuslichen Situation und der Belastbarkeit der privaten Helferinnen und Helfer getroffen werden kann. Die „Zuweisung“ zu einer Betreuungsform in Abhängigkeit z. B. von der Art des Bedarfs („Mobilitätseinschränkung oder Demenz“) oder der Pflegestufe ist von daher weder zielführend noch praktikabel.

Eine selbst bestimmte Entscheidung für eine häusliche Pflege setzt allerdings voraus, dass im Bedarfsfall auch Alternativen verfügbar sein müssen, sei es in Form von Kurzzeitangeboten, als betreute Wohnformen oder aber als stationäre Wohn- und Pflegeangebote. Hierbei besteht die Anforderung vor allem darin, die unterschiedlichen Versorgungsformen (ambulant, teilstationär, vollstationär) viel stärker als bisher zu vernetzen und dabei den Übergang in mögliche stationäre Betreuungsformen nicht wie bisher als faktische „Einbahnstraße“ zu gestalten. Stationäre Angebote dürfen keine endgültigen Alternativen zu einer häuslichen Pflege und Betreuung sein, sondern sollten, z. B. als Kurzzeit- oder Tagespflege, auch als Auffangnetz mit dem Fokus einer möglichen Rück-

kehr in die häusliche Versorgung wirken. Betreute Wohnangebote oder aber gemeinschaftliche Wohnformen z. B. für Demenzerkrankte, bei denen eine häusliche Betreuung und Versorgung ansonsten nicht mehr gewährleistet werden kann, bieten ebenfalls Alternativen und könnten geeignete Formen sein, die Vorteile einer häuslichen Lebensführung mit den Möglichkeiten eines professionell strukturierten Umfeldes zu verknüpfen. Eine gut informierte und mit der Situation im Einzelfall vertraute Pflegeberatung kann solche Alternativen aufzeigen und damit überstürzte Heimeinweisungen vermeiden helfen.

3. Tragfähigkeit des familiären Hilfenetzes – Entwicklungstrends und Perspektiven

Nach wie vor erweist sich in Deutschland die Familie als tragende Säule der häuslich/ambulant Pflege. 92% der Pflegebedürftigen erhalten Hilfen aus der Familie oder Bekanntschaft, deren Engagement in der Regel die Basis dafür darstellt, dass eine Pflege zu Hause überhaupt erst möglich wird. Von einer Tendenz zur Aufkündigung der Solidarität zwischen unbeeinträchtigten und aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmenden Menschen sowie Hilfebedürftigen, die entsprechende Einschränkungen aufweisen, kann in der empirischen Wirklichkeit momentan keine Rede sein. Charakteristisch ist vielmehr die weiterhin ungebrochen hohe Bereitschaft der Menschen, im Bedarfsfall persönliche Verantwortung für die Sicherung der Lebensqualität der eigenen Angehörigen zu übernehmen.

Als Trends und Entwicklungsperspektiven sind vor dem Hintergrund der Effekte des demografischen Wandels die folgenden drei Besonderheiten maßgeblich:

1. Die gestiegene Anzahl hochbetagter pflegebedürftiger Menschen in privaten Haushalten wird in der Regel von näheren Angehörigen betreut, die selber bereits als Menschen in der sog. dritten Lebensphase im Alter zwischen Anfang/Mitte 50 bis Mitte/Ende 70 „in die Jahre“ gekommen sind. Sie haben den Übergang in den Ruhestand zum Teil bereits vollzogen und sind auch familiär hinsichtlich der Betreuung der eigenen Kinder inzwischen entpflichtet. Nimmt man diejenigen pflegenden Angehörigen hinzu, die selber bereits im hohen Lebensalter (80 Jahre oder älter) sind und z. B. ihren inzwischen pflegebedürftigen Partner oder ihre pflegebedürftige Partnerin versorgen, so zeigt sich, dass im Zuge des demografischen Wandels nicht nur die Anzahl der pflegebedürftigen Hochbetagten, sondern bisher ebenfalls auch die Anzahl der potenziellen pflegenden Angehörigen ansteigt. Demografischer Wandel ist demnach keine Einbahnstraße. Die Verlängerung der Lebenserwartung und der damit einhergehende wachsende Anteil älterer Menschen sollte nicht vereinseltigend als „gesellschaftliche Last“ interpretiert werden. Entscheidend ist vielmehr, auch die damit einhergehenden neuen Potenziale einer alternden Gesellschaft mit zu berücksichtigen.
2. Die häuslichen Pflegearrangements haben sich stärker ausdifferenziert und dadurch weiter entwickelt. Prägend ist nach wie vor, dass in der Regel eine Person im Haushalt die Rolle der Hauptpflegeperson übernimmt, ggf. unterstützt durch weitere Helferinnen und Helfer. Um welche Person es sich dabei handelt, hängt allerdings

