

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 26)
Andreas Storm (Herausgeber)

Pflegereport 2018

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 26)

Pflegereport 2018

Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit

Herausgeber:

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

Autor:

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

Unter Mitarbeit von

Christine Bruker, Wilhelm Haumann, Helmut Hildebrandt, Laura Lange, Philip Lewin,
Michael Monzer, Pablo Rischard, Timo Schulte, Corinna Weingärtner, Florian Wernicke

Hamburg/Freiburg
Oktober 2018

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

© 2018 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
www.medhochzwei-verlag.de



ISBN 978-3-86216-488-2

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

Druck: M.P. Media-Print Informationstechnologie GmbH, Paderborn
Titelbild: Familienbild: istock/Katarzyna Bialasiewicz #834528780
Bild Papierfiguren: istock/Andrey Popov #924558592
Printed in Germany

1. Vorwort

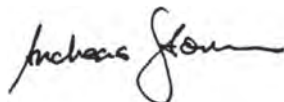
Wie Pflege organisiert werden kann, ist regional sehr unterschiedlich. Im ländlichen Raum steht nicht immer das volle Spektrum von Pflegeleistungen zur Verfügung. Gerade dort sind Pflegebedürftige und deren Angehörige jedoch auf ein reibungsloses Zusammenspiel der verschiedenen Akteure in der Pflege angewiesen. So ist eine teilhabeorientierte Pflege im hohen Maße davon abhängig, in welche örtliche Pflege- und Sorgeskultur die auf Pflege angewiesenen Menschen und ihre Angehörigen eingebettet sind.

Im Pflegereport 2018 werden erstmals die regionalen Bedingungen für ein gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit untersucht. Wir müssen darüber nachdenken, wie wir regionale Unterschiede ausgleichen können. Welche Unterstützung brauchen Pflegebedürftige und Angehörige, aber auch Pflegedienste und andere Akteure der professionellen Pflege?

In diesem Zusammenhang möchten wir auch ein eigenes Konzept für regionale Pflegekompetenzzentren vorstellen und damit einen Akzent in der gesundheits- und pflegepolitischen Diskussion setzen, wenn es um eine effiziente und synergetische Zusammenführung von Ressourcen aus dem Gesundheits- und Langzeitpflegewesen geht. Dieser gesundheits- und pflegepolitische Vorschlag der DAK-Gesundheit steht gewissermaßen im Hintergrund, wenn der Pflegereport 2018 ganz wesentlich die regionalen Bedingungen in den Blick nimmt.

Die öffentliche Wahrnehmung und Meinung zu den Problemen und Bedingungen von Pflegebedürftigkeit aufzuzeigen, ist ein wesentliches Ziel dieser Reportreihe. Viele Menschen in Deutschland sind pflegeerfahren, das zeigt unsere diesjährige Bevölkerungsbefragung. Die meisten verfügen über Erfahrungen in der Pflege im Familien- und Freundeskreis, viele von ihnen auch unmittelbar in der zum Teil langjährigen Beteiligung an Pflege. Das gilt nicht nur für ältere, das gilt etwas abgeschwächt auch für jüngere Menschen.

Die Wahrnehmung in der Bevölkerung ist also kein Randthema. Die Einschätzungen über Probleme in der Pflege, die hohe Wertschätzung der Arbeit der professionellen Pflegekräfte, die Skepsis bei einem Großteil der Bevölkerung gegenüber der Institution Heim sollten uns aufhorchen lassen und Impulse geben für die weitere Verbesserung der Bedingungen in der Pflege.



Andreas Storm

Vorstandsvorsitzender der DAK Gesundheit

Hamburg, November 2018

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	V
2. Einführung	1
3. Der DAK-Pflegereport 2018: Gleichwertige Lebensbedingungen für die Pflege? Zentrale Erträge und Denkanstöße	3
<i>Thomas Klie</i>	
3.1 Die Deutschen sind pflegeerfahren – die Bevölkerungsumfrage zur Langzeitpflege 2018	3
3.2 Die GKV- und SPV-Routinedatenanalyse	12
3.3 Der qualitative Blick: Pflegebedarf und Bedingungen guten Lebens.	19
3.4 Regionale Infrastrukturanalysen	22
3.5 Pflegekompetenzzentren – Innovationsstrategie für die Langzeitpflege	28
3.6 Literaturverzeichnis	29
4. Bilder und Erfahrungen der Pflege in Deutschland und in den Bundesländern	31
<i>Wilhelm Haumann</i>	
4.1 Kenntnis der Pflege: Verbreitet und eingehend	33
4.2 Wie die Pflege gesehen wird.	37
4.2.1 Mehr Problemwahrnehmungen	37
4.2.2 Pfleger*innen unter Druck.	38
4.2.3 Hohe Pflegekosten, vor allem im Pflegeheim	42
4.2.4 Zu wenig Zuwendung	45
4.2.5 Organisatorische Defizite	49
4.3 Qualität der Pflegeheime und Pflegedienste vor Ort.	53
4.4 Genug Pflegeheime und Pflegedienste vor Ort?	57
4.5 Pflege: ein empfehlenswerter Beruf?	62
4.6 Präferenzen für die eigene Pflege	64
4.7 Wunsch und Wirklichkeit der Pflegearrangements.	67
4.8 Erfahrungen mit der Pflege	70
4.9 Politische Forderungen zur Pflege	87
4.10 Zusammenfassung.	90
5. Regionale Unterschiede in der Pflegesituation sowie Analysen relativ zum Eintritt in die Pflegebedürftigkeit 109	109
<i>Philip Lewin, Laura Lange, Timo Schulte, Helmut Hildebrandt</i>	
5.1 Kernergebnisse	109
5.1.1 Epidemiologie der Pflegebedürftigkeit in der DAK-Population	109
5.1.2 Regionale Variation in der DAK-Population	109
5.1.3 Entwicklungen relativ zum Pflegeeintritt in der DAK-Population	110
5.2 Einleitung.	111

5.3	Methodik und Datengrundlage	112
5.4	Prävalenz und Inzidenz pflegebedürftiger Versicherter der DAK	113
5.5	Regionale Verteilung von Pflegebedürftigen der DAK-Gesundheit	114
5.5.1	Pflegeprävalenz	116
5.5.2	Schwere der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufen)	118
5.5.3	Formen der Pflege	123
5.5.4	Durchschnittsalter zu Beginn der Pflegebedürftigkeit	128
5.5.5	Durchschnittliches Sterbealter	130
5.5.6	Krankenhausfälle	132
5.5.7	Häusliche Krankenpflege (HKP)	134
5.5.8	GKV-Gesamtkosten	136
5.5.9	SPV-Gesamtkosten	138
5.6	Analysen relativ zum Eintritt in die Pflegebedürftigkeit.	140
5.6.1	Versichertenstruktur.	140
5.6.2	Versterben nach Pflegeeintritt und Betrachtung des durchschnittlichen Sterbealters.	143
5.6.3	Komorbiditäten und stationäre Behandlungen vor und nach Pflegeeintritt	145
5.6.4	Inanspruchnahme von Leistungen und Kostenentwicklung vor und nach Pflegeeintritt	149
5.6.5	Ausgewählte Pflegebedürftigkeitskarrieren	153
5.7	Literaturverzeichnis	158
6.	Pflegebedarf und Bedingungen guten Lebens	161
	<i>Christine Bruker, Thomas Klie</i>	
6.1	Lebenswelten pflegebedürftiger Menschen: Einblicke	163
6.1.1	Leben als pflegende Angehörige zwischen Zufriedenheit und Grenzerfahrung	163
6.1.2	Gutes Leben durch familiäre Einbindung	167
6.1.3	Pflegestützpunkt unbekannt.	169
6.1.4	Besser Geld verdienen, als sich um die pflegebedürftige Mutter kümmern?	172
6.1.5	Negative Erfahrungen mit Krankenhaus und Pflegeheim	176
6.1.6	Rundum-Versorgung ist wesentlich	179
6.1.7	Pflegegeld als wichtige Einnahme	181
6.1.8	Leben in familiärer Atmosphäre: Demenz-WG	183
6.1.9	Hoher Beratungsbedarf	186
6.1.10	Ein Platz in der Kurzzeitpflege als „Segen“	188
6.1.11	Leben mit finanziellen Engpässen	191
6.1.12	Bis ins hohe Alter zu Hause bleiben – mit Sorge-Netzwerk	194
6.2	Zusammengefasst: Pflegebedarf und Bedingungen guten Lebens.	197
6.2.1	Ein gutes Leben führen – auch mit Pflegebedarf?	197

6.2.2	Sorge und Versorgungslage	200
6.2.3	Information, Beratung und soziale Unterstützung	204
6.2.4	Pflege – in der Öffentlichkeit ein Nischenthema	207
6.3	Literaturverzeichnis	209
7.	Regionale Infrastrukturanalysen	211
	<i>Pablo Rischard, Florian Wernicke, Corinna Weingärtner, Thomas Klie</i>	
7.1	Vorgehensweise und Methodik	212
7.2	Kreisprofil „Emsland“	216
7.2.1	Der Landkreis im Überblick	216
7.2.2	Demografie	217
7.2.3	Wohnen, Arbeit und soziale Lage	220
7.2.4	Allgemeine Gesundheits- und Pflegeversorgung	221
7.2.5	Zusammenfassung	230
7.3	Kreisprofil „Nürnberger Land“	231
7.3.1	Der Landkreis im Überblick	231
7.3.2	Demografie	232
7.3.3	Wohnen, Arbeit und soziale Lage	235
7.3.4	Allgemeine Gesundheits- und Pflegeversorgung	236
7.3.5	Zusammenfassung	246
7.4	Kreisprofil „Saarpfalzkreis“	247
7.4.1	Der Landkreis im Überblick	247
7.4.2	Demografie	249
7.4.3	Wohnen, Arbeit und soziale Lage	252
7.4.4	Allgemeine Gesundheits- und Pflegeversorgung	253
7.4.5	Zusammenfassung	266
7.5	Kreisprofil „Ostprignitz-Ruppin“	267
7.5.1	Der Landkreis im Überblick	267
7.5.2	Demografie	268
7.5.3	Wohnen, Arbeit und soziale Lage	272
7.5.4	Allgemeine Gesundheits- und Pflegeversorgung	273
7.5.5	Zusammenfassung	280
7.6	Literaturverzeichnis	282
8.	Kompetenzzentren – Innovationsstrategie für die Langzeitpflege	283
	<i>Thomas Klie, Michael Monzer</i>	
8.1	Warum Pflegekompetenzzentrum? Hintergründe und Herausforderungen	283
8.1.1	Neue Paradigmen der Pflege und Sorge	284
8.1.2	Pflegekompetenzzentren	284
8.1.3	Gesundheitliche und pflegerische Versorgung im Kontext der Daseinsvorsorge	285

8.2	Pflegekompetenzzentren – zwei Bestandteile, zwei Säulen	288
8.2.1	Das Pflegekompetenzzentrum als örtliche Infrastruktur-einrichtung	289
8.2.2	Das Pflegekompetenzzentrum als Case Managementorganisation	296
8.2.3	Pflegekompetenzzentren im Regionaltest.	308
8.3	Literaturverzeichnis	311
	Autor*innenverzeichnis.	313

2. Einführung

Der Pflegereport 2018 fokussiert die regionalen und örtlichen Bedingungen für ein gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit – sowohl für An- und Zugehörige als auch für die von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen selbst. Nachdem ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt wurde, der Kreis der Leistungsberechtigten deutlich erweitert und auch die Leistungen der Pflegeversicherung aufgestockt wurden, gilt nun das Augenmerk vermehrt den Effekten der Pflegeversicherung auf die örtliche Lebenswirklichkeit von Menschen mit Pflegebedarf. Es ist bekannt, dass die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung zwischen Regionen deutlich differiert. Es ist bekannt, dass eine teilhabeorientierte Pflege im hohen Maße davon abhängt, in welche Sorgeskultur die jeweilige Begleitung eingebettet ist. Auch die Infrastruktur ist im hohen Maße relevant für ein gutes Leben für diese Menschen. Diesen Fragen widmet sich der DAK-Pflegereport 2018.

Ähnlich wie beim Pflegereport des Vorjahres wird dabei der fachliche, der empirische aber auch der Fokus der öffentlichen Diskussion auf die Dimensionen guten Lebens der Philosophin Martha C. Nussbaum gelenkt. Nicht die Bewältigung von behinderungsbedingten Einschränkungen, die zur Pflegebedürftigkeit führen, gilt es in den Vordergrund zu rücken, sondern die Frage, wie ein gutes Leben unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit gestaltet werden kann. In diesem Zusammenhang sind auch und gerade tatsächlich zur Verfügung gestellten und in Anspruch genommenen Leistungen des Gesundheitswesens und der Langzeitpflege wesentlich. Sie werden im DAK-Pflegereport 2018 genauer analysiert.

Das Augenmerk der Studien ist angesichts der subsidiär angelegten Pflegeversicherung außerdem auf die lebensweltlichen und die örtlichen Bedingungen für ein gutes Leben bei Pflegebedürftigkeit zu lenken. „Teilleistungen für Teilbedarfe“ lautet die konzeptionelle Ausrichtung der deutschen Pflegeversicherung. Es kommt somit ganz wesentlich darauf an, was Pflegebedürftige selbst, was die An- und Zugehörigen, Nachbarschaften und örtliche Netzwerke leisten (können). Außerhalb von Pflegeheimen bestimmen sie die Lebenswirklichkeit und den Alltag der auf Pflege angewiesenen Menschen. Zudem ist die öffentliche Wahrnehmung und Meinung über ein gutes Leben unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit abzubilden. Auch diese Themen stehen im Fokus der diesjährigen Studien.

Sowohl allgemeine Strukturbedingungen von Regionen (städtisch/ländlich, Bevölkerungsdichte, wirtschaftliche Prosperität etc.) als vor allen Dingen auch infrastrukturelle Rahmenbedingungen in der Pflege und Sorge spielen eine bislang weitgehend übersehene Rolle in der Pflegepolitik. Diese bewährt sich in ihrer Governance in dem guten Miteinander von Pflegekassen auf der einen Seite und nur mit begrenzter Zuständigkeit ausgestatteten Kommunen auf der anderen Seite. Beteiligt sind außerdem Leistungserbringer, aber auch

zivilgesellschaftliche Organisationen wie etwa Hospizgruppen und Alzheimer Gesellschaften. Sie erlangen hier eine zunehmend große Bedeutung. Der insgesamt steigende, regional jedoch sehr unterschiedliche Fachkräftebedarf in der Pflege hat ebenso Einfluss auf die Erwartbarkeit passfähiger und professioneller Unterstützung wie für die Ausgestaltung des Leistungserbringungsrechts: Die Planung neuer Pflegeeinrichtungen unterbleibt mancherorts bereits wegen des absehbaren Personalmangels.

Die DAK-Gesundheit hat mit dem Konzept der Pflegekompetenzzentren einen eigenen Akzent in der gesundheits- und pflegepolitischen Diskussion gesetzt. Der Ansatz verfolgt das Ziel, Ressourcen aus dem Gesundheits- und Langzeitpflegewesen effizient und synergetisch zusammenzuführen. Dieser Vorschlag steht gewissermaßen im Hintergrund, wenn der diesjährige DAK-Pflegereport die regionalen Bedingungen in den Blick nimmt. Alle Untersuchungen – Bevölkerungsumfrage, GKV- und SPV-Routinedatenanalyse, Einzelfallstudien, Infrastrukturanalysen und Fokusgruppendifkussionen – wurden unter anderem regionalisiert durchgeführt. Daher können die Ergebnisse sogleich als Lackmustest für die Konzeptidee der Pflegekompetenzzentren dienen.

Insgesamt betont der DAK-Pflegereport 2018 die Bedeutung der Regionen und Orte für die zukünftige Ausrichtung der Pflegepolitik – und dies noch relativ am Anfang der Legislaturperiode zu einem Zeitpunkt, an dem das Thema Langzeitpflege, unterstrichen durch die „konzertierte Aktion“ dreier Ressorts der Bundesregierung, zu einem zentralen Thema der Sozial- und Gesundheitspolitik gemacht wurde und Weichenstellungen noch möglich sind.

Der DAK-Pflegereport wurde wieder in einem inzwischen bewährten Team erstellt: Drei Institute – AGP Sozialforschung, das Institut für Demoskopie Allensbach und OptiMedis Hamburg – arbeiteten erneut vertrauensvoll, kollegial und komplementär zusammen. Auch die Zusammenarbeit mit der DAK-Gesundheit war abermals sehr vertrauensvoll: Das gemeinsame Anliegen einer verantwortlichen und innovativen Weiterentwicklung der Pflegesicherung in Deutschland verbindet. Für diese gar nicht selbstverständlichen Voraussetzungen sei herzlich gedankt.

Dem DAK-Pflegereport 2018 wünsche ich wieder eine breite Resonanz. Er zeigt: (Übliche) Vereinfachungen werden dem großen Zukunftsthema Pflege nicht gerecht – und es muss dringend das insofern un abgeschlossene Projekt einer Stärkung der Regionen und Kommunen in der Langzeitpflege, das die Pflegestärkungsgesetze nicht zu einem guten Ergebnis haben führen können, weiterverfolgt werden. Pflege ist (auch) ein soziales Schicksal. Die Bedingungen vor Ort sind entscheidend, ob es gut ausgeht oder nicht.

Prof. Dr. Thomas Klie

Freiburg/ Berlin/Tutzing

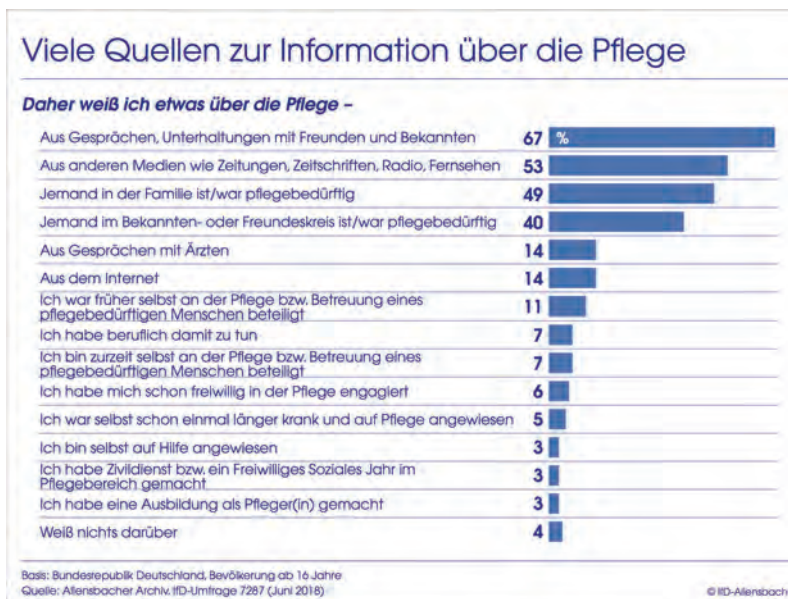
3. Der DAK-Pflegereport 2018: Gleichwertige Lebensbedingungen für die Pflege? Zentrale Erträge und Denkanstöße

Thomas Klie

3.1 Die Deutschen sind pflegeerfahren – die Bevölkerungsumfrage zur Langzeitpflege 2018

Die Bürger*innen in Deutschland sind pflegeerfahren: Dieser Befund könnte über dem DAK-Pflegereport 2018 stehen. Nur vier Prozent der Bevölkerung geben an, nichts über Pflege zu wissen. Die meisten Bürger*innen verfügen über Erfahrungen im Familien- und Freundeskreis, viele von ihnen auch unmittelbar in der zum Teil langjährigen Beteiligung an Pflegeaufgaben.

Abbildung 1: Viele Quellen zur Information über die Pflege



Quelle: Haumann, 2018

Das gilt nicht nur für ältere, sondern auch – wenn auch etwas abgeschwächt – für jüngere Menschen. Dabei sind es die ganz persönlichen Erfahrungen, das Gespräch mit Freund*innen und An- und Zugehörigen sowie der Austausch in der Nachbarschaft, die Wissensbestände über Pflege vermitteln. Hier informiert man sich und holt sich Rat. Es sind nicht die Agenturen der Pflegeversicherung, ihre Beratungsstellen und schon gar nicht das Internet, die als Informationsquelle dienen. Beeinflusst werden die recht diffe-

renzierten Einstellungen der Bevölkerung zu Pflegefragen allerdings auch durch die Medien. Das Thema Langzeitpflege wird als gesellschaftliches Problemfeld wahrgenommen und zwar so, wie es überwiegend dort kommuniziert wird: Teure Pflegeheime, Fachkräftemangel, schlechte Bezahlung der Mitarbeiter*innen. Diese Bilder spiegeln nicht unbedingt die eigenen Erfahrungen und Eindrücke wider. „Auch wenn es bei uns vor Ort anders ist, generell haben die Medien recht“, so der Tenor. Die Bilder der Medien legen sich offenbar über die eigenen Erfahrungen.

Abbildung 2: Wahrnehmungen der Pflegerinnen und Pfleger: Fachkräftemangel, Zeitdruck, hohes Engagement



Quelle: Haumann, 2018

Hohe Wertschätzung erfahren die professionellen Pflegekräfte: „Toll, was sie leisten“, betont eine Mehrheit der Befragten. Die Pflegekräfte rangieren in der Meinung der Bürger*innen, die Erfahrung mit der Pflege haben, deutlich vor Ärzt*innen. Deren Beitrag zur Sicherung der Pflege wird sehr differenziert und durchaus auch negativ bewertet: keine Zeit, keine Hausbesuche.

Das gute Image der Pflegekräfte speist sich nicht unbedingt aus den eigenen Erfahrungen mit ihnen. Die wenigsten Haushalte nehmen professionelle Pflege in Anspruch. Es dominiert immer noch der Imperativ: „Die Pflege unseres Vaters ist eine Aufgabe der Familie“. Dennoch ist der Befund eindeutig: Das Image der Pflegefachkräfte ist – trotz begrenzter Attraktivität des Berufes – ausgesprochen gut. Bedenken bestehen gegenüber Personen, die ohne ausreichende Ausbildung tätig werden. Erlebt und antizipiert werden (potentielle) Sprach- und Verständigungsprobleme zwischen Pfleger*innen und

Gepflegten, die durch die zunehmende Beschäftigung von Pflegekräften und Haushaltshilfen aus Süd-Ost Europa virulent werden.

„**Pflege ist Vertrauenssache**“: Diesem Slogan entsprechend vertraut ein Großteil der Bürger*innen professionellen Pflegekräften. Wurden Erfahrungen mit ihnen gesammelt, sind sie überwiegend positiv. Das gilt für die ambulante Pflege eher als für die stationäre Versorgung. Die hochgeschätzten Pflegekräfte sind aber rar und prägen keinesfalls das alltägliche Pflegegeschehen.

Abbildung 3: Wie die Pflege in den Bundesländern gesehen wird:
Wie gepflegt wird

	Ist oft lieblos	In Pflegeheimen werden Pflegebedürftige oft schlecht behandelt	Pflegebedürftige werden in der Regel gut versorgt	Pflegebedürftige werden meist respektvoll behandelt
Bevölkerung insgesamt (%)	56	40	28	24
Schleswig-Holstein	--	--	++	
Hamburg		++		
Niedersachsen				
Bremen				
Nordrhein-Westfalen	++			
Hessen				++
Rheinland-Pfalz				--
Baden-Württemberg	--			++
Bayern		++		
Saarland				
Berlin	++		--	
Brandenburg				
Mecklenburg-Vorpommern		--	++	++
Sachsen				
Sachsen-Anhalt				
Thüringen	--	--		

++/--: Anteilswert für das Bundesland signifikant über oder unter Mittelwert (95-Prozent-Niveau)
Keine Angabe: Anteilswert weicht nicht weit vom Mittelwert ab

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 7287 (Juni 2018)

© IFD-Allensbach

Quelle: Haumann, 2018

Das Vertrauen, das den einzelnen Pflegekräften entgegengebracht wird, wird nicht unbedingt auf die ambulanten und stationären Anbieter, am wenigsten auf die Institution Heim, übertragen. Nicht selten wird vermutet, dass für Einrichtungsträger die Pflege im Wesentlichen ein Geschäft darstellt. Die Marktorientierung der Pflege und die öffentliche Diskussion über renditeträchtige Investitionen in Seniorenimmobilien löst offenbar eine gewisse Skepsis in der Bevölkerung aus. Neben dem Misstrauen gegenüber Pflegeheimen stabilisieren die hohen Kosten für ebendiese die Bereitschaft, Pflegeaufgaben in der Partnerschaft und in der Familie zu übernehmen. Auch wenn die individuellen Erfahrungen – mit einigen regionalen Unterschieden – durchaus differenziert sind: Die institutionelle Pflege wird als wenig empathisch, als mit organisatorischen Defiziten behaftet und in ihrer Qualität als fragil eingeschätzt.

Nur elf Prozent der Bevölkerung sind der Meinung, dass der Staat (wirksam) für eine gute Qualität in Pflegeheimen sorgt. Gleichzeitig wird die starke Reglementierung problematisiert. Das, was an der Pflege durch Professionelle wertgeschätzt wird, wird den Heimen in der Regel nicht attestiert: Professionalität. Und dies trotz aller Qualitätssicherung und Verpflichtung zum Qualitätsmanagement. Dabei lässt sich die **Skepsis der Bevölkerung gegenüber institutionellen Pflegeformen** jedoch nicht allein als Effekte erklären, die der öffentlichen Berichterstattung zuzuschreiben sind: Diejenigen, die Erfahrungen in der Pflege von An- und Zugehörigen in stationären Einrichtungen haben, teilen erfahrungsgesättigt die Skepsis. Die Präferenz für eine Heimversorgung ist in der deutschen Bevölkerung entsprechend gering (5 %).

Dem gegenüber wird die **häusliche Versorgung**, insbesondere der Beitrag der pflegenden An- und Zugehörigen hoch und in ihrer **Qualität als gut** und vor allen Dingen **menschlich zugewandt** angesehen. Die Belastungssituation von pflegenden Angehörigen wird erkannt, aber durchaus differenziert bewertet. Immerhin 65 % geben die Einschätzung wieder, dass An- und Zugehörige zwar belastet, aber nicht an die Grenzen ihrer Kraft gekommen sind. 35 % bejahen dies. Mehr Unterstützung, mehr Anerkennung, mehr Aufmerksamkeit für die häusliche Pflege wird erwartet: Das lässt sich sowohl aus den Daten der Bevölkerungsumfrage als auch aus den qualitativen Interviews herauslesen (s. Beitrag Bruker und Klie).

Was die institutionelle Pflege angeht, herrschen zwar eher negative Bilder und Skepsis vor. Gleichwohl wird Heimen und ambulanten Diensten im Prinzip eine eher gute Versorgung der Bewohner*innen attestiert, allerdings nur 4 % eine sehr gute. Das Urteil „sehr schlecht“ erhalten ebenfalls sehr wenige Heime (1 %). Etwa ein Drittel der Heime werden jedoch als schlecht oder problematisch eingestuft, eine Einschätzung, die von Heimaufsichtsbehörden geteilt wird (vgl. Bätzing-Lichtenthäler 2018).

Pflege ist und bleibt in der öffentlichen Meinung ganz wesentlich **eine Aufgabe der kleinen Lebenskreise**, der Partnerschaften, der Familien, der Freundeskreise – und der Professionellen der Pflege. Das eher ungünstige Image der Heime und die Befürchtung, für Kosten der Heimpflege herangezogen zu werden, stabilisiert die Selbstverpflichtung zur Übernahme von Pflegeaufgaben.

Die relativ selten genutzten **Dienste und Einrichtungen** werden in ihrer Zahl als überwiegend **ausreichend** gesehen. Diese Einschätzung hat wenig mit der tatsächlichen Platzzahl von Pflegeheimen in der Region zu tun. Allerdings – wie insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern der Fall – wird eine bedarfsgerechte Versorgung dort als eher nicht gegeben angesehen, wo eine wohnortnahe Versorgung mit Heimplätzen und Pflegediensten nach eigenen Erfahrungen nicht verfügbar ist. Man könnte sagen: „Gut, dass es sie gibt, die ambulanten Dienste und die Heime“. Und offenbar gibt es auch genug von ihnen. Für die meisten Bürger*innen bleibt ihre Funktion jedoch die einer Absicherung für den Bedarfsfall oder die der Flankierung von selbstorganisierten Sorge- und Pflegearrangements. Die Erfahrung und das Wissen darum, dass es ggf. schwierig ist, einen Heimplatz zu finden und dass auch ambulante Dienste nicht immer sofort verfügbar sind, führt nicht unbedingt zu der Einschätzung: „Wir brauchen mehr Heime und Dienste“. Diese Befunde aus dem DAK-Pflegereport 2018 korrespondieren mit der Pflegestatistik 2015, nach der weder der Anteil der Personen, die in Heimen versorgt werden, gestiegen ist, noch die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten in ihrer relativen Bedeutung zugenommen hätte (Statistisches Bundesamt 2017). Wie die landesspezifischen Auswertungen ausweisen, sind allerdings große regionale Unterschiede zu verzeichnen. Der allgemeine Trend – relative Rückgang der Inanspruchnahme von professionellen Leistungen – ist allerdings eindeutig und insofern überraschend, als das Pflegepotenzial, d. h. die zur Übernahme von Pflege- und Sorgeaufgaben zur Verfügung stehenden Personen, eher zurückgeht und in der Gesellschaft ansonsten die Vorstellung dominiert, dass die Übernahme von Pflegeaufgaben gegenüber Angehörigen nicht mehr in die Zeit passe: Der Staat solle mehr Verantwortung übernehmen. Die Wirklichkeit sieht anders aus.

In die Zeit passt offenbar aber durchaus der Pflegeberuf. Die Wertschätzung der Fachpflegekräfte schlägt sich inzwischen in der **Unterstützung** eines **Berufswunsches „Pflege“** nieder. Deutlich mehr Bürger*innen würden jungen Menschen zum Ergreifen eines Pflegeberufes raten als von ihm abzuraten. Dies gilt für Personen mit Pflegeerfahrung ausgeprägter als bei denjenigen ohne diese Erfahrung und im Osten häufiger als im Westen der Bundesrepublik.

Gegen die Pflege als Berufswahl spricht in der öffentlichen Meinung noch immer der schlechte Verdienst. Dieser ist jedoch objektiv im Vergleich mit anderen Berufsgruppen gar nicht so niedrig, so es um Pflegefachkräfte geht, die – abgesehen von einigen Regionen und

der schlechten Bezahlung von sogenannten Grenzanbietern im Pflegektor – bei Beachtung der Tariflöhne, die überwiegend gezahlt werden, dann auskömmlich ist, wenn eine Vollzeitstelle wahrgenommen wird (vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung 2018: 47). Die Unterschiede zwischen Kranken- und Altenpflege sind allerdings immer noch – insbesondere im Bereich privater Anbieter – groß und werden wahrscheinlich durch die selbstkostenbasierte Finanzierung von Pflegekräften in Kliniken eher stabilisiert.

Die hohe Nachfrage nach Pflegekräften zeigt Wirkung. Es sind vielmehr die (formal) nicht qualifizierten Beschäftigten in der Langzeitpflege, die durch ihre schlechte Entlohnung – oft in Folge von Teilzeitbeschäftigung – von Armutsrisiken betroffen sind. Der hohe Anteil (nicht gewünschter) Teilzeitbeschäftigter kennt strukturelle Hintergründe: Die Finanzierung von Pflegeheimen und Diensten durch die Kostenträger zeichnet hier (mit-)verantwortlich. Das allgemeine Image der Pflegeberufe, man würde hier schlecht bezahlen, gilt es zu korrigieren: Durch die Praxis der Heime aber auch in der (regionalen) Berichterstattung. Die aktuelle Debatte um einen Flächentarifvertrag unterstützt die öffentliche Befassung mit dem Thema.

Der Pflegeberuf ist ein Beruf, in dem wohnortnahe Arbeitsplätze bevorzugt werden. Die Gewinnung von jungen Menschen für Pflegeberufe ist daher keineswegs nur mit bundes- und landespolitischen Mitteln zu erreichen und zu unterstützen, sondern auch und gerade durch regionale Maßnahmen. Vor Ort muss das Image positiv sein und müssen realistische und attraktive Arbeitsbedingungen und Gehälter kommuniziert werden (vgl. Zwick et al. 2016; Klie und Arend 2018).

Das relativ differenzierte Wissen über Fragen der Langzeitpflege, das in weiten Teilen der Gesellschaft vorhanden ist, zeigt sich auch in den Äußerung zur Präferenz der Lebens-, Wohn- und Versorgungsformen, die unter dem Vorzeichen der Pflegebedürftigkeit in Betracht gezogen werden. **„Unsere Mutter soll zu Hause gepflegt werden“** – diese Einstellung dominiert erwartungsgemäß immer noch. 54 % wünschen sich, dass pflegebedürftige Menschen häuslich versorgt und durch einen ambulanten Dienst begleitet werden. In der Realität geschieht dies, mit sehr deutlichen regionalen und örtlichen Schwankungen. Allerdings nehmen nur 23 % der Pflegehaushalte ambulante Pflegedienste im Rahmen der Pflegeversicherung in Anspruch. Höher ist der Anteil der Haushalte mit beteiligten Pflegediensten, wenn es um die zu setzende Spritze oder andere Leistungen der Behandlungspflege aus dem Recht der Krankenversicherung geht. Haushaltsökonomische Kalküle steuern offenbar, welche Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden.

Die Bevölkerungsumfrage macht deutlich, dass tatsächlich vergleichsweise wenig verfügbare Wohn- und Versorgungsangebote,

wie das Mehrgenerationenwohnen und Wohngruppen, in der Bevölkerung einen zum Teil erstaunlichen Zuspruch erfahren. Sie werden – mit regionalen und milieuspezifischen Unterschieden – von fast allen Bevölkerungsgruppen in Betracht gezogen. Damit sind Hinweise für Wohn- und Versorgungsformen gegeben, die in der Bevölkerung resonanzfähig sind und die von der regionalen Pflegepolitik aufgegriffen werden könnten und sollten. Das bevorzugte Pflegearrangement ist, soweit es sich um außerhäusliche Settings handelt, nicht unbedingt und überall verfügbar. Das zeigt sich etwa im Hinblick auf wohnortnahe Angebote von **Wohngruppen**, die **von 20 % der Bevölkerung präferiert**, aber nur **von knapp 2 % in Anspruch genommen** werden (können). Umgekehrt ist es bei den Pflegeheimen: 5 % wünschen sie, 38 % haben in ihrer Pflegekarriere auf Pflegeheime zurückgreifen müssen. Auch hieraus ergeben sich Impulse für eine Weiterentwicklung der Infrastruktur vor Ort. Die Unterschiede der jeweils verfügbaren Versorgungsformen sind nach Bundesland und Region höchst ausgeprägt.

Abbildung 4: Präferenzen für den Ort der Pflege in den Bundesländern



Quelle: Haumann, 2018

Schleswig-Holstein verfügt über die höchste Heimquote, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Hamburg über die niedrigste. Auch ambulant betreute Wohngemeinschaften sind in der Bundesrepublik höchst ungleich verteilt.

Abbildung 5: Anzahl der Pflege-WGs pro 100.000 EW 70+



Quelle: Klie et al., 2017

Insgesamt verweisen die im DAK-Pflegereport 2018 erstellten Ländervergleiche darauf, wie unterschiedlich Infrastrukturen regional und lokal sind, trotz gleicher bundesgesetzlicher Vorgaben. Eine Landespolitik, die Infrastrukturentwicklungen anstößt und gestaltet, darf in ihrer Bedeutung daher keineswegs unterschätzt werden. Zudem wird deutlich: Es ist nicht unbedingt die örtliche Bedarfssituation, die die Infrastrukturentwicklung steuert, sondern die Performance von Trägern von Einrichtungen und Diensten und ihre Investitionsbereitschaft – unter den jeweiligen landesrechtlichen Rahmen- und Förderbedingungen. Wie die Regionalanalysen zeigen, hören die Unterschiede aber keineswegs auf der Landesebene

auf, sondern finden sich auch innerhalb der Bundesländer, zwischen den Kreisen und den kreisangehörigen Gemeinden. Das kennt auch gesundheitsökonomische Konsequenzen, die in der GKV-Routine-datenanalyse deutlich herausgearbeitet wurden (s. Beitrag Lewin et al.). Insgesamt wird deutlich: **Der Ort und die Region, in der ein Pflegebedürftiger wohnt und lebt, entscheidet maßgeblich über die Versorgungsqualität und Gestaltungsoptionen für ein Leben mit Pflegebedarf.**

Die Erfahrungen, das Wissen und die differenzierte Auseinandersetzung mit Pflege Themen in weiten Teilen der Bevölkerung versprechen der Pflegepolitik auf Bundes- und Landesebene Resonanz. Und diese ist überwiegend negativ. Fast überall heißt es: „**Politik müsste mehr tun**“. Die breite Diskussion um die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes hat offenbar Spuren hinterlassen. Die positive Bewertung der Pflegepolitik ist inzwischen wieder einer Ernüchterung gewichen: Im Jahr 2014 waren immerhin 45 % der Bevölkerung der Meinung, dass das Thema Pflege in der Politik den Stellenwert hat, den es verdient. 2018 waren dies nur noch 7 % – trotz einiger pflegepolitischer Initiativen der Bundesregierung. Die Bereitschaft, mehr für die Pflege zu zahlen, nicht als „Kunde“ von Pflegediensten und Einrichtungen (vgl. Klie 2017a), die sich aus eigenem Einkommen und Vermögen zusätzliche Pflegeleistungen „leisten“ oder sich an den Kosten der Versorgung beteiligen, sondern im Sinne eines höheren Beitragssatzes für die Pflegeversicherung, ist ausgeprägt. Auch hier finden sich regionale Differenzierungen. Der Trend jedoch ist eindeutig.

Die im DAK-Pflegereport 2018 vorgestellte Bevölkerungsumfrage lädt dazu ein, das Thema Pflege und Sorge zu einem Thema zu machen, das auf allen politischen Ebenen und nicht nur auf der Bundes- und Landesebene aufgegriffen wird. Ob es gute Bedingungen für die Pflege gibt, entscheidet sich (auch) vor Ort – das bestätigen die Ergebnisse der Bevölkerungsumfrage. Sie differieren regional deutlich. Das Interesse an neuen Wohn- und Versorgungsformen ist ausgeprägt. Die persönliche Erfahrung und Expertise ist weit verbreitet. Das Thema Pflege nicht nur als privates Schicksal und Bewältigungsprobe für Partnerschaft und Familie zu sehen, sondern als ein öffentliches und politisches Thema, das für Beteiligung und Mitgestaltung offen ist – das könnte eine erste Schlussfolgerung sein. Die örtliche Thematisierung von pflegepolitischen Themen würde auch einen Beitrag dazu leisten, negativen und von Ambivalenzen geprägten Stereotypen differenzierte Bilder und Erfahrungen mit der Pflege und im Umgang mit dem Alter und der Gebrechlichkeit des Menschen entgegenzustellen.

Das Thema Pflege ist auch eines der örtlichen Daseinsvorsorge. Deshalb sind Bedingungen guten Lebens vor Ort zu gewährleisten, auch bei Pflegebedürftigkeit und sowohl für die Gepflegten als auch für die Pflegenden. Das Thema attraktiv zu machen, befördert dabei am ehesten die Entwicklung neuer Wohn- und Versorgungs-

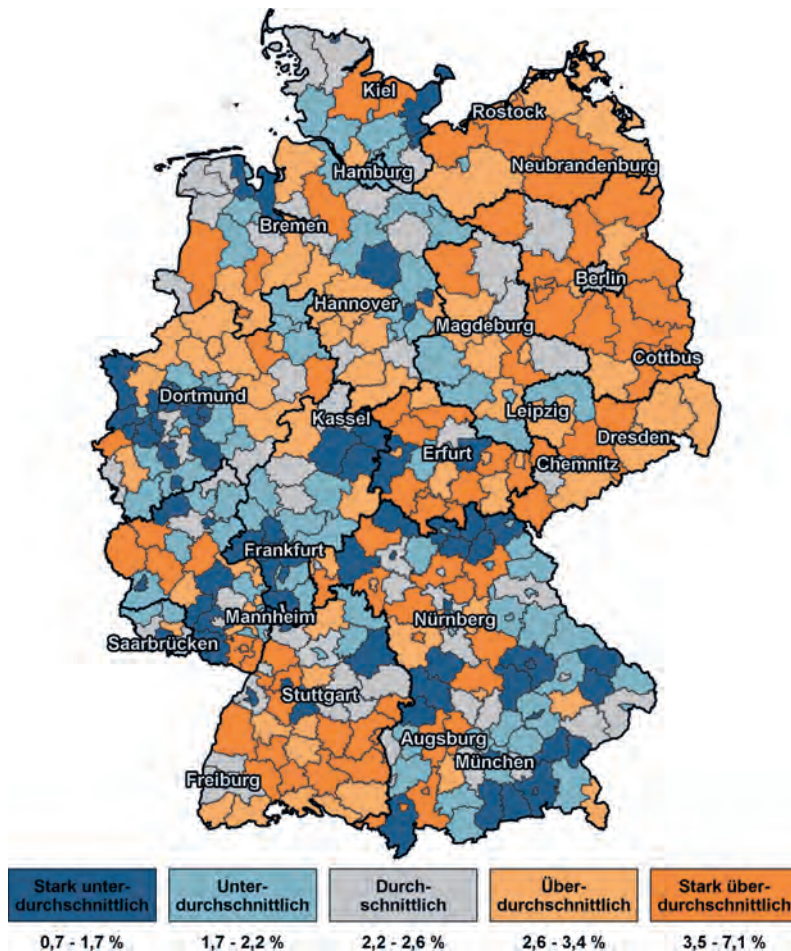
formen, die gegenseitige Unterstützung und die Attraktivität der in der Gesellschaft hoch geschätzten Pflegeberufe – auch und gerade vor Ort und in der Region.

3.2 Die GKV- und SPV-Routinedatenanalyse

Auch bei den Auswertungen der Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) lag der Fokus ganz wesentlich auf den regionalen Unterschieden im Hinblick auf die Leistungen und Kosten bei pflegebedürftigen, bei der DAK-Gesundheit versicherten Personen. Durch den Rückgriff auf die Datensätze bis zum Jahr 2015 konnten auch typische „Versorgungspfade“ abgebildet werden. Erstaunlich sind die Variationen auf der Ebene der Bundesländer, der Kreisebene aber auch der Planungsregionen des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Ob im Hinblick auf die Pflegestufen, die Prävalenz, das Pflegegesetting oder die Inanspruchnahme von Pflegeeinrichtungen: die Unterschiede sind beträchtlich, zum Teil irritierend.

Sie lassen sich auf der einen Seite durch die jeweilige Pflegepolitik der Länder erklären, zum anderen durch sozioökonomische und strukturelle Unterschiede, die die Regionen in Deutschland zunehmend charakterisieren. Außerdem bildet sich die regionale Governance in den Routinedaten ab. Nimmt man die Versorgung mit Einrichtungen der Tagespflege als Beispiel, variiert diese zwischen den Bundesländern zwischen 1,8 (Hamburg) und 4,1 % (Brandenburg) Versorgungsanteil der Pflegebedürftigen. Geht man auf die Ebene einer regionalen Betrachtungsweise, werden die Unterschiede, wie etwa am Beispiel des Landkreises Emsland erkennbar wird, nochmal eklatanter (s. Beitrag Rischard u. a. in diesem Band).

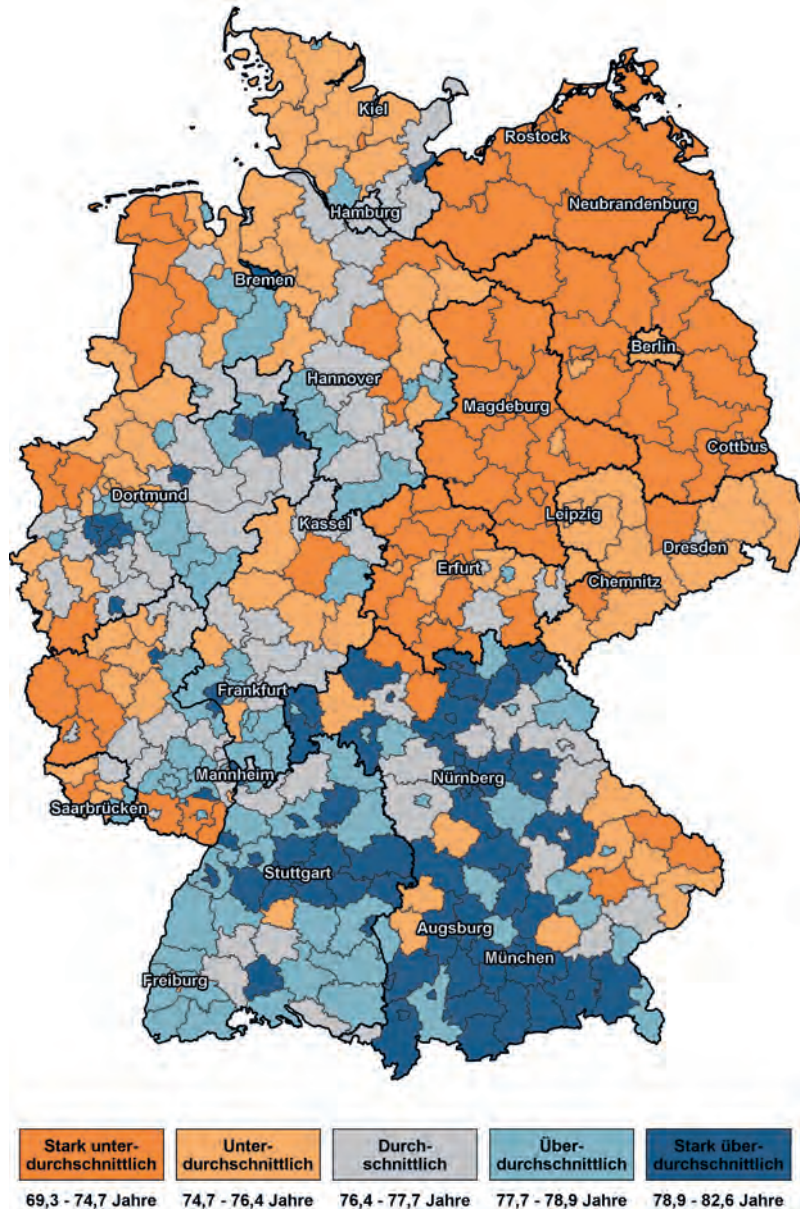
Abbildung 6: Regionale Verteilung der teilstationären Pflege auf der Kreisebene



Quelle: Lewin et al., 2018

Die Pflegeversicherung und der Pflegemarkt allein, das zeigen die Analysen, sind nicht in der Lage, eine gleichmäßige Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu gewährleisten. Erforderlich sind deshalb Landes- und regionale Maßnahmen.

Abbildung 7: Durchschnittliches Alter bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte



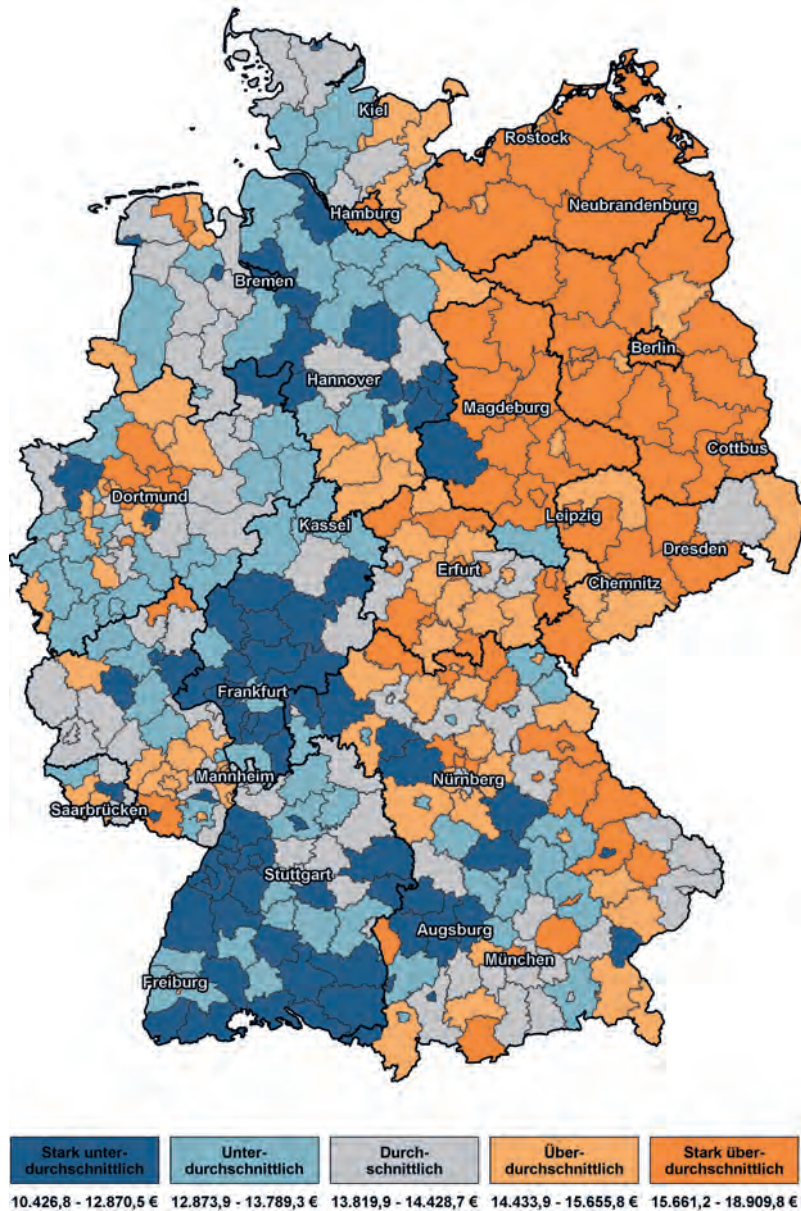
Quelle: Lewin et al., 2018

Erforderlich ist es aber auch, das dramatisch unterschiedliche Eintrittsalter „in die Pflegebedürftigkeit“ und das Sterbealter dieser Personen nach dem Eintritt in die Leistungen der Pflegeversicherung wahr- und ernst zu nehmen. Um neun Jahre unterscheidet sich das Eintrittsalter von Pflegebedürftigen DAK-Versicherten in den Bundesländern.

Dabei dominieren auf der Ebene des Vergleiches von Bundesländern die Unterschiede zwischen den ostdeutschen und den westdeutschen Bundesländern. Werden allerdings auch die Regionen und Landkreise in die Betrachtung einbezogen, zeigen sich insbesondere in den westdeutschen Bundesländern zwischen und innerhalb der Länder große Unterschiede.

Der DAK-Pflegereport 2018 nimmt neben den Kosten in der sozialen Pflegeversicherung auch diejenigen in der gesetzlichen Krankenversicherung in den Blick. Es zeigt sich, wie groß die Unterschiede bei den entstehenden GKV-Kosten für die Versorgung und Behandlung pflegebedürftiger Menschen in Abhängigkeit der Regionen ist: Zwischen 11.400 und 15.900 Euro pro Jahr. Die Unterschiede innerhalb der sozialen Pflegeversicherung mit Beträgen zwischen 9.100 und 11.900 Euro sind im Vergleich dazu noch eher gering – der Leistungsrahmen ist dort ohnehin deutlich eingegrenzter als in der gesetzlichen Krankenversicherung. Der zum Teil sehr hohe Anteil von Krankenhauskosten vermittelt einige Einsichten, wie die Steuerung von Behandlungsfäden und -verläufen ihre Wirkung entfaltet – oder eben nicht.

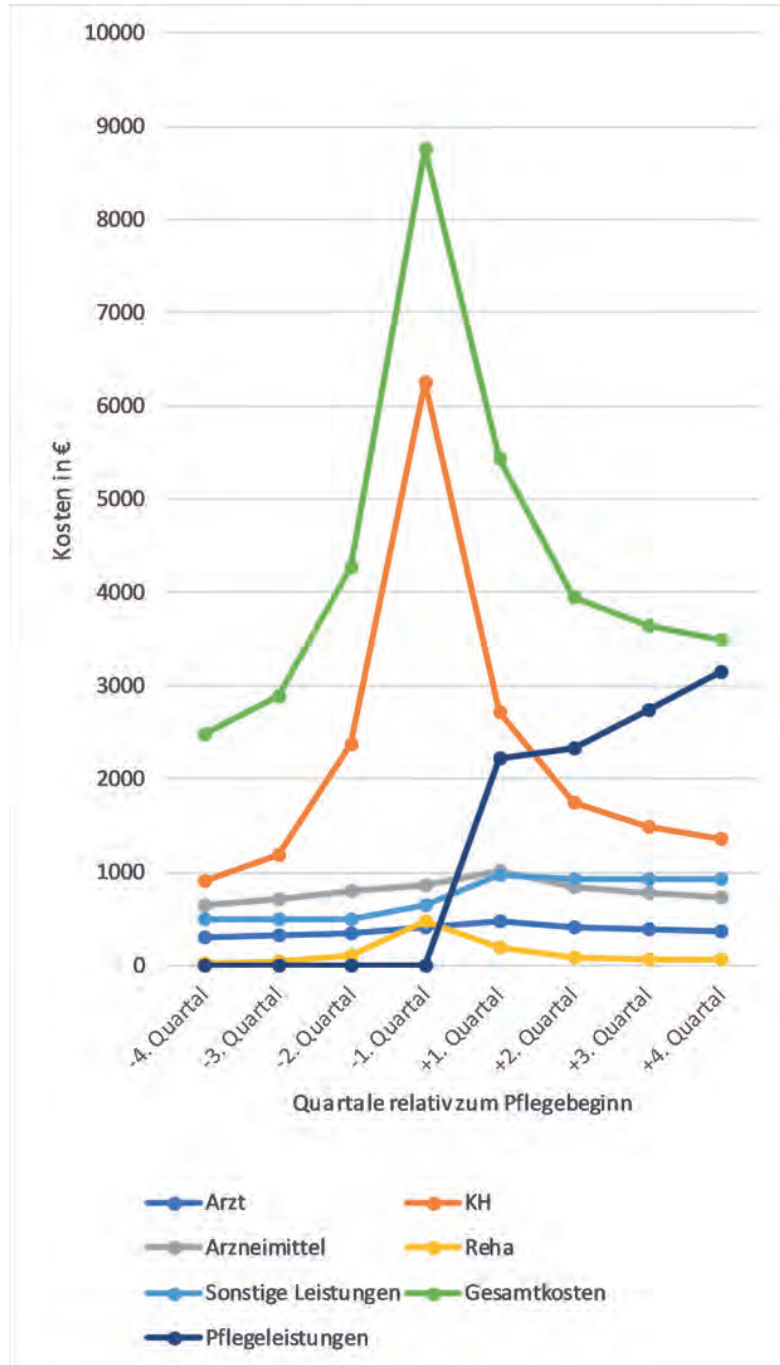
Abbildung 8: GKV-Gesamtkosten auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte



Quelle: Lewin et al., 2018

Der Blick auf „Versorgungskarrieren“ pflegebedürftiger Menschen zeigt, dass ausgesprochen wenig rehabilitative Maßnahmen im Vorfeld des Pflegeeintrittes realisiert werden. Aber auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ist zu erkennen, dass nach einem Leistungs-„Peak“ um den Eintritt der Pflegeversicherung, verbunden mit hohen Kosten für die Krankenhausversorgung, kaum ein rehabilitativ ausgerichtetes Versorgungssetting greift – und dies trotz den bekannten Folgeerkrankungen, die im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit auftreten. Sowohl die bekannten Komorbiditäten, die bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit typisch sind, verlangen nach Prävention und Rehabilitation als auch die Folgeerkrankungen. Letztere verlangen eine andere Ausrichtung: Nicht die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit, sondern die rehabilitative und kurative Begleitung (vgl. Klie 2017b).

Abbildung 9: Durchschnittliche Kosten pro pflegebedürftigen Versicherten relativ zum Beginn der Pflegebedürftigkeit nach Sektor



Quelle: Lewin et al., 2018

Der von der AfD im bayerischen Landtagswahlkampf geforderte Verzicht auf den gesetzlich geregelten Vorrang von Rehabilitation vor Pflege in § 5 SGB XI ist offenbar weithin Wirklichkeit (VdPB 2018).

3.3 Der qualitative Blick: Pflegebedarf und Bedingungen guten Lebens

Die qualitativen Studien ermöglichen einen verdichteten Einblick in die Lebenswelten von auf Pflege angewiesenen Menschen und ihren An- und Zugehörigen. Beim Lesen sind die Interviewten regelrecht zu hören. Eine gewisse Bescheidenheit stellt sich bei Leser*innen ein, vor allem, wenn man den Text als Verantwortliche in Pflegekassen, Pflegediensten oder Beratungsstellen liest. Im Wesentlichen ist es **eine ganz persönliche Leistung, ein Leben unter Bedingungen der Pflegebedürftigkeit zu meistern** – die Leistungen der Pflegeversicherung, die Dienste und Einrichtungen sind allemal von „pragmatischer Relevanz“. Dies gilt egal wo: im Heim, daheim, in einer WG. Die alltäglichen Leistungen, das Leben und die Pflege irgendwie hinzubekommen, gerät immer wieder aus dem Blick, wenn über Leistungsausweitungen, Qualitätsstandards und Arbeitsbedingungen in der Pflege gesprochen und verhandelt wird.

Kann es gelingen, ein gutes Leben im Sinne von Nussbaum (vgl. 1999) unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit zu führen? Diese Frage schon fanden manche der Interviewten provokant: Wie soll das gehen? „Ein Pflegehaushalt ist doch kein Ponyhof“, so der Duktus in einigen Gesprächen. Man ist froh, wenn man den Alltag hinbekommt.

Das Konzept des guten Lebens bewährt sich allerdings gerade dort, wo Lebenslagen und -bedingungen prekär sind. Nussbaum hat in einem langen Prozess universale Wesensmerkmale des Menschen herausgearbeitet. Das Credo von Nussbaums zehn Dimensionen guten Lebens und dem Capability Approach lautet: Diese Wesensmerkmale verwirklichen zu können, sollte, auch in einem menschenrechtlichen Sinne, jedem Menschen überall auf der Welt und in jeder Lebenslage möglich sein (vgl. Nussbaum 1999). Sie knüpft damit an die aristotelische „Sorge“ als Ausgangspunkt der Philosophie an: Wie gelingt es, in der Polis Bedingungen guten Lebens für alle Bürger*innen zu schaffen?

Dieser Frage nachzugehen lohnt sich gerade dort, wo die meisten Menschen ein gutes Leben eben kaum für möglich halten und wo sich der öffentliche Diskurs im Wesentlichen auf die Qualität von pflegerischen Dienstleistungen beschränkt. Es wird deutlich und anschaulich, was Menschen, die auf die Hilfe anderer verwiesen sind, als existenziell bedeutsam erleben. Insofern bewährt sich der Ansatz des guten Lebens, der bereits für den DAK-Pflegereport 2017 gewählt wurde, erneut.

Die meiste Zeit am Tag verbringt der auf Pflege angewiesene Mensch nicht mit pflegerischen Tätigkeiten. Der gelingende Alltag hat unter der Voraussetzung, dass die essentiellen Aufgaben der Pflege erbracht sind, vielmehr damit zu tun, Beziehungen zu gestalten, Natur zu erleben, Alltagsanforderungen im Haushalt zu bewältigen, das eigene Leben rückblickend zu betrachten und anderem mehr. **Es geht nicht um große Events, sondern um eine möglichst anregende und die Würde wahrende Gestaltung redundanter Pflegealltage.** Wenn Freund*innen und Nachbar*innen sich melden, wenn die Hilfe bei Mahlzeiten funktioniert, wenn der Zugang zum Garten oder zur Natur bleibt und auch die Kultur ihren Platz im Alltag behält, dann sind Aspekte guten Lebens im Blick. Dann geht es, wie Kellehear (vgl. 2013) für die palliative Versorgung festgestellt hat, eben keineswegs vorrangig um die Pflege, sondern um das, was gerade keine professionelle Dienstleistung ist, aber durchaus professionell mitbedacht werden muss: die alltägliche Teilhabe und der gelingende Alltag.

Wahrscheinlich ist gerade deshalb die **Pflege im eigenen Zuhause** als Vorstellung in der Bevölkerung fest verankert. Aber auch dort zeigt sich in den Interviews, insbesondere bei Alleinlebenden, dass diese **kein Garant für Bedingungen guten Lebens** darstellt. Immer wieder fehlt es an sozialer Teilhabe und Einbindung. Ansätze wie das niederländische Buurtzorg-Konzept sind darauf ausgerichtet, die sozialen Netzwerke zu aktivieren und Teilhabe zu sichern (vgl. Nandram 2015). Dadurch tragen sie gerade bei Alleinlebenden ganz wesentlich dazu bei, Netzwerke zu qualifizieren. Sozialräumliche Ansätze, wie sie zum Beispiel im Netzwerk „Soziales neu gestalten“ (SONG) verfolgt werden (vgl. 2009), passen zu dem, was die Interviewten an Gedanken zum guten Leben unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit mitgeteilt haben. Gleiches gilt für andere Ansätze, die dazu dienen, Nachbarschaften und sorgende Gemeinschaften vor Ort zu stärken. In der Öffnung des Blickes auf das, was Pflegebedürftigen im Sinne guten Lebens wichtig ist, liegt ein wesentlicher Ertrag der qualitativen Interviews.

Die Bevölkerungsumfrage hat zutage gebracht, dass es aus Sicht der Bürger*innen mit der Zusammenarbeit in der Pflege häufig hapert. Die Professionen arbeiten oft nicht gut (genug) zusammen (s. Beitrag Haumann). Zahlreiche Entlassungen aus dem Krankenhaus werden unzureichend vorbereitet – trotz Verpflichtung zum Versorgungsmanagement. Für Pflegebedürftige ist es alleine kaum möglich, das häufig undurchschaubare Geflecht an Diensten, Einrichtungen und Zuständigkeiten zu nutzen. Dafür ist eine professionelle Unterstützung erforderlich, die immer wieder ausbleibt. Hier decken sich die Bevölkerungsumfrage und die Eindrücke aus den qualitativen Interviews: Beratungs- und Unterstützungsangebote im Sinne professioneller Beratung durch die Pflegekasse oder eine andere örtliche Stelle erreichen die betroffenen Bürger*innen in der Regel nicht.

Im System der deutschen Pflegesicherung werden die Hilfen keineswegs von der Lebenssituation und dem individuellen Bedarf der betreffenden Menschen her entwickelt. Das Subjekt scheint nicht im Mittelpunkt der Entwicklungen zu stehen. Daher werden auch Situationen der Unterversorgung, der misslingenden Kooperation und Koordination in der Regel nicht als „Lernanlässe“ für die Versorgungssysteme wahrgenommen. Sie bleiben im Hinblick auf eine systematische Weiterentwicklung der Strukturen weithin ungenutzt. Genau dazu dient jedoch das Care und Case Management, das mit der Pflegeversicherung verbindlich eingeführt wurde. Es ist auf eine Effizienzsteigerung des Systems im Sinne der pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet.

Die regionalen Infrastrukturanalysen zeigen: Ansätze gelingender und gut implementierter Beratungsstrukturen bestehen, etwa im Saarland. Aber auch hier kommt man an die Grenzen und aus „good practice“ wurde noch lange nicht „best practice“. Es gelingt (noch) nicht, aus dem Krisenmanagement im Einzelfall systematisch für die Strukturentwicklung zu lernen (s. Beitrag Rischard et al.). **Es dominieren noch gesundheitsökonomische Steuerungsinstrumente auf Seite der Kostenträger und betriebswirtschaftliche Optimierungen bei den Diensten und Einrichtungen.** Durch das Engagement von den hochgeachteten professionellen Pflegekräften und sich in die Verantwortung für das Gesamtsystem einbindende Einrichtungen und Dienste werden manche Fehlsteuerungen kompensiert. Die Herausforderung für die Zukunft besteht jedoch ganz wesentlich darin, die Effizienz des Gesamtsystems aus der Sicht des Subjektes zum Referenzpunkt der Güte der Pflegesicherung zu machen: Jede unzureichend vorbereitete Entlassung aus dem Krankenhaus, jedes versagte indizierte Hilfsmittel, jede zu spät erfolgte Beratung bietet eine Lerngelegenheit für das System. Ausgangspunkt ist der auf Pflege angewiesene Mensch.

Die Einzelfallstudien zeigen, dass die betroffenen Menschen selbst ihre Lebenssituation zumeist in erstaunlicher Weise meistern. An- und Zugehörige tragen wesentlich dazu bei. Bemerkenswert sind ihre Coping-Strategien. Dabei schätzen sie die Pflegeversicherung und ihre Angebote und Leistungen. Sie erleben allerdings auch, dass diese gerade im Zusammenhang mit Gesundheitsleistungen zu wenig koordiniert erbracht werden. Zudem gibt es noch zu häufig „Kollateralschäden“ misslungener Fallsteuerung und Koordination. Das kostet. Darauf verweisen die Daten der Routinedatenanalyse (s. Beitrag Lewin et al.).

Eine erfolgreiche Fallsteuerung im Einzelfall, die Beratung und Hilfeplanung eingeschlossen, hängt mit der Kosteneffizienz im Gesamtsystem zusammen. Gerade deshalb scheint der Ansatz der Pflegekompetenzzentren interessant und eine geeignete Antwort auf die in den Interviews zu Tage getretenen Defizite in der Beratung, Koordination und dem zumeist nicht vorfindlichen Case Management zu sein. Die „Profis der Pflege“, aber auch die

Berater*innen in den Pflegestützpunkten und anderen Stellen: sie „leiden“ ebenso wie ihre Kolleg*innen im Krankenhaussozialdienst an der fehlenden Case Managementorganisation vor Ort. Zu oft geht es darum, Krisenmanagement zu leisten, wenn es „brennt“. Die vielen Pflegehaushalte, die kaum Kontakt zu professionellen Diensten haben und bei denen auch die Pflegeberatungseinsätze weithin verpuffen, sie sind dabei nicht einmal im Blick. Aussagen der Interviewten, dass sie sich wünschen, sie würden in ihrer Lebenssituation besser wahrgenommen, gewürdigt und „mal besucht“ werden, deutet darauf hin, dass die Komm-Strukturen der Beratungsinfrastruktur in der Pflegesicherung viele Menschen nicht erreicht, die dieser Unterstützung bedürften.

Für zugehende Beratungsangebote sind vielfältige Ansätze bekannt: bürgerschaftlich getragene, professionelle, von den Pflegekassen initiierte oder auf der kommunalen Ebene organisierte (präventive) Hausbesuche. Sie sind gefragt. Das machen die qualitativen Interviews deutlich.

Pflegebedürftige Menschen sind Teil der örtlichen Gesellschaft. Ihre gesellschaftliche Teilhabe ist ihnen wichtig. Die Bedeutung, die es für Menschen hat, weiter als Teil der örtlichen Gemeinschaft gesehen zu werden und selbst als Gebende aktiv sein zu können, kommt in den Interviews in den Blick. Für Alleinlebende ist es besonders voraussetzungsvoll, das Teilhabeversprechen einlösen zu können. Zum guten Leben im Sinne von Nussbaum gehört auch die politische Teilhabe und Relevanz. Die Interviewten haben fast nirgendwo erlebt, dass die Kommunalpolitik oder Bürgermeister*in sich für das Thema Pflege interessiert hat.

Das große Potential, dass das Sorge- und Pflege Thema als eines der wichtigsten gesellschaftspolitischen Themen der Zeit, mit großer Resonanz und einem entsprechenden Erfahrungsschatz in der Bevölkerung hat, wird auf der örtlichen Ebene – mit einigen beachtenswerten Ausnahmen – nicht aufgenommen. Das erleben Pflegebedürftige und pflegende Angehörige auch als fehlende Wertschätzung. Mit Leitbildern, wie dem der **Caring Community** (vgl. Klie 2018), gelingt es offenbar am ehesten, die kommunalpolitische Aufmerksamkeit zu aktivieren – mit Wirkungen auf die Sorgeskultur und -struktur vor Ort.

3.4 Regionale Infrastrukturanalysen

Die GKV-Routinedaten zeigen in zum Teil verstörender Weise, wie groß die Unterschiede in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Deutschland sind. Nicht nur dies: Auch der Eintritt von Pflegebedürftigkeit und die Lebenserwartung differieren je nach Region. Die Lebenschancen sind in Deutschland daher (auch) für Pflegebedürftige unterschiedlich verteilt. Die Frage nach gleichwertigen Lebensbedingungen stellt sich auch und in besonderer Weise

für ältere auf Pflege angewiesene Menschen (vgl. dazu ebenfalls BMFSFJ 2016).

Im DAK-Pflegereport 2018 wurden exemplarisch vier Regionen näher untersucht. Es handelte sich um Regionen, die grundsätzliches Interesse an dem Konzept eines Pflegekompetenzzentrums aufweisen oder die dafür aufgrund vorliegender Daten interessant scheinen. Es wurden jeweils statistische Daten ausgewertet, die für die Sozialstruktur und die ökonomischen Rahmenbedingungen maßgeblich sind. Ein differenziertes Bild der Unterschiede struktureller Rahmenbedingungen konnte herausgearbeitet werden.

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung, der Bezug von Transferleistungen, die Anzahl an Pendler*innen, Arbeitsmarktbedingungen, die Siedlungsstruktur: Alle diese Faktoren sind maßgeblich für die Bedingungen guten Lebens pflegebedürftiger Menschen und ihrer An- und Zugehörigen. Das gilt auch für die Einrichtungen und Dienste im Sozial- und Gesundheitswesen, bei denen von Region zu Region deutliche Unterschiede bestehen. Die Analysen zeigen, dass die Möglichkeiten der Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung, Angebote an ambulant betreuten Wohngemeinschaften, an Tagespflege- aber auch Kurzzeitpflegeplätzen differieren.

Tabelle 1: Ausgewählte Kennziffern der vier Landkreise im Vergleich

Ausgewählte Kennziffern der vier Landkreise im Vergleich					
Landkreis/ Vergleichseinheit	Emsland	Nürnberg- Land	Saar- pfalz- Kreis	Ostp- rignitz- Ruppin	Deutsch- land Gesamt
Bundesland	Nieder- sachsen	Bayern	Saar- land	Branden- burg	-
Sitz der Kreisverwal- tung	Meppen	Lauf an der Pegnitz	Hom- burg	Neurup- pin	-
Allgemeine Infos					
Einwohner*innen	319.000	168.000	145.000	99.000	-
Fläche	2.882 km ²	800 km ²	418 km ²	2.527 km ²	-
EW/km ²	111	210	347	39	229
Demografie					
Ø Alter 2015	42,0	44,7	46,3	47,3	43,9
Vorausberechnung 2035: Anteil der Be- völkerung 80 Jahre u. älter	7,8%	9,3%	10,1%	11,8%	8,9%
Bevölkerungs-Ent- wicklung 2011-2015 Gesamt	+2,5%	+2,2%	-0,4%	-0,6%	-

Ausgewählte Kennziffern der vier Landkreise im Vergleich					
Landkreis/ Vergleichseinheit	Emsland	Nürnberg- berger Land	Saar- pfalz- Kreis	Ost- rignitz- Ruppin	Deutsch- land Gesamt
Ø Natürliches Bevölkerungs- saldo 2011- 2015 (je 1.000 EW)	-1,0‰	-3,6‰	-5,8‰	-5,5‰	-
Ø Wanderungssaldo 2011-2015 (je 1.000 EW)	+6,2‰	+7,7‰	+4,1‰	+2,5‰	-
Wohnen, Arbeit & Soziale Lage					
Haushaltsgröße (Zen- sus 2011)	2,57	2,20	2,16	2,03	2,09
Anteil der 1-Perso- nen-Haushalte (Zensus 2011)	24,9%	31,3%	33,7%	35,4%	37,2%
Ø Haushalts-Einkom- men (netto)	1.661 €	2.068 €	1.817 €	1.445 €	1.787 €
SGB II-Quote (je 1.000 EW)	4,9‰	2,6‰	7,4‰	13,6‰	9,0‰
Grundsicherung im Alter (je 1.000 EW 65+)	18,6‰	8,7‰	21,4‰	12,0‰	26,8‰
Anteil der Beschäftig- ten mit Hochschulab- schluss	8,1%	12,7%	13,0%	8,4%	14,4%
Schulabgänger mit Hochschulreife	26,3%	27,7%	40,2%	29,9%	34,4%
Pendlersaldo (Einpendler – Aus- pendler, i.V. zu Bes- chäftigten vor Ort)	+3,6%	-13,8%	+9,4%	-7%	-
Pendler mit >50km Arbeitsweg (i.V. zu Beschäftigten vor Ort)	4,1%	2,8%	2,7%	3,7%	4,0%
Gesundheit & Pflege					
Pflegebedürfti- ge/100.000 EW	418,5	268,5	376,7	577,2	348,1
Informelles Pflegepo- tenzial (Bevölkerung 45-64 Jahre im Verhältnis zur Be- völkerung 80 Jahre und älter) – Jahre: 2020/2025/2030	2020: 4,9 2025: 4,6 2030: 4,0	2020: 4,1 2025: 3,7 2030: 3,3	2020: 3,5 2025: 3,3 2030: 2,9	2020: 4,0 2025: 3,4 2030: 3,0	2020: 3,2 2025: 3,0 2030: 2,7

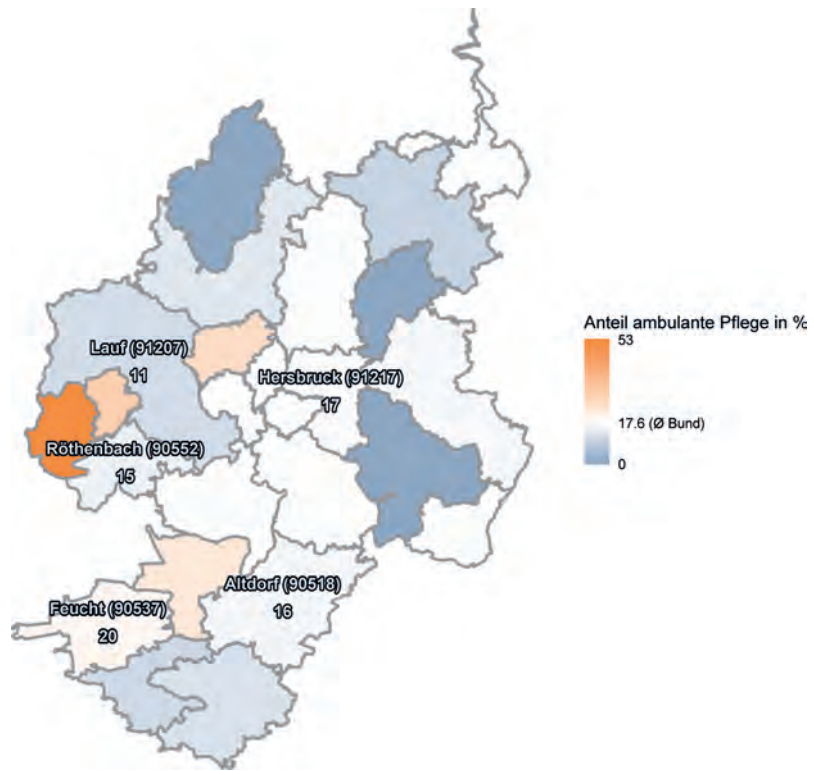
Ausgewählte Kennziffern der vier Landkreise im Vergleich					
Landkreis/ Vergleichseinheit	Emsland	Nürnberg- Land	Saarpfalz- Kreis	Ostprignitz- Ruppin	Deutsch- land Gesamt
Menschen mit Pflege- bedarf:					
Anteil der Pflegegeld- Empfänger	53,1%	40,3%	54,9%	50,1%	48,4%
Anteil der ambulante Pflege	30,0%	24,3%	19,0%	32,7%	24,2%
Anteil der stationären Pflege	16,9%	35,3%	26,1%	17,2%	27,4%
Beim Jobcenter im August 2018 gemel- dete offene Fachkraft- stellen „Altenpflege“	117	116	75	39	-
Anteil der im August 2018 offenen Fach- kraftstellen „Altenpfle- ge“ i.V. zur Zahl der besetzten Fachkraft- stellen 2015 (amb. Dienste und Pflege- heime)	8%	17%	14%	6%	-

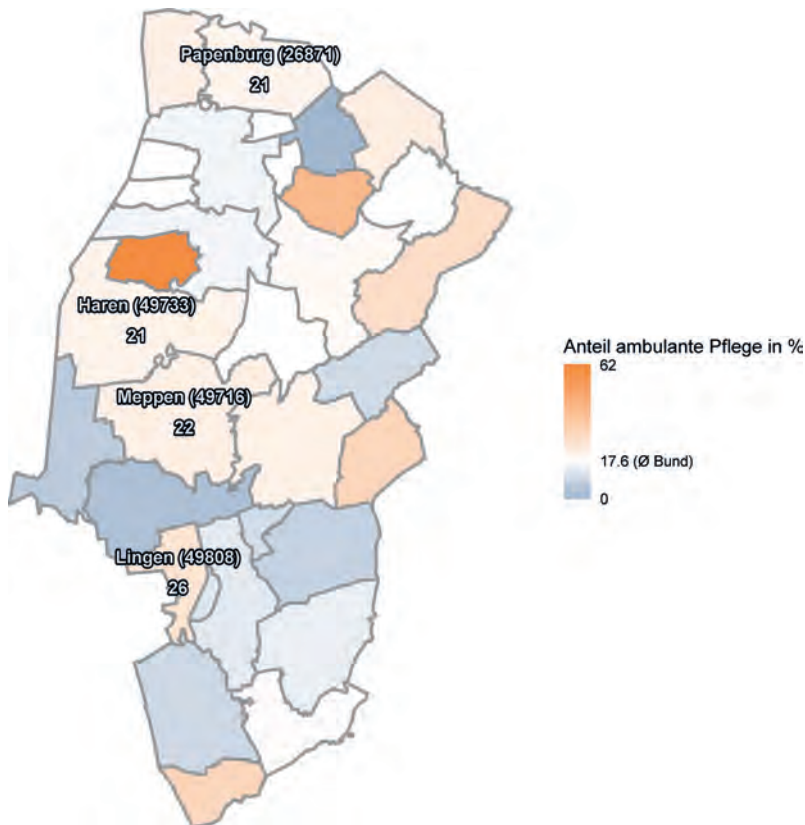
Quelle: Rischard et al., 2018

Deutlich werden außerdem die verschiedenen Präferenzen und prägenden Pflegearrangements. Auf regionaler und örtlicher Ebene wird sichtbar, wie attraktiv bzw. passfähig das Angebot ambulanter Dienste ist oder nicht, ob osteuropäische Pflegekräfte verbreitet sind oder ob in einem größeren Umfang auf eine stationäre Versorgung zurückgegriffen wird. Die regionalisierten GKV-Routinedaten legen ihrerseits große **Kontraste** der Leistungs- und Kostenprofile offen, **die sich in besonderer Weise auf der örtlichen Ebene noch einmal zuspitzen.**

Nachfolgend wird dies anhand der regionalisierten Analyse der DAK Gesundheit Daten am Beispiel der Inanspruchnahme häuslicher Pflege in den Landkreisen Nürnberg Land und Emsland illustriert. Auf Gemeindeebene variieren die Quoten von 0 % bis 62 % der Pflegehaushalte, die ambulante Dienste nutzen – Durchschnittswert 17 %.