inzwischen noch stärker von den individuellen Lebensgegebenheiten ab. Typische Hauptpflegepersonen sind entweder die Partnerinnen und Partner, bei jüngeren Pflegebedürftigen ein Elternteil oder aber die eigenen Kinder. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass vor dem Hintergrund sich verändernder familiärer Lebensformen auch im Bereich der Pflege verstärkt eine Art von „Intimität auf Distanz“ realisierbar ist. Deutlich angestiegen ist z. B. von ehemals 20% auf inzwischen 31% der Anteil der Pflegebedürftigen, die allein in einem Einpersonenhaushalt leben. Funktionieren können diese sog. singularisierten Lebensformen deshalb, weil die Mehrheit der Pflegebedürftigen auch in diesem Fall über eine private Hauptpflegeperson verfügt, die zum Teil im gleichen Haus, mehrheitlich jedoch nicht weiter als 10 Minuten entfernt wohnt und die Betreuung und Versorgung organisiert. Zentral für diese Entwicklung sind die Effekte der Mitte der 90er Jahre eingeführten Pflegeversicherung, die als Rahmenbedingung einen maßgeblichen Anteil an dieser Stabilisierung der häuslichen Pflege gehabt haben dürfte. Besonders auffällig ist darüber hinaus, dass im Vergleich zur Situation zu Beginn der 90er Jahre der Anteil der männlichen pflegenden Angehörigen von 17% auf inzwischen 27% angestiegen ist. Es sind vor allem die Söhne, die inzwischen im Rahmen der Pflege auch unmittelbar als Hauptpflegeperson Verantwortung übernehmen. Auch diese bemerkenswerten Gender-Aspekte dürften maßgeblich mit auf die Wirkungen der Pflegeversicherung zurückzuführen sein. Die Verfügbarkeit über ein regelmäßiges Pflegegeld oder aber die Nutzung von professionellen Pflegeeinsätzen führt hier dazu, dass im Bedarfsfall auch männliche Angehörige die häusliche Pflege tragen können. Die vorliegenden Ergebnisse deuten allerdings darauf hin, dass Arrangements mit männlichen Hauptpflegepersonen häufig instabiler sind, insbesondere auch deshalb, weil Frauen noch immer weitaus häufiger als Männer eine ggf. vorhandene eigene Erwerbstätigkeit zu Gunsten der privaten Pflege aufgeben.

3. Im Rahmen der privaten Pflegearrangements finden sich darüber hinaus auch interessante „neue“ Lösungsansätze, bei denen mehrere private Helferinnen und Helfer mit abgestuften Rollen oder auch in Kombination mit professionellen Akteuren agieren bzw. bei denen Leistungen der Pflegeversicherung durch selbst beschaffte und privat finanzierte Hilfen ergänzt werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass inzwischen in immerhin 8% der Fälle – im Vergleich zu 4% zu Beginn der 90er Jahre – die Rolle der Hauptpflegeperson von Nachbarn oder sonstigen Bekannten, die nicht im engeren Sinne zur Familie gehören, übernommen wird. Dort, wo keine traditionellen Familienkonstellationen vorhanden sind, können demnach trotzdem private Arrangements aufgebaut werden, die eine Fortsetzung der Lebensführung im eigenen Haushalt ermöglichen. Maßgeblich bei diesen verschiedenen und zum Teil auch sehr „kreativen“ Formen ist, dass die unterschiedlichen Ressourcen und Potenziale zur Sicherung der Versorgung und Betreuung im privaten Haushalt sehr individuell kombiniert werden. Aus unserer Sicht gibt es bei der privaten Organisation der Hilfe und Pflege keinen „Königsweg“. Arrangements, bei denen mehrere Personen und dabei nicht allein engere Angehörige in die Pflege und Betreuung einbezogen sind, oder bei denen auf professionelle Pflegeleistungen von ambulanten Diensten zurückgegriffen wird, sind nicht grundsätzlich tragfähiger als klassische Lösungen mit einem pflegenden Angehörigen. Entscheidend ist vielmehr, die jeweiligen Bedingungen möglichst optimal zu nutzen und zu situativ angepassten Lösungen zu kommen. Dies kann z. B. bedeuten, die Geldleistung der Pflegeversicherung

zu nutzen, um auf diese Weise einen Ausgleich für die Kosten, die mit einer Pflege durch die eigenen Angehörigen verbunden sind, zu ermöglichen. Genau so effektiv kann es jedoch sein, die Geldleistung der Pflegeversicherung dafür zu nutzen, Freunde und Bekannte oder aber das nachbarschaftliche Umfeld stärker und auch verbindlich mit einzubeziehen. Der Rückgriff auf professionelle Pflegeleistungen kann hingegen dort besonders wirksam sein, wo insbesondere die Pflege „am Körper“ von privaten Helferinnen und Helfern nicht hinreichend geleistet werden kann oder aber, wo aufgrund von zeitlichen Restriktionen entsprechende Pflegetätigkeiten privat nicht abzusichern sind.

Die häuslichen Pflegearrangements erweisen sich vor dem Hintergrund der Effekte des demografischen Wandels als flexibel und anpassungsfähig. Es finden sich Lösungen, bei denen neue Akteure einbezogen sind und bei denen Elemente einer neuen Kultur des Helfens in Deutschland aufscheinen. Besonders bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch die sich inzwischen in einem quantitativ nicht unerheblichem Umfang herausprägende neue Rolle des ehrenamtlichen Engagements. Immerhin 11% der Pflegebedürftigen werden in der Regel stundenweise im Wochenverlauf von Ehrenamtlichen, z. B. in Form von Besuchsdiensten, betreut. Freiwillige Helferinnen und Helfer übernehmen auf diese Weise bereits jetzt eine wichtige Aufgabe bei der sozialen Betreuung und Integration. Derartige Besuchsdienste sind auf Kontinuität angelegt und stellen von daher ein neues Potenzial zur Betreuung von hilfebedürftigen Menschen dar. Neuere wissenschaftliche Studien hierzu zeigen, dass die Bereitschaft zum freiwilligen Engagement in Deutschland dabei als noch bei weitem nicht ausgeschöpft betrachtet werden kann.

Mainstream im ambulanten Bereich ist allerdings nach wie vor ein häusliches Arrangement, bei dem die Pflege von einer einzelnen engen Angehörigen getragen wird, die in der Regel rund um die Uhr verfügbar ist. Diese traditionelle Form der Betreuung, Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen in Privathaushalten war sicherlich bisher in Deutschland die entscheidende Voraussetzung dafür, dass die Mehrheit der Pflegebedürftigen häuslich betreut werden konnte und wird auch in absehbarer Zukunft das Bild prägen. Auf der anderen Seite ist diese traditionelle Form der familiären Pflege aber auch mit nicht unerheblichen Risiken verbunden. Die Bereitschaft zur Pflege ist vor diesem Hintergrund nicht immer nur alleiniger Ausdruck einer gefühlten Solidarität, sondern auch eine gesellschaftlich erwünschte Verpflichtung, der insbesondere „Frau“ sich als Angehörige nicht so einfach entziehen kann. Private Pflege wird dadurch für die Angehörigen ein Stück weit „unkündbar“. Problematisch wird dies immer dann, wenn die Pflegetätigkeit mit einer Überlastung bzw. Überforderung der Angehörigen verbunden ist. Körperliche Beanspruchung trifft sich an dieser Stelle mit eigener emotionaler Hilflosigkeit und dem Gefühl, weder die damit verbundenen Anforderungen bewältigen, noch sein eigenes Leben selbstbestimmt gestalten zu können.

Isolation und fehlende Unterstützung der privat Pflegenden korrespondiert nach wie vor in einem erheblichen Ausmaß mit einer fehlenden Bereitschaft zur Selbstpflege. Nicht mehr als 16% der Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen greifen regelmäßig auf Beratungs- oder Unterstützungsangebote zurück oder tauschen sich mit professionell Pflegenden aus. Weitere 37% geben an, dies ab und an zu tun. Fast die Hälfte der pflegenden Angehörigen ist jedoch überhaupt nicht in die im Bereich der Altenhilfe vorhandenen Beratungsstrukturen eingebunden.

Auffällig ist, dass die Betroffenen die Nicht-Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Beratungsleistungen selber kaum als Defizit wahrnehmen. Insbesondere die Angehörigen wirken eher reserviert gegenüber diesen Formen von professionellen Hilfsangeboten. Fehlende Beratung wird vorrangig dann kritisiert, wenn in Akutsituationen, zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt, Ansprechpartner fehlen (fehlende Überleitungspflege). Im Alltag der häuslichen Pflege wird das Bedürfnis nach Austausch und Beratung hingegen kaum artikuliert. Lücken in der Versorgung werden dann beklagt, wenn es im Tagesverlauf bei der Hilfe und Pflege zu zeitlichen Engpässen kommt. Ihren eigenen Beratungs- und Unterstützungsbedarf („Selbst-Pflege“) reflektieren pflegende Angehörige selten. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die familiär und privat organisierte Pflege auf der anderen Seite offenbar auch mit einer Tendenz verbunden ist, sich nicht rechtzeitig genug geeignete professionelle Hilfe einzuholen bzw. zum Teil sogar auf Distanz zu den in der Altenhilfe verfügbaren Beratungs- und Unterstützungsangeboten zu gehen. So positiv die Bereitschaft zu bewerten ist, die Pflege der eigenen Angehörigen nicht an professionelle Institutionen delegieren zu wollen, so darf dies im Umkehrschluss nicht dazu führen, Hilfebedürftigkeit als privat zu tragendes Schicksal zu interpretieren, das ausschließlich im Kreis der eigenen Familie bewältigt werden kann und muss. Von daher sind die Befunde auch nicht allein im Sinne von Versäumnissen auf der Seite der professionellen Leistungsanbieter zu interpretieren, sondern ebenfalls als Ausdruck einer fehlenden Kultur des „Sich-helfen-Lassens“.

4. Rolle der professionellen ambulanten Versorgungssysteme

Die professionellen ambulanten Versorgungsangebote ergänzen die privat und im Wesentlichen aus dem familiären Bereich erbrachte Pflege- und Betreuungstätigkeit. Das Kernstück stellen hierbei die im Rahmen der Pflegeversicherung als sog. Sachleistungen finanzierten und in der Regel körperbezogenen Pflegeleistungen dar. Hinzu kommen hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen, die ebenfalls im Rahmen der Pflegeversicherung abgerechnet werden können. Die professionellen Pflegeleistungen können die privat aus Familie oder Bekanntschaft erbrachten Hilfen jedoch nicht ersetzen. Ihr Zweck besteht vielmehr darin, die pflegenden Angehörigen zu entlasten, um auf diese Weise die Bereitschaft zur privaten Pfl egetätigkeit aus Familie und Bekanntschaft zu sichern und zu stabilisieren. Die Höhe der Leistungen ist von daher auch nicht bedarfsdeckend konzipiert.