Abbildung 10: Ambulante Pflege in den Landkreisen Nürnberg Land und Emsland





Quelle: Lewin et al., 2018

In den Gruppendiskussionen zeigte sich ein hohes Commitment der Expert*innen, die für die **Versorgungsinfrastruktur** verantwortlich sind. **Es war Konsens, dass es auf Governance ankommt, und nicht allein auf eine sektoral geprägte Übernahme von Teilaufgaben.** Es bedarf einer abgestimmten und koordinierten Arbeitsweise, in der gerade auch die Grenzen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung überschritten, die Bedarfssituation in der Region gemeinsam analysiert und für eine bedarfsgerechte Ausgestaltung von Infrastruktur genutzt werden. Die Notwendigkeit eines Case Management-basierten Arbeitsansatzes wurde überall sichtbar. Auch wenn die Voraussetzungen durch landesrechtliche Vorgaben höchst unterschiedlich waren, überall zeigte sich: Ausschließlich auf die Leistungen der Pflegeversicherung und die Gestaltungskraft des Marktes zu setzen, führt keineswegs zu einer bedarfsgerechten Versorgung – vor allem nicht für besonders vulnerable Gruppen.

Es war außerdem zu erkennen, dass **die Einbeziehung der Zivilgesellschaft und der örtlichen Politik** sich als **wichtige Voraussetzung** dafür erweist, regional und vor Ort tragfähige Sorgestrukturen und -kulturen zu entwickeln. Die „Steckbriefe“ für die vier Regionen zeigen exemplarisch auf, welche Daten für die Einschätzung der

örtlichen Versorgungssituation relevant sind. Auch mithilfe der GKV-Routinedaten konnte identifiziert werden, wo Potentiale und künftige Herausforderungen auf örtlicher Ebene liegen. So unterschiedlich die Regionen und die auf die Langzeitpflege ausgerichteten Planungsansätze sind, sie dürfen sich keineswegs in einer formalen Berechnung von Platzzahlen für die stationäre Pflege und für teilstationäre Angebote erschöpfen. In allen vier Regionen zeigte sich, dass der **Ansatz eines Pflegekompetenzzentrums, in jedem Fall als Case Managementorganisation, in hohem Maße anschlussfähig und attraktiv** für eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung der regionalen Infrastrukturen, aber auch des Aufbaus von Kooperationsstrukturen und -kulturen ist.

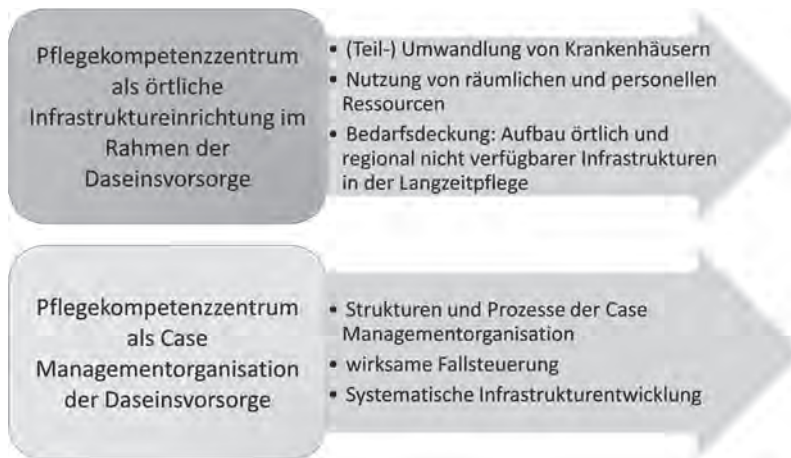
3.5 Pflegekompetenzzentren – Innovationsstrategie für die Langzeitpflege

Die DAK-Gesundheit hat das Konzept der Pflegekompetenzzentren in die pflegepolitische Diskussion gebracht. **Es steht auf zwei Säulen.**

Erstens auf einer **institutionellen Säule**, die aus un- oder teilgenutzten Krankenhäusern eine **hybride Versorgungsinstitution** für pflegebedürftige Menschen entstehen lässt. Sie hilft, nicht gedeckte Bedarfe zu beantworten. Dabei werden explizit auch die wichtigen Fragen der Ausbildung von Pflegekräften einbezogen, ebenso Fragen der hausärztlichen und therapeutischen Versorgung. Genossenschaftlich betrieben, könnten die Pflegekompetenzzentren, ohne die Vielfalt der Anbieter in der Langzeitpflege infrage zu stellen, dazu beitragen, gemeinwirtschaftliche Versorgungsformen zu etablieren. Dies scheint angesichts der (auch) im DAK-Pflegereport 2018 deutlich gewordenen Versorgungsdefizite als ausgesprochen erstrebenswert.

Die zweite Säule ist die der Case Managementorganisation. Hier geht es nicht um eine Infrastruktureinrichtung, sondern um eine Organisationsform. Sie nach Case Management-Arbeitsweisen auszugestalten und **die Fall- mit der Systemebene systematisch zu verbinden**, zeichnet diesen Ansatz aus. Jeder komplexe Einzelfall, an dem sich Probleme des Sektors der Langzeitpflege zeigen, wird dann zum Lernanlass für das gesamte System. Es geht darum, die Infrastruktur konsequent subjektorientiert zu gestalten, aus dem Modus der Krisenbewältigung herauszutreten und das System in Richtung Effizienz weiterzuentwickeln.

Abbildung 11: Zwei Organisationsverständnisse von Pflegekompetenzzentren



Quelle: Klie und Monzer, 2018

In den drei Regionen, in denen das Pflegekompetenzzentrum als Organisationsmodell mit zur Diskussion stand, signalisierten die Beteiligten jeweils großes Interesse – zum Teil waren Bausteine des Konzeptes bereits realisiert. Auch konnten aus den Diskussionen vor Ort wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der Konzeption selbst und ihrer Arrondierung gewonnen werden. Für eine notwendige Stärkung der Regionen und Kommunen in der Mitgestaltung von Aufgaben der Langzeitpflege bietet das Konzept Pflegekompetenzzentren wichtige Bausteine und kann vielerorts als Referenz für eine örtlich angepasste Strategie zur Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur genutzt werden. Es kann in besonderer Weise innovativen und engagierten Akteuren, die Interesse an einer kooperativen Gestaltung ihrer Aufgaben haben, als Good Practice-Perspektive dienen.

3.6 Literaturverzeichnis

Bätzing-Lichtenthäler, Sabine (2018): Qualitätsprüfung: Die Rolle der Einrichtungen ändert sich grundlegend. In: *Altenheim* 57 (8), S. 5–8.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Sachverständigenkommission „Siebter Altenbericht der Bundesregierung“ (Bundesdrucksache, 18/10210).

- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) (2018): Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland. Köln.
- Kellehear, Allan (2013): Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. In: *QJM: monthly journal of the Association of Physicians* 106 (12), S. 1071–1075.
- Klie, Thomas (2017a): Keine klassische Kundenbeziehung. Kundenbegriff in der Pflege. In: *Häusliche Pflege* 26 (9), S. 16–17.
- Klie, Thomas (2017b): Kooperation und Integration: die Herausforderung Rehabilitation vor Pflege. In: Andreas Brandhorst, Helmut Hildebrandt und Ernst-Wilhelm Luthe (Hg.): *Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens*. 1. Aufl. 2017. Wiesbaden: Springer, S. 263–283.
- Klie, Thomas (2018): Keiner sorgt für sich allein. Unterstützung und Pflege müssen auf viele Schultern verteilt werden. Das Leitbild von morgen heißt „sorgende Gemeinschaft“. In: *Publik-Forum*, S. 20–22.
- Klie, Thomas; Arend, Stefan (Hg.) (2018): *Arbeitsplatz Langzeitpflege. Schlüsselfaktor Personalarbeit*. Heidelberg: medhochzwei.
- Klie, Thomas; Monzer, Michael (2018): *Regionale Pflegekompetenzzentren*, Heidelberg: medhochzwei
- Nandram, Sharda S. (2015): *Organizational innovation by integrating simplification. Learning from Buurtzorg Nederland*. London: Springer.
- Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG) (Hg.) (2009): *Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Themenheft 1: Hilfe-Mix – Ältere Menschen in Balance zwischen Selbsthilfe und (professioneller) Unterstützung*. Gütersloh.
- Nussbaum, Martha C. (1999): *Gerechtigkeit oder das gute Leben*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2017): *Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden.
- VdPB (2018): *Wahlprüfsteine Pflege zur Landtagswahl* <https://www.gemeinsam-direkt-stark.de/presse/wahlpruefsteine-der-vd-pb-an-die-derzeit-im-bayerischen-landtag-vertretenen-parteien/>
- Zwick, Manfred; Heyden, Birgit; Esslinger, S. (2016): *Warten auf die Krankenversicherung und Kassen*. In: *Altenheim*, S. 20–21.

4. Bilder und Erfahrungen der Pflege in Deutschland und in den Bundesländern

Wilhelm Haumann

Zusammen mit der Alterung der deutschen Gesellschaft nimmt auch die Zahl derjenigen zu, die im Alter unterstützt und gepflegt werden. Das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung veranschlagt für den Zeitraum von 1999 bis 2015 eine Zunahme dieser Bevölkerungsgruppe von 2,0 auf 2,9 Millionen Personen. Bis 2060 werden dann aufgrund der Alterung sogar 4,81 Millionen erwartet, die auf Pflege und Hilfe angewiesen sind.¹ Dementsprechend zeigt auch die Statistik der Pflegeversicherung wachsende Zahlen von Leistungsempfängern, wenngleich die Entwicklung dort durch Ausweitungen der Bezugsberechtigung überzeichnet wird: So erhielten Ende 2009 noch 2,2 Millionen Personen Leistungen der Pflegeversicherung, Ende 2017 dann schon 3,3 Millionen.²

Zugleich verschlechtern sich die Voraussetzungen für die jetzt noch dominierende Angehörigenpflege. Das ergibt sich etwa durch die Verringerung der Kinderzahlen und die Zunahme der Kinderlosigkeit, die häufigere Erwerbstätigkeit von Frauen sowie auch durch eine Entwicklung zu weniger festen Partnerschaften.³

Damit wächst der Bedarf an professionellen Pflegekräften. Zwar nahm die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen zwischen 1999 und 2015 bereits um über 70 Prozent auf rund 1,1 Millionen zu. Da die meisten von ihnen in Teilzeit arbeiten, entspricht das rund 764.000 Vollzeitstellen.⁴ Benötigt würden allerdings deutlich mehr Fachkräfte sowie Helferinnen und Helfer. Im April 2018 veranschlagte die Bundesregierung den aktuellen zusätzlichen Bedarf auf mehr als 25.000 Fachkräfte und rund 10.000 Hilfskräfte.⁵ Allein schon aufgrund der demographischen Veränderungen, durch die sich das Arbeitskräftepotenzial verringert, prognostizieren unterschiedliche Studien eine weitere Vergrößerung der Lücke zwischen Arbeitskräfteangebot und Bedarf. Je nach Entwicklung der Pflegefallwahrscheinlichkeit und der Be-

Bedarf an professionellen Pflegekräften wächst

1 Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: Pflegebedürftige nach Altersgruppen 1999 bis 2060. https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige_Anzahl.html

2 Bundesministerium für Gesundheit: Pflegeversicherung: Zahlen und Fakten. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>

3 Blinkert/Baldo/Klie (2008): Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen. In: Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Hrsg. Bauer/Büscher. Wiesbaden, S. 238–255.

4 Bundesministerium für Gesundheit: Beschäftigte in der Pflege. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaefigtige.html#c3331>

5 Mehr als 25.000 Pflegekräfte fehlen. In: ÄrzteZeitung Online. 25. April 2018.

schäftigungsstrukturen in der Altenpflege könnten danach schon im Jahr 2025 zwischen 60.000 und 250.000 Pflegekräften fehlen.⁶

„Sofortprogramm Pflege“

Mit einem „Sofortprogramm Pflege“ will die Bundesregierung deshalb jetzt umsteuern und zu spürbaren Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte beitragen: Veränderungen der Ausbildung, der Personalausstattung in Pflegeheimen und der inneren Abläufe, etwa bei der Pflegedokumentation, sollen die Attraktivität der Altenpflege erhöhen.⁷ Zudem wollen drei Bundesministerien (BMFSFJ, BMG und BMAS) zusammen mit allen relevanten Akteuren in einer „Konzertierten Aktion Pflege“ für mehr Wertschätzung, bessere Arbeitsbedingungen und eine bessere Bezahlung der Pfleger*innen sorgen.⁸ Im Hinblick auf die Bezahlung wird etwa die Einführung allgemeiner verbindlicher Tarifverträge diskutiert.⁹

Diese Veränderungen sollen dann auch den Menschen zugutekommen, die unterstützt und gepflegt werden. Für sie soll die Suche nach einem ambulanten Pflegedienst oder einem Platz im Pflegeheim in Zukunft im besten Fall erleichtert, zumindest aber nicht schwieriger werden. Zudem sollen sie möglichst nicht eine „Pflege im Minutentakt“ erleben, wie sie heute von vielen beklagt wird. Von daher sind in näherer und mittlerer Zukunft erhebliche Änderungen der Pflege möglich, die nicht allein die Pflegekräfte betreffen, sondern auch Arbeitsabläufe sowie Strukturen und Organisationsformen.

Wo besteht am ehesten Verbesserungsbedarf?

Zur Planung solcher Änderungen werden nicht allein statistische Daten über die aktuelle Altenpflege und Prognosen der Bedarfsentwicklung benötigt, sondern auch Informationen darüber, wie die Bevölkerung heute die Pflege sieht, was als gut und hilfreich gilt, und wo am ehesten Verbesserungsbedarf gesehen wird. Benötigt werden zudem Informationen über die eigenen Präferenzen für den Fall, dass man Pflege benötigt. Schließlich geht es um die Frage, wie jene die Pflege wahrnehmen, die sie aus der Nähe erleben, etwa als pflegende Angehörige.

Bei entsprechenden Ermittlungen gilt es, beträchtliche Unterschiede der Pflegearrangements und der Pflegebedingungen zwischen den Bundesländern zu berücksichtigen. Beispielsweise variiert der Anteil derjenigen, die im Pflegeheim gepflegt werden, zwischen 38 Prozent (Schleswig-Holstein) und 22 Prozent (Brandenburg).¹⁰ Beträchtliche Unterschiede gibt es auch bei der Bezahlung von Pflegefachkräften, mit Durchschnittswerten zwischen rund 2.000 Euro monatlich in Sachsen-Anhalt und über 2.900 Euro in Baden-Würt-

6 Bundesministerium für Gesundheit: Beschäftigte in der Pflege. A.a.O.

7 Bundesministerium für Gesundheit: Sofortprogramm Pflege. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html>

8 Bundesministerium für Gesundheit: Konzertierte Aktion Pflege. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html>

9 Esslinger: In der Pflege braucht es Tarifverträge, die für alle gelten. In: Süddeutsche Zeitung, 24. Mai 2018.

10 Pflegestatistik 2015. Hier in regionaler Aufgliederung nach der Internet-Datenbank INKAR des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung.

temberg.¹¹ Deshalb stellen sich auch die Fragen, ob die regional unterschiedlichen Pflegebedingungen vielleicht regional unterschiedlichen Präferenzen entspringen, oder ob etwa die unterschiedliche Bezahlung der Pfleger*innen regional zu deutlich unterschiedlichen Vorstellungen darüber führt.

Solchen Fragen, sowohl zur allgemeinen Wahrnehmung der Pflege wie auch zu regionalen Besonderheiten, geht die hier dargestellte Bevölkerungsumfrage im Rahmen des DAK Pflegereports 2018 (Projektleitung: Professor Thomas Klie, Evangelische Hochschule Freiburg) nach. Ergänzend zu einer Auswertung von GKV-Daten und qualitativen Fallstudien in spezifischen Regionen soll die Umfrage die Wahrnehmungen der Pflege und die Präferenzen der Bevölkerung zeigen. Das gemeinsam mit Professor Klie entwickelte Fragenprogramm wurde in zwei bevölkerungsrepräsentative Mehrthemenumfragen des Allensbacher Instituts eingeschlossen. Zudem wurden in einigen Bundesländern ergänzende Interviews durchgeführt. Die mündlich-persönlichen Interviews dafür fanden zwischen dem 1. und dem 29. Juni 2018 statt. Dabei befragten 756 Interviewer 2.780 Personen ab 16 Jahren im gesamten Bundesgebiet. Regionale Analysen für die einzelnen Bundesländer können sich damit auf 104 bis 476 Befragte stützen. Die gewichteten Gesamtergebnisse sind repräsentativ für die deutsche Wohnbevölkerung in Privathaushalten.

Bevölkerungsumfrage zur allgemeinen Wahrnehmung der Pflege

4.1 Kenntnis der Pflege: Verbreitet und eingehend

Fast alle besitzen eine Vorstellung von der Pflege, die meisten haben ihr Bild aus eigener Beobachtung gewonnen. Lediglich 4 Prozent der Bevölkerung geben an, gar nichts über die Pflege zu wissen. Häufigste Quelle für Kenntnisse über die Pflege sind Gespräche mit Angehörigen, Freunden und Bekannten. 67 Prozent haben aus solchen Gesprächen etwas über die Pflege erfahren. Weitere 14 Prozent unterhielten sich mit Ärzten darüber. 53 Prozent haben aus Print- oder Funkmedien etwas über die Pflege erfahren, 14 Prozent zudem aus dem Internet. Im Jahr 2000 hatten sich zwar erst 2 Prozent im Internet über die Pflege informiert, sodass der aktuelle Anteil von 14 Prozent bereits eine spürbare Verbreiterung dieses Informationskanals bedeutet.¹² Im Vergleich mit anderen Themen ist der Anteil jedoch vorerst noch bescheiden. Von jenen, die sich derzeit an der Pflege von Angehörigen oder Freunden beteiligen, berichten sogar nur 8 Prozent über Informationen zur Pflege aus dem Internet: Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass auch die speziellen Internetangebote zur Information über die Pflege vorerst nur einen kleinen Kreis der Pflegenden erreichen.

Im Vordergrund steht aber die eigene Anschauung der Pflege: 49 Prozent der deutschen Bevölkerung kennen die Pflege, weil je-

¹¹ Bundesministerium für Gesundheit: Beschäftigte in der Pflege. A.a.O.

¹² Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 6091.

Unterschiedliche Beziehungen zur Pflege

mand in der Familie gepflegt werden musste, 40 Prozent haben die Pflege von Freunden oder Bekannten vor Augen. Noch näher an der Pflege sind 11 Prozent, die früher an der Pflege beteiligt waren bzw. 7 Prozent, die jetzt an der Pflege beteiligt sind. 7 Prozent entsprechen bei der hier befragten Gesamtheit von deutschsprachigen Erwachsenen ab 16 Jahren 4,8 Millionen. Auch wenn oft gleich mehrere Personen an der Pflege beteiligt sind, deutet dieser Befund auf einen etwas größeren Kreis von Gepflegten hin, als er aus den Beziehungsdaten der Pflegeversicherung erkennbar ist (3,3 Millionen). Überdurchschnittlich häufig haben Frauen eine Pflegeaufgabe übernommen (8 gegenüber 6 Prozent), häufig sind die Pflegenden älter als 45 Jahre. Weniger aussagekräftig ist der Anteil von 3 Prozent, die hier angeben, selbst auf Hilfe angewiesen zu sein (Anteil entspräche ca. 2,1 Millionen); Menschen, die gepflegt werden, können bei einer solchen Befragung der Personen in Privathaushalten selbstverständlich nur zum Teil erreicht werden. Viele haben sich auch schon freiwillig in der Pflege engagiert (6 Prozent) oder ihren Zivildienst bzw. ihr Freiwilliges Soziales Jahr in diesem Bereich absolviert (3 Prozent).

Ebenfalls 3 Prozent berichten über eine frühere Ausbildung in der Pflege. In dieser Gruppe finden sich sowohl jene, die eine längere Ausbildung zur Pflegefachkraft absolviert haben, wie auch jene mit einer kürzeren Ausbildung zur Pflegehelferin bzw. zum Pflegehelfer. 1 Prozent der Bevölkerung hat früher eine solche Ausbildung gemacht, jetzt aber beruflich nichts mehr mit der Pflege zu tun: Neben den Jüngeren, die sich bei der Berufswahl für eine Tätigkeit in der Pflege entscheiden könnten, gibt es also ein Potenzial von ausgebildeten Kräften, die jetzt nicht mehr in der Pflege arbeiten und die unter Umständen für eine solche Tätigkeit zurückgewonnen werden könnten (Abbildung 1).

Abbildung 1

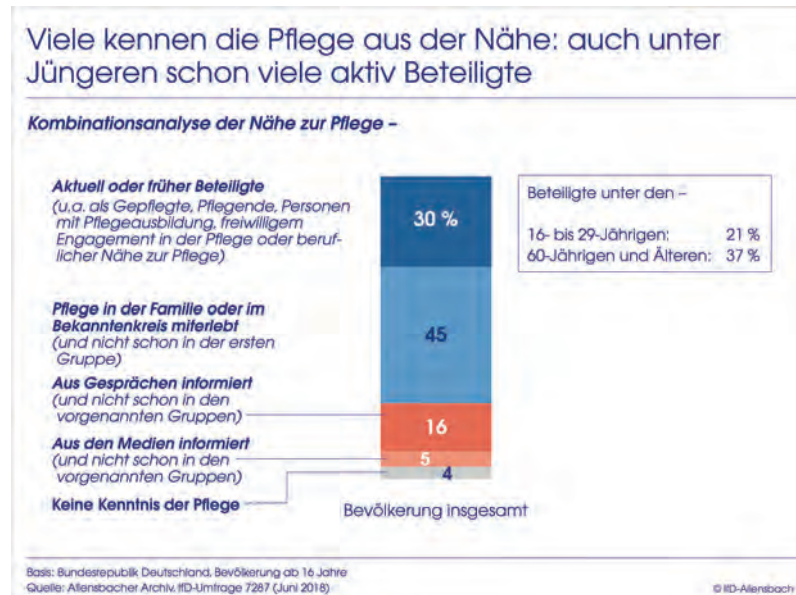


Fasst man all jene zusammen, die ganz direkt mit der Pflege in Berührung gekommen sind, sei es als Gepflegte wie auch als Pfleger, als ausgebildete Pflegekräfte wie auch als freiwillig Engagierte, so ergibt sich ein Kreis von 30 Prozent der Gesamtbevölkerung. Selbstverständlich finden sich Ältere in diesem Kreis häufiger als Jüngere; gleichwohl sind auch von den 16- bis 29-Jährigen schon 21 Prozent direkt mit der Pflege in Kontakt gekommen.

30 Prozent der Bevölkerung kommen mit dem Thema Pflege in Kontakt

Weitere 45 Prozent haben die Pflege aktuell oder vor längerer Zeit in der Familie oder im Freundes- und Bekanntenkreis miterlebt, ohne dabei selbst Pflegeaufgaben zu übernehmen. 16 Prozent konnten sich zwar nicht selbst ein Bild verschaffen, haben aber aus Gesprächen etwas über die Pflege erfahren. Nur 5 Prozent wissen über die Pflege nicht mehr als das, was sie aus den Medien darüber erfahren haben. Keine Kenntnis der Pflege haben – wie schon dargestellt – lediglich 4 Prozent der deutschen Bevölkerung (Abbildung 2).

Abbildung 2



Von daher ist die Pflege für die Bevölkerung nichts Fernliegendes, über das man vor allem aus den öffentlichen Debatten etwas erfährt. Fast alle kennen das Thema aus Beteiligung oder eigener Anschauung und dementsprechend können sich auch fast alle vorstellen, selbst einmal Angehörige pflegen zu müssen oder selbst auf Pflege und Unterstützung angewiesen zu sein.

Regionale Ausprägungen

Dieser Kernbefund gilt für alle Bundesländer gleichermaßen. Signifikante Abweichungen¹³ ergeben sich lediglich in Schleswig Holstein, wo wegen des hohen Anteils der im Heim Gepflegten vergleichsweise wenige auch schon persönlich an der Pflege beteiligt waren (19 Prozent) sowie im benachbarten Hamburg, wo vergleichsweise viele über eine solche persönliche Beteiligung berichten (41 Prozent).

Leicht überdurchschnittlich fällt der Anteil der persönlich Beteiligten in Berlin, im Saarland, in Sachsen-Anhalt, Hessen und Rheinland-Pfalz aus, leicht unterdurchschnittlich in Niedersachsen, Bremen, Sachsen und Thüringen. Auch in ländlichen bzw. städtischen Siedlungsbereichen ergeben sich höchstens graduelle Unterschiede.

¹³ Als statistisch signifikante Abweichung werden hier Ergebnisse für Teilgruppen betrachtet, die so stark vom entsprechenden Ergebnis im Rest der Gesamtstichprobe abweichen, dass der Unterschied sich mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zufällig ergibt. Dabei berücksichtigt die Berechnung (2-Stichproben-Test) sowohl die Anteilswerte in den beiden Teilstichproben wie auch die jeweiligen Befragtenzahlen. Für entsprechende Tests wurde hier ein Sicherheitsniveau von 95 Prozent zugrunde gelegt: Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 5 Prozent ist von einem Unterschied zwischen den verglichenen Anteilswerten auszugehen.

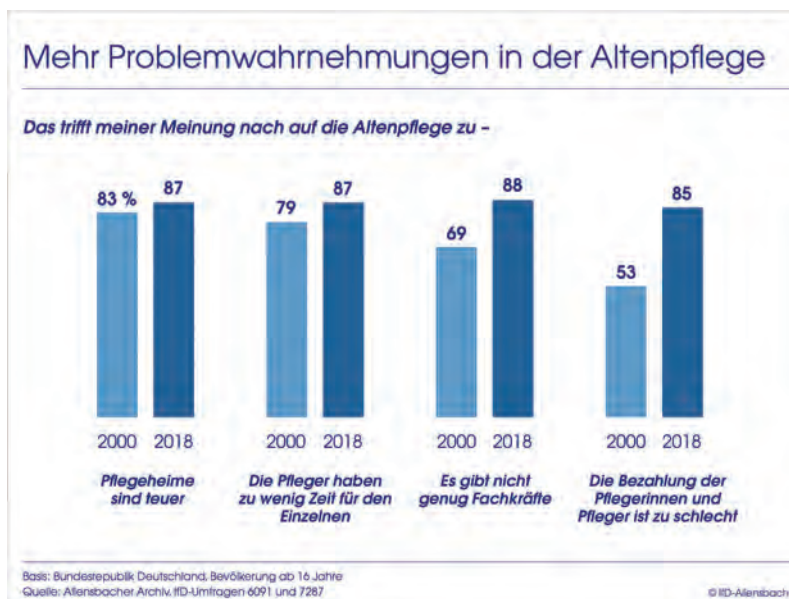
4.2 Wie die Pflege gesehen wird

4.2.1 Mehr Problemwahrnehmungen

Im Vergleich zum Jahr 2000, als einige der jetzt ermittelten Wahrnehmungen der Altenpflege schon einmal in einer Umfrage erhoben wurden, haben sich die Problemwahrnehmungen noch einmal deutlich verstärkt. Jeweils wenigstens 85 Prozent der Bevölkerung sind jetzt der Ansicht, dass Pflegeheime teuer sind, dass die Pflegekräfte zu wenig Zeit für die Einzelnen haben, dass es nicht genug Fachkräfte gibt und dass die Bezahlung der Pfleger*innen zu schlecht ist. Zugenommen haben insbesondere die Wahrnehmung des Fachkräftemangels sowie die Überzeugung, dass die Bezahlung der Pfleger*innen zu schlecht sei. Vor 18 Jahren hatten erst 53 Prozent den Eindruck einer zu geringen Bezahlung der Pflegenden, jetzt haben 85 Prozent diesen Eindruck (Abbildung 3).

Kostenwahrnehmung

Abbildung 3



Damit sieht die überwältigende Mehrheit der Bevölkerung jetzt erhebliche Defizite bei der Pflege. Während im Jahr 2000 noch vor allem die Auswirkungen solcher Defizite für die Gepflegten im Vordergrund standen (hohe Kosten, wenig Zeit der Pfleger*innen für die Gepflegten), nimmt die Bevölkerung jetzt stärker auch die Ursachen dafür mit in den Blick (Fachkräftemangel, Bezahlung). Damit wächst das Verständnis für möglicherweise tiefgreifende Maßnahmen zur Verbesserung der Verhältnisse in der Pflege. Zum anderen lässt sich jetzt bei vielen eine kausale Erklärungskette erkennen: Die Bezahlung der Pfleger*innen ist zu schlecht, deshalb gibt es nicht genug Fachkräfte und daraus entstehen Zeitmangel sowie Überforderung

der Pflegenden bei ihrer Arbeit. Selbst wenn ein solches Erklärungsmuster nicht falsch sein muss, könnten andere relevante Aspekte, wie etwa die Organisationsformen der Pflege und die vorgeschriebene Pflegepraxis, angesichts der allgemeinen Betonung der Bezahlung aus dem Blick geraten.

4.2.2 Pfleger*innen unter Druck

Fachkräftemangel, Bezahlung und Zeitdruck

Für das Bild der Pfleger*innen in der Altenpflege haben nicht allein die schon dargestellten Dimensionen große Bedeutung: der Fachkräftemangel (88 Prozent), die als zu schlecht bewertete Bezahlung (85 Prozent) sowie der Zeitdruck, der den Pflegenden zu wenig Raum für den Einzelnen lässt (87 Prozent). Hinzu kommt bei vielen die Wahrnehmung, dass Pfleger*innen oft überlastet sind (88 Prozent). Nach früheren Ermittlungen hat die Bevölkerung dabei sowohl die systemische Überforderung durch die Zahl der Gepflegten im Blick wie auch die körperlichen und seelischen Belastungen bei der Pflege.

Vor diesem Hintergrund heben 70 Prozent der Bevölkerung die besonderen Leistungen der Pfleger*innen heraus: „Es ist toll, was Pflegekräfte leisten.“ Insbesondere jene, die selbst schon die Pflege aus der Nähe miterlebten, sehen es so (76 Prozent). 45 Prozent haben den Eindruck, dass sich die Pflegenden angesichts der wahrgenommenen Nachteile vor allem aus Überzeugung für ihren Beruf entscheiden.

Um den Mangel an Fachkräften zu kompensieren, beschäftigen Pflegedienste und stationäre Einrichtungen nicht selten angelegerte Kräfte sowie Pflegepersonal aus dem Ausland. Das prägt das Bild der Pflege bei einem beträchtlichen Teil der Bevölkerung. 54 Prozent haben den Eindruck, dass viele Beschäftigte nicht für den Beruf ausgebildet sind. 36 Prozent finden, dass viele Pflegekräfte nicht ausreichend Deutsch sprechen (Abbildung 4).

Gemessen werden diese Vorstellungen hier jeweils an den Erfahrungen, die Angehörige und Freunde von Gepflegten aktuell bei der Pflege machen oder in den zurückliegenden 20 Jahren gemacht haben.¹⁴ In diesem Fall zeigt die Gegenprobe keine gänzlich anderen Erfahrungen, aber ganz andere Gewichte: Danach betrifft die Zeitnot bei der Pflege längst nicht alle Menschen, die dauerhaft

¹⁴ Von daher spiegeln diese Berichte weniger die aktuellen Verhältnisse als den Erfahrungsschatz der Bevölkerung. Allerdings unterscheiden sich die Beschreibungen aktueller und etwas älterer Pflegesituationen insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung professioneller Pflegekräfte und Ärzte nicht signifikant. Grundsätzliche Zweifel, ob Angehörige und Freunde von Gepflegten unparteiisch Auskunft über die Pflege geben können, werden durch die hier ebenfalls enthaltenen Antworten einiger Gepflegter zerstreut: Von den selbst Gepflegten werden die Verhältnisse nicht grundlegend anders beurteilt als von jenen, die als Pflegenden oder als Besucher beteiligt sind oder waren.

gepflegt werden:¹⁵ 30 Prozent berichten über solchen Zeitmangel der Pfleger*innen, 38 Prozent in Bezug auf die Pflege im Heim und 25 Prozent in Bezug auf die Pflege durch ambulante Pflegedienste.

Abbildung 4



Ungleich häufiger wird dagegen hervorgehoben, dass die Pflegekräfte sich gut um die Gepflegten kümmern oder gekümmert hätten (56 Prozent, 52 Prozent in Bezug auf die Pflege im Heim und 59 Prozent in Bezug auf die Pflege durch ambulante Pflegedienste, vgl. Abbildungen 30 und 31). Im Vordergrund des Nahbildes steht also eher die zugewandte Pflege und weniger – wie in den Vorstellungen der Altenpflege in Deutschland – die Pflege im Akkord. Dabei wurden für die professionelle Pflege vor allem ambulante Pflegedienste oder stationäre Einrichtungen genutzt. Nur 7 Prozent berichten, dass ihre Angehörigen oder Freunde eine 24-Stunden-Kraft beschäftigt hätten.

**Pflegekräfte
sind gut be-
wertet worden**

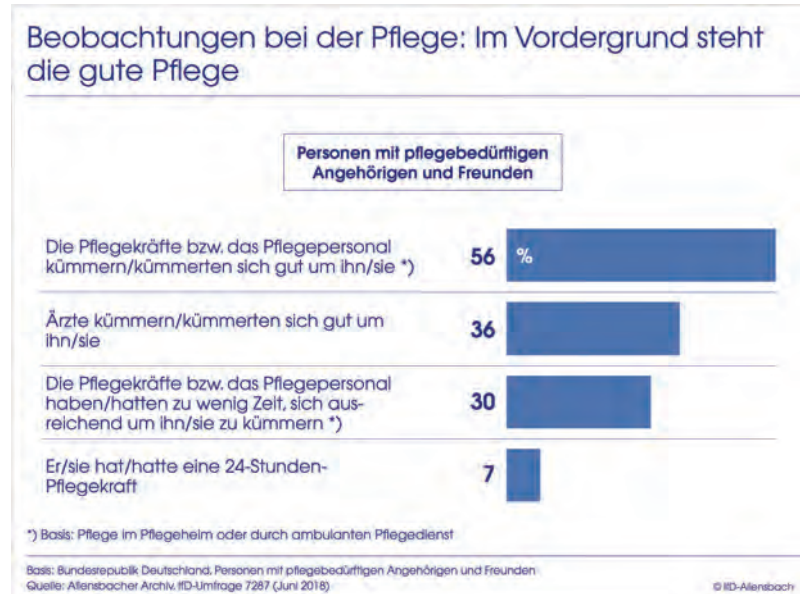
Seltener als den Pfleger*innen wird den beteiligten Ärzten eine gute Betreuung ihrer Patienten attestiert. 36 Prozent finden, die eingebundenen Ärzte hätten sich gut um die pflegebedürftigen Angehörigen und Freunde gekümmert. Dabei dürfte sich auch die Verringerung der Hausbesuche¹⁶ auswirken, die zuweilen auch Gebrechliche

¹⁵ Während bei den Vorstellungen zur Erhaltung der Trendformulierung nach der „Altenpflege in Deutschland“ gefragt werden musste, wurden die Erfahrungen unabhängig vom Alter für alle dauerhaft Gepflegten ermittelt: Da aber 87 Prozent der Gepflegten wenigstens 60 Jahre alt sind (Pfleigestatistik 2015), ist das Nahbild der Pflege gleichwohl zum allergrößten Teil durch die Altenpflege geprägt, sodass sich hierdurch keine größeren Auffassungsunterschiede ergeben können.

¹⁶ Zwischen 2009 und 2017 verringerte sich die jährliche Zahl der Hausbesuche von Ärzten nach Angaben der Bundesregierung von 30,3 auf 24,6 Millionen. Ärzte machen immer weniger Hausbesuche. In: Der Spiegel, 13. Juni 2018.

und Gehbehinderte zwingt, Unterstützung für einen Besuch in der Sprechstunde zu suchen (Abbildung 5).

Abbildung 5



Regionale Ausprägungen

Fachkräftemangel ist präsent

Das Bild der Pfleger*innen prägt sich in allen Bundesländern ähnlich aus. Überall steht der Fachkräftemangel einer großen Mehrheit der Bevölkerung vor Augen. In einer Reihe von ostdeutschen Ländern (Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Sachsen) sowie in Bayern wird das Problem von mehr als 90 Prozent der Bevölkerung als symptomatisch für die Pflege beschrieben (Anhang: Abbildung 1).

Weniger Überlastung wird in Baden-Württemberg wahrgenommen

Auch die Überlastung der Pflegekräfte, der Zeitmangel bei der Pflege sowie die als zu schlecht bewertete Bezahlung werden in allen Ländern von großen Mehrheiten als Probleme angesprochen. Signifikante Abweichungen von den jeweiligen Durchschnittswerten gibt es in Westdeutschland am ehesten in Hamburg, wo viele die Krisenphänomene vor Augen haben und in Baden-Württemberg, wo die Probleme im Hinblick auf die Pfleger*innen signifikant seltener wahrgenommen werden als im Bundesdurchschnitt. In Ostdeutschland weisen vor allem die Bewohner*innen Mecklenburg-Vorpommerns auf den Zeitmangel bei der Pflege und die schlechte Bezahlung der Pflegenden hin.

Fachkräfte aus dem Ausland

Pflegekräfte ohne ausreichende Deutschkenntnisse werden überdurchschnittlich häufig in Westdeutschland erlebt, insbesondere in Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Bayern und im Saarland (Anhang: Abbildung 2). Offenbar arbeiten also in den Heimen

und Pflegediensten im Osten seltener zugewanderte Pflegekräfte als im Westen.¹⁷ In den ostdeutschen Ländern wird auch deutlich seltener als in den westdeutschen über den Einsatz von 24-Stunden-Pflegekräften berichtet (vgl. Abbildung 5), die zu erheblichem Teil aus Osteuropa stammen. Besondere Anerkennung finden die Leistungen der Pfleger*innen in Hessen und im Saarland. (Abbildung 6).¹⁸

Abbildung 6

Wie die Pflege in den Bundesländern gesehen wird: Sicht auf Pflegerinnen und Pfleger

	Nicht genug Fachkräfte	Pfleger oft überlastet	Pfleger haben zu wenig Zeit	Bezahlung der Pfleger ist zu schlecht	Es ist toll, was Pflegekräfte leisten	Viele sprechen nicht ausreichend Deutsch
Bevölkerung insgesamt (%)	88	88	87	85	70	36
Schleswig-Holstein						--
Hamburg	++		++	++		
Niedersachsen					--	
Bremen	--			--		
Nordrhein-Westfalen						++
Hessen					++	++
Rheinland-Pfalz						++
Baden-Württemberg	--	--	--			
Bayern						++
Saarland					++	++
Berlin						--
Brandenburg						--
Mecklenburg-Vorpommern			++	++		--
Sachsen						--
Sachsen-Anhalt						--
Thüringen			++			--

++/--: Anteilswert für das Bundesland signifikant über oder unter Mittelwert (95-Prozent-Niveau)
Keine Angabe: Anteilswert weicht nicht weit vom Mittelwert ab

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Ailensbacher Archiv; IFD-Umfrage 7287 (Juni 2018)

© IFD-Ailensbacher

- 17 Nach einer Untersuchung des Statistischen Bundesamts stammten 2013 rund 370.000 der etwa 3 Millionen Menschen in Pflegeberufen aus dem Ausland, darunter 20 Prozent aus Polen. Nicht enthalten sind darin die unangemeldeten Kräfte, deren Zahl zu diesem Zeitpunkt auf zwischen 100.000 und 300.000 veranschlagt wurden. Vgl. Zegelman: Die meisten Pflegekräfte kommen aus Polen. In: Ärzte-Zeitung, 6. 8. 2015. https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/891523/neue-statistik-meisten-pflegekraefte-kommen-polen.html
- 18 Die Reihenfolge der Bundesländer in Abbildung 6 entspricht der Reihenfolge nach dem Amtlichen Gemeindegemeinschaftsschlüssel, dem die meisten statistischen Auflösungen folgen. Diese Reihenfolge wird ebenfalls in den Abbildungen 8, 11, 14, 26 sowie 34 bis 37 zugrunde gelegt.

4.2.3 Hohe Pflegekosten, vor allem im Pflegeheim

Wie bereits dargestellt, hat sich die Wahrnehmung hoher Kosten bei der Pflege im Heim noch einmal weiterverbreitet; 87 Prozent bewerten diese Pflege als teuer. 70 Prozent haben Familien vor Augen, die sich keinen Pflegedienst oder keinen Platz im Heim für ihre Angehörigen leisten können. Trotz der Pflegeversicherung gilt die Pflege im Heim deshalb als Armutsrisiko: Annähernd zwei Drittel gehen davon aus, dass viele, die ins Pflegeheim kommen, wegen der hohen Kosten zum Sozialfall werden. Zudem sei es schwierig, einen Pflegegrad zu bekommen und damit das Anrecht auf Leistungen der Pflegeversicherung (54 Prozent). Solche Eindrücke äußern die Angehörigen und Freunde von Gepflegten zwar nicht häufiger als andere, aber auch nicht seltener.

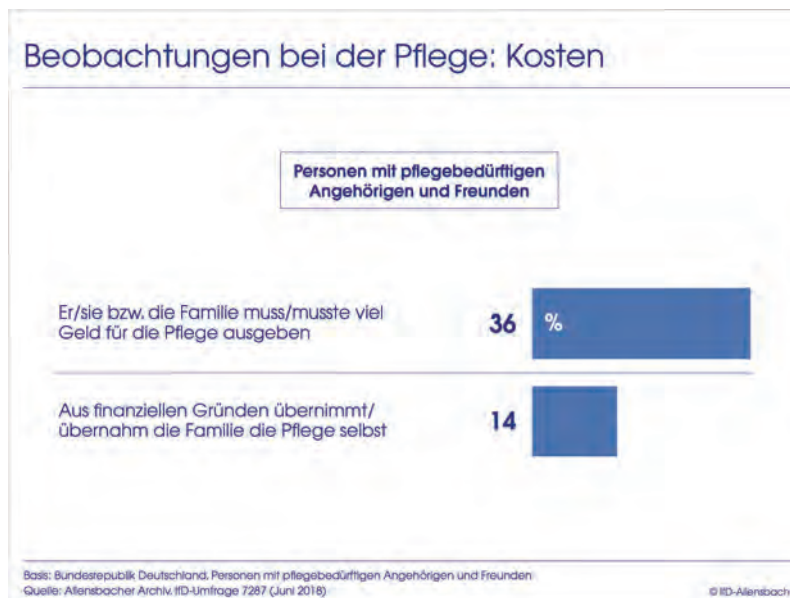
Die grundlegende Kritik an den Kosten der Pflege, die von den Gepflegten und ihren Angehörigen getragen werden müssen, verbindet sich bei einem Teil der Bevölkerung mit Misstrauen gegenüber den Anbietern von Pflege: 41 Prozent finden, dass viele Pflegedienste und Pflegeheime lediglich versuchen, Geld zu verdienen, ohne besonderes Interesse an den Gepflegten. Überdurchschnittlich häufig finden sich solche Ressentiments bei Älteren mit einfacher Schulbildung und eher kleinen Einkommen, bei jener Gruppe also, die am ehesten Schwierigkeiten mit der Bezahlung der Pflegekosten hat (Abbildung 7).

Abbildung 7



Die Gegenprobe mit den Erfahrungen bei der Pflege zeigt ein weniger dramatisches Bild. Gleichwohl sind auch in der erlebten Wirklichkeit die Finanzierungsprobleme nicht ganz selten: 36 Prozent der Personen mit pflegebedürftigen Angehörigen und Freunden geben an, dass die Gepflegten und ihre Familien viel Geld für die Pflege ausgeben müssen oder mussten. In Bezug auf die Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst erklären das 35 Prozent, in Bezug auf die Pflege im Heim sogar 49 Prozent. (Abbildung 8).

Abbildung 8



Dennoch stehen die finanziellen Aspekte beim Verzicht auf eine professionelle Pflege nicht unbedingt im Vordergrund. 14 Prozent berichten, die Familie habe die Pflege aus finanziellen Gründen selbst übernommen. Bezogen auf alle, die zumindest eine Zeit lang auch von Angehörigen oder Freunden gepflegt wurden, macht diese Gruppe 23 Prozent aus.

Regionale Ausprägungen

In allen Bundesländern sind ähnlich große Mehrheiten überzeugt, dass für die Betroffenen und ihre Familien hohe Kosten mit der Pflege, besonders mit der Pflege im Heim, verbunden sind. Auch in Sachsen, wo sich einige Vorstellungen signifikant unterdurchschnittlich ausprägen, bewerten noch 82 Prozent die Pflege im Heim als teuer.

Gleich in drei ostdeutschen Ländern prägt sich die Vorstellung, dass es schwer ist, einen Pflegegrad zu bekommen, signifikant überdurchschnittlich aus, in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, und Sachsen-Anhalt (Anhang: Abbildung 3). Exakt diese drei Bundesländer wiesen 2015 aber zugleich die höchsten Anteile von Personen auf, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhielten.¹⁹ Vor diesem Hintergrund wäre es denkbar, dass die bereits vergleichsweise hohen Zahlen von Gepflegten zu einer eher engen Auslegung der Vorgaben bei der Zuerkennung der Pflegegrade führen könnte. In Baden-Württemberg prägt sich die entsprechende Vorstellung dagegen nur unterdurchschnittlich aus (44 Prozent; Abbildung 9).

¹⁹ Laut Pflegestatistik erhielten 2015 in Mecklenburg-Vorpommern durchschnittlich 491 von 10.000 Einwohnern Leistungen aus der Pflegeversicherung, in Brandenburg 449 und in Sachsen-Anhalt 441. Nicht ganz so hoch waren die Werte in Thüringen (434) und Sachsen (408). Die Vergleichswerte in den meisten westdeutschen Ländern waren deutlich kleiner, z. B. 271 in Bayern, 295 in Hamburg, 301 in Baden-Württemberg und 357 in Nordrhein-Westfalen. Von den westdeutschen Ländern hatte Niedersachsen mit 400 Pflegebedürftigen je 10.000 Einwohner die höchste Pflegequote. Pflegestatistik 2015. Hier in regionaler Aufgliederung nach der Internet-Datenbank INKAR des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung. Zum Teil ergeben sich die Differenzen durch die Unterschiede der Altersstruktur; allerdings erklärt der höhere Bevölkerungsanteil der Hochaltrigen in den ostdeutschen Ländern die Unterschiede nur zum Teil. So deuten die GKV-Datenauswertungen darauf hin, dass in den ostdeutschen Ländern vergleichsweise häufig auch weniger alte Personen gepflegt werden, die unter schweren Krankheiten leiden.

Abbildung 9

	Pflege- heime sind teuer	Viele können sich keinen Pflegedienst oder keinen Platz im Pflegeheim leisten	Viele im Heim werden zum Sozialfall	Es ist schwierig, eine Pflege- stufe bzw. einen Pfe- gegrad zu bekommen	Viele Pflege- dienste und Pflege- heime versuchen nur, Geld zu verdienen
Bevölkerung insgesamt (%)	87	70	61	54	41
Schleswig-Holstein					
Hamburg					++
Niedersachsen					
Bremen	--		--		
Nordrhein-Westfalen			++		
Hessen					
Rheinland-Pfalz					
Baden-Württemberg				--	--
Bayern					
Saarland					
Berlin		--			
Brandenburg				++	
Mecklenburg-Vorpommern				++	++
Sachsen	--	--	--		
Sachsen-Anhalt				++	
Thüringen					

++/---: Anteilswert für das Bundesland signifikant über oder unter Mittelwert (95-Prozent-Niveau)
Keine Angabe: Anteilswert weicht nicht weit vom Mittelwert ab

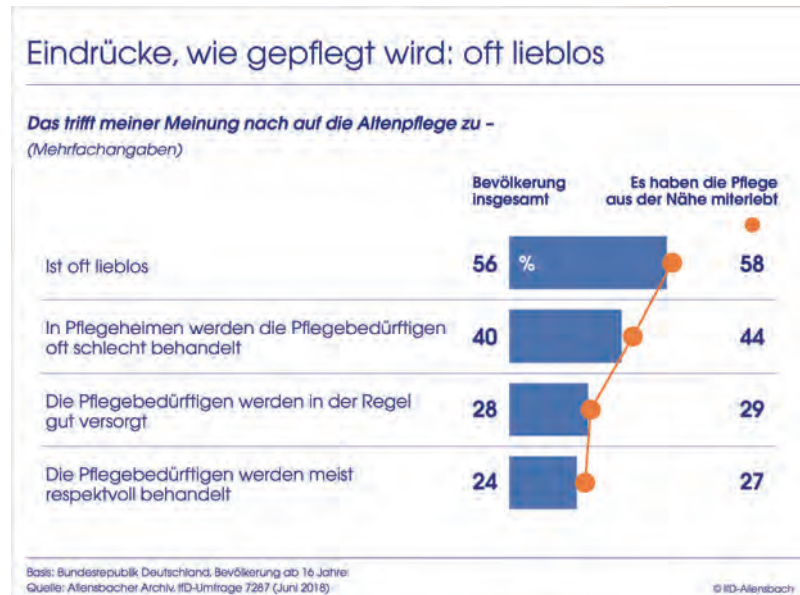
Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 7287 (Juni 2018)

© IFD-Allensbach

4.2.4 Zu wenig Zuwendung

Mehr als die Hälfte der Bevölkerung registriert zu wenig menschliche Zuwendung zu den Gepflegten. Als „oft lieblos“ beschreiben 56 Prozent die Altenpflege. 40 Prozent haben Fälle vor Augen, in denen Heimbewohner*innen schlecht behandelt wurden (Abbildung 10).

Abbildung 10

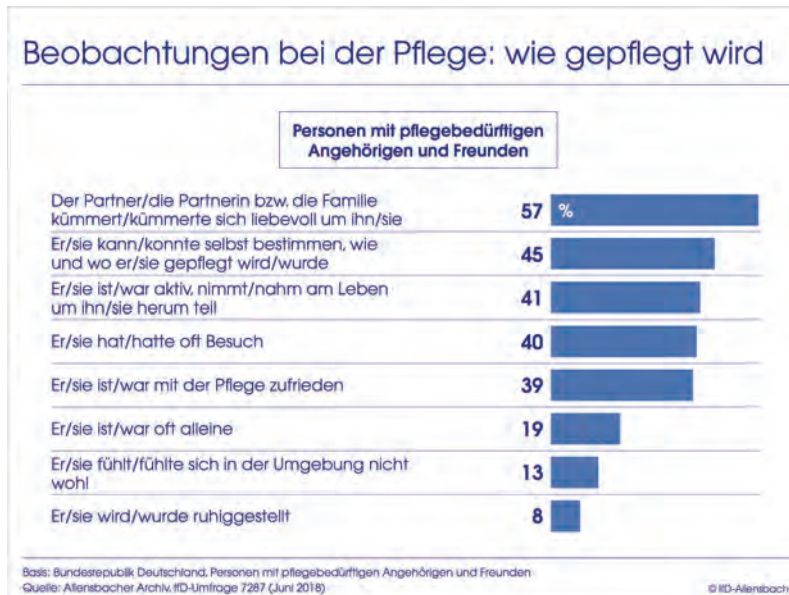


Nur 24 Prozent gehen von einer meist respektvollen Behandlung der Gepflegten aus, nur 28 Prozent von einer überwiegend guten Versorgung. Überdurchschnittlich häufig berichten Angehörige und Freunde von Heimbewohner*innen über eine gute Versorgung (35 Prozent).

56 Prozent haben gute Erfahrungen mit Pfleger*innen gemacht

In diesem Fall zeigt das Nahbild deutlich andere Schwerpunkte; offensichtlich werden die eher allgemeinen Vorstellungen hier stark durch einzelne Problemfälle beeinflusst. Weitaus besser sind nicht nur die konkreten Wahrnehmungen der professionellen Pfleger*innen. Ihnen attestieren ja 56 Prozent, sie würden sich gut um die gepflegten Menschen kümmern (vgl. Abbildung 5). Im gleichen Maß wird auch die familiäre Betreuung und Zuwendung als gut und liebevoll wahrgenommen (57 Prozent). Immerhin 45 Prozent der Gepflegten konnten selbst bestimmen, wie und wo sie gepflegt wurden, 41 Prozent konnten noch aktiv sein und am Leben ringsum weiter teilnehmen. 40 Prozent haben oder hatten oft Besuch (Abbildung 11).

Abbildung 11



Zwar berichten hier nur 39 Prozent über eine ausdrückliche Zufriedenheit der Gepflegten mit ihrer Pflege (Angehörigenpflege: 43 Prozent, Pflege im Heim: 29 Prozent, vgl. Abbildung 31). Noch kleiner sind jedoch die Maßzahlen für mögliche Unzufriedenheit: Dass die Gepflegten sich in ihrer Umgebung nicht wohlfühlten, erklären 13 Prozent, häufiges Alleinsein haben 19 Prozent vor Augen. 8 Prozent geben an, dass die Gepflegten ruhiggestellt wurden (bei einer Pflege im Heim 13 Prozent).

Regionale Ausprägungen

Signifikante Abweichungen gibt es in zehn Bundesländern. Dabei zeigen sich bei mehreren Abweichungen stets konsistente Tendenzen: Auf der einen Seite prägen sich negative Wahrnehmungen deutlich schwächer und positive Wahrnehmungen deutlich stärker aus. Das betrifft etwa Schleswig-Holstein, wo vergleichsweise selten lieblose Pflege und schlechte Behandlung im Pflegeheim genannt werden, überdurchschnittlich häufig dagegen die gute Versorgung der Gepflegten. Ähnliche Befunde mit positiver Tendenz gibt es für Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen.

Auf der anderen Seite steht Berlin, wo vergleichsweise viele an eine lieblose Pflege und vergleichsweise wenige an eine gute Versorgung der Pflegebedürftigen denken.

Einzelne signifikante Abweichungen vom Mittelwert, die eine negative Aussage verstärken oder eine positive Aussage abschwächen, gibt es in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Bayern (Abbildung 12).

Signifikante Abweichungen in 10 Bundesländern

Die in diesem Zusammenhang besonders relevante gute Versorgung der Gepflegten wird überdurchschnittlich häufig vor allem in den ostdeutschen Ländern sowie in Hessen und Schleswig-Holstein wahrgenommen (Anhang: Abbildung 4): Mit Ausnahme von Schleswig-Holstein handelt es sich dabei um Länder, in denen nach der Pflegestatistik der Anteil der häuslichen Pflege (sei es durch Angehörige, sei es durch einen ambulanten Pflegedienst) hoch ist.

Abbildung 12

Wie die Pflege in den Bundesländern gesehen wird: Wie gepflegt wird

	Ist oft lieblos	In Pflegeheimen werden Pflegebedürftige oft schlecht behandelt	Pflegebedürftige werden in der Regel gut versorgt	Pflegebedürftige werden meist respektvoll behandelt
Bevölkerung insgesamt (%)	56	40	28	24
Schleswig-Holstein	--	--	++	
Hamburg		++		
Niedersachsen				
Bremen				
Nordrhein-Westfalen	++			
Hessen				++
Rheinland-Pfalz				--
Baden-Württemberg	--			++
Bayern		++		
Saarland				
Berlin	++		--	
Brandenburg				
Mecklenburg-Vorpommern		--	++	++
Sachsen				
Sachsen-Anhalt				
Thüringen	--	--		

++/--: Anteilswert für das Bundesland signifikant über oder unter Mittelwert (95-Prozent-Niveau)
Keine Angabe: Anteilswert weicht nicht weit vom Mittelwert ab

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 7287 (Juni 2018)

© IFD-Allensbach

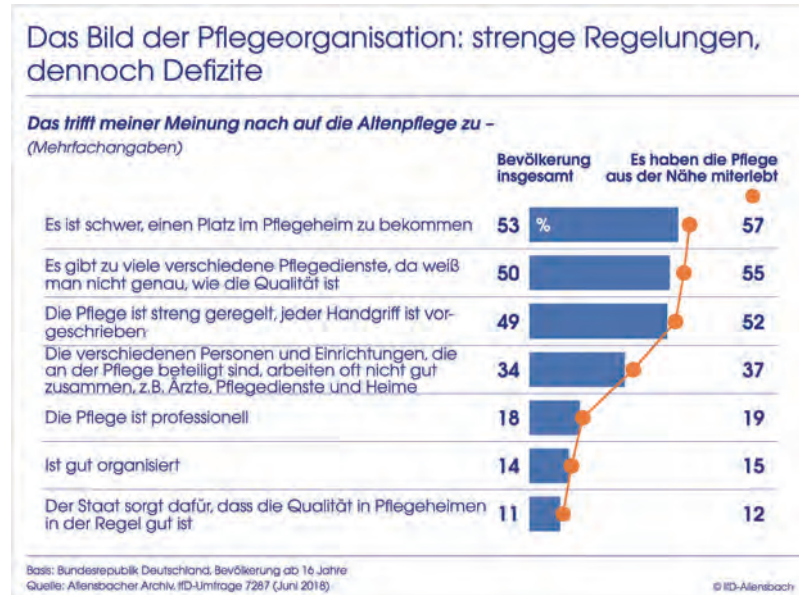
4.2.5 Organisatorische Defizite

Viele nehmen kritische Punkte wahr, an denen die Organisation der Pflege den Bedürfnissen der Gepflegten und ihrer Angehöriger nach einfachen, bedarfsgerechten und leicht zugänglichen Angeboten nicht gerecht wird. So findet es mehr als die Hälfte der Bevölkerung schwer, einen Platz im Pflegeheim zu bekommen (53 Prozent). Angehörige und Freunde von Gepflegten erklären das eher noch etwas häufiger als andere (57 Prozent). Zugleich sehen aber nur 14 Prozent der Gesamtbevölkerung bzw. 19 Prozent derjenigen mit konkreten Angaben einen Bedarf an mehr Pflegeheimen in der eigenen Umgebung (vgl. Abbildungen 19 und 22). In den Augen der Bevölkerung entstehen die wahrgenommenen Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Heimplatz also offenbar nur zum Teil durch Platzmangel, zum Teil aber auch durch organisatorische Defizite. Auswirken kann sich dabei aber auch, dass die Pflegeheime in der Wohnregion weit vom Wohnort entfernt liegen (11 Prozent).

Zu solchen organisatorischen Defiziten gehört das für viele verwirrende Angebot an Pflegediensten. Angesichts der Vielzahl von ganz unterschiedlichen Diensten könne man nicht genau wissen, wie die Qualität ist (50 Prozent). Verstärkt wird die Unübersichtlichkeit des Angebots durch die geringe Interaktion der Beteiligten. Viele erleben ambulante Pflegedienste, Pflegeheime, Krankenhäuser und auch Arztpraxen als strikt voneinander getrennte, isolierte Instanzen. Ein gutes Drittel der Bevölkerung moniert deshalb die zu geringe Zusammenarbeit der Personen und Einrichtungen, die an der Pflege beteiligt sind (34 Prozent).

Eine strikte Organisation wird weniger bei den Strukturen der Pflege als bei den Tätigkeiten der Pfleger*innen beobachtet, etwa bei der umfangreichen Dokumentation. Solche engen Vorgaben sind nicht immer gern gesehen. Vielen gelten sie weniger als Garanten der Pflegequalität, sondern eher als Ursache für Zeitmangel und das Fehlen von menschlicher Zuwendung. Vor diesem Hintergrund bescheinigen nur Minderheiten der Pflege Professionalität (18 Prozent) und eine gute Organisation (14 Prozent), die sich an den Bedürfnissen der Gepflegten orientiert (Abbildung 13).

Abbildung 13



Im konkreten Einzelfall haben 25 Prozent Probleme mit der Organisation der Pflege erlebt. Allerdings ergaben sich solche Probleme bei der Suche nach einem ambulanten Pflegedienst offenbar noch etwas häufiger als bei der Suche nach einem Heimplatz (27 gegenüber 22 Prozent).

22 Prozent der Personen mit pflegebedürftigen Angehörigen und Freunden erklären, die Familie bräuchte bei der Pflege mehr Unterstützung oder hätte mehr Unterstützung gebraucht. 13 Prozent weisen auf solchen zusätzlichen Unterstützungsbedarf hin, obwohl ihre Angehörigen und Freunde bereits professionelle Pflege, etwa durch einen Pflegedienst nutzen oder nutzten. Diese Feststellung hängt eng mit Erfahrungen von Überforderung zusammen, über die hier 35 Prozent berichten: Die Angehörigen seien durch die Pflege oft an den Grenzen ihrer Kräfte gewesen. Unter jenen, die mehr Unterstützung einfordern, haben über 60 Prozent derartige Erschöpfungserfahrungen vor Augen. Vor diesem Hintergrund wird der hier implizit enthaltene Vorwurf erkennbar, dass die Organisation der professionellen Pflege die pflegenden Angehörigen in vielen Fällen nicht genügend entlaste (Abbildung 14).

Abbildung 14



Regionale Ausprägungen

Probleme bei der Suche nach einem Platz im Heim werden insbesondere in Schleswig-Holstein und Berlin signifikant seltener wahrgenommen als im übrigen Bundesgebiet, in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen signifikant häufiger; dabei nehmen in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen über 60 Prozent solche Probleme wahr (Anhang: Abbildung 5). Dabei ergibt sich ein enger Zusammenhang zur Zahl der „freien“ Heimplätze, wie sie sich aus der Pflegestatistik errechnen lässt: Danach gab es 2015 je 10.000 Einwohner in Schleswig-Holstein im Durchschnitt 18 freie Plätze in Pflegeheimen und in Berlin 13. In Baden-Württemberg betrug der entsprechende Wert nur 7, und in Mecklenburg-Vorpommern sowie Sachsen jeweils nur 3.²⁰ Die Vorstellungen werden hier also erkennbar durch das regionale Platzangebot beeinflusst. Dabei heißt dieser Befund selbstverständlich nicht, dass entsprechende Engpässe in einzelnen Kommunen anderer Länder nicht möglich wären: Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Pflegeplatz sind weit verbreitet.

Eine Vielzahl von Pflegediensten und unübersichtliche Qualitätsverhältnisse bei der ambulanten Pflege stehen den Bürgerinnen und Bürgern besonders in Thüringen signifikant häufiger vor Augen als anderswo. Schwierigkeiten mit dem Angebot haben hier eher die

²⁰ Berechnet auf der Grundlage von Gepflegten im Heim sowie Heimplätzen, jeweils je 10.000 Einwohner. Pflegestatistik 2015. Hier in regionaler Aufgliederung nach der Internet-Datenbank INKAR des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung.

Menschen in den ostdeutschen Ländern sowie in Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Niedersachsen. Weniger häufig sind die Einwohner von Schleswig-Holstein, Bremen, Berlin und im südlichen Westdeutschland irritiert (Anhang: Abbildung 6).

Kooperationsdefizite

In Nordrhein-Westfalen wird überdurchschnittlich häufig eine ungenügende Zusammenarbeit der Beteiligten an der Pflege beklagt. Solche Kooperationsdefizite werden in Ostdeutschland insgesamt seltener gesehen als in Westdeutschland, in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sogar signifikant seltener (Anhang: Abbildung 7): Offensichtlich wurde dort also bei der Weiterentwicklung der Pflegestrukturen im Gefolge der Wiedervereinigung bereits stärker auf die Kooperationsmöglichkeiten geachtet als beim längeren „Wachstum“ dieser Strukturen im Westen.

Weite Entfernungen zwischen Pflegeheimen und Wohnort werden überdurchschnittlich häufig in Mecklenburg-Vorpommern herausgestellt, weitaus seltener als im Durchschnitt dagegen im Stadtstaat Hamburg und in Sachsen (Abbildung 15).

Abbildung 15

	Schwer, einen Platz im Pflege- heim zu bekom- men	Zu viele verschie- dene Pflege- dienste/ Qualität	Beteiligte an der Pflege arbeiten oft nicht gut zusam- men	Ist gut organi- siert	Pflegeheime sind hier in der Region oft weit vom Wohnort entfernt
Bevölkerung insgesamt (%)	53	50	34	14	11
Schleswig-Holstein	--	--	--		
Hamburg				--	--
Niedersachsen					
Bremen					
Nordrhein-Westfalen		++	++		
Hessen					
Rheinland-Pfalz					
Baden-Württemberg	++	--			
Bayern					
Saarland					
Berlin	--				
Brandenburg					
Mecklenburg-Vorpommern	++			++	++
Sachsen	++		--		--
Sachsen-Anhalt			--	++	
Thüringen		++	--	--	

++/--: Anteilswert für das Bundesland signifikant über oder unter Mittelwert (95-Prozent-Niveau)
Keine Angabe: Anteilswert weicht nicht weit vom Mittelwert ab

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 7287 (Juni 2018)

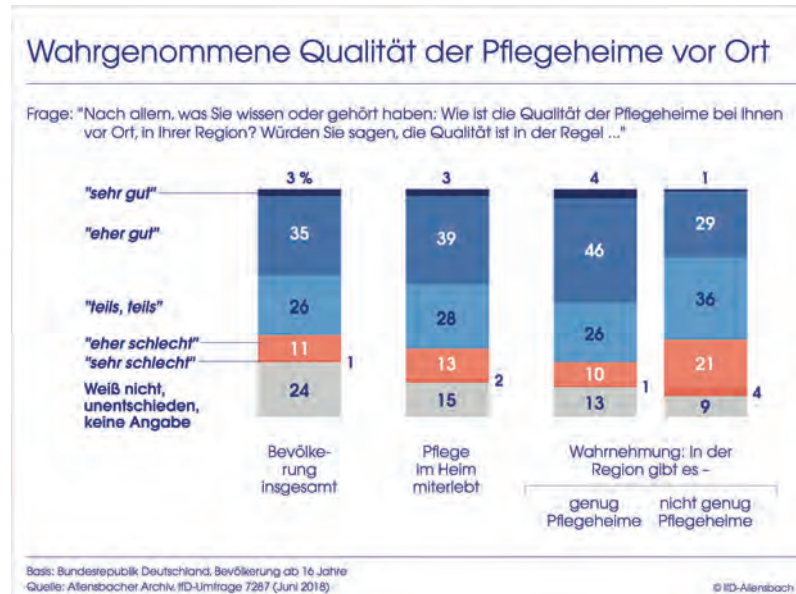
© IFD-Allensbach

4.3 Qualität der Pflegeheime und Pflegedienste vor Ort

So wie sich Defizite in einzelnen Einrichtungen und Diensten auf das Gesamtbild der Pflege auswirken, beeinflussen sie auch die Qualitätswahrnehmungen: 26 Prozent der Bevölkerung antworten mit „teils, teils“, wenn sie um ihre Einschätzungen zur Qualität der Pflegeheime in der Region gebeten werden. Erkennbar wird darin auch die Furcht, an eine Einrichtung mit Qualitätsmängeln zu geraten. Jene, die einheitliche Tendenzen wahrnehmen, bewerten

die Qualität der örtlichen Heime weitaus eher als gut (35 Prozent) oder sehr gut (3 Prozent) denn als schlecht (11 Prozent) oder sehr schlecht (1 Prozent). 24 Prozent bleiben unentschieden. Bei jenen, die eine Pflege im Heim aus der Nähe miterlebt haben, ist die Verteilung der Einstellungen nicht grundsätzlich anders. Da sie sich aber häufiger ein Urteil zutrauen, sind die Anteile für die Wahrnehmung einer guten wie einer schlechten Qualität bei ihnen aber höher (Abbildung 16).

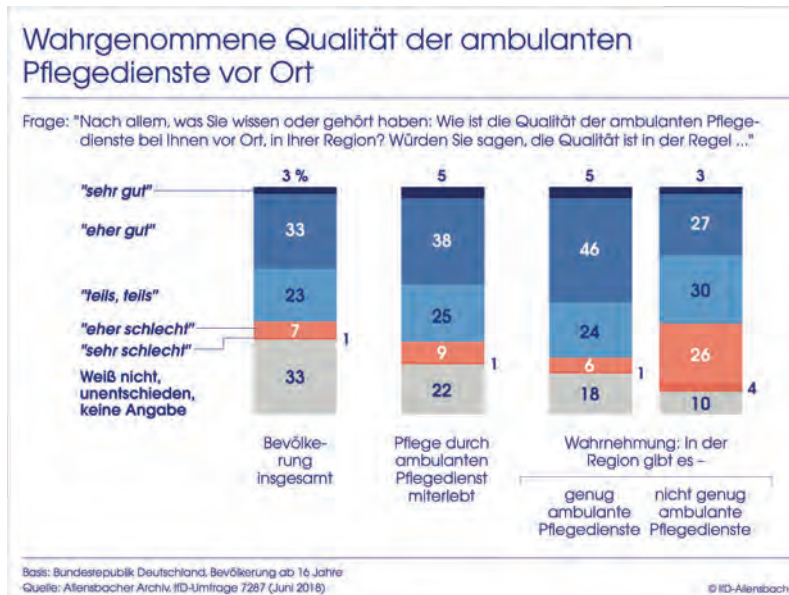
Abbildung 16



Hierbei hängen die Qualitätsanmutungen eng mit der Wahrnehmung einer ausreichenden Versorgung mit Plätzen im Heim zusammen: Jene, denen es in der Region an Pflegeheimen fehlt, bezweifeln die Qualität weitaus eher als andere.

Praktisch die gleiche Einstellungsverteilung ergibt sich im Hinblick auf die Qualität der ambulanten Pflegedienste vor Ort. Ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung sieht sowohl gute als auch schlechte Pflegedienste („teils, teils“, 23 Prozent). Im Übrigen überwiegen die positiven Bewertungen die negativen bei Weitem: 3 Prozent sehen eine sehr gute Qualität der Pflegedienste, 33 Prozent eine gute; 7 Prozent schätzen die Qualität als schlecht ein, nur 1 Prozent erklärt: „sehr schlecht“. Hier bleiben 33 Prozent unentschieden. Allerdings fallen hier Personen, die über ein Nahbild verfügen, äußern tendenziell eher positive Urteile. Von ihnen bewerten 43 Prozent die Qualität dieser Dienste als gut oder sehr gut (Abbildung 17).

Abbildung 17



Regionale Ausprägungen

Sowohl Pflegeheime wie ambulante Pflegedienste werden in Großstädten weniger gut bewertet als in kleineren Städten oder ländlichen Regionen. Dabei wirkt sich auch aus, dass die Qualitätsurteile für solche Einrichtungen in Hamburg leicht unterdurchschnittlich ausfallen und in Berlin weit unterdurchschnittlich. Um die Vergleichbarkeit der Angaben zu verbessern, wurden für solche regionalen Analysen lediglich die Aussagen jener herangezogen, die eine konkrete Angabe machen. Zudem wurden die Angaben „sehr gut“ und „eher gut“ sowie „sehr schlecht“ und „eher schlecht“ zusammengefasst.

Weit überdurchschnittlich erklären sich danach die Menschen in den meisten ostdeutschen Ländern mit der Qualität der dortigen Pflegeheime zufrieden. Sichtlich wirken also die erheblichen Investitionen des Bundes in die Pflegestrukturen der ostdeutschen Bundesländer nach.²¹ Lediglich in Mecklenburg-Vorpommern werden von vielen auch „schwarze Schafe“ gesehen („teils, teils“: 47 Prozent).

In Westdeutschland bewerten vor allem Baden-Württemberger, Bayern und Hessen die Qualität der örtlichen Heime als gut. Unterdurchschnittlich fallen die Bewertungen in Niedersachsen, Rhein-

**Pflegeheime
in Ostdeutsch-
land**

**Pflegeheime in
Westdeutsch-
land**

²¹ Von 1995 bis 2002 gewährte der Bund den ostdeutschen Ländern Finanzhilfen in Höhe von jährlich rd. 409 Mio. € – insgesamt also über 3,2 Mrd. € – zur Förderung von Investitionen in Pflegeeinrichtungen. Damit konnten über 65.000 Pflegeplätze entweder neu gebaut oder saniert werden. Bundesministerium für Gesundheit: Aufbau einer modernen Pflegeinfrastruktur in den neuen Bundesländern. Berlin, 2010.

land-Pfalz und Berlin aus. In Schleswig-Holstein, wo weitaus am häufigsten Menschen im Heim gepflegt werden, wird die Qualität der Heimversorgung ähnlich häufig positiv bewertet wie im Bundesdurchschnitt.

Ambulante Pflegedienste Die besten Bewertungen der ambulanten Pflegedienste finden sich wiederum in zwei ostdeutschen Ländern, in Sachsen-Anhalt und Brandenburg. Selbst wenn positive Haltungen ebenfalls in Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen deutlich überwiegen, finden sich ähnlich positive Meinungsverteilungen ebenfalls in einer Reihe von westdeutschen Ländern, insbesondere in Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Bayern.

Bewertungen in Berlin Sowohl zu den örtlichen Pflegeheimen wie auch zu den ambulanten Pflegediensten am Ort finden sich die wenigsten positiven Bewertungen in Berlin, das hier mit etwas Abstand am Ende des Rankings steht. Auch bei den konkreten Beschreibungen der Pflege werden in Berlin häufiger Probleme und weniger oft die guten Seiten der Pflege beschrieben als in den meisten anderen Bundesländern (vgl. Abbildung 33). Dabei stellt sich allerdings die Frage, ob sich in solchen negativen Haltungen nicht vielleicht auch eine grundsätzliche Neigung der Berliner bemerkbar macht, das eigene Lebensumfeld abwertend zu beschreiben²² (Abbildung 18).

²² Vgl. etwa Klaus Wowereit: „Nörgeln gehört zur Berliner DNA“. In: Hannoversche Allgemeine, 3.5.2018.

Abbildung 18

Qualitätsbewertung der Pflegeangebote vor Ort

Bevölkerung mit konkreten Angaben	Pflegeheime vor Ort sind –			Pflegedienste vor Ort sind –		
	gut	teils, teils	schlecht	gut	teils, teils	schlecht
	%	%	%	%	%	%
Bevölkerung insgesamt	50	34	16	55	34	11
<i>Brandenburg</i>	64	29	7	67	29	4
<i>Sachsen</i>	61	30	9	52	38	10
<i>Baden-Württemberg</i>	60	31	9	64	30	6
<i>Thüringen</i>	58	29	13	60	34	6
<i>Sachsen-Anhalt</i>	57	25	18	75	17	8
<i>Bayern</i>	55	28	17	62	25	13
<i>Schleswig-Holstein</i>	53	32	15	64	32	4
<i>Hessen</i>	53	35	12	56	35	9
<i>Bremen</i>	47	29	24	49	28	23
<i>Nordrhein-Westfalen</i>	45	36	19	44	43	13
<i>Saarland</i>	45	36	19	52	37	11
<i>Hamburg</i>	43	31	26	49	31	20
<i>Mecklenburg-Vorpommern</i>	40	47	13	61	34	5
<i>Niedersachsen</i>	39	44	17	43	40	17
<i>Rheinland-Pfalz</i>	38	45	17	54	34	12
<i>Berlin</i>	34	42	24	39	41	20

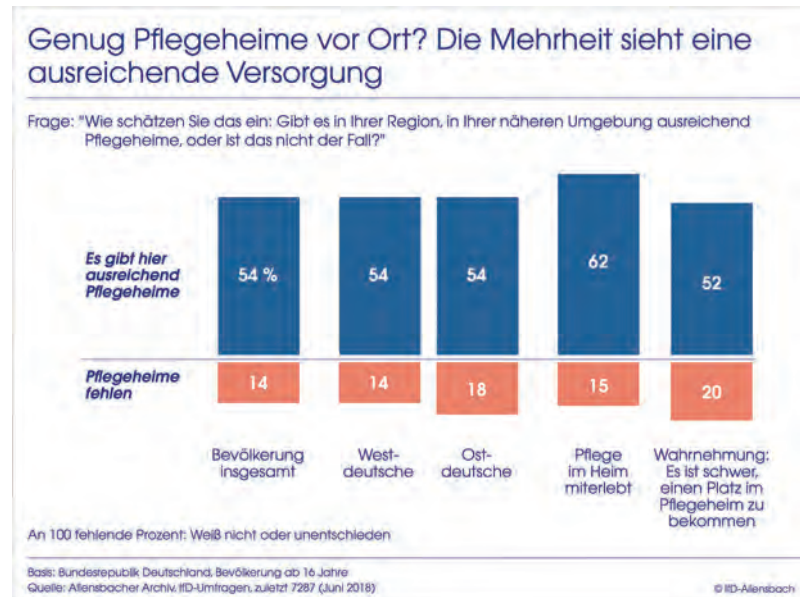
Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung mit konkreten Angaben
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 7287 (Juni 2018) © IFD-Allensbach

4.4 Genug Pflegeheime und Pflegedienste vor Ort?

Defizite in der Pflege sieht die Bevölkerung eher bei der Zahl der Pflegenden und bei der Zeit und Zuwendung für die einzelnen Gepflegten. Auch das knappe Angebot an Plätzen in den Pflegeheimen ist bekannt. Dennoch folgern daraus nur Minderheiten der Bevölkerung, dass es in ihrer Umgebung einen Bedarf an zusätzlichen Pflegeheimen oder Pflegediensten gäbe.