Nach den Ergebnissen der Repräsentativerhebung ist der Aufwand an Pflege und Betreuung, der von privaten Hauptpflegepersonen regelmäßig erbracht wird, im Falle der Inanspruchnahme von professionellen Sachleistungen der Pflegeversicherung nicht wesentlich niedriger, als wenn statt dessen das monatliche Pflegegeld genutzt wird. Von daher kann es dann auch eigentlich nicht überraschen, dass auch heute nicht mehr als 36% der Pflegebedürftigen im Vergleich zu 33% zu Beginn der 90er Jahre (vor Einführung der Pflegeversicherung) professionelle Pflegeleistungen nutzen. Die Haushalte wählen nach wie vor mehrheitlich die Geldleistung der Pflegeversicherung als Aufwandsentschädigung für die umfangreichen, von den pflegenden Angehörigen erbrachten Hilfeleistungen. Auf professionelle Dienste wird nur dann zurückgegriffen, wenn nicht

genügend Hilfeleistungen privat aus der Familie erbracht werden können oder aber wenn der pflegerische Bedarf den Einsatz von professionellen Helfern, z. B. auf Anraten des Hausarztes, unbedingt erforderlich zu machen scheint.

Alles in allem äußern sich sowohl die Pflegebedürftigen als auch deren Angehörige sehr zufrieden mit der Art der Leistungserbringung durch die ambulanten Dienste. Betont wird der hohe Grad an Fachlichkeit sowie auch die soziale Komponente, die mit dem regelmäßigen Besuch durch eine professionelle Fachkraft verbunden ist. Im Zentrum der Tätigkeit der Fachkräfte steht, gemäß deren Selbstverständnis und auch vor dem Hintergrund der zeitlichen Restriktionen, denen sie in der Regel unterliegen, die kunstgerechte Erbringung der vereinbarten pflegerischen Leistungen. Unterentwickelt scheinen allerdings nach wie vor die Möglichkeiten zu sein, die die professionellen Pflegekräfte vor Ort bei der Beratung der pflegenden Angehörigen bzw. hinsichtlich einer Steuerung des Pflegeprozesses übernehmen könnten. Ein Beitrag zur weiteren Stabilisierung der häuslichen Pflege muss hier darin bestehen, die professionellen Pflegekräfte bei ihrer Tätigkeit im Haushalt noch stärker als bisher in die Lage zu versetzen, im Sinne einer Anleitung der pflegenden Angehörigen bei der Bewältigung der typischerweise im Wochenverlauf entstehenden Probleme tätig zu werden.

Rein quantitativ betrachtet, kann davon ausgegangen werden, dass das Angebot an ambulanten Pflegeleistungen in Deutschland hinreichend und auch flächendeckend ausgebaut ist. Es stehen genügend ambulante Pflegedienste zur Verfügung, und im Bedarfsfall könnten damit auch noch deutlich mehr Pflegeeinsätze als bisher realisiert werden. Hierbei gilt es jedoch zu beachten, dass sowohl die Art als auch der Umfang der von der Pflegeversicherung finanzierten professionellen Sachleistung eindeutig definiert und pro Pflegestufe auch der Höhe nach festgelegt ist. Unterentwickelt ist dem gegenüber die Inanspruchnahme von teilstationären Angeboten im Rahmen der Kurzzeit- oder Tagespflege. Insbesondere die Leistungserbringer weisen darauf hin, dass es wirtschaftlich kaum möglich ist, zusätzliche Kapazitäten als kontinuierliche Angebote verfügbar zu halten, da die notwendige Nachfrage hierzu nicht ausreichend vorhanden sei. Die Ausgestaltung der Pflegeversicherung liefert offenbar nicht genügend Anreize zur Nutzung von teilstationären Pflegeangeboten. Die hierzu im Rahmen von MuG III durchgeführten exemplarischen Analysen auf Einzelfallebene zeigen, dass bei einer Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen die privat von den Haushalten zu tragenden Kosten relativ betrachtet am höchsten sind. Nicht hinreichend ist darüber hinaus auch das Angebot an sog. niederschweligen Hilfeleistungen. Gemeint sind hierbei vor allen Dingen solche komplementären Angebote, die darauf abzielen, die pflegenden Angehörigen zu beraten und zu entlasten sowie Strukturen, die dazu dienen, ehrenamtliche Helferinnen und Helfer zu qualifizieren und zu begleiten. Ausbaufähig erscheint auch das Angebot an so genannten „kleinen Hilfen“ im Haushalt (kleinere handwerkliche Tätigkeiten, Einkaufen, Putzen etc.), sofern diese kurzfristig und auch kostengünstig abgerufen werden können. Die professionellen Leistungsanbieter sind an dieser Stelle nach wie vor zurückhaltend, da der Aufbau von komplementären Angeboten in der Regel Eigeninvestitionen voraussetzt, die nicht unmittelbar über die Leistungen der Pflegeversicherung abgerechnet werden können.