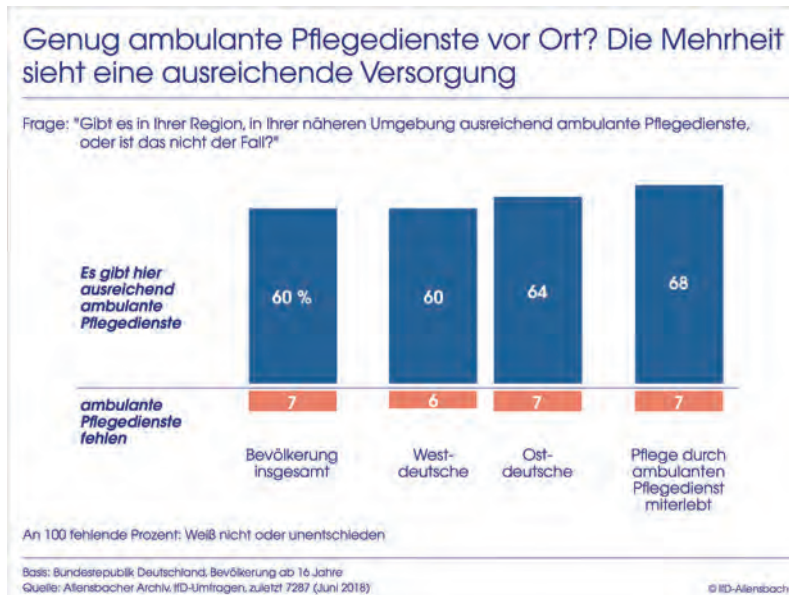
So gehen 54 Prozent der Bevölkerung davon aus, dass es in ihrer näheren Umgebung ausreichend Pflegeheime gibt. 14 Prozent würden sich mehr Heime wünschen. Ein erheblicher Anteil von 32 Prozent bleibt unentschieden. Dabei wird der Bedarf eher in Ostdeutschland (18 Prozent) als in Westdeutschland angemeldet (14 Prozent). Insbesondere jene, die Probleme bei der Platzsuche vor Augen haben, finden das bestehende Angebot nicht ausreichend (Abbildung 19).

Abbildung 19



Ein noch kleinerer Teil der Bevölkerung meldet Bedarf an weiteren ambulanten Pflegediensten im eigenen regionalen Umfeld an. 60 Prozent der Bevölkerung finden das Angebot ausreichend, 7 Prozent sehen Defizite, 33 Prozent bleiben unentschieden. Hierbei wünschen sich Ostdeutsche – anders als in Hinblick auf Pflegeheime – nicht viel häufiger zusätzliche Dienste als Westdeutsche (Abbildung 20).

Abbildung 20



Wünsche nach zusätzlichen Pflegeangeboten sind selbstverständlich vor allem durch Wahrnehmungen einer regionalen Unterversorgung motiviert. Dementsprechend erklären jene, die sich zusätzliche Angebote wünschen, häufig auch, es sei schwer, einen Platz im Pflegeheim zu bekommen (70 Prozent) und die Familien der Gepflegten hätten mehr Unterstützung gebraucht (32 Prozent). Aber auch andere Motive deuten sich an. So spielen für diese Befragten auch die Organisationsformen der Pflege eine besondere Rolle, insbesondere die Erfahrung fehlender Zusammenarbeit von Pflegeinstanzen (43 Prozent): Wenn beispielsweise erlebt wird, dass der zeitlich begrenzte Wechsel von der Pflege durch den ambulanten Dienst zu einer Pflege im Heim nicht möglich ist, liegt die Vorstellung nahe, dass mehr Heimplätze notwendig wären. Weitaus häufiger als andere berichten Personen, denen das Angebot nicht ausreicht, zudem von weiten Entfernungen der Pflegeheime vom Wohnort (27 gegenüber 6 Prozent): Wo solche Distanzen überwunden werden müssen, wird das Angebot möglicherweise als unzureichend empfunden, auch wenn die statistische Relation von Pflegebedürftigen, die im Heim gepflegt werden, und verfügbaren Plätzen günstig ist.

Zugleich sehen Interessenten an zusätzlichen Pflegeangeboten häufig Qualitätsmängel bei den bestehenden Heimen oder Pflegediensten. Zum Teil steht dahinter ein grundsätzlich negatives Bild der Pflege, zum Teil möglicherweise auch die Überlegung, dass ein Unterangebot leicht zu Qualitätsdefiziten führt, wenn Pflegende und Infrastruktur übermäßig beansprucht werden (Abbildung 21).

Abbildung 21

**Erkennbare Motive für Wünsche nach mehr Infrastruktur:
Organisationsprobleme, weite Entfernungen, Wahrnehmung
von Qualitätsdefiziten**

Das trifft meiner Meinung nach auf die Altenpflege in Deutschland zu - (Mehrfachangaben)	Bevöl- kerung insgesamt	Personen, denen das bestehende Angebot an Heimen und/oder ambulanten Diensten -	
		nicht ausreicht	ausreicht
	%	%	%
Es ist schwer, einen Platz im Pflegeheim zu bekommen	53	70	50
Die wahrgenommene Qualität von Pflegeheimen und/oder ambulanten Pflegediensten ist eher oder sehr schlecht	36	48	34
Die verschiedenen Personen und Einrichtungen, die an der Pflege beteiligt sind, arbeiten oft nicht gut zusammen, z.B. Ärzte, Pflegedienste und Heime	34	43	32
Pflegeheime sind hier in der Region oft weit vom Wohnort entfernt	11	27	6
Konkrete Erfahrungen mit der Pflege *)			
Die Angehörigen waren oft an der Grenze ihrer Kräfte	35	42	33
Es war nicht leicht, die Pflege zu organisieren	25	38	22
Die Familie hätte mehr Unterstützung gebraucht	22	32	19

*) mit Pflegeerfahrung

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 7267 (Juni 2016)

© IFD-Allensbach

Regionale Ausprägungen

Zur Verbesserung der Vergleichbarkeit wurden wiederum nur die Aussagen der Personen mit konkreten Angaben herangezogen. Deshalb ergeben sich bei dieser Analyse sowohl für jene, die sich mehr Heime oder Pflegedienste wünschen wie auch für jene, die mit dem bestehenden Angebot zufrieden sind, höhere Anteilswerte als in den Abbildungen 19 und 20. Zudem wurden die Fragen nach dem Angebot an Pflegeheimen und Pflegediensten zusammengefasst.

Danach reicht das bestehende Angebot an Pflegediensten wie auch an Pflegeheimen im Bundesdurchschnitt 78 Prozent der Bevölkerung aus. Von den 22 Prozent, die Erweiterungsbedarf sehen, würden sich 3 Prozent ausschließlich weitere Pflegedienste wünschen, 12 Prozent ausschließlich weitere Pflegeheime und 7 Prozent sowohl weitere Pflegedienste wie auch weitere Pflegeheime. Wer das Angebot an Pflegediensten nicht ausreichend findet, sieht in der Regel also auch für Pflegeheime weiteren Bedarf. Von Personen, denen Pflegeheime fehlen, erklärt dagegen nur der kleinere Teil, dass es ebenfalls nicht genug Pflegedienste gäbe.

Am seltensten sehen die Einwohner von Baden-Württemberg Angebotslücken im örtlichen Umfeld. Obwohl dort vergleichsweise oft zugleich Probleme bei der Suche nach einem Heimplatz wahrgenommen werden, tut sich die Bevölkerung hier mit der Forderung zusätzlicher Heime schwerer als in anderen Bundesländern. Auch in Thüringen und Berlin werden vergleichsweise wenige Wünsche nach zusätzlichen Angeboten angemeldet.

Weit überdurchschnittlich ist der hier angemeldete Bedarf dagegen in Sachsen-Anhalt, in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg. In diesen ostdeutschen Ländern richtet sich das Interesse noch ausgeprägter als anderswo vor allem auf zusätzliche Pflegeheime (Abbildung 8). Neben der eher geringen Zahl an freien Heimplätzen wirken sich hier auch andere Faktoren wie etwa die Entfernung zwischen Pflegeheim und Wohnort, Qualitätsaspekte und die Pflegeorganisation aus: Nur so ist zu erklären, dass auch in einigen Ländern mit gutem Heimbewohner/Heimplatz-Quotienten relativ viele zusätzliche Angebote für notwendig halten; das betrifft besonders Schleswig-Holstein, Hamburg und Rheinland-Pfalz (Abbildung 22).

**Hoher Bedarf
in ostdeutschen
Ländern**

Abbildung 22

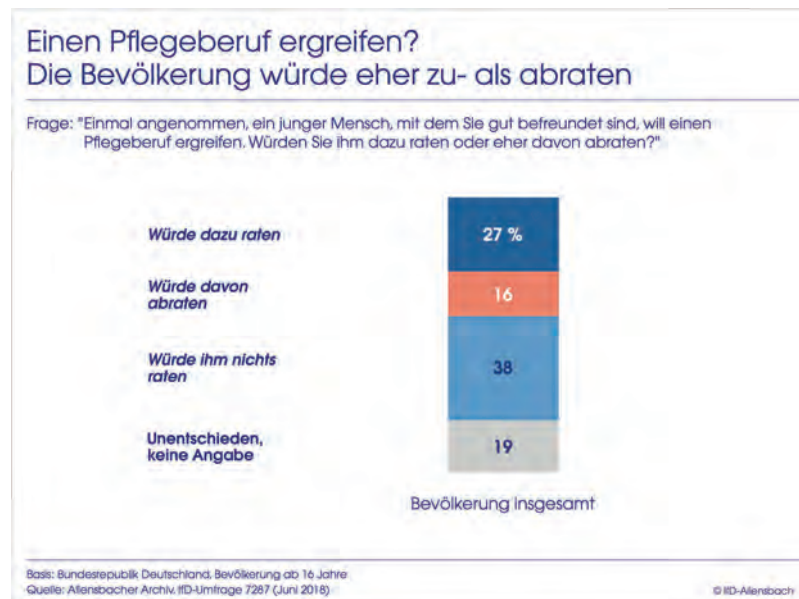
Bevölkerung mit konkreten Angaben -	Kein Bedarf	Weitere Angebote notwendig, und zwar:			
		genug Heime, zu wenig Dienste	genug Dienste, zu wenig Heime	zu wenig Heime, zu wenig Dienste	
	%	%	%	%	
Bevölkerung insgesamt	78	3	12	7	= 100
<i>Baden-Württemberg</i>	86	3	8	3	= 100
<i>Thüringen</i>	85	4	4	7	= 100
<i>Berlin</i>	84	x	5	11	= 100
<i>Hessen</i>	81	1	11	7	= 100
<i>Sachsen</i>	81	3	12	4	= 100
<i>Bayern</i>	79	2	12	7	= 100
<i>Niedersachsen</i>	78	5	10	7	= 100
<i>Nordrhein-Westfalen</i>	78	5	12	5	= 100
<i>Bremen</i>	75	3	9	13	= 100
<i>Saarland</i>	75	6	9	10	= 100
<i>Rheinland-Pfalz</i>	74	2	21	3	= 100
<i>Hamburg</i>	73	2	15	10	= 100
<i>Schleswig-Holstein</i>	72	4	11	13	= 100
<i>Sachsen-Anhalt</i>	69	6	20	5	= 100
<i>Mecklenburg-Vorpommern</i>	63	2	22	13	= 100
<i>Brandenburg</i>	61	x	23	16	= 100

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung mit konkreten Angaben
Quelle: IfD-Umfrage 7287 (Juni 2018) © IfD-Allensbach

4.5 Pflege: ein empfehlenswerter Beruf?

Als Indikator für die Attraktivität des Pflegeberufs wurde ermittelt, ob man einer oder einem Interessierten zu diesem Beruf raten würde, oder ob man vom Beruf abraten würde. Ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung würde sich in einer solchen Situation zurückhalten und keine Empfehlung aussprechen (38 Prozent). 27 Prozent würden zuraten, 16 Prozent abraten; 19 Prozent bleiben unentschieden (Abbildung 23).

Abbildung 23



Zwar haben viele, die sich hier zurückhalten, eher negative Vorstellungen vom Beruf verglichen mit denen, die zuraten. Dennoch gilt die Pflege lediglich etwa für jeden Sechsten als Berufsfeld, vor dem man warnen müsste. Eine Entscheidung für die Pflege würde von annähernd zwei Dritteln der Bevölkerung akzeptiert oder sogar gutgeheißen.

Dabei findet sich die meiste Zustimmung bei jenen, die schon selbst die Pflege aus eigener Anschauung oder Beteiligung kennen (31 Prozent). Das Nahbild der Pflege erhöht also vor allem die positiven Einstellungen gegenüber dem Beruf. Zudem würden Frauen und Personen mit einfacher Schulbildung eher zuraten als Männer oder Personen mit höherer Bildung. Dabei muss man bedenken, dass Bildungsvoraussetzungen für die dreijährige Pflegeausbildung bislang entweder der Realschulabschluss oder zumindest der Hauptschulabschluss zusammen mit einer vorangegangenen Ausbildung oder Qualifikation sind. Von daher ist die Pflege für Berufseinsteiger mit höherer Bildung von vornherein weniger attraktiv als andere Berufe, die ihnen offenstehen (Abbildung 24).

Abbildung 24



Regionale Ausprägungen

In Westdeutschland würden 26 Prozent zu einem Pflegeberuf raten, in Ostdeutschland 34 Prozent. Vor diesem Hintergrund könnte man versucht sein, zur Erklärung des Unterschieds die noch immer ungünstigeren Beschäftigungskennziffern für Ostdeutschland heranzuziehen und die dort tendenziell höhere Attraktivität des Berufs aus einem Mangel an beruflichen Alternativen zu erklären.²³ Dass dieser Erklärungsansatz allerdings in den meisten Fällen zu kurz greift, zeigen die beträchtlichen Unterschiede zwischen den Angaben in den einzelnen Bundesländern. Besonders groß ist die Offenheit für den Pflegeberuf nämlich im südlichen Ostdeutschland, d. h. dort, wo die Beschäftigungslage tendenziell etwas besser ist als im Norden. In Sachsen-Anhalt würden 37 Prozent zum Pflegeberuf raten, in Sachsen ebenfalls 37 Prozent und in Thüringen 40 Prozent. Kleiner sind die entsprechenden Anteile im Nordosten (Mecklenburg-Vorpommern: 24 Prozent, Brandenburg: 31 Prozent). Auch in Westdeutschland bildet sich eine solches Süd-Nord-Gefälle aus: In den besonders wirtschaftsstarke Bundesländern Bayern (30 Prozent) und Baden-Württemberg (29 Prozent) signalisieren größere Bevölkerungsanteile Nähe zum Pflegeberuf als beispielsweise in Niedersachsen (16 Prozent), Nordrhein-Westfalen (23 Prozent) oder Ham-

23 Für Juni 2018 verzeichnet die Statistik der Bundesagentur für Arbeit in Ostdeutschland 9,3 Prozent der Bevölkerung als unterbeschäftigt; rund 150.000 unbesetzte Stellen sind gemeldet. In Westdeutschland sind danach nur 6,5 Prozent unterbeschäftigt; 650.000 Stellen sind hier nicht besetzt. <https://statistik.arbeitsagentur.de>

burg (23 Prozent). Eine Ausnahme bildet hier wiederum Schleswig-Holstein (31 Prozent, Anhang: Abbildung 9).

Personen, die vom Pflegeberuf abraten würden, denken dabei vor allem an die als schlecht bewerteten Löhne (78 Prozent) sowie an die körperlichen und seelischen Anstrengungen des Berufs (63 Prozent). Kleinere Teilgruppe würden wegen der Arbeitszeiten (22 Prozent) oder wegen eines von ihnen wahrgenommenen Mangels an gesellschaftlicher Anerkennung und Wertschätzung vom Beruf abraten (13 Prozent). Grundsätzliche Vorbehalte gegenüber den Tätigkeiten, die mit der Pflege verbunden sind, führen dagegen nur bei wenigen zur Ablehnung. Lediglich 1 Prozent der potentiell Abberatenden erklärt ihre Haltung damit, dass die Arbeit grundsätzlich unangenehm sei (Abbildung 25).

Abbildung 25



4.6 Präferenzen für die eigene Pflege

Für den Fall, dass sie selbst im Alter nicht mehr selbständig leben können und auf Pflege angewiesen sind, wünschen sich nur 5 Prozent der Bevölkerung von vornherein einen Platz im Pflegeheim. Die meisten haben hier gleich 2 bis 3 Präferenzen, zu denen fast immer das Weiterleben in der eigenen Wohnung gehört. 62 Prozent denken für eine solche Situation zunächst einmal an ein weiterhin möglichst normales Leben mit Unterstützung durch den Partner oder die Partnerin. 54 Prozent würden bei Bedarf die Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst befürworten, der in ihre Wohnung kommt.

Auch das Zusammenleben in einem Haushalt mit Kindern, Enkeln oder anderen Angehörigen (28 Prozent) könnten sich viele in einer solchen Situation vorstellen (Abbildung 26).

Abbildung 26



Manche denken aber auch an andere Formen der Pflege, die meist erst in den zurückliegenden Jahrzehnten entstanden: 39 Prozent fänden das betreute Wohnen attraktiv, 35 Prozent das Leben in einer eigenen Wohnung im Mehrgenerationenhaus. 20 Prozent könnten sich auch gut das Zusammenleben mit anderen Älteren in einer Wohngruppe vorstellen. Die Anstellung einer 24-Stunden-Pflegekraft halten 21 Prozent für möglich.

Dabei prägt sich die klare Präferenz für das Weiterleben in der eigenen Wohnung deutlich in allen sozialen Teilgruppen aus. Etwas überdurchschnittlich häufig würden sich Personen mit höherem sozialen Status ein solches Leben mit Unterstützung des Partners oder der Partnerin wünschen; Personen mit höherem Einkommen dürften auch am ehesten über die Mittel für eine pflegerechte Einrichtung der eigenen Wohnung verfügen.

Ältere Alleinstehende ab 60 Jahren nennen auf diese Frage mit Abstand am häufigsten die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst (60 Prozent) in der eigenen Wohnung; aber auch das betreute Wohnen ziehen vergleichsweise viele von ihnen (45 Prozent) in Betracht. Auch dem Wohnen in einer eigenen Wohnung im Mehrgenerationenhaus könnten viele dieser Älteren etwas abgewinnen (30 Prozent). Überraschenderweise nennen sie zudem die Wohngruppe für Ältere nicht weniger häufig als der Bevölkerungsdurchschnitt (20 Prozent).

Dabei deuten die Wahrnehmungen der Pflege bei den Befürwortern der einzelnen Pflegeformen auf leicht unterschiedliche Motive hin. So haben alle, die Angebote außerhalb des Pflegeheims präferieren, das für eine Pflege im Heim angenommene Armutsrisiko überdurchschnittlich häufig vor Augen. Wer dann im Mehrgenerationenhaus, in einer Wohngruppe, im betreuten Wohnen leben will oder auch die Beschäftigung einer 24-Stunden-Kraft erwägt, hat oft besondere Vorbehalte gegenüber Pflegediensten oder Pflegeeinrichtungen. Vergleichsweise häufig wird etwa eine schlechte Behandlung im Pflegeheim gefürchtet. Nur durchschnittlich prägt sich bei diesen Personen jedoch die Vorstellung vom Mangel an Plätzen im Pflegeheim aus: Die Präferenz für das betreute Wohnen oder die Wohngruppe wird also nicht sonderlich von der Vorstellung verstärkt, im Pflegeheim vielleicht keinen Platz zu finden.

Die wenigen, die von vornherein an eine Pflege im Heim denken, haben selbstverständlich sichtlich weniger Vorbehalte gegenüber der Pflege im Heim als andere. Weitaus häufiger als der Rest der Bevölkerung erwarten sie im Heim eine gute Versorgung und eine respektvolle Behandlung (Anhang: Abbildung 10).

Regionale Ausprägungen

Überall meistgenannt: Pflege in eigener Wohnung

Grundsätzlich prägen sich die Präferenzen für die Pflege überall ähnlich aus. Weitaus am häufigsten werden in allen Bundesländern die Pflege durch den Partner oder die Partnerin in der eigenen Wohnung sowie die Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst gewünscht.

Im Bevölkerungsdurchschnitt wird die Pflege durch den Partner oder die Partnerin zwar deutlich häufiger genannt als die Pflege durch den Pflegedienst, in einigen Ländern finden sich jedoch auch etwa gleich viele Befürworter der beiden Formen (Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg); in den übrigen Ländern wird die Angehörigenpflege dann weitaus häufiger genannt als die Pflege durch einen Pflegedienst.

Die übrigen Formen des Lebens im Alter werden dann in allen Bundesländern seltener angeführt, wobei das betreute Wohnen immerhin von bis zu 48 Prozent genannt wird (Sachsen-Anhalt) und die Wohnung im Mehrgenerationenhaus von bis zu 46 Prozent (Hessen).

Signifikante Abweichungen gibt es in praktisch allen Ländern. Dabei ist deutlich zu erkennen, dass „modernere“ Formen des Wohnens im Alter und bei Pflegebedarf in den ostdeutschen Bundesländern eher unterdurchschnittlich häufig gewünscht werden. Exemplarisch dafür sind etwa die Einstellungen zum Umzug in eine eigene Wohnung im Mehrgenerationenhaus: In Westdeutschland ziehen das über 37 Prozent der Bevölkerung für ihr Alter mit in Betracht, in Hes-

sen und Hamburg sogar über 40 Prozent, in den ostdeutschen Ländern im Durchschnitt nur 28 Prozent.

Seltener als die Bewohner*innen anderer Bundesländer tendieren die Ostdeutschen auch zum Zusammenleben mit anderen Angehörigen als dem Partner oder der Partnerin sowie zur Pflege durch eine 24-Stunden-Kraft. Dafür werden die Pflege im Heim und auch die Pflege durch einen Pflegedienst hier tendenziell eher überdurchschnittlich häufig genannt.

Allerdings akzentuieren diese Beobachtungen nur die allgemeinen Verhältnisse, die sich in den bundesweiten Durchschnittswerten manifestieren (Abbildung 27).

Abbildung 27

	Wohnung mit Partner	Wohnung mit Pflegedienst	Betreutes Wohnen	Mehrgenerationenhaus	Wohnung mit Angehörigen	Wohnung mit 24-Stundenkraft	Wohngruppe mit Älteren	Pflegeheim
Bevölkerung insgesamt (%)	62	54	39	35	28	21	20	5
Schleswig-Holstein	--	--	--	--	--	--	--	--
Hamburg	--	--	--	+	--	--	--	-
Niedersachsen	+	--	--	-	-	--	--	--
Bremen	-	--	--	--	+	--	--	+
Nordrhein-Westfalen	+	-	+	++	--	+	--	--
Hessen	++	+	--	++	++	+	--	-
Rheinland-Pfalz	--	--	--	--	--	++	+	+
Baden-Württemberg	-	+	+	--	++	--	++	+
Bayern	--	--	--	--	++	--	--	-
Saarland	--	--	-	--	++	--	--	-
Berlin	-	--	--	--	--	--	--	-
Brandenburg	-	--	+	-	--	--	-	+
Mecklenburg-Vorpommern	--	+	--	-	--	-	--	+
Sachsen	+	++	--	--	--	--	--	+
Sachsen-Anhalt	--	--	+	--	--	--	--	-
Thüringen	--	--	-	-	-	--	-	-

++/-: Anteilswert für das Bundesland signifikant über oder unter Mittelwert (95-Prozent-Niveau)
+/-: Anteilswert für das Bundesland über oder unter Mittelwert, aber nicht signifikant (Wahrscheinlichkeit für die beobachtete Abweichung: 68-95 Prozent)
Keine Angabe: Anteilswert weicht nicht weit vom Mittelwert ab

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Ailensbacher Archiv, IJD-Umfrage 7287 (Juni 2016)

© IJD-Ailensbacher

4.7 Wunsch und Wirklichkeit der Pflegearrangements

Zur Ermittlung der konkreten Erfahrungen mit der Pflege wurden lediglich jene befragt, die aktuell pflegebedürftige Angehörige oder Freunde haben (22 Prozent) oder solche Menschen in den zurückliegenden 20 Jahren begleitet haben (32 Prozent). Diese Personen mit einem Nahbild von der Pflege wurden gebeten zu schildern, wo und durch wen ihre Angehörigen und Freunde gepflegt werden oder wurden.

Da beim Rückblick durchaus mehrere Formen der Pflege möglich sind (z. B. zunächst Angehörigenpflege, dann Pflegedienst oder Pflege im Heim), waren Mehrfachangaben zulässig. Leider konnte die Länge der jeweiligen Pflegeform nicht erfragt werden; eine solche Frage hätte das Erinnerungsvermögen der Befragten weit

überfordert. Deshalb ließen sich dort, wo mehrere Formen genannt wurden, keine Gesamtanteile der Pflegeformen bestimmen.

Hierdurch ergibt sich ein beträchtlicher Unterschied sowohl zur Pflegestatistik wie auch zur Auswertung der GKV-Prozessdaten im DAK-Pflegereport 2018: Die Statistik der Pflegeversicherung erfasst die Pflegeformen jeweils für das Jahresende. Das lässt für jeden Gepflegten nur eine Form der Pflege zu. In den Auswertungen der GKV-Prozessdaten werden diese Arrangements aufgrund der absoluten Häufigkeit im Zeitraum von 2013 bis 2017 erfasst. Auch das führt zu Anteilswerten, die sich auf 100 Prozent summieren. Dagegen zeigen die hier ermittelten Mehrfachangaben eher die „Pflegebiographie“ der Gepflegten, unabhängig von der Dauer der jeweiligen Pflege. Allerdings unterscheiden sich die erkennbaren Grundverhältnisse von ambulanter, stationärer und Angehörigenpflege dabei auch nicht grundsätzlich von den Verhältnissen, die etwa in der Pflegeversicherung erkennbar sind.²⁴

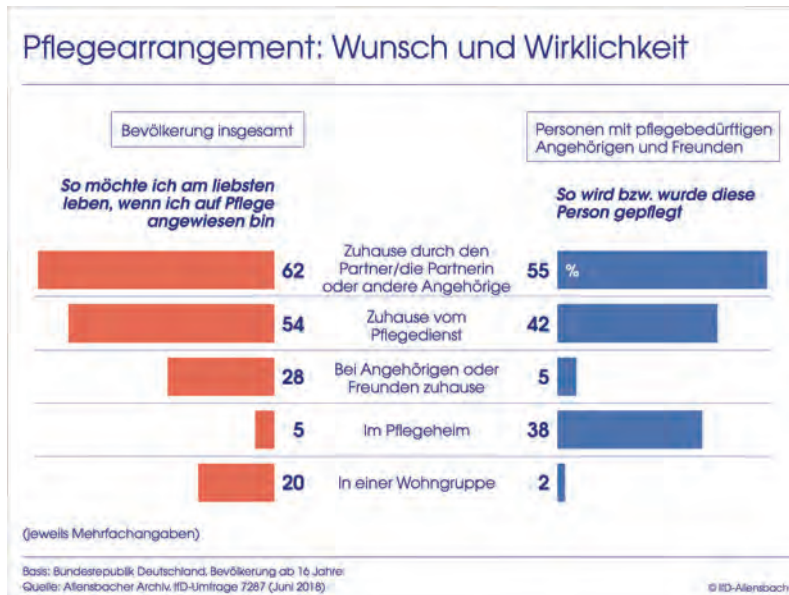
Auch bei der Ermittlung persönlicher Präferenzen für die Pflege und das Leben im Alter musste berücksichtigt werden, dass die Menschen in der Regel oft gleich mehrere Optionen für diese Lebensphase in Betracht ziehen. Häufig spielen dabei ganz andere Wohn- und Betreuungsformen eine Rolle als sie bis jetzt bei der Pflege praktiziert werden. Bei der Gegenüberstellung zeigt sich eine Konzentration der tatsächlichen Arrangements auf lediglich drei Formen: Die Pflege durch Angehörige in der eigenen Wohnung (55 Prozent), die Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst in der eigenen Wohnung (42 Prozent) sowie das Leben im Pflegeheim (38 Prozent). Das Leben in der Wohnung von Kindern oder anderen Angehörigen oder auch das Leben in einer Wohngruppe werden zwar von nennenswerten Gruppen in Betracht gezogen oder auch gewünscht (28 bzw. 20 Prozent), aber bislang kaum praktiziert (5 bzw. 2 Prozent; Abbildung 28).

24 Eine schlichte Rückrechnung der hier erfassten Dimensionen (vgl. Schaubild 27) von ausschließlicher Angehörigenpflege (60 Prozent, und zwar: 55 Prozent durch Partner, 5 Prozent durch andere Angehörige), ambulanten Pflege (42 Prozent) und stationärer Pflege (38 Prozent) auf die Gesamtzahl der Nennungen (100 Prozent) ergibt aber ganz ähnliche Dimensionen wie die Pflegestatistik für 2015:

- 27 Prozent stationäre Pflege – hier ebenfalls 27 Prozent der Nennungen,
- 48 Prozent Nutzung von Pflegegeld, i.d.R. ist das Angehörigenpflege – hier 43 Prozent der Nennungen;
- 24 Prozent Pflege durch ambulanten Pflegedienst – hier 30 Prozent der Nennungen.

Der etwas geringere Anteil der Angehörigenpflege in der aktuellen Befragung könnte sich durch den längeren Berichtszeitraum ergeben, in dem der Anteil der Angehörigenpflege in den Stichtagsbefragungen der Statistik oft auch unter 48 Prozent lag (2009: 43 Prozent). Vgl. Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Tabelle 4. Auswirken könnte sich aber auch eine unterschiedliche Dauer der Pflegearrangements (längere Phasen der Angehörigenpflege als für ambulanten Pflege), die dafür sorgt, dass die Angehörigenpflege bei der Stichtagsermittlung der Statistik etwas häufiger vertreten ist.

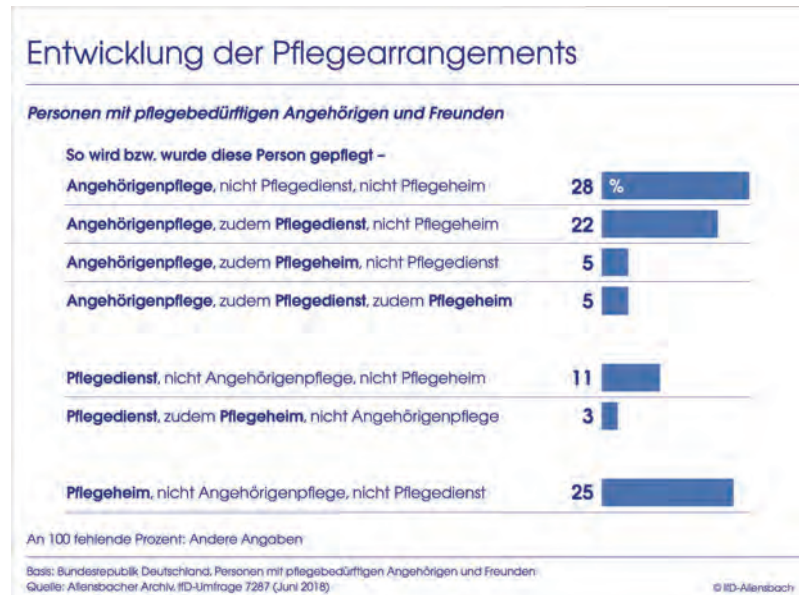
Abbildung 28



Offensichtlich ist also die Pflege im Heim kaum je die von vornherein gewünschte Art und Weise der Pflege, sondern meist eine zunächst ungeliebte Notwendigkeit, mit der sich – teils für längere, teils für kürzere Zeit – dann fast 40 Prozent der Gepflegten arrangieren müssen. Dabei muss man jedoch im Auge haben, dass sich auch von den im Heim Gepflegten nicht mehr als 28 Prozent in ihrer Umgebung nicht wohl fühlten (vgl. Abbildung 32).

Die Mehrfachnennungen bei der Erfassung der Pflegeformen zeigen die unterschiedlichen Stationen der Pflege. In den Familien, in denen auch Angehörige an der Pflege beteiligt sind, pflegen in der Regel zuerst die Angehörigen. Eine Pflege im Heim oder eine ergänzende Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst schließt sich in diesen Familien meist erst daran an. Mit dieser Annahme lassen sich aus den Mehrfachnennungen mit einigen Abstrichen ungefähre Entwicklungen der Pflegearrangements ablesen. Für eine solche Analyse wurde die Pflege durch den Partner oder die Partnerin in der eigenen Wohnung (55 Prozent) sowie die Pflege durch andere Angehörige in deren Wohnung (5 Prozent) zur Kategorie „Angehörigenpflege“ (60 Prozent) zusammengezogen. Damit werden dann die folgenden Verhältnisse erkennbar (Abbildung 29).

Abbildung 29



28 Prozent der Gepflegten werden bzw. wurden ausschließlich von Angehörigen oder Freunden betreut, 22 Prozent zusammen mit den Angehörigen auch vom Pflegedienst. Lediglich für jeweils 10 Prozent führt der Weg dann offenbar von der Angehörigenpflege zur Pflege im Heim, für 5 Prozent unmittelbar, für weitere 5 Prozent nach zusätzlicher Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst. Ausschließlich vom ambulanten Pflegedienst werden bzw. wurden 11 Prozent gepflegt, 3 Prozent vom Pflegedienst und dann auch im Pflegeheim. Für 25 Prozent der Gepflegten beginnt bzw. begann die Pflege offenbar bereits im Heim, ohne vorangehende Phasen der Angehörigenpflege oder der Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst.

Regionale Ausprägungen

Wegen der beschriebenen Unterschiede zwischen den hier erfassten „Pflegebiographien“ und den Anteilsermittlungen in Pflegestatistik und GKV-Datenanalyse wird auf eine Darstellung der regionalen Ergebnisse verzichtet und auf die GKV-Datenanalyse verwiesen.

4.8 Erfahrungen mit der Pflege

Die konkreten Erfahrungen mit der Pflege wurden bereits als empirische „Gegenproben“ zu den Vorstellungen über die Pflege dargestellt (vgl. Abbildungen 5, 8, 11, 14). Beim folgenden Zusammenblick dieser Schilderungen wird zunächst erkennbar, dass die möglichen positiven Erfahrungen, hier im oberen Teil der folgenden

Abbildung 30, weitaus häufiger gemacht werden oder wurden als die negativen.

57 Prozent der Gepflegten, über die berichtet wird, werden bzw. wurden vom Partner oder von der Familie liebevoll betreut. Bei 46 Prozent heißt es, dass sich die Pflegekräfte gut um sie kümmerten. Zumindest eine der zwei Aussagen (gute Betreuung durch Angehörige und/oder Pflegekräfte) trifft auf 74 Prozent der Gepflegten zu. Deutlich seltener heißt es, dass sich auch Ärzte insgesamt gut um die Gepflegten kümmerten (36 Prozent). Nur 7 Prozent haben oder hatten nach den Angaben ihrer Angehörigen und Freunde eine 24-Stunden-Pflegekraft. Da solche Kräfte zum Teil in einem rechtlichen Grau- oder Schwarzbereich beschäftigt werden, gibt es darüber hinaus eine beträchtliche Dunkelziffer.²⁵

Immerhin 45 Prozent der Pflegebedürftigen konnten Ort und Form der Pflege bestimmen, 41 Prozent können aktiv sein und am Leben ringsum teilnehmen. 40 Prozent haben oft Besuch. Selbstbestimmung, Handlungsmöglichkeiten und auch soziale Einbindung konnten also für viele erhalten werden, wenn auch längst nicht für alle. 39 Prozent der Gepflegten sind bzw. waren mit der Pflege zufrieden (Abbildung 30). Dort, wo die Gepflegten unzufrieden oder zumindest nicht nennenswert zufrieden sind oder waren, wird vor allem seltener über eigene Aktivitäten der Gepflegten sowie eine gute Betreuung durch Pflegekräfte oder Ärzte berichtet.

²⁵ Vgl. Fußnote 17.

Abbildung 30



Unter den belastenden und negativen Erfahrungen bei der Pflege werden die Überforderung der Angehörigen (35 Prozent) und die hohen Kosten der Pflege (36 Prozent) weitaus am häufigsten genannt. Die einzelnen Aspekte in diesem Zusammenhang wurden bereits erörtert (vgl. zu den Abbildungen 7, 8, 11, 14).²⁶

²⁶ Abweichend von den Werten in Abbildung 5 werden die Angaben zur Arbeit der professionellen Pflegekräfte in den Abbildungen 31–33, 36 und 38 für alle Gepflegten ausgewiesen, um darzustellen, wie viele Gepflegte insgesamt gute Pflege durch Pfleger*innen bzw. deren Zeitmangel erleben.

Wenigstens einen der vier Aspekte, die für die Familie besonders belastend sind, haben 41 Prozent der Angehörigen und Freunde von Gepflegten erlebt, wenigstens einen der fünf allgemein negativen Aspekte 57 Prozent: Ebenso wie also die gute Betreuung und Pflege durch Familie und Pflegekräfte die Regel ist (74 Prozent), muss jeweils ein beträchtlicher Teil der Familien sowie der Gepflegten selbst zugleich besonders belastende Erfahrungen mit der Pflege machen.

Dabei prägen sich aber sowohl positive wie auch negative Erfahrungen je nach dem Ort der Pflege ganz unterschiedlich aus. Für die folgende Analyse wurden die Berichte über die heimische Angehörigenpflege sowie über die (zusätzliche) Pflege durch einen Pflegedienst mit den Berichten über die Pflege im Heim bzw. über die Pflege an anderen Orten (z. B. Wohngruppen, betreutes Wohnen) verglichen.

Sowohl die Selbstbestimmung der Gepflegten, ihre aktive Teilnahme am Leben der Umwelt wie auch eine liebevolle Versorgung durch die Familie finden sich danach ungleich häufiger bei der Pflege im heimischen Umfeld als bei der Pflege im Heim. Auch wenn Heimbewohner*innen ähnlich häufig „viel Besuch“ erhalten wie andere, sind sie nach den Berichten ihrer Angehörigen und Freunde seltener mit ihrer Pflege zufrieden als diejenigen, die im heimischen Umfeld versorgt werden. Solche Unterschiede erklären sich zum Teil auch durch die eher größeren Beeinträchtigungen der Gepflegten im Heim, die Möglichkeiten zu eigenen Aktivitäten der Gepflegten einschränken und zugleich höhere Erwartungen an die Pflege bedingen.

Weniger groß sind die Unterschiede im Hinblick auf die wahrgenommene pflegerische und medizinische Versorgung. Hierbei wird die Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst nur geringfügig häufiger als gut eingeschätzt als die Pflege im Heim. Besonders häufig wird die ärztliche Betreuung „woanders“, wie z. B. in Wohngruppen gelobt (Abbildung 31).

Abbildung 31

	Ins- gesamt	Orte der Pflege –			
		zuhause, Angehö- rigen- pflege	zuhause, Pflege- dienst	im Heim	wo- anders
Positive Aspekte der Pflege	%	%	%	%	%
Der Partner/die Partnerin bzw. die Familie kümmert/kümmerte sich liebevoll um ihn/sie	57	70	62	47	56
Er/sie kann/konnte selbst bestimmen, wie und wo er/sie gepflegt wird/wurde	45	54	52	30	55
Er/sie ist/war aktiv, nimmt/nahm am Leben um ihn/sie herum teil	41	44	43	37	48
Er/sie hat/hatte oft Besuch	40	43	41	43	40
Er/sie ist/war mit der Pflege zufrieden	39	43	42	29	48
Unterstützung durch Pflegekräfte und Ärzte					
Die Pflegekräfte bzw. das Pflegepersonal kümmern/kümmerten sich gut um ihn/sie	46	41	59	52	53
Ärzte kümmern/kümmerten sich gut um ihn/sie	36	38	38	34	45
Er/sie hat/hatte eine 24-Stunden-Pflegekraft	7	7	8	4	8

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Personen mit pflegebedürftigen Angehörigen und Freunden
Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 7287 (Juni 2018) © IfD-Allensbach

Abbildung 32

Was bei unterschiedlichen Pflegearrange- ments beobachtet wurde

	Ins- gesamt	Orte der Pflege –			
		zuhaus- e, Angehö- rigen- pflege	zuhaus- e, Pflege- dienst	im Heim	wo- anders
Belastungen für die Familie	%	%	%	%	%
Die Angehörigen sind/waren oft an den Grenzen ihrer Kräfte	35	43	37	30	45
Es war nicht leicht, die Pflege zu organisieren	25	27	27	22	22
Die Familie bräuchte mehr Unterstützung bei der Pflege/hätte mehr Unterstützung bei der Pflege gebraucht	22	29	25	13	27
Aus finanziellen Gründen übernimmt/übernahm die Familie die Pflege selbst	14	23	14	4	18
Negative Aspekte der Pflege					
Er/sie bzw. die Familie muss/ musste viel Geld für die Pflege ausgeben	36	30	35	49	38
Die Pflegekräfte bzw. das Pflegepersonal haben/hatten zu wenig Zeit, sich ausreichend um ihn/sie zu kümmern	25	19	25	38	20
Er/sie ist/war oft alleine	19	15	18	26	21
Er/sie fühlt/fühlte sich in der Umgebung nicht wohl	13	7	8	28	11
Er/sie wird/wurde ruhiggestellt	8	6	5	13	12

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Personen mit pflegebedürftigen Angehörigen und Freunden.
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 7287 (Juni 2018) © IFD-Allensbach

Erkauft werden die positiven Aspekte der Angehörigenpflege nicht selten durch eine besondere Belastung der Familien. Überforderungserfahrungen sind dort besonders häufig, wo vor allem die Familie die Pflege übernimmt; 43 Prozent der Angehörigen und Freunde kommen dann oft an die Grenzen ihrer Kräfte, 29 Prozent würden mehr Unterstützung brauchen. Auf solche Unterstützung verzichten viele Familien aber auch aus finanziellen Erwägungen. In fast einem Viertel der Fälle wurde die Angehörigenpflege begonnen, weil eine Pflege durch einen Pflegedienst oder eine Pflege im Heim als zu teuer erschien (23 Prozent).

**Über-
forderungs-
erfahrungen**

Geringere Belastungen bei Pflege im Heim Solche Belastungen fallen bei der Pflege im Heim weitaus geringer aus. Dazu berichten nur 30 Prozent über besondere Belastungen der Angehörigen sowie nur 13 Prozent über zusätzlichen Unterstützungsbedarf für die Familie. Zudem war die Heimpflege meist auch nicht schwerer zu organisieren als die Angehörigenpflege oder die Pflege durch einen Dienst: Während 22 Prozent Probleme mit der Organisation der Heimpflege hatten, berichteten 27 Prozent über solche Probleme bei der Organisation der häuslichen Pflege, sei es durch Angehörige oder einen Pflegedienst.

Negative Aspekte bei Pflege im Heim Von anderen negativen Aspekten der Pflege sind die im Heim Gepflegten und ihre Familien dann aber wieder mehr betroffen als andere. Weitaus am häufigsten müssen sie hohe Pflegekosten tragen (49 Prozent), von denen bei der Angehörigenpflege nur etwa 30 Prozent besonders belastet sind. Auch der Zeitmangel, der Pfleger*innen nicht erlaubt, ausreichend auf die Gepflegten einzugehen, wird im Heim deutlich häufiger erlebt als bei einer häuslichen Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst (38 gegenüber 25 Prozent). 28 Prozent der im Heim Gepflegten fühlen bzw. fühlten sich in ihrer Umgebung nach den Beobachtungen ihrer Angehörigen und Freunde nicht wohl: Dabei muss man aber im Blick behalten, dass sich die allermeisten eine Pflege im Heim nicht von vornherein wünschen und deshalb mit Vorbehalten belastet sind (vgl. Abbildung 26).

Regionale Ausprägungen

Die guten Erfahrungen überwiegen Die guten Seiten der Pflege (z. B. gute Betreuung durch Angehörige, Pflegekräfte und Ärzte, Erhaltung von Selbstbestimmung und soziale Einbindung der Gepflegten), stehen in der Regel weitaus mehr Beobachtern vor Augen als die schlechten Seiten (z. B. starke Belastungen für Angehörige, hohe Kosten, Organisationsprobleme, zu wenig Zeit für die Pflege). Im Durchschnitt werden die hier angeführten positiven Erfahrungen von jeweils 43 Prozent der Personen mit Pflegeerfahrung angeführt, die negativen Erfahrungen von jeweils 22 Prozent.²⁷

Dabei variieren die entsprechenden Werte in den Bundesländern nicht sonderlich, 14 von 16 Durchschnittswerten der positiven Angaben liegen innerhalb eines engen Korridors von 41 bis 46 Prozent, in dem das Ranking auch durch zufällige Abweichungen entstehen kann. Bemerkenswert ist lediglich,

²⁷ Als positive Erfahrungen wurden bei der Berechnung der Durchschnittswerte berücksichtigt: Selbstbestimmung über Ort und Art der Pflege, Aktivität und Teilnahme am Leben ringsum, viel Besuch, liebevolle Betreuung durch Partnerin oder Partner bzw. Familie, gute Betreuung durch Pflegekräfte, gute Betreuung durch Ärzte, Zufriedenheit mit der Pflege. Als negative Erfahrungen wurden berücksichtigt: oft allein, zu wenig Zeit für die Pflegekräfte, hohe Kosten, Angehörige oft an den Grenzen ihrer Kräfte, mehr Unterstützung benötigt, Organisation der Pflege nicht leicht, nicht wohlgefühlt, ruhiggestellt, Pflege aus finanziellen Gründen selbst übernommen.

- dass in Schleswig-Holstein, als Land mit höchstem Anteil an Heimpflege, die positiven Erfahrungen noch deutlicher überwiegen als in vielen anderen Ländern (durchschnittlich 49 Prozent),
- dass solche positiven Erfahrungen wiederum am seltensten in Berlin zu Protokoll gegeben werden (durchschnittlich 39 Prozent),
- dass in den ostdeutschen Ländern Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg die negativen Erfahrungen weitaus seltener herausgestellt werden als im Westen (von durchschnittlich nicht mehr als 18 Prozent). Lediglich in Mecklenburg-Vorpommern ist der Wert geringfügig höher (20 Prozent). In den westdeutschen Ländern – ausgenommen allein Schleswig-Holstein – liegen die entsprechenden Werte dagegen ausnahmslos über 20 Prozent (Abbildung 33).

Die Häufigkeiten der einzelnen Erfahrungen unterscheiden sich dann in Stadt und Land nicht substanziell. Lediglich die ärztliche Versorgung der Gepflegten wird – wider Erwarten – in Großstädten signifikant seltener als gut eingestuft als in Mittelstädten oder Dörfern und ländlichen Regionen (30 Prozent gegenüber 38 bzw. 40 Prozent): Konkret stehen dahinter vergleichsweise geringe Zustimmungswerte für diese Angabe in Hamburg, Bremen und Berlin (25 bzw. 26 und 28 Prozent; zum Vergleich: in Schleswig-Holstein 51 Prozent). Lücken der ärztlichen Versorgung spielen danach in den Pflegeerfahrungen der Bevölkerung in ländlichen Regionen vorerst sogar eine eher unterdurchschnittliche Rolle.

Auch die Pflegeerfahrungen in den 16 Bundesländern unterscheiden sich nicht substanziell voneinander. Im Wesentlichen stellen sich überall ganz ähnliche Verteilungen der Aussagen ein wie in den bundesweiten Durchschnittswerten (vgl. Abbildung 30).

Gleichwohl prägen sich einzelne Züge hier oder da etwas stärker oder etwas schwächer aus. Zur Analyse wurden in den Abbildungen 34 bis 37 wiederum lediglich die Abweichungen von den jeweils oben ausgewiesenen Mittelwerten dargestellt: signifikante Abweichungen (vgl. Anmerkung 13) sind wiederum mit „++“ oder „--“ gekennzeichnet.

Abbildung 33

Berichte über die Pflege: in allen Ländern mehr positive als negative Aussagen

Personen mit pflegebedürftigen Angehörigen und Freunden: Berichte über die erlebte Pflege, durchschnittliche Häufigkeit –

	positiver Aussagen %	negativer Aussagen %
Bevölkerung insgesamt	43	22
Schleswig-Holstein	49	18
Baden-Württemberg	46	24
Mecklenburg-Vorpommern	46	20
Brandenburg	46	16
Hessen	45	23
Rheinland-Pfalz	44	21
Hamburg	43	27
Niedersachsen	43	22
Bayern	43	22
Sachsen-Anhalt	43	18
Bremen	42	25
Nordrhein-Westfalen	42	22
Saarland	41	28
Sachsen	41	17
Thüringen	41	16
Berlin	39	25

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Personen mit pflegebedürftigen Angehörigen und Freunden
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 7287 (Juni 2018) © IFD-Allensbach

Um das Bild zu vertiefen, wurden hier auch weniger starke Abweichungen berücksichtigt, bei denen die Wahrscheinlichkeit der beobachteten Abweichung lediglich zwischen 68 und 95 Prozent liegt (Kennzeichnung: + oder -). Zwar ergeben sich dabei meist konvergente Tendenzen (z. B. überdurchschnittliche Werte sowohl für „Angehörige sind oft an den Grenzen ihrer Kräfte“ wie auch für „die Familie würde mehr Unterstützung benötigen“). Angesichts der Befragtenzahlen kann aber der stärkere Einfluss zufälliger Faktoren bei den nicht signifikanten Befunden nicht ausgeschlossen werden.

Bei einer solchen Analyse zeigen sich für die einzelnen Bundesländer die folgenden Tendenzen:

Schleswig-Holstein

Mit der Pflege sind in Schleswig-Holstein signifikant mehr Gepflegte als in anderen Ländern zufrieden (53 gegenüber durchschnittlich 39 Prozent). Häufiger als in anderen Ländern gibt und gab es hier eine gute Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte sowie durch Pflegekräfte. Unterdurchschnittlich häufig wird hier über besondere Belastungen der Angehörigen, über mehr Unterstützungsbedarf oder über eine Übernahme der Pflege durch die Familie aus finanziellen Gründen berichtet. Solche Tendenzen dürften sich durch den vergleichsweise großen Anteil der stationären Pflege in Schleswig-Holstein ergeben.

Tendenzen in den Bundesländern

Hamburg

In Hamburg fällt die Zufriedenheit der Gepflegten dagegen deutlich unterdurchschnittlich aus (24 Prozent gegenüber 39 Prozent). Zwar konnten viele Pflegebedürftige selbst über Ort und Form der Pflege bestimmen; aber die Angehörigen kamen hier durch die Familienpflege überdurchschnittlich oft an ihre Grenzen. Etwas geringer als andernorts ist und war die Unterstützung durch Pflegekräfte und Ärzte; zu überdurchschnittlichem Anteil wurde die Pflege aus finanziellen Gründen von der Familie übernommen. Nicht selten war das wie auch die Einrichtung anderer Pflegeformen hier mit Organisationsproblemen verbunden (38 Prozent gegenüber 25 Prozent im Durchschnitt).

Niedersachsen

In Niedersachsen verteilen sich die meisten Beschreibungen ganz ähnlich wie im bundesweiten Durchschnitt. Etwas häufiger als in anderen Ländern werden die hohen Kosten der Pflege hervorgehoben. Etwas seltener als im Bundesdurchschnitt wird über eine gute Betreuung durch Pflegekräfte berichtet.

Bremen

Auch aus Bremen wird überdurchschnittlich häufig über die Nutzung von Familienpflege aufgrund von finanziellen Erwägungen berichtet (26 Prozent gegenüber 14 Prozent im Durchschnitt). Leicht überdurchschnittlich hatten Pflegekräfte hier zu wenig Zeit für die Gepflegten. Etwas seltener als im Mittel ist zugleich von einer guten Betreuung durch Partnerin bzw. Partner oder Angehörige die Rede. Dementsprechend heißt es auch etwas häufiger als in anderen Ländern, dass die Gepflegten oft allein seien oder waren.

Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen liegt die Verteilungen der Aussagen ebenfalls nah am bundesweiten Durchschnitt: Das ergibt sich auch deshalb, weil die Gepflegten in NRW deutlich mehr als ein Fünftel der Gepflegten in ganz Deutschland ausmachen, sodass die Beschreibungen hier die Gesamtergebnisse wesentlich stärker prägen als die Beschreibungen aus Bundesländern mit weniger Einwohnern und Gepflegten. Etwas häufiger als anderswo ist hier lediglich von zu wenig Zeit der Pflegekräfte die Rede, etwas seltener von Möglichkeiten der Gepflegten, Ort und Weise der Pflege selbst zu bestimmen.

Hessen

**Häufiges
Alleinsein
wird selten
berichtet**

Signifikant seltener als aus anderen Bundesländern wird aus Hessen über häufiges Alleinsein der Gepflegten berichtet (11 Prozent gegenüber 19 Prozent im Bundesdurchschnitt). Dementsprechend ist etwas eher als in anderen Ländern die Rede davon, dass die Gepflegten oft Besuch hatten und auch, dass sie Ort und Weise ihrer Pflege selbst bestimmen konnten. Ein etwas größerer Anteil als in anderen Ländern erlebte eine gute Versorgung durch Ärzte, und – dazu passend – ein etwas kleinerer Anteil besonderen Zeitmangel der Pflegekräfte. Leicht überdurchschnittlich prägen sich in Hessen aber auch die Belastungen aus, nicht zuletzt für die Angehörigen: Es sei nicht leicht gewesen, die Pflege zu organisieren, und die Familie hätte mehr Unterstützung gebraucht, heißt es hier etwas öfter als im Bundesdurchschnitt.

Rheinland-Pfalz

**Gute Betreuung
wird häufiger
genannt
als im Bundes-
durchschnitt**

Zur ärztlichen und pflegerischen Versorgung ergeben sich in Rheinland-Pfalz wiederum übereinstimmende Tendenzen: Signifikant häufiger als im Bundesdurchschnitt ist von einer guten Betreuung der Gepflegten durch Ärztinnen und Ärzte die Rede (48 Prozent gegenüber 36 Prozent im Bundesdurchschnitt). Und auch die Betreuung durch Pfleger*innen wird eher als gut bewertet als in anderen Ländern. Häufiger als in anderen Ländern waren auch 24-Stunden-Kräfte an der Pflege beteiligt (18 Prozent gegenüber 7 Prozent). Etwas seltener als im Bundesdurchschnitt konnten die Gepflegten hier allerdings über Ort und Form ihrer Pflege bestimmen. Vermutlich deshalb prägte sich die Zufriedenheit der Gepflegten trotz des überdurchschnittlichen Einsatzes der Beteiligten nur leicht unterdurchschnittlich aus.

Baden-Württemberg

Genauso wie in Rheinland-Pfalz wird die Beteiligung von Pflegekräften sowie Ärztinnen und Ärzten häufiger bzw. signifikant häufiger herausgestellt als im bundesweiten Durchschnitt. Allerdings wer-

den in Baden-Württemberg die Kosten der Pflege auch vergleichsweise häufig als hoch empfunden. Für 20 Prozent der Gepflegten übernahm die Familie deshalb die Pflege aus finanziellen Gründen selbst (Bundesdurchschnitt: 14 Prozent).

Bayern

Die bayerischen Ergebnisse liegen ebenfalls nahe am bundesweiten Durchschnitt; es gibt keine signifikanten Abweichungen. Etwas seltener als in anderen Ländern werden unterschiedliche Aussagen zu Pflegekräften gemacht, was auf einen weniger großen Anteil professioneller Beteiligung hindeutet. Dementsprechend heißt es hier etwas häufiger als in anderen Ländern, dass die Familie der Gepflegten mehr Unterstützung benötige.

Saarland

Etwas häufiger als in anderen Ländern heißt es im Saarland, dass Partnerinnen und Partner bzw. die Familien sich gut um die Gepflegten kümmern. Allerdings wird hier auch signifikant häufiger mehr Unterstützung für die Familie eingefordert als in anderen Bundesländern (42 Prozent gegenüber 22 Prozent im Bundesdurchschnitt). Denn bei der Pflege kommen die Angehörigen der Gepflegten hier offenbar auch etwas häufiger an die Grenzen ihrer Kräfte (47 gegenüber 35 Prozent).

Berlin

Einige negative Beschreibungen prägen sich in Berlin etwas stärker aus als im Bundesdurchschnitt, einige positive etwas schwächer. Signifikant häufiger als in anderen Bundesländern heißt es, dass die Gepflegten oft allein seien oder waren (28 Prozent gegenüber 19 Prozent im Bundesdurchschnitt). Über regelmäßige Besuche oder eine gute ärztliche Betreuung wird dementsprechend etwas seltener berichtet als in anderen Ländern. Etwas häufiger als in anderen Ländern fühlen und fühlten sich die Gepflegten in ihrer Umgebung nicht wohl.

Mehr negative Beschreibungen

Brandenburg

Die Brandenburger beschreiben eher weniger schlechte Seiten der miterlebten Pflege als die Bevölkerung in Westdeutschland. Diese Neigung prägt sich auch bei den Bewohner*innen der übrigen ostdeutschen Bundesländer aus. In Brandenburg wird insbesondere seltener über hohe Kosten der Pflege berichtet als im Bundesdurchschnitt (20 Prozent gegenüber 36 Prozent). Auch besondere Belastungen der Angehörigen, Organisationsprobleme und zusätzlicher Unterstützungsbedarf werden hier eher seltener herausgestellt. Da regelmäßige Besuche und eine gute Betreuung durch Pflegekräfte

etwas häufiger erlebt werden als im bundesdeutschen Durchschnitt, ist der Anteil von Gepflegten, die „oft allein“ sind oder waren, signifikant kleiner als andernorts.

Mecklenburg-Vorpommern

Belastungen weniger im Vordergrund

Die Bewohner*innen Mecklenburg-Vorpommerns erklären überdurchschnittlich häufig, dass Partnerinnen und Partner bzw. die Angehörigen sich liebevoll um die Gepflegten kümmerten, dass diese selbst über Ort und Art ihrer Pflege bestimmen konnten und dementsprechend mit der Pflege zufrieden sind oder waren. Seltener als im bundesweiten Durchschnitt wird in Mecklenburg-Vorpommern dagegen über physische und finanzielle Belastungen der Familien berichtet. Signifikant seltener als in anderen Ländern wurde die Pflege aufgrund von finanziellen Erwägungen durch die Familie übernommen (5 gegenüber 14 Prozent).

Sachsen

Weniger nach Unterstützung gefragt als im Bundesdurchschnitt

Auch in den sächsischen Ergebnissen fällt die Neigung auf, deutlich weniger Belastungen für die Gepflegten und ihre Familien herauszustellen als in den westdeutschen Bundesländern. Hier heißt es deshalb signifikant seltener als im bundesweiten Durchschnitt, dass die Familien der Gepflegten mehr Unterstützung bräuchten bzw. gebraucht hätten (12 Prozent gegenüber 22 Prozent) und dass die Pflege für die Gepflegten wie auch für ihre Familien mit hohen Kosten verbunden ist oder war. Dementsprechend wurde die Pflege auch seltener aus finanziellen Gründen von der Familie übernommen als in anderen Bundesländern.

Sachsen-Anhalt

Nur 20 Prozent fühlen sich an der Grenze ihrer Kräfte

Wie in den übrigen ostdeutschen Ländern prägen sich vor allem die Aussagen zu Belastungen der Gepflegten und ihrer Angehörigen weniger stark aus: So berichten hier nur 20 Prozent, dass die Angehörigen oft an den Grenzen ihrer Kräfte sind oder waren (Bundesdurchschnitt 35 Prozent). Auch hohe Kosten der Pflege sind hier weitaus seltener Thema als anderswo. Etwas häufiger als im bundesweiten Durchschnitt wird hier über eine gute Versorgung durch Pflegekräfte berichtet.

Thüringen

Signifikant seltener als im bundesdeutschen Durchschnitt waren oder sind hohe Pflegekosten für die Gepflegten und ihre Angehörigen in Thüringen ein Thema (17 Prozent gegenüber 36 Prozent). Etwas seltener als im Mittel wird über Erschöpfung der Angehörigen berichtet.

Vor diesem Hintergrund stellt sich vor allem die Frage, weshalb sich die negativen Erfahrungen in Ost und West so deutlich unterscheiden, weshalb im Osten insbesondere über Belastungen für die Angehörigen seltener berichtet wird. Eine Erklärung dafür könnte sich in der Analyse der GKV-Daten der Versicherten finden: Danach sind die Gepflegten in den ostdeutschen Ländern im Schnitt eher jünger als in Westdeutschland. Zudem leiden sie offenbar stärker unter akuten Krankheiten; Arzneimittel- und Krankenhauskosten für die Gepflegten sind dort tendenziell höher als im Westen. Dabei deutet das vergleichsweise junge Sterbealter zudem auf eher kürzere Pflegephasen hin. Tendenziell hatten die Gepflegten in Ostdeutschland in den zurückliegenden Jahren auch geringere Pflegestufen als die Gepflegten im Westen. Dementsprechend wird dort weitaus häufiger von den Angehörigen gepflegt als von ambulanten Diensten oder im Heim.

In Ostdeutschland hat die Pflege danach oft einen anderen Charakter als im Westen. Sie ist hier weniger eine „Daueraufgabe“ mit sehr alten Pflegebedürftigen, sondern eher eine kürzere Phase mit schwer Kranken, die aber weniger häufig erheblich pflegebedürftig sind. Dementsprechend sind die pflegenden Angehörigen offenbar im Durchschnitt nicht ganz so schwer bzw. nicht ganz so lange belastet wie die pflegenden Angehörigen im Westen. Solche Unterschiede prägen sich dann auch in den unterschiedlichen Beschreibungen aus, in denen solche Belastungen in den ostdeutschen Ländern dann auch weniger im Vordergrund stehen (Abbildungen 34 bis 37).

Warum unterscheidet sich der Bericht über die negativen Erfahrungen in Ost und West so deutlich?

Pflege im Osten betrifft kürzere Phase

Abbildung 34

Wie die Pflege in den Bundesländern erlebt wird: Positive Aspekte					
Bevölkerung insgesamt (%)	Partner/ Partnerin bzw. Familie kümmert sich liebevoll um ihn/sie	Konnte Ort der Pflege selbst bestimmen	Ist/war aktiv, nahm/ nimmt am Leben teil	Hat/ hatte oft Besuch	Ist/war mit der Pflege zufrieden
	57	45	41	40	39
Schleswig-Holstein		+			++
Hamburg		+	+	+	--
Niedersachsen					
Bremen	-	+			-
Nordrhein-Westfalen		-			
Hessen		+	-	+	
Rheinland-Pfalz		-			-
Baden-Württemberg					
Bayern		+			
Saarland	+	--			
Berlin		-		-	
Brandenburg				+	
Mecklenburg-Vorpommern	+	+			+
Sachsen				-	
Sachsen-Anhalt		-			
Thüringen				-	

++/-: Anteilswert für das Bundesland signifikant über oder unter Mittelwert (95-Prozent-Niveau)
 +/-: Anteilswert für das Bundesland über oder unter Mittelwert, aber nicht signifikant (Wahrscheinlichkeit für die beobachtete Abweichung; 68-95 Prozent)
 Keine Angabe: Anteilswert weicht nicht weit vom Mittelwert ab

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Personen mit pflegebedürftigen Angehörigen und Freunden
 Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 7287 (Juni 2018) © IFD-Allensbach

Abbildung 35

Wie die Pflege in den Bundesländern erlebt wird: Unterstützung durch Pflegekräfte und Ärzte

	Pflegekräfte kümmern/kümmerten sich gut	Ärzte kümmern/kümmerten sich gut	Hat/hatte eine 24-Stunden-Pflegekraft
Bevölkerung insgesamt (%)	46	36	7
Schleswig-Holstein	+	++	
Hamburg	-	-	-
Niedersachsen	-		-
Bremen		-	
Nordrhein-Westfalen			-
Hessen		+	+
Rheinland-Pfalz	+	++	++
Baden-Württemberg	+	++	
Bayern	-		
Saarland		--	++
Berlin		-	
Brandenburg	+		
Mecklenburg-Vorpommern			
Sachsen		--	-
Sachsen-Anhalt	+	-	-
Thüringen		-	

++/---: Anteilswert für das Bundesland signifikant über oder unter Mittelwert (95-Prozent-Niveau)

+/-: Anteilswert für das Bundesland über oder unter Mittelwert, aber nicht signifikant (Wahrscheinlichkeit für die beobachtete Abweichung: 68-95 Prozent)

Keine Angabe: Anteilswert weicht nicht weit vom Mittelwert ab

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Personen mit pflegebedürftigen Angehörigen und Freunden

Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 7287 (Juni 2018)

© IfD-Allensbach

Abbildung 36

	Angehörige sind/waren oft an den Grenzen ihrer Kräfte	Nicht leicht, die Pflege zu organisieren	Die Familie bräufte mehr Unterstützung	Aus finanziellen Gründen übernimmt/übernahm die Familie die Pflege selbst
Bevölkerung insgesamt (%)	35	25	22	14
Schleswig-Holstein	-	-	-	-
Hamburg	+	++	+	++
Niedersachsen				
Bremen			+	++
Nordrhein-Westfalen				
Hessen		+	+	
Rheinland-Pfalz				-
Baden-Württemberg				++
Bayern			+	
Saarland	++	+	++	
Berlin	+			
Brandenburg	-	-	-	
Mecklenburg-Vorpommern	-	+	-	--
Sachsen	+	-	--	-
Sachsen-Anhalt	--	-		-
Thüringen	-			--

++/-: Anteilswert für das Bundesland signifikant über oder unter Mittelwert (95-Prozent-Niveau)
 +/-: Anteilswert für das Bundesland über oder unter Mittelwert, aber nicht signifikant (Wahrscheinlichkeit für die beobachtete Abweichung: 68-95 Prozent)
 Keine Angabe: Anteilswert weicht nicht weit vom Mittelwert ab

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Personen mit pflegebedürftigen Angehörigen und Freunden
 Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 7287 (Juni 2018) © IFD-Allensbach

Abbildung 37

Wie die Pflege in den Bundesländern erlebt wird: Negative Aspekte					
	Er/sie bzw. die Familie muss/musste viel Geld für die Pflege ausgeben	Die Pflegekräfte haben/hatten zu wenig Zeit, sich ausreichend zu kümmern	Er/sie ist/war oft alleine	Fühlt/fühlte sich in der Umgebung nicht wohl	Er/sie wird/wurde ruhig-gestellt
Bevölkerung insgesamt (%)	36	25	19	13	8
Schleswig-Holstein				-	
Hamburg					
Niedersachsen	+				-
Bremen		+	+		
Nordrhein-Westfalen		+			
Hessen	+	-	--	-	
Rheinland-Pfalz					+
Baden-Württemberg	+	-	++	++	
Bayern		-			+
Saarland	++	+		+	
Berlin			++	+	
Brandenburg	--		--	-	
Mecklenburg-Vorpommern	-		+		
Sachsen	--		-	-	-
Sachsen-Anhalt		+	-		-
Thüringen	--				-

++/+-: Anteilswert für das Bundesland signifikant über oder unter Mittelwert (95-Prozent-Niveau)
 +/-: Anteilswert für das Bundesland über oder unter Mittelwert, aber nicht signifikant (Wahrscheinlichkeit für die beobachtete Abweichung: 68-95 Prozent)
 Keine Angabe: Anteilswert weicht nicht weit vom Mittelwert ab

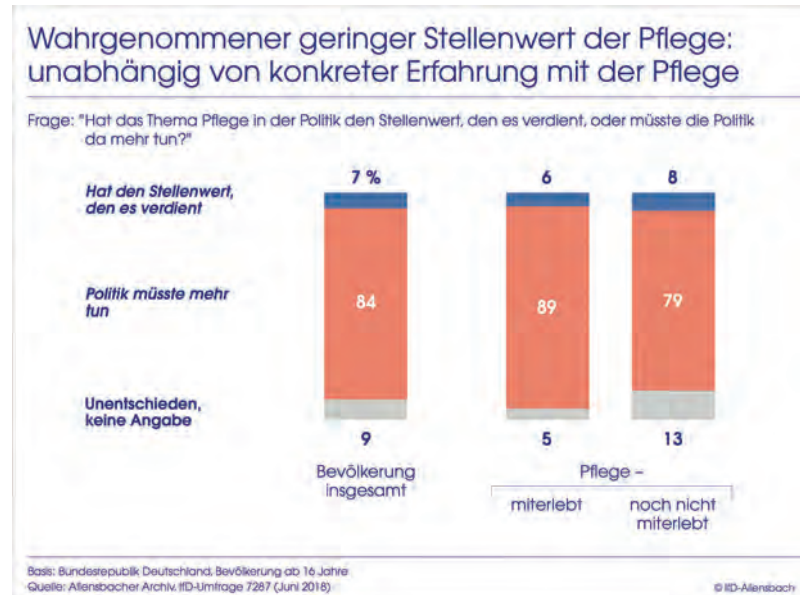
Basis: Bundesrepublik Deutschland, Personen mit pflegebedürftigen Angehörigen und Freunden
 Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 7287 (Juni 2018) © IFD-Allensbach

4.9 Politische Forderungen zur Pflege

Angesichts der wahrgenommenen Krisenphänomene erheben viele die Forderung nach einem höheren Stellenwert des Themas Pflege in der Politik. Nur 7 Prozent der Gesamtbevölkerung sehen zum Umfragezeitpunkt im Juni 2018 – also wenige Tage vor Beginn der „Konzertierten Aktion“ – eine ausreichende Beschäftigung der Politik mit den hier entstehenden Fragen und Problemen. 84 Prozent sind der Meinung, dass die Politik mehr tun müsste. Für diese Haltung ist

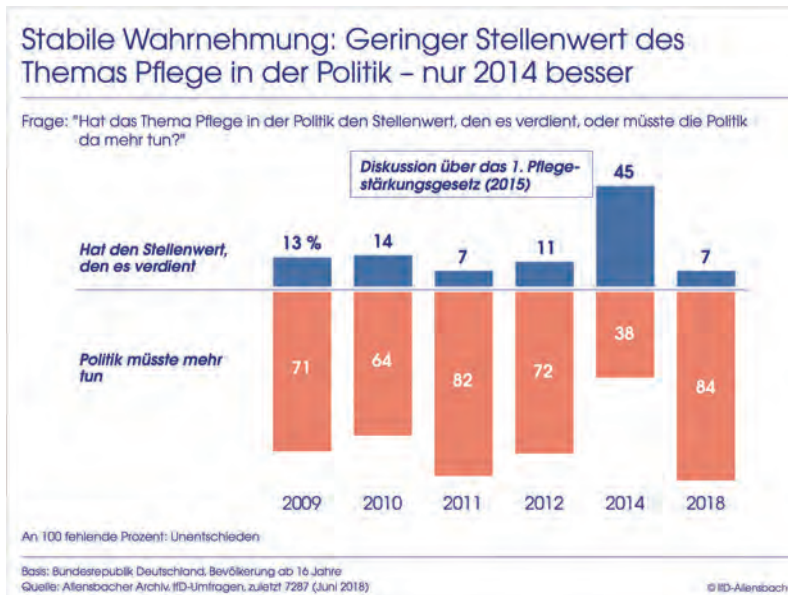
es unerheblich, ob die Pflege bereits miterlebt wurde oder nicht: Von jenen, die Augenzeugen der Pflege von Angehörigen oder Freunden waren bzw. selbst gepflegt haben, würden sich 89 Prozent mehr politische Aktivitäten zugunsten der Pflege wünschen, von den übrigen 79 Prozent (Abbildung 38).

Abbildung 38



Dieses Meinungsbild ist jedoch nicht ganz neu. Bei regelmäßigen Ermittlungen seit 2009 meldeten jeweils zwischen etwa zwei Dritteln und vier Fünfteln der Bevölkerung Wünsche nach einem höheren Stellenwert des Themas Pflege in der deutschen Politik an. Ein einziges Mal zeigte sich bei diesen Umfragen ein anderes Meinungsbild: Im Jahr 2014, während der Beratungen und Diskussionen zum ersten Pflegestärkungsgesetz, hatte ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung den Eindruck ausreichender Bemühungen. Allerdings haben sich die damals geweckten Hoffnungen im Anschluss wieder verloren. Der 2018 gemessene Wert markiert eine neue Höchstmarke der Vorstellung, dass die Politik in diesem Bereich mehr unternehmen müsste (Abbildung 39).

Abbildung 39

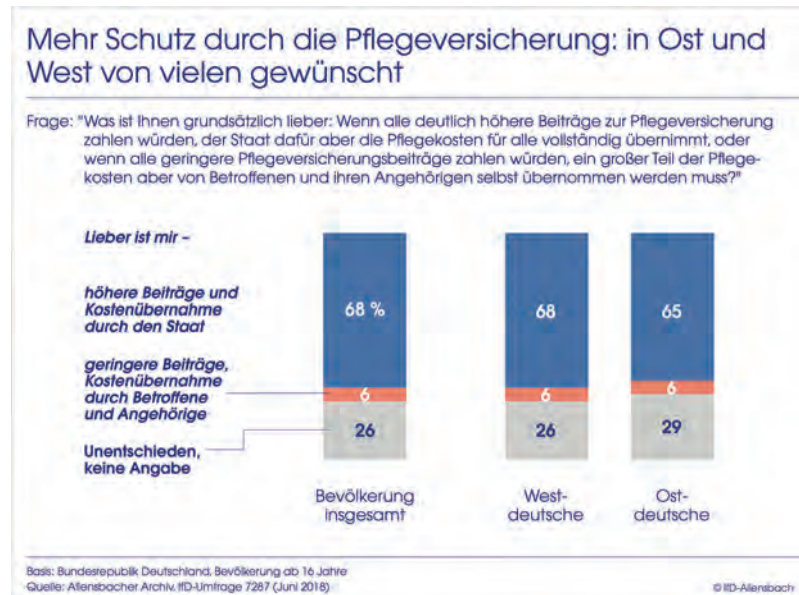


Solche Wahrnehmungen von Handlungsbedarf entstehen nicht zuletzt deshalb, weil fast alle sich vorstellen können, selbst einmal auf Pflege angewiesen zu sein oder aber selbst Angehörige zu pflegen. Für diese Situation würden sich viele nicht allein mehr praktische Unterstützung bei der Pflege wünschen, sondern auch eine bessere finanzielle Absicherung durch die Pflegeversicherung. Das betrifft insbesondere die Pflege im Heim, die nach Ansicht von über 60 Prozent die Gefahr birgt, wegen der hohen Kosten zum „Sozialfall“ zu werden (vgl. Abbildung 7). Dementsprechend würden 68 Prozent der Bevölkerung eine höhere Absicherung der Pflegekosten durch die Pflegeversicherung vorziehen, selbst wenn das für alle Versicherten mit deutlich höheren Beiträgen verbunden wäre. Lediglich 6 Prozent wären geringere Beiträge zur Pflegeversicherung, verbunden mit geringeren Leistungen der Versicherung lieber. 26 Prozent bleiben bei dieser Alternative, die das für alle attraktive hohe Leistungsniveau der Versicherung an hohe Beiträge knüpft, unentschieden.

Diese Präferenzen sehen in West- und Ostdeutschland sowie in den verschiedenen Bundesländern ganz ähnlich aus. Auch bei Personen mit unterschiedlicher Bildung oder unterschiedlichem Einkommen stellen sich ähnliche Meinungsverteilungen ein: Jeweils gut zwei Drittel sprechen sich für mehr Leistungen der Pflegeversicherung, auch bei deutlich höheren Beiträgen aus (Abbildung 40).

**Höhere
Absicherung
der Pflegekosten
gewünscht**

Abbildung 40



4.10 Zusammenfassung

Für den DAK-Pflegereport (Studienleitung Professor Thomas Klie) befragte das Allensbacher Institut im Juni 2018 eine repräsentative Auswahl von Bürgerinnen und Bürgern zum Thema Pflege. Gegenstände der Befragung waren die allgemeinen Vorstellungen zur Altenpflege in Deutschland, die konkreten Erfahrungen mit der Pflege, die Wahrnehmungen von Qualität und Quantität der professionellen Pflegeangebote im eigenen Umfeld sowie die politischen Präferenzen für die Weiterentwicklung der Pflege in Deutschland. Besondere Aufmerksamkeit galt dabei den unterschiedlichen Einstellungen und Pflegeerfahrungen in den 16 Bundesländern. Dazu ermittelten über 750 Interviewer die Erfahrungen und Einstellungen von 2.780 Personen ab 16 Jahren. Regionale Analysen für die einzelnen Bundesländer können sich auf 104 bis 476 Befragte stützen.

Die meisten haben ein klares Bild von der Pflege. 30 Prozent der Bevölkerung gehören zu den aktuell oder früher Beteiligten, sei es als selbst Gepflegte, als Pflegenden, als Personen mit einer Pflegeausbildung oder als Freiwillige in diesem Bereich. Weitere 45 Prozent sind zwar nicht selbst beteiligt, haben die Pflege in der Familie oder im Freundes- und Bekanntenkreis miterlebt. Lediglich 5 Prozent kennen die Pflege ausschließlich aus den Medien. Dass sie keinerlei Kenntnis der Pflege hätten, geben hier lediglich 4 Prozent an (Abbildung 2). Von daher ist die Pflege für die Bevölkerung nichts Fernliegendes. Fast alle kennen das Thema aus Beteiligung oder eigener Anschauung und dementsprechend können sich auch fast

alle vorstellen, selbst einmal Angehörige pflegen zu müssen oder selbst auf Pflege und Unterstützung angewiesen zu sein.

Die allgemeinen Vorstellungen der Altenpflege in Deutschland werden vor allem durch Probleme und Krisenwahrnehmungen geprägt. Fast die gesamte Bevölkerung hat den Mangel an Pflegefachkräften vor Augen (88 Prozent), den viele sich daraus erklären, dass die Bezahlung der Pflegekräfte zu schlecht sei (85 Prozent). Das verbindet sich meist mit der Vorstellung, dass die Pflegekräfte zu wenig Zeit für den Einzelnen hätten (87 Prozent). Die Arbeit der Pflegekräfte unter den wahrgenommenen schwierigen Bedingungen erzeugt bei vielen Respekt: 70 Prozent erklären, es sei toll, was die Pflegekräfte leisten. 45 Prozent denken, man entscheide sich nur aus Überzeugung für den Pflegeberuf (Abbildung 4).

70 Prozent zeigen Anerkennung gegenüber Pflegekräften

Dabei gilt der Pflegeberuf trotz der wahrgenommenen Probleme nicht als Beruf, von dem man grundsätzlich abraten müsste. Um Rat gefragt, würden nur 16 Prozent der Bevölkerung versuchen, Interessenten von einem Pflegeberuf abzubringen (Abbildung 23). Wer abraten würde, würde das vor allem wegen des schlechten Verdiensts und der körperlichen Anstrengung bei dieser Arbeit tun. Grundsätzliche Vorbehalte, dass es sich etwa um eine unangenehme Arbeit handele, äußert nur eine kleine Minderheit der Bevölkerung (Abbildung 25).

Die Wahrnehmung von Krisenphänomenen hat sich seit dem Jahr 2000 noch einmal deutlich weiter verbreitet. Insbesondere der Fachkräftemangel, die schlechte Bezahlung der Pflegekräfte und der Zeitmangel bei der Pflege stehen der Bevölkerung heute deutlich häufiger vor Augen als damals (Abbildung 3).

Gemessen wurden die allgemeinen Vorstellungen jeweils an den konkreten Erfahrungen derer, die aus den zurückliegenden Jahren über Erfahrungen mit der Pflege von Angehörigen und Freunden verfügen. Deren Beschreibungen der tatsächlichen Pflege zeigen zwar, dass manche Krisenvorstellungen nicht unbegründet sind. So erlebten 30 Prozent derer, die professionelle Pflegekräfte bei der Pflege beobachten konnten, den allgemein angenommenen Zeitmangel. Weitaus häufiger als solche Defizite wird in der Pflegepraxis jedoch die gute, zugewandte Betreuung und Versorgung erlebt. 56 Prozent berichten, dass Pfleger*innen sich gut um die Gepflegten kümmern (Abbildung 5). Weitere 57 Prozent haben eine liebevolle Pflege durch Angehörige miterlebt (Abbildung 11); insgesamt 74 Prozent der Gepflegten wurden und werden also durch Angehörige und/oder professionelle Pflegekräfte gut und liebevoll versorgt. Von einer lieblosen Pflege, die 56 Prozent fürchten (Abbildung 10), ist im Normalfall nicht die Rede.

Etwa die Hälfte der Gepflegten kann selbst über Ort und Form der Pflege bestimmen (45 Prozent). Auch die gesellschaftliche Einbindung bleibt oft fest: Viele können weiterhin aktiv sein und am Leben ringsum teilnehmen (41 Prozent), viele bleiben durch regelmäßige

45 Prozent der Gepflegten können selbst über Ort und Form der Pflege bestimmen

Besuche mit den Menschen ringsum verbunden (40 Prozent). Durch Selbstbestimmung über die Pflege, eigene Aktivitäten und/oder soziale Bindungen blieben bzw. bleiben für immerhin 69 Prozent der Gepflegten zentrale Dimensionen des gewohnten Lebens erhalten. Über 19 Prozent der Gepflegten heißt es aber auch, dass sie oft allein sind bzw. allein waren (Abbildung 11).

Geprägt werden die Vorstellungen der Pflege häufig auch durch die zum Teil hohen Pflegekosten für die Gepflegten und ihre Angehörigen. 87 Prozent bewerten die Pflege im Heim als teuer. 61 Prozent betrachten die Pflege im Heim als Armutsrisiko. 70 Prozent nehmen deshalb an, dass viele aus finanziellen Gründen auf eine Pflege im Heim oder auch auf die Beschäftigung eines ambulanten Pflegedienstes verzichten würden (Abbildung 7).

In den Berichten über die tatsächliche Pflege spielen solche Aspekte ebenfalls eine große Rolle: 49 Prozent der im Heim Gepflegten müssen nach Wahrnehmung ihrer Angehörigen und Freunde viel Geld für diese Pflege bezahlen. Dabei haben die finanziellen Erwägungen aber offenbar nicht ganz so viel Gewicht für die Entscheidung zur Familienpflege: Lediglich in 14 Prozent der hier geschilderten Fälle wurde die Pflege von der Familie aus vorwiegend finanziellen Motiven übernommen (Abbildung 32).

Organisationsprobleme bei der Pflege, etwa bei der Suche nach einem Platz im Pflegeheim (53 Prozent) oder bei der Auswahl eines geeigneten Pflegedienstes (50 Prozent) werden häufig gefürchtet. 34 Prozent haben die Vorstellung einer ungenügenden Zusammenarbeit der unterschiedlichen Einrichtungen und Personen, die an der Pflege beteiligt sind (Abbildung 13).

Auch aus den eigenen Erfahrungen mit der Pflege berichten nicht wenige über solche Organisationsprobleme (25 Prozent). 22 Prozent artikulieren den Wunsch nach mehr Unterstützung für die Familien der Gepflegten, denn in vielen Familien sind die Angehörigen oft an den Grenzen ihrer Kräfte (35 Prozent).

Sowohl allgemeine Vorstellungen wie auch konkrete Wahrnehmungen der Pflege prägen sich in Stadt und Land sowie in den unterschiedlichen Bundesländern im Wesentlichen gleich aus. Zwar gibt es kleinere Abweichungen. Dabei nehmen Faktoren Einfluss, die in der Statistik der Pflegeversicherung erkennbar sind. So hängt etwa die Vorstellung, es sei leicht oder schwierig, einen Platz im Pflegeheim zu bekommen, eng mit der Zahl der freien Plätze in den Pflegeheimen im jeweiligen Bundesland zusammen. Einflüsse ergeben sich auch durch die Pflege-Arrangements im Bundesland (bei höherem Anteil von Heimpflege wie z. B. in Schleswig-Holstein ist deutlich seltener von Pflegebelastungen für die Angehörigen die Rede). Das weitgehend übereinstimmende Gesamtbild wird durch solche Effekte jedoch nicht grundlegend verändert.

Die Qualität der Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste am Ort wird deutlich eher als gut denn als schlecht eingeschätzt. Allerdings wirken sich wahrgenommene Defizite in einzelnen Einrichtungen oder Pflegediensten stark aus, sodass ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung die Qualität eher als „teils teils“ bewertet. Von jenen, die hier konkrete Angaben machen, bewerten 50 Prozent die Qualität der Heime als (eher) gut und 16 Prozent als (eher) schlecht; 34 Prozent erklären „teils, teils“. Vor allem die Bevölkerung in den östlichen Bundesländern sowie in Baden-Württemberg, Bayern und Schleswig-Holstein sieht dabei eine (eher) gute Qualität.

Bei den Pflegediensten in ihrem Umfeld veranschlagen 55 Prozent die Qualität als (eher) gut und 11 Prozent als (eher) schlecht; wiederum 34 Prozent haben den Eindruck von teils guten, teils schlechten Angeboten. Besonders verbreitet sind die Wahrnehmungen einer guten Qualität wiederum in Ostdeutschland, in Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein sowie in Bayern. Eher kritisch fallen vor allem die Urteile der Berliner aus (Abbildung 18).

55 Prozent bewerten Pflegedienst im Umfeld als eher gut

Zusätzliche Angebote an Heimen und/oder Diensten würden sich 22 Prozent derer wünschen, die konkrete Angaben dazu machen. Dabei werden eher zusätzliche Pflegeheime für notwendig gehalten als zusätzliche Pflegedienste. Vergleichsweise groß sind die Anteile derer, die zusätzlichen Bedarf anmelden, in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt, in den drei Ländern also, in denen nach der Pflegestatistik die Quoten zwischen der Zahl der Heim Bewohner*innen und den verfügbaren Heimplätzen am ungünstigsten sind. Eher gering ist der Wunsch nach zusätzlichen Plätzen in Baden-Württemberg, Thüringen und Berlin (Abbildung 22), wobei aber in Baden-Württemberg zugleich vergleichsweise häufig Probleme bei der Suche nach einem Platz im Heim wahrgenommen werden.

Für eine etwaige eigene Pflege haben viele gleich zwei oder drei Wunschvorstellungen, wobei die Präferenzen erkennbar der Formel folgen: Selbständigkeit vor Angehörigenpflege vor ambulanter Pflege vor stationärer Pflege. 62 Prozent würden sich eine Versorgung durch den Partner oder die Partnerin in der eigenen Wohnung wünschen, 28 Prozent eine Versorgung durch andere Angehörige, 54 Prozent die Pflege durch einen ambulanten Dienst in der eigenen Wohnung, 39 Prozent eine Unterstützung im Rahmen des betreuten Wohnens. Wenn sie nicht mehr allein leben könnten, hätten 35 Prozent gern eine Wohnung in einem Mehrgenerationenhaus. 20 Prozent könnten sich auch gut vorstellen, in einer Wohngruppe mit anderen Älteren zu leben. Nur 5 Prozent wären von vornherein für eine Pflege im Pflegeheim offen.

Diese Präferenzen stellen sich in ähnlicher Form in allen Bundesländern ein, wobei es lediglich regionale Akzentuierungen gibt: So wird die Pflege durch den Partner bzw. die Partnerin in den meisten Ländern deutlich häufiger genannt als die Pflege durch einen

ambulanten Pflegedienst. In Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg finden die beiden Formen jedoch etwa gleich viele Interessenten. „Modernere“ Formen des Wohnens im Alter und bei Pflegebedarf wie etwa im Mehrgenerationenhaus oder in einer Wohngruppe werden in Westdeutschland eher akzeptiert als in Ostdeutschland. Ähnlich sind die Tendenzen auch gegenüber dem Zusammenleben mit anderen Angehörigen als dem Partner oder der Partnerin sowie gegenüber der Pflege durch eine 24-Stunden-Kraft. Dafür tendieren die Ostdeutschen geringfügig eher als die Westdeutschen zur Pflege durch einen Pflegedienst oder auch zur Pflege im Heim, wobei sich aber auch dort nicht mehr als 9 Prozent von vornherein für eine solche stationäre Pflege aussprechen (Brandenburg).

In den tatsächlichen Pflegearrangements überwiegt die Pflege in der eigenen Wohnung, sei es nun durch den Partner bzw. die Partnerin oder andere An- und Zuhörige (55 Prozent) oder einen ambulanten Pflegedienst (42 Prozent). 38 Prozent wurden bzw. werden (auch) im Heim gepflegt. Deutlich seltener als gewünscht bzw. für möglich gehalten, können die Gepflegten bislang in Formen wie Alten-Wohngruppen leben (2 Prozent der aktuell Gepflegten, Abbildung 28).

Dabei deuten die Mehrfachnennungen bei der Ermittlung der Pflegearrangements darauf hin, dass die Pflege zunächst überwiegend mit einer Angehörigenpflege beginnt, bei etwa einem Viertel der Gepflegten auch schon von Anfang an mit einer Pflege im Heim. Die Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst schließt sich häufig erst an eine Angehörigenpflege an (Abbildung 29).

Der Überblick über die auch schon einzeln dargestellten konkreten Beobachtungen bei der Pflege zeigt eher gute als schlechte Erfahrungen. Während Aussagen mit positiver Tendenz (z. B. Pflegekräfte kümmern sich gut) von durchschnittlich 43 Prozent der Pflegeerfahrenen gemacht werden, schließen sich den Aussagen mit negativer Tendenz (z. B. Pflegekräfte haben nicht genug Zeit) durchschnittlich nur 22 Prozent der Pflegeerfahrenen an. Diese grundsätzliche Tendenz zeigt sich in allen Bundesländern (Abbildung 33).

Eine weitere Differenzierung nach Pflegeorten zeigt für die Pflege in der eigenen Wohnung die besten Möglichkeiten, Selbstbestimmung und soziale Einbindung der Gepflegten zu erhalten. Allerdings werden diese Vorteile bei der Pflege durch Angehörige und Freunde zum Teil mit einer Überlastung der unausgebildeten Pfleger*innen erkaufte, die nicht selten an die Grenzen ihrer Kräfte stoßen (43 Prozent bei der Angehörigenpflege, 30 Prozent bei der Pflege im Heim) und mehr Unterstützung bräuchten (29 Prozent bei der Angehörigenpflege, 13 Prozent bei der Pflege im Heim, Abbildungen 31 und 32).

Auch die Pflegeerfahrungen in den 16 Bundesländern unterscheiden sich nicht substantiell voneinander. Im Wesentlichen stellen

sich überall ganz ähnliche Verteilungen der Aussagen ein wie in den bundesweiten Durchschnittswerten. Dabei lässt sich jedoch wiederum eine Reihe von Akzentuierungen beobachten. Besonders bedeutsam ist davon die durchgehende Neigung der Ostdeutschen, besondere Belastungen der Familien und der Pflegebedürftigen deutlich weniger herauszustellen als die Westdeutschen. Diese Haltung sollte durch vertiefende Forschung erklärt werden (Abbildungen 33 bis 37).

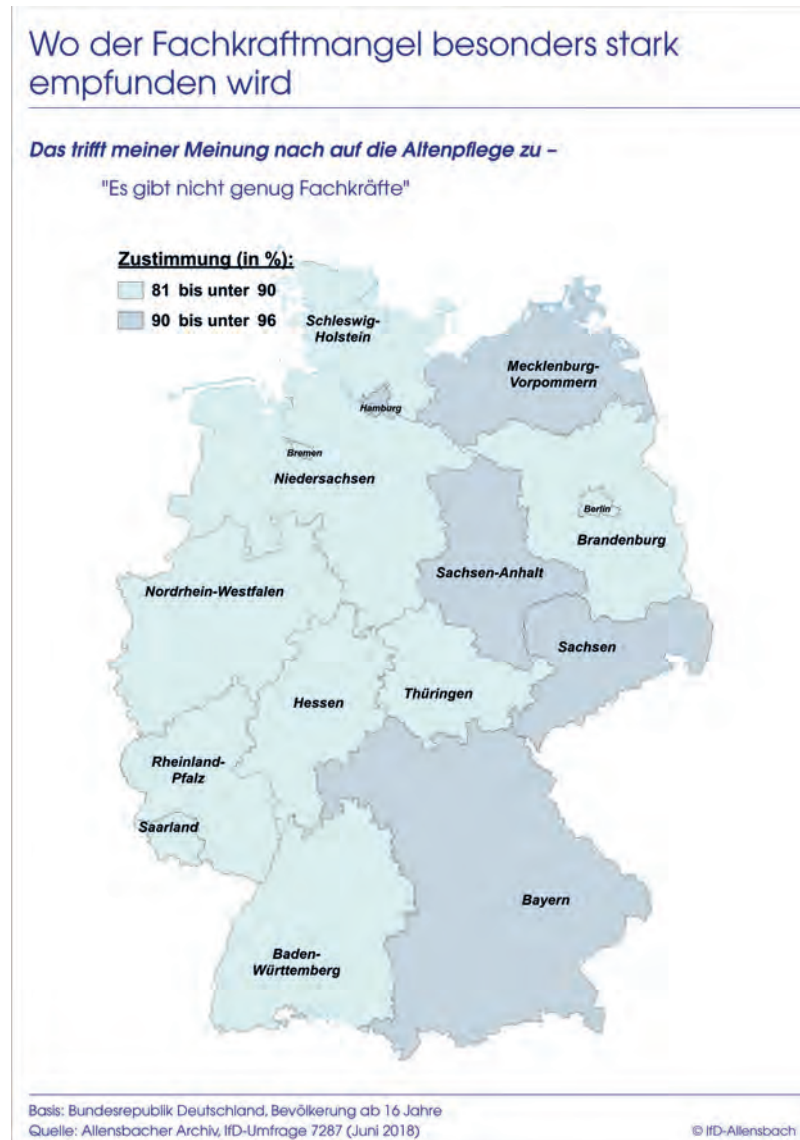
Angesichts der verbreiteten Krisenvorstellungen, die zumindest zum Teil auch durch Erfahrungen von Gepflegten bestätigt werden, halten 84 Prozent der Bürgerinnen und Bürger mehr Einsatz der Politik für die Pflege für notwendig. Lediglich 7 Prozent finden den politischen Stellenwert des Themas ausreichend (Abbildungen 38).

Handlungsbedarf wird dabei nicht allein für den Fachkräftemangel und für die damit zusammenhängenden Probleme gesehen. Der Blick richtet sich auch auf die hohen Kosten, die insbesondere mit der Pflege im Heim verbunden sind. Diese Kosten müssen nicht allein die Pflegebedürftigen tragen, sondern nicht selten auch deren Angehörige. Deshalb gibt es hier neben der Befürchtung, selbst zum „Sozialfall“ zu werden (Abbildung 7) auch Ängste davor, den Angehörigen erhebliche Kosten zu verursachen bzw. für Eltern oder Schwiegereltern finanziell eintreten zu müssen.

Vor diesem Hintergrund wünschen sich 68 Prozent mehr Schutz durch die Pflegeversicherung: Ihrer Meinung nach sollte die Pflegeversicherung alle Pflegekosten abdecken, auch wenn dafür deutlich höhere Beiträge bezahlt werden müssten. Nur 6 Prozent würden es vorziehen, bei niedrigen Versicherungsbeiträgen nur einen Teil der Kosten ersetzt zu bekommen. Ein vergleichsweise großer Anteil von 26 Prozent bleibt unentschieden (Abbildungen 40).

**68 Prozent
wünschen
sich mehr
Schutz durch
die Pflege-
versicherung**

Anhang: Abbildung 1



Anhang: Abbildung 2

Verständigungsschwierigkeiten mit ausländischen Pflegekräften

Das trifft meiner Meinung nach auf die Altenpflege zu –

"Viele Pflegekräfte sprechen nicht ausreichend deutsch"

Zustimmung (in %):

16 bis unter 30

30 bis unter 40

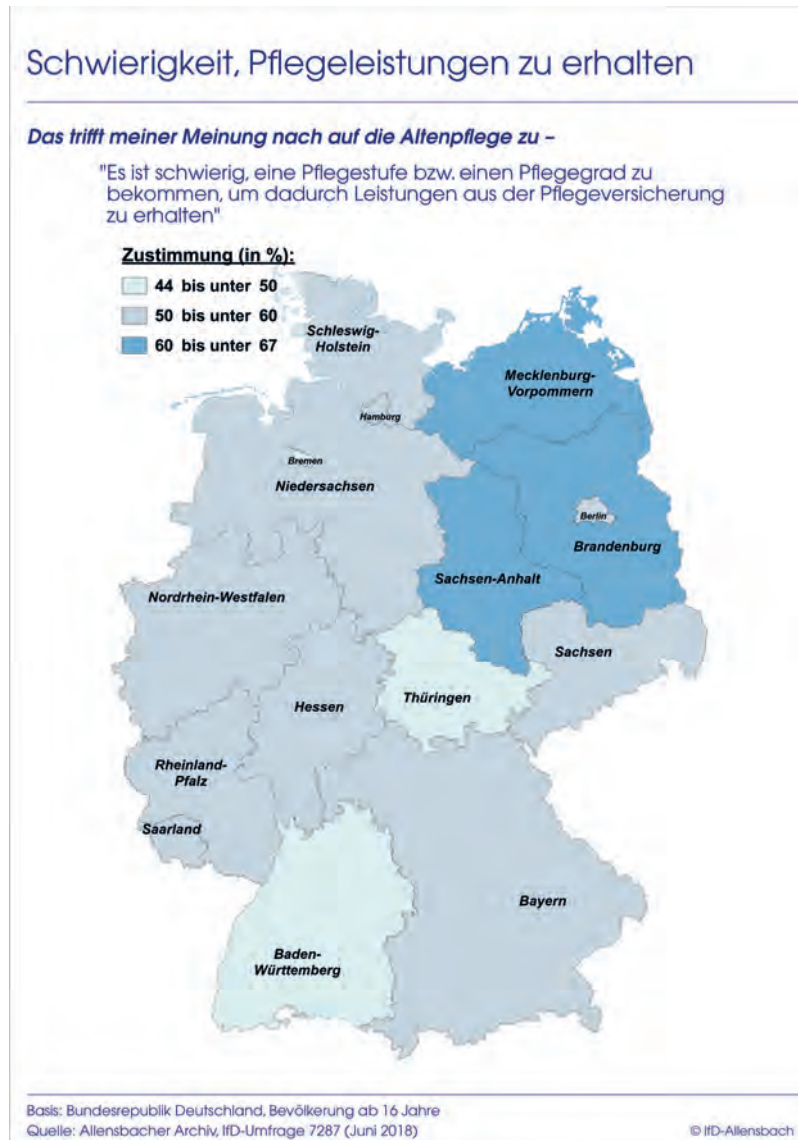
40 bis unter 51



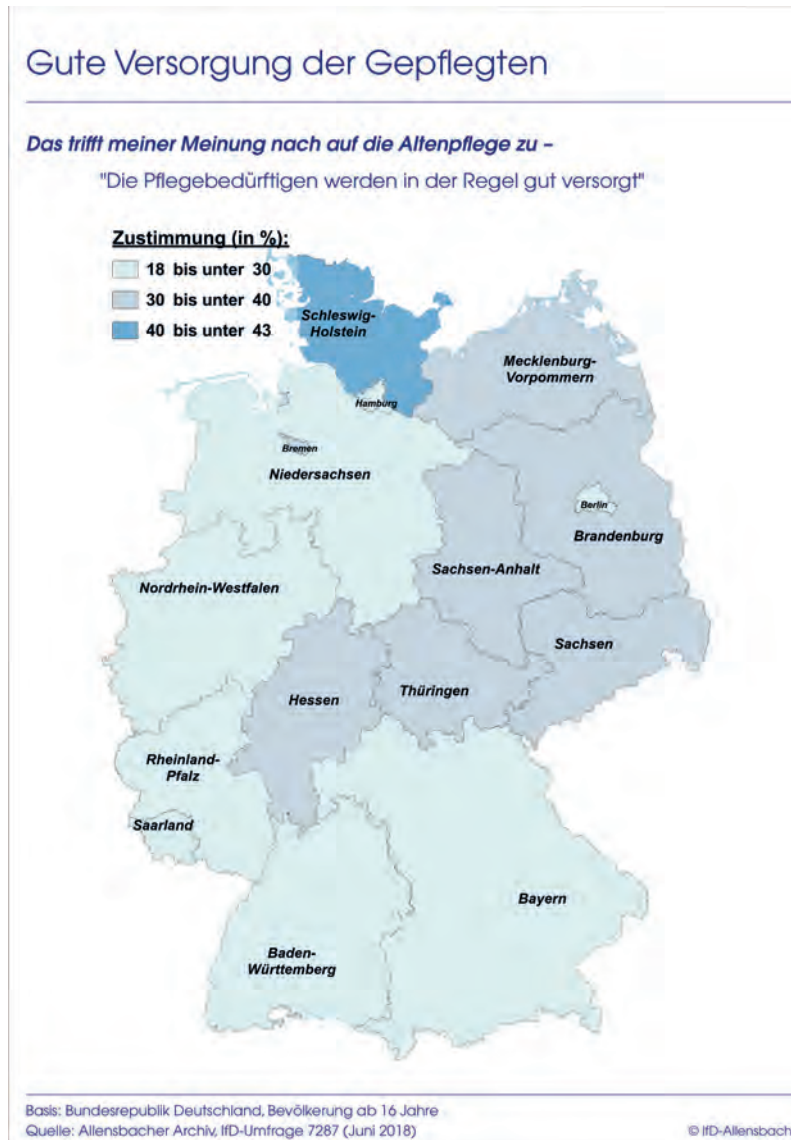
Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 7287 (Juni 2018)

© IFD-Allensbach

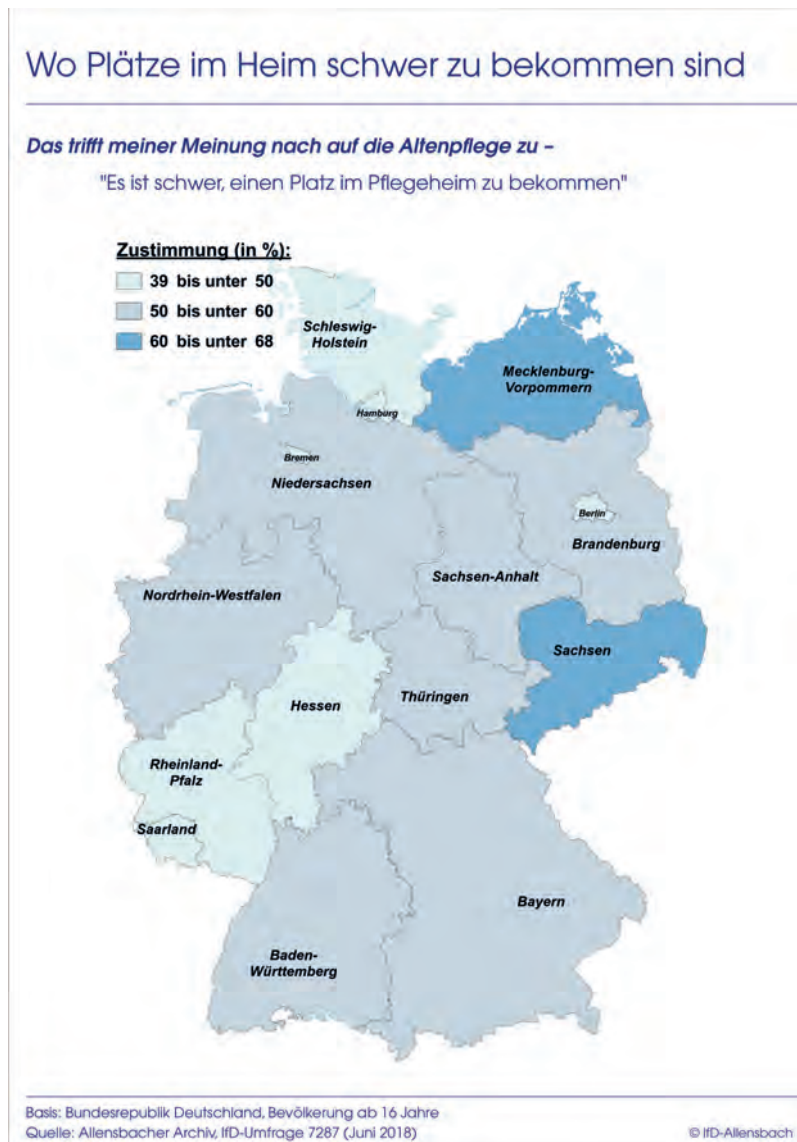
Anhang: Abbildung 3



Anhang: Abbildung 4



Anhang: Abbildung 5



Anhang: Abbildung 6

Wo das Angebot der Pflegedienste unübersichtlich ist

Das trifft meiner Meinung nach auf die Altenpflege zu –

"Es gibt zu viele verschiedene Pflegedienste, da weiß man nicht genau, wie die Qualität ist"

Zustimmung (in %):

41 bis unter 50

50 bis unter 60

60 bis unter 62



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 7287 (Juni 2018)

© IFD-Allensbach

Anhang: Abbildung 7

Abstimmungsprobleme

Das trifft meiner Meinung nach auf die Altenpflege zu –

"Die verschiedenen Personen und Einrichtungen, die an der Pflege beteiligt sind, arbeiten oft nicht gut zusammen, z.B. Ärzte, Pflegedienste und Heime"

Zustimmung (in %):

22 bis unter 30

30 bis unter 43



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
 Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 7287 (Juni 2018)

© IfD-Allensbach

Anhang: Abbildung 8

Wünsche nach mehr Pflegeheimen

*Befragte mit konkreten Angaben:
Es wünschen sich vor Ort mehr Pflegeheime*

Zustimmung (in %)

11 bis unter 20

20 bis unter 30

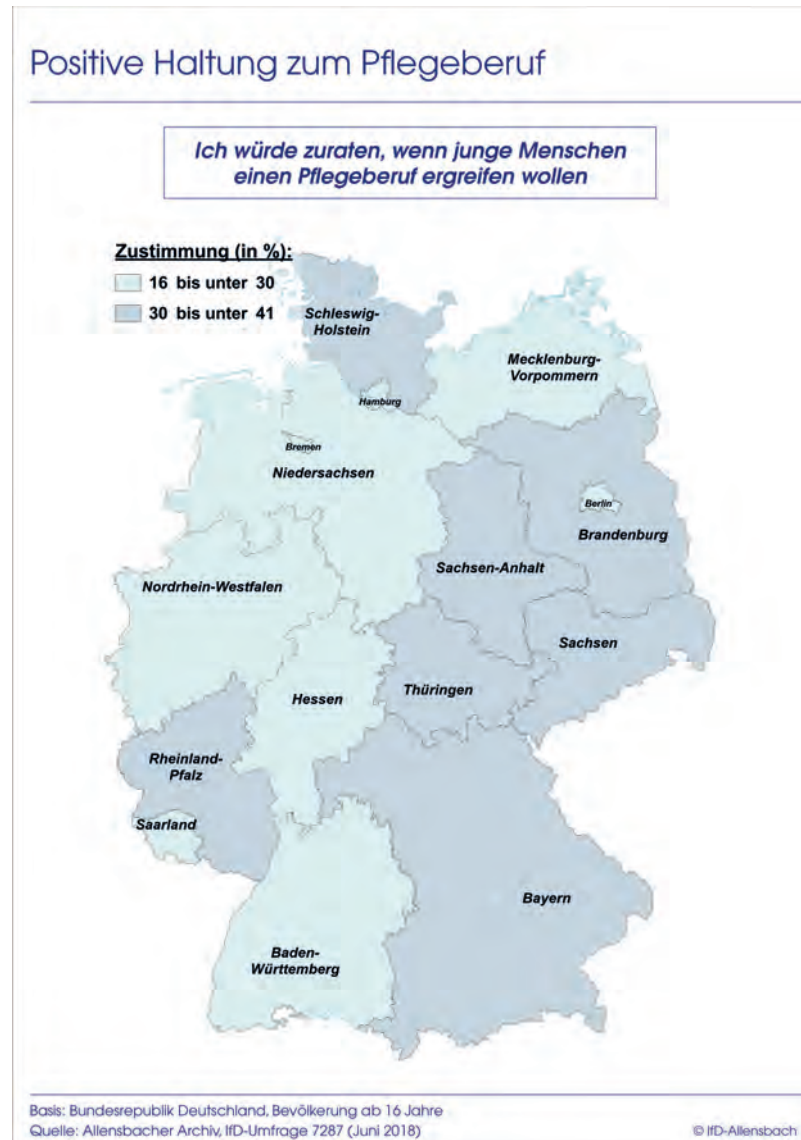
30 bis unter 40



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 7287 (Juni 2018)

© IFD-Allensbach

Anhang: Abbildung 9



Anhang: Abbildung 10

Erkennbare Motive der Präferenzen für Pflege und Leben im Alter

Das trifft meiner Meinung nach auf die Pflege zu:
 + Vorstellung wird weit überdurchschnittlich genannt
 - Vorstellung wird weit unterdurchschnittlich genannt

	Bevölkerung insgesamt	Präferenz für die Pflege –					im Pflegeheim
		durch ambulanten Pflegedienst	durch 24-Stunden-Kraft	in einer Wohngruppe	im Mehrgenerationenhaus	im betreuten Wohnen	
Es gibt nicht genug Fachkräfte	88						-
Viele, die ins Pflegeheim kommen, werden wegen der hohen Kosten zum Sozialfall	61	+	+	+	+	+	
Ist oft lieblos	56		+	+			-
Es ist schwierig, eine Pflegestufe bzw. einen Pflegegrad zu bekommen, um dadurch Leistungen aus der Pflegeversicherung zu erhalten	54		+			+	
In der Pflege sind viele Personen beschäftigt, die nicht dafür ausgebildet sind	54		+		+	+	
Es ist schwer, einen Platz im Pflegeheim zu bekommen	53						
Es gibt zu viele verschiedene Pflegedienste, da weiß man nicht genau, wie die Qualität ist	50		+		+	+	
In Pflegeheimen werden die Pflegebedürftigen oft schlecht behandelt	40		+	+			-
Die verschiedenen Personen und Einrichtungen, die an der Pflege beteiligt sind, arbeiten oft nicht gut zusammen, z.B. Ärzte, Pflegedienste und Heime	34		+	+	+	+	
Die Pflegebedürftigen werden in der Regel gut versorgt	28						+
Die Pflegebedürftigen werden meist respektvoll behandelt	24						+

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
 Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 7287 (Juni 2018)

© IFD-Allensbach

Verzeichnis der Abbildungen:

- 1 Viele Quellen zur Information über die Pflege
- 2 Viele kennen die Pflege aus der Nähe: auch unter Jüngeren schon viele aktiv Beteiligte
- 3 Mehr Problemwahrnehmungen in der Altenpflege
- 4 Wahrnehmungen der Pflegerinnen und Pfleger: Fachkräftemangel, Zeitdruck, hohes Engagement
- 5 Beobachtungen bei der Pflege: Im Vordergrund steht die gute Pflege
- 6 Wie die Pflege in den Bundesländern gesehen wird: Sicht auf Pflegerinnen und Pfleger
- 7 Wahrnehmung der Pflegekosten: teuer, für viele zu teuer
- 8 Beobachtungen bei der Pflege: Kosten
- 9 Wie die Pflege in den Bundesländern gesehen wird: Blick auf die Kosten
- 10 Eindrücke, wie gepflegt wird: oft lieblos
- 11 Beobachtungen bei der Pflege: wie gepflegt wird
- 12 Wie die Pflege in den Bundesländern gesehen wird: Wie gepflegt wird
- 13 Das Bild der Pflegeorganisation: strenge Regelungen, dennoch Defizite
- 14 Beobachtungen bei der Pflege: Organisation der Pflege
- 15 Wie die Pflege in den Bundesländern gesehen wird: Pflegeorganisation
- 16 Wahrgenommene Qualität der Pflegeheime vor Ort
- 17 Wahrgenommene Qualität der ambulanten Pflegedienste vor Ort
- 18 Qualitätsbewertung der Pflegeangebote vor Ort
- 19 Genug Pflegeheime vor Ort? Die Mehrheit sieht eine ausreichende Versorgung
- 20 Genug ambulante Pflegedienste vor Ort? Die Mehrheit sieht eine ausreichende Versorgung
- 21 Erkennbare Motive für Wünsche nach mehr Infrastruktur: Organisationsprobleme, weite Entfernungen, Wahrnehmung von Qualitätsdefiziten
- 22 Wünsche nach mehr Pflegediensten bzw. Pflegeheimen
- 23 Einen Pflegeberuf ergreifen? Die Bevölkerung würde eher zuzurückweichen

- 24 Personen mit Pflegeerfahrung würden eher zum Pflegeberuf raten als andere
- 25 Was für die Bevölkerung gegen einen Pflegeberuf spricht: Nur wenige finden die Pflege grundsätzlich unangenehm
- 26 Präferenzen für den Ort der Pflege: am liebsten in der eigenen Wohnung
- 27 Präferenzen für den Ort der Pflege in den Bundesländern
- 28 Pflegearrangement: Wunsch und Wirklichkeit
- 29 Entwicklung der Pflegearrangements
- 30 Wie die Pflege erlebt wurde
- 31 Was bei unterschiedlichen Pflegearrangements beobachtet wurde (Teil 1)
- 32 Was bei unterschiedlichen Pflegearrangements beobachtet wurde (Teil 2)
- 33 Berichte über die Pflege: in allen Ländern mehr positive als negative Aussagen
- 34 Wie die Pflege in den Bundesländern erlebt wird: Positive Aspekte
- 35 Wie die Pflege in den Bundesländern erlebt wird: Unterstützung durch Pflegekräfte und Ärzte
- 36 Wie die Pflege in den Bundesländern erlebt wird: Belastungen für die Familie
- 37 Wie die Pflege in den Bundesländern erlebt wird: Negative Aspekte
- 38 Wahrgenommener geringer Stellenwert der Pflege: unabhängig von konkreter Erfahrung mit der Pflege
- 39 Stabile Wahrnehmung: Geringer Stellenwert des Themas Pflege in der Politik – nur 2014 besser
- 40 Mehr Schutz durch die Pflegeversicherung: in Ost und West von vielen gewünscht

Anhang: Abbildungen:

- 1 Wo der Fachkraftmangel besonders stark empfunden wird
- 2 Verständigungsschwierigkeiten mit ausländischen Pflegekräften
- 3 Schwierigkeit, Pflegeleistungen zu erhalten
- 4 Gute Versorgung der Gepflegten
- 5 Wo Plätze im Heim schwer zu bekommen sind
- 6 Wo das Angebot der Pflegedienste unübersichtlich ist

- 7 Abstimmungsprobleme
- 8 Wünsche nach mehr Pflegeheimen
- 9 Positive Haltung zum Pflegeberuf
- 10 Erkennbare Motive der Präferenzen für Pflege und Leben im Alter

5. Regionale Unterschiede in der Pflegesituation sowie Analysen relativ zum Eintritt in die Pflegebedürftigkeit

Philip Lewin, Laura Lange, Timo Schulte, Dr. h. c. Helmut Hildebrandt

Analyse von GKV-Routinedaten der DAK-Gesundheit für den Pflegereport 2018

5.1 Kernergebnisse

5.1.1 Epidemiologie der Pflegebedürftigkeit in der DAK-Population

- Überdurchschnittliche Pflegehäufigkeit in der DAK-Population von 5,7 % gegenüber 3,9 % in der deutschen Gesamtbevölkerung.
- Pro Jahr werden 12 von 1.000 Versicherten der DAK neu pflegebedürftig (Inzidenz 1,2 %).
- Pflegebedürftige Frauen weisen ein viel höheres Durchschnittsalter auf als pflegebedürftige Männer (79 versus 71 Jahre). 2/3 der Pflegebedürftigen sind weiblich, was zum Teil der Tatsache geschuldet ist, dass Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, irgendwann pflegebedürftig zu werden.
- Gegenüber 27 % im Bundesdurchschnitt wird mit 32 % ein etwas größerer Anteil der Pflegebedürftigen der DAK in Heimen vollstationär versorgt.
- Vollstationär gepflegte Versicherte versterben im Schnitt mit 81 Jahren, durch Angehörige Gepflegte hingegen mit 76 Jahren. Allerdings steigt mit höherem Lebensalter auch die Wahrscheinlichkeit stationär gepflegt zu werden.

5.1.2 Regionale Variation in der DAK-Population

- In den westlichen Regionen Deutschlands ist die Pflegeprävalenz innerhalb der jeweiligen Versichertenpopulation eher überdurchschnittlich, in den östlichen dagegen eher unterdurchschnittlich.
- In den östlichen Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt erhalten die Versicherten der DAK zwischen 70–73 Jahren ihre Pflegebedürftigkeits-Erstbegutachtung. In Baden-Württemberg, Bayern oder Bremen erfolgt der Pflegeeintritt durchschnittlich erst ab einem Alter von ca. 79 Jahren.

- Das durchschnittliche Sterbealter der Pflegebedürftigen in den östlichen Bundesländern ist vergleichsweise niedrig und liegt in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt zwischen 75,7–77,4 Jahren. Der Bundesdeutsche Durchschnitt liegt bei 82,5 Jahren.
- In den östlichen Bundesländern weisen die Pflegebedürftigen überdurchschnittlich viele Krankenhausfälle auf. In Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt sind es im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt zwischen 15–17 Fälle mehr pro 100 Pflegebedürftige, in Thüringen sind es sogar 20 zusätzliche Fälle.
- Die GKV-Gesamtkosten sind in den östlichen Bundesländern mit durchschnittlich mehr als 15.000 Euro pro Jahr überdurchschnittlich hoch; in Hessen, Niedersachsen, Baden-Württemberg und Bremen sind diese hingegen mit unter 13.000 Euro unterdurchschnittlich gering. Die durchschnittlichen Kosten in Deutschland liegen bei etwas über 13.500 Euro pro Jahr.
- In den Bundesländern mit überdurchschnittlich alten Pflegebedürftigen wie z. B. Baden-Württemberg und Bayern finden sich auch überdurchschnittliche Anteile von Versicherten in Pflegestufe 3 (inkl. Härtefällen) bzw. stationär gepflegter Versicherter. Letzteres kann zum Teil auch mit dem regional größeren Angebot an Pflegeheimplätzen zusammenhängen (Statistisches Bundesamt 2017c). In den östlichen Bundesländern zeigen sich demgegenüber höhere Anteile von durch Angehörige gepflegte Personen in niedrigeren Pflegestufen.

5.1.3 Entwicklungen relativ zum Pflegeeintritt in der DAK-Population

- Frauen werden im Vergleich zu Männern durchschnittlich 3,5 Jahre später pflegebedürftig. Zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung bzw. Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit sind Frauen durchschnittlich etwa 79,1 Jahre und Männer 75,4 Jahre.
- Männer haben eine höhere Wahrscheinlichkeit im Rahmen der Erstbegutachtung in eine höhere Pflegestufe eingestuft zu werden. Während 24 % der Frauen in Pflegestufe 2 oder höher beginnen sind es demgegenüber 31 % der Männer.
- Zu Beginn der Pflegebedürftigkeit werden 90 % der Pflegebedürftigen noch zuhause bzw. ambulant gepflegt. Der Anteil sinkt etwa nach einem Jahr zu Lasten eines höheren Anteils stationär gepflegter Personen auf 82 % durch Angehörige oder ambulant gepflegter Personen ab.
- 60 % der Pflegebedürftigen haben im Quartal vor ihrem Pflegebeginn mindestens einen Krankenhausfall.

- Krebs (vor allem Lungenkrebs), Frakturen (vor allem des Femurs und des Beckens), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (vor allem Herzinsuffizienz und Hirninfarkt), Pneumonien und COPD sind häufige stationär in Krankenhäusern behandelte Erkrankungen, die einer Pflegebedürftigkeit unmittelbar vorausgehen und stellen somit wahrscheinlich die häufigsten pflegebegründenden Erkrankungen dar.
- Lediglich bei 5,4 % der Pflegebedürftigen wurde im Quartal vor Beginn der Pflegebedürftigkeit eine Leistung der stationären Rehabilitation dokumentiert, wobei gemäß § 5 Abs. 1 SGB XI derartige Maßnahmen eigentlich verstärkt eingeleitet werden sollen, um den Eintritt der Pflegebedürftigkeit ggfs. noch zu verhindern.
- Insbesondere die Nutzung sonstiger Leistungen wie z. B. von Heil- und Hilfsmitteln steigt im Zusammenhang mit dem Beginn der Pflegebedürftigkeit. Während ein Jahr vor Pflegeeintritt nur etwa 46 % der Pflegebedürftigen entsprechende Leistungen in Anspruch nahmen sind es unmittelbar davor knapp 64 % und unmittelbar danach 73 %.
- Fast 1/3 der Versicherten der DAK ist spätestens ein Jahr nach Beginn der Pflegebedürftigkeit bereits verstorben. Etwa jeder sechste Pflegebedürftige verstirbt direkt im ersten Quartal nach Beginn der Pflegebedürftigkeit.
- Männer werden zum Zeitpunkt ihres Todes eher durch Angehörige (m: 31,2 % zu w: 21,1 %) und Frauen eher stationär (w: 46,6 % zu m: 34,6 %) gepflegt.
- Besonders hoch ist das Risiko innerhalb des ersten Jahres nach Pflegeeintritt zu versterben, wenn die Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Herzinsuffizienz einsetzt. Von diesen Pflegebedürftigen verstirbt ca. ein Drittel innerhalb des ersten Jahres. Im Vergleich dazu versterben etwa nur etwa 18 % der pflegebedürftigen Demenzpatienten im ersten Jahr nach Pflegeeintritt.
- Im ersten Jahr der Pflegebedürftigkeit steigt insbesondere der Anteil an Pflegebedürftigen mit folgenden Komorbiditäten: Harninkontinenz, Depression, (Rücken-) Schmerz, Fettstoffwechselstörung, Störungen des Ganges sowie Demenz und Senilität.

5.2 Einleitung

Die alternde Bevölkerung in Deutschland stellt die Gesellschaft vor zunehmende Herausforderungen. Da mit steigendem Alter auch die Wahrscheinlichkeit steigt, irgendwann auf Hilfe angewiesen zu sein bzw. pflegebedürftig zu werden, werden die Themen Pflege und Pflegebedürftigkeit zunehmend relevant. Pflegebedürftig sind gemäß SGB XI Personen, die auf Hilfe angewiesen sind, da sie gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufweisen. In diesem Teil des Pflegereports werden insbesondere

zwei große Themen aufgearbeitet: Nach einer kurzen deskriptiven Darstellung der Gesamtpopulation der Pflegebedürftigen der DAK werden zum einen regionale Unterschiede auf den Ebenen der Bundesländer und der Landkreise herausgearbeitet und zum anderen Auswertungen relativ zum erstmaligen Eintritt in die Pflegebedürftigkeit vorgestellt.

5.3 Methodik und Datengrundlage

Die Analysen in diesem Kapitel basieren vollständig auf den Abrechnungsdaten der DAK aus den Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der sozialen Pflegeversicherung. Bei sämtlichen Schritten der Datenaufbereitung und -auswertung wurden die Empfehlungen der Guten Praxis Sekundärdatenanalyse berücksichtigt (Swart et al., 2015).

Daten- grundlage

Insgesamt wurden 14 Datensätze für die Jahre 2014 bis 2017 zur Verfügung gestellt. Neben zwei Datensätzen zu den Stammdaten der Versicherten und deren Versichertenzeiten, standen insgesamt zehn Datensätze für die GKV-Leistungsbereiche Arztfälle und -diagnosen, Krankenhausfälle und -diagnosen, Arzneimittel, stationäre Rehabilitation, sonstige Leistungen Fälle und Leistungsbeschreibung sowie häusliche Krankenpflege Fälle und Diagnosen und außerdem zwei Datensätze für die SPV-Leistungsbereiche zu Pflegezeiten und Pflegeleistungen zur Verfügung. Derartig umfangreiche Routedaten erlauben es, neben Prävalenz und Inzidenz insbesondere das Inanspruchnahme-Verhalten und sektorenübergreifende Versorgungsverläufe gut abzubilden.

Ausgewertet wurden Daten aller pflegebedürftigen Patienten aus den Jahren 2014 bis 2017. Als Pflegebedürftige galten dabei all diejenigen Versicherten, bei denen bereits eine Pflegestufe dokumentiert war bzw. die innerhalb des entsprechenden Zeitraums nach einer Erstbegutachtung als pflegebedürftig eingestuft wurden.

Im ersten Teil der Sekundärdaten-Analyse wurden Prävalenz und Inzidenz der Pflegebedürftigkeit auf Basis der Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit analysiert und nach Pflegestufe und Versorgungsform differenziert. Da der gesellschaftliche Wandel regional sehr unterschiedliche Ausprägungen annehmen kann, wurde im folgenden Teil die regionale Verteilung pflegebedürftiger Versicherter der DAK-Gesundheit grafisch aufbereitet. Schließlich wurden pflegebedürftige Versicherte relativ zum Zeitpunkt ihres Pflegeeintritts ausgewertet. Nach Qualitätsprüfung und entsprechender Datenbereinigung (z. B. wurden Versicherte mit nicht plausiblen Zeitangaben aus der Analyse entfernt) konnten Daten von insgesamt 144.971 Versicherte relativ zum Beginn ihrer Pflegebedürftigkeit ausgewertet werden. Hierbei handelt es sich um Abrechnungsdaten von Versicherten, die in den Jahren 2015 oder 2016 pflegebedürftig wurden. Für die Analyse des Zeitraumes vor und nach Pflegeeintritt wurden

relative Zeiträume gebildet, wobei der Tag des Beginns den individuellen Zeitpunkt t_0 darstellt. In Folge wurden die 364 Tage vor und nach t_0 als relatives Jahr mit je vier relativen Quartalen zu je 91 Tagen untersucht. Diese Analyse lieferte Erkenntnisse über die besondere Situation pflegebedürftiger Versicherter im Zeitraum vor und nach der Erstbegutachtung bzw. vor und nach Beginn der Pflegebedürftigkeit, wie z. B. deren in Anspruch genommene Leistungen sowie die Entwicklung von Komorbiditäten und Kosten, wobei die Versorgungssituation pflegebedürftiger Versicherter häufig vergleichsweise komplex ist.

Die Auswertung sämtlicher Daten für dieses Kapitel erfolgte über die Statistiksoftware R (R Core Team, 2018).

5.4 Prävalenz und Inzidenz pflegebedürftiger Versicherter der DAK

Die auf Basis der Abrechnungs-Routinedaten der DAK-Gesundheit ermittelte durchschnittliche Pflegehäufigkeit (administrative Prävalenz) beträgt durchschnittlich ca. 5,7 %. Vergleicht man diese Pflegeprävalenz mit den 3,9 % im Jahr 2017 aus der offiziellen Statistik der Pflege-Leistungsempfänger (Bundesministerium für Gesundheit, 2018) so stellt sich der Anteil der Pflegebedürftigen in der Population der DAK als überdurchschnittlich dar. Die durchschnittliche Anzahl der neu hinzukommenden Pflegebedürftigen (Inzidenz) beläuft sich bei der DAK auf ca. 1,2 % bzw. es kommen etwa 12 Pflegebedürftige pro 1.000 Versicherte jährlich neu zur Population der Pflegebedürftigen hinzu.

Pflegeprävalenz in der DAK-Population höher als der Bundesdurchschnitt

Hinsichtlich des Ausmaßes der Beeinträchtigung der Pflegebedürftigen in ihrer Selbstständigkeit wird in dieser Auswertung noch zwischen Leistungsempfängern der Pflegestufen 0, 1, 2 und 3 des vor dem 01.01.2017 gültigen Pflegebegriffs unterschieden, da in den vorliegenden Untersuchungsjahren eben noch nicht der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff galt, der nun eine Einstufung in fünf Pflegegrade vorsieht. Personen in Pflegestufe 1 galten im Sinne des alten, eher somatischen Pflegebegriffs als erheblich pflegebedürftig (angewiesen auf Hilfeleistungen mindestens einmal täglich), Personen in Pflegestufe 2 als schwer pflegebedürftig (angewiesen auf Hilfeleistungen mindestens dreimal täglich) und Personen in Pflegestufe 3 als schwerst-pflegebedürftig (mindestens vierständiger Hilfebedarf rund um die Uhr). Darüber hinaus gehender Pflegebedarf im Sinne der sogenannten Härtefälle wurde im Rahmen dieser Analysen ebenfalls Pflegestufe 3 zugeordnet. Wenn für die in der jeweiligen Analyse betrachteten Zeitspanne zwei unterschiedliche Meldungen zu Pflegestufen bei einem Versicherten vorlagen, wurde die niedrigere Pflegestufe durch die höhere überschrieben.

Der Großteil der pflegebedürftigen Versicherten der DAK (45 %) befindet sich in Pflegestufe 1 (siehe Tabelle 1). Weiterhin sind deutlich

Verteilung der Pflegestufen nach Geschlecht mehr weibliche Patienten von einer Pflegebedürftigkeit betroffen (67 % in der DAK-Gesundheit-Population versus 62 % in der amtlichen Statistik (Statistisches Bundesamt 2017a)), wobei Frauen aufgrund ihres höheren Durchschnittsalters (w: 79,1; m: 70,6) auch eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, irgendwann überhaupt pflegebedürftig werden zu können. Männer haben tendenziell eine etwas höhere Pflegestufe als Frauen – ca. 52 % aller Männer befinden sich in den höchsten beiden Pflegestufen, aber nur etwa 49 % der Frauen.

Differenzierung nach Versorgungsform Bei der Differenzierung nach Versorgungsformen (siehe Tabelle 2) fällt auf, dass der Anteil von ca. 32 % vollstationär in Heimen gepflegter Versicherter etwas größer ist als im bundesdeutschen Durchschnitt mit 27 % (Statistisches Bundesamt, 2017c). Frauen werden dabei häufiger in Heimen gepflegt als Männer (w: 35 %; m: 26 %), Männer werden demgegenüber häufiger durch Angehörige gepflegt (w: 46 %; m: 55 %).

Tabelle 1: Pflegebedürftige im Jahr 2016 nach Pflegestufe

Pflegestufe	Gesamt	Frauen	Männer
Pflegestufe 0	4,97	4,47	5,91
Pflegestufe 1	45,06	46,54	42,06
Pflegestufe 2	32,80	32,09	34,30
Pflegestufe 3	17,10	16,85	17,65

Tabelle 2: Pflegebedürftige im Jahr 2016 nach Versorgungsform

Versorgungsform	Gesamt	Frauen	Männer
Anteil ambulant (%)	16,87	17,31	16,05
Anteil stationär (%)	31,96	34,71	26,24
Anteil teilstationär (%)	2,43	2,22	2,94
Anteil Angehörige (%)	48,74	45,75	54,76

5.5 Regionale Verteilung von Pflegebedürftigen der DAK-Gesundheit

Gesundheitsrelevante Bedarfe hängen auch von (sozial-)demografischen Indikatoren ab, welche Auswirkungen auf die Gesundheitsrisiken einer regionalen Bevölkerung haben. Zur Anpassung des Gesundheitssystems an unterschiedliche strukturelle und morbiditätsbedingte Rahmenbedingungen wächst der regionalisierten, kleinräumigen Versorgungsforschung an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis größere Bedeutung zu. Ziel ist es, mittels (gesundheits-)wissenschaftlicher Methoden regionale Hete-

rogenität zu ergründen und Erkenntnisse zur Verbesserung der Versorgungsqualität abzuleiten (Swart et al., 2014).

Zunächst werden sämtliche Ergebnisse zur Abbildung der Versorgung von Pflegebedürftigen auf der Ebene der Bundesländer in Tabellenform in auf- oder absteigender Sortierung mit zusätzlicher Angabe des Durchschnittswerts für Deutschland dargestellt.

Für die kartografische Darstellung der unterschiedlichen Kennzahlen wurden die Pflegebedürftigen der DAK-Gesundheit über die Postleitzahl (PLZ) ihres Wohnortes einem Landkreis bzw. einer kreisfreien Stadt zugeordnet (im Folgenden als „Kreise“ bezeichnet). Verwendet wurde hier der aktuelle Kreisgebietsstand mit insgesamt 401 regionalen Einheiten. Da PLZ-Gebiete nicht immer grenzscharf innerhalb der Kreisgrenzen liegen, kann die Zuordnung häufig nicht eindeutig erfolgen. Sofern sich ein PLZ-Gebiet über mehr als einen Kreis erstreckte, wurden die dort wohnhaften Versicherten anhand des flächenmäßigen Anteils des PLZ-Gebietes auf die jeweiligen Kreise verteilt. Im Durchschnitt konnten 550 pflegebedürftige Versicherte pro Kreis und Jahr in die Auswertung einbezogen werden (Min.: 80; Max.: 10.100). Die jeweiligen Ergebnisse auf Kreisebene wurden dann im Vergleich mit den Ergebnissen aller anderen Kreise in fünf Quantile eingeordnet (~80 Kreise pro Kategorie). In der Kategorie von 0–20 % finden sich solche Kreise, welche sich hinsichtlich der jeweils ausgewerteten Kennzahl stark unterdurchschnittlich darstellten, wohingegen auf der anderen Seite der Skala in der Kategorie von 81–100 % solche Kreise gelistet sind, die stark über dem Durchschnitt lagen. Zur Visualisierung der kartografischen Darstellung wurden Karten des Geodatenzentrums herangezogen (Bundesamt für Kartographie und Geodäsie 2018).

Die Farbgebung erfolgt grundsätzlich nach dem Schema, dass unterdurchschnittliche Werte blau und überdurchschnittliche Werte orange eingefärbt sind. Ausnahmen bilden hier die Betrachtungen des durchschnittlichen Alters zum Pflegeeintritt und des durchschnittlichen Alters zum Zeitpunkt des Todes. Hier sind ein relativ früher Pflegeeintritt bzw. ein relativ frühes Versterben orange eingefärbt und ein überdurchschnittlich später Pflegeeintritt bzw. ein überdurchschnittliches Sterbealter blau.

5.5.1 Pflegeprävalenz

Die Begriff Pflegeprävalenz beschreibt hier den Anteil pflegebedürftiger Menschen an der Population der DAK-Gesundheit-Versicherten. Analog zum Vorgehen in der amtlichen Statistik wurde ein Stichtagsbezug zum Ende der jeweiligen Jahre genutzt.

Pflegeprävalenz in westlichen Regionen am höchsten

In Prozent ausgedrückt liegt die Pflegeprävalenz in der DAK-Gesundheit-Population insgesamt bei 5,7 %. Im Vergleich der Bundesländer (siehe Abbildung 1) variiert der Anteil der Pflegebedürftigen zwischen 4,1 % und 7,8 % (ohne Bremen, das aufgrund der relativ betrachtet geringeren Einwohner- bzw. Versichertenzahl anfälliger für Schwankungen ist als die übrigen Bundesländer, zwischen 3,8 % und 6,6 %). Die kartografische Darstellung in Abbildung 2 erscheint vertikal zweigeteilt. In den westlichen Regionen Deutschlands ist die Pflegeprävalenz eher überdurchschnittlich und in den östlichen eher unterdurchschnittlich, was ein gegensätzliches Ergebnis zur amtlichen Pflegestatistik ist (Statistisches Bundesamt 2017b), da sich hier in den östlichen Bundesländern höhere Pflegeprävalenzen im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt ergeben. Dies ist insofern eine Besonderheit der DAK-Gesundheit-Population, die auch bei den weiteren Analysen zu berücksichtigen ist, wenn sie mit der amtlichen Statistik verglichen wird.

Abbildung 1: Pflegeprävalenz im Bundeslandvergleich (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

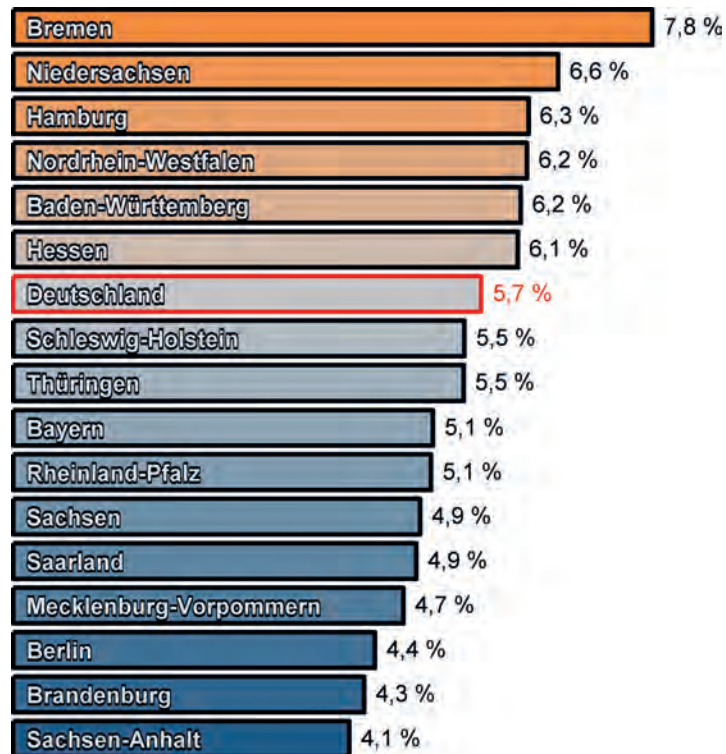
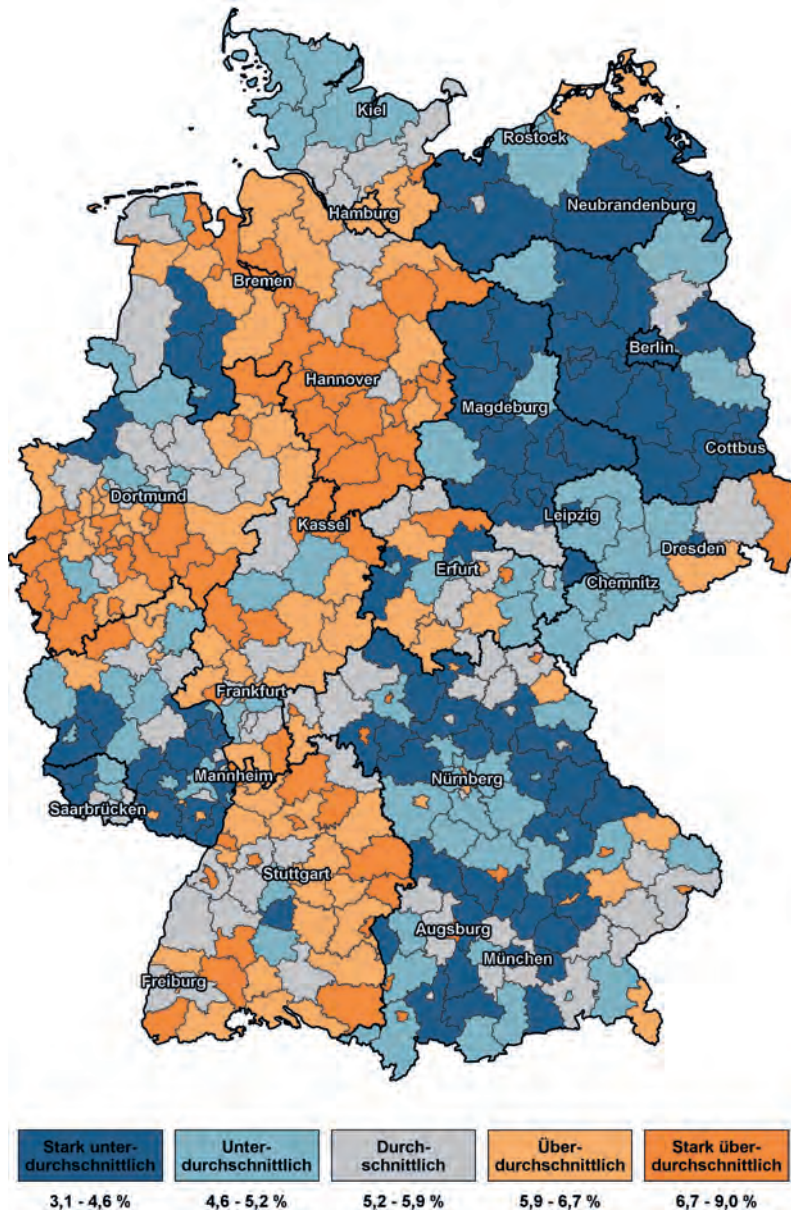


Abbildung 2: Regionale Verteilung der Pflegeprävalenz auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)



5.5.2 Schwere der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufen)

Die Schwere der Pflegebedürftigkeit ausgedrückt in den Pflegestufen des ehemaligen Pflegebegriffs unterliegt mitunter starken regionalen Unterschieden vornehmlich auf der Ebene der Bundesländer, da sich auf der kleinräumigeren Kreisebene die Bundeslandgrenzen mit einigen Ausnahmen wie z. B. Niedersachsen gut nachvollziehen lassen und hier eine geringere Varianz innerhalb der Bundesländer auftritt.

Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen sind schwerstpflegebedürftig

Im Schnitt von 2014–2016 haben 4,3 % der Pflegebedürftigen die Pflegestufe 0, 44,8 % die Pflegestufe 1, 33,3 % die Pflegestufe 2 und 17,6 % weisen eine Pflegestufe 3 auf (inkl. Härtefälle). Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen sind also schwer- bis schwerstpflegebedürftig.

Bei der Pflegestufe 0 ist auf Kreisebene kein wirkliches Muster innerhalb der Verteilung in Deutschland zu erkennen (siehe Abbildungen 3 und 4), auch wenn es Unterschiede von immerhin 3,4 Prozentpunkten zwischen dem Bundesland mit dem höchsten und dem mit dem geringsten Anteil gibt. In Schleswig-Holstein besitzen 6,0 % der Pflegebedürftigen die Pflegestufe 0 wohingegen es in Hessen lediglich 2,6 % der Pflegebedürftigen sind.

Die Pflegestufe 1 ist im Vergleich zu anderen Regionen im Norden und Osten am stärksten vertreten (siehe Abbildungen 5 und 6), während die Pflegestufe 2 in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Hessen überdurchschnittlich bis stark überdurchschnittlich häufig vergeben wird (siehe Abbildungen 7 und 8). Die höchste Pflegestufe 3 wiederum tritt am häufigsten im Süden Deutschlands, in Bayern und Baden-Württemberg, sowie in Hessen auf (siehe Abbildungen 9 und 10).

Große Unterschiede in der räumlichen Verteilung der Pflegestufen

Alle Pflegestufen weisen bezüglich der Spannweite ihrer Anteile in den einzelnen Bundesländern hohe Werte auf. Die Pflegestufe 1 ist in Hessen mit 35,9 % am seltensten vertreten und in Berlin mit 51,6 % am häufigsten. Das entspricht einer Spannweite von etwa 16 Prozentpunkten. Genau die Hälfte, nämlich rund 8 Prozentpunkte, liegen das Maximum und Minimum bei der Pflegestufe 2 auseinander. Hessen hat mit 37,6 % den größten Anteil Pflegebedürftiger mit Pflegestufe 2 und Bremen mit 30,0 % den geringsten. Bei dem Anteil Pflegebedürftiger mit Pflegestufe 3 bildet Berlin das Schlusslicht mit 12,6 %. Mit 11,3 Prozentpunkten mehr ist der größte Anteil Pflegebedürftiger mit Pflegestufe 3 in Hessen zu finden.

Abbildung 3: Regionale Verteilung des prozentualen Anteils Pflegebedürftiger mit Pflegestufe 0 im Bundeslandvergleich (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

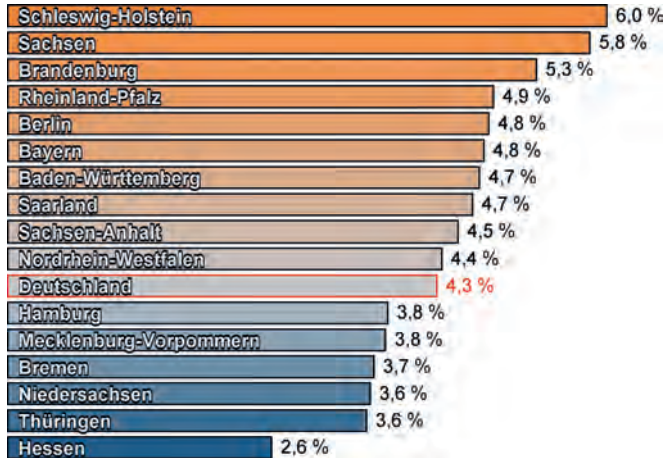


Abbildung 4: Regionale Verteilung des prozentualen Anteils Pflegebedürftiger mit Pflegestufe 0 auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

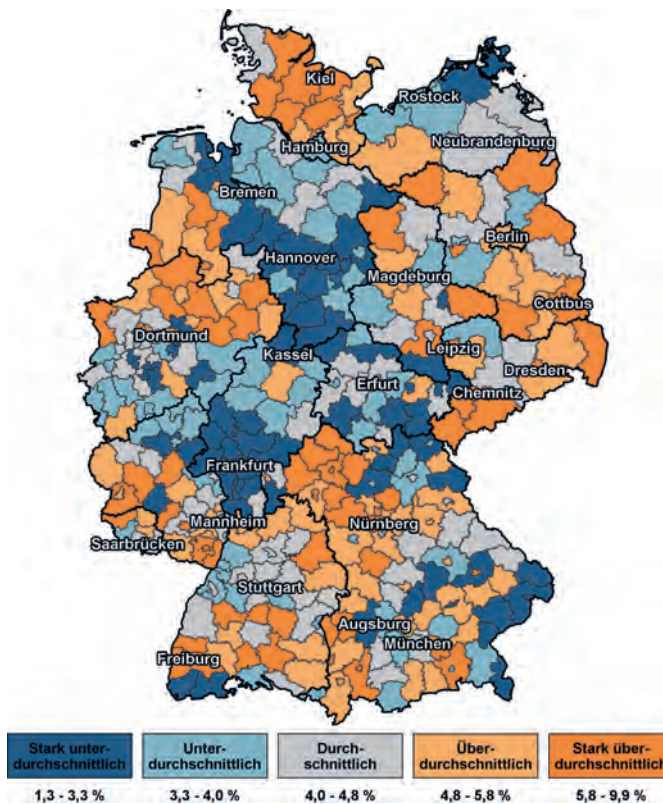


Abbildung 5: Regionale Verteilung des prozentualen Anteils Pflegebedürftiger mit Pflegestufe 1 im Bundeslandvergleich (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

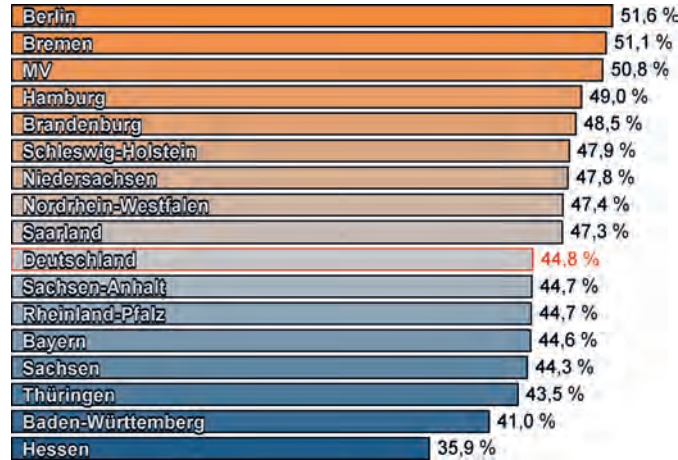


Abbildung 6: Regionale Verteilung des prozentualen Anteils Pflegebedürftiger mit Pflegestufe 1 auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

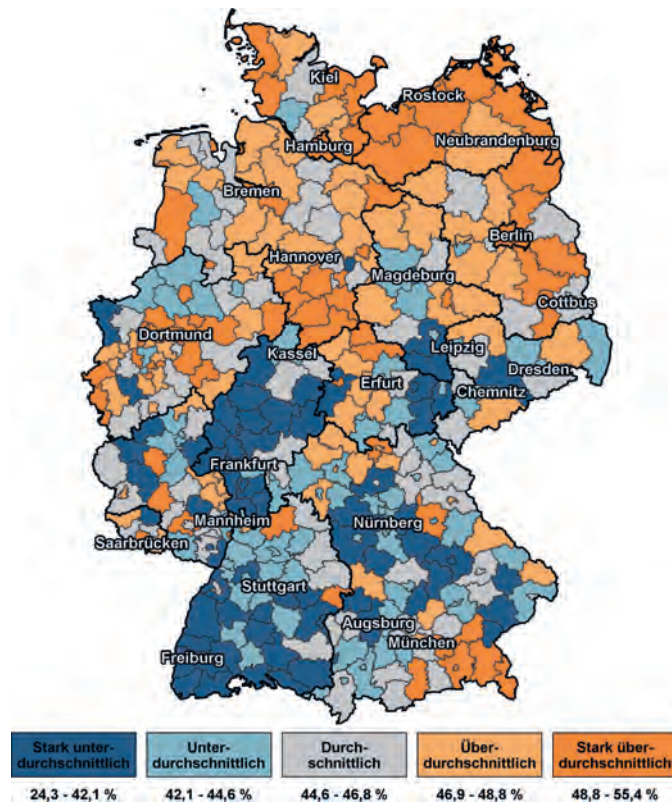


Abbildung 7: Regionale Verteilung des prozentualen Anteils Pflegebedürftiger mit Pflegestufe 2 im Bundeslandvergleich (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

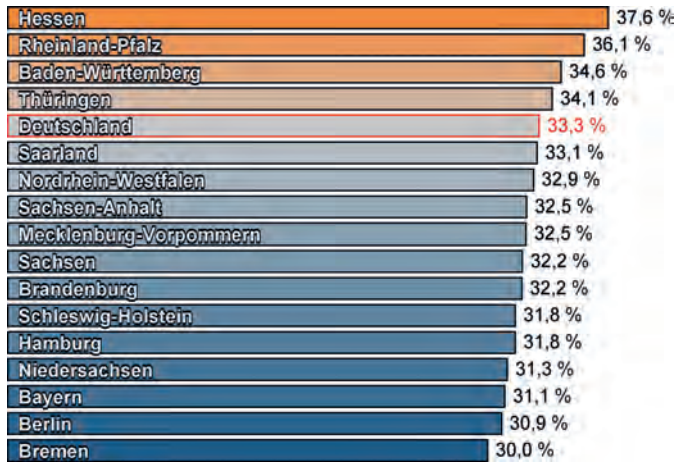


Abbildung 8: Regionale Verteilung des prozentualen Anteils Pflegebedürftiger mit Pflegestufe 2 auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

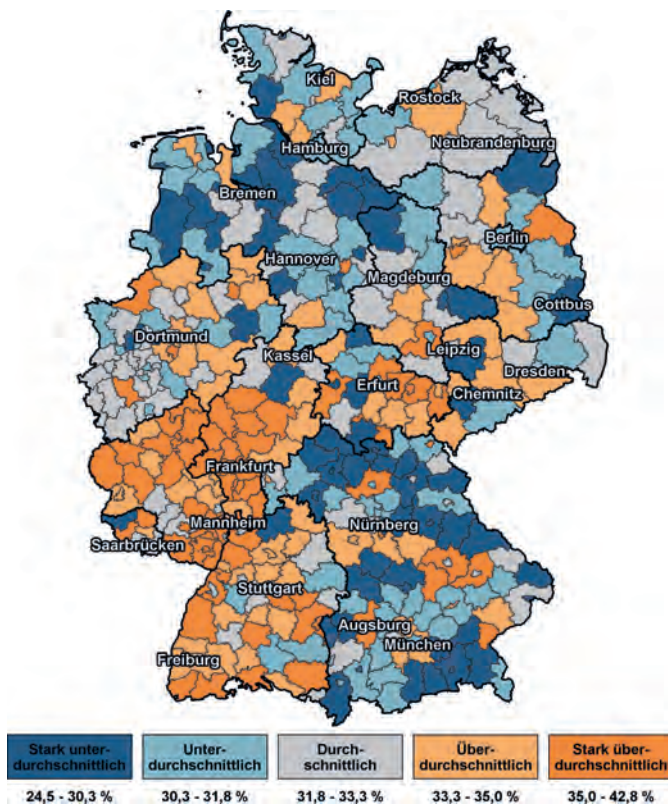


Abbildung 9: Regionale Verteilung des prozentualen Anteils Pflegebedürftiger mit Pflegestufe 3 im Bundeslandvergleich (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

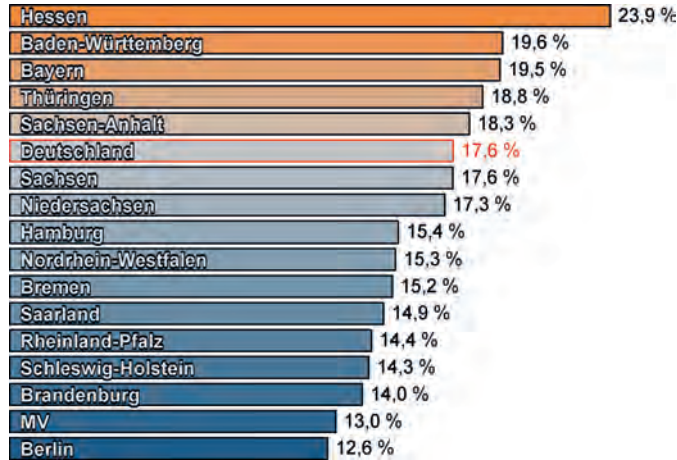
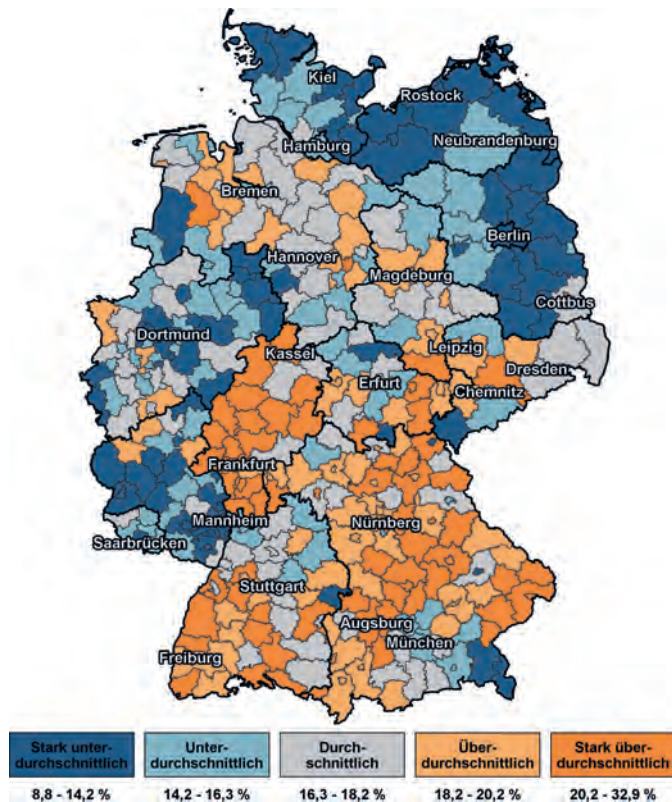


Abbildung 10: Regionale Verteilung des prozentualen Anteils Pflegebedürftiger mit Pflegestufe 3 auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)



5.5.3 Formen der Pflege

Ebenso variieren die Versorgungsformen regional relativ deutlich. Im Unterschied zu den Pflegestufen findet sich bei den Versorgungsformen eine stärkere Variation innerhalb der jeweiligen Bundesländer, weshalb hier eine kleinräumigere Betrachtung der Kreisebenen relevanter erscheint.

Mit einem Anteil von 48,4 % ist die Pflege durch Angehörige als Bezieher von Pflegegeld die häufigste Versorgungsform in Deutschland. Im Bundeslandvergleich (siehe Abbildung 11) ist der Anteil mit ca. 60 % in Mecklenburg-Vorpommern sowie Brandenburg am höchsten, gefolgt von Thüringen, Berlin und dem Saarland mit ca. 55 %. Geringere Anteile finden sich in den nördlichsten und südlichsten Bundesländern. Der Blick auf die kartographische Darstellung (siehe Abbildung 12) zeigt, dass sich das Gebiet mit überdurchschnittlichen Anteilen vom Saarland, Rheinland-Pfalz und den südlichen Gebieten Nordrhein-Westfalens über Hessen und Thüringen bis in die östlichen Bundesländer Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern erstreckt. Kleinere Häufungen finden sich ebenfalls im Nordwesten von Niedersachsen sowie in den östlichsten Kreisen von Bayern.

Pflege durch Angehörige ist die häufigste Versorgungsform

Die vollstationäre Pflege ist unter den pflegebedürftigen DAK-Gesundheit-Versicherten mit einem Anteil von 32,2 % die zweithäufigste Versorgungsform. In Regionen mit niedrigem Anteil von durch Angehörige Gepflegten werden Pflegebedürftige entsprechend häufiger in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt. Besonders deutlich zeigt sich dies beim Vergleich der beiden kartographischen Darstellungen (siehe Abbildung 12 und Abbildung 14).