Bewertet man die Leistungen der professionellen Dienste unter qualitativen Gesichtspunkten, so ist die fachliche Güte der ambulant erbrachten Pflegeleistungen im

Wesentlichen unumstritten. Problematisch ist vielmehr die fehlende Flexibilität der Versorgungsangebote sowie die Unübersichtlichkeit und ungenügende Vernetzung. Exemplarisch werden diese strukturellen Defizite nach wie vor in besonderen Problemsituationen sichtbar, z. B. dann, wenn für ältere Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt die Frage auftritt, ob eine Rückkehr in die eigene Wohnung kurzfristig möglich ist. Speziell in dieser Situation zeigen sich die negativen Effekte einer nicht vorhandenen Abstimmung und Koordinierung der verschiedenen Hilfe- und Versorgungssysteme. Die Angehörigen haben in der Regel keinen Ansprechpartner (Case Manager), der einen Überblick über die verschiedenen Möglichkeiten einer ambulanten Versorgung und Betreuung hat und der Vorschläge für eine erfolgreich zu bewältigende häusliche Pflege und Betreuung vorlegen kann. Hinzu kommt, dass die stationären Versorgungsstrukturen, wie bereits angesprochen, nicht auf eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit ausgelegt sind.

5. Aspekte der Qualität der häuslich-ambulanten Pflege

Sowohl die Pflegebedürftigen als auch deren Angehörige empfinden die Möglichkeit, die notwendige Betreuung und Versorgung privat im eigenen Haushalt zu organisieren, als Kernstück einer Lebensqualität im Alltag. Bei den betroffenen Pflegebedürftigen steht von daher bei der Beurteilung ihrer Situation vor allen Dingen die Bereitschaft der Angehörigen, die Pflege aufrecht zu erhalten, sowie die Tragfähigkeit der damit verbundenen persönlichen Beziehungen im Vordergrund. Gegebenenfalls anfallende Probleme in der Versorgung gehen bei den Pflegebedürftigen dem gegenüber mit deutlich geringerem Gewicht in die Bewertung ihrer Situation ein bzw. werden sogar bewusst in Kauf genommen, so lange eine Lebensführung im eigenen Haushalt gewährleistet bleibt.

Die pflegenden Angehörigen reflektieren diesen Qualitätsmaßstab. Auch bei ihnen stehen Aspekte eines Sich-Wohlfühlens oder der Geborgenheit im Mittelpunkt, ergänzt um die Sicherung einer angemessenen pflegerischen und auch hauswirtschaftlichen Grundversorgung. Professionelle Pflegekräfte haben dem gegenüber bei der Beurteilung von Qualität eher die „kunstgerechte“ Ausführung der Pflege bzw. die Förderung von Selbstständigkeit im Blick. Diese unterschiedlichen Sichtweisen gilt es bei der Bewertung von Lebensqualität in der ambulanten Pflege immer mit zu berücksichtigen.

Als gravierendes Problem im Bereich der Qualität der häuslichen Pflege erweist sich allerdings die außerordentlich hohe Belastung der pflegenden Angehörigen. Als größte Beeinträchtigung werden die zeitlichen Einschränkungen, die bei der Übernahme einer Rolle als Hauptpflegeperson entstehen, bewertet. Nach wie vor ist eine Verfügbarkeit rund um die Uhr zu gewährleisten. Insgesamt liegt meist eine Kombination von mehreren Belastungsfaktoren vor, sowohl in physischer Hinsicht, etwa in Gestalt von Rückenschmerzen etc., als auch emotional im Hinblick auf das Schicksal der betroffenen pflegebedürftigen Angehörigen.

Trotz der großen Zufriedenheit, die die Mehrheit der Pflegebedürftigen und auch deren Angehörige mit der Möglichkeit einer Pflege zu Hause artikulieren, finden sich auch Hinweise auf vorhandene Lücken in der Versorgung bis hin zur Benennung von

offensichtlichen Pflegefehlern im Alltag. Für rd. 18% der Pflegebedürftigen in privaten Haushalten wird darauf verwiesen, dass der erforderliche Hilfebedarf im Alltag nicht immer hinreichend abgedeckt werden kann. 14% verweisen auf nicht genügend Pflegehilfen und 12% auf nicht genügend hauswirtschaftliche Hilfen (Mehrfachnennungen). Die Problembereiche, die sich hinter diesen Lücken in der häuslichen Versorgung und Betreuung verbergen, sind allerdings höchst unterschiedlich und im Rahmen einer repräsentativen Erhebung in ihrer Bedeutung nicht endgültig zu bewerten. Im Rahmen der qualitativen Zusatzuntersuchungen wurden von den pflegenden Angehörigen diesbezüglich zum Teil aber auch Hinweise auf gravierende Pflegefehler gegeben, z. B. im Bereich der Flüssigkeitszufuhr, dem Umgang mit Inkontinenz bzw. dem Problem von Lagerungsfehlern, in deren Folge Druckgeschwüre (Dekubitus) auftreten können. Auffällig ist, dass diese Probleme in unterschiedlichen Pflegearrangements benannt wurden und nicht etwa nur dann, wenn keinerlei professionelle Pflege in Anspruch genommen wird. Auf der anderen Seite ließen sich die genannten Probleme im Verlauf des Pflegeprozesses jedoch in der Regel lösen. Greift man auf die vom medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) im ersten Bericht zur „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ vorgelegten Ergebnisse zurück, so ist für den häuslich-ambulanten Bereich davon auszugehen, dass rd. 90% der Pflegebedürftigen, über alle Versorgungsbereiche hinweg betrachtet, angemessen gepflegt werden. In der ambulanten Pflege wurde, gemäß den Ergebnissen der hierbei vorgenommenen stichprobenartigen Prüfungen, bei 9% der untersuchten Pflegebedürftigen ein unzureichender Pflegezustand dokumentiert.

Problematische Aspekte in der häuslichen Betreuung von Pflegebedürftigen zeigen sich darüber hinaus hinsichtlich der medizinischen Versorgung im engeren Sinne sowie im Bereich der Rehabilitation. Zwar hat so gut wie jeder Pflegebedürftige einen Hausarzt und auch die Versorgung mit benötigten medizinischen Hilfsmitteln hat sich im Vergleich zur Situation zu Beginn der 90er Jahre inzwischen noch weiter verbessert. Im Bereich der Heilmittelversorgung (Krankengymnastik, Schmerztherapie etc.) findet sich hingegen nach wie vor das bekannte Muster, dass die Inanspruchnahme derartiger therapeutischer Leistungen mit zunehmendem Alter der Person deutlich abnimmt. Zielgerichtete Maßnahmen einer Rehabilitation sind nur bei einer kleinen Minderheit von Pflegebedürftigen identifizierbar. Unbefriedigend ist insbesondere der Umgang mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen. Nach den Ergebnissen der vertiefenden Zusatzuntersuchung zur Situation Demenzkranker wurde für weniger als ein Drittel der Betroffenen eine ärztlich gestellte Demenzdiagnose berichtet. Nur 15% nahmen zum Zeitpunkt der Befragung antidementiv wirkende Medikamente ein. Speziell im leichten Demenzstadium, also in dem Erkrankungsverlauf, in dem ärztliche Intervention im Hinblick auf die Verzögerung von kognitivem Abbau und Eintritt von umfassender Hilfe und Pflegebedürftigkeit noch am meisten versprechen, war der Anteil von diagnostizierten und behandelten Betroffenen am geringsten. Vergleichbares gilt auch für das Problemfeld der depressiven Erkrankungen. Berichtet wurde zwar, dass entsprechende Medikamente (Beruhigungsmittel, Schlafmittel oder auch Antidepressiva) genommen werden. Die qualitativen Untersuchungsergebnisse deuten allerdings darauf hin, dass dies meist ohne fachkundige Diagnose oder Behandlung geschieht.

Nach wie vor gilt, dass demenziell Erkrankte insbesondere von ihren Hausärzten häufig nicht als solche erkannt und dementsprechend auch nicht angemessen betreut werden. Auch bestätigt sich in MuG III der in der internationalen Literatur vielfach belegte Befund, dass die Belastungen der familiären Pflege bei der Versorgung eines demenziell erkrankten Angehörigen besonders hoch sind. Professionelle Dienste spielen hier bisher nur eine untergeordnete Rolle. Umso überraschender ist der MuG III-Befund einer überwiegend hohen Stabilität auch dieser Pflegearrangements, obwohl professionelle Beratungs- und Unterstützungsangebote auch hier nur relativ selten in Anspruch genommen werden. Diese Stabilität wird allerdings in vielen Fällen nur unter Aufbietung eines Maximums an vorhandenen familiären Ressourcen gewährleistet und ist demnach im Hinblick auf den weiteren Betreuungsverlauf mit erheblichen Risiken verbunden. Eine weitere Verbesserung der familiären Versorgungssituation bei demenziell Erkrankten sollte deswegen eine sehr hohe Priorität besitzen. Vieles spricht dafür, dass sowohl die Forschung als auch die im Demenz-Support praktisch tätigen Akteure stärker als bisher die Bedeutung der ambulanten Betreuung von demenziell Erkrankten ins Blickfeld nehmen sollten. Die häusliche Pflege ist auch im Falle einer demenziellen Erkrankung nicht nur als Übergangsstadium hin zu einer mehr oder minder schnell anstehenden stationären Unterbringung zu betrachten. Nötig ist vielmehr zu klären, wie in diesem Fall geeignete häusliche Milieus ausgestaltet werden können und welche Möglichkeiten bestehen, die Angehörigen insbesondere im Umgang mit den im Falle einer Demenz häufig auftretenden und als besonders belastend empfundenen typischen gerontopsychiatrischen Symptomatiken zu unterstützen.

Deutlich verbessert hat sich hingegen die Wohnsituation der Hilfe- und Pflegebedürftigen. Im Unterschied zur Situation zu Beginn der 90er Jahre verfügen inzwischen fast 30% der Haushalte, in denen Pflegebedürftige betreut werden, über ein pflegegerecht ausgebautes Bad bzw. eine entsprechende Toilette. Fast 60% der Wohnungen sind barrierefrei, d. h. ohne Stufen, zu erreichen.