Vollstationäre Pflege

Von allen pflegebedürftigen DAK-Gesundheit-Versicherten werden 17 % zusätzlich zur Betreuung durch Angehörige als Bezieher von Pflegegeld durch ambulante Pflegedienste versorgt. Bremen und Hamburg weisen mit ca. 24 % die höchsten Anteile auf. Die Karte (siehe Abbildung 16) zeigt im Vergleich zu den anderen Versorgungsformen ein eher heterogenes Bild. Häufungen sind im Nordosten von Nordrhein-Westfalen und in eher städtischen Regionen zu erkennen.

Ambulante Pflege

Teilstationäre Pflege ist die seltenste Pflegeform in Deutschland. Ihr Anteil beträgt lediglich 2,4 %. Regionale Häufungen höherer Anteile lassen sich in der östlichen Hälfte Deutschlands erkennen (siehe Abbildung 18). Die Streuung um den bundesdeutschen Durchschnitt fällt hier allerdings auch am geringsten aus (siehe Abbildung 17).

Teilstationäre Pflege

Abbildung 11: Regionale Verteilung des prozentualen Anteils Pflegebedürftiger mit Pflege durch Angehörige im Bundeslandvergleich (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

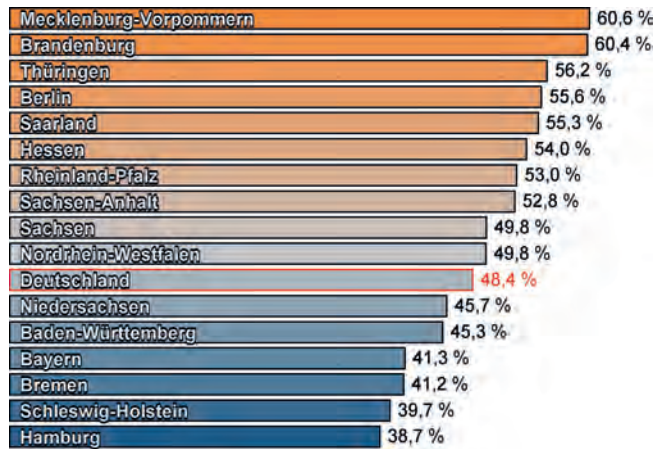


Abbildung 12: Regionale Verteilung des prozentualen Anteils Pflegebedürftiger mit Pflege durch Angehörige auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

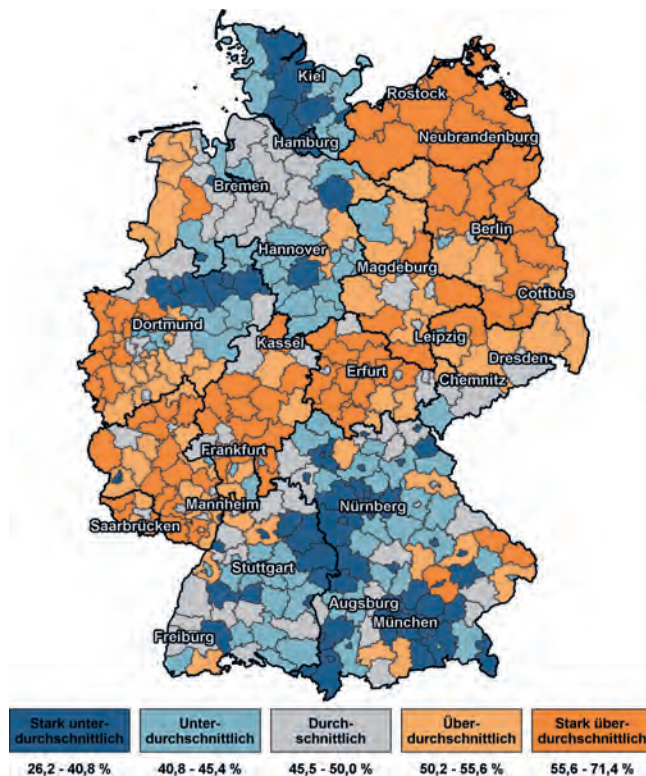


Abbildung 13: Regionale Verteilung des prozentualen Anteils Pflegebedürftiger mit vollstationärer Pflege im Bundeslandvergleich (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

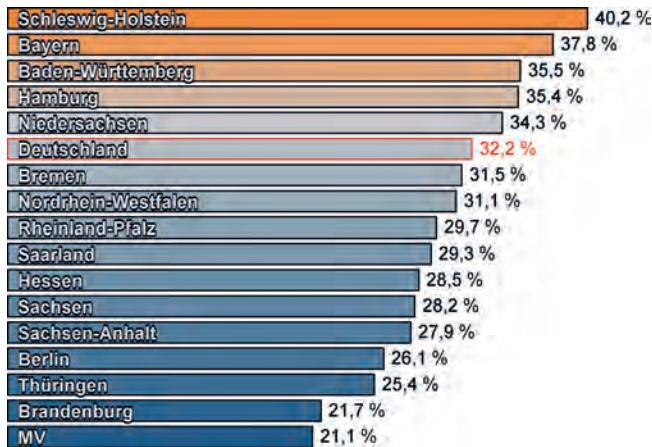


Abbildung 14: Regionale Verteilung des prozentualen Anteils Pflegebedürftiger mit vollstationärer Pflege auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

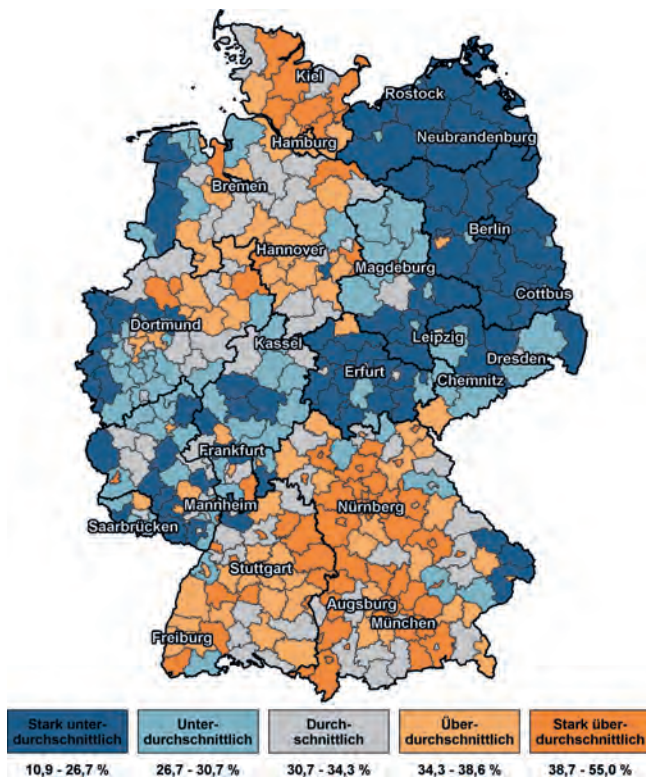


Abbildung 15: Regionale Verteilung des prozentualen Anteils Pflegebedürftiger mit ambulanter Pflege im Bundeslandvergleich (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

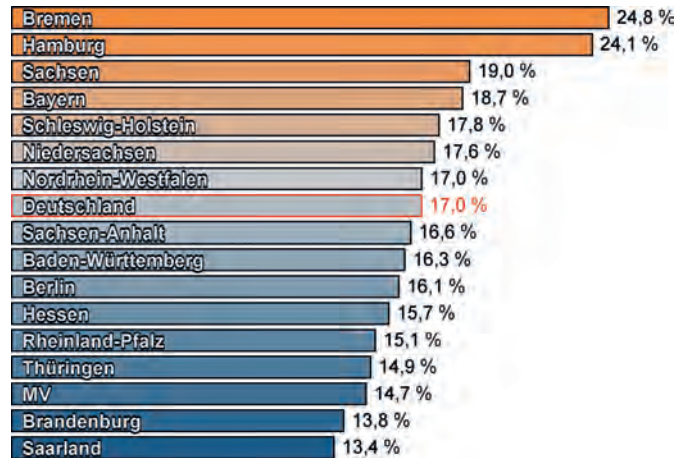


Abbildung 16: Regionale Verteilung des prozentualen Anteils Pflegebedürftiger mit ambulanter Pflege auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

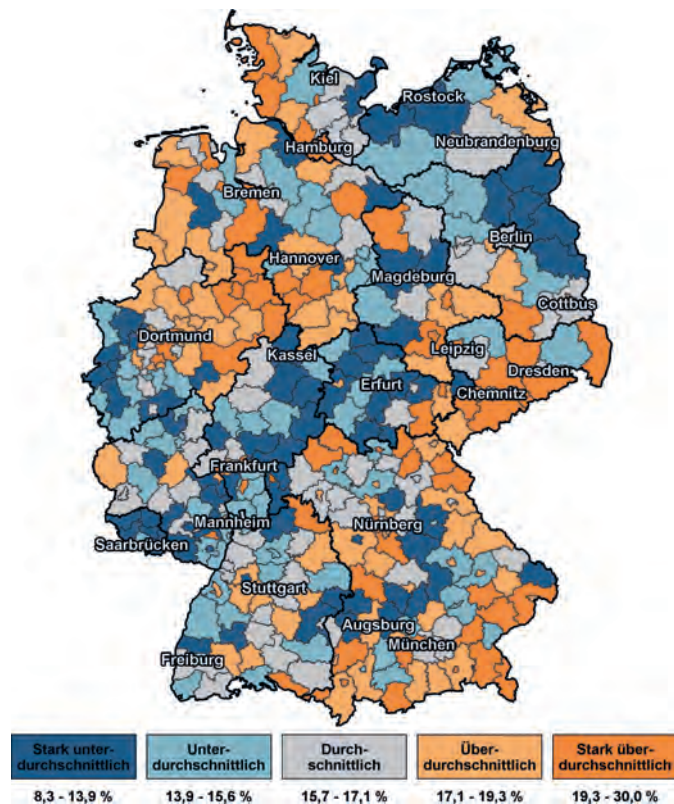


Abbildung 17: Regionale Verteilung des prozentualen Anteils Pflegebedürftiger mit teilstationärer Pflege im Bundeslandvergleich (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

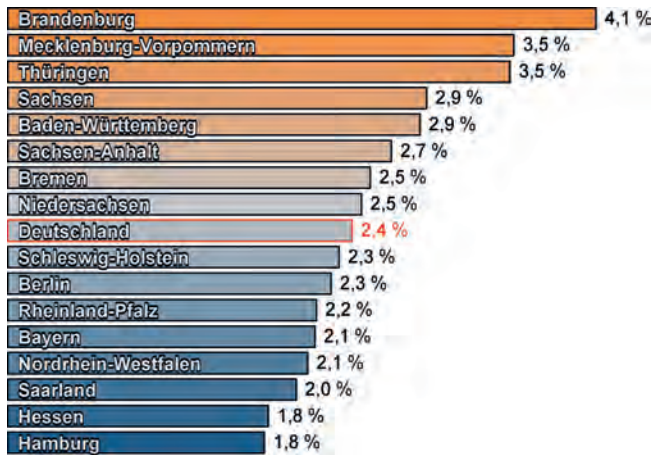
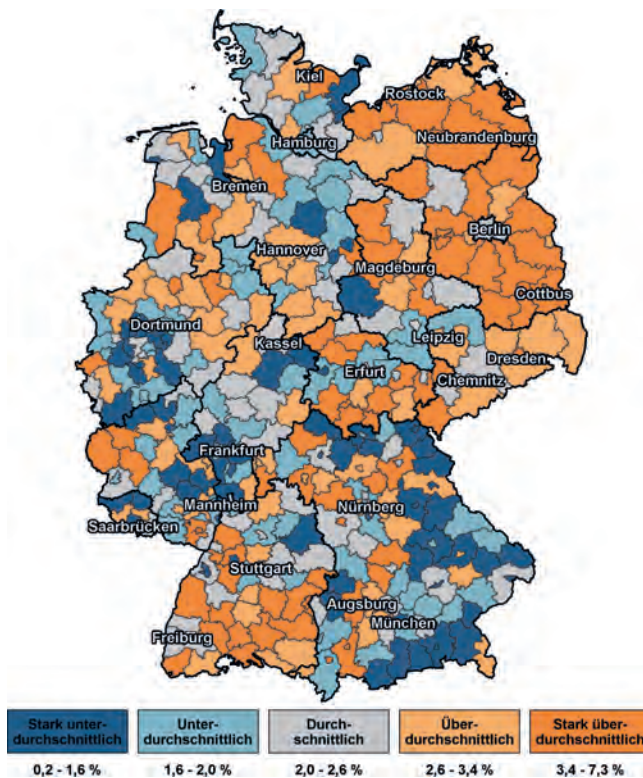


Abbildung 18: Regionale Verteilung des prozentualen Anteils Pflegebedürftiger mit teilstationärer Pflege auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)



5.5.4 Durchschnittsalter zu Beginn der Pflegebedürftigkeit

Alter bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit variiert nach Wohnort

Bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit sind DAK-Gesundheit-Versicherte in Deutschland durchschnittlich 77,3 Jahre alt. Im Bundeslandvergleich (siehe Abbildung 19) zeigen sich erneut deutliche Unterschiede. Die Spannweite zwischen dem niedrigsten und höchsten durchschnittlichen Alter bei Pflegeeintritt beträgt 8,6 Jahre. In Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt werden die Versicherten über 4 Jahre früher pflegebedürftig als im Bundesdurchschnitt. Auf der Ebene der Kreise (Abbildung 20) fällt die Westflanke Deutschlands im Verlauf von Schleswig-Holstein bis zur Grenze Baden-Württembergs mit einem unterdurchschnittlich frühen Pflegeeintritt auf. Eine weitere kleine Häufung unterdurchschnittlicher Werte befindet sich im östlichsten Teil von Bayern. Diese Regionen stehen im starken Kontrast zu allen anderen Regionen in Bayern, in denen das Alter bei Pflegeeintritt zumeist stark über dem Durchschnitt liegt. Die größte regionale Häufung stark unterdurchschnittlicher Werte erstreckt sich über fast alle Kreise innerhalb von Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen. In den Gebieten um München Augsburg, Nürnberg und Stuttgart lassen sich die größten Häufungen stark überdurchschnittlicher Werte identifizieren.

Abbildung 19: Durchschnittliches Alter bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit im Bundeslandvergleich (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

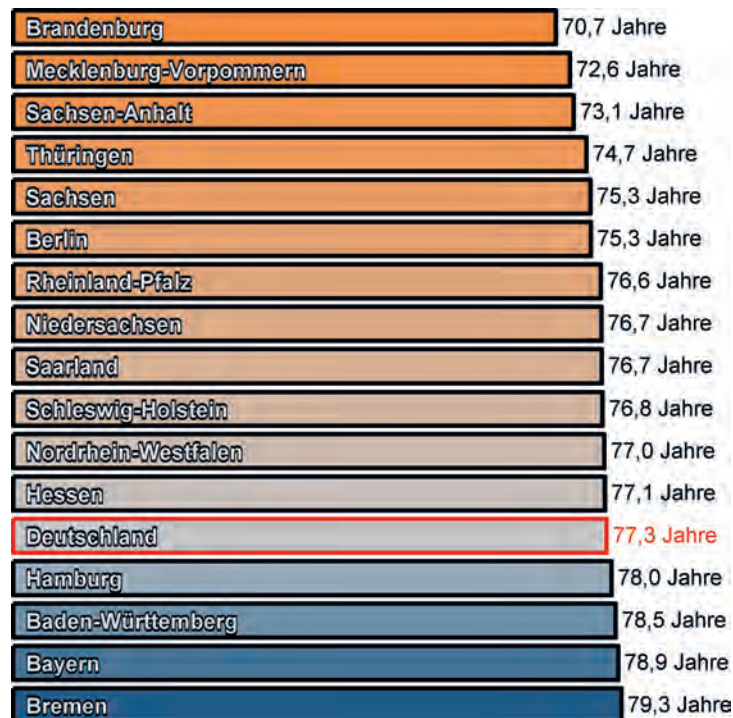
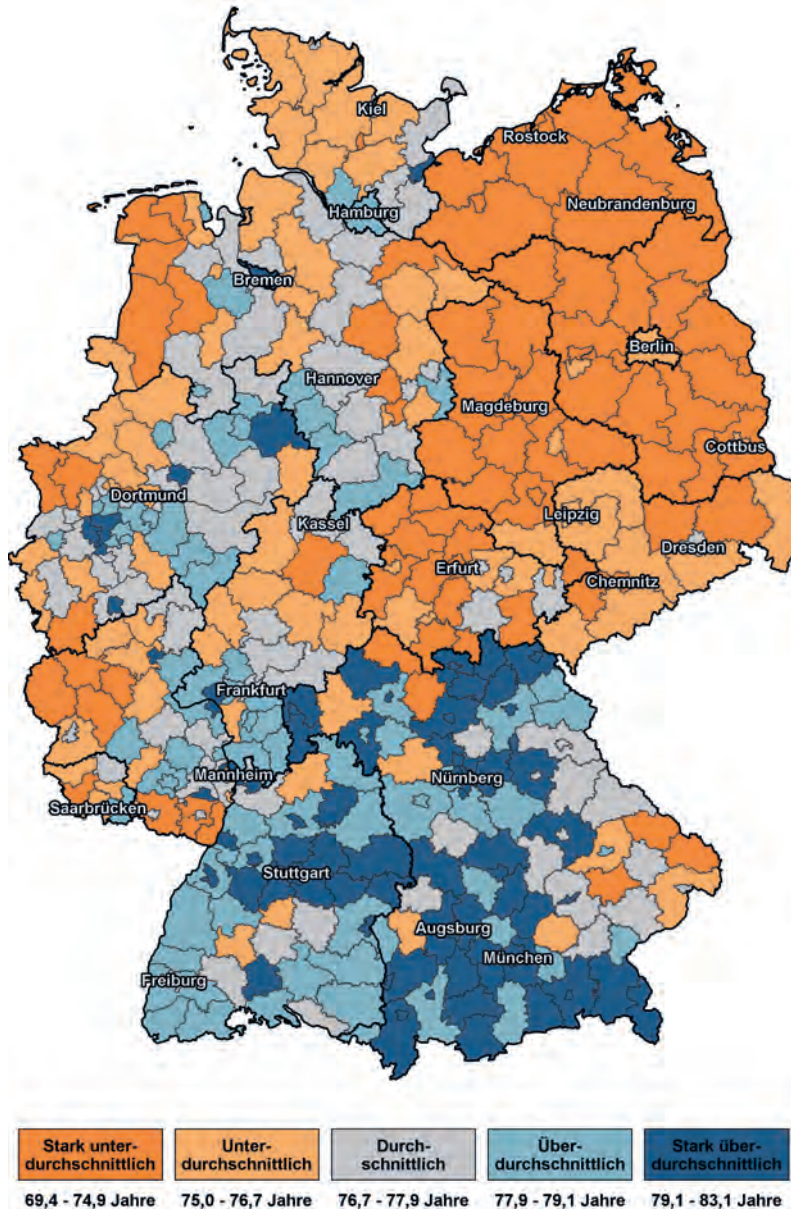


Abbildung 20: Durchschnittliches Alter bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)



5.5.5 Durchschnittliches Sterbealter

Starke Unterschiede beim durchschnittlichen Sterbealter

Hinsichtlich des durchschnittlichen Sterbealters von pflegebedürftigen Versicherten gibt es erstaunlich starke Unterschiede innerhalb von Deutschland. Betrachtet man nur die Bundesländer, beträgt die Spannweite 8,1 Jahre. Auf Kreis-Ebene ergibt sich sogar ein Unterschied von 13,1 Jahren zwischen dem Kreis mit dem niedrigsten und dem mit dem höchsten Sterbealter. Während ein Pflegebedürftiger im Durchschnitt mit 82,5 Jahren stirbt, so sterben in Bayern und Baden-Württemberg die pflegebedürftigen Versicherten im Schnitt fast 1,5 Jahre später. Im Kontrast dazu lebt ein Versicherter mit Pflegeanspruch in Brandenburg mit 75,7 Jahren durchschnittlicher Lebensdauer sieben Jahre kürzer als der Durchschnitt in der DAK-Gesundheit-Population. Generell ist in den neuen Bundesländern, im Saarland und an den westdeutschen Grenzen außerhalb von Baden-Württemberg das Sterbealter unterdurchschnittlich bis stark unterdurchschnittlich. Bis auf ein paar wenige Kreise in Bayern, ist die aus dem durchschnittlichen Sterbealter der Pflegebedürftigen abgeleitete Lebenserwartung dieser Personengruppen in Süddeutschland insgesamt überdurchschnittlich bis stark überdurchschnittlich.

Abbildung 21: Durchschnittliches Sterbealter von Pflegebedürftigen im Bundeslandvergleich (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

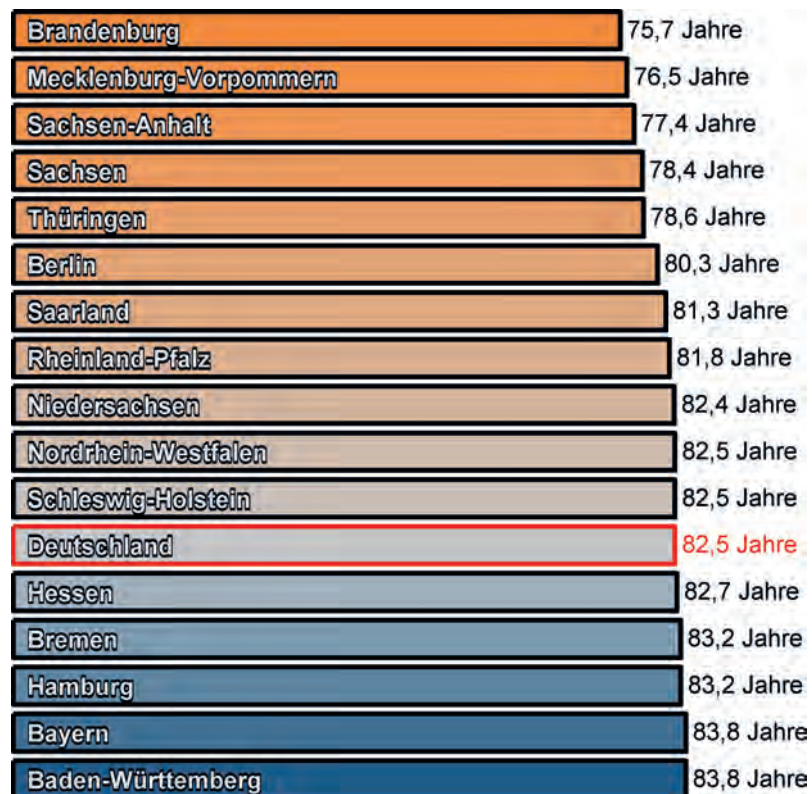
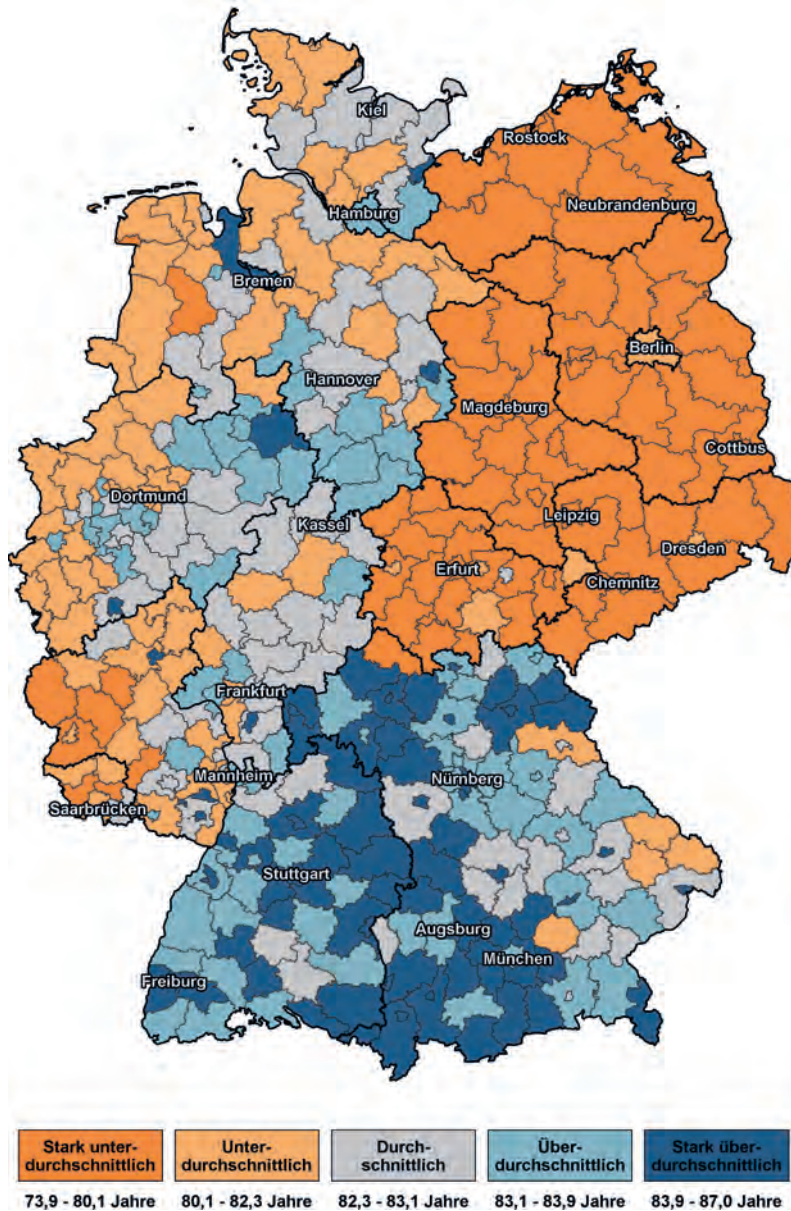


Abbildung 22: Durchschnittliches Sterbealter von Pflegebedürftigen auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)



5.5.6 Krankenhausfälle

Östliche Bundesländer weisen überdurchschnittlich viele Krankenhausfälle auf

In Deutschland ergeben sich hinsichtlich der Anzahl der Krankenhausfälle Pflegebedürftiger gewisse Unterschiede. In dem Bundesland mit der geringsten Fallzahl (Baden-Württemberg) kommen auf 100 Pflegebedürftige im Schnitt 112 Krankenhausfälle, was etwas mehr als einem Fall pro Person entspricht. In dem Bundesland mit der höchsten Anzahl an Krankenhausfällen (Thüringen) wird ein Pflegebedürftiger im Schnitt fast 1,5-mal stationär versorgt, hier sind es durchschnittlich 147 Fällen pro 100 Personen. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 126 Fällen pro 100 Pflegebedürftiger. Bei der Betrachtung der Krankenhausfälle pro Kreis fällt ein Nord-Süd-Band zwischen Rostock und München auf, in welchem sich größtenteils Landkreise befinden, die eine überdurchschnittliche oder stark überdurchschnittliche Anzahl an Krankenhausfällen pro Pflegebedürftigen aufweisen. Ebenso befinden sich in Westdeutschland in NRW, insbesondere im Ruhrgebiet, sowie im Saarland und in Rheinland-Pfalz viele Kreise, in denen es überdurchschnittlich viele Krankenhausfälle gibt. Die meisten Landkreise mit einer stark unterdurchschnittlichen Anzahl an Krankenhausfällen liegen in Baden-Württemberg sowie in Niedersachsen.

Abbildung 23: Durchschnittliche Anzahl der Krankenhausfälle pro 100 pflegebedürftigen Versicherten in einem Jahr auf Ebene der Bundesländer (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

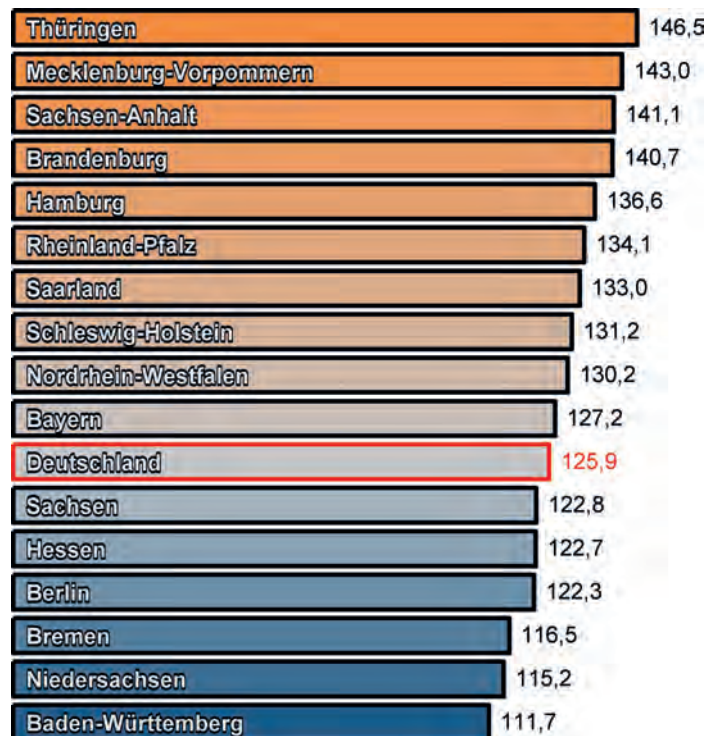
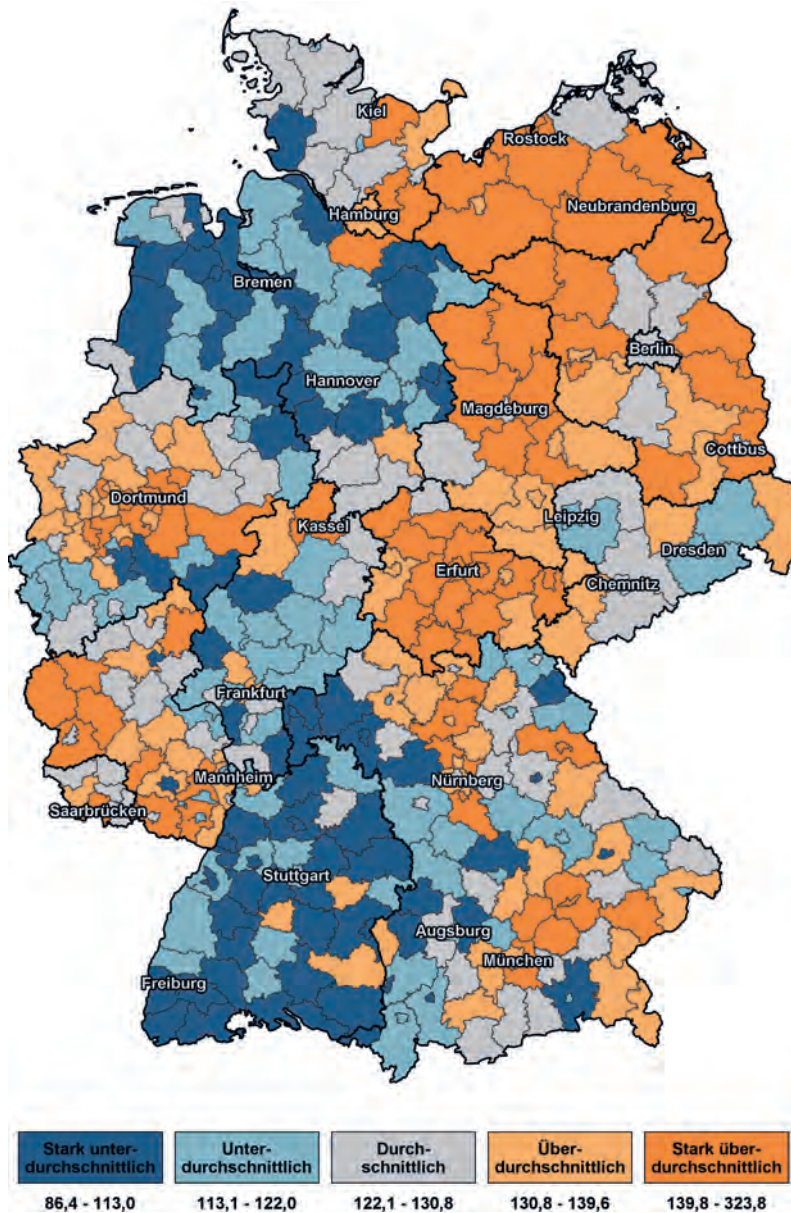


Abbildung 24: Durchschnittliche Anzahl der Krankenhausfälle pro 100 pflegebedürftigen Versicherten in einem Jahr auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)



5.5.7 Häusliche Krankenpflege (HKP)

Im Schnitt erhalten 100 Pflegebedürftige in Deutschland 103,6 Leistungen der häuslichen Krankenpflege, also knapp eine Leistung pro Person im Jahr. Die wenigsten HKP-Leistungen nehmen die Pflegebedürftigen in Hessen mit rund 73 Leistungen pro 100 Personen in Anspruch. Die höchste Inanspruchnahme von HKP-Leistungen ist mit 132,4 HKP-Leistungen pro 100 Pflegebedürftigen in Bremen zu finden. Auf Ebene der Landkreise kann man grob von einer diagonalen Teilung Deutschlands entlang der westlichen Grenzen von Thüringen und Niedersachsen reden. Rechts der Trennlinie, im Osten und Norden Deutschlands, werden überdurchschnittlich bis stark überdurchschnittlich viele HKP-Leistungen erbracht, während im Westen und im Süden Deutschlands größtenteils unterdurchschnittlich bis stark unterdurchschnittlich viele Leistungen aus diesem Bereich erbracht werden. Ein paar Ausnahmen bilden hier einige Regionen in Rheinland-Pfalz und einige Landkreise rund um Nürnberg, in welchen ebenfalls im Schnitt mehr HKP-Leistungen in Anspruch genommen werden, als im Bundesdurchschnitt.

Abbildung 25: Durchschnittliche Anzahl von Leistungen in der häuslichen Krankenpflege pro 100 pflegebedürftigen Versicherten in einem Jahr auf Ebene der Bundesländer (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

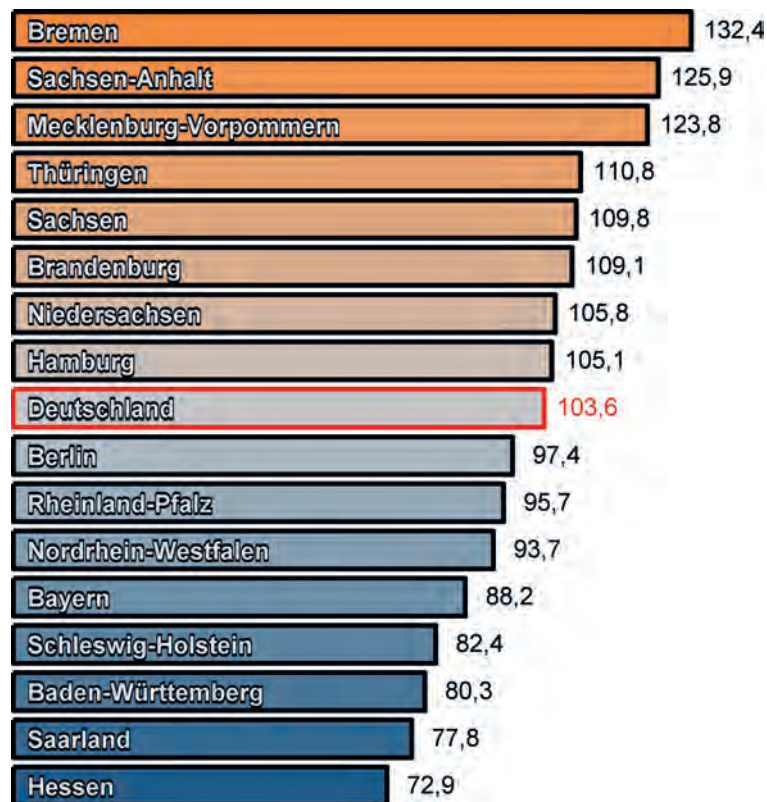
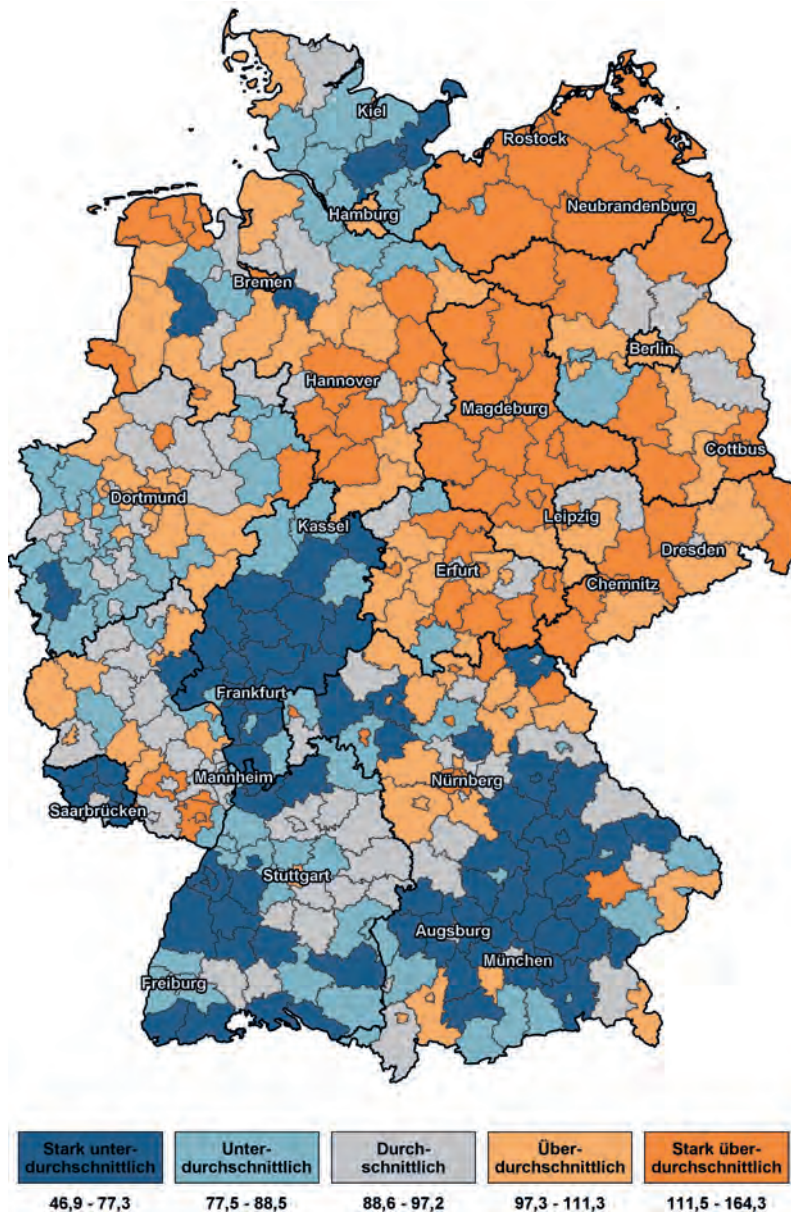


Abbildung 26: Durchschnittliche Anzahl von Leistungen in der häuslichen Krankenpflege pro 100 Versicherte auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)



5.5.8 GKV-Gesamtkosten

**In der GKV
erzeugt eine
pflegebedürftige Person
Kosten von ca.
13.500 Euro
pro Jahr**

Die GKV-Gesamtkosten unterscheiden sich zwischen den einzelnen Bundesländern stark. Während im deutschen Durchschnitt ein Pflegebedürftiger innerhalb eines Jahres Kosten von ca. 13.500 Euro erzeugt, liegen die Ausgaben in Bremen lediglich bei durchschnittlich 11.500 Euro und in Brandenburg hingegen bei fast 16.000 Euro. Zwischen dem Bundesland mit den meisten und dem mit den geringsten GKV-Kosten pro Pflegebedürftigen liegen also knapp 4.400 Euro. Bei Betrachtung der Landkreise kann man sagen, dass Deutschland durch die unterschiedlichen GKV-Gesamtkosten fast zweigeteilt wird. Tendenziell sind die GKV-Gesamtkosten pro Pflegebedürftigen in der östlichen Hälfte höher als in der westlichen Hälfte Deutschlands. Besonders im Osten sind die Kosten stark überdurchschnittlich aber auch im östlichen Bayern zeigen sich viele Kreise mit überdurchschnittlichen Kosten, ebenso wie im Ruhrgebiet und in Teilen des Saarlandes und von Rheinland-Pfalz. Die geringsten GKV-Gesamtkosten werden in vielen Kreisen Baden-Württembergs erzeugt, ebenso wie in Hessen und in Teilen Niedersachsens.

Abbildung 27: Durchschnittliche, jährliche GKV-Gesamtkosten pro pflegebedürftigen Versicherten auf Ebene der Bundesländer (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

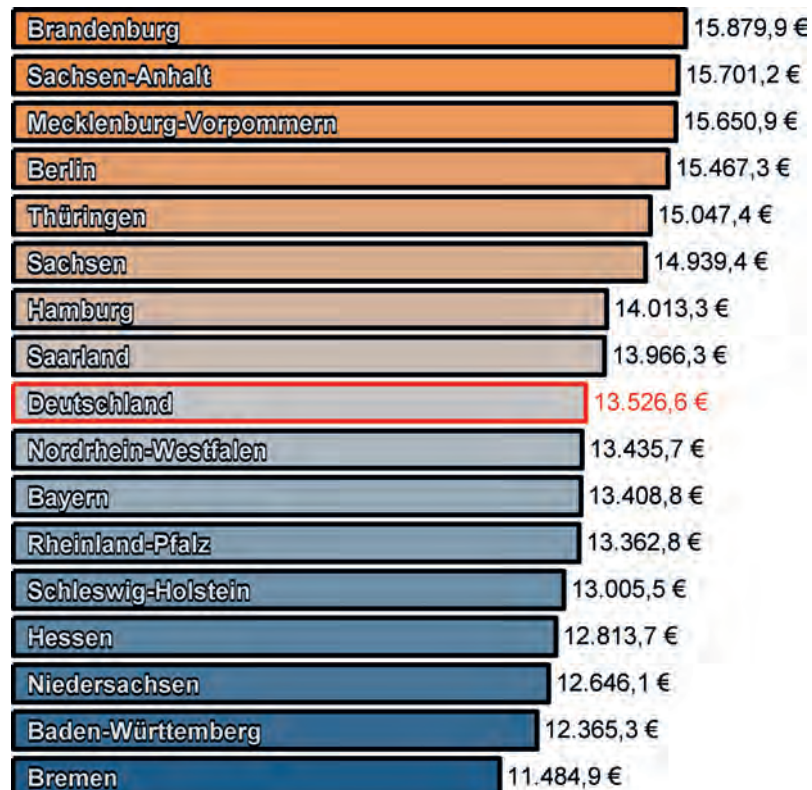
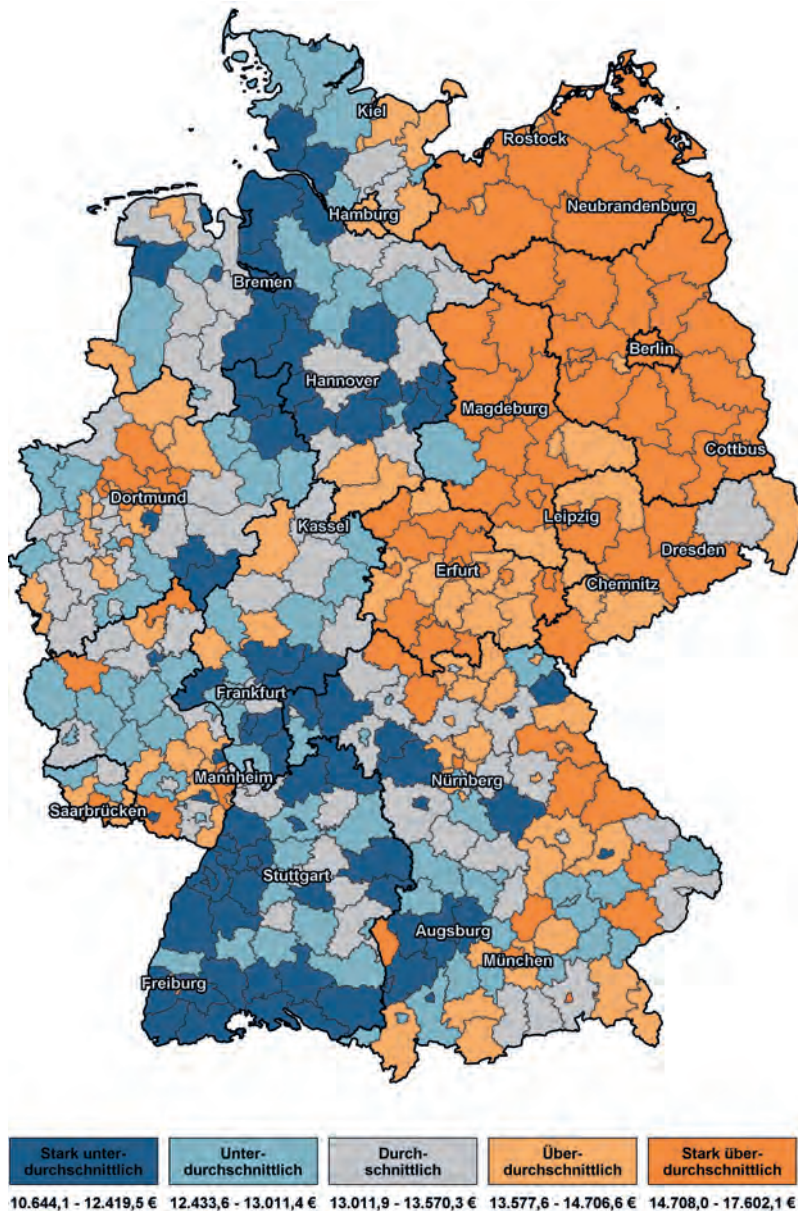


Abbildung 28: Durchschnittliche, jährliche GKV-Gesamtkosten pro pflegebedürftigen Versicherten auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)



5.5.9 SPV-Gesamtkosten

**In der SPV
erzeugt eine
pflegebedürftige Person
Kosten von ca.
12.000 Euro
pro Jahr**

Die durchschnittlichen SPV-Pflegekosten in Deutschland betragen 11.800 Euro. Mit einer Spannweite von mehr als 2.700 Euro zwischen den 16 Bundesländern gibt es dort durchaus relevante Unterschiede. Diese sind zwischen den Bundesländern relativ gleichmäßig verteilt, so dass der deutsche Bundesschnitt fast in der Mitte liegt. In Bayern fallen mit fast 12.000 Euro die höchsten Pflegekosten pro Person an und in Brandenburg sind die durchschnittlichen Pflegekosten mit knapp 9.200 Euro am geringsten. Von Nordosten nach Südwesten zieht sich ein Band von Kreisen mit unterdurchschnittlichen bis stark unterdurchschnittlichen SPV-Pflegekosten pro Person. Hingegen sind im Süden mit Baden-Württemberg und Bayern sowie im Nordwesten mit Schleswig-Holstein, Niedersachsen und dem nördlichen Teil Nordrhein-Westfalens, bis auf ein paar Ausnahmen, Landkreise mit überdurchschnittlichen und stark überdurchschnittlichen Pflegekosten vertreten. Dieses Bild ergibt ein fast konträres Bild im Vergleich zu den GKV-Gesamtkosten. Tendenziell lässt sich sagen, dass dort wo hohe GKV-Kosten pro Pflegebedürftigen auftreten, die SPV-Pflegekosten geringer sind als im Durchschnitt und umgekehrt.

Abbildung 29: Durchschnittliche, jährliche SPV-Pflegekosten pro pflegebedürftigen Versicherten auf Ebene der Bundesländer (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)

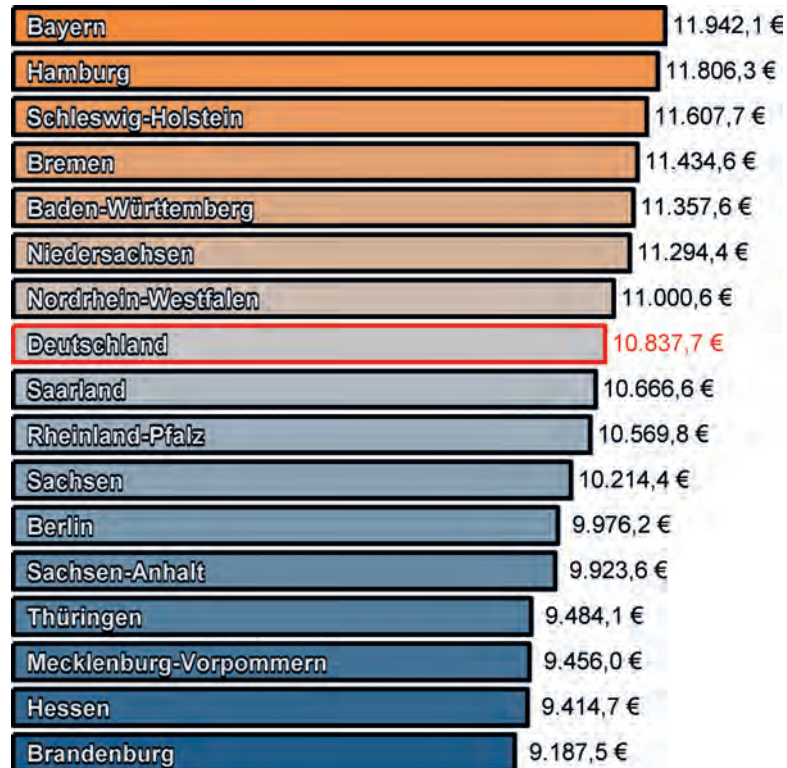
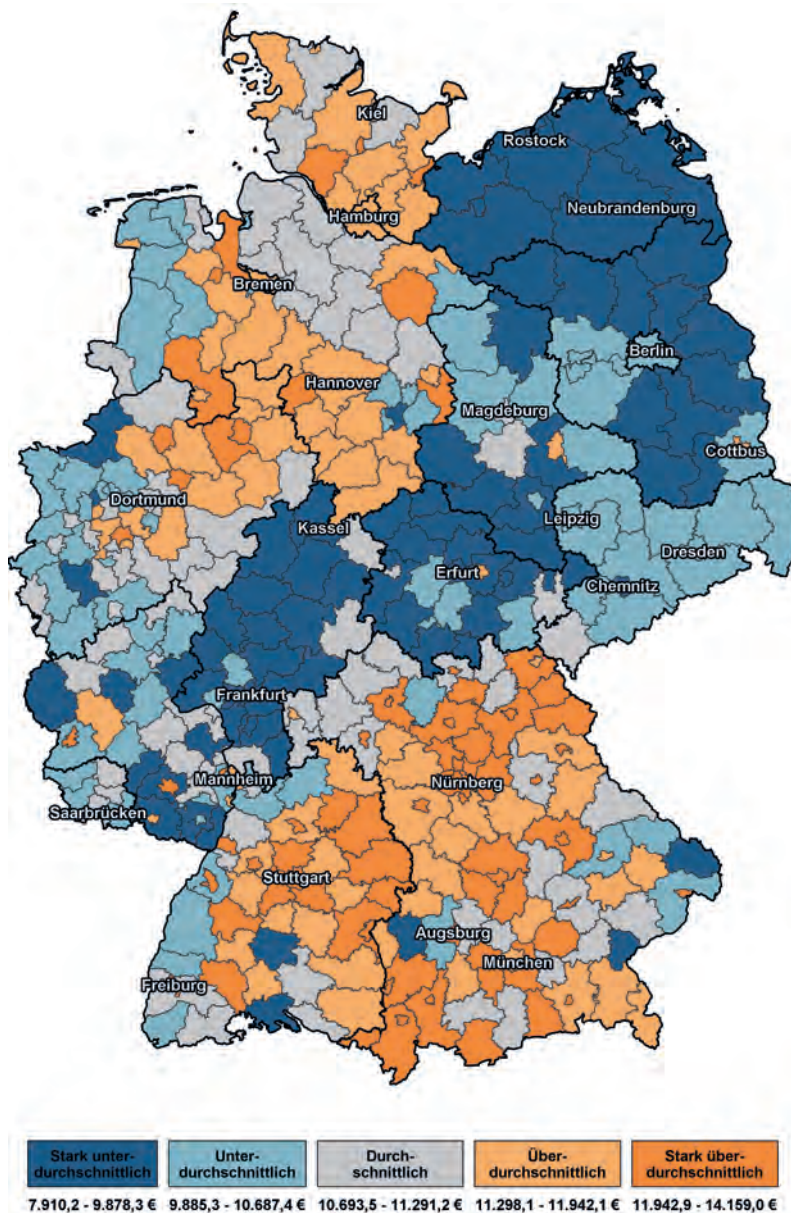


Abbildung 30: Durchschnittliche jährliche SPV-Pflegekosten pro pflegebedürftigem Versicherten auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (gemittelt über die Jahre 2014 bis 2016)



5.6 Analysen relativ zum Eintritt in die Pflegebedürftigkeit

Der Beginn einer Pflegebedürftigkeit kann verschiedenste Ursachen haben wobei generell unterschieden werden kann in frühzeitige Pflegebedürftigkeit aufgrund angeborener Beeinträchtigungen, gravierende akute Ereignisse im Laufe des Lebens oder der Verlust der Möglichkeit selbstständig zurecht zu kommen im höheren Alter. In § 14 SGB XI sind etwa Beeinträchtigungen in der Mobilität, der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, der Selbstversorgung, der Bewältigung krankheitsbedingter Belastungen oder allgemein des Tagesablaufs sowie Beeinträchtigungen durch psychische Problemlagen als mögliche Ursachen einer Pflegebedürftigkeit aufgeführt. Grundsätzlich gilt, dass je älter eine Person wird, desto höher wird auch ihre Wahrscheinlichkeit durch akute Ereignisse oder nachlassende Selbstversorgungskompetenz irgendwann pflegebedürftig zu werden. In den untersuchten Daten sind etwa ca. 88 % der Personen zum Zeitpunkt ihrer Erstbegutachtung bzw. ihres tatsächlichen Eintritts in die Pflegebedürftigkeit 65 Jahre oder älter.

5.6.1 Versichertenstruktur

Frauen werden im Vergleich mit Männern durchschnittlich 3,5 Jahre später pflegebedürftig

Fast zwei Drittel der untersuchten Pflegebedürftigen sind weiblich (64 %). Im ersten Jahr nach der Pflegebedürftigkeit verstarb mit 29 % etwas weniger als ein Drittel der untersuchten Versicherten (siehe Tabelle 3). Das Durchschnittsalter der knapp 144.000 inzident pflegebedürftigen Versicherten beträgt 77,7 Jahre, 88 % sind 65 Jahre oder älter und ein Drittel (33 %) ist mindestens 85 Jahre alt. Mit einem Durchschnittsalter von 79,1 Jahren sind die Frauen zum Zeitpunkt ihres Eintritts in die Pflegebedürftigkeit im Schnitt mehr als 3,5 Jahre älter als die männlichen Pflegebedürftigen (75,4 Jahre).

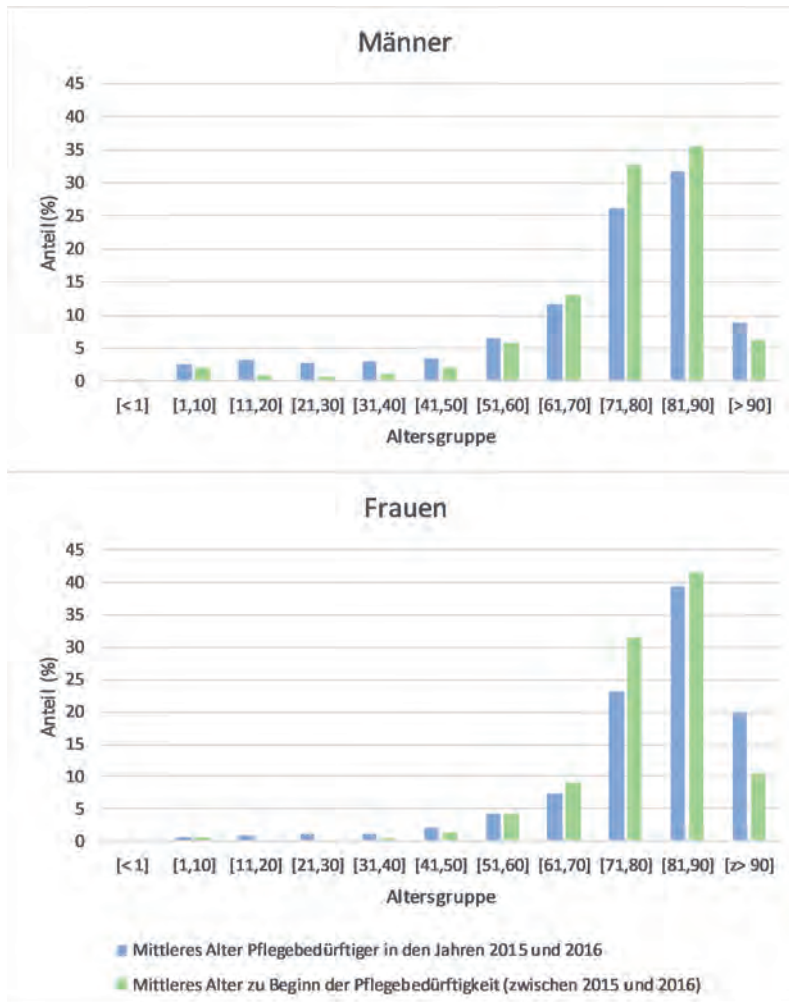
Tabelle 3: Versichertenstruktur der untersuchten Population zu Beginn der Pflegebedürftigkeit innerhalb der Jahre 2015 und 2016

Versichertenpopulation zu Beginn der Pflegebedürftigkeit	
Anzahl Versicherte	144.971
Anteil Frauen	63,55%
Durchschnittliches Alter	77,72 (w: 79,07; m: 75,36)
Im ersten Jahr verstorben	42.276

Auffällig ist, dass im Vergleich zu der im Kapitel 3 untersuchten Population, die Männer zu Pflegebeginn im Schnitt fast 5 Jahre älter sind, als der Durchschnitt der pflegebedürftigen Männer. In Abbildung 31 sind die jeweiligen Altersverteilungen nach Altersgruppen dargestellt. Im Unterschied zu den weiblichen Pflegebedürftigen sind bei den Männern die unteren Altersklassen bei den Pflegebedürftigen insgesamt deutlich stärker besetzt als bei der inzident pfle-

gebedürftigen Population, was die Unterschiede im Durchschnittsalter erklärt. Bei den Frauen hingegen sind die unteren Altersklassen in beiden Populationen sehr ähnlich verteilt.

Abbildung 31: Altersverteilung Pflegebedürftige insgesamt und der inzident Pflegebedürftigen nach Alter und Geschlecht



Die wenigsten Versicherten (~6 %) beginnen ihre Pflegebedürftigkeit in Stufe 3 der Schwerstpflegebedürftigen. Knapp 73 % der Pflegebedürftigen beginnen ihre Pflegekarriere hingegen in Stufe 1 oder darunter in Pflegestufe 0. Die restlichen 21 % werden im Rahmen der Erstbegutachtung in Pflegestufe 2 eingestuft (siehe Tabelle 4 bzw. Abbildung 32). Es fällt auf, dass der Anteil der Männer in den höheren Pflegestufen 2 und 3 (inkl. Härtefälle) deutlich höher als der Anteil der Frauen ist, welche in den niedrigen Pflegestufen häufiger vertreten sind, d. h. Männer bekommen im Rahmen der

Männer haben eine höhere Wahrscheinlichkeit in höhere Pflegestufen eingestuft zu werden

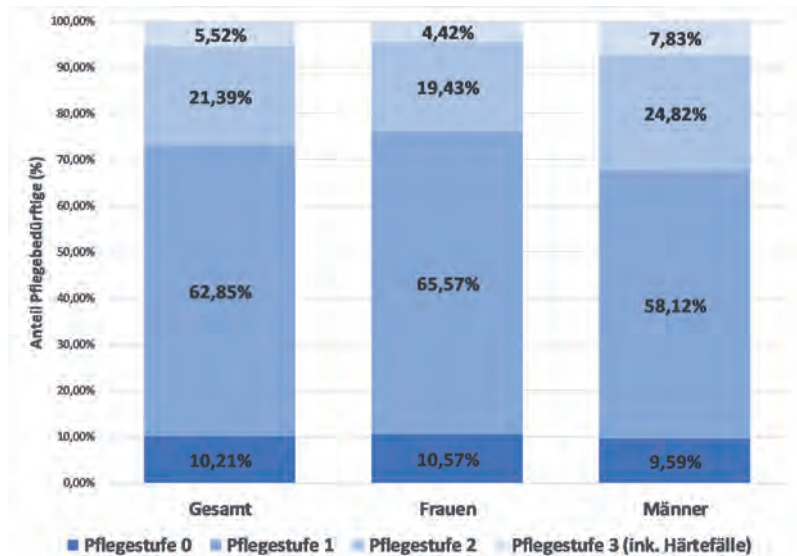
Erstbegutachtung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine höhere Pflegestufe.

Tabelle 4: Verteilung der Versicherten zu Beginn der Pflegebedürftigkeit innerhalb der Jahre 2015 und 2016 auf die Pflegestufen

Pflegestufe*	0	1	2	3**
Anzahl Versicherte	14.806	91.120	31.013	8.014
Anteil Versicherte (%)	10,21	62,85	21,39	5,52
Anteil Frauen (%)	10,57	65,57	19,43	4,42
Anteil Männer (%)	9,59	58,12	24,82	7,45

*Die Codierung „Vollstationäre Pflege in Behinderteneinrichtung“ wurde hier außer Acht gelassen (betrifft nur 18 Versicherte); **inklusive Härtefälle

Abbildung 32: Verteilung der Versicherten zu Beginn der Pflegebedürftigkeit innerhalb der Jahre 2015 und 2016 auf die Pflegestufen



Zu Beginn der Pflegebedürftigkeit werden 90 % der Pflegebedürftigen zuhause bzw. ambulant gepflegt

In Tabelle 5 sind die Anteile der untersuchten Versicherten an den verschiedenen Versorgungsformen im ersten relativen Quartal nach Pflegeeintritt (Q+1) und nochmal etwa ein Jahr danach (Q+4) aufgeführt. Unmittelbar nach Beginn der Pflegebedürftigkeit werden fast 90 % der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld gepflegt – davon 60 % durch Angehörige und 30 % von ambulanten Pflegediensten. Männer werden deutlich häufiger durch Angehörige gepflegt als Frauen (w: 53 %, m: 63 %), die häufiger durch ambulante Pflegedienste betreut werden (w: 34 %, m: 28 %). Lediglich 9 % der untersuchten Versicherten werden direkt nach Pflegeeintritt bereits

stationär gepflegt, wobei der Anteil bei den Frauen etwas höher ist (w: 9 %; m: 8 %). Innerhalb eines Jahres verändern sich die Versorgungsarten dahingehend, dass der Anteil der Pflege durch Angehörige und durch ambulante Pflegedienste jeweils um vier Prozentpunkte sinkt. Hingegen werden nun mit 16 % mehr Pflegebedürftige stationär gepflegt. Bei den Frauen sinkt der Anteil der durch Angehörige gepflegten Versicherten stärker als bei den Männern und der Anteil stationär versorgter Pflegebedürftiger steigt damit einhergehend bei den Frauen stärker.

Tabelle 5: Versorgungsform der Versicherten direkt nach Pflegeeintritt (Q1) und ein Jahr danach (Q4) auf Basis der Jahre 2015 und 2016

Versorgungsform (%)	Gesamt		Frauen		Männer	
	Q+1	Q+4	Q+1	Q+4	Q+1	Q+4
Anteil ambulant	31,81	28,27	33,99	30,47	27,84	23,75
Anteil stationär	8,85	15,80	9,19	16,67	8,24	14,01
Anteil teilstationär	1,25	2,21	1,29	2,16	1,18	2,31
Anteil Angehörige	58,07	53,71	55,51	50,69	62,72	59,91

5.6.2 Versterben nach Pflegeeintritt und Betrachtung des durchschnittlichen Sterbealters

Innerhalb eines Jahres nach Beginn ihrer Pflegebedürftigkeit sterben 29 % der Versicherten. Bei den Männern ist die Sterberate mit 36 % deutlich höher als bei den Frauen mit 25 %. Der größte Teil der Pflegebedürftigen, der innerhalb des ersten Jahres nach Beginn ihrer Pflegebedürftigkeit verstirbt, verstirbt relativ bald nach dem Beginn der Pflegebedürftigkeit. So verstirbt während der ersten drei Monate etwa jeder fünfte pflegebedürftige Mann und etwa jede siebte pflegebedürftige Frau. In den folgenden drei relativen Quartalen nach Pflegebeginn wird die Wahrscheinlichkeit zu sterben hingegen immer geringer (siehe Tabelle 6).

Etwa jeder sechste Pflegebedürftige verstirbt direkt im ersten Quartal nach Beginn der Pflegebedürftigkeit

Tabelle 6: Anteil verstorbener Pflegebedürftiger nach Pflegeeintritt

Anteil verstorbener Pflegebedürftiger (%)	Q+1	Q+2	Q+3	Q+4
Gesamt	15,66	5,95	3,91	3,36
Frauen	13,25	5,31	3,44	3,06
Männer	19,87	7,06	4,71	3,89

Zum Zeitpunkt des Todes beträgt das Durchschnittsalter der untersuchten Pflegebedürftigen 80,73 Jahre (w: 81,50, m: 79,71). Obwohl Frauen zu Pflegebeginn im Schnitt mehr als 3,5 Jahre älter sind als

**Durchschnitts-
alter zum
Zeitpunkt des
Todes**

Männer, beträgt der Unterschied im Alter der versterbenden Versicherten nicht einmal 2 Jahre. Vergleicht man das Todesalter innerhalb der Versorgungsformen, so fällt besonders die Pflege durch Angehörige auf. Mit einem Alter von durchschnittlich 76,4 Jahren versterben die im häuslichen Umfeld durch Angehörige gepflegten Personen etwa drei Jahre früher als die durch Pflegedienste mitversorgten Pflegebedürftigen mit 79,6, welche ihrerseits über zwei Jahre früher versterben als die stationär Gepflegten mit 81,5 Jahren. Allerdings steigt mit dem Älterwerden auch die Wahrscheinlichkeit stationär gepflegt zu werden, weshalb kein Kausalzusammenhang zwischen der Art der Pflege und dem durchschnittlich früheren oder späteren Versterben hergestellt werden kann. Wie schon insgesamt beobachtet, sterben pflegebedürftige Männer auch innerhalb der Versorgungsformen jünger als pflegebedürftige Frauen.

Tabelle 7: Durchschnittliches Sterbealter der innerhalb eines Jahres nach Pflegebeginn verstorbenen Pflegebedürftigen nach Versorgungsform

Ø-Sterbealter	Gesamt	Frauen	Männer
Ambulante Pflege	79,56	79,60	79,50
Stationäre Pflege	81,49	82,08	80,42
Teilstationäre Pflege	81,59	82,46	80,73
Pflege durch Angehörige	76,41	76,49	76,35

**Der Großteil
der Pflegebe-
dürftigen ver-
stirbt in einer
stationären
Pflegeeinrich-
tung**

Der Großteil der Pflegebedürftigen (42 %) verstirbt in einer stationären Pflegeeinrichtung. Die restlichen 58 % teilen sich in Angehörige Gepflegte (25 %) und durch ambulante Pflegedienste (mit-)gepflegte Personen (33 %) auf. Der Anteil verstorbener Versicherter in teilstationärer Pflege ist vernachlässigbar gering (siehe Tabelle 8). Auffällig ist, dass Männer zum Zeitpunkt ihres Todes eher durch Angehörige (w: 21,1 %, m: 31,2 %) und Frauen eher stationär (w: 46,6 %, m: 34,6 %) gepflegt wurden.

Tabelle 8: Versorgungsform der Versicherten mit Pflegebeginn vor höchstens einem Jahr zum Zeitpunkt ihres Todes

Versorgungsform zum Todeszeitpunkt (%)	Gesamt	Frauen	Männer
Anteil ambulant	32,75	32,02	33,74
Anteil stationär	41,53	46,61	34,62
Anteil teilstationär	0,35	0,30	0,41
Anteil Angehörige (%)	25,37	21,07	31,22

5.6.3 Komorbiditäten und stationäre Behandlungen vor und nach Pflegeeintritt

Bei der Betrachtung der Komorbiditäten relativ zum Pflegeeintritt auf der Ebene der ICD-Dreisteller aus dem ambulant-ärztlichen Sektor wurden einerseits die anteilmäßig häufigsten Diagnosen ein Jahr nach Pflegeeintritt betrachtet (siehe Tabelle 9) und andererseits diejenigen Diagnosen in den Fokus genommen, deren Anteil sich von einem Jahr vor Pflegeeintritt (Q-4) auf ein Jahr danach (Q+4) am deutlichsten erhöht hat (Tabelle 10). In der Spalte Entwicklung (Entw.) werden über bis zu drei +-Zeichen die Diagnosen mit der deutlichsten Zunahme gekennzeichnet. Darüber hinaus wurden die häufigsten stationären Behandlungsanlässe betrachtet, wobei hier der Fokus auf das dem Pflegebeginn vorausgehende Quartal (Q-1) gelegt wurde, da angenommen werden darf, dass viele der unmittelbar vor Pflegeeintritt stationär behandelten Erkrankungen die darauf folgende Pflegebedürftigkeit (mit)begründen.

Die anteilmäßig häufigsten Diagnosen bei Pflegebedürftigen sind erwartungsgemäß typische altersbedingte und chronische Erkrankungen wie etwa *Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Typ 2 Diabetes* und *Chronische ischämische Herzkrankheit*. Von den anteilmäßig häufigsten Diagnosen ist die stärkste Zunahme erkennbar bei *Störungen des Ganges und der Mobilität, Harninkontinenz, Demenz, Schmerz, Senilität* und *chronischer Niereninsuffizienz*.

Häufigsten Diagnosen bei Pflegebedürftigen

Die ambulanten Diagnosen mit dem größten Anstieg der Prävalenz im Vergleich des Zeitraums vor und nach Pflegeeintritt sind *psychische- und Verhaltensstörungen*, insbesondere *Demenz* und *Erkrankungen, die das Nervensystem betreffen*, wie *Lähmungen* sowie verschiedene Symptome wie *Sprach- und Sprechstörungen, Harninkontinenz, Störung des Ganges und der Mobilität*. Zusammen mit *Erkrankungen, die das Kreislaufsystem betreffen* und *Frakturen des Femurs* passen diese Diagnosemuster größtenteils sehr gut zu den Diagnosen des MDS (2012), die als pflegebegründend angegebenen werden. Betrachtet man die Entwicklung vor Pflegeeintritt genauer, erkennt man eine stetige Zunahme der Morbiditätslast in den vier Quartalen, die dem Pflegeeintritt vorausgingen.

Häufigsten ambulanten Diagnosen bei Pflegebedürftigen

Tabelle 9: Anteilmäßig häufigste Komorbiditäten pflegebedürftiger Versicherter vor und nach Pflegeeintritt

Anteil Pflegebedürftiger (%) nach ambulanten Diagnosen	Q-4	Q-1	Q+1	Q+4	Entw.
Anzahl Pflegebedürftige absolut	144.971	144.971	144.971	107.975	
I10 Ess. (primäre) Hypertonie	56,20	55,74	56,23	56,45	

Anteil Pflegebedürftiger (%) nach ambulanten Diagnosen	Q-4	Q-1	Q+1	Q+4	Entw.
E78 Stör. des Lipoproteinstoffw.	32,79	31,86	30,63	30,40	
E11 Typ-II-Diabetes	22,91	22,92	22,77	23,14	
I25 Chr. ischämische Herzkrankheit	20,94	21,38	21,34	21,23	
R26 Stör. d. Ganges und der Mobil.	9,30	13,66	16,73	18,32	+++
M54 Rückenschmerzen	20,05	20,73	18,24	17,91	
F32 Depressive Episode	14,33	15,80	16,78	17,46	+
I48 Vorhofflattern u. Vorhofflimmern	12,86	15,02	16,82	17,06	+
I50 Herzinsuffizienz	12,90	15,42	16,91	16,85	+
R32 N.n. bez. Harninkontinenz	6,12	9,97	14,80	16,31	+++
M17 Gonarthrose	15,23	15,13	14,50	15,27	
F03 N.n. bez. Demenz	5,13	9,20	12,63	14,88	+++
Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	15,01	13,76	13,13	14,87	
M81 Osteoporose ohne path. Fraktur	13,05	13,53	13,68	14,40	
R52 Schmerz	8,66	11,75	13,62	14,12	++
N18 Chronische Niereninsuffizienz	10,02	12,04	13,18	13,96	++
R54 Senilität	9,59	11,66	12,55	13,32	++
M47 Spondylose	12,89	12,99	12,10	12,39	
Z92 Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	10,77	11,48	11,88	12,09	

Anteil Pflegebedürftiger (%) nach ambulanten Diagnosen	Q-4	Q-1	Q+1	Q+4	Entw.
I83 Varizen der unteren Extremitäten	11,95	12,08	11,76	11,80	

Tabelle 10: Komorbiditäten pflegebedürftiger Versicherter mit der prozentual größten Zunahme nach Pflegeeintritt (n: 144.971)

Anteil Pflegebedürftiger (%) nach ambulanten Diagnosen mit der stärksten Erhöhung	-1. Jahr	+1. Jahr	Entw. (%)
L89 Dekubitalgeschwür	2,56	7,69	+300%
Z74 Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	3,26	8,05	+247%
R15 Stuhlinkontinenz	2,18	4,71	+216%
Z93 Vorhandensein einer künstlichen Körperöffnung	1,33	2,72	+205%
G81 Hemiplegie	2,76	5,47	+198%
R13 Dysphagie	1,84	3,58	+195%
F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	1,61	3,07	+190%
R47 Sprech- und Sprachstörungen	2,09	3,82	+183%
S72 Fraktur des Femurs	2,34	4,15	+177%
E86 Volumenmangel	2,57	4,45	+173%
R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	12,69	21,83	+172%
F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit	4,48	7,68	+172%
G30 Alzheimer-Krankheit	4,64	7,83	+169%
F01 Vaskuläre Demenz	4,31	7,08	+164%
R64 Kachexie	2,36	3,84	+163%
R45 Symptome, die die Stimmung betreffen	3,23	5,18	+160%
F03 Nicht näher bezeichnete Demenz	11,65	18,40	+158%
Z99 Abhängigkeit von unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln	1,44	2,26	+157%
Z97 Vorhandens. anderer mediz. Geräte oder Hilfsm.	2,32	3,44	+149%
I63 Hirninfarkt	3,74	5,40	+144%

Stationäre Diagnosen bei Pflegebedürftigen

Die stationären Diagnosen mit der größten Veränderung im ersten Quartal vor Pflegebeginn zum Zeitraum davor (Q-4) sind Frakturen des Femurs sowie Frakturen der Lendenwirbel und des Beckens mit einer Erhöhung um etwa das 17-fache und Delir mit einer 24-fachen Häufigkeit. Außerdem zu nennen sind *Hirnfarkt*, *Volumenmangel*, *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom* [SIRS], *Pleuraerguss*, *Anämien bei chronischen Krankheiten* und *Sepsis*. Die prozentual häufigsten stationären Hauptdiagnosen kurz vor Beginn der Pflegebedürftigkeit sind Herzinsuffizienz, Hirnfarkt, Frakturen des Femurs, bösartige Neubildungen der Bronchien und der Lunge und Pleuraergüsse bei anderenorts klassifizierten Krankheiten. Die Mehrzahl dieser Erkrankungen kann für die betroffenen Personen als Auslöser für die Pflegebedürftigkeit angesehen werden.

Tabelle 11: Stationäre Entlassungsdiagnosen pflegebedürftiger Versicherter mit der prozentual größten Zunahme vor Pflegeeintritt

Anteil Pflegebedürftiger (%) nach stationären Diagnosen	Q-4	Q-1	Q+1	Q+4	Entw.
Anzahl Pflegebedürftige	144.971	144.971	144.971	107.975	
I50 Herzinsuffizienz	0,76	4,13	2,90	1,51	
I63 Hirnfarkt	0,30	4,05	0,97	0,56	++
S72 Fraktur des Femurs	0,18	2,99	1,07	0,80	+++
C34 Bösart. Neubild. Bronchien/Lunge	0,46	2,07	1,29	0,23	
J91 Pleuraerguss	0,20	1,86	1,28	0,50	+
S32 Fraktur der Lendenw./Becken	0,09	1,59	0,65	0,37	+++
D63 Anämie bei chron. Krankheiten	0,17	1,56	1,16	0,27	+
J18 Pneumonie	0,24	1,56	1,20	0,66	
E86 Volumenmangel	0,12	1,47	1,06	0,64	++
J44 Sonstige COPD	0,48	1,43	0,89	0,74	
S06 Intrakranielle Verletzung	0,17	1,14	0,68	0,49	
B96 Sonst. Bakt. als Krankheitsursache	0,19	1,04	0,84	0,53	
E11 Diabetes Typ-II	0,25	0,97	0,62	0,40	
A41 Sonstige Sepsis	0,11	0,93	0,80	0,40	+

Anteil Pflegebedürftiger (%) nach stationären Diagnosen	Q-4	Q-1	Q+1	Q+4	Entw.
B95 Streptokokken/Staphylokokken	0,14	0,92	0,70	0,38	
R65 SIRS	0,10	0,88	0,74	0,39	++
F05 Delir	0,04	0,88	0,64	0,31	+++
I70 Atherosklerose	0,34	0,87	0,62	0,39	
R26 Stör. Gang/ Mobilität	0,11	0,77	0,72	0,26	
N39 Sonst. Krankh. Harnsystem	0,15	0,76	0,77	0,50	

5.6.4 Inanspruchnahme von Leistungen und Kostenentwicklung vor und nach Pflegeeintritt

Wenig überraschend werden in keinem Leistungssektor nach Beginn der Pflegebedürftigkeit weniger Leistungen in Anspruch genommen als zuvor. Ein stark zunehmender Anteil der Inanspruchnahme nach Beginn der Pflegebedürftigkeit lässt sich vor allem bei den sonstigen Leistungen (inkl. Heil- und Hilfsmitteln) feststellen. Krankenhausbehandlungen sind sehr häufig rund um den Pflegebeginn. 61 % der Pflegebedürftigen haben ein Quartal vor Beginn der Pflegebedürftigkeit mindestens einen Krankenhausfall und auch im Quartal danach ist der Anteil mit knapp 37 % weiterhin überdurchschnittlich hoch. Wie bereits anhand der Krankenhaus-Entlassungsdiagnosen im vorherigen Kapitel verdeutlicht wurde, dürften die Krankenhausfälle kurz vor Beginn der Pflegebedürftigkeit Ausdruck schwerer Erkrankungen sein, die schließlich zur Pflegebedürftigkeit führen. Zusätzlich könnte der Kontakt des Pflegebedürftigen bzw. seiner Angehörigen mit dem Krankenhauspersonal auch den Anstoß für die Antragstellung eines Pflegebedarfs sein. Maßnahmen der stationären Rehabilitation finden hauptsächlich ganz kurz vor (5,4 %) und nach dem Beginn der Pflegebedürftigkeit statt (2,9 %) und spielen ansonsten eher eine untergeordnete Rolle (siehe Tabelle 12). Diese Leistungen gehen entweder Hand in Hand mit den gehäuften Krankenhausaufenthalten oder sind – wie es der Gesetzgeber in § 5 Abs. 1 SGB XI vorsieht – Versuche, die Pflegebedürftigkeit zu verhindern.