6. Kooperation und Vernetzung der Leistungsangebote

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass die wichtigste Form der Vernetzung von Leistungsanbietern, Kostenträgern und (kommunaler) Altenhilfeplanung in der Kooperation in regionalen Arbeitsgemeinschaften bzw. Planungskonferenzen besteht. Kriterium für Vernetzung ist hierbei, dass sich Leistungsanbieter unterschiedlicher Träger, die in der Regel miteinander im Wettbewerb stehen, bzw. Anbieter, die unterschiedliche Spektren des Versorgungssystems abdecken (professionelle Pflegeangebote, medizinische Versorgung und Rehabilitation, Beratungsstrukturen bzw. Selbsthilfeeinrichtungen), zusammenfinden und dabei mit den relevanten Kostenträgern und der kommunalen Altenhilfeplanung kooperieren. Pflegekonferenzen oder Arbeitsgemeinschaften stellen eine Grundlage dar, auf der sich dann weitere und konkret wirksame Formen der Vernetzung der Leistungsangebote entwickeln können. Entsprechende Gremien können sowohl planerische Aufgaben übernehmen als auch Versorgungsschnittstellen abstimmen, gemeinsame Qualitätsstandards definieren und vor allem auch Modelle entwickeln, bei denen die verschiedenen Kostenträger, die im Bereich der Altenhilfe relevant sind (Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Kommunen im Bereich der Daseinsvorsorge etc.), sinnvoll kooperieren und ihre finanziellen Aufwendungen bündeln können.

Unmittelbar wirksam werden diese Formen einer übergeordneten Vernetzung (Care Management) dann, wenn damit verbunden ist, für die Hilfe- und Pflegebedürftigen und deren Angehörige Anlaufstellen zu schaffen, die die notwendigen Beratungsangebote vorhalten (Bedarfsassessment bzw. Schaffung von Angebotstransparenz), Hilfeangebote vermitteln (Lotsenfunktion) und auch insgesamt im Sinne einer anwaltschaftlichen Funktion die Interessen von Pflegebedürftigen in die Versorgungslandschaft einbringen (Verbraucherschutz). Derartige Case Management orientierten Ansätze ließen sich in mehr oder weniger ausgeprägter Form exemplarisch in Nürnberg, Münster und auch im Ortenaukreis finden. Nach wie vor deuten die Gesamtbefunde allerdings darauf hin, dass sich ein kommunales Verbundsystem in der Breite der Altenhilfe in Deutschland erst langsam und eher exemplarisch zu etablieren beginnt.

7. Ansätze zu einer regionalen Wirkungsorientierung

An allen drei im Rahmen der Zusatzuntersuchung zu dieser Thematik untersuchten Standorten finden sich ebenfalls Ansätze einer praxisrelevanten wirkungsorientierten Steuerung.

Wirkungsziele als Voraussetzung einer derartigen Steuerung von kommunalen Altenhilfeangeboten werden an allen drei Standorten explizit benannt und über die nähere Beschreibung der Zielgruppen und des zu erreichenden Zustandes auch konkretisiert. Die Art der Definition derartiger Wirkungsziele verläuft allerdings sehr unterschiedlich. Ein wirklicher Diskussionsprozess, bei dem verschiedene Akteure beteiligt sind, lässt sich hierbei nicht feststellen. Meistens findet die Zielbildung innerhalb der Sozialverwaltung statt. Eine direkte Beteiligung von Seniorinnen und Senioren als der in diesem Fall relevanten Zielgruppe findet in der Regel nicht statt.

Entsprechend unterschiedlich verläuft auch der Prozess der Bedürfnisfeststellung. Die Art der Einbindung ist auch in diesem Fall im Wesentlichen passiv. Die Sozialverwaltungen führen hierbei, allerdings eher unsystematisch, im Rahmen eines fachlichen Austausches die Erfahrungen der Leistungsanbieter bzw. von relevanten „Experten“ in der Kommune zusammen bzw. werten vorliegende Beschwerden und Beratungsanfragen aus. Hinzu kommen die ggf. im Rahmen der Altenhilfeplanung auf regionaler Ebene erstellten Ergebnisse von Bedarfsprognosen sowie die Vorgaben, die sich aus den Schwerpunktsetzungen und den Rahmenbedingungen, die für die jeweiligen Länder gelten, ergeben.

Die Realisierung der Wirkungsziele erfolgt an allen Standorten im Sinne einer angebotsorientierten Steuerung. Verwaltung und Politik definieren, wie dargestellt, mehr oder weniger konkret entsprechende Wirkungsziele und stellen hierfür finanzielle Fördermittel zur Verfügung. Am weitesten entwickelt erscheint diese Form einer wirkungsorientierten Steuerung zurzeit im Bereich der Förderung von ehrenamtlichem Engagement zu sein. Durch die finanzielle Förderung von Projekten, die auf die Mobilisierung von freiwilligen Helferinnen und Helfern abzielen, kann in diesem Fall eine direkte Koppelung von Geld und Wirkung erzielt werden.

Ein Wirkungscontrolling ist hingegen an den Standorten nach wie vor eher unterentwickelt. In der Regel beschränkt sich ein derartiges Controlling darauf, im Falle von Beschwerden die notwendige Versorgungsqualität von professionellen Dienstleistungen zu überprüfen, um gravierende Pflegemängel zu vermeiden. Von einem systematischen Controlling der weitergehenden Wirkungsziele kann hingegen momentan eher noch keine Rede sein.