60 Prozent der Pflegebedürftigen haben im Quartal vor ihrer Pflegebedürftigkeit mindestens einen Krankenhausfall

Tabelle 12: Inanspruchnahme pflegebedürftiger Versicherter vor und nach Pflegeeintritt nach Hauptleistungsbereichen

Inanspruchnahme (%)	Q-4	Q-3	Q-2	Q-1	Q+1	Q+2	Q+3	Q+4
Ambulant Arzt	83,02	83,22	83,32	83,76	84,30	84,76	84,11	82,98
Krankenhaus	16,08	17,74	22,37	60,93	37,27	26,75	23,80	22,55
Arzneimittel	89,35	89,71	89,81	89,72	94,17	94,40	94,78	94,91
Reha	0,81	0,80	1,20	5,40	2,86	1,30	1,00	0,90
Sonst. Leistungen	45,92	46,55	48,57	63,52	73,47	75,56	78,09	78,95
Pflegeleistungen	-	-	-	-	94,71	87,97	88,22	88,00

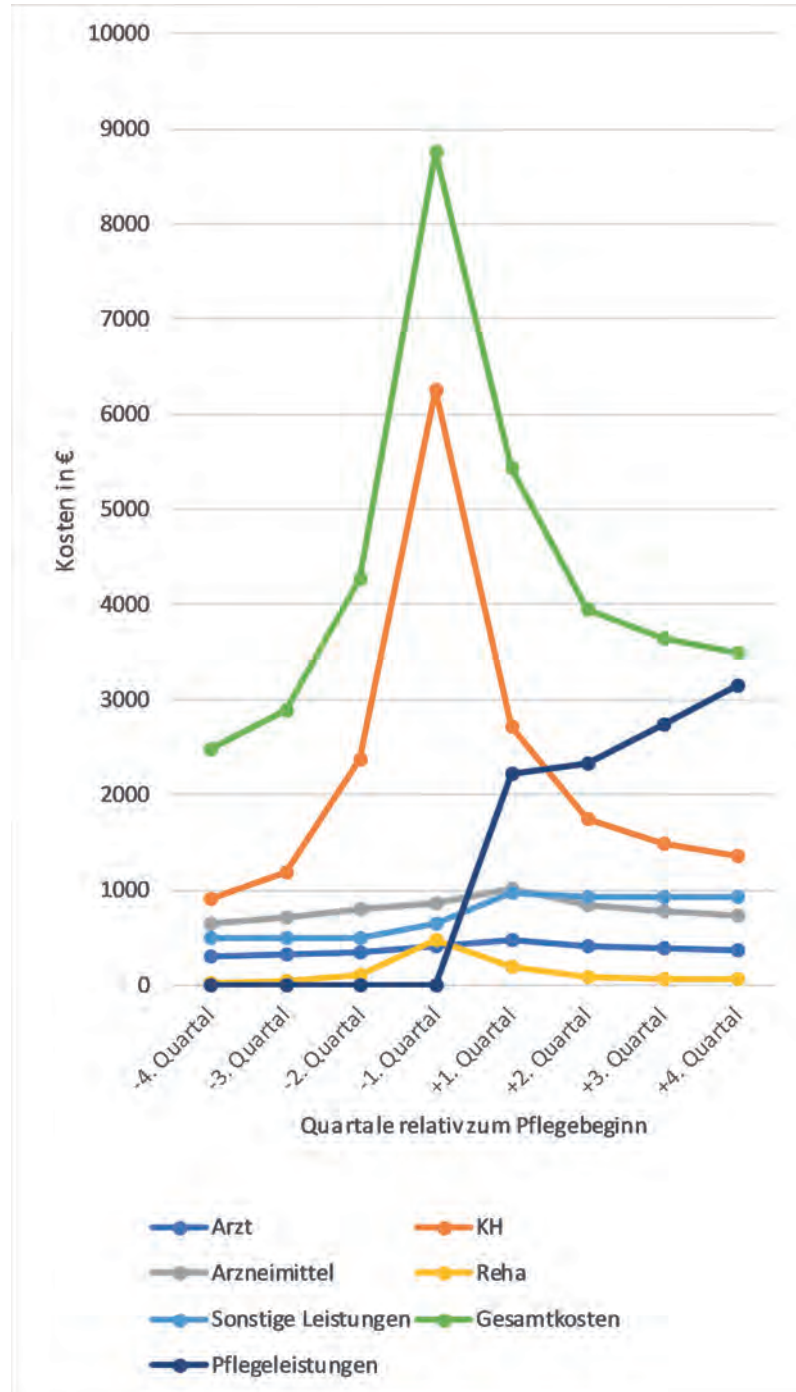
Kostenentwicklung vor und nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit

Analog zur Leistungsanspruchnahme verläuft erwartungsgemäß auch die Kostenentwicklung. In Abbildung 33 ist gut zu sehen, dass Krankenhauskosten und Kosten für stationäre Rehabilitation im Quartal direkt vor Pflegebeginn sprunghaft ansteigen, um direkt danach wieder deutlich zu sinken. Hingegen gibt es bei den sonstigen Leistungen einen sprunghaften Anstieg der Kosten ab dem Quartal nach Pflegeeintritt, der sich jedoch auch bereits in der vorausgehenden Entwicklung andeutet. Die höchsten durchschnittlichen Kosten pro Versichertem entstehen mit knapp 8.700 Euro in dem Quartal direkt vor Beginn der Pflegebedürftigkeit, was größtenteils durch die hohen Krankenhauskosten von im Schnitt etwa 6.300 Euro zu erklären ist. So ist es auch nicht verwunderlich, dass die durchschnittlichen GKV Gesamtkosten in dem relativen Jahr vor Pflegebeginn gut 3.600 Euro höher sind als in dem relativen Jahr nach Pflegebeginn (-1 Jahr: 17.900 Euro, +1 Jahr: 14.300 Euro). Die Pflegeleistungen aus der SPV belaufen sich im Durchschnitt pro Versicherten auf 8.100 Euro. Demnach erzeugt ein Pflegebedürftiger in dem ersten Jahr nach Beginn seiner Pflegebedürftigkeit in Summe aus den Bereichen der GKV und SPV durchschnittliche Kosten in Höhe von über 22.300 Euro.

Tabelle 13: Durchschnittliche Kosten Pflegebedürftiger vor und nach Pflegeeintritt nach Sektor

Kosten (in €)	Q-4	Q-3	Q-2	Q-1	Q+1	Q+2	Q+3	Q+4
Ambulant Arzt	310	330	351	402	465	398	389	375
Krankenhaus	895	1.194	2.368	6.252	2.716	1.742	1.489	1.365
Arzneimittel	644	716	790	872	1.011	833	765	724
Reha	28	36	97	477	185	83	68	66
Sonst. Leistungen	503	491	487	641	968	924	935	932
GKV Gesamt	2.479	2.882	4.262	8.742	5.441	3.955	3.634	3.490
SPV Leistungen	-	-	-	-	2.213	2.324	2.746	3.140

Abbildung 33: Durchschnittliche Kosten pro pflegebedürftigem Versicherten relativ zum Beginn der Pflegebedürftigkeit nach Sektor



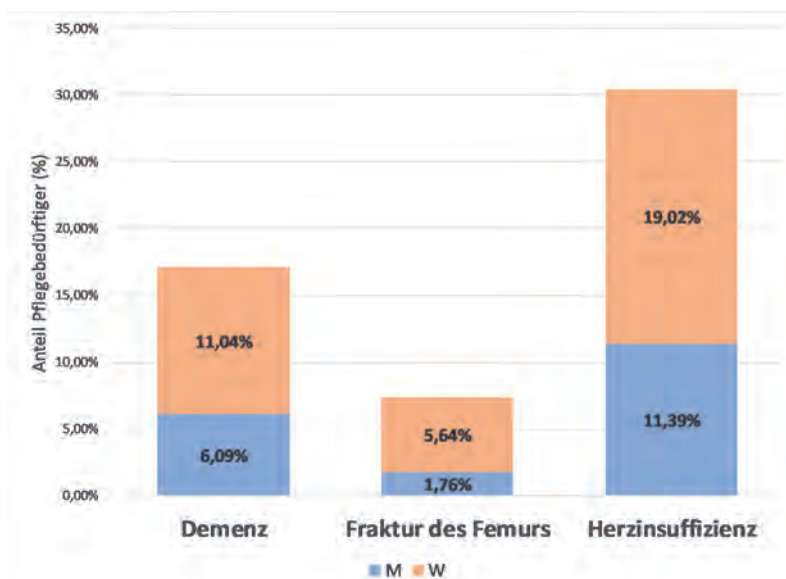
5.6.5 Ausgewählte Pflegebedürftigkeitskarrieren

Zur Untersuchung von typischen Patientenkarrieren vor und nach Beginn der Pflegebedürftigkeit wurden im Folgenden Versicherte betrachtet, bei denen entweder eine Demenz (ICD-Codes: „F00“, „G30“, „F01“, „F02“, „F04“) oder eine Herzinsuffizienz („I50“) als pflegebegründende Diagnosen wahrscheinlich waren oder die im Anschluss an eine Fraktur des Femurs („S52“) pflegebedürftig wurden. Hierbei wurden Versicherte, die in dem relativen Jahr vor oder nach Beginn ihrer Pflegebedürftigkeit entsprechend gesicherte Diagnosen aufwiesen, den jeweiligen Gruppen zugeordnet. Die Gruppen sind allerdings aufgrund der zeitpunktunabhängigen und nur quartalsgenauen Diagnostik im ambulanten Sektor nicht disjunkt, d. h. ein Versicherter könnte – wobei eher unwahrscheinlich – im Extremfall in allen drei Gruppen vertreten sein.

Wie in Abbildung 34 zu sehen, sind die Patienten mit Herzinsuffizienz die größte Gruppe. Von dieser Erkrankung sind 30,4 % der untersuchten Versicherten betroffen. Mit 19,0 % zu 11,4 % ist der Anteil der Frauen hier deutlich höher. Etwa 17 % der Pflegebedürftigen leiden zu Beginn ihrer Pflegebedürftigkeit an einer Demenz. Hier ist der Anteil von Frauen zu Männern fast 2:1 (w: 11,4 %, m: 6,1 %). Die Gruppe der Versicherten, die eine Fraktur des Femurs aufwiesen, ist mit 7,4 % der Versicherten die kleinste. Hier ist der Anteil der Frauen (5,6 %) im Vergleich zu den Männern (1,8 %) sogar noch etwas auffälliger als in den anderen Gruppen.

Etwa 17 % der Pflegebedürftigen leiden zu Beginn ihrer Pflegebedürftigkeit an einer Demenz

Abbildung 34: Anteil Pflegebedürftiger mit pflegebegründender Diagnose Demenz, Fraktur des Femurs oder Herzinsuffizienz



Die drei Gruppen unterscheiden sich leicht hinsichtlich des Durchschnittsalters der zugehörigen Versicherten. In der Population der pflegebedürftigen Versicherten mit Demenz betrug das durchschnittliche Alter zu Beginn der Pflegebedürftigkeit 81,0 Jahre (m: 80,2; w: 81,5), bei den Versicherten mit einer Fraktur des Femurs 82,6 Jahre (m: 80,8; w: 83,2) und die Pflegebedürftigen mit Herzinsuffizienz sind im Schnitt 82,1 (m: 80,6; w: 83,0) Jahre alt, wenn sie pflegebedürftig werden.

Ca. ein Drittel der Pflegebedürftigen mit Herzinsuffizienz versterben innerhalb des ersten Jahres nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit

Innerhalb des ersten Jahres nach Beginn der Pflegebedürftigkeit sterben 17,79 % der an Demenz leidenden pflegebedürftigen Versicherten. Von den Versicherten mit einer Fraktur des Femurs stirbt innerhalb des ersten Jahres fast jeder Vierte (24,2 %) und bei denen mit Herzinsuffizienz sogar fast jeder Dritte 31,6 %.

Anhand von Tabelle 14 ist zu erkennen, dass die Inanspruchnahme der Versicherten aus den drei Gruppen auf die vier verschiedenen Versorgungsformen teilweise recht unterschiedlich ist. Pflegebedürftige mit Herzinsuffizienz werden mehrheitlich von Angehörigen gepflegt (57,3 %), mehr als ein Viertel wird stationär gepflegt (26,6 %) und jeder siebte wird ambulant versorgt. Bei den Versicherten mit einer Demenzdiagnose werden knapp 40 % Zuhause durch Angehörige versorgt und mit 23,3 % und 28,6 % werden etwa gleich viele Pflegebedürftige ambulant und stationär gepflegt. Besonders auffällig ist, dass innerhalb dieser Gruppe knapp 7 % der Versicherten zunächst teilstationär versorgt werden, wohingegen in den anderen beiden Gruppen diese Versorgungsform kaum vertreten ist. Die Pflegebedürftigen mit einer Fraktur des Femurs vor Beginn ihrer Pflegebedürftigkeit werden fast zu gleichen Teilen durch Angehörige (38,1 %) und stationär (34,2 %) gepflegt. Den Anspruch einer ambulanten Pflege nimmt knapp ein Viertel (26,8 %) der Versicherten aus dieser Gruppe in Anspruch.

Tabelle 14: Pflegebedürftige mit pflegebegründender Diagnose aus den Bereichen Demenz, Fraktur des Femurs oder Herzinsuffizienz nach Versorgungsform bei Pflegeeintritt

Versorgungsform	Demenz	Fraktur Femurs	Herzinsuffizienz
Anteil ambulant (%)	23,31	26,79	14,83
Anteil stationär (%)	28,57	34,19	26,64
Anteil teilstationär (%)	6,65	0,89	1,21
Anteil Angehörige (%)	41,56	38,12	57,31

Es ist deutlich zu erkennen, dass es bezüglich der Pflegestufe, die den Versicherten zu Beginn ihrer Pflegebedürftigkeit zugesprochen wird, unter den drei Gruppen teilweise starke Unterschiede gibt (siehe Abbildung 35). Zwar weist in allen Gruppen die Pflegestu-

fe 1 den größten Anteil an Versicherten auf, jedoch schwankt dieser stark zwischen 57,8 % bei den Pflegebedürftigen mit Demenz und 71,2 % bei Versicherten mit einer Fraktur des Femurs bzw. 72,9 % bei Versicherten mit Herzinsuffizienz. Während in den beiden letzten genannten Gruppen die Pflegestufe 2 mit 19,4 % und 17,4 % am zweit häufigsten vergeben wird, weist unter den Pflegebedürftigen mit Demenz jeder Vierte die Pflegestufe 0 zu Beginn seiner Pflegebedürftigkeit auf. Erst danach folgt Pflegestufe 2 mit lediglich 13,7 % der Versicherten. Die Pflegestufe 0 weisen bei den anderen beiden Gruppen etwa 6 % der Versicherten zu Beginn ihrer Pflegebedürftigkeit auf. In allen drei Gruppen hat kaum jemand die höchste Pflegestufe 3 zugesprochen bekommen, wobei der höchste Anteil mit 3,5 % in der Gruppe der Versicherten mit Herzinsuffizienz liegt. Somit hat in dieser Gruppe etwa jeder Fünfte eine der beiden höchsten Pflegestufen erhalten und in der Gruppe der Pflegebedürftigen mit Demenz haben knapp 84 % eine der beiden unteren Pflegestufen erhalten.

Bei Betrachtung der GKV Gesamtkosten, die ein durchschnittlicher Pflegebedürftiger im Jahr vor und nach Beginn seiner Pflegebedürftigkeit erzeugt, fällt zunächst auf, dass die Versicherten mit Demenzdiagnose sowohl vor, als auch nach Beginn ihrer Pflegebedürftigkeit weniger Kosten verursachen als Versicherte mit einer Fraktur des Femurs oder einer Herzinsuffizienz, die ihrerseits etwa gleich hohe Kosten erzeugen (vgl. Tabelle 15). Mit Beginn der Pflegebedürftigkeit steigen die Kosten der Gruppe der an Demenz Erkrankten von knapp 11.000 Euro auf fast 12.000 Euro. In den anderen beiden Gruppen ist eine Kosten Reduktion zu beobachten. Bei den Pflegebedürftigen mit einer Fraktur des Femurs sinken die Ausgaben von 17.900 Euro in dem Jahr vor Pflegebeginn auf 17.700 Euro nach Pflegebeginn. Bei den Versicherten mit Herzinsuffizienz ist eine Kostenreduktion von fast 2.000 Euro von 18.100 Euro auf 16.300 Euro zu verzeichnen. Da in den beiden zuletzt genannten Gruppen jedoch der Anteil der innerhalb des ersten Jahres nach Pflegebeginn Verstorbenen mit etwa einem Viertel bzw. einem Fünftel deutlich höher ist, als in der Gruppe der an Demenz Erkrankten, wurden hier relativ zur Grundgesamtheit zu Beginn der Pflegebedürftigkeit insgesamt wahrscheinlich weniger Kosten erzeugt. Umgekehrt sieht es bei den SPV-Pflegekosten aus. Hier sind die Leistungsausgaben mit durchschnittlich knapp 11.400 Euro im ersten Jahr nach Beginn ihrer Pflegebedürftigkeit mehr als 3.000 Euro teurer als die Leistungsausgaben bei Patient*innen mit einer Herzinsuffizienzdiagnose (8.300 Euro) und gut 1.000 Euro teurer als die Versicherten mit einer Fraktur des Femurs (10.200 Euro). Auch hier ist jedoch zu beachten, dass in den beiden Gruppen mit niedrigeren Kosten weit mehr Versicherte innerhalb des ersten Jahres nach Pflegebeginn verstorben sind.

GKV und SPV Gesamtkosten

Abbildung 35: Anteil Pflegebedürftiger mit pflegebegründender Diagnose Demenz, Fraktur des Femurs oder Herzinsuffizienz nach Pflegestufe zum Zeitpunkt des Pflegeeintritts

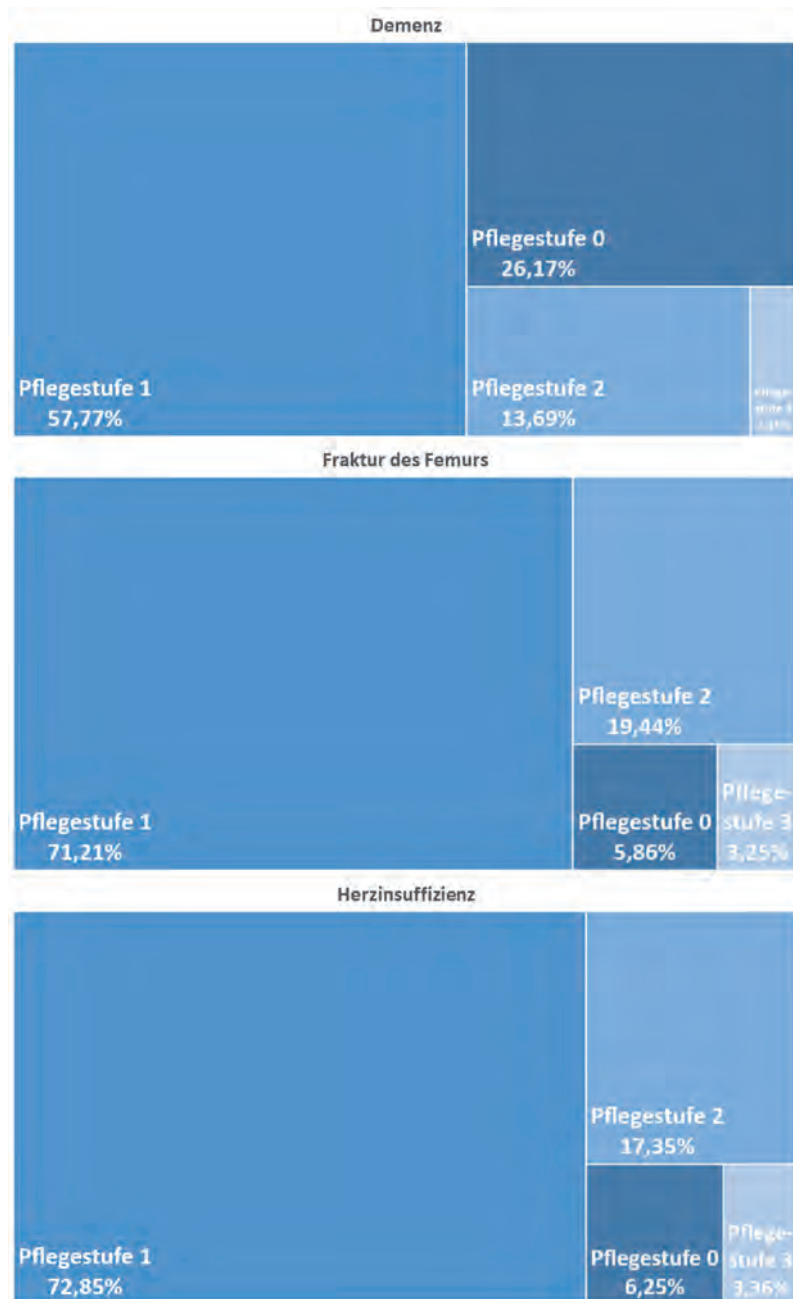


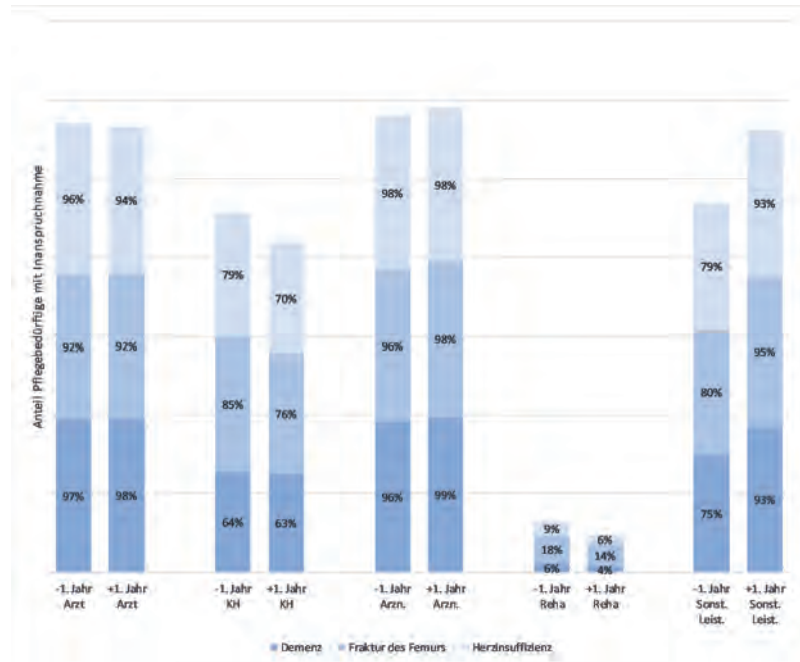
Tabelle 15: Durchschnittliche Kosten Pflegebedürftiger mit Demenz, Fraktur des Femurs oder Herzinsuffizienz vor und nach Pflegeeintritt

GKV Kosten (€)	-1. Jahr	+1. Jahr
Demenz	11.191	12.156
Fraktur d. Femur	17.910	17.736
Herzinsuffizienz	18.103	16.325

Die Anteile der Versicherten mit Leistungsanspruchnahme unterscheiden sich zwischen den Gruppen der Demenzkranken, Herzinsuffizienz-Patienten und der Versicherten mit einer Fraktur des Femurs auf aggregierter Ebene kaum (siehe Abbildung 36). Es fällt auf, dass sowohl vor, als auch nach Pflegebeginn 8 % der demenzkranken Pflegebedürftigen mit einer Fraktur des Femurs in diesem Zeitraum keinen ambulanten Arzt sehen. Unterschiede bezüglich des Pflegebeginns gibt es in allen Gruppen kaum. Anders bei den Krankenhausfällen, hier sinkt mit Beginn der Pflegebedürftigkeit in allen Gruppen die Anzahl der Personen mit Krankenhausaufenthalt, was damit zu begründen ist, dass wie in Kapitel 4.4 gezeigt, kurz vor Pflegebeginn die Anzahl der Krankenhausfälle drastisch steigt. Bei den Anteilen der Pflegebedürftigen mit Reha-Aufenthalten ist selbiges zu beobachten. Hier fällt besonders auf, dass wie zu erwarten die Pflegebedürftigen mit einer Fraktur des Femurs diese mit 18 % vor und 14 % nach Pflegebeginn deutlich häufiger in Anspruch nehmen. Der Bereich der sonstigen Leistungen ist der Einzige, in dem in allen Gruppen ein deutlicher Anstieg der Inanspruchnahme stattfindet.

Inanspruchnahme von Leistungen

Abbildung 36: Anteil Pflegebedürftiger mit pflegebegründender Diagnose Demenz, Fraktur des Femurs oder Herzinsuffizienz vor und nach Pflegeeintritt nach Hauptleistungsbereich
Ambulant Arzt (Arzt), Krankenhaus (KH), Arzneimittel (Arzn.), Rehabilitation (Reha) und sonstige Leistungen (Sonst. Leist.)



5.7 Literaturverzeichnis

Bundesamt für Kartographie und Geodäsie (2018): Open Data – Freie Daten und Dienste des BKG. Online: <http://www.geodatenzentrum.de/geodaten/>

Bundesministerium für Gesundheit (2018): Soziale Pflegeversicherung: Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12.2017. Online: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/insgesamt_2017.pdf

MDS (2012): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung: Pflegebericht 2011/2012. Online: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Pflegeberichte/MDS_Pflegebericht_2011-12.pdf [abgerufen am 15.11.2018].

- R Core Team (2018): R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Online: <https://www.R-project.org/> [abgerufen am 15.11.2018].
- Statistisches Bundesamt (2017a): Pflegestatistik 2015 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse – Pflegebedürftige. Abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/Pflege-Deutschlandergebnisse5224001159004.pdf>
- Statistisches Bundesamt (2017b): Pflegestatistik 2015 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige. Abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegebeduerftige5224002159004.pdf>
- Statistisches Bundesamt (2017c): Pflegestatistik 2015 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegeheime. Online: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102159004.pdf> [abgerufen am 15.11.2018].
- Swart, E/Graf von Stillfried, D/Koch-Gromus, U (2014): Kleinräumige Versorgungsforschung – Wo sich Wissenschaft, Praxis und Politik treffen. In: Bundesgesundheitsblatt 57(2): 161–163.
- Swart, E/Gothe, H/Geyer, S/Jaunzeme, J/Maier, B/Grobe, TG/Ihle P (2015): Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. In: Das Gesundheitswesen 77(2): 120–126.

6. Pflegebedarf und Bedingungen guten Lebens

Christine Bruker, Thomas Klie

Einzelfallstudien für den DAK-Pflegereport 2018

Die Ergebnisse der Bevölkerungsumfrage geben Einblicke in die Einstellungen, Wissensbestände und Erfahrungen von Bürger*innen im Hinblick auf die Pflege vor Ort. Die Analysen der GKV-Routinedaten zeigen dazu ergänzend – mit regionalen Differenzierungen – auf, welche Gesundheitskosten in der Pflege entstehen. Die Infrastrukturanalyse der drei Modellregionen erschließt exemplarisch die Spezifik der regionalen Infrastruktur. Diese drei Bestandteile des Pflegereports sind elementar, doch sie bieten keine Einblicke in die individuellen Situationen von betroffenen Menschen und Haushalten. Um auch diese vierte Perspektive nicht zu vernachlässigen, wurden im Rahmen des DAK-Pflegereports 2018 insgesamt zwölf qualitative Interviews geführt, die den Fokus auf die Lebenswelt von Menschen mit Pflegebedarf und pflegenden Angehörigen richten.²⁸

Der Begriff der Lebenswelt bedeutet hier in Anlehnung an Grunwald und Thiersch, dass der Mensch nicht als abstraktes Individuum verstanden wird, sondern in der Erfahrung seiner konkreten Wirklichkeit (vgl. 2001). Gesellschaftliche Strukturen beeinflussen immer die individuellen Erfahrungen mit. Die Lebenswelt stellt somit eine Schnittstelle zwischen strukturellen Gegebenheiten und subjektiv geprägten Handlungsmustern dar. Da Deutungen und Strategien von Menschen immer auch widersprüchlich sind, ist bei der Rekonstruktion von Lebenswelt immer auch eine normativ-kritische Perspektive einzunehmen (vgl. Grunwald und Thiersch 2001, S. 1139f.).

Um sich der Lebenswelt von Menschen mit Pflegebedarf anzunähern, fügen sich die Interviews im Sinne von Einzelfallstudien in die Ergebnisse der Bevölkerungsumfrage sowie der Routinedaten- und Infrastrukturanalyse ein. Die Funktion der Einzelfallstudien liegt zum einen darin, statistische Ergebnisse „[...] zu vertiefen und zu erweitern“ (Lamnek und Krell 2016, S. 295). Sie können darüber hinaus auch als Korrektiv bzw. Ergänzung dieser Ergebnisse dienen (vgl. Brüsemeister 2008, S. 57). Die Fallstudie ist sowohl konkrete Erhebungstechnik als auch Forschungsansatz (vgl. Lamnek und Krell 2016, S. 285). Der Inhalt einer Fallstudie ist – wie es die Bezeichnung nahelegt – der ganze Fall in seinen komplexen Zusammenhängen von Funktions- und Lebensbereichen. Dabei finden auch biographische Hintergründe ihren Raum und können besonders hervorgehoben werden (vgl. Mayring 2016, 42). Die für den DAK-Pflegereport 2018 erstellten Einzelfallstudien folgen unter anderem

Die vierte Perspektive: Zwölf qualitative Interviews mit Angehörigen und pflegebedürftigen Menschen

Fokus: Die Lebenswelt von Menschen mit Pflegebedarf und pflegenden Angehörigen

²⁸ Die Einzelfallstudien wurden unter Mitarbeit von Nora Schroeder erstellt.

der Frage, wie die Pflege und Sorge (nach Brückner 2011) bei den befragten pflegetbedürftigen Personen organisiert ist.

Vorgehen der Studie Für die qualitative Studie wurden im Kreis Nürnberger Land, im Emsland und im Saarpfalz-Kreis pflegende Angehörige interviewt und Personen, die gem. SGB XI einen Pflegetbedarf aufweisen. Es handelte sich um Frauen und Männer, die bei der DAK-Gesundheit kranken- und pflegetversichert sind bzw. waren. Die Kontaktaufnahme und der Zugang zu den Personen erfolgte durch die DAK-Gesundheit. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, dass Menschen in verschiedenen Leistungsbezügen involviert wurden: Personen im Pflegetsachleistungsbezug gem. § 36 SGB XI, Bezieher*innen von Pflegetgeld (§ 37 SGB XI), von Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) sowie Menschen, die in einer stationären Pflegeteinrichtung leben und Leistungen gem. § 43 SGB XI beziehen.

Die Interviews wurden telefonisch von Dr. Christine Bruker und Prof. Dr. Thomas Klie durchgeführt und im Anschluss anonymisiert. Ihnen lag ein Gesprächsleitfaden zugrunde. Unter anderem waren die nachfolgenden Leitfragen Teil der Gespräche:

- Leitfragen der Interviews**
- Was macht für Sie ein gutes Leben aus – trotz bzw. mit Pflegetbedarf?
 - Welche Personen aus Ihrem persönlichen Umfeld unterstützen Sie im Alltag – von der Familie oder auch andere, wie Nachbar*innen und Freund*innen?
 - Welche professionellen Angebote der Pflege und Unterstützung nehmen Sie in Anspruch?
 - Passen die Angebote, die es hier gibt, zu Ihrer Lebenssituation und Ihren Bedürfnissen – oder eher nicht?
 - Wie gut sind Sie über lokale Angebote der Pflege, Unterstützung und Betreuung informiert und beraten?
 - Ist die Pflege bei Ihnen vor Ort ein öffentliches Thema, das auch kommunalpolitisch aufgenommen wird? Kümmert sich zum Beispiel der*die Bürgermeister*in darum?

Vorgehen und Ziel der Auswertung Die Auswertung der Interviews orientiert sich an der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, dabei besonders an der inhaltlichen Strukturierung (vgl. Mayring 2016, S. 114f.). Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurde auf die Zuordnung der Fallvignetten zu den Untersuchungsregionen verzichtet. Ziel der Auswertung ist es, Einblicke in die Lebenswelten der betreffenden Menschen zu geben und einen Bezug zu den statistischen Daten der Bevölkerungsumfrage und den regionalen Infrastrukturanalysen herzustellen. Vor dem Hintergrund der Ausarbeitung als Einzelfallstudien ergibt sich zum einen, dass jedes Gespräch zunächst für sich ausgewertet wird, d. h. die einzelnen Interviews werden erst in einem zweiten Schritt miteinander in Beziehung gesetzt. Außerdem leitet sich daraus ab, dass die Ergebnisse in narrativer Form verschriftlicht werden. Sie bleiben

möglichst konkret am Fall, als individuelle Erfahrungsgeschichte der einzelnen Betroffenen.

6.1 Lebenswelten pflegebedürftiger Menschen: Einblicke

6.1.1 Leben als pflegende Angehörige zwischen Zufriedenheit und Grenzerfahrung

Hr. Scholl ist 71 Jahre alt, seit 6 Jahren ist er auf pflegerische Unterstützung angewiesen. Die Frage, was für ihn ein gutes Leben ausmacht – gerade auch unter Vorzeichen der Pflegebedürftigkeit – beantwortet er ohne zu zögern wie folgt: „Dass ich meine Frau an meiner Seite hab'. Einmal, dass ich geliebt werde, und dass sie mir hilft und mir täglich und fast jede Stunde hilft, mein Leben zu bändigen“. Das „Bändigen des Lebens“ bedeute für ihn, dass seine Frau ihn an seine Tabletten erinnert, beim Anziehen unterstützt, beim Verbinden seines künstlichen Darmausgangs hilft und vieles mehr. „Ja, sie ist halt immer für mich da“, ergänzt er. Das Geliebt-Werden sei für ihn eng mit der fast 50-jährigen Ehe verbunden, die die beiden führen. Unterstützung erhält das Ehepaar von ihren zwei Kindern. Fr. Scholl: „Da sind unsere Kinder eigentlich sehr rührig. Also gut, wir waren auch immer für sie da [Lachen]. Und das kommt Gott sei Dank zurück. Das ist ja nicht bei jeder Familie so.“ Tochter und Sohn helfen bei kleinen Reparaturen in der Wohnung, aber auch in der Haushaltsführung und bei Fahrten, die zu erledigen sind.

Familiärer Zusammenhalt und soziale Kontakte als Kriterien für ein gutes Leben

Ein wichtiger Bezugspunkt im Leben von Hrn. und Fr. Scholl ist ein befreundetes Ehepaar. Er sagt: „Wir haben Freunde aus dem Ort, wo wir mal gewohnt haben, ganz feste Freunde sind das. Und wir treffen uns alle drei, vier Wochen. [...] Die Damen kochen zusammen und wir essen. [Lachen]. Das ist wichtig. Ich meine, wo haben wir schon Freunde, die man seit über 27 Jahren kennt? [...] Wir fahren zu ihnen und sie kommen zu uns und dann verreisen wir zusammen, machen Kurzurlaub, Kurzreisen. Mal für paar Tage irgendwo anders.“ Die Möglichkeit, diese Urlaubsfahrten unternehmen zu können, mache für ihn ein gutes Leben mit aus. Früher unternahmen sie sehr weite Reisen, nach Südamerika, Afrika und Asien, heute haben sie das Reisen beibehalten, allerdings in überschaubaren Distanzen.

Hr. Scholl wurde schon einmal von einem Pflegedienst unterstützt, damals, als der künstliche Darmausgang gelegt worden war. Doch die Unterstützung hat er beendet. Es sei ihm lieber, wenn seine Frau die Tätigkeiten übernimmt. Zu den Gründen erläutert er: „Ja, ich liebe meine Frau. Nach wie vor. Weil das sind ja auch teilweise intime Sachen, das Verbinden von dem Stoma und so weiter. Und dann ist einem die Person, die einem nahe steht, lieber als jemand anders.“ Das habe viel mit Vertrauen zu tun. Zur Zukunft äußert er: „Wenn es bei mir nicht mehr geht oder wenn es überhaupt nicht mehr geht, dann holen wir uns Hilfe. Dann würden wir uns Hilfe holen. [...] Mei-

ne Frau, sie hat das gelernt zu machen.“ Das Pflegegeld von der Pflegekasse helfe ihnen, den Alltag zu bewältigen. Er ergänzt: „Wir leben davon. Und machen zum Beispiel mal einen Ausflug, dass ich rauskomme aus der Wohnung.“

Flexible Einsatzfähigkeit des Pflegegeldes

Fr. Scholl ergänzt, dass ihr Mann seit einiger Zeit auch an Parkinson und an einer Demenz erkrankt sei. Die Demenz bedeute für sie einen täglichen Kampf. Durch die Parkinson-Erkrankung seien weitere Schwierigkeiten hinzugekommen, zum Beispiel beim Schließen der Hemdknöpfe oder beim Anziehen der Armbanduhr. Sie habe nun eine Armbanduhr mit Zugband gekauft. Frau Scholl erklärt, die besondere Herausforderung bestehe darin, sich immer den Gegebenheiten anzupassen. Das Pflegegeld spiele dabei eine wichtige Rolle, weil es flexibel einsetzbar sei. Sie konnten damit zum Beispiel die Dusche ebenerdig umbauen und einen Duschstuhl anschaffen.

Pflege als Grenzerfahrung für die Pflegeperson

Die Mitarbeiterin einer Pflegeeinrichtung vor Ort habe Hr. Scholl angeboten, einmal in der Woche in eine Tagespflege zu gehen. Er habe das allerdings abgelehnt. Fr. Scholl berichtet, dass ihr Mann sehr fixiert auf sie sei und dass er alleine nicht zu einer Gruppe gehen möchte. Sie müsse überall mitgehen. Die Pflege sei immer wieder eine große Herausforderung, manchmal auch eine Grenzerfahrung. Ab und zu brauche sie eine Auszeit, um zu Kräften zu kommen. Sie erzählt: „Vor einem Jahr war die Pflegerin da und hat gesagt, ich könnte so einen Putzdienst beauftragen. Das würde die Kasse auch bezahlen zweimal im Monat, dass da jemand kommt und mich ein bisschen entlastet beim Putzen. Und dann hab ich, naja, wie man halt immer – Ich bin halt so ein Mensch, ich will immer nicht jedem zur Last fallen, ich habe dann gesagt, nein, ich putze meine Sachen selber und ich brauche das nicht. Und jetzt aber dadurch, dass das wie gesagt mit der Demenz und dem Parkinson noch dazu kommt, dass er also mehr Hilfe auch von mir braucht, habe ich mir gedacht, naja, es wäre eigentlich doch ganz schön, wenn jemand mal käme und wenigstens einmal die ganzen Fenster putzen würde. Und jetzt war eben letzte Woche eine Schwester da [...] aber jetzt ist es so, dass sie im Moment keine Kapazitäten frei hat. Da habe ich mir gedacht, hätte ich das doch vor einem Jahr schon in Angriff genommen. Aber man ist halt, naja, jeder Mensch ist anders. Ich bin halt bestrebt, immer zu sagen: ‚Ich mache das alles selber‘. Und mein Mann, wie gesagt, er fühlt sich auch nicht wohl, wenn andere Leute an ihm rummachen. Es ist manchmal schon schwierig und die Kinder schimpfen dann auch mal mit meinem Mann und sagen: ‚Vater, du musst schon auch mal der Mutter ein bisschen Luft lassen‘. Aber ich kann ihn auch verstehen. Ich denke mir, ich habe vor 20 Jahren einen Schlaganfall gehabt und da war mein Mann auch für mich da und keiner wusste, ob ich wieder werde. Und deswegen sage ich mir: In guten wie in schlechten Tagen. Das ist für mich schon eine Wertvorstellung vom Leben.“

Wunsch nach einem gebündelten Informationsangebot zu Pflegeleistungen

Nach Ansicht von Fr. Scholl bestehen in ihrer Region ausreichend Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen und ihre

Angehörigen. Gut beraten und informiert über Angebote und Hilfen der Pflege und Betreuung fühle sie sich allerdings in keiner Weise. Zum Pflegegeld führt sie zum Beispiel aus: „Sie werden lachen, uns hat am Anfang niemand darauf aufmerksam gemacht, dass wir das überhaupt beantragen können und wir haben es auch nicht gemacht [...]. Also unsere Hausärztin hat irgendwann gesagt: ‚Naja, Sie kriegen ja Pflegegeld‘. Und dann habe ich gesagt: ‚Pflegegeld? Wir kriegen kein Pflegegeld‘. Und dann sagt sie: ‚Sagen Sie bloß, Sie haben das nicht beantragt!‘ Und dann habe ich gesagt: ‚Nein, uns hat keiner gesagt, dass wir das beantragen können.““ Fr. Scholl sagt, es sei wichtig „[...] dass jemand informiert, was man alles bekommen kann. Ich muss das immer alles erfragen.“ Sie wünscht sich, dass es eine Art Katalog gibt, aus dem ersichtlich sei, welche Unterstützungsformen es für welche Einschränkung gibt. Sie habe zum Beispiel auch nicht gewusst, dass sie Unterstützung im Haushalt beantragen könne, bis die Schwester des Pflegedienstes sie irgendwann darauf hingewiesen habe. Sie habe den Eindruck, die Leistungen würden nicht gerne „an die große Glocke gehängt.“

Auf die Frage hin, ob die Pflege ihrer Einschätzung nach ein Thema ist, das vor Ort, z. B. kommunalpolitisch durch den Bürgermeister aufgenommen wird, antwortet Fr. Scholl: „Also da hör’ und seh’ ich eigentlich gar nichts, muss ich sagen [...]. Da gibt es Gemeindebriefe und solche Sachen, aber da hör’ und seh’ ich auch gar nichts, dass da irgendetwas in der Richtung läuft. Wir wohnen zwar gern hier, weil es sehr schön ist, aber dass ich jetzt hör’, dass es da irgendwelche großartigen Kurse oder etwas gibt, wüsste ich jetzt nicht.“

Mit der DAK-Gesundheit als Krankenkasse seien Hr. und Fr. Scholl zum Teil unzufrieden. Sie berichtet: „40 Jahre lang waren wir sehr zufrieden mit der DAK und jetzt im Alter, wo man die Krankenkasse braucht, sind wir teilweise sehr unzufrieden, muss ich sagen. Also wenn wir nicht privat zusatzversichert wären, dann, also ich weiß es nicht. [...] Sie sträuben sich nach allen Himmelsrichtungen, irgendetwas zu bezahlen. Also wir müssen da jedes Mal mehrmals schreiben und telefonieren und ich kenn’ das eigentlich gar nicht, muss ich sagen.“ Was die DAK-Gesundheit als Pflegekasse anbelange, berichtet die Interviewte von wenigen und ausschließlich positiven Erfahrungen: „Da muss ich ganz ehrlich sagen, das machen wir alles selber. Also ich verlass’ mich da jetzt gar nicht irgendwie drauf. Wenn es etwas zu beantragen gibt, dann beantragen wir es und meistens klappt das. Manchmal muss ich dann halt mal wieder schreiben oder telefonieren [Lachen].“ Ob die Pflegekasse etwas besser machen könne? Fr. Scholl antwortet: „Ich weiß nicht, ob man es besser machen kann. Was ich etwas ungerecht empfinde ist, dass wenn ich meinen Mann morgen ins Heim tun würde, würde die Pflegekasse einen totalen Sprung nach oben machen und bezahlen. Jetzt ist es praktisch so, ich versuche alles zu machen und es wird nur ein kleiner Bruchteil davon bezahlt.“ Außerdem wünscht

Verhältnis zur Krankenkasse

sie sich, dass die Pflegesachleistungen flexibler einsetzbar sind, so dass auch Personen in der Nachbarschaft oder Freundeskreis damit bezahlt werden könnten, z. B. wenn sie kochen, putzen oder Wäsche waschen.

**Wunsch nach
höherer An-
erkennung
dessen, was
pflegende
Angehörige
leisten**

Fr. Scholl wünsche sich weiterhin, dass die Leistung von pflegenden Angehörigen besser – auch finanziell – anerkannt wird. Sie führt aus: „Ich möchte oft einmal jemanden hier haben, der sieht, wie das wirklich ist im Alltag. Zum Beispiel, mein Mann hat ja diesen Stomausgang. Und er hat ja an den Beinen keine Nerven mehr, also er spürt gar nichts. Jetzt ist es manchmal so, wie beim Menschen halt auch, man hat manchmal vielleicht Durchfall. Wenn er jetzt Durchfall hat, kann es passieren, dass sich die Platte vom Bauch löst. Wenn sie sich löst, merkt er das aber nicht sofort, weil er ja keine Nerven mehr hat. Er merkt es ja eigentlich erst zu spät, also wenn alles schon fließt sozusagen. So, da schmeiß ich meine Betten weg, weil die wasch' ich gar nicht. Ich weiß gar nicht, was ich zuerst machen soll, meinen Mann abrausen, umziehen, alles zu lösen. Und da wünsch ich mir halt schon, dass man sagt, das müsste schon ein bisschen mehr anerkannt werden, was man alles macht. Wenn mein Mann jetzt im Heim wäre, müssten sie das auch alles machen und sie kriegen weitaus mehr Geld dafür. Das finde ich schon schade, dass das halt nicht so anerkannt wird, dass die Kasse sagt, Mensch, das ist toll, dass die Frau das alles daheim mit ihrem Mann macht und er nicht ins Heim kommt und wir ein Schweinegeld für ihn bezahlen müssen. Das ist ja der Fall. Das finde ich, also diese Anerkennung. Es geht jetzt nicht nur um mich, sondern es geht um hunderttausende von Familienmitgliedern, die da einspringen und helfen.“

Insgesamt sei Fr. Scholl sehr zufrieden mit ihrer Lebenssituation. Das habe mit der aktuellen Situation, aber auch mit ihrer früheren Lebensgestaltung zu tun. „Das muss ich Ihnen ehrlich sagen: So wie es im Moment ist, ist es für uns richtig. Ich könnte mir zwar manchmal mehr Hilfe vorstellen für mich, aber das ist so ein, naja, so ein kurzer Moment, wo ich dann sage, Mensch, jetzt wäre es schön, wenn das oder das – aber das verfliegt bei mir eigentlich wieder schnell. Ich bin sehr aktiv und rührig und ich schaff' das alles schon. Wie gesagt, wir haben gute Freunde, wir haben eine super Nachbarschaft und wie gesagt, unsere Kinder sind in der Nähe, also da können wir uns darauf verlassen. Ich habe zwei, drei gute Freundinnen, die jederzeit einspringen, wenn irgendetwas ist. [...] Also unser Umfeld passt wunderbar, muss ich sagen. Und mein Mann und ich, wir sind halt zusammengeschweißt [Lachen]. Und wir waren halt immer zusammen. Und wir haben ein richtiges Familienleben gehabt, mein Mann ist jeden Mittag zum Essen heimgekommen, die Kinder kennen das auch nicht anders als dass wir immer zusammen waren. Das ist halt nun mal so. Aber wie gesagt, ich bin mit meinem Leben zufrieden, weil wir in den jungen Jahren so viel erlebt haben. Und das ist unser Glück wahrscheinlich, dass wir so viel von der Welt

gesehen haben, dass wir mit unseren Kindern so viel gemacht haben. Weil viele sagen ja immer, oh wenn ich mal in Rente bin, dann mach' ich das und dann machen wir Reisen. Das heben sich ja viele Leute immer für die Rente auf und das ist verkehrt. Weil man dann sieht, wenn man krank ist, dass man nichts mehr machen kann. Das ist eigentlich das, wovon wir zehren, dass wir sagen, wir vermissen nichts, weil wir so viel erlebt haben.“

6.1.2 Gutes Leben durch familiäre Einbindung

Der Vater von Hrn. Aufricht ist vor einiger Zeit im Alter von über 90 Jahren gestorben. Hr. Aufricht berichtet: „Am Anfang war das so gewesen: Mein Vater war taub und Mutter war gehbehindert. Meine Eltern waren eigentlich ein gutes Team, denn sie hat das Telefon und so weiter alles gemanagt, und er war taub und hat die andere Arbeit gemacht [...]. Der eine war auf den anderen angewiesen. Meine Mutter ist vor vier Jahren verstorben und seit diesem Zeitpunkt habe ich noch eine polnische Pflegekraft dazu gehabt, um den Vater zu bekochen und so weiter. Am Anfang hat er noch selbst gekocht, aber auch die Damen gehabt, immer im Wechsel von etwa sechs Wochen. So als Gesellschafterin. Und das hat sich entsprechend halt aufgebaut, dass die Frauen immer mehr Arbeit hatten mit ihm, das war mit der Zeit bei ihm weniger geworden und die Arbeit bei ihnen mehr“. Sie hätten nonverbal miteinander kommuniziert, er selbst sei mehrmals pro Tag vor Ort gewesen. Hr. Aufricht erzählt über die 24-Stunden-Kräfte: „Sie haben das sehr, sehr gut gemacht. Also die Sprachkenntnisse von den polnischen Frauen waren nicht so gut, aber ich muss sagen, das hat trotz allem sehr, sehr gut geklappt. Sprache ist nicht immer erforderlich, wenn der Wille da ist, passt das dann auch.“ Ohne die Unterstützung der 24-Stunden-Kräfte sei die Versorgung des Vaters in der eigenen Häuslichkeit nicht möglich gewesen. Der Umzug in ein Pflegeheim sei nie ernsthaft in Frage gekommen. Er habe seinem Vater vor allem wegen der Hörbehinderung versprochen, er könne in seinem Haus wohnen bleiben.

Zu Hause ist er dann auch gestorben. Dem Tod des Vaters war ein Krankenhausaufenthalt vorausgegangen, von dem Hr. Aufricht wie folgt berichtet: „Weil er nicht hört, war er dort gleich in der Ecke Demenz abgeschrieben. Und da habe ich gedacht, das darf nicht mehr sein. Dann haben wir ihn nach 14 Tagen aus dem Krankenhaus rausgeholt [...]. Er war dann total schwach gewesen. Das Problem ist, dass die Pflegekräfte dort total überfordert waren. Er hat da nichts zu essen bekommen. Das Essen wurde auf den Tisch gestellt und als ich um halb drei hingekommen bin, hat man dem Mann noch nichts zu essen gegeben. Das hat schon ein bisschen wehgetan [...]. Nachdem er nach Hause gekommen ist, haben wir gleich mit dem Hausarzt einen Termin gehabt. Und er hat auch gleich gesagt: Nicht mehr ins Krankenhaus, das macht ihn nur fertig, denn er wollte nicht mehr essen und er war dann auch depressiv.“

**Reorganisati-
on der Pflege
und Betreuung
nach dem Ver-
sterben der
Ehefrau**

**Schlechte Er-
fahrungen im
Krankenhaus**

Ein gut verknüpftes Hilfe-Netzwerk

Neben den 24-Stunden-Pflegekräften und Hrn. Aufricht haben sein Bruder und seine Schwägerin den alten Herrn unterstützt – sie wohnten im Nachbarhaus und waren daher unmittelbar vor Ort. Auch die Ehefrau von Hrn. Aufricht und ihre Kinder waren in das Hilfe-Netzwerk eingebunden. Nachbar*innen unterstützten gelegentlich. Zudem war eine Sozialstation an der Pflege beteiligt. Hr. Aufricht erzählt: „Also sie haben die morgendliche Toilette gemacht, angezogen bzw. ein oder zweimal in der Woche geduscht. Ich hatte auch Kontakt zur Palliativmedizin. Sie haben wir dann aber doch nicht benötigt, da der Hausarzt ein Schmerzpflaster verschrieben hat.“ Die Einbindung des Hausarztes habe sehr gut funktioniert. Der Interviewte ist der Ansicht, dass der Hausarzt, die Sozialstation und auch die polnischen Pflegefachkräfte gut miteinander gearbeitet und sich abgesprochen haben. Er selbst hatte die Koordination übernommen. Das Pflegegeld sei für seinen Vater dabei wichtig gewesen, da er als Selbstständiger mit einem kleinen Handwerksbetrieb nur eine geringe Rente hatte. Er lebte von seinen Ersparnissen, dem Pflegegeld und einer kleinen Rente.

Mangelndes Informationsangebot der Krankenkasse

Auf die Frage hin, ob es noch eine andere Hilfe oder Unterstützung gebraucht hätte, die sie nicht in Anspruch nehmen konnten, antwortet Hr. Aufricht: „Ja. Was ich bemängele, das muss ich schon sagen, das ist bei der Krankenkasse. Ich habe immer die Informationen nicht von der Krankenkasse bekommen, sondern immer nur von der Sozialstation. Bei der Krankenkasse gehst du hin und sagst: ‚Das will ich‘. Und dann wird es bewilligt. Die Sozialstation hingegen sagte mir: ‚Das und das können Sie besorgen und das und das, der Beistelltisch, das Pflegebett und so weiter. Von der Krankenkasse kam eigentlich gar nichts. Also wenn der Arzt etwas verordnet hatte, hat die Leistung geklappt, die Dekubitusmatratze oder der Rollator, das hat alles geklappt. Nur von der Krankenkasse warte ich heute noch auf einen Anruf, dass mir jemand sagt: ‚Das und das, diese Leistungen können wir Ihnen bieten oder leisten.‘“ Insgesamt gibt er zu bedenken, dass der finanzielle Aufwand für die Pflegekasse deutlich höher gewesen wäre, wenn sein Vater in einem Pflegeheim versorgt worden wäre.

Hr. Aufricht äußert eine weitere Kritik an den Arbeitsweisen der Pflegekasse. Er bezieht sich auf einen Antrag zur Höherstufung des Pflegegrades. „Mein Vater kam ja ins Krankenhaus. Ich habe dann auch gleich die höhere Stufe beantragt, nachdem der Arzt und die Sozialstation mir das gesagt haben. Dann war auch jemand da vom medizinischen Dienst der Krankenkassen. Dann wurde der Antrag von Stufe 3 in 4 abgelehnt. Ich habe Widerspruch eingelegt am 13.04. und am 30.05 ist mein Vater verstorben. Bis dorthin habe ich noch nichts bekommen, noch keine neue Information per Mail, dass der Antrag eingegangen ist. Für mich war das eine Katastrophe und danach habe ich die Krankenkasse nochmal informiert darüber, dass der Vater verstorben ist, aber der Antrag nicht bearbeitet wurde. Und dieses Schreiben habe ich auch an Minister Spahn zur

Information geschickt. Denn ich finde, gerade in dieser Geschichte, da werden die Leute allein gelassen. Ich war so eingebunden in diese Geschichte.“ Ein Motiv zur Teilnahme an der qualitativen Studie war, diese Erfahrungen erzählen zu können. Er sagt: „Also dass sie mich jetzt interviewen und so weiter, ich finde das eine gute Geschichte und hoffentlich passiert auch was“. Bei der regionalen Beratungsstelle der DAK-Gesundheit geht er nicht davon aus, dass jemand etwas für ihn erreichen kann. „Ich habe meiner Frau gesagt, da gibt es ja auch die Geschäftsstelle, aber die brauchen sie gar nicht mehr. Denn man kommt dorthin, man steht Schlange, die Mitarbeiterin nimmt etwas entgegen und es wird weitergereicht. Dort wird nichts entschieden. Von daher würde ich sagen, die Geschäftsstelle könnte man schließen.“

Die Pflege und auch der Beitrag pflegender Angehöriger ist nach Ansicht von Hrn. Aufricht kein öffentliches Thema in seinem Wohnumfeld. Allerdings präge die Frage nach einer guten Sorge für pflegebedürftige Menschen die Lebenswirklichkeit zahlreicher Menschen in seinem Umfeld. Sie werde im Privaten besprochen. Er erzählt: „Ich habe sehr viele Bekannte, da bekommt man mit, wie bei den anderen das gleiche Problem ist [...], über private Gespräche. Da ist die Pflege zurzeit eigentlich schon aktuell, weil das halt ein Thema auch des demographischen Wandels ist. Wir werden immer älter. Wer pflegt wen mal?“

Hr. Aufricht stellt für die Sorge pflegebedürftiger Menschen die Bedeutung der Familie heraus: „Ganz wichtig ist die Einbindung der Familie, wenn das irgendwie klappt. Und ich glaube, das haben wir gut hinbekommen halt. Und das wichtigste ist [...], dass jemand da ist, um die Probleme zu lösen, oder versucht zu lösen. Ich habe dies vier Jahre gemacht und war fast immer da. Ich glaube, dass man sagen kann, dass man diese Nähe braucht und dann geht so manches halt auch. Und dann sind die Fragen, ob man die Zeit dazu hat, die Initiative, ob ich das machen kann, ob der Wille da ist. Die Frage, war das Verhältnis zu den Eltern so gut gewesen, dass ich das mache. Das ist ja auch ein wichtiges Thema. Es ist ja auch die Frage, wie war das Umfeld vorher gewesen war. Ist Nähe da gewesen? Ich meine, für Geld bekommt man manches, aber Zuwendung oft nicht.“ Dementsprechend ist er der Auffassung, dass insbesondere die familiäre Einbindung ein gutes Leben bei Pflegebedürftigkeit ausmacht.

Das Thema Pflege wird nur im Privaten besprochen

Familiäre Einbindung ausschlaggebend für ein gutes Leben bei Pflegebedürftigkeit

6.1.3 Pflegestützpunkt unbekannt

Hr. Kern ist der Auffassung, dass ein gutes Leben mit und ohne Pflegebedarf sehr unterschiedlich ist. Er sagt: „Das sind zwei Paar Schuhe.“ Mit einem Pflegebedarf zu leben bedeute, mit starken Einschränkungen sein Leben zu bewältigen. Es komme jedoch auf die Art der Beeinträchtigung an, ob jemand zum Beispiel auf einen Rollstuhl angewiesen sei, eine Demenz habe oder nicht. Für Hrn.

Kern und seine Frau gehöre ein feines Mittagessen auf alle Fälle zu einem guten Leben dazu.

**Als Ehepaar
füreinander
sorgen**

Hr. und Fr. Kern – beide über 70 Jahre alt – sind seit vielen Jahren verheiratet und leben in ihrem eigenen Haus. Hr. Kern erzählt, dass sie beide füreinander sorgen. Er übernehme die „großen Arbeiten“, zum Beispiel die Gartenarbeit und Reparaturen, und seine Frau die „kleinen Arbeiten“. Dazu gehört beispielsweise das Kochen. Fr. Kern ist aufgrund einer Erkrankung in den Knien seit sieben Jahren Rollstuhlfahrerin. Unlängst ist zudem eine Parkinson-Erkrankung diagnostiziert worden. Sie hat einen Pflegegrad von 3. Das Essen könne seine Frau auch vom Rollstuhl aus zubereiten. Das ältere Ehepaar erhält Unterstützung von einer Nachbarin. Sie hilft beim Wäschewaschen. Eine andere Nachbarin bügelt. Eine Bekannte übernimmt das Reinigen der Zimmer. Von ihren Kindern gebe es keine Unterstützung im Alltag, sie wohnen zu weit weg. Die Bekannten aus dem Umfeld könnten keine Unterstützung bieten, da sie selbst auf Hilfe angewiesen seien. Auf die Hilfen von einem Pflegedienst seien sie noch nicht angewiesen.

**Anstrengende
Routinen im
Pflegealltag**

Ihren Alltag, vor allem die Abende, beschreibt Hr. Kern wie folgt: „Ach wissen Sie, bei uns ist das ganz eingefahren mit dem Abendprogramm. Abendbrot essen, Fernsehen gucken und dann geht es ins Bett. Und dann helfe ich ihr ins Bett. Und dann kriegt sie ihre Spritze von mir, dann kriegt sie ihr Pflaster, ihre Tabletten und wird ins Bett gelegt. Mit ihren Pants an, weil sie inkontinent ist. Meistens gehe ich mit ihr zusammen ins Bett. Jetzt hat sie noch den Finger gebrochen und es ist insofern problematischer, weil sie ihren Arm eingegipst hat, und dann muss ich halt ihr die Brote schneiden, Brote schmieren, Brote schneiden, Brote belegen, Brote schneiden, Kaffee einschenken und so weiter und so fort, wie es halt so ist. Also Honigschlecken ist es nicht.“ Er sagt, dass ihn die Arbeiten manchmal überforderten. „Manchmal denke ich, die ganze Arbeit zu machen, das ist schierer Wahnsinn. Aber wenn ich mal nicht mehr kann, wer soll es dann machen? Da gibt es nur noch die Frage vom Altenheim.“

Ein Umzug in eine Pflegeeinrichtung käme jedoch nicht in Betracht. Die Unterstützung einer 24-Stunden-Pflegekraft könnten sie sich prinzipiell vorstellen, doch das sei finanziell ein Problem. „Das kostet ja alles viel Geld. So eine osteuropäische Pflegekraft kostet vorneweg 1500, 1600 Euro. Und das zahlt kein Mensch. Und dann muss man auch eine Wohnung bereithalten und so weiter. Ja, das ist halt so. Vielleicht später mal, wenn ich dann mal nicht mehr kann“.

**Pflegegeld ist
ausgesprochen
wichtig**

Die Frage nach der Bedeutung des Pflegegeldes beantwortet Hr. Kern eindeutig: „Ja gut, das Pflegegeld, das brauchen wir. Wir müssen ja den Putzdienst bezahlen. Da kommt eine Frau von fünf Orte weiter, die aus Rumänien ist. Sie kommt her und putzt. Sie putzt gut, putzt fleißig und hoffentlich noch längere Zeit. Und dann muss gebügelt werden. Wäsche aufhängen, mache ich selbst. Und dann

kommt die Friseurin und so weiter.“ Ob das Pflegegeld ausreiche? „Nur gerade so“, lautet die Antwort.

Mit der DAK-Gesundheit ist das Ehepaar sehr zufrieden. „Das muss ich schon sagen, das klappt gut. Man muss immer mal wieder feststellen, das ist aber überall und mit jedem so, wenn ich Ansprüche habe als Antragsteller, das dauert und dauert. Aber manchmal wird auch sofort bewilligt.“ Hr. Kern fühlt sich zwar gut informiert über pflegerische Hilfen und Angebote, und doch gibt er zu bedenken: „Ich habe aber immer auch den Eindruck, dass es an mir hängt.“ Auf ihn sei noch nie jemand mit einem Beratungsangebot zugekommen. Ob er einen Pflegestützpunkt oder eine kommunale Beratungsstelle vor Ort kenne oder diese vielleicht sogar schon in Anspruch genommen habe? „Nein. Weiß ich nicht, dass so etwas gibt [...] Pflegestützpunkt? Da habe ich noch nie etwas davon gehört.“

Die Frage, inwieweit die Pflege vor Ort ein Thema ist, über das auch öffentlich geredet wird, dem sich ggf. auch Bürgermeister*in oder Landrät*in widmen, beantwortet Hr. Kern wie folgt: „Da ist mir nichts bekannt. Nein. Aber warten Sie mal, ich frage mal meine Frau, vielleicht weiß sie etwas. Moment, und wenn ich schon mal rausgehe in die Küche, dann nehme ich gerade noch die Abfälle mit, die meine Frau hier hinterlassen hat, schmeiß ich in den Mülleimer. So muss jeder Weg, so muss man jeden Weg gut ausnutzen.“ Auch seine Frau hat noch nie etwas Entsprechendes gehört. Auch Unterstützung- und Austauschmöglichkeiten für pflegende Angehörige sind beiden nicht bekannt.

Für Hrn. Kern wäre es wichtig, mehr regelmäßige Unterstützung in der Körperpflege seiner Frau und im Haushalt zu haben. Er betont, dass er zwar kein „altes Gespann“ sei und sich durchaus auch noch selbst helfen könne. Aber was ihm als pflegender Angehöriger gut tun würde, beschreibt er eindrücklich: „Ich glaube, mir würde gut tun, wenn meine Frau mehr Beschäftigung und Unterhaltung hätte durch andere Personen. Und da wäre ich sehr, sehr, sehr entlastet. Da kann ich alle anderen Sachen im Haus und ums Haus besser organisieren. Und man muss ja auch gucken, wo man bleibt. Man kann ja nicht hingehen und alles verwahrlosen lassen. Und da wär' ich schon sehr angetan, wenn eine Person im Haushalt noch zusätzlich da wäre. Sie braucht ja nicht den ganzen Tag da sein. Sie bräuchte nur stundenweise, zwei Stunden oder so, da sein. Und dann wäre das schon besser.“ Einmal ist Fr. Kern zum Beispiel aus dem Rollstuhl gefallen und konnte sich nicht mehr selbst aufhelfen. Aufgrund dieser Erfahrung achtet Hr. Kern immer darauf, dass seine Frau gut angegurtet ist, wenn er länger im Garten und sie dann alleine im Haus ist. Er ergänzt: Das Leben mit Pflegebedarf sei nicht nur schön.

Von der Pflegeversicherung wünscht sich Hr. Kern, „[...] dass sie sich in allererster Linie mehr um die Leute kümmert“. Wie sie das machen könnte? „Ja, gut, da bräuchte nur mal alle drei Wochen, alle vier Wochen mal jemand vorbeikommen und sagen ‚Wie geht's

Eigeninitiative ist nötig, um Informationen zu pflegerischen Angeboten zu erhalten

Gefragt sind stundenweise Betreuungsleistungen

Mehr persönlicher Kontakt auf Initiative der Pflegekasse wünschenswert

Ihnen, wie sieht's aus? Können wir Ihnen helfen? Können wir was verändern oder was?' Aber da passiert nichts. Da muss man schon immer selbst einen Antrag stellen und gucken, dass man irgendwie über die Runden kommt.“

Die Mobilität des Ehepaars ist deutlich eingeschränkt, seit Fr. Kern auf den Rollstuhl angewiesen ist. So kann sie zum Beispiel eine Freundin nicht mehr besuchen, bei der zahlreiche Stufen im Haus sind. Auch im eigenen Haus braucht sie Hilfe von mehreren Personen, wenn sie es verlassen möchte, trotz Treppenlift. Auch Arztbesuche seien problematisch. Hr. und Fr. Kern müssen Arztpraxen ohne Stufen finden. Insgesamt resümiert er: „Wir wollen nicht rumschwätzen, wir wollen auch nicht jammern. Wir haben halt die Krankheit, sie hat die Krankheit, und ich muss ihr helfen. Ich helfe ihr auch, ja. So ist es halt.“

6.1.4 Besser Geld verdienen, als sich um die pflegebedürftige Mutter kümmern?

Umzug zur Tochter

Frau Merz sorgt seit 11 Jahren für ihre Mutter. Nach einem Unfall ist die alte Dame in die Nähe ihrer Tochter gezogen. Sie wohnt dort im Betreuten Wohnen, viermal pro Woche nimmt Fr. Merz ihre Mutter tagsüber zu sich nach Hause, wenn es zeitlich und terminlich möglich ist. An den anderen Tagen fährt sie zu ihr ins Betreute Wohnen und schaut, ob alles in Ordnung ist.

Wesentlich sind: Eigenständigkeit, Beziehungen und das Gefühl, gebraucht zu werden

Für ein gutes Leben unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit kommt es nach Ansicht von Frau Merz insbesondere auf drei Aspekte an: dass die Person möglichst eigenständig lebt, dass sie gebraucht wird und dass sie in Beziehung mit anderen Menschen bleiben kann. Zur Eigenständigkeit führt sie aus: „[...] eigenständig nach den Möglichkeiten, die einem noch gegeben sind. Ich mein' ich sehe es bei meiner Mutter, sie ist fast blind und sie braucht natürlich in vieler Hinsicht schon Hilfe. Aber wir haben es so einrichten können, dass sie trotzdem in ihrer Wohnung, also im Betreuten Wohnen, aber in dieser Wohnung sich noch leidlich gut zurechtfindet [...]. Wenn ich zum Beispiel nicht parat stehe und nicht für sie koche, dass sie sich dann noch selbst etwas machen kann. Und da sind dann Hilfsdienste wie Bofrost oder Eismann manchmal ganz hilfreich, denn ich sage mal, Wasser aufsetzen, das kriegt sie noch hin, da kann sie auch nicht so wahnsinnig viel falsch machen. Und da den Beutel reinhängen. Verstehen Sie, was ich meine? Also das, denke ich, ist wirklich für einen Menschen wichtig, dass er möglichst lange eigenständig bleibt.“ Zur Bedeutsamkeit des Gefühls, gebraucht zu werden, erzählt Fr. Merz ein Beispiel: „Ich sehe es bei meiner Mutter, gebraucht zu werden, das ist auch wichtig. Also sie würde immer gerne mithelfen, wenn sie bei mir ist. Ich habe einen riesigen Garten und da würde sie mir natürlich möglichst gerne noch helfen, zum Beispiel beim Putzen der Bohnen und solche Sachen. Das ist schwierig, weil sie es eben nicht sieht. Ich lasse sie es trotzdem immer mal wieder

machen, ich muss es dann zwar nacharbeiten, was ich möglichst unauffällig tue, aber diese Gefühl, noch gebraucht zu werden oder mitmachen zu können, das ist unheimlich wichtig“. Zum Thema der Nähe und Beziehung zu anderen Menschen führt die Interviewte aus: „Ja gut, jedes Gespräch ist natürlich für sie wichtig. Das ist ganz wichtig, die Nähe von anderen Personen. In dem Falle bin ich es mit meiner Familie oder meine Schwester, aber die ist etwas weiter weg. Also diese Gespräche sind auch sehr wichtig, also dieses Zwischenmenschliche.“

Das Betreute Wohnen, in dem die Mutter von Fr. Merz lebt, liegt in der Nähe eines Pflegeheims. Die Zimmer im Betreuten Wohnen sind mit einem Notrufsystem ausgestattet, einmal täglich wird telefonisch Kontakt mit den Bewohner*innen aufgenommen. Zum Anziehen, auch der Kompressionsstrümpfe, und Waschen komme jeden Morgen ein Pflegedienst, abends auch wieder um die Kompressionsstrümpfe auszuziehen. Die notwendigen Fahrten und Besorgungen, das Essenkochen und Wäschewaschen, die Organisation von Hilfsmitteln und Tabletten sowie die Begleitung bei Arztterminen übernimmt Fr. Merz. Ein Putzdienst reinigt die Zimmer. Die Schwester von Fr. Merz unterstützt die alte Dame in den Urlaubszeiten. Dann nimmt sie die Mutter zu sich und betreut sie. Im Betreuten Wohnen lebe eine sehr nette Dame, mit der sie sich oft trifft. „Ab und zu essen sie auch zusammen. Dann bereite ich etwas vor und gebe das runter, damit die beiden dann zusammen essen können oder meine Mutter geht zu ihr rüber. Die Dame ist etwas jünger und noch etwas fitter und kann noch selber kochen. Auch eine Freundin von mir besucht sie ab und zu. Aus dem Umfeld meiner Mutter sind leider kaum noch Freunde da, meine Mutter ist über 90. Verwandtschaft sowieso nicht. Da ist noch eine Dame, die sie vielleicht dreimal im Jahr trifft, aber ansonsten ist leider der Bekanntenkreis schon stark geschrumpft.“ Insgesamt gefalle es der alten Frau im Betreuten Wohnen nicht besonders gut. Sozial habe sie in der Einrichtung nie richtig Anschluss gefunden. Einige Personen, mit denen sie Kontakt hatte, seien gestorben.

Welche Hilfen würde Fr. Merz sich vielleicht wünschen, die sie, aus welchen Gründen auch immer, nicht in Anspruch nehmen kann? Sie führt aus: „Es gibt durchaus Situationen- Sie können sich vorstellen, ich habe irgendwo auch ein Privatleben und möchte auch mal am Wochenende kurz wegfahren. Was ich mir da wünschen würde, ist, dass man anstatt diesem Telefonanruf einmal bei ihr klingelt und guckt. Also wir hatten Situationen, wo weder meine Schwester noch ich konnten, wo ich ausgefallen bin und meine Mutter war vorher krank gewesen und ich hätte es gerne gehabt, dass man aus dem Haus jeden Tag einmal wenigstens sie anguckt. Aber das leistet dieses Seniorenheim leider nicht, da weigern sie sich [...]. Also das sind so Sachen, die einen schon belasten. Was ich persönlich gut fände, wird hier nirgendwo angeboten, dass jemand auch mal einkauft oder solche Sachen. Dass eine Entlastung für mich auch ir-

**Leben im
Betreuten
Wohnen**

**Wunsch nach
Unterstützung
durch Assis-
tenzdienste**

gendwo stattfinden könnte, das fehlt. Das haben wir hier leider nicht, die Geschäfte sind zwar nicht weit entfernt, aber meine Mutter ist nicht mehr so selbstständig, dass sie das machen kann. Zumal sie auch nichts sieht, ist das schon gefährlich, wenn sie da über die Straße muss.“ Es brauche eine Art Begleit- oder Assistenzdienst, um pflegende Angehörige zu entlasten. „Ich bin im Prinzip 365 Tage, sieben Tage in der Woche da. Zumindest empfinde ich es als meine Pflicht, nach ihr zu gucken. Ich weiß, dass viele das nicht machen, aber bei uns ist das eben anders und ich finde das auch richtig, dass man die alten Leute dann auch begleitet.“

Fr. Merz fühlt sich über die Dienste und Angebote von Pflege und Unterstützung, die es vor Ort gibt, nicht gut beraten und informiert.

Wunsch nach persönlicher Pflegeberatung vor Ort

Sie sagt: „Da muss man sich selber kümmern, ansonsten passiert da nicht wirklich viel.“ Die Informationen, die ihr vorliegen, habe sie durch Freunde und Bekannte erhalten. Eine Freundin sei im sozialen Bereich tätig. Von einem Pflegestützpunkt oder kommunalen Beratungsstellen habe sie noch nie etwas gehört. Von der DAK-Gesundheit habe sie nicht mehr als einen Hefter mit Informationsmaterialien erhalten. Sie wünscht sich „[...] wirklich so eine Pflegeberatung durch die Krankenkassen, dass mal jemand kommt und sich vor Ort ein Bild macht und eben auch Tipps gibt, wo Unterstützung möglich ist, dass man nicht so auf sich alleine gestellt ist.“

Probleme mit der Krankenkasse bei der Einstufung in Pflegestufen

Insgesamt habe sie mit der DAK-Gesundheit große Probleme gehabt, als die Einstufung in die Pflegestufe 1 anstand. Sie habe zwei Jahre um die Pflegestufe gekämpft, nur mit anwaltlicher Unterstützung habe sie den Anspruch durchsetzen können. Sie selbst sei darüber sehr krank geworden und habe vier Wochen im Krankenhaus gelegen. „Ich kann verstehen, dass nicht jeder, der einen Antrag stellt, auch diese Pflegestufe bekommen kann. Aber ich habe auch nicht das Gefühl gehabt, dass da wirklich Fachkräfte aufgetaucht sind, die das beurteilt haben.“ In den letzten Jahren sei die Zusammenarbeit mit der DAK-Gesundheit dann in Ordnung gewesen, auch bei der Beantragung von Hilfsmitteln.

Kommunalpolitik interessiert sich wenig für Pflegethemen

Die Frage, ob die Pflege vor Ort auch als ein öffentliches Thema bearbeitet und zum Beispiel kommunalpolitisch aufgenommen wird, beantwortet sie mit einem eindeutigen: „Nein“. Sie berichtet: „Das kann ich Ihnen genau sagen. Den Bürgermeister haben wir am 90. Geburtstag gesehen und ansonsten nie. Da hat er nichts damit zu tun [...]. Und auch sonst habe ich nichts mitbekommen, das wüsste ich. Ich les' schon die Tageszeitung und hab hier dann zumindest mal den Kontakt zu dieser einen Dame, die hier im sozialen Bereich auch tätig ist. Also das wüsste ich“. Im Hinblick auf die Anerkennung des gesellschaftlichen Beitrags pflegender Angehöriger ist ihr Urteil vernichtend. Sie berichtet: „Im Gegenteil, die Gesellschaft amüsiert sich über jemanden, der das so macht wie ich. Sie glauben gar nicht, wie viel Hämme ich da schon bekommen habe. Ja! [...] Ich finde es sehr traurig, dass die alten Leute so einen schlechten Stellenwert

Pflegende Angehörige erfahren keine gesellschaftliche Anerkennung

in unserer Gesellschaft haben. Das Deutschland, in dem wir heute leben, haben die mit aufgebaut. Und ich finde es nicht gerecht, wenn sie einfach in ein Heim abgeschoben werden und es kümmert sich kein Mensch darum. Und ich kann Ihnen sagen, ich sehe das jeden Tag, wenn ich da unten in dieses Seniorenheim gehe. Wie viele arme Kreaturen da 'rumsitzen, die anscheinend nie Besuch haben. Und ich finde das nicht gerechtfertigt. Da ist meine Einstellung eben eine andere, aber ich stehe mit dieser Einstellung hier weitestgehend alleine. Gerade am Wochenende hat wieder jemand zu mir gesagt: ‚Naja, du bemutterst deine Mutter auch unheimlich‘. Und dann habe ich gesagt: ‚Das tue ich überhaupt nicht, ich kümmere mich um sie. Sie ist immer noch ein Mensch, der lebt, dem ich viel zu verdanken habe [...]‘. Also die Anerkennung von meiner Mutter, ja, sie ist mir schon sehr dankbar. Aber die Gesellschaft, nein. Im Gegenteil, man wird dafür verurteilt, dass man nicht arbeiten geht. Man sollte doch lieber Geld verdienen anstatt sich um die alten Leute zu kümmern [...]. Dieses Belächelt-werden, das empfinde ich ganz allgemein und ich glaube, ich bin da nicht alleine. Also selbst mein Mann sagt manchmal, wenn ihm das auffällt, wenn man in irgendeiner Gesellschaft ist, wie das dann so ist, die Gespräche mit ‚was machst du?‘ und so weiter. Und ich kann sagen, ich kümmere mich um meine Mutter und so und so weiter und so. Und wenn er dann diese Bemerkungen mitbekommt, sagt er selber auch, wie dumm sind die Leute. Also das ist nicht nur mein subjektiver Eindruck, wollte ich damit sagen, sondern das fällt auch meinem Umfeld auf.“ Nicht nur durch das allgemeine Gerede, sondern auch bei Arztbesuchen falle ihr das auf. Bei den Wartezeiten werde keinerlei Rücksicht genommen auf ihre hochbetagte Mutter und auf ihre Bedürfnisse als pflegende Angehörige. Auch bei der Verfügbarkeit von Parkplätzen werde keine Rücksicht auf ältere Menschen mit Beeinträchtigung genommen.