Nötig ist im Sinne eines Ausbaus der vorhandenen Ansatzpunkte einer wirkungsorientierten Steuerung, die in den Kommunen vorhandenen Wirkungsziele noch stärker als bisher zu präzisieren und zu operationalisieren, die relevanten Zielgruppen mit ihren Bedürfnissen und Bedarfslagen direkter als bisher mit einzubinden, die kommunalen Fördermaßnahmen, z. B. in Form von konkreten Verträgen zur Zielrealisierung, stärker als bisher zu formalisieren und schließlich trägerübergreifende Vergleiche als Ansatz für ein wirkungsorientiertes Controlling zu entwickeln. Auf diese Weise können sich Möglichkeiten ergeben, die knappen finanziellen Mittel noch stärker als bisher zur bedarfsadäquaten Ausgestaltung der kommunalen Altenhilfestrukturen zu verwenden.

8. Grundlegende Informationen zum Forschungsprojekt MuG III

Im Anschluss an die zu Beginn der 90er Jahre durchgeführten Studien zu den „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung“ (MuG I: Privathaushalte, 1990-93 und MuG II: Stationärer Bereich, 1994-96) hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu diesem Themengebiet die Folgeuntersuchung MuG III in Auftrag gegeben.

Die Studie liefert grundlegende Erkenntnisse zu den Möglichkeiten, eine weitgehend selbstständige Lebensführung im privaten Haushalt bis ins hohe Lebensalter aufrecht erhalten zu können sowie zu den Perspektiven einer häuslich-ambulant getragenen Hilfe und Pflege vor dem Hintergrund der Effekte des demografischen Wandels.

Forschungsleitend sind insbesondere folgende Fragestellungen:

- Gibt es im Vergleich zur Situation zu Beginn der 90er Jahre (Repräsentativerhebung MuG I) grundlegende Veränderungen hinsichtlich der Möglichkeit, auch bis ins hohe Alter eine weitgehend selbstständige Lebensführung aufrecht zu erhalten, und wie entwickelt sich vor dem Hintergrund des demografischen Wandels der Hilfe- und Pflegebedarf sowie die Versorgungssituation?
- Wie stabil ist die häusliche Hilfe und Pflege? Lassen sich Typen neuer häuslicher Hilfe- und Pflegearrangements identifizieren? Was kennzeichnet häusliche Pflegequalität?
- Wie ist die Situation von demenzkranken Hilfe- und Pflegebedürftigen zu beurteilen? Welche Perspektiven bietet in diesem Fall die häusliche Pflege?
- Sind die angebotenen (professionellen) externen Hilfen bedarfsadäquat und wie werden diese hinsichtlich der intendierten Ziele und Wirkungen kommunal gesteuert?

Die Untersuchung stützt sich auf eine von TNS Infratest Sozialforschung verantwortete repräsentative Erhebung in privaten Haushalten. Befragt wurden mehr als 25.000 streng zufällig ausgewählte Haushalte. Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wurde anhand einer Liste mit insgesamt 24 typischen alltäglichen Verrichtungen (ADLs und IADLs) abgegrenzt. Für die auf diese Weise identifizierten 3.622 Hilfe- und Pflegebedürftigen wurden, ggf. über die Angehörigen, umfassende Informationen zum Bedarf und zur Versorgungssituation erhoben. Zusätzlich wurde mit den Personen ein kurzer Test zum kognitiven Status durchgeführt, um auf diese Weise mögliche oder aber bereits vorhandene demenzielle Erkrankungen oder sonstige Störungen zu identifizieren.

Die Ergebnisse können als Trendaussagen im Vergleich zur Situation zu Beginn der 90er Jahre (Studie MuG I) ausgewertet werden. Darüber hinaus wurden vertiefende Zusatzuntersuchungen zur Situation von häuslich betreuten Demenzkranken (ZI: Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim), zur besonderen Qualität von häuslich erbrachter Pflege (IGF: Institut für gerontologische Forschung, Berlin), zur Leistungsfähigkeit der professionellen Hilfeangebote in ausgewählten Regionen (ISG: Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Köln) sowie zu den Möglichkeiten einer „wirkungsorientierten Steuerung“ der kommunalen Altenhilfe (JSB: Dr. Jan Schröder Beratungsgesellschaft) durchgeführt.

Die Daten und Ergebnisse der Studie sind in dem voraussichtlich Ende 2005 erscheinenden integrierten Gesamtbericht „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III)“ umfassend dokumentiert.

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
11018 Berlin
www.bmfsfj.de

Autoren-Kontakt für den Forschungsverbund (gesamt):
Ulrich Schneekloth
TNS Infratest Sozialforschung
Landsberger Straße 338
80687 München
089/5600-1493
Ulrich.Schneekloth@tns-infratest.com

Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
Tel.: 018 88/80 80 800
Fax: 018 88/10 80 80 800
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Internet: www.bmfsfj.de

Stand:
Juni 2005

Gestaltung:
KIWI GmbH, Osnabrück

Dieses PDF ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit
der Bundesregierung; es wird kostenlos abgegeben
und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 018 01/90 70 50*
Fax: 018 88/5 55 44 00
Montag–Donnerstag 7–19 Uhr

* nur Anrufe aus dem Festnetz, 9–18 Uhr 4,6 Cent,
sonst 2,5 Cent pro angefangene Minute