Grundsätzlich würde Fr. Merz sich wünschen, „[...] dass die älteren Leute einen anderen Stellenwert in unserer Gesellschaft haben. Ich denke, leider wird vergessen, dass sie Deutschland mit aufgebaut haben. Und ich finde es nicht schön, wie sie jetzt behandelt werden. Man muss sich nur anschauen, wo diese Pflegeheime oft auch liegen. Am Rande der Gesellschaft. Das finde ich sehr traurig. Weil wenn so etwas mitten im Leben wäre, oder in einer Stadt auch mit-tendrin wäre, dann hätten die alten Leute auch mal die Möglichkeit, selbstständig vielleicht in die Stadt zu gehen oder ins Kino zu gehen oder so. Diese Heime sind meistens irgendwo weit ab und dann gibt es kaum eine Möglichkeit des Entrinnens. Ich habe hier grade bei uns auf dem Land leider einige Seniorenheime, an denen ich auch vorbeifahre, wo ich dann auch manchmal denke, da möchte ich nicht hin. Das ist ja schon wie ein Vorstufe von Beerdigung.“

Ältere Menschen zurück in die Mitte der Gesellschaft holen

6.1.5 Negative Erfahrungen mit Krankenhaus und Pflegeheim

Elementar bedeutsam sind die eigene Wohnung, gutes Essen und das Singen

Zu einem guten Leben gehöre für Fr. Fischer, dass sie zu Hause – in einer Wohnung mit großer Terrasse – leben kann. Sie gehe auch gerne gut essen. Das habe für sie an Bedeutsamkeit gewonnen, weil sie einige Jahre zuvor wegen einer Krebserkrankung künstlich ernährt worden war. Außerdem spiele das Singen in ihrem Leben eine große Rolle. Sie habe früher immer viel gesungen, nicht im Chor, sondern einfach zu Hause und wenn sie und ihr Mann in Gesellschaft waren. Fr. Fischer erzählt, dass ihr Leben von vielen Entbehrungen geprägt ist. Sie sei nicht mehr so mobil, wie sie es sich wünscht: „Ich komme nicht mehr raus, so dass ich jetzt mal ins Theater gehen könnte oder sowas, das kann ich ja alles gar nicht mehr.“ Sie sieht zudem sehr schlecht, was ihr Wohlbefinden stark einschränke. Ob sie dann viel Musik höre oder Hörbücher? „Ja, also ich habe eigentlich den ganzen Tag das Radio an, weil ich- Die Stille kann ich nicht ertragen. Dann gucke ich auch mal Fernsehen, obwohl ich schlecht sehe. Die Gesichter kann ich nicht erkennen, aber die Handlungen kriege ich ja mit. Das ist, was mir im Grunde genommen noch im Moment bleibt, ja.“ Vor wenigen Monaten verstarb ihr Mann, mit dem sie über 60 Jahre verheiratet war.

Verlust des Ehepartners nach mehr als 60 gemeinsamen Jahren

Hr. und Fr. Fischer hatten ihr Leben immer gemeinsam gemeistert: „Also mein Mann, das ist ein ganz toller Mensch, das kriege ich auch wieder von jedem gesagt, der hier reinkommt. Er hat alles so ertragen und er wollte immer, dass er für mich noch da ist. Wir beide, wir waren unser ganzes Leben nur für uns beide da. Und selbst in meiner schlimmen Krebszeit war ich den ganzen Tag für meinen Mann da. Und mein Mann, er hat, als das rauskam mit dem Krebs, da hat er – das hat ihn fast wahnsinnig gemacht. Er hat gesagt: ‚Schatz, ich bin für dich da und ich will dir helfen‘. Und zur gleichen Zeit hat es ihn derart überfallen, dass er eher meine Hilfe gebraucht hat. Ich war den ganzen Tag eigentlich auf den Beinen und bin hin und her gerannt für ihn zu Hause noch.“ Fr. Fischer betont noch einmal: „Er für mich und ich für ihn. [...] Ich hab an mich vorher ja gar nicht gedacht, ich war ja immer fröhlich und so und dann haben wir oft miteinander gesungen und so. Das war schon ein besonderer Mensch. Ja, und dann hat er diese ganzen Behandlungen mit einer Geduld ertragen. Er hat nicht geklagt, er hat nicht geweint. Also, vielleicht hat er nur manchmal heimlich geweint, das weiß ich nicht.“

Negative Erfahrungen im Krankenhaus

Seit Hr. Fischer vor einigen Jahren nach einer Hüftbehandlung aus dem Krankenhaus entlassen wurde, kommt ein Pflegedienst ins Haus. Fr. Fischer schildert: „Meinem Mann ist sein Hüftgelenk rausgesprungen, da kam er ins Krankenhaus. Die schlimmsten Erfahrungen waren ja im Krankenhaus. Da haben sie ihn vor Pfingsten, vor dem Pfingstfest, haben sie ihn wieder nach Hause geschickt, obwohl er überhaupt nicht so niedrig sitzen durfte und sein Bett ist nicht irgendwie ein Meter hoch. Er ist ja kaum reingekommen und konnte sich kaum helfen. Außerdem hat er eine Frau, die eben Rückenprobleme hat. Ich konnte so kraftvolle Sache auch nicht machen

und da haben wir sofort den Pflegedienst angerufen und sie waren innerhalb von ein paar Minuten da und haben sofort gesagt, im Sanitätshaus und überall, wo wir etwas herkriegten konnten. Pflegehebebett und so weiter, was halt so dazugehört. Das ist in einigermaßen kürzester Zeit so angekommen, damit ich einigermaßen dann auch helfen konnte.“ Fr. Fischer berichtet wiederholt von negativen Erfahrungen mit Krankenhäusern: „Also er war von September bis Ende Februar im Heim und zwischendurch musste er öfters mal ins Krankenhaus. Er ist immer geröntgt worden. Da hat er auch so einen Urinbeutel anbekommen und er sollte auf die Toilette. Dann hat ihn ein Pfleger auf die Toilette geführt. Er musste ja langsam gehen, und er musste immer das linke Bein mit etwas Abstand halten, damit die Beine nicht zusammengekommen sind, weil das dann vielleicht wieder rausgesprungen wäre, das Hüftgelenk. Ja, und das war so ein jung – gut, sie sind alle jung. Er hat ihn dann auf die erhöhte Toilette geführt und dann sagt mein Mann noch: ‚Moment mal bitte, ich sitze doch nicht richtig‘ und dann sagt der Pfleger: ‚Ach, doch, Sie sitzen schon gut‘ und plötzlich, die Toilette knallt, und dann ein Schrei, ein Schlag und zehn Minuten später war er im Röntgenraum. Also lange Rede, kurzer Sinn, mein Mann konnte nie mehr auftreten. Er konnte nie mehr, auch mit Rollator oder so, richtig laufen. Und dann war der Fuß unten – da hatten sie überhaupt nicht geröntgt. Der hat sich so verdreht, dass er, wenn mein Mann so im Bett lag und die Füße auf die Fersen hochgestellt hat, dann ist der Fuß immer nach einer Seite umgekippt.“ Hr. Fischer war im Anschluss noch lange in physiotherapeutischer Behandlung, auch noch im Pflegeheim.

In den letzten Lebensmonaten ihres Mannes konnte Fr. Fischer die Pflege zu Hause nicht mehr meistern. „Er konnte nicht mehr allein zur Toilette und das war dann zu Hause nicht tragbar.“ Daraufhin zog er ins Pflegeheim. Die Interviewte ist der Ansicht, dass man heutzutage mit Pflegeheimen nicht mehr zufrieden sein könne. Das läge allerdings nicht am Personal, sondern an den Bedingungen. „Sie tun, was sie können, aber es sind zu wenige.“ Was für ihren Mann besonders belastend war an der Situation im Pflegeheim? „Ja gut, er konnte ja nicht mehr auf die Toilette. Und da wurde er auf den Stuhl gesetzt und es war Winter und da ja Luft rein musste, haben sie das Fenster aufgemacht. Nur halt, wenn er klingeln wollte, da war die Klingel kaputt. Die war laufend kaputt. Ähnliche Sachen habe ich auch schon von anderen Heimen gehört. Ja, was soll ich sagen? Essen, er konnte nicht mehr essen. Aber das ist auch nie so zubereitet worden, wie er es gebraucht hätte, obwohl die Mädchen getan haben – sie haben halt gedacht, er wird das jetzt zerkleinern und dann geht es, aber es ging nicht. Das lag wohl an der Krankheit.“ Ob Fr. Fischer im Heim an der Pflege noch beteiligt war? „Nein. Das wollten sie ja nicht. Ich habe ihn nur viel besucht. Was ich so gesehen habe ist, dass sie ihn gut behandelt haben und so weiter. Da kann man nichts dagegen sagen, also nicht über die Personen. Aber ich meine, es ist für die Leute viel zu wenig Hilfe da, ja.“

Schlechte Ausstattung von Pflegeheimen

- Positive Erfahrungen mit dem Pflegedienst** Fr. Fischer selbst bekommt von dem Dienst Unterstützung, der auch an der Pflege ihres Mannes beteiligt war. „Also mein Mann hatte den Pflegedienst ja schon seit ein paar Jahren. Sie sind zu ihm hergekommen und sie haben ihn dann abgewaschen, alles, was eben nötig war. Und wenn dann mal ein Notfall war, da hat er sie angerufen und sie waren dann sofort da.“ Ein anderer Pflegedienst wäre nicht in Frage gekommen. Fr. Fischer kenne die Gründe zwar nicht, doch für ihren Mann sei dieser Dienst die einzige Option gewesen. Auch heute komme für die Interviewte kein anderer Dienst in Betracht: „Aber ich würde sagen, ich würde auch nie einen anderen Pflegedienst wollen. [...] Als mein Mann gestorben ist, haben sie sich so um mich gekümmert. Sie haben mich alle in den Arm genommen. Naja, was halt alles so dazugehört. Sie haben sich Zeit genommen, um bei mir zu bleiben, und so. Also ich möchte da nicht irgendwie einen Wechsel noch haben.“ Fr. Fischer ist in Pflegegrad 2 eingestuft. Neben der pflegerisch-medizinischen Versorgung bekommt sie das Mittagessen angeliefert. Beim Einkaufen unterstützt eine Haushaltshilfe des ambulanten Dienstes.
- Aktives Sorge-Netzwerk** Auch Nachbar*innen und Bekannte seien bereit, ihr im Alltag zu helfen. Die Vermieterin kommt ab und zu vorbei und eine Nachbarin übernimmt Autofahrten oder bringt ihr etwas vom Einkaufen mit. Sie würden auch öfters miteinander telefonieren. Fr. Fischer nehme diese Hilfen jedoch nur „wohl dosiert“ in Anspruch: „Angebote von Leuten habe ich schon. Aber ich möchte die Leute nicht so ausnutzen, deswegen nehme ich nicht alles an. Ich behalte mir da vieles für den Notfall“. Die Bekannten seien junge Leute, die in ihrem Arbeitsalltag stark eingebunden seien, und darauf nehme sie Rücksicht. Im Notfall oder Bedarfsfall könne sie sich allerdings jederzeit melden. Fr. Fischer werde auch von vielen Personen angerufen. Wenn sie im Dorf unterwegs sei, treffe sie viele Bekannte. Auch ihr Mann sei gut im Dorf verankert gewesen, habe Tennis und Tischtennis gespielt, manchmal auch beide gemeinsam. Sie schätzt es, dass man sie wahrnimmt und auf sie achtet.
- Beratung von der Pflegekasse?** Auf die Frage, ob Fr. Fischer erzählen könne, wie sie die Beratung vom Pflegedienst oder von der Pflegekasse erlebt, reagiert sie mit einer Rückfrage: „Beratung?“. Es seien bisher nur drei Personen zu ihr nach Hause gekommen, nämlich vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Von einem Pflegestützpunkt oder einer anderen Beratungsstelle wisse Fr. Fischer nichts. Ob sie sich manchmal bei der Pflegekasse melde oder ob die Kasse von sich aus mit ihr Kontakt trete? „Nein, nein, nein. Nach dem Befinden, oder ob ich Hilfe brauche, nein, da kommt nichts. Wenn irgendetwas ist, dann rufen wir halt an oder ich jetzt“. Sie habe nicht den Eindruck, „[...] dass da großes Interesse herrscht“.
- Für Fr. Fischer komme prinzipiell nicht in Frage, dass eine Pflegekraft bei ihr mit einzieht. Vom Betreuten Wohnen habe sie schon gehört, allerdings nicht nur Positives. Sie sagt: „Nein, das möchte ich auch nicht.“ Ob es in ihrer Nähe Wohnangebote für ältere Menschen

gebe? „Also ganz ehrlich, ich weiß es nicht genau. Es ist möglich, aber ich möchte auch nicht mehr umziehen. Ich bin jetzt 82 Jahre geworden und ich möchte nicht mehr aus der Wohnung raus.“

Fr. Fischer berichtet, dass die Pfleger*innen vom Pflegedienst immer gerne zu ihnen nach Hause gekommen seien. Ihr Mann und sie hätten wohl eine positive Ausstrahlung. Sie erzählt: „Als sie ein paar Wochen da bei uns waren- Ich denke, die Pflegerin kommt gerne zu uns. Dann guckt sie mich an, grinst und sagt: ‚Wer kommt nicht gerne zu euch?‘.“ Wer ihr besonders geholfen habe, um ihre Situation zu bewältigen? „Ja, was soll ich jetzt da sagen? Mir hat vor allem mein Mann sehr geholfen, mit seiner Art, wie er mit dem allen umgegangen ist. Und dann der Zuspruch von den Pflegerinnen. Das sind hier inzwischen so ungefähr acht Mädchen, die immer abwechselnd planen und so. Geholfen, ja das war es eigentlich“. Ob sie mitbekomme, dass die Politik sich um das Thema Pflege bemüht? „Lapidar gesagt: nein. Aber ich glaube, das dürfte die allgemeine Meinung sein.“ Ob Bürgermeister*in oder sonst jemand vor Ort sich des Themas annimmt, wisse sie nicht.

Ihren größten Wunsch formuliert Fr. Fischer wie folgt: „Ja, mein größter Wunsch wäre, dass ich nie in ein Heim muss. Das ist also mein-Das steht an erster Stelle. Und solange ich vielleicht noch lebe, dass es nicht noch schlimmer wird.“ Sie fügt aber noch hinzu: „Tja, ehrlich gesagt, weiß ich es nicht. Ich kann diese Frage nicht beantworten. Bis jetzt ist mir mein Mann noch so nah im Kopf und im Herzen, dass ich im Grunde genommen an gar nichts mehr so Interesse habe. Also nicht, dass ich den ganzen Tag rumweine. Ich habe da so ein paar Büsten rumliegen. Die drücke ich immer an mein Herz und so gehen auch die Tage. Aber das ist alles – im nächsten Moment kann ich wieder auch mal leise bisschen summen, bisschen ein Liedchen singen. Das, was er so gehört hat. Aber ich bin, sagen wir mal, mehr positiv als negativ in der Art.“

Wunsch nach einem weiterhin selbstorganisierten Leben

6.1.6 Rundum-Versorgung ist wesentlich

Für Hrn. Schneider ist eine Rundum-Betreuung und -Versorgung für seine Mutter entscheidend für ein gutes Leben mit Pflegebedarf. Vor allem im Vergleich zu vorher, als seine Mutter noch im eigenen Haus lebte, sei das ein großer Unterschied. Als die Mutter allein lebte, kam die Sozialstation zwar vorbei, z. B. zur Tablettengabe und um Kompressionsstrümpfe anzuziehen, und auch die Familie wohnte nicht weit weg. Aber dennoch musste sie sich weitgehend selbst versorgen – es war keinesfalls immer jemand vor Ort. Durch die Osteoporose wurde das Laufen schwieriger, hinzu kamen eine Demenz und weitere Erkrankungen. Die zunehmenden Beeinträchtigungen führten dazu, dass eine Versorgung alleine zu Hause nicht mehr machbar war. Seit die Mutter sich den Unterschenkel gebrochen hatte, gehe sie am Rollator und die Angst, wieder zu fallen und sich etwas zu brechen, sei groß. Hrn. Schneiders Mutter ist in

den Pflegegrad 5 eingestuft und wohnt inzwischen seit knapp sechs Jahren im Pflegeheim.

Entscheidung für den Umzug ins Pflegeheim

Der Entscheidungsprozess, der dem Umzug ins Pflegeheim vorausging, sei zum Teil auch schwierig gewesen. Hr. Schneider erinnert sich: „Sie sagte immer, sie wolle keinem zur Last fallen. Aber als es dann im Endeffekt soweit war, war das nicht so pralle. Aber sie hat sich jetzt daran gewöhnt. Sie sagt, das ist jetzt ihr Zuhause und dass sie so lange da ist, dass sie eigentlich gut damit klarkommt. Ich wohne ganz in der Nähe und bin auch vier, fünf Mal in der Woche da. Das macht jetzt vieles einfacher.“ Anfangs sei der Kontakt zu anderen Bewohner*innen schwierig gewesen. Sie habe sich alleine gefühlt. Nun habe sie Kontakte aufbauen können. Allerdings seien inzwischen auch einige der Bewohner*innen, mit denen sie gut auskam, verstorben. Über die Unterstützung durch eine 24-Stunden-Pflegekraft hatten sie seinerzeit auch gesprochen, aber „[...] das Haus, wo wir gewohnt haben, das war ein ganz, ganz altes Haus. Da hätten wir noch viel renovieren müssen, das Badezimmer, eine behindertengerechte Dusche und sowas alles. Wenn da eine osteuropäische Pflegerin hingekommen wäre, hätten wir noch richtig investieren müssen und dann haben wir uns doch in Absprache mit meiner Mutter für das Pflegeheim entschlossen.“ Über den Umzug in eine Wohngruppe hätten sie nicht gesprochen. Sie hatten sich bei einem Träger vor Ort erkundigt, eine Wohngruppe sei dabei nicht vorgeschlagen worden. Mit der DAK-Gesundheit oder Beratungsstellen vor Ort seien sie nicht in Kontakt gewesen.

Einige ehemalige Nachbar*innen besuchen die heute fast 90-jährige Dame ab und an. Ein Großteil der Verwandtschaft lebt in einem Umkreis von 30 km und kommt immer wieder vorbei. Zu Festen holt Hr. Schneider seine Mutter ab. Die alte Frau wird auch von Ehrenamtlichen begleitet. Eine Frau sei regelmäßig dort, um mit der Mutter zu sprechen, eine andere gehe mit ihr spazieren. „Nach dem Kaffee machen sie immer Spiele oder singen. So etwas wird da jeden Tag angeboten.“ Seine Mutter finde diese Angebote sehr gut. Er selbst könne unter der Woche immer erst sehr spät bei ihr vorbeikommen. Zu dieser Zeit sei ein Spaziergang nicht mehr möglich.

Positive Bewertung der Zusammenarbeit mit der Pflegekasse

Was die Leistungen der Pflegekasse angeht, habe bisher die Zusammenarbeit mit der DAK-Gesundheit sehr gut funktioniert. Er erzählt: „Die Übernahme der Heimkosten aber auch die sonstigen Leistungen, da haben wir noch nie Probleme gehabt. Auch bei der Medikamentenbefreiung, da kriegen wir immer einen Antrag zugeschickt am Ende des Jahres. Der wird ausgefüllt und das geht immer eigentlich auch recht zügig. Auch wenn sonst etwas war mit Zahnersatz oder sowas in den vergangenen Jahren, das klappt immer“. Mit einem Beratungsangebot sei die DAK-Gesundheit noch nie auf ihn zugekommen. Aber das habe er auch nicht benötigt, weil ein Freund sich bei diesen Fragen sehr gut auskenne.

Auf die Frage hin, wie er vor Ort die Angebote der Pflege und Unterstützung für alte Menschen bewerte, würdigt Hr. Schneider konzeptionell die stationären Pflegeeinrichtungen. Er findet es sehr gelungen, dass in mehreren Heimen etwa zehn Bewohner*innen in kleineren Einheiten zusammenlebten, die jeweils über eine eigene Küche verfügten. Dort würde das Frühstück, Mittagessen und Abendessen zubereitet. Die Bewohner*innen könnten beim Kochen dabei sein und sich unterhalten. Als Herr Schneiders Mutter noch neu im Pflegeheim war, gab es noch eine Großküche. Jetzt ist die Einrichtung jedoch in kleinere Wohnbereiche eingeteilt. Das sei gut, denn „[...] wenn sie ihre Freizeit haben, dann gehen die Bewohner aus ihren Zimmern in ihre Wohngemeinschaft rein. Dort sitzen immer welche. Sie brauchen bloß aus dem Zimmer raus und ein paar Meter gehen. Also sonst musste man vom oberen Stock ganz nach unten hin. Jetzt ist das schön. [...] Und jetzt ist das so, da halten sich mehr Personen in der Wohngemeinschaft auf, in dem Speiseraum, wo sie essen, und da kann man immer mal hingehen. Da sind immer welche. Und da wird auch nachmittags etwas in den Gruppen zusammen gemacht. Ja, das Angebot hat sich schon deutlich verbessert.“

Guter Eindruck vom Pflegeheim

Die Pflege wird seiner Ansicht nach vor Ort weder politisch noch öffentlich zum Thema gemacht. Auch werde der Beitrag pflegender Angehöriger in keiner Weise gewürdigt oder anerkannt. Er selbst tausche sich im Pflegeheim aus. „Man kennt mittlerweile die Leute da im Pflegeheim und da spricht man so gelegentlich mal darüber, wie das da so läuft und ob etwas verbessert werden könnte. In der Pflegeeinrichtung sind sie auch immer froh über Verbesserungsvorschläge. Man kann auch ruhig mal etwas sagen, da haben sie nichts dagegen.“

Beitrag pflegender Angehöriger wird wenig anerkannt

Zu Gesprächsende betont Hr. Schneider, dass er mit der Versorgungssituation seiner Mutter sehr zufrieden ist. „Ich sag mal eine gute Betreuung, das ist eigentlich das A und O, so will ich das [...]. Wir sind eigentlich ziemlich zufrieden, meine Mutter ist eigentlich gut zufrieden.“ Er fände es gut, wenn seine Brüder sich mehr einbringen würden. Von der Familie sei er der einzige, der sich um die Mutter kümmere. „Aber ich bin auch der einzige, der direkt am Ort wohnt. Das ist für mich irgendwie so eine Selbstverständlichkeit [...]. Wir sind im Augenblick mit der Situation gut zufrieden und ja, das hat sich im Lauf der Jahre so eingespielt und das passt auch alles so.“

6.1.7 Pflegegeld als wichtige Einnahme

Fr. Maler befindet sich in einer Umbruchsituation. Zusammen mit ihrem Mann hat sie über viele Jahre eine 4-Zimmer-Wohnung bewohnt. Es war ihr Ehemann, der sie im Alltag unterstützt hat – einige Jahre zuvor hatte sie zwei Schlaganfälle erlitten. Seitdem lebt sie mit mehreren Beeinträchtigungen und von der Pflegekasse wurde sie in den Pflegegrad 2 eingestuft. Im Moment gehe es Fr. Maler

Lebenssituation im Umbruch

sehr gut. Vor wenigen Monaten ist ihr Mann verstorben und im Alter von 80 Jahren muss und möchte sie sich deshalb noch einmal umorientieren. Die 4-Zimmer-Wohnung sei für sie als alleinstehende Frau zu groß. Deshalb suche sie derzeit eine Wohnung im Betreuten Wohnen.

Positive Einstellung gegenüber Pflegediensten

Aktuell komme einmal wöchentlich eine Bekannte zu ihr, die sie unterstützt. Die Frau helfe ihr im Haushalt und beim Duschen. Bei Bedarf komme sie auch noch zusätzlich zu anderen Zeiten. Außerdem helfe ihr ein Nachbar, der in der Wohnung unter ihr lebt. Ihm gebe sie zum Beispiel auch Bescheid, wenn sie duschen geht, damit er aufpasst. Von Ehrenamtlichen werde sie nicht unterstützt. Fr. Maler hat eine sehr gute Freundin. Diese würde bei Bedarf jederzeit kommen. Sie könne sich zu hundert Prozent auf sie verlassen. Ob sie schon einmal darüber nachgedacht habe, einen Pflegedienst in Anspruch zu nehmen? Fr. Maler bejaht die Frage und stellt gleichzeitig heraus, dass der Mensch mit seinen Aufgaben wachse. Wenn sie merken würde, sie könne ihren Alltag nicht mehr bewältigen, dann würde sie sofort bei einem Pflegedienst anrufen. Hausärztlich fühle sich Frau Maler sehr gut betreut. Ihr Sohn, der in einiger Entfernung wohnt, helfe ihr organisatorisch bei den wichtigsten Angelegenheiten. Er habe sich zum Beispiel um die Beerdigung ihres Mannes gekümmert.

Positive Erfahrungen mit der Krankenkasse

Die Zusammenarbeit mit der DAK-Gesundheit verlaufe sehr gut. Fr. Maler erzählt: „Ich habe zum Beispiel unsere Dusche umbauen lassen, dass ich nur so reinsteigen muss. Da haben wir von der DAK auch Geld bekommen. Den Rollator habe ich bewilligt gekriegt. Also im Moment bin ich wunschlos glücklich, wenn man das mit 80 noch sagen darf [...]. Der Kontakt mit der DAK war immer gut. Und mein Mann hatte ja so hoch Zucker und er war in diesem Programm und doch, gegen die DAK kann ich nichts Nachteiliges sagen. Ich habe zum Beispiel geschrieben, weil sie ja Zuzahlungen für die Medikamente bekommen, und sie haben mir das anstandslos bezahlt. Das habe ich wiederbekommen. Also ich bin mit der DAK immer schon zufrieden gewesen.“ Auch was die Beratung und Informationen angeht, zum Beispiel zum Pflegegeld, fühlt Fr. Maler sich gut begleitet.

Pflegegeld – wichtige finanzielle Hilfe

Finanziell ist das Pflegegeld für Fr. Maler sehr wichtig. Sie berichtet: „Mein Mann hat eine ganz kleine Rente nur bekommen. Er war selbstständig und hat immer nur für mich, für mich und nicht für sich. Also er kriegte eben eine ganz, ganz kleine Rente. Und das Pflegegeld ist für mich im Moment alleine. Ich muss jemanden jetzt für den Garten haben. Mein Mann hatte das sonst selbst gemacht. Das darf man ja eigentlich nicht mal sagen, aber das ist so. Vom Pflegegeld kann ich auch die Frau bezahlen, die kommt. Und meinen Mieter unten, der dann ja auch Ansprüche stellt, wenn ich ihn andauernd brauche. Zum Beispiel bei Fahrten und so weiter. Das kann ich Gott sei Dank davon bestreiten.“

6.1.8 Leben in familiärer Atmosphäre: Demenz-WG

Fr. Breis wohnt zwar nicht in der unmittelbaren Nähe ihrer hochaltrigen Mutter, sie kümmert sich dennoch seit vielen Jahren so gut als möglich um die alte Dame. Was ihrer Auffassung zufolge ein gutes Leben mit Pflegebedürftigkeit ausmacht? In der eigenen Häuslichkeit verbleiben zu können, kommunale zugehende Unterstützungsformen, die frühzeitig greifen, und die Gesundheit seien entscheidende Bedingungen. Sie sagt: „Ich glaube, ein gutes Leben ist, wenn man sehr lange zu Hause bleiben kann, auch mit den Möglichkeiten, die man im Pflegeheim hat. Meine Mutter ist seit einem Jahr in einer Demenz-WG. Das ist natürlich schwierig, privat zu leisten. Es ging nicht mehr anders. Und ich habe mich ein bisschen umgeschaut und ich muss sagen, wie Holland [...] das macht, ist einfach genial. Also sie fangen glaube ich schon bei den 60- und 65-Jährigen an, dass von der Gemeinde Sozialhelfer rumgehen und nach Hilfen fragen, die die Alleinlebenden eventuell benötigen. Die Hilfen werden dann über ein großes soziales Netz geregelt – über Nachbarn, über Verwandte, über Gemeindeglieder, über Ehrenamtliche. Sie haben gar keine staatlichen Pflegeheime mehr. Also das ist ja genial, letztendlich. Also so lange wie möglich zu Hause, aber ich glaube das ist einfach wichtig: nicht diese Vereinsamung. Die Ansprache auch zu haben. Ich glaube, das ist ein gutes Leben. Und natürlich, gesund zu sein. So gut es geht gesund bleiben.“

Als die häusliche Versorgung nicht mehr ausreichte, hat sie ihrer Mutter den Umzug in eine Wohngruppe vorgeschlagen. Mit der dortigen Versorgung und Sorge seien sie und ihre Mutter, die aktuell in Pflegegrad 2 eingestuft ist, ausgesprochen zufrieden. Sie berichtet: „Ich habe immer mehr gemerkt, dass sie alleine nicht mehr klarkam und dass sie Alltagshilfe braucht. Meine Mutter ist 93. Sie ist bis zum letzten Jahr immer Fahrrad gefahren. Sie hat ihre Einkäufe getätigt und auch das Haus blitzblank gehalten, ohne Putzfee. Das ist schon erstaunlich. Aber wie gesagt, sie wurde dann vom Kopf her durcheinander. Teilweise mehr, teilweise weniger. Und dann habe ich mich da umgeschaut und habe dann für sie ein Zimmer gemietet in der WG für Demenzkranke. Ich habe es gemietet, obwohl sie es noch gar nicht brauchte. Und das erstaunliche war, innerhalb von einer Woche musste sie dahin, weil sie nachts draußen rumgelaufen ist. Also es war alles gerade noch gut gelaufen, ohne dass etwas passiert ist. Das Gute an dieser WG ist, dass der Betreiber die WG so ausrichtet, dass [...] man erkennt, oh, das ist meine Haustür.“ Sie schätze insbesondere das soziale Miteinander und den humorvollen Umgang mit der Demenz, die in der Wohngruppe gepflegt werden. „Es wird dort etwas zusammen gemacht, es wird zum Beispiel gesungen und gebastelt. Wenn ich da bin, dann bin ich auch mit der Gruppe zusammen und dann spielen wir auch mal Ball draußen. Und es ist alles auch mit sehr viel Humor, weil ja teilweise Sachen aus dem Gedächtnis auch fehlen. Trotzdem muss man es einfach locker nehmen, auch wenn Mutter mich zum Beispiel nicht jedes

Vorbild Niederlande

Familiärer Umgang innerhalb der Demenz-WG

Mal erkennt. Erst wenn ich wieder ein halbe Stunde da bin, dann geht es. Aber trotzdem, ihr geht es gut dort und sie ist auch nicht krank. [...] Das ist eigentlich das schöne da in dieser WG, sich auf das eigene Zimmer zurückziehen zu können und dann auch wieder in den Aufenthaltsraum zu gehen. Das ist ein großes Wohnzimmer. Alles ist ein bisschen auf alt gemacht mit großen Ohrensesseln und Sofas. Ein großer Fernseher, es wird gemeinsam geguckt. Ja, es ist familiär, sehr familiär.“ Es kämen immer wieder Freiwillige in die WG, um mit den Bewohner*innen zum Beispiel Gitarre zu spielen und zu singen. Fr. Breis erzählt: „Es sind immer mal Helfer da, die Zeitschriften vorbeibringen, oder auch mal fragen, wenn jemand etwas Besonderes aus der Bibliothek möchte. Das machen sie auch. Oder auch einfach mal sich dazusetzen und ein Schwätzchen halten.“ Auch Fr. Breis hat angefangen, sich in der WG einzubringen: „Ich habe einfach mal aus dem Internet ein paar Spiele besorgt, die ich mitbringe, so riesige Puzzles. Die spielen wir dann am Tisch mit allen.“ Auch Fachkräfte kommen in die WG, Therapeut*innen und Personen, die unter anderem Gedächtnistraining anbieten.

**Pflegeheim
keine Option**

Der Umzug in ein Pflegeheim wäre für die alte Dame keine Option gewesen. Einige Zeit zuvor sei die alte Dame nach einer Krankheit zur Überbrückung in der Kurzzeitpflege in einer Seniorenresidenz gewesen. Fr. Breis erinnert sich: „Aber da ist sie nicht großartig aus ihrem Zimmer alleine raus. Sie musste immer geholt werden. Da hatte sie gar kein Interesse an diesen ganzen Aktivitäten.“ In einer vergleichbaren Situation hatte eine osteuropäische Pflegekraft die Unterstützung übernommen. Die Interviewte erzählt: „Dann hatten sie einen Monat eine Polin, aber das war wirklich nur ein Monat. Dann war meine Mutter Gott sei Dank wieder so fit, dass sie auch wieder alleine klarkam. [...] Ja, die Polin ging ihr wirklich auf den Keks. Sie sagte, sie läuft dauernd hinter mir her und ich weiß gar nicht was das soll. Und das passte alles irgendwie nicht und dann war das wirklich ein Monat, wo sie begleitet wurde und dann hat aber auch der Arzt gesagt, dass sie nach wie vor alleine klarkommt.“ Fünf Jahre sei sie dann noch in ihrem Zuhause geblieben. Ein ambulanter Dienst unterstützte die Dame zweimal täglich, insbesondere beim Stellen und Einnehmen ihrer Tabletten. „Sie hat auch noch einen Notfallknopf gehabt, das waren die Alltagshilfen. Aber das ging nachher nicht mehr, weil sie nicht mehr genau wusste, wie sie wieder nach Hause kommt. Das war nicht ständig, aber es kam halt schon vor. Das ist dann schon auch beunruhigend, dann mag man auch gar nicht mehr fahren, so als Tochter.“

Auch eine andere WG wäre nicht in Frage gekommen. Sie habe den Träger der Wohngruppe, in welcher ihre Mutter nun lebt, von dem Pflegedienst „wärmstens“ empfohlen bekommen. Zudem sei die räumliche Nähe zum früheren Wohnort ihrer Mutter ein Grund für sie gewesen, diese WG zu favorisieren. Der erste Kontakt mit den Ansprechpersonen dort sei zudem sehr nett und hilfreich gewesen.

Die DAK-Gesundheit habe sie bislang immer sehr gut unterstützt. Sie sagt: „Ich bekomme immer gleich einen Termin zu einem Gespräch. Wenn Verträge da waren, oder Anträge, die wurden dann gleich gemeinsam ausgefüllt, weil das ja auch Neuland war. Das hat meine Schwester zum Teil auch miterlebt, die sagte, wie toll das läuft. Also deswegen kann ich das wirklich nur positiv sehen.“ Weiterführende Informationen habe sie von der Pflegekasse bisher nicht erhalten, aber das sei auch nicht nötig gewesen, weil sie sich über die Träger der ambulanten Pflege und der WG gut beraten gefühlt hat.

Inwieweit die Pflege im Wohnumfeld ihrer Mutter als öffentliches Thema bearbeitet wird, weiß Fr. Breis grundsätzlich nicht zu sagen. Ihr fällt jedoch ein entsprechendes Beispiel ein. Sie sagt: „Das weiß ich nicht, da bin ich nicht so involviert. Also es gibt immer mal Highlights, wie ein Erntedankfest, wo dann gemeinsam gekocht wird und das wird dann am Nachmittag präsentiert. Da kommen dann schon mal öffentliche Personen dazu. Aber ich bin da selbst noch nicht gewesen. Das kriegt man dann höchstens in der Tageszeitung mit, dass da ein kleiner Artikel ist.“

Am Ende des Interviews stellt Fr. Breis noch einmal heraus, wie wesentlich aus ihrer Sicht aufsuchende Hilfen in der Kommune sind. Sie leitet dies wie folgt her: „Es fehlt Personal, um so ein soziales Netz aufzubauen. Und die Alten, die wir jetzt in den Häusern haben, sie sind ja anders erzogen worden. Das sind keine Leutchen, die ständig auf die Straße gehen und sagen: ‚Oh ich mache jetzt heute nochmal Kaffeetrinken mit dem oder mit dem‘. Sie müssen ja gefragt werden. Jetzt sind bei meiner Mutter auch einige weggestorben, in relativ kurzer Zeit, und dann wird sich gar nicht mehr gekümmert. Sie haben einmal in der Woche geknobelt, und jetzt sind es nur noch zwei Leute und sie treffen sich gar nicht mehr, auch nicht mehr zum Kaffee. Das fällt so weg und da finde ich, da müssten Helfer sein, die anfragen, die vorbeikommen und sagen: ‚Wie geht es denn, wie sieht es denn aus?‘. Manchmal von der Kirche ja auch, wenn Geburtstag ist. Das ist ja eine Lachnummer, da wird dann ein Glas Honig vor die Tür gestellt [Lachen].“ Die niederländischen Modelle überzeugten sie in diesem Zusammenhang in besonderer Weise. Es sei elementar, Nachbar*innen und Ehrenamtliche einzubinden. „Was mich überzeugt hat, war dass die Gemeinden ja alle Daten von den einzelnen Bewohnern haben. Dass man da wirklich auch schaut: So und so alt ist er, gut, gehen wir hin. Wenn alles in Ordnung ist und er nichts braucht, weil er seine Familie um sich hat, dann ist das ja in Ordnung. Aber so kriegt man vielleicht auch schon raus, dass da 65-Jährige sind, die vielleicht doch mal jemanden zum Einkaufen brauchen. Da bräuchte man so einen Pool von Leuten. Dass man sagt: Hey, ich gehe einkaufen, ich mache das schon. Also ich habe das jetzt hier bei mir. Da ist eine ältere Nachbarin und wir haben uns vor ein paar Wochen kennengelernt. Sie hat einen Hund und ich habe auch einen Hund und ich gehe abends raus.

**Gute
Zusammen-
arbeit mit der
Pflegekasse**

**Ein Netzwerk
aus Ehrenamt-
lichen zur akti-
ven Integration
älterer Men-
schen in das
soziale Leben
vor Ort**

Sie hatte sich irgendwie das Bein gezerzt, konnte nicht mehr laufen, und da habe ich gesagt: ‚Ich nehme Ihren Hund mit. Da kann ich doch mal eine Runde gehen‘. Ja, das hat sich so nett eingebürgert, dass ich ihren Hund jetzt immer mitnehme. Wir halten immer mal ein Schwätzchen und ich sage dann – wir duzen uns mittlerweile: ‚Ich gehe morgen einkaufen, brauchst du etwas?‘. Dieses, einfach über den Gartenzaun mal zu gucken und mal nachzufragen. Ich bin immer wieder erstaunt, wie viel Ältere auch um mich herum sind, die sich so einigeln. Die Jalousien werden nicht hochgemacht und dann sieht man irgendwann den Sozialdienst vor der Tür stehen. Aber das ist ja auch nur ein- oder zweimal am Tag. Sonst fehlt die Ansprache. Ich glaube das ist das, so einen Pool zu schaffen von vielleicht auch Ehrenämtern. Wenn ich mir das bei den Flüchtlingen anschau, wie viel Ehrenamtliche da mitmachen, was ja sehr schön ist, aber ich glaube die vielen, vielen alten Leute bei uns, die haben es auch nötig.“

6.1.9 Hoher Beratungsbedarf

Fr. Dörr ist über 80 Jahre alt und lebt mit ihrem Mann in einem Haus in einer ländlich geprägten Region. Was ihrer Ansicht nach ein gutes Leben mit Pflegebedarf ausmache? „Das Umfeld. Die Mitbewohner. Man muss ja Personen um sich haben, wo man sich unterhalten kann. Und der Pflegedienst, wenn er kommt, dass sie freundlich sind. Das ist hier in Ordnung [...]. Ich eigentlich ist nur noch mein Mann hier. Und mit ihm- Er kann ja auch nicht mehr so. Er ist 78 Jahre und war krank das letzte Jahr. Er hatte ein paar Tumore und ist operiert worden [...]. Und jetzt habe ich schon gesagt, eigentlich ist er ja da, dass er bei mir ist und mir helfen muss und soll. Aber wenn er sich selber schon nicht richtig helfen kann, dann müsste er ja – wo geht das dann nicht? Dass die Pflegekasse für ihn dann auch – dass er mit eingereicht wird?“

Drängender Beratungsbe- darf

Die Interviewerin informiert, dass er eine Einstufung bei der Pflegekasse beantragen kann. Sein Antrag werde dann geprüft. Fr. Dörr antwortet: „Aber wo muss er das denn beantragen? Er hat ja seine eigene Pflegekasse. [...] Da will ich noch fragen, ob er nicht auch- Dass er wenigstens – es ist ja gut, wenn der Pflegedienst kommt. Bei mir kommt er ja zweimal die Woche, mit duschen. Aber die anderen Tage muss ich morgens ja auch angekleidet werden. Aus dem Bett komme ich noch ohne den Pflegedienst raus. Ich habe da so einen Galgen über dem Bett, wo ich mich hochziehen kann. Also kann ich dann aufstehen und brauche jemand, der mir hilft, meine Kompressionsstrümpfe anzuziehen. Das schaffe ich nämlich alleine nicht und solche Sachen. Da brauche ich dann immer jemand, der mir hilft. Das muss dann mein Mann – aber das fällt ihm ja jetzt auch schon so schwer. Dann müsste er ja auch wohl entweder so eine kurze Pflege haben“. Im Anschluss fragt Fr. Dörr sich, welche Hilfen für sie und ihren Mann noch in Frage kommen könnten. Die

Interviewerin fragt, ob sie schon einmal beim Pflegestützpunkt war? Sie antwortet: „Was ist das denn? [...] Nein, ich weiß nur den medizinischen Dienst. Sie waren ja hier und guckten sich das an. Mit meinem Rollator konnte ich gar nicht nach draußen, weil wir Stufen haben, und das hat sie mir dann gesagt. Da konnte ich [...] eine Rampe bekommen.“

Fr. Dörr betont, dass es ihr wichtig sei, aus dem Möglichen noch etwas zu machen. Was ihr dabei besonders wichtig sei? „Ja, dass ich noch ein bisschen was zu essen zubereiten kann. Aber wenn es nicht mehr geht, dann müssen wir ja sehen, dass wir Fertiggerichte kriegen. Ich kann dann nicht mehr so ein ganzes Essen kochen. Ich kann Kleinigkeiten machen, aber nicht mehr so.“ Die Kinder wohnen zwar wieder in der näheren Umgebung, aber sie könnten sie nur begrenzt unterstützen, weil sie berufstätig sind und Familie haben. Fr. Dörr erzählt: „Sie kommen her, besuchen mich und wenn sie dann da sind, dann kochen sie Kaffee und decken den Tisch. Aber sie haben ja auch andere Sachen.“ Beim Einkaufen wird die Interviewte von Ehrenamtlichen begleitet: „Da fahre ich mit. Sie helfen mir beim Einsteigen ins Auto und im Geschäft gucken sie, ob ich da irgendetwas habe, wo ich nicht drankomme. Dann sind sie hinter mir und bei mir und helfen mir.“ Diese Hilfe finde sie gut, aber in den Ferien werde dieser Dienst nicht angeboten. Dann müsse ihr Mann einkaufen gehen. Zweimal wöchentlich sei ein Pflege- und Hauswirtschaftsdienst vor Ort, der ihr beim Duschen, Anziehen und beim Putzen der Wohnung hilft. Die Unterstützung im Haushalt sei nicht ganz ausreichend. Sie ergänzt: „Aber sie können ja nicht die Fenster putzen, sie schaffen ja auch nicht alles – die Fenster putzen und die Räume durchputzen.“ Ob für sie die Unterstützung durch eine osteuropäische Pflegekraft in Frage käme? „Wenn es noch schlimmer wird, dann müsste man sehen, dass man – aber solange mein Mann jetzt noch hier ist. Er ist ja da und ist klar im Kopf, dass wir uns noch unterhalten und beraten können“. Ob es für sie in Frage käme, in ein Pflegeheim zu ziehen? „Nein, das möchte ich nicht. Das möchte ich nicht. Wenn es gar nicht anders geht, dass niemand mehr da ist und ich mir nicht mehr alleine helfen kann, dann muss das ja sein. Oder es kann ja auch sein, dass ich Demenz – oder nicht mehr weiß, was ich mache. Dass sie mich dann dahin bringen oder hineinstecken. Da muss das ja sein. Aber eigentlich wollte ich da noch nicht hin. Ich kann mich ja noch unterhalten, mein Mann und ich, wir können ja diskutieren über Politik und Sport und alles noch.“

**Bewahrung
der Eigen-
ständigkeit im
Rahmen der
Möglichkeiten**

Fr. Dörr sei in Kontakt mit der DAK-Gesundheit, aber das funktioniere nicht. Sie habe einen neuen Rollator beantragt. Zunächst habe sie lange gewartet, dann habe man ihr ein überteuertes und für sie viel zu schweres Modell angeboten. Daraufhin habe sie sich selbst im Internet einen viel günstigeren und für sie passenden Rollator besorgt. Das Vorgehen des Unternehmens und der DAK-Gesundheit habe sie als Spott empfunden und eine Beschwerde eingereicht. Was aus ihrer Beschwerde wurde, wisse sie nicht, sie habe nichts

**Hausnotruf-
system**

mehr gehört. Das Pflegegeld hingegen sei wichtig für sie, da sie eine nur geringe Rente zur Verfügung habe. Es gehe ja auch nicht nur um die Pflege – auch die Arbeiten im Garten und am Haus könnten sie damit stemmen. Auch das Hausnotrufgerät sei eine große Hilfe. Sie erzählt: „Ich habe auch schon andere Vorteile von der Pflegekasse gehabt. Ich habe ja meinen Pieper hier. Wenn mir etwas passiert, dann kann ich auf den Knopf drücken. Ich kann ja meinen Mann nicht rufen. Er hört nicht, er ist an beiden Ohren schon operiert. Und deswegen haben sie mir gesagt – ich war schon zweimal gefallen und habe gerufen und gerufen und er kam nicht. Und ich habe irgendwo eine Zeit lang auf der Erde gelegen, hatte meinen Rücken gebrochen und dann bin ich ins Krankenhaus gekommen.“

Insgesamt sei die Pflege kein Thema, über das öffentlich gesprochen wird. Und ob der Beitrag von pflegenden Angehörigen anerkannt, thematisiert und gewürdigt würde, oder auch eher nicht? Auch von so etwas habe sie noch nie gehört. Wichtig ist ihr, dass auf Menschen mit Gehbeeinträchtigung geachtet wird. Sie sagt: „Dass die Wege – wenn man mit dem Rollator rauskommt, dass sie dann darauf achten, dass da nicht irgendetwas passiert und dass sie auch Acht geben auf die alten Leute. Pflegebedürftige müssen ja nicht immer Alte sein. Es gibt ja auch jüngere, die schon pflegebedürftig sind.“

6.1.10 Ein Platz in der Kurzzeitpflege als „Segen“

Naturverbundenheit, Gesellschaft und „gebraucht werden“

„Etwas zu tun zu haben“, sei für Fr. Gruber wesentlich, um ein gutes Leben führen zu können. Die 81-Jährige beschäftigt sich gerne mit der Natur und mit Vögeln. Ihr Großvater erwarb Anfang des 20. Jahrhunderts auf dem Land ein Grundstück mit Teich. Auf dieses Anwesen hat sie von ihrem Haus aus einen sehr schönen Blick, was sehr wichtig für sie sei. Sie schätze es, die schöne, naturgeprägte Umgebung um sich herum zu haben und vor dem Haus oder im Garten zu sitzen. Fr. Gruber erzählt: „Ich habe manches Jahr die Vögel sehr gut beobachten können. Wir haben voriges Jahr hier auch eine Amsel gehabt, die mir ein schönes Konzert gegeben hat. Ich habe auch schon mal vier Katzen gehabt. Im Moment habe ich bloß eine alte Katze und die Haselmäuse, die sich auch mit der Katze im Haus rumtreiben – es ist nur gut, dass mir noch keine über die Füße gelaufen ist [Lachen]. Naja, auf jeden Fall, das sind so Erlebnisse mit Tieren und ich will es nicht missen.“ Kürzlich sei sie gestürzt und das erschwere bis jetzt ganz deutlich ihre Möglichkeiten. Sie sei wieder auf dem Weg der Besserung, doch habe sie noch immer Einschränkungen. Sie könne zum Beispiel Bücher oder Fotoalben noch nicht halten. Außerdem sei es für sie wichtig, in Kontakt mit anderen Menschen zu sein. „Ich habe es auch ganz gern, wenn jemand kommt. Ich habe zum Beispiel in der letzten Zeit jemanden gehabt, der mir das Essen eingekauft hat. Ich konnte ja nicht mehr gehen und er ist dann öfter mal im Vorbeigehen zum Eis essen gekommen.“

Also ich hab schon ganz gern Gesellschaft auch. Aber da ist halt das schlimme, dass man dann nicht mehr so kann, wie man möchte.“

Seit vielen Jahren kann sie aufgrund ihrer Gehbehinderung nicht mehr Auto fahren. Das fehle ihr sehr. Sie erzählt: „Ich habe ja auch meine Katzen, oder vorher meine Hunde gehabt, die man versorgt hat. Auf jeden Fall brauche ich halt immer ein bisschen eine Aufgabe. Und wenn man dann nicht mehr so richtig greifen kann, so wie jetzt, von wegen Sachen zusammenkehren oder sonst etwas. Nach einer halben Stunde bin ich so furchtbar erschöpft, dass es nicht weitergeht. Das passt mir ganz und gar nicht.“ Fr. Gruber ist fast vollständig auf den Rollstuhl angewiesen. Sie ist in Pflegegrad 2 eingestuft und eine Borreliose erschwert ihre Beweglichkeit.

Fr. Gruber lebt alleine in ihrem abseits gelegenen Haus. Ein Bekannter übernimmt die Einkäufe. Er kümmert sich auch, wenn am Haus oder im Garten handwerklich etwas zu erledigen ist. Der Pflegedienst kommt jeden Tag, um beim Ankleiden, bei der Körperpflege und beim Anziehen der Stützstrümpfe zu helfen. Zweimal wöchentlich wird sie geduscht und eingecremt. Die Haushaltshilfe unterstützt sie einmal pro Woche für eine Stunde bei der Haushaltsführung. Fr. Gruber ist im Sachleistungsbezug und sie sagt: „Der Dienst übernimmt die ganzen geldlichen Sachen und die Einteilung von der Arbeit. Da habe ich nichts damit zu tun. Ich habe dann über die Krankenkasse erfahren, so und so viel Geld ist da und das klappt“. Fr. Gruber sei sehr zufrieden mit der Sozialstation. Dass die Pflegekräfte zeitlich etwas „spontan“ seien, störe sie nicht. Sie passe ihren Alltag den Einsätzen der Pflegekräfte an. Wegen der Katze müsse sie sowieso schon um sechs Uhr aufstehen.

Von einer osteuropäischen Pflegekraft möchte sich Fr. Gruber nicht so gerne unterstützen lassen. Das liege daran, dass ihr Mann sie wegen einer polnischen Ärztin verlassen und ihr gemeinsames Kind mitgenommen habe. Sie habe allerdings mit einer Tschechin und mit anderen im Pflegeheim gute Erfahrungen gemacht. Es komme auf die Situation an, prinzipiell sei ihr aber jemand lieber, der in Deutschland geboren ist. Ob sie es sich vorstellen könnte, irgendwann einmal in ein Pflegeheim umzuziehen? Sie antwortet: „Nein. Da habe ja keine Beschäftigung mehr. Da muss ich mich ja nur bedienen lassen und das liegt mir also nicht so sehr im Moment. So lange ich noch kann, muss ich das anders auch schaffen. Ich hoffe mal, wenn ich die Hilfe durch ihn [den Bekannten, Anm.] nicht mehr habe, dass ich dann etwas anderes finde. Aber so ganz einfach wird es auch nicht sein.“

Ein Jahr zuvor war Fr. Gruber für zwei Monate in der Kurzzeitpflege. Sie berichtet: „Ich bin da gestürzt und das war dann ein Segen, dass ich da untergekommen bin. [...] Ich war zuerst im Krankenhaus, weil ich Grippe hatte und fast erstickt bin, und dann haben sie mich überwiesen in dieses Altenheim. Da bin ich gleich innerhalb von ein paar Stunden beim Aufstehen derart blöd gefallen. Der Stuhl muss hinten

Mehrere Personen beteiligen sich an Pflege- und Sorgearbeiten

Aufenthalt in der Kurzzeitpflege

weggerutscht sein und ich lag plötzlich mit dem Kopf am Tischbein, ja, lag irgendwo in der Gegend. Habe jedenfalls noch eine Rippe gebrochen und gestaucht. Aber immerhin an der richtigen Stelle, wo man mir helfen konnte. Wenn ich zu Hause gewesen wäre, hätte ich wahrscheinlich auch noch einiges versucht, dass ich alleine zurechtkomme. Aber naja, es war ein Segen, dass die Krankenkasse da eingesprungen ist, für zwei Monate gleich. [...] Selber essen konnte ich zum Glück noch, aber ich habe dann auch nachts vor lauter Schmerzen nicht schlafen können. Auf jeden Fall hat man mir in der Richtung, die ich gebraucht habe, geholfen. Zu Hause hätte ich das nicht geschafft.“ Sie sei sehr froh und dankbar gewesen, dass unmittelbar ein Platz in der Kurzzeitpflege zur Verfügung stand. Über die Gestaltung der Nachmittage erzählt sie: „Ich habe das sehr gut gefunden, dass man dann am Nachmittag eine Beschäftigung hatte. Dass man da ein bisschen Rückengymnastik gemacht hat und auch andere Gymnastik, soweit man das mitmachen konnte. Und auch das Singen hat mir unheimlich viel gegeben“. Was es ihr gegeben habe? Fr. Gruber antwortet: „Ja, dass ich wieder singen konnte ohne dass mir die Tränen runtergelaufen sind. Man erinnert sich dann halt an Zeiten, wo man noch viel Zeit hatte zum Singen, in der Ausbildung und später habe ich dann mit den Kindern auch sehr viel gesungen. Und das war doch eigentlich eine schöne Sache.“

Gute Zusammenarbeit mit Krankenkasse und Pflegedienst

Von der DAK-Gesundheit fühle sie sich insgesamt gut unterstützt. Sie sagt: „Vor allem komme ich auch persönlich mit den Leuten ganz gut zurecht. Das macht viel aus. [...] Wie ich aus dem Pflegeheim zurückkam oder aus dem Krankenhaus, da hab ich denen gesagt, ich bin wieder da. Und dann kommen sie und teilen sich die Arbeit ein und sie kommen dann, wenn es bei Ihnen passt.“ Die guten Erfahrungen beziehen sich wohl auf die DAK-Gesundheit als Kranken- und Pflegekasse, aber auch auf den Pflegedienst. Was Fr. Gruber sich wünschen würde, das ist eine Möglichkeit, umsonst oder zum reduzierten Preis Lebensmittel oder andere im Alltag benötigte Produkte erwerben zu können. Sie sagt: „Also im Grund genommen gehöre ich auch ein bisschen zu den Frauen, die eine sehr niedrige Rente haben und die entsprechend dann auch wenig ausgeben können. Die auch keine Möglichkeit haben, etwas irgendwie günstig zu erstehen. Zum Beispiel wie in diesen Verkaufsmöglichkeiten, wo man fast nichts für das Essen zahlt. Ich wäre auch ganz zufrieden mit Obst, das schon sehr reif ist.“

Eigene Erfahrungen mit der Pflege Angehöriger

Fr. Gruber pflegte in früheren Jahren mehrere Personen in ihrem persönlichen Umfeld, darunter ihre Tante. „Wenn ich da heute höre, wenn jemand ‚pflegen‘ sagt – bei mir war das Monate lang, manchmal Jahre lang, dass ich immer da sein musste, alle 24 Stunden. Von Pause kein Spur.“ Die Tante habe seinerzeit versucht, ihre Alzheimer-Demenz zu kaschieren. Manchmal habe ihre Tante sie geohrfeigt. Sie erzählt von durchaus problematischen Situationen – damals und heute. „Ich bin ohne Vorbereitung ins kalte Wasser gesprungen, indem ich einfach da geblieben bin. Dann musste ich halt

schauen, wie ich sie in der Nacht wieder hochgekriegt hab, wenn sie mal wieder vom Bett hingefallen war. Aber sie war mit ihren 93 noch viel beweglicher als ich. Ja, wenn ich heute stürze, muss ich immer schauen, dass ich auf die Treppen vor dem Haus komme und da kann ich mich dann am Geländer hochhangeln. Also ich kann mir zum Teil schon noch helfen, aber naja.“ Sie stellt immer wieder die damalige Situation ihrer Tante ihrer eigenen aktuellen Situation gegenüber. „Naja, ich bin in dem Sinn noch nicht so arg dran, es könnte noch schlimmer werden. Am liebsten wäre es mir natürlich, wenn sich das von alleine regeln würde. Dass man eines Tages nicht mehr aufwacht und dass man nicht vorher noch lang in der Gegend rumliegen muss. Und da ich eben – naja, ich sehe es ja jetzt, wenn ich die Hilfe von irgendjemandem von meiner Verwandtschaft angefordert habe – das ist ja heutzutage auch nicht mehr möglich, da alle beruflich noch mehr eingespannt sind. Und naja, man hat ja sonst auch noch alles Mögliche, was man nebenbei macht. Das hat es damals alles nicht gegeben.“ Fr. Gruber habe sich angesichts ihrer Pflegebedürftigkeit mehr Unterstützung aus ihrem unmittelbaren familiären Umfeld erhofft. Diese Hoffnung sei enttäuscht worden. Die entfernten Verwandten wohnen weiter weg, sodass auch durch sie Hilfen im Alltag oder ein engerer Kontakt nicht in Frage kämen. Auch unter den Freund*innen und Nachbar*innen gebe es keine Person, die sie regelmäßig trifft. Abschließend bemerkt Fr. Gruber, sie sei geistig „[...] nicht mehr so beweglich.“ Aber es sei gut, sich mit jemandem zu unterhalten, wie in dem Interview. Sie habe sonst nur den Fernseher, der ihr helfe, „[...] in der Gegenwart zu bleiben.“

6.1.11 Leben mit finanziellen Engpässen

Ein gutes Leben mache für Fr. Maurer aus, dass ihr jemand dabei hilft, ihren Alltag zu bewältigen. Sie ist über 70 Jahre alt und seit einiger Zeit auf einen Rollstuhl angewiesen. Bei der gesetzlichen Pflegeversicherung wurde sie in Pflegegrad 2 eingestuft. Sie sagt: „Also wer mir ganz doll hilft, das ist mein Mann. Weil ich mich nicht alleine anziehen kann. Ich brauche Hilfe beim Waschen und unsere Tochter kommt und hilft. Aber da wir beide – mein Mann und ich – leider schon ein bisschen alt sind, ist alles ja sowieso immer beschwerlicher, ja. Und wir haben alle 14 Tage für die 125 Euro [Entlastungsbeitrag gem. § 45b SGB XI, Anm.] Hilfe im Putzen. Also ohne die Hilfen müsste ich ins Heim“. In einem Pflegeheim zu leben könne sich Fr. Maurer allerdings nicht vorstellen. Sie sagt: „Ich bin ein anderer Typ. [...] Das passt gar nicht zu mir. Ich bin eigentlich immer jemand gewesen, der fröhlich ist. Und ich habe immer gearbeitet, mein Mann hat gearbeitet, wir haben alles immer alleine geschafft im Leben. Ja, und jetzt bin ich im Rollstuhl – ganz großer Mist, auf gut Deutsch, krank zu sein. Ohne die Hilfe ginge es nicht.“ Fr. Maurer hat eine ausgeprägte und schmerzhafte Arthrose in beiden Knien, die aufgrund anderer Erkrankungen nicht operiert werden könne.

- Krankenkasse muss mehr auf die Bedürfnisse von Menschen mit Pflegebedarf eingehen** Von der DAK-Gesundheit würde sie sich wünschen, dass die angebotene Unterstützung ihren Bedürfnissen entspricht. Das betrifft zum Beispiel die Anschaffung einer Aufstehhilfe. Sie erzählt: „Ich war ein bisschen traurig, weil ich kann nicht alleine aufstehen. Im Wohnzimmer zum Beispiel kann ich nur mit zwei Personen aufstehen. Einer rechts, einer links. Und mein Mann und ich, wir sind ja oft alleine. Und dann hat mein Mann gesagt: ‚Du musst eine Aufstehhilfe haben‘. Dann sind wir hier zu diesem Gesundheitsladen gegangen, orthopädischer Dienst. Ja, und mit der Aufstehhilfe, die man auf den Sessel tut, ging’s überhaupt nicht. Die Aufstehhilfe war sogar hinterher kaputt. Und dann hat mein Mann gesagt: ‚Wir müssen einen Sessel mit Aufstehhilfe haben‘. Also dass eine Person mir hilft, das ist ja zu 99 Prozent mein Mann, dass ich auch aus dem Sessel wieder rauskomme. Aber da gab es keinen Zuschuss.“ Der Sessel habe 440 Euro gekostet. Das Ehepaar hat die Rechnung selbst beglichen. Fr. Maurer fährt fort: „Wir haben einen ganz preiswerten genommen, weil man ja sonst auch schon Hilfe braucht. Wir haben zum Beispiel ein halbes Haus, ein altes Haus [Lachen], und wir haben einen kleinen Garten drum herum. Den kann mein Mann nicht mehr machen, weil er ja die ganze Kraft für mich braucht. Und da müssen wir uns eben auch im Garten Hilfe kaufen. Mein Mann ist jetzt auch Pflegegrad 1 und er kriegt die 125 Euro [Entlastungsbetrag gem. § 45b SGB XI, Anm.], darf sie aber nicht für den Garten benutzen. Das würden wir unbedingt brauchen. Und das waren jetzt mal Punkte, die ich so mal vielleicht zu Ihnen sagen darf, dass Sie auch mal wissen, wie es so aussieht bei vielen Leuten.“
- Anliegen, sich mitteilen zu können** Ein wesentlicher Grund, an dem Interview teilzunehmen, war das Anliegen, von ihrer Situation berichten zu können. „Mein Mann und ich, wir haben beide noch einen Kopf oben. Weil sonst nützt das nichts. Und jetzt versuchen wir wirklich- Und deswegen, als Sie fragten, ob ich das Interview mache- Ich wollte wohl das Gespräch und ich wollte auch mal sagen, ob man das vielleicht anders regeln kann oder dass man die 125 Euro bei meinem Mann ausbezahlt kriegt und dass er sich selber eine Gartenhilfe holen kann.“ Die Interviewte regt auch an, dass die Kranken- und Pflegekasse sich stärker an der Finanzierung von Treppenliftern beteiligen sollte. Sie berichtet: „Man muss einmal im Jahr so einen Wartungsdienst bezahlen. Das hatten wir eingereicht, aber das wird auch nicht bezahlt. Also man muss schon vieles versuchen hinzukriegen. Weil ich einfach noch nicht ins Heim will. Und im Heim würde es ja für die Kasse auch viel kosten. Ist so. [...] Wir sind Rentner, dann sieht das finanziell eben alles ein bisschen doof aus.“
- Prekäre finanzielle Situation** Das Pflegegeld sei finanziell ganz wesentlich. Fr. Maurer sagt: „Das Pflegegeld ist wichtig. Sonst kommen wir nicht klar [...]. Dadurch können wir uns ja den Mann für den Garten holen. Und ich kann nicht mehr gut Essen kochen, weil ich ja nicht mehr stehen kann, und das muss ja jetzt alles mein Mann machen. Es gibt hier eine Firma, einen Fleischer, der ab und zu Mittagessen anbietet, was ja

immer teurer ist als wenn man selber kocht. Und da nutzen wir dann diese 300 Euro, dass wir uns eben auch mal ein Essen kaufen. Das brauche ich unbedingt. Anders würde es gar nicht gehen. Weil ich will so lange wie möglich im Hause bleiben, ja, weil ich das einfach schön finde.“

Ihre Tochter kommt regelmäßig vorbei, um das Ehepaar im Alltag zu unterstützen. Nachbar*innen und Freund*innen sind nicht mit eingebunden. Über eine Unterstützung durch Ehrenamtliche habe sie noch nie nachgedacht. Ob sie prinzipiell offen dafür wäre? „Ja, ich glaube schon. Aber wir hatten immer, unser ganzes Leben lang nach dem Motto gelebt: Hilf dir selbst, sonst hilft dir keiner. Wir haben immer gearbeitet und haben immer alles selbst machen müssen. So die Einstellung. Sie wissen, was ich meine? [...] Aber jetzt, dass wir jetzt die Putzhilfe haben, das ist für uns wie ein Segen.“ Die Putzhilfe werde, wie der Helfer für den Garten, über das Pflegegeld bezahlt. Die regelmäßige Unterstützung durch einen Pflegedienst würden sie noch nicht benötigen. Das käme auch nur in Frage, wenn sie ihren Alltag absolut nicht mehr anders organisieren könnten. Finanziell seien sie abhängig vom Pflegegeld. Käme die Unterstützung durch eine 24-Stunden-Hilfe in Betracht? Sie sagt: „Also wenn es uns viel schlechter geht – da haben wir schon oft darüber gesprochen. Aber die können wir uns nicht leisten. Ich weiß nicht die Preise, aber das liegt ja bei 1000 Euro.“

Ob sie sich über die lokalen Angebote der Pflege und Unterstützung informiert und beraten fühle? Sie sagt: „Ich glaube, so mittelmäßig. [...] Also das erste Mal überhaupt aus der Zeitung und dann kam jemand hierhin und hat uns informiert.“ Von der DAK-Gesundheit erhielten sie Informationsbroschüren. „Mein Mann sagt gerade, wir haben Informationsblätter gekriegt. Ich habe ja gesagt, wir hatten so ein Büchlein. Doch das reicht nicht. Mehr weiß ich im Moment dazu nicht.“ Ob sie mit jemandem vom Pflegestützpunkt in Kontakt gewesen seien? „Ach so, ja. Vom Pflegestützpunkt war mal eine Dame hier. [...] Das war in Ordnung. Alles, was wir fragten, hat sie uns beantwortet. Ich war nämlich mal zur Reha und da wurde das ausgeschrieben und da haben wir uns dran gewandt.“

Die Pflege sei vor Ort kein Thema, das öffentlich besprochen wird. Auch die Arbeit von Pflegepersonen werde nicht gewürdigt. Sie führt aus: „Es wäre gut, wenn das anerkannt würde, ja, das fände ich schon gut. Aber das geschieht ja eigentlich alles so im Hause, hinter verschlossener Tür. Man [ihr Ehemann, Anm.] hilft mir ja in allen Beziehungen, wenn ich ins Bett muss. Alles Mögliche.“ Die Interviewte stellt weiter heraus, dass die Pflege ein Thema sei, das im Privaten bleibe. Ob auch öffentlich darüber geredet, oder ob etwas angeboten werde? „Nein, nein, absolut nicht, nein. Man muss sich da um alles selber kümmern und darum finde ich auch gut, dass Sie da so eine Umfrage machen. Da ist ja sicher bei jeder Familie etwas anderes und jeder hat noch eine andere Idee oder einen anderen Wunsch. Und das kann sich auf Dauer ja positiv auswirken.“

**Beratung vom
Pflegestütz-
punkt**

**Pflege aus-
schließlich ein
Thema im pri-
vaten Rahmen**

6.1.12 Bis ins hohe Alter zu Hause bleiben – mit Sorge-Netzwerk

Eigenständig im vertrauten Umfeld

Ein gutes Leben mit Pflegebedarf habe für Fr. Clausen, die seit Jahren ihre heute 96-jährige Schwiegermutter betreut, sehr viel mit dem Verbleib im vertrauten Wohnumfeld und den dortigen Möglichkeiten zu tun. Sie erzählt: „Meiner Schwiegermutter geht es im Moment sehr gut, weil sie zu Hause ist und zu Hause auch betreut wird. Sie hat eine sehr schöne Wohnung, sie sitzt im Wohnzimmer und guckt auf den Garten mit einem riesengroßen Fenster, kleinen Balkon davor. Sie ist also mit sich eigentlich zufrieden, meckert nicht. Sie hat überhaupt keine Schmerzen, gar nichts. Sie steht noch auf und läuft mit ihrem Rollator durch die Wohnung. Es wird sehr, sehr wenig, aber zur Toilette geht sie noch und wenn ihr mal etwas einfällt, was sie machen soll oder will, dann macht sie es auch. Also rundum ist sie eigentlich zufrieden. Sie hat natürlich auch eine Betreuung zu Hause, morgens kommt der Pflegedienst, abends kommt der Pflegedienst. Und sie hat einen behinderten Sohn, der noch bei ihr lebt, was natürlich sehr schön ist. Er kommt abends von der Werkstatt, wo er arbeitet, und ist so zwischen vier und fünf abends zu Hause. Und das ist auch noch ganz schön für sie. Wir kommen natürlich auch ständig. Ich mache die Wäsche und alles Mögliche. Sie ist da so zufrieden. Wir haben ihr schon zimal eine Tagepflege angeboten, weil wir immer meinen, es ist ihr zu langweilig, aber es ist ihr gar nicht zu langweilig. Sie will es einfach nicht. Wir haben es schon zimal probiert, auch ein bisschen über Umwege, dass wir gesagt haben, wir fahren in die Stadt und fahren dann da mal vorbei, aber sie will es einfach nicht. Sie ist im Moment da zufrieden, ja. Wenn man mit 96 nicht große Schmerzen hat und da im Sessel sitzt und sich bedienen lässt, und es einem gut geht, das finde ich schon schön.“ Die alte Dame ist in Pflegegrad 5 eingestuft. Sie bewegt sich in der Wohnung mit dem Rollator, bei Ausflügen oder Einkäufen steht ihr ein Rollstuhl zur Verfügung. Aufgrund von Inkontinenz benötigt sie Einlagen. Ansonsten habe sie, jenseits ihrer Altersgebrechlichkeit und Vergesslichkeit, keine gravierenden Beeinträchtigungen.

Aktives Sorge- Netzwerk

Die alte Dame wohnt mit einem ihrer Söhne zusammen, der eine geistige Beeinträchtigung habe. Fr. Clausen berichtet: „Ja, wir sind ganz froh, dass er da ist. Das ist ganz gut. Weil das ist auch für uns eine Beruhigung, dass sie auch nachts nicht alleine ist. Er ist also geistig behindert und arbeitet schon seit ewigen Zeiten in der Werkstatt hier bei uns. Er [...] kümmert sich so gut er kann und macht ihr zum Beispiel abends das Abendbrot oder kauft zwischendurch ein, wenn etwas fehlt. Und er ruft mich an, wenn irgendetwas ist. Das ist super, ja.“ Neben Fr. Clausen selbst, die das Wäschewaschen und Einkäufen übernimmt, wird die alte Dame von einem weiteren ihrer Söhne unterstützt, der in unmittelbarer Nähe lebt. Fr. Clausen erzählt: „Er kommt auf alle Fälle jeden Tag einmal hoch und guckt und erledigt die Post und ja, er ist halt zwischendurch da. Er ist zum Glück auch schon Rentner. Und dann bin ich da und mein Mann,

aber von uns mach ich größtenteils das, was zu tun ist. Wir haben noch eine Putzfrau, weil ich auch noch voll berufstätig bin, dann ist das ein bisschen schwierig. Ich muss das also immer abends machen oder am Wochenende.“ Die Frau, die regelmäßig zum Putzen vor Ort ist, werde von der Schwiegermutter privat bezahlt. Das Mittagessen bekommt die alte Dame von einem Essen auf Rädern. Der Pastor kommt ab und an vorbei. Weder die Nachbarschaft noch Freund*innen seien involviert, da viele von ihnen entweder selbst pflegebedürftig, oder schon verstorben sind. Eine Frau von der örtlichen Sozialstation kommt einmal pro Woche anderthalb Stunden, um mit ihr spazieren zu gehen. Meistens schauten sie allerdings Fotoalben an. Das gefalle der alten Frau am besten. Am wichtigsten sei ihr jedoch, dass sie in einem bestimmten Sessel sitzen und nach draußen schauen kann, das Haus wolle sie eigentlich nicht mehr verlassen. Fr. Clausen sagt: „In ihrer Wohnung fühlt sie sich wohl. Gut, man muss natürlich dazu sagen, dass sie in einer Oberwohnung wohnt. Aber die Treppen schafft sie noch, wenn wir zu zweit da sind. Das kriegt sie noch hin. Also daran liegt es nicht. Sie will einfach nicht, sie möchte nicht. Wenn ich sage: ‚Geh doch mal ein bisschen auf den Balkon, dann kannst du ein bisschen weiter gucken als vom Sessel‘. Dann sagt sie immer: ‚Es reicht mir, wenn du die Tür aufmachst [Lachen]. Sie wird halt auch immer ein bisschen schwächer, das ist ganz klar.“

Einige Jahre zuvor war ihr Schwiegermutter gestürzt. Damals sei ihr allgemeiner Zustand sehr schlecht gewesen und sie hatten überlegt, sie in ein Pflegeheim zu verlegen. Das habe die alte Dame jedoch abgelehnt. Auch über die Unterstützung durch eine osteuropäische Pflegekraft hatten sie gesprochen. Sie erzählt: „Aber als ich das mit meiner Schwiegermutter besprochen habe, wollte sie das natürlich auch nicht. Für mich wäre es natürlich eine große Entlastung. Vom Häuslichen würde das auch gehen. Man muss da ja irgendwelche, man muss einen Raum zur Verfügung stellen glaube ich, und, und, und. Das würde auch gehen. Aber naja, wir haben das mal überlegt, aber da sind wir noch nicht so weit. Ja, sie war immer Geschäftsfrau, meine Schwiegermutter, und sie ist auch so ein bisschen eigen auch und kann sich durchsetzen. Also ich meine das nicht negativ. Sie kann durchsetzen, was sie möchte.“ Das gelte zum Beispiel auch beim Spazierengehen durch die Stadt. Ihre Schwiegermutter möge es nicht, im Rollstuhl durch die Stadt gefahren zu werden. Dies verleihe ihren Stolz als bekannte Geschäftsfrau.

Versorgungsdefizite sind ihr nicht bekannt, weder im Hinblick auf die Dienste und Einrichtungen, die vor Ort zur Verfügung stehen, noch bei der Ausstattung mit Hilfsmitteln. Ob das Pflegegeld wichtig sei? Fr. Clausen antwortet: „Gar nicht. Also sie hat genug Geld [Lachen]. Also natürlich ist das wichtig, das ist klar. Aber ich meine, wenn es um irgendwelche anderen Sachen ginge, die sie bräuchte, ist das kein Problem.“ Wichtig sei, dass der Pflegedienst regelmäßig vor Ort ist. „Morgens wird sie gewaschen und angezogen und das Früh-

Ablehnung gegenüber Pflegeheimen und 24-Stunden-Pflegekräften

Regelmäßiger Besuch vom Pflegedienst

stück wird gereicht. Und die achten dann auch drauf, dass überall Wasser steht, dass sie gerade bei der Hitze auch genug trinkt. Da muss man immer ein bisschen hinterher sein. Was sie sonst noch machen? Ja Pflege. Und abends ziehen sie ihr den Schlafanzug an und die Zähne werden geputzt, glaube ich. Ich bin dann natürlich auch ganz wenig da, wenn sie kommen. Weil wenn es etwas zum Besprechen gibt, machen wir das telefonisch oder wir verabreden uns.“ Die Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst sei gut. Sie sagt: „Aber meine Schwiegermutter ist da auch nicht so pingelig, wenn sie abends zum Beispiel mal um sieben Uhr kommen und sie will noch nicht ins Bett. Dann sagt sie: ‚Gut, dann gehe ich nochmal wieder in Sessel‘. Und dann geht sie danach alleine mit meinem Schwager zu Bett. Also das macht nichts, also das passt alles gut.“

Finanzielle Gleichstellung von pflegenden Angehörigen und externen Pflegekräften

Die Zusammenarbeit mit der DAK-Gesundheit funktioniere gut. „Also es ist immer so ein bisschen Schreibkram, aber bislang ist das alles noch so – wir haben ja nicht viel. Wir haben ja noch nicht viel.“ Mit einem Beratungsangebot sei die Pflegekasse noch nie auf sie zugekommen. Die notwendigen Informationen habe sie schon immer über den örtlichen Pflegedienst erhalten. „Also pflegedienstmäßig sind wir gut aufgestellt hier. Altenheime haben wir auch reichlich. Natürlich sind immer alle voll, aber sie ist überall angemeldet. Also was mich selber ein bisschen stört ist, dass ich ja eine ganze Menge mache, und wenn das eine fremde Frau machen würde, würden wir das bezahlt kriegen. Nur ich nicht. Und ich bin auch jetzt nicht so der Typ, der sich irgendjemand anderen sucht, um das abzurechnen. Das finde ich ein bisschen schade, dass Angehörige da überhaupt nicht mitberücksichtigt werden, das stört mich ein bisschen. Der Pflegedienst hat mir gesagt, dass wenn ich eine fremde, also eine nicht-verwandte Person hätte, die noch einkaufen geht oder Wäsche wäscht oder Sonstiges macht, wären noch irgendwelche Kapazitäten da. Ich weiß jetzt nicht wie viel oder was, kein Ahnung, aber das finde ich dann immer so ein bisschen schade.“

Fr. Clausen ist keine Gelegenheit bekannt, bei der die Pflege vor Ort öffentlich thematisiert oder beraten worden wäre. Sie sagt: „Das weiß ich gar nicht so genau. Ich gehe mal davon aus. Also, das kann ich gar nicht so beantworten“. Anlaufstellen oder offene Treffs für pflegende Angehörige seien ihr nicht bekannt gleiches gilt für die Pflegestützpunkte. Dabei gehe sie nichtsdestotrotz davon aus, dass der gesellschaftliche Beitrag pflegender Angehöriger vor Ort anerkannt und gewürdigt wird. Abschließend sagt Fr. Clausen: „Wichtig ist, dass man so Hilfe bekommt, wie man sie benötigt. Dass finanziell alles machbar ist. Da haben wir ja nun Glück, dass das bei meiner Schwiegermutter geht. Ich bin beruflich viel in Pflegeheimen und [...] mache auch Hausbesuche bei älteren Patienten und ich weiß, dass es ihnen zu Hause immer besser geht als im Pflegeheim. Wir haben ganz oft die Erfahrung gemacht, wenn es dann doch ins Pflegeheim geht, dass sie dann nicht mehr allzu lange leben. Das sind so unsere Erfahrungen. Das ist jetzt nicht negativ, das ist halt so. Und von

daher würde ich mir natürlich auch wünschen, dass sie zu Hause bleiben kann, so lange es geht und möglich ist. Das wäre für mich persönlich eine gute Sache. Und nur wenn es wirklich gar nicht mehr geht, dass man in ein Pflegeheim oder in eine Pflegewohnung geht. Das wäre für mich optimal, dass man zu Hause so lange noch bleiben darf, wie es geht. Und das merke ich ja auch. Ich meine, sie ist 96 und dass es ihr gut geht, liegt bestimmt auch daran, dass sie zu Hause ist, dass sie ihre eigenen Räumlichkeiten hat, dass sie sich da bewegen kann. Das glaube ich schon, ja.“

6.2 Zusammengefasst: Pflegebedarf und Bedingungen guten Lebens

Im Rahmen der Einzelfallstudien konnten ausgesprochen heterogene Lebenssituationen erkundet und abgebildet werden. Menschen in verschiedenen Wohnformen wurden einbezogen, darunter Personen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben – in Wohnung oder Haus, zur Miete oder im Eigentum –, im Betreuten Wohnen, in einer stationären Pflegeeinrichtung oder Wohngruppe für Menschen mit Demenz. Frauen und Männer mit tragfähigen sozialen Netzwerken wurden ebenso erreicht wie Menschen, die kaum Kontakte nach außen pflegen – darunter Alleinstehende, Ehepaare und Menschen, die ihren Alltag vor allem mit Sohn oder Tochter gestalten. Wohlhabende und Menschen mit einer geringen Rente wurden berücksichtigt. Die Interviewten haben von verschiedenen körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen und Hilfebedarfen berichtet. Dementsprechend variierten die Arrangements der Pflege und Sorge, die jeweils getroffen und von denen in den Interviews berichtet wurde.

Diese in den Einzelfallstudien abgebildeten Sorgearrangements werden deutlich durch die Lebenswelt und die Lebenslage der jeweiligen Person geprägt. Soziale Netzwerke, Lebensthemen und die ökonomische Lage der Person sind entscheidend. Auch die Infrastrukturen der Pflege und Unterstützung, die zwischen den Regionen sehr unterschiedlich sind (s. Beitrag Klie), werden in den Interviews benannt und bewertet – insbesondere ambulante Pflegedienste, Beratungsangebote und stationäre Pflegeeinrichtungen. Ihnen kommt die Funktion zu, die lebensweltlich geprägten und getragenen Lebenssituationen durch Fachlichkeit und Verlässlichkeit zu flankieren und zu stützen.

Unterschiedliche Lebenswelten von Menschen mit Pflegebedarf

6.2.1 Ein gutes Leben führen – auch mit Pflegebedarf?

Der DAK-Pflegereport 2018 bezieht sich auf das Konzept des Guten Lebens. Die Philosophin und Rechtswissenschaftlerin Martha C. Nussbaum hat in diesem Zusammenhang in ihren Arbeiten den so genannten Befähigungsansatz entworfen (vgl. 1999, 2003). Dieser gilt für alle Bürger*innen und daher besitzt er auch ganz selbstver-

ständig für pflegebedürftige Menschen Geltung. Ein gutes Leben hängt dabei von den Möglichkeiten ab, Zugang zu essentiellen Lebenserfahrungen zu haben, verbunden mit der Chance, sie zu gestalten. Dazu gehört, Bindungen zu anderen Menschen und Gegenständlichem einzugehen und aufrechtzuerhalten und „[...] diejenigen zu lieben, die uns lieben und für uns sorgen, und über ihre Abwesenheit traurig zu sein; allgemein gesagt: zu lieben, zu trauern, Sehnsucht und Dankbarkeit zu empfinden“ (Nussbaum 1999: 58). Auch die Möglichkeit, ein Leben in Beziehungen zu gestalten und verschiedene Formen familiärer und freundschaftlicher Bindung einzugehen, Zeit für sich und die eigenen Interessen zu haben, spielen und entspannen zu dürfen, gehört zum menschlichen Sein. Vor allem die Achtung des Einzelnen durch die Gemeinschaft befähigt pflegebedürftige Menschen, „[...] ein volles Menschenleben bis zum Ende zu führen [...]“ und die angesprochenen Aspekte entfalten zu können (Nussbaum 1999: 57).

Was macht ein gutes Leben aus?

In den Interviews wurden die Befragten dementsprechend gebeten zu erzählen, was für sie ein gutes Leben – trotz bzw. mit Pflegebedürftigkeit – ausmacht. Auffallend und aufschlussreich waren die unmittelbaren Reaktionen in machen Gesprächen. Die Frage nach dem guten Leben bei Pflegebedürftigkeit hat bei manchen durchaus Irritationen ausgelöst, zum Teil sogar zu Abwehr geführt. So stellt Hr. Kern zum Beispiel unmittelbar heraus, dass ein gutes Leben mit und ohne Pflegebedarf sehr unterschiedlich sei. „Das sind zwei Paar Schuhe“, betont er und erzählt vom abendlichen Ablauf, der sich bei ihm und seiner Frau eingestellt hat: „Ach wissen Sie, bei uns ist das ganz eingefahren mit dem Abendprogramm. Abendbrot essen, Fernsehen gucken und dann geht es ins Bett. Und dann helfe ich ihr ins Bett. Und dann kriegt sie ihre Spritze von mir, dann kriegt sie ihr Pflaster, ihre Tabletten und wird ins Bett gelegt. Mit ihren Pants an, weil sie inkontinent ist. Meistens gehe ich mit ihr zusammen ins Bett. Jetzt hat sie noch den Finger gebrochen und es ist insofern problematischer, weil sie ihren Arm eingegipst hat, und dann muss ich halt ihr die Brote schneiden, Brote schmieren, Brote schneiden, Brote belegen, Brote schneiden, Kaffee einschenken und so weiter und so fort, wie es halt so ist. Also Honigschlecken ist es nicht.“ Manchmal überforderten ihn die Arbeiten. „Manchmal denke ich, die ganze Arbeit zu machen, das ist schierer Wahnsinn. Aber wenn ich mal nicht mehr kann, wer soll es dann machen? Da gibt es nur noch die Frage vom Altenheim.“

Die Frage nach dem guten Leben hat die Befürchtung ausgelöst, dass die alltäglich mühsamen Aufgaben nicht gewürdigt, dass die Einschränkungen in der Lebensführung nicht wahrgenommen und ggf. sogar bagatellisiert werden. Hr. Kern hat sehr deutlich von den Routinen, der Mühsal und den Anstrengungen berichtet. Die Bedenken wurden in den Interviews aufgenommen. Interessant bleibt, dass der Frage nach dem guten Leben bei Pflegebedürftigkeit eine Spannung, vielleicht sogar Provokation, innewohnt. Dabei bean-

spricht das Konzept vom guten Leben seine Gültigkeit überall in der Welt, unter unterschiedlichsten Bedingungen. Es geht nicht um „Luxus“. Gleichwohl scheint die Frage für manche provozierend.

Die Frage nach dem guten Leben bei Pflegebedürftigkeit erwies sich zugleich als ausgesprochen fruchtbar. Sie öffnet, vor allem wenn die pflegebedürftigen Personen selbst befragt werden, den Blick für Lebensthemen, Wünsche und Bedürfnisse, die in einer existenziellen Weise bedeutsam sind. Zum Teil scheinen diese Wünsche sehr „klein“ zu sein, doch letztlich wird von dem erzählt, „wor-auf es ankommt.“

Existenzielle Lebensthemen

„Etwas zu tun zu haben“ ist zum Beispiel für Fr. Gruber wesentlich, um ein gutes Leben führen zu können. Die 81-Jährige erzählt: „Ich habe manches Jahr die Vögel sehr gut beobachten können. Wir haben voriges Jahr hier auch eine Amsel gehabt, die mir ein schönes Konzert gegeben hat. Ich habe auch schon mal vier Katzen gehabt. Im Moment habe ich bloß eine alte Katze und die Haselmäuse, die sich auch mit der Katze im Haus rumtreiben – es ist nur gut, dass mir noch keine über die Füße gelaufen ist [Lachen]. Naja, auf jeden Fall, das sind so Erlebnisse mit Tieren und ich will es nicht missen“. Außerdem sei es wichtig, in Kontakt mit anderen Menschen zu sein. „Ich habe es auch ganz gern, wenn jemand kommt. Ich habe zum Beispiel in der letzten Zeit jemanden gehabt, der mir das Essen eingekauft hat. Ich konnte ja nicht mehr gehen und er ist dann öfter mal im Vorbeigehen zum Eis essen gekommen. Also ich hab schon ganz gern Gesellschaft auch. Aber da ist halt das schlimme, dass man dann nicht mehr so kann, wie man möchte.“

Hr. Scholl antwortet auf die Frage nach dem guten Leben folgendermaßen: „Dass ich meine Frau an meiner Seite hab‘. Einmal, dass ich geliebt werde, und dass sie mir hilft und mir täglich und fast jede Stunde hilft, mein Leben zu bändigen.“ Ein wichtiger Bezugspunkt in seinem Leben ist ein befreundetes Ehepaar. „Wir haben Freunde aus dem Ort, wo wir mal gewohnt haben, ganz feste Freunde sind das. Und wir treffen uns alle drei, vier Wochen. [...] Die Damen kochen zusammen und wir essen. [Lachen]. Das ist wichtig. Ich meine, wo haben wir schon Freunde, die man seit über 27 Jahren kennt?“

Der Ehemann von Fr. Fischer ist wenige Monate zuvor gestorben. Sie erzählt: „Also mein Mann, das ist ein ganz toller Mensch, [...]. Wir beide, wir waren unser ganzes Leben nur für uns beide da. Und selbst in meiner schlimmen Krebszeit war ich den ganzen Tag für meinen Mann da.“ Sie betont: „Er für mich und ich für ihn.“ Sie erzählt, dass ihr Leben von der Trauer um ihren Mann und vielen Entbehrungen geprägt ist. Sie sei nicht mehr so mobil, wie sie es sich wünscht: „Ich komme nicht mehr raus, so dass ich jetzt mal ins Theater gehen könnte oder sowas, das kann ich ja alles gar nicht mehr“. Das Singen spiele in ihrem Leben allerdings eine große Rolle.

Die Interviews zeigen, dass die Frage nach dem guten Leben das sichtbar macht, was für die Menschen einerseits bedeutsam wäre,

Das scheinbar unmöglich gewordene infrage stellen

was andererseits aber scheinbar unmöglich geworden ist. Tatsache ist, dass die Menschen in ihrer Lebensführung durch die Pflegebedürftigkeit und andere Widerfahrnisse eingeschränkt sind. Fr. Fischer zum Beispiel hat mit dem Verlust ihres Mannes umzugehen. Aber es bleiben eigene Wünsche und Bedürfnisse. Wie kann es gelingen, ihr etwa einen Theaterbesuch zu ermöglichen? Wie kann man erreichen, dass Fr. Gruber die naturnahe Lebensweise dauerhaft erhalten bleibt? Die Frage nach dem guten Leben bietet die Chance, das scheinbar unmöglich gewordene kritisch zu hinterfragen, und das, was gelebt werden möchte, nicht aus dem Blick zu verlieren. Sie ermöglicht, dies bewusst zum Ausgangspunkt der Verständigung und des Handelns zu machen und die notwendigen Ressourcen zu erschließen.

Soziale Kontakte aufrecht-erhalten

Die Antworten zum guten Leben zeigen außerdem: Wir haben es mit Menschen zu tun, die darum ringen, in Beziehung und in Kontakt mit anderen zu bleiben. Immer wieder geht es darum, Partnerschaften und Liebe, Freundschaften und auch eher unverbindliche Kontakte aufrechtzuerhalten und zu gestalten und sich selbst als Mensch darin zu erleben. So beendet zum Beispiel Fr. Gruber das Interview mit der Bemerkung, sie sei geistig „[...] nicht mehr so beweglich“. Es sei gut, sich nun mit jemandem unterhalten zu haben. Sie habe sonst nur den Fernseher, der ihr helfe, „[...] in der Gegenwart zu bleiben.“

6.2.2 Sorge und Versorgungslage

Eindeutige Präferenzen: Selbständigkeit vor Angehörigenpflege vor ambulanter Pflege vor stationärer Pflege

Die Präferenzen hinsichtlich der Wohn- und Versorgungssituation gestalten sich bei allen Personen, die im Rahmen der Einzelfallstudien befragt wurden, gleich: Präferiert ist der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und eine Unterstützung durch Personen aus dem privaten Umfeld, z. B. durch Ehepartner*in oder Kinder, ggf. ergänzt durch hauswirtschaftliche Hilfen. Wenn diese Unterstützung nicht mehr ausreicht, wird der Einsatz eines ambulanten Pflegedienstes avisiert. Dort, wo auch dieses Setting an Grenzen gerät, kommt entsprechend der finanziellen und räumlichen Situation die Unterstützung durch eine 24-Stunden-Pflegekraft infrage. Erst wenn alle Optionen ausgeschlossen sind, kommt für alle Befragten ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung in Betracht. Fr. Dörr sagt bei der Frage, ob es für sie in Frage käme, in ein Pflegeheim zu ziehen, folgendes: „Nein, das möchte ich nicht. Das möchte ich nicht. Wenn es gar nicht anders geht, dass niemand mehr da ist und ich mir nicht mehr alleine helfen kann, dann muss das ja sein. Oder es kann ja auch sein, dass ich Demenz – oder nicht mehr weiß, was ich mache. Dass sie mich dann dahin bringen oder hineinstecken“. Die qualitativen Interviews veranschaulichen insofern die Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung, die ergibt, dass „[...] die Präferenzen erkennbar der Formel folgen: Selbständigkeit vor Angehörigenpflege vor ambulanter Pflege vor stationärer Pflege“ (s. Beitrag Haumann).

Tatsächlich wird etwa ein Drittel der Interviewten zu Hause von Partner oder Partnerin und weiteren Bezugspersonen versorgt. Immer wieder ist erkennbar, dass die Pflege und Sorge durch Angehörige im Vergleich zum Einsatz eines professionellen Dienstes favorisiert wird – ggf. auch mit Inkaufnahme der Überlastung der jew. Pflegeperson.

Hr. Scholl zum Beispiel wurde früher einmal von einem Pflegedienst unterstützt. Er hat dies beendet, weil es ihm lieber ist, wenn seine Frau die Tätigkeiten übernimmt. Zu den Gründen erläutert er: „Ja, ich liebe meine Frau. Nach wie vor. Weil das sind ja auch teilweise intime Sachen, das Verbinden von dem Stoma und so weiter. Und dann ist einem die Person, die einem nahe steht, lieber als jemand anders.“ Das habe viel mit Vertrauen zu tun. Seine Frau, für die die Pflege ihres Mannes auch eine Grenzerfahrung darstellt, erläutert: „Und mein Mann, wie gesagt, er fühlt sich auch nicht wohl, wenn andere Leute an ihm rummachen. Es ist manchmal schon schwierig und die Kinder schimpfen dann auch mal mit meinem Mann und sagen: ‚Vater, du musst schon auch mal der Mutter ein bisschen Luft lassen‘. Aber ich kann ihn auch verstehen. Ich denke mir, ich habe vor 20 Jahren einen Schlaganfall gehabt und da war mein Mann auch für mich da und keiner wusste, ob ich wieder werde. Und deswegen sage ich mir: In guten wie in schlechten Tagen. Das ist für mich schon eine Wertvorstellung vom Leben.“

Insbesondere für diejenigen Personen, die mit einer geringen Rente ihren Lebensunterhalt zu bestreiten haben, ist das Pflegegeld eine wichtige Einnahme. Hr. Kern sagt: „Ja gut, das Pflegegeld, das brauchen wir. Wir müssen ja den Putzdienst bezahlen. Da kommt eine Frau von fünf Orte weiter, die aus Rumänien ist. Sie kommt her und putzt. Sie putzt gut, putzt fleißig und hoffentlich noch längere Zeit. Und dann muss gebügelt werden. Wäsche aufhängen mache ich selbst. Und dann kommt die Friseurin und so weiter.“ Ob das Pflegegeld ausreiche? „Nur gerade so“, antwortet er. Auch für Hr. und Fr. Maurer ist das Pflegegeld wesentlich. „Das Pflegegeld ist wichtig. Sonst kommen wir nicht klar [...]. Dadurch können wir uns ja den Mann für den Garten holen. Und ich kann nicht mehr gut Essen kochen, weil ich ja nicht mehr stehen kann, und das muss ja jetzt alles mein Mann machen. Es gibt hier eine Firma, einen Fleischer, der ab und zu Mittagessen anbietet, was ja immer teurer ist als wenn man selber kocht. Und da nutzen wir dann diese 300 Euro, dass wir uns eben auch mal ein Essen kaufen. Das brauche ich unbedingt. Anders würde es gar nicht gehen. Weil ich will so lange wie möglich im Hause bleiben, ja, weil ich das einfach schön finde.“

Die pflegenden Angehörigen betonen, dass ihnen zusätzliche Entlastungsangebote im Alltag helfen würden – sowohl Hauswirtschaftshilfen als auch Betreuungsangebote. Fr. Scholl erzählt: „Ich bin halt so ein Mensch, ich will immer nicht jedem zur Last fallen, ich habe dann gesagt, nein, ich putze meine Sachen selber und ich brauche das nicht. Und jetzt aber dadurch, dass das wie gesagt mit der De-

Pflege durch Angehörige – auch mit Inkaufnahme von Überlastungssituationen

Pflegegeld als wichtige Einnahme

Zusätzliche Entlastungsangebote für pflegende Angehörige

menz und dem Parkinson noch dazu kommt, dass er also mehr Hilfe auch von mir braucht, habe ich mir gedacht, naja, es wäre eigentlich doch ganz schön, wenn jemand mal käme und wenigstens einmal die ganzen Fenster putzen würde. Und jetzt war eben letzte Woche eine Schwester da [...] aber jetzt ist es so, dass sie im Moment keine Kapazitäten frei hat. Da habe ich mir gedacht, hätte ich das doch vor einem Jahr schon in Angriff genommen. Aber man ist halt, naja, jeder Mensch ist anders. Ich bin halt bestrebt, immer zu sagen: ‚Ich mache das alles selber‘.“ Hr. Kern berichtet folgendes: „Ich glaube, mir würde gut tun, wenn meine Frau mehr Beschäftigung und Unterhaltung hätte durch andere Personen. Und da wäre ich sehr, sehr, sehr entlastet. Da kann ich alle anderen Sachen im Haus und ums Haus besser organisieren. Und man muss ja auch gucken, wo man bleibt. Man kann ja nicht hingehen und alles verwaahrlosen lassen. Und da wär' ich schon sehr angetan, wenn eine Person im Haushalt noch zusätzlich da wäre. Sie braucht ja nicht den ganzen Tag da sein. Sie bräuchte nur stundenweise, zwei Stunden oder so, da sein. Und dann wäre das schon besser.“

**Überwiegend
Zufriedenheit
mit ambulan-
ten Pflege-
diensten**

Etwa ein Drittel der Interviewten wird von einem ambulanten Pflegedienst, z. T. in Kombination mit hauswirtschaftlichen Hilfen, unterstützt. Fr. Dörr hat zusätzlich ein Hausnotrufsystem installiert, Ehrenamtliche begleiten sie beim Einkaufen. Für Fr. Gruber gab es nach einem Sturz die Möglichkeit, über zwei Monate in der Kurzzeitpflege unterzukommen, eine besonders wichtige Hilfe. Bei dem Vater von Hr. Aufricht, der vor einiger Zeit verstarb, war zusätzlich eine 24-Stunden-Pflegekraft im Einsatz. Der über 90-jährige Mann konnte mit der familiären, hausärztlichen, der ambulanten pflegerischen und der Unterstützung durch eine 24-Stunden-Kraft bis zuletzt zu Hause bleiben. Mit den Pflegediensten sind alle Interviewten zufrieden. Sie bewerten ihre Versorgung als tragfähig und ausreichend. In den Gesprächen entstand demgegenüber immer wieder der Eindruck, dass manche Versorgungssituationen auch prekär sind, z. B. wenn von Stürzen die Rede war.

Fr. Gruber regt mit Blick auf die Angebote vor Ort an, dass es hilfreich wäre, umsonst oder zum reduzierten Preis Lebensmittel oder andere im Alltag benötigte Produkte kaufen zu können. Sie sagt: „Also im Grund genommen, gehöre ich auch ein bisschen zu den Frauen, die eine sehr niedrige Rente haben und die entsprechend dann auch wenig ausgeben können. Die auch keine Möglichkeit haben, etwas irgendwie günstig zu erstehen. Zum Beispiel wie in diesen Verkaufsmöglichkeiten, wo man fast nichts für das Essen zahlt. Ich wäre auch ganz zufrieden mit Obst, das schon sehr reif ist.“

**Erfahrungen
mit stationären
Pflege-
einrichtungen**

Von konkreten Erfahrungen in stationären Pflegeeinrichtungen konnten zwei interviewte Personen berichten. Die Mutter von Hrn. Schneider zum Beispiel zog nach einer Zeit der häuslichen Versorgung in ein Heim. Damit ist eine eigentlich unerwünschte Situation eingetreten. Die alte Dame hat sich in Anbetracht des Umzugs allerdings mit ihrer Situation arrangiert. Dazu Hr. Schneider: „Sie sagte

immer, sie wolle keinem zur Last fallen. Aber als es dann im Endeffekt soweit war, war das nicht so pralle. Aber sie hat sich jetzt daran gewöhnt. Sie sagt, das ist jetzt ihr Zuhause und dass sie so lange da ist, dass sie eigentlich gut damit klarkommt. Ich wohne ganz in der Nähe und bin auch vier, fünf Mal in der Woche da. Das macht jetzt vieles einfacher.“ Die ursprüngliche Ablehnung ist einer Akzeptanz der Situation gewichen. Aufgrund der konzeptionellen und baulichen Gestaltung mit kleinen Wohnbereichen, die mit eigenen Küchen ausgestattet sind, befürwortet Hr. Schneider die Unterbringung.

Im Gegensatz dazu hat Fr. Fischer sehr negative Erfahrungen mit der Unterbringung ihres Mannes in einem Pflegeheim gemacht. Die Probleme lägen allerdings nicht am Personal, sondern an deren Arbeitsbedingungen. Was für ihren Mann besonders belastend war an der Situation im Pflegeheim? „Ja gut, er konnte ja nicht mehr auf die Toilette. Und da wurde er auf den Stuhl gesetzt und es war Winter und da ja Luft rein musste, haben sie das Fenster aufgemacht. Nur halt, wenn er klingeln wollte, da war die Klingel kaputt. Die war laufend kaputt. Ähnliche Sachen habe ich auch schon von anderen Heimen gehört. Ja, was soll ich sagen? Essen, er konnte nicht mehr essen. Aber das ist auch nie so zubereitet worden, wie er es gebraucht hätte, obwohl die Mädchen getan haben – sie haben halt gedacht, er wird das jetzt zerkleinern und dann geht es, aber es ging nicht. Das lag wohl an der Krankheit.“ Ob Fr. Fischer im Heim an der Pflege noch beteiligt war? „Nein. Das wollten sie ja nicht. Ich habe ihn nur viel besucht. Was ich so gesehen habe ist, dass sie ihn gut behandelt haben und so weiter. Da kann man nichts dagegen sagen, also nicht über die Personen. Aber ich meine, es ist für die Leute viel zu wenig Hilfe da, ja.“ Von anderen, ähnlich gravierenden pflegerischen Fehlern berichtet sie von der Unterbringung im Krankenhaus.

Eine Wohn- und Versorgungsalternative zur eigenen Häuslichkeit, mit der Fr. Breis und ihre Mutter sehr zufrieden sind, stellt das Leben in einer Wohngemeinschaft dar. Fr. Breis schätzt dort vor allem das soziale Miteinander und den humorvollen Umgang mit der Demenz. „Es wird dort etwas zusammen gemacht, es wird zum Beispiel gesungen und gebastelt. Wenn ich da bin, dann bin ich auch mit der Gruppe zusammen und dann spielen wir auch mal Ball draußen. Und es ist alles auch mit sehr viel Humor, weil ja teilweise Sachen aus dem Gedächtnis auch fehlen. Trotzdem muss man es einfach locker nehmen, auch wenn Mutter mich zum Beispiel nicht jedes Mal erkennt. Erst wenn ich wieder ein halbe Stunde da bin, dann geht es. Aber trotzdem, ihr geht es gut dort und sie ist auch nicht krank. [...] Das ist eigentlich das schöne da in dieser WG, sich auf das eigene Zimmer zurückziehen zu können und dann auch wieder in den Aufenthaltsraum zu gehen. Das ist ein großes Wohnzimmer. Alles ist ein bisschen auf alt gemacht mit großen Ohrensesseln und Sofas. Ein großer Fernseher, es wird gemeinsam geguckt. Ja, es ist familiär, sehr familiär“. Es kämen immer wieder Freiwillige in die

**Alternative:
Demenz-WG**

Wohngemeinschaft, um mit den Bewohner*innen zum Beispiel Gitarre zu spielen und zu singen.

Die Bevölkerungsbefragung zeigt, dass sich 20 Prozent der Bürger*innen vorstellen könnten, in einer Wohngruppe mit anderen älteren Menschen zu leben. Allerdings können pflegebedürftige Menschen dort deutlich seltener als gewünscht ihr Leben verbringen (s. Beitrag Haumann). Die Mutter von Fr. Breis ist insofern eine der Personen, die einen der vergleichsweise wenigen und „begehrten“ Plätze bekommen hat.

6.2.3 Information, Beratung und soziale Unterstützung

Beratung und Informationsangebote erreichen die Betroffenen kaum

Fast alle interviewten Personen haben noch nie eine Beratung zu lokalen Angeboten und Sozialleistungen für pflegebedürftige Menschen in Anspruch genommen – weder von Pflegestützpunkten oder Anlaufstellen der DAK-Gesundheit noch von anderen örtlichen Beratungsstellen. Nach Ansicht eines Teils der befragten Frauen und Männer ist dies nicht als Problem zu bewerten. In dieser Weise äußern sich im Wesentlichen diejenigen, die in ihrem persönlichen Umfeld jemanden kennen, der im Sozial- und Gesundheitswesen arbeitet und über entsprechende Kenntnisse verfügt, oder Personen, die in einem bestimmten Anbieter vor Ort einen Partner gefunden haben, der Beratungsleistungen übernimmt. Dort ist die beratende Einrichtung i. d. R. auch der Leistungserbringer.

Die Mehrzahl der Interviewten bewertet die Erfahrung, dass bislang niemand, auch nicht die DAK-Gesundheit, mit einem Beratungsangebot auf sie zugekommen ist, und dass faktisch keine Beratung stattgefunden hat, als ausgesprochen problematisch. Fr. Scholl sagt: „Sie werden lachen, uns hat am Anfang niemand darauf aufmerksam gemacht, dass wir das [Pflegegeld, Anm.] überhaupt beantragen können und wir haben es auch nicht gemacht [...]. Also unsere Hausärztin hat irgendwann gesagt: ‚Naja, Sie kriegen ja Pflegegeld‘. Und dann habe ich gesagt: ‚Pflegegeld? Wir kriegen kein Pflegegeld‘. Und dann sagt sie: ‚Sagen Sie bloß, Sie haben das nicht beantragt!‘ Und dann habe ich gesagt: ‚Nein, uns hat keiner gesagt, dass wir das beantragen können‘.“

Auch Fr. Merz fühlt sich über die Dienste und Angebote vor Ort nicht gut beraten und informiert. „Da muss man sich selbst kümmern, ansonsten passiert da nicht wirklich viel.“ Pflegestützpunkte oder andere entsprechende Beratungsstellen sind bei den Befragten i. d. R. nicht bekannt. Fr. Merz wünscht sich „[...] wirklich so eine Pflegeberatung durch die Krankenkassen, dass mal jemand kommt und sich vor Ort ein Bild macht und eben auch Tipps gibt, wo Unterstützung möglich ist, dass man nicht so auf sich alleine gestellt ist.“ Hr. Kern wünscht sich explizit mehr zugehende Beratung und Unterstützung durch die DAK-Gesundheit. Er formuliert das wie folgt: „Ja, gut, da bräuchte nur mal alle drei Wochen, alle vier Wochen mal jemand

vorbeikommen und sagen ‚Wie geht’s Ihnen, wie sieht’s aus? Können wir Ihnen helfen? Können wir was verändern oder was? Aber da passiert nichts. Da muss man schon immer selbst einen Antrag stellen und gucken, dass man irgendwie über die Runden kommt.‘

Als Fr. Fischer im Interview gefragt wird, ob sich die Pflegekasse manchmal bei ihr melde oder ob sie von sich aus mit der Kasse in Kontakt trete, antwortet sie: ‚Nein, nein, nein. Nach dem Befinden, oder ob ich Hilfe brauche, nein, da kommt nichts. Wenn irgendetwas ist, dann rufen wir halt an oder ich jetzt.‘ Sie habe nicht den Eindruck, ‚[...] dass da großes Interesse herrscht.‘

In mehreren Fällen war das Anliegen, Beratung zu erhalten und von der Lebenssituation berichten zu können, der zentrale Grund, um am Interview teilzunehmen. Fr. Maurer sagte dazu: ‚Mein Mann und ich, wir haben beide noch einen Kopf oben. Weil sonst nützt das nichts. Und jetzt versuchen wir wirklich – und deswegen, als Sie fragten, ob ich das Interview mache – ich wollte wohl das Gespräch und ich wollte auch mal sagen, ob man das vielleicht anders regeln kann oder dass man die 125 Euro bei meinem Mann ausbezahlt kriegt und dass er sich selber eine Gartenhilfe holen kann.‘

Insgesamt betrachtet wird die Beratungs- und Informationspraxis, die sich in den Einzelfallstudien zeigt, den Vorgaben für die Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI nicht gerecht.

Case-Management-basierte Vorgehensweisen verfolgen das Ziel, die Handlungsspielräume von Menschen mit Hilfebedarfen zu erweitern und Unterstützungssysteme zu organisieren, die sich an den Bedürfnissen und Ressourcen der jeweiligen Person orientieren (vgl. Monzer 2013). Im Vorgehen sind vier Funktionen des Case Managements vorgesehen. Case Management engagiert sich advokatorisch an der Seite der Klient*innen (Advocacy-Funktion), positioniert sich beratend als neutrale*r Vermittler*in von Diensten und Leistungen (Broker-Funktion), teilt die richtigen und notwendigen Ressourcen zu (Gate-Keeper-Funktion) und übernimmt eine direkte Begleitung in Krisen (Social Support-Funktion) (vgl. Monzer 2013: 13 ff.). Vor diesem Hintergrund sind erstens diejenigen Situationen als unzureichend zu bewerten, in denen die Beratung durch Einzelakteur*innen vor Ort erfolgt ist. Ohne Kenntnis alternativer Leistungs- und Hilfeoptionen kann von einem ‚Broking‘ nicht die Rede sein. Zweitens sind diejenigen Situationen problematisch, in denen überhaupt keine Beratung realisiert wurde. Eine advokatorische, vermittelnde oder auch begleitende Unterstützung ist nicht erfolgt, obwohl manche Situationen durchaus Handlungsnotwendigkeiten aufwiesen. Mehrere Interviewte beschwerten sich im Interview über die Pflegekasse, zum Beispiel über nicht nachvollziehbare Ablehnungen oder wegen zu langer Bearbeitungszeiten. Andere wünschen eine Flexibilisierung ihrer Leistungen und suchen mit Nachdruck nach Lösungen. Insgesamt zeigt sich, dass der Anspruch der pflegebedürftigen Menschen auf eine Case-Management-orientierte Beratung und Unterstützung

Beratung erhalten und von der Lebenssituation berichten

Case-Management-basierte Vorgehensweise

bei den in den Einzelfallstudien portraitierten Personen weitestgehend ausgeblieben ist.

Sich mitteilen und Anerkennung erfahren

Dabei ist zu erkennen, dass es den Interviewten nicht nur darum geht, Informationen zu erhalten. Ein wesentliches Anliegen ist auch, sich – unter anderem gegenüber der Pflegekasse – mitzuteilen. Fr. Scholl möchte, dass die Pflegekasse weiß, was die Pflege ihres Mannes ganz konkret bedeutet. „Ich möchte oft einmal jemanden hier haben, der sieht, wie das wirklich ist im Alltag. Zum Beispiel, mein Mann hat ja diesen Stomaausgang. Und er hat ja an den Beinen keine Nerven mehr, also er spürt gar nichts. Jetzt ist es manchmal so, wie beim Menschen halt auch, man hat manchmal vielleicht Durchfall. Wenn er jetzt Durchfall hat, kann es passieren, dass sich die Platte vom Bauch löst. Wenn sie sich löst, merkt er das aber nicht sofort, weil er ja keine Nerven mehr hat. Er merkt es ja eigentlich erst zu spät, also wenn alles schon fließt sozusagen. So, da schmeiß ich meine Betten weg, weil die wasch' ich gar nicht. Ich weiß gar nicht, was ich zuerst machen soll, meinen Mann abrausen, umziehen, alles zu lösen. Und da wünsch ich mir halt schon, dass man sagt, das müsste schon ein bisschen mehr anerkannt werden, was man alles macht. Wenn mein Mann jetzt im Heim wäre, müssten sie das auch alles machen und sie kriegen weitaus mehr Geld dafür. Das finde ich schon schade, dass das halt nicht so anerkannt wird, dass die Kasse sagt, Mensch, das ist toll, dass die Frau das alles daheim mit ihrem Mann macht und er nicht ins Heim kommt und wir ein Schweinegeld für ihn bezahlen müssen. Das ist ja der Fall. Das finde ich, also diese Anerkennung. Es geht jetzt nicht nur um mich, sondern es geht um hunderttausende von Familienmitgliedern, die da einspringen und helfen.“

Case Management

Case Management befähigt Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen, in Anbetracht komplexer Fallkonstellationen angemessene und effiziente Formen der Unterstützung zu entwickeln. Eine zielgerichtete fallbezogene Zusammenarbeit wird organisiert, kontrolliert und ausgewertet, die am konkreten Hilfebedarf der jeweiligen Familie ausgerichtet ist und an deren Herstellung die betroffenen Menschen beteiligt sind. Außerdem ist Case Management ein Handlungskonzept, das auf der Systemebene agiert. Es nimmt Versorgungsdesiderate und andere strukturelle Mängel auf, die im Einzelfall sichtbar wurden, und wirkt als Impulsgeber für neue Angebote, Strategien oder Kooperationen. Case Management macht somit die Einzelfälle zum Ausgangspunkt des Handelns und verfolgt das Ziel, daraus systematisch zu lernen und Angebote, Methoden und Einrichtungen sowie Kooperationen weiterzuentwickeln. Ziel ist ein transparentes und geregeltes, vernetztes und flexibles Zusammenspiel verschiedener Unterstützungsbereiche und Sektoren (vgl. Monzer 2013: 337–357).

Der Anspruch der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI und der Pflegestützpunkte ist es, Case-Management-basiert zu arbeiten. Konzeptionell ist daher fest verankert, dass das Case Management auch

impulsgebend für die Systemebene ist. Die Einzelfallstudien legen nahe, dass diese Handlungsweise jedoch in keiner der untersuchten Regionen systematisch erfolgt. Allerdings würde dieses Vorgehen dazu beitragen können, die jeweils regionale Versorgungswirklichkeit auch mit ihren je spezifischen Merkmalen zu untersuchen und weiterzuentwickeln und eine einrichtungs- und institutionenzentrierte Betrachtungsweise zu überwinden.

6.2.4 Pflege – in der Öffentlichkeit ein Nischenthema

Fast alle Befragten sind der Ansicht, dass die Pflege bei ihnen vor Ort kein Thema ist, das öffentlich beraten und politisch bearbeitet wird. Sie haben noch nie etwas davon gehört, dass sich zum Beispiel Bürgermeister*innen oder Landrät*innen mit diesen Themen befasst hätten. Auch Beispiele dafür, dass der gesellschaftliche Beitrag pflegender Angehöriger anerkannt und unterstützt würde, waren nicht bekannt.

In diesem Zusammenhang war interessant, dass in manchen Interviews allein die Fragestellung für Irritationen sorgte. Das Thema wurde als „abwegig“ und auch überraschend wahrgenommen. Wie könnten Pflegende in ihrer Tätigkeit unterstützt werden? In welchen kommunalpolitischen Gesprächsformaten würden solche Themen überhaupt beraten? Es fehlte ganz grundsätzlich an praktischen Beispielen und Vorstellungen. Fr. Scholl sagte: „Also da hör’ und seh’ ich eigentlich gar nichts, muss ich sagen [...]. Da gibt es Gemeindebriefe und solche Sachen, aber da hör’ und seh’ ich auch gar nichts, dass da irgendetwas in der Richtung läuft. Wir wohnen zwar gern hier, weil es sehr schön ist, aber dass ich jetzt hör’, dass es da irgendwelche großartigen Kurse oder etwas gibt, wüsste ich jetzt nicht.“

In dieser Hinsicht verletzende Erfahrungen hat Fr. Merz gemacht, die seit Jahren ihre pflegebedürftige Mutter begleitet. „Im Gegenteil, die Gesellschaft amüsiert sich über jemanden, der das so macht wie ich. Sie glauben gar nicht, wie viel Häme ich da schon bekommen habe. Ja! [...] Ich finde es sehr traurig, dass die alten Leute so einen schlechten Stellenwert in unserer Gesellschaft haben. Das Deutschland, in dem wir heute leben, haben sie mit aufgebaut. Und ich finde es nicht gerecht, wenn sie einfach in ein Heim abgeschoben werden und es kümmert sich kein Mensch darum. Und ich kann Ihnen sagen, ich sehe das jeden Tag, wenn ich da unten in dieses Seniorenheim gehe. Wie viele arme Kreaturen da ’rumsitzen, die anscheinend nie Besuch haben. Und ich finde das nicht gerechtfertigt. Da ist meine Einstellung eben eine andere, aber ich stehe mit dieser Einstellung hier weitestgehend alleine. Gerade am Wochenende hat wieder jemand zu mir gesagt: ‚Naja, du bemutterst deine Mutter auch unheimlich‘. Und dann habe ich gesagt: ‚Das tue ich überhaupt nicht, ich kümmere mich um sie. Sie ist immer noch ein Mensch, der lebt, dem ich viel zu verdanken habe [...]‘. Also die Anerkennung von

Fehlende Aufmerksamkeit und Erfahrungen, die verletzen

meiner Mutter, ja, sie ist mir schon sehr dankbar. Aber die Gesellschaft, nein. Im Gegenteil, man wird dafür verurteilt, dass man nicht arbeiten geht. Man sollte doch lieber Geld verdienen anstatt sich um die alten Leute zu.“

**Demenz-WG
als positives
Beispiel**

Eine Ausnahme bildet die in den Interviews beschriebene Wohn-gemeinschaft für Menschen mit Demenz. Dort seien immer wieder Veranstaltungen, die auch von Persönlichkeiten des öffentlichen Le-bens besucht und über die in der Presse berichtet würde. Fr. Breis berichtet: „Also es gibt immer mal Highlights, wie ein Erntedankfest, wo dann gemeinsam gekocht wird und das wird dann am Nachmit-tag präsentiert. Da kommen dann schon mal öffentliche Personen dazu. Aber ich bin da selbst noch nicht gewesen. Das kriegt man dann höchstens in der Tageszeitung mit, dass da ein kleiner Artikel ist.“

**Über Pflege
wird im pri-
vaten Umfeld
gesprochen**

Mehrere Interviewpartner*innen fügen ergänzend hinzu, dass die Pflege ein Thema sei, das nicht in der öffentlichen Sphäre, sondern im privaten Umfeld bewältigt und besprochen werde. Hr. Aufricht be-richtet: „Ich habe sehr viele Bekannte, da bekommt man mit, wie bei den anderen das gleiche Problem ist [...], über private Gespräche. Da ist die Pflege zurzeit eigentlich schon aktuell, weil das halt ein Thema auch des demographischen Wandels ist. Wir werden immer älter. Wer pflegt wen mal?“ Fr. Maurer positioniert sich im Hinblick auf die Pflege folgendermaßen: „Es wäre gut, wenn das anerkannt würde, ja, das fände ich schon gut. Aber das geschieht ja eigentlich alles so im Hause, hinter verschlossener Tür. Man [ihr Ehemann, Anm.] hilft mir ja in allen Beziehungen, wenn ich ins Bett muss. Alles Mögliche.“

**Leistung pfl-
gender Ange-
höriger aner-
kennen und
unterstützen**

Immer wieder wird der Wunsch artikuliert, dass die Leistung pfl-gender Angehöriger anerkannt und besser unterstützt wird – auch monetär. Manche Personen, die Angehörige zu Hause pflegen und begleiten, bewerten es als ungerecht, dass die Pflegekasse mehr finanzielle Mittel zur Verfügung stellt, wenn ein Pflegedienst im Ein-satz ist (mittels Pflegesachleistung gem. § 36 SGB XI) und wenn ei-ne Person in einer stationären Pflegeeinrichtung lebt und Leistungen nach § 43 SGB XI bezieht. So sagt z. B. Fr. Scholl, die ihren Mann pflegt und Pflegegeld bezieht: „Was ich etwas ungerecht empfinde ist, dass wenn ich meinen Mann morgen ins Heim tun würde, würde die Pflegekasse einen totalen Sprung nach oben machen und be-zahlen. Jetzt ist es praktisch so, ich versuche alles zu machen und es wird nur ein kleiner Bruchteil davon bezahlt.“

**Sorgende
Gemeinschaft**

Im Hinblick auf die Gestaltung des Sozialen und die zukünftige Übernahme von Pflege- und Sorgeaufgaben in Deutschland wird zunehmend das Leitbild der sorgenden Gemeinschaften planerisch aufgegriffen und in praktischen Projekten umgesetzt. Es steht dafür, dass gerade auch Menschen mit Unterstützungsbedarfen und ihre Angehörigen Teil der aufmerksamen und wertschätzenden örtlichen Gemeinschaft sind und bleiben. Sie werden in ihrer Zugehörigkeit

zur örtlichen Gemeinschaft gestärkt, ihre Rechte werden gestützt (vgl. Klie 2018b). Sorgende Gemeinschaften wurden als Leitidee sogar im Siebten Altenbericht der Bundesregierung aufgegriffen (BMFSFJ 2016). Damit ist die Vorstellung verbunden, dass Pflege- und Sorgenaufgaben von mehreren Beteiligten im Sinne einer geteilten Verantwortung getragen werden. Die An- und Zugehörigen, aber auch professionelle Dienste und Fachkräfte, andere beruflich tätige Assistenz- und Hauswirtschaftskräfte sowie freiwillig Engagierte bringen sich in der Begleitung ein. Palliative Care ist beispielgebend für solche Formen der Sorge und Versorgung (vgl. Bruker und Klie 2017).

Vor diesem Hintergrund treten die kulturellen und strukturellen Defizite sehr deutlich hervor, die im Rahmen der Einzelfallstudien ermittelt werden konnten. Sorgende Gemeinschaften wären mit dem Anspruch verbunden, dass die für das Sozial- und Gesundheitswesen verantwortlichen Gremien die Pflege- und Sorgenaufgaben, die zunächst privat bearbeitet werden, als für die Öffentlichkeit wesentliches Thema systematisch aufnehmen, anerkennen und bearbeiten. Welche Versorgungsstrukturen brauchen die betreffenden Familien – wer ist zusätzlich zu beteiligen? Wie kann es gelingen, den gesellschaftlichen Beitrag pflegender Angehöriger deutlicher zu würdigen und Aufgaben zu teilen? Wie können Sorge-Netzwerke flankierend ermöglicht und noch besser gestärkt werden? Es ist selbstverständlich davon auszugehen, dass diese Themen in den Regionen bereits bearbeitet wurden. Nichtsdestotrotz ist dem Befund Rechnung zu tragen, dass sich pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen aktuell in ihrer Lebenssituation nicht wahrgenommen und auch allein gelassen fühlen. Die Interviews unterstützen auch den Befund (s. Beitrag Rischard et al.), dass das Thema Pflege und Sorge nicht als politisches Thema vor Ort erlebt, gestaltet und verfolgt wird. Aber nur, wenn genau dies in einer wertschätzenden Weise gegenüber allen Sorgeformen geschieht, kann es gelingen, künftige Sorge- und Pflegebedarfe zu decken, junge Menschen für Berufe für Menschen zu gewinnen (vgl. Klie 2018a) und den Gedanken der Caring Communities in relevanter und innovativer Weise aufzugreifen (vgl. Schuchter und Wegleitner 2018; Klie 2018b).

6.3 Literaturverzeichnis

- Brückner, Margit (2011): Care – Sorgen als sozialpolitische Aufgabe und soziale Praxis. In: Hans-Uwe Otto und Hans Thiersch (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. München, S. 207–213.
- Bruker, Christine; Klie, Thomas (2017): Mixturen der Sorge. Engagement und Subsidiarität in Palliative Care. In: Praxis Palliative Care (36): 22–27.

- Brüsemeister, Thomas (2008): *Qualitative Forschung. Ein Überblick*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2016): *Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Sachverständigenkommission „Siebter Altenbericht der Bundesregierung“* (Bundesdrucksache, 18/10210).
- Grunwald, Klaus; Thiersch, Hans (2001): *Lebensweltorientierung. Zur Entwicklung des Konzepts Lebensweltorientierte Soziale Arbeit*. In: Hans-Uwe Otto und Hans Thiersch (Hg.): *Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik*. Luchterhand, S. 1136–1147.
- Klie, Thomas (2018a): *Antworten auf den Personalbedarf in der Langzeitpflege*. In: *Pro Alter* 50 (2): 41–44.
- Klie, Thomas (2018): *Keiner sorgt für sich allein. Unterstützung und Pflege müssen auf viele Schultern verteilt werden. Das Leitbild von morgen heißt „sorgende Gemeinschaft“*. In: *Publik-Forum*, S. 20-22.
- Lamnek, Siegfried; Krell, Claudia (2016): *Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Material*. 6. Aufl. Weinheim.
- Mayring, Philipp (2016): *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Weinheim.
- Monzer, Michael (2013): *Case Management Grundlagen. Case Management in der Praxis*. Heidelberg.
- Nussbaum, Martha C. (1999): *Gerechtigkeit oder das gute Leben*. Frankfurt am Main.
- Nussbaum, Martha C. (2003): *Capabilities as Fundamental Entitlements. Sen and Social Justice*. In: *Feminist Economics* 9 (2-3): 33–59.
- Schuchter, Patrick; Wegleitner, Klaus (2018): *Caring Communities als kollektiver Umgang mit existentiellen Unsicherheiten. Wider die Instrumentalisierung einer gesellschaftlichen Utopie*. In: Thomas Klie und Christine Bruker (Hg.): *Sterben in Verbundenheit. Einblicke in die palliative Versorgung und Begleitung in Deutschland*. Im Erscheinen. Heidelberg.

7. Regionale Infrastrukturanalysen

*Pablo Rischard, Florian Wernicke, Corinna Weingärtner,
Thomas Klie*

Es ist schon bekannt: Die Versorgungssituation von auf Pflege angewiesenen Menschen und ihren An- und Zugehörigen unterscheidet sich nach Regionen ganz erheblich. Aus diesem Grund ist der DAK-Pflegereport 2018 exemplarisch regionalen Divergenzen in der Versorgungssituation nachgegangen. Dies geschah nicht mit einem defizitorientierten Blick. Es wurden allesamt Regionen ausgewählt, die hinsichtlich der Langzeitpflege über eine gute Governance verfügen. In allen vier Regionen bestand zudem – mit Ausnahme des Standortes in Brandenburg – ein explizites Interesse am Konzept des Pflegekompetenzzentrums.

Vier Perspektiven wurden eingebracht: Infrastrukturanalysen, qualitative Interviews, expert*innenbasierte Fokusgruppendifkussionen und auf die jeweilige Region bezogene Analysen von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) der DAK Gesundheit.

Die Unterschiede, die sich in den Studien erkennen lassen, sind bemerkenswert. Dabei erheben die Regionalstudien nicht den Anspruch, ein abschließendes Bild und sichere Aussagen über die Versorgungsqualität vor Ort zu zeichnen. Sie verweisen auf Unterschiede und dies auf verschiedenen Ebenen: der statistischen Daten, der Infrastruktur, der jeweiligen Coping-Strategien und der regionalen Governance. Es wurden in recht kurzer Zeit relevante Daten zu den Versorgungswirklichkeiten in den Regionen aufgearbeitet. Das gilt vor allem, da GKV- und SPV-Routinedaten einbezogen wurden. Dieses Datenmaterial ist verfügbar, sofern Leistungsträger es zur Verfügung stellen. Die DAK-Gesundheit geht hier einen bemerkenswert offensiven und transparenten Weg.

Die regionalen Infrastrukturanalysen sind vorwiegend deskriptiv, und stellen Interpretationsangebote zur Diskussion. Sie liefern keine abschließenden Erklärungen oder Empfehlungen. Im Zusammenspiel der verschiedenen, sich ergänzenden Perspektiven zeigen sich sehr eindrücklich Stärken und Desiderate der Versorgungslagen. Ihnen lohnt es nachzugehen. Das machen die Studien ebenso deutlich, wie die Notwendigkeit, Pflegepolitik trotz der bundesrechtlichen und -politischen Vorgaben immer auch als Aufgabe der Regionen und Kommunen zu verstehen. Das gilt insbesondere für die Landkreise als wichtigste kommunale Ebene für die Infrastrukturentwicklung. Aber auch die lokale Ebene, die gemeindliche, ist entscheidend, wenn es darum geht, ein gutes Leben unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit leben zu können – als Betroffene und An- und Zugehörige.

7.1 Vorgehensweise und Methodik

Die Infrastrukturanalysen bilden die Landschaft der pflegerischen Versorgung in vier ausgewählten deutschen Landkreisen ab. Drei der Landkreise stellten den Ausgangspunkt der Analysen dar, der vierte Landkreis Ostprignitz-Ruppin wurde im fortgeschrittenen Projektverlauf ergänzend hinzugenommen, um mit einem ländlichen ostdeutschen Landkreis die Diversität der bundesweiten Strukturen besser abzubilden. Für diesen Landkreis wurden lediglich grundlegende Strukturdaten erhoben und ausgewertet.

Die Darstellung der Infrastrukturanalysen umfasst zunächst Informationen zu demografischen Entwicklungen sowie zu den Themen Arbeitsmarkt, Wohnstruktur und soziale Lage. Darüber hinaus liegt der Fokus auf der Analyse pflegerischer Versorgungsstrukturen in den jeweiligen Landkreisen.

Grundlage der Kreisprofile bilden zunächst Sekundäranalysen vorhandener statistischer Daten. Zurückgegriffen wird dabei auf Daten der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, auf gesammelte Raumdaten des BBSR (INKAR-Datenbank), die Zensus-Datenbank sowie auf Daten des Wegweisers Kommune der Bertelsmann Stiftung. Bezüglich der Pflegestrukturen vor Ort umfassen die Analysen insbesondere Daten der aktuellen Pflegestatistik mit Stand vom Dezember 2015. Da sich dieser analysierbare Datenbestand, wie auch die Auswertungen der DAK-Gesundheit-Routinedaten in diesem Band (s. Beitrag Lewin et al.), auf die Zeit vor Einführung der neuen Pflegegrade zum Jahr 2017 beziehen, werden im vorliegenden Bericht noch Pflegestufen berichtet und interpretiert.

In einer Desktop-Recherche zur Langzeitpflege wurden für alle Regionen die Angebote der Pflegeinfrastruktur recherchiert bzw. einschlägige Veröffentlichungen der Landkreise wie Seniorenwegweiser oder Kreisentwicklungskonzepte ausgewertet. Die Ergebnisse umfassten insbesondere stationäre, ambulante und teilstationäre Angebote, aber auch Unterstützungs- und Entlastungsangebote. Neben den zentralen Rahmendaten (Träger, Größe etc.) wurden für die Erstellung von Landkarten bei allen Angeboten die Geodaten zur Verortung der Angebote recherchiert.

Darüber hinaus wurden zur Informationsgewinnung für die Infrastrukturanalysen in den drei Schwerpunktregionen sowohl kurze telefonische Expert*innen-Interviews als auch Fokusgruppengespräche vor Ort durchgeführt. Die Fokusgruppen fanden im Emsland, Nürnberger Land sowie im Saarpfalzkreis statt. In diesen Gesprächen wurde die Pflege- und Versorgungsstruktur im Landkreis mit einem kleinen Kreis an lokalen und regionalen Expert*innen erörtert. Die Beteiligten waren Fachleute aus Politik und Verwaltung der Landkreise und Kommunen, z. B. die Altenhilfefachberatung der Landkreise, Sozialbürgermeister*innen oder Landrät*innen, Mitarbeiter*innen der Pflegestützpunkte, aber auch Verantwortliche von stationären und ambulanten Anbietern sowie den Pflegekassen. Die qualitati-

ven Aussagen der Expert*innen aus den Telefoninterviews sowie die zusammengefassten Informationen und Einschätzungen der Expert*innen aus den Fokusgruppengesprächen vor Ort wurden ergänzend oder ggf. auch kontrastierend zu den Ergebnissen der Desktop-Recherchen in die folgende Darstellung der Kreisprofile aufgenommen.

Optimedis lieferte für die vier Landkreise der Infrastrukturanalysen Auswertungen der GKV- und SPV-Daten auf Gemeindeebene. Diese wurden in die folgenden Analysen eingebunden. Dabei ist zu betonen, dass die Daten auf Gemeindeebene vielfach keine ausreichenden Fallzahlen für repräsentative Aussagen aufweisen. Während die von OptiMedis (s. Beitrag Lewin et al.) berichteten Landkreis-Daten auf soliden Fallzahlen zwischen etwa 350 und 950 Personen pro Jahr beruhen (Betrachtungszeitraum zudem: aggregierte Daten aus drei Jahren), werden bei Gemeinden als Untersuchungseinheiten die Fallzahlen zum Teil sehr klein. So sind in jeweils acht kleinen Gemeinden im Nürnberger Land wie auch im Emsland mit wenigen DAK-Gesundheit-Versicherten lediglich einstellige Fallzahlen pro Jahr zu beobachten.

Die Aussagekraft der Auswertungen auf Gemeinde-Ebene ist somit beschränkt. Dennoch wurden diese Daten in Form von Karten in diese Analysen integriert, da sie zwar nicht hinreichend, so aber doch anschaulich interessante Ergänzungen der weiteren Ergebnisse der Infrastrukturanalysen bieten. Die GKV- und SPV-Daten können erste Anhaltspunkte für weitere Analysen oder Hinweise auf mögliche Erklärungen für angetroffene Phänomene bieten. In den jeweiligen größeren Städten der Kreise erreichen die Fallzahlen zudem durchweg akzeptable Fallzahlen von 100 Personen und mehr pro Jahr. In den entsprechenden Grafiken der Landkreise werden die Fallzahlen transparent gemacht, um eine Einordnung der Datenqualität zu ermöglichen.

Zusätzlich werden die Ergebnisse der Infrastrukturanalysen an verschiedenen Stellen um Ergebnisse der qualitativen Studie ergänzt bzw. auf diese verwiesen (s. Beitrag Bruker und Klie). Zur Anonymisierung wurde in der Interviewstudie auf eine Zuordnung der befragten Personen zu den Landkreisen verzichtet. Die in den jeweiligen Infrastrukturanalysen ausgeführten Ergebnisse dienen dazu, einzelne hervorgetretene Motive aus den Interviews als Deutung und Illustration für Ergebnisse der Infrastrukturanalysen anzubieten – in dem Fall durchaus mit Ortsbezug.

Nachfolgend finden sich als erster vergleichender Überblick wesentliche Kennziffern zu den untersuchten Regionen, soweit möglich im Vergleich zum Bundesschnitt. Zu berücksichtigen gilt es in der Interpretation der Daten, gerade auch im Unterschied deutschlandweiten Mittelwerten, dass alle vier Vergleichsregionen Landkreise sind, abseits bzw. allenfalls benachbart zu Großstädten und Metropolregionen.

Tabelle 1: Ausgewählte Kennziffern der vier Landkreise im Vergleich

Ausgewählte Kennziffern der vier Landkreise im Vergleich					
Landkreis/Vergleichseinheit	Emsland	Nürnberger Land	Saarpfalz-Kreis	Ostprignitz-Ruppin	Deutschland Gesamt
Bundesland	Niedersachsen	Bayern	Saarland	Brandenburg	-
Sitz der Kreisverwaltung	Meppen	Lauf an der Pegnitz	Homburg	Neuruppin	-
Allgemeine Infos					
Einwohner*innen	319.000	168.000	145.000	99.000	-
Fläche	2.882 km ²	800 km ²	418 km ²	2.527 km ²	-
EW/km ²	111	210	347	39	229
Demografie					
Ø Alter 2015	42,0	44,7	46,3	47,3	43,9
Vorausberechnung 2035: Anteil der Bevölkerung 80 Jahre u. älter	7,8%	9,3%	10,1%	11,8%	8,9%
Bevölkerungsentwicklung 2011-2015 Gesamt	+2,5%	+2,2%	-0,4%	-0,6%	-
Ø Natürliches Bevölkerungssaldo 2011-2015 (je 1.000 EW)	-1,0‰	-3,6‰	-5,8‰	-5,5‰	-
Ø Wanderungssaldo 2011-2015 (je 1.000 EW)	+6,2‰	+7,7‰	+4,1‰	+2,5‰	-
Wohnen, Arbeit & Soziale Lage					
Haushaltsgröße (Zensus 2011)	2,57	2,20	2,16	2,03	2,09
Anteil der 1-Personen-Haushalte (Zensus 2011)	24,9%	31,3%	33,7%	35,4%	37,2%
Ø Haushalts-Einkommen (netto)	1.661 €	2.068 €	1.817 €	1.445 €	1.787 €
SGB II-Quote (je 1.000 EW)	4,9‰	2,6‰	7,4‰	13,6‰	9,0‰
Grundsicherung im Alter (je 1.000 EW 65+)	18,6‰	8,7‰	21,4‰	12,0‰	26,8‰

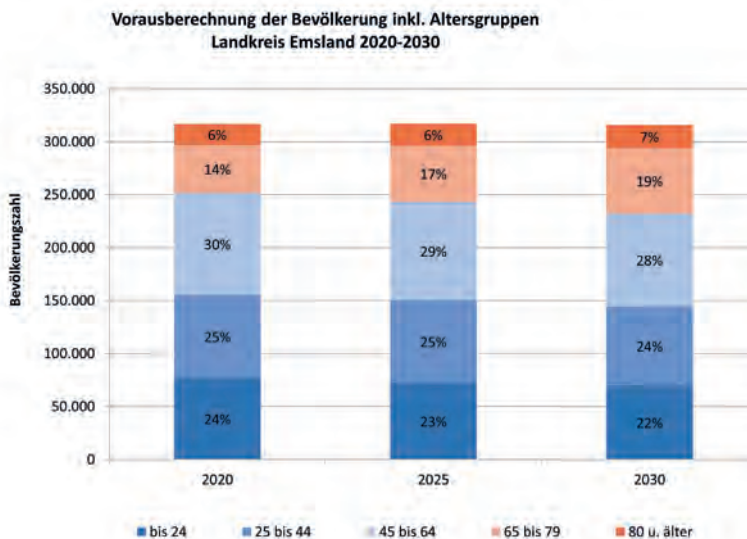
Ausgewählte Kennziffern der vier Landkreise im Vergleich					
Landkreis/Vergleichseinheit	Emsland	Nürnberger Land	Saarpfalz-Kreis	Ostprignitz-Ruppin	Deutschland Gesamt
Anteil der Beschäftigten mit Hochschulabschluss	8,1%	12,7%	13,0%	8,4%	14,4%
Schulabgänger mit Hochschulreife	26,3%	27,7%	40,2%	29,9%	34,4%
Pendlersaldo (Einpendler – Auspendler, i.V. zu Beschäftigten vor Ort)	+3,6%	-13,8%	+9,4%	-7%	-
Pendler mit >50km Arbeitsweg (i.V. zu Beschäftigten vor Ort)	4,1%	2,8%	2,7%	3,7%	4,0%
Gesundheit & Pflege					
Pflegebedürftige/100.000 EW	418,5	268,5	376,7	577,2	348,1
Informelles Pflegepotenzial (Bevölkerung 45-64 Jahre im Verhältnis zur Bevölkerung 80 Jahre und älter) – Jahre: 2020/2025/2030	2020: 4,9 2025: 4,6 2030: 4,0	2020: 4,1 2025: 3,7 2030: 3,3	2020: 3,5 2025: 3,3 2030: 2,9	2020: 4,0 2025: 3,4 2030: 3,0	2020: 3,2 2025: 3,0 2030: 2,7
Menschen mit Pflegebedarf: Anteil der Pflegegeld-Empfänger Anteil der ambulanten Pflege Anteil der stationären Pflege	53,1% 30,0% 16,9%	40,3% 24,3% 35,3%	54,9% 19,0% 26,1%	50,1% 32,7% 17,2%	48,4% 24,2% 27,4%
Beim Jobcenter im August 2018 gemeldete offene Fachkraftstellen „Altenpflege“	117	116	75	39	-

pro km² charakterisiert das Emsland als dünn besiedelte und ländlich geprägte Region. Zu den am stärksten besiedelten Gebieten gehören neben der mit knapp 54.000 Einwohner*innen größten Stadt Lingen auch Papenburg, die Kreisstadt Meppen, Haren und Haselünne.

7.2.2 Demografie

Im Unterschied zu den anderen im DAK-Pflegereport 2018 untersuchten Landkreisen weist das Emsland eine vergleichsweise junge Bevölkerungsstruktur auf. Das Durchschnittsalter von 42 Jahren liegt nicht nur knapp zwei Jahre unter dem Bundesdurchschnitt, der im diesjährigen Pflegereport untersuchte und am stärksten von zunehmender Alterung betroffene Landkreis Ostprignitz-Ruppin liegt mit 47,3 Jahren sogar mehr als fünf Jahre darüber. Entsprechend geringer fallen die Anteile der älteren Bevölkerungsschichten aus. Sind derzeit etwa 6 % der Einwohner*innen des Emslandes 80 Jahre und älter, steigt der Anteil dieser Altersgruppe an der landkreisweiten Gesamtbevölkerung bis 2030 wahrscheinlich nur leicht auf etwa 7 % an (siehe Abbildung 2). Dennoch nimmt vor allem die Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen in diesem Zeitraum vergleichsweise stark zu, was, wie in den anderen beobachteten Landkreisen, primär auf die älter werdende Generation der sogenannten Babyboomer zurückzuführen ist.

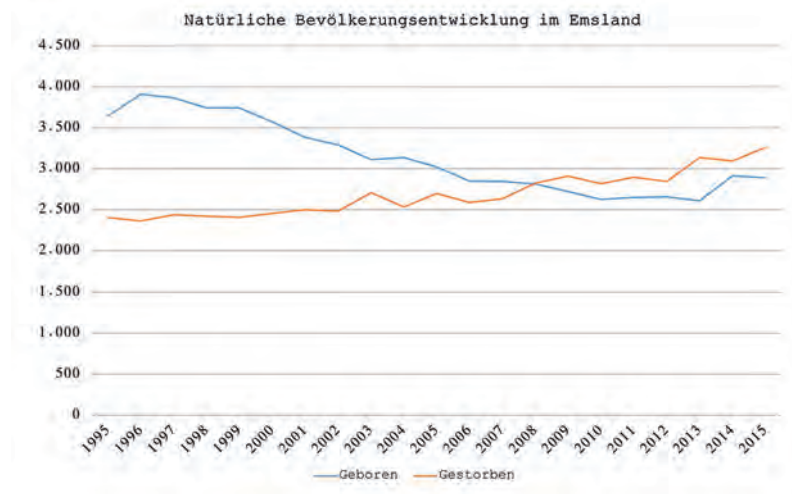
Abbildung 2: Bevölkerungsvorausberechnung für den Landkreis Emsland



Quelle: Statistische Ämter der Länder, ies, Deenst GmbH, Wegweiser Kommune, eigene Darstellung, Datenbasis 12

Entgegen der Vermutung, eine besonders hohe Geburtsrate könnte für das niedrige Durchschnittsalter verantwortlich sein, sei darauf verwiesen, dass hierfür vor allem der positive Zuwanderungssaldo in die Region ausschlaggebend ist.

Abbildung 3: Natürliche Bevölkerungsentwicklung im Emsland



Quelle: Statistik der Geburten und Sterbefälle des Bundes und der Länder, INKAR, eigene Darstellung

Es sterben mehr Menschen als geboren werden

Die Bevölkerungsentwicklung ist von zwei Faktoren abhängig, der natürlichen Bevölkerungsentwicklung, also der Geburten und Sterbefälle pro Jahr, sowie der Wanderungsbewegungen, d. h. dem Saldo aus Zu- und Abwanderung pro Jahr. Im Emsland weist die natürliche Bevölkerungsentwicklung seit dem Ende der 1990er-Jahre einen negativen Saldo auf (siehe Abbildung 3), d. h. es sterben auch im Emsland jedes Jahr mehr Menschen als geboren werden. Diese Differenz betrug in den letzten Jahren im gesamten Landkreis etwa 370 Personen pro Jahr.

Anstieg der Gesamtbevölkerung von 2,5 Prozent

Verglichen damit verzeichnete das Emsland in den vergangenen zehn Jahren einen latent positiven Wanderungssaldo, der kontinuierlich zur Kompensation der natürlichen Bevölkerungsabnahme beitrug. Für die Jahre 2011 bis 2015 nahm die Gesamtbevölkerung des Emslands um 2,5 % zu – die stärkste Zunahme unter allen verglichenen Landkreisen.

Tabelle 2: Wanderungssalden nach Altersgruppen 2011–2015

Wanderungssalden nach Altersgruppen 2011-2015 Anzahl pro 1.000 EW der jeweiligen Altersgruppe		
Altersgruppe	= Wandertyp	LK Emsland
18- bis 24-Jährige	Bildungswanderer	-23,8

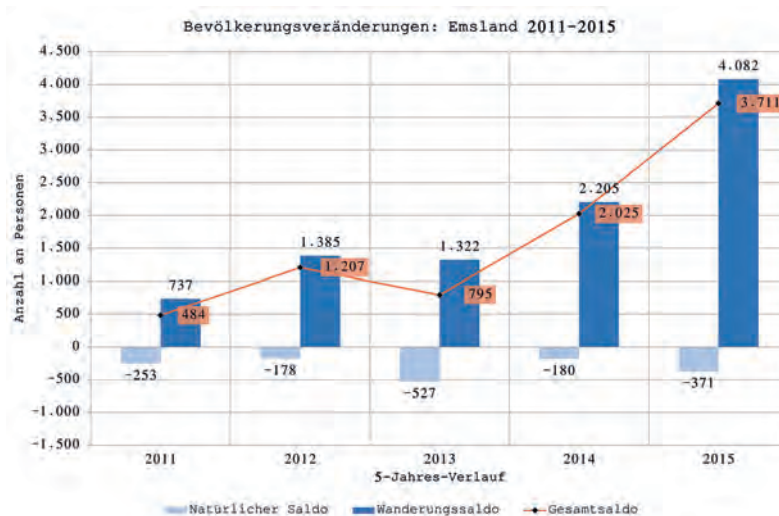
Wanderungssalden nach Altersgruppen 2011-2015 Anzahl pro 1.000 EW der jeweiligen Altersgruppe		
25- bis 29-Jährige	Arbeitsplatzwanderer	1,2
30- bis 49- sowie bis 18-Jährige	Familienwanderer	4,9
50- bis 64-Jährige	Jüngere Ruhestandswanderer	3,2
65-Jährige u. Ältere	Ältere Ruhestandswanderer	1,7

Quelle: Wanderungsstatistik des Bundes und der Länder, INKAR 2018

Die separate Auswertung der wanderungsbezogenen Salden nach Altersgruppen ergab, dass das Emsland als Zuwanderungsregion vor allem für Personen in der Familienphase im Alter zwischen 30 und 49 Jahren attraktiv ist (siehe Tabelle 2). Ferner sind es auch zahlreiche Ruheständler*innen, die das Emsland als neuen oder wieder gewählten Wohnsitz entdecken. Eine starke Abnahme ist hingegen bei den 18- bis 24-Jährigen zu verzeichnen, die sich primär aus Ausbildungs- und Studiengründen für einen Fortzug aus dem Landkreis entscheiden dürften.

Auch im Emsland fällt der stark positive Wanderungssaldo zwischen den Jahren 2013 und 2015 auf (siehe Abbildung 4). Dieser Trend zeigt sich nahezu im gesamten Bundesgebiet und ist auf die vermehrte Zuwanderung nach Deutschland rückführbar.

Abbildung 4: Bevölkerungsveränderungen im Emsland 2011–2015



Quelle: Eigene Berechnungen – AGP Sozialforschung auf Basis von INKAR-Daten

7.2.3 Wohnen, Arbeit und soziale Lage

Der Landkreis Emsland ist eine eindeutig ländlich geprägte Region, worauf auch die bauliche Struktur sowie die Haushaltsstrukturen verweisen. Im Emsland liegt die durchschnittliche Haushaltsgröße bei 2,57 Personen. Im Schnitt leben in deutschen Haushalten lediglich 2,09 Personen und in den drei Vergleichskreisen reicht die durchschnittliche Personenzahl pro Haushalt von 2,03 (Ostprignitz-Ruppin) bis 2,20 (Nürnberger Land). Damit sticht das Emsland mit 0,5 Personen mehr pro Haushalt deutlich hervor. Dementsprechend unterdurchschnittlich ist auch die Zahl der Einpersonenhaushalte im Kreis. In 24,9 % der Haushalte lebt lediglich eine Person, während dieser Haushaltstyp im bundesweiten Schnitt 37,2 % ausmacht.

Mehr noch als in allen drei Vergleichskreisen dominieren im Emsland die freistehenden Einfamilienhäuser die Gebäudelandschaft. Mit über 67 % hebt sich deren Anteil klar von den 42 % im Bundeschnitt, aber auch von 53 % in Ostprignitz-Ruppin, dem Landkreis mit den zweitmeisten alleinstehenden Einfamilienhäusern, ab. Da für diese Häusertypen viel Grundfläche notwendig ist, stellen sie ein besonders gutes Maß für den ländlichen Charakter einer Region dar. Der Anteil enger bebauter Ein- oder Zweifamilienhäuser im Emsland ist dementsprechend mit knapp 25 % ebenfalls eher gering (Bund: 38 %). Mehrfamilienhäuser mit drei oder mehr Wohnungen existieren so gut wie gar nicht (unter 5 %).

In den Interviews der qualitativen Studie zeigte sich, dass die im Emsland besonders häufig anzutreffenden großen Einfamilienhäuser bei einem Pflegebedarf mitunter besonders hohe Herausforderungen mit sich bringen. Denn trotz körperlicher Einschränkungen stehen viele Arbeiten – z. B. im Garten und rund ums Haus – an, um Gebäude und Grundstück nicht verwahrlosen zu lassen. Das Pflegegeld reicht dann ggf., wie im Beispiel von Fr. Maler, nicht aus, um neben der Unterstützung in der Pflege auch umfassend für das Haus zu sorgen (s. Beitrag Bruker und Klie).

Das Emsland gehört trotz seiner ländlichen und dünn besiedelten Struktur zu den beschäftigungsreichsten Regionen in Niedersachsen. So weist der Landkreis mit 3,2 % die niedrigste Arbeitslosenquote im ganzen Bundesland auf (Statistisches Landesamt Niedersachsen, 2016). Seit dem Beginn der 2000er-Jahre hat sich der Anteil erwerbsloser Personen von 2001 7,9 % kontinuierlich verringert. Gründe hierfür sind unter anderem in der hohen Arbeitsmarktzentralität der Mittelzentren Lingen, Meppen und Papenburg zu suchen. Beispielsweise zählt die Stadt Lingen zu den größten Wirtschaftsstandorten unter den niedersächsischen Mittelzentren. Landwirtschaftliche Erwerbsformen spielen in den benannten Regionen eine eher untergeordnete Rolle. Die für den Arbeitsmarkt im Emsland bedeutenden Beschäftigungssektoren finden sich unter anderem im Gesundheits- und Sozialwesen, der öffentlichen Verwaltung, dem Einzelhandel oder dem produzierenden Gewerbe.

Die hohe landkreisinterne Arbeitsplatzbindung zeigt sich auch anhand der Pendler*innen-Statistiken. So weist das Emsland diesbezüglich einen leicht positiven Saldo von 3,6 % auf. D. h., dass auch mehr Personen zu Erwerbszwecken aus anderen Regionen in den Landkreis pendeln. Trotz der geografischen Nähe zum Nachbarstaat Niederlande weist der Landkreis keine nennenswerten arbeitsmarkt- oder bevölkerungsbezogenen Wanderungseffekte auf. Das Auspendler*innen-Saldo fällt mit rund 20 % im Vergleich zu den anderen im Pflereport verglichenen Landkreisen eher gering aus und konzentriert sich tendenziell auf die Landkreisregionen, die an die Wirtschaftsräume Osnabrück und Oldenburg grenzen. Der mit 4,1 % zu beziffernde Anteil von Personen mit einem Arbeitsweg von mehr als 50 km ist auch im Bundesvergleich (4,0 %) als durchschnittlich zu bezeichnen. Anhand der starken Arbeitsmarktzentralität der Mittelzentren und der eingangs beschriebenen geografischen Ausdehnung des Landkreises kann davon ausgegangen werden, dass ein wesentlicher Teil dieser Pendelbewegungen auf die landkreisinterne Erwerbsmobilität entfällt.

Trotz der beschriebenen wirtschaftlichen Stärke des Landkreises liegt das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen im Emsland mit rund 1.661 Euro leicht unter dem bundesweiten Durchschnitt von etwa 1.787 Euro. Im Emsland beziehen vergleichsweise wenige Personen Grundsicherungsleistungen (Arbeitslosen-/ Sozialgeld) im Sinne des SGB II. Im Durchschnitt sind es rund 0,5 % der Landkreisbevölkerung. In Deutschland allgemein waren es 2015 insgesamt 0,9 %. Besonders auffällig hingegen ist der überdurchschnittlich hohe Anteil von Frauen, die in dieser Gruppe allein mit 56,3 % vertreten sind. Damit beziehen im Emsland nicht nur mehr Frauen SGB II-Leistungen als in allen anderen Vergleichsregionen, sondern auch deutlich mehr als im bundesweiten Vergleich (51,2 %). Bezogen auf die älteren Bevölkerungsanteile ergibt sich ein im Bundesvergleich eher geringer Anteil von „Altersarmut“ betroffener Personen. So erhalten fast 19 von 1.000 Personen über 65 Jahre Leistungen der Grundsicherung im Alter (SGB XII). Deutschlandweit sind es nahezu 27 von 1.000.

Der Erwerbsanteil von Frauen an der gesamten Bevölkerung des Emslands (16- bis 65-Jährige) lag 2015 mit 38,8 % sogar am niedrigsten von allen verglichenen Landkreisen und zugleich auch deutlich unter dem Wert für das Bundesgebiet (46,4 %).

7.2.4 Allgemeine Gesundheits- und Pflegeversorgung

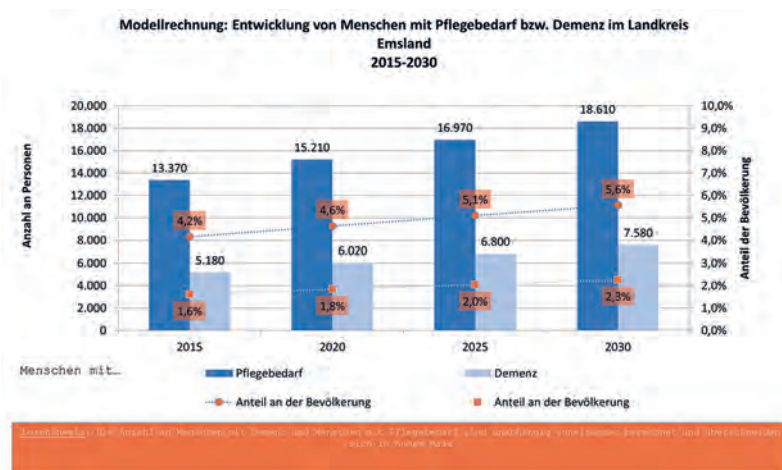
Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Der Zuwachs der älteren Bevölkerungssegmente und der damit verbundene Anstieg von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf sind auch im Emsland nachzuvollziehen (siehe Abbildung 2).

Zum Zeitpunkt der letzten Erhebungswelle der Pflegestatistik 2015 wiesen im Emsland 13.370 Menschen einen Pflegebedarf im Sinne der Pflegeversicherung (SGB XI) auf, was einem Bevölkerungsanteil von 4,2 % entspricht. Der zum gleichen Zeitpunkt festgestellte Anteil von Menschen mit Demenz lag bei 1,6 %.

Anhand der Bevölkerungsprognosen kann bis zum Jahr 2030 analog zu einem Anwachsen der älteren Bevölkerungsgruppen ebenfalls mit einem Anstieg der allgemeinen Pflegebedürftigkeit sowie der Häufigkeit demenzieller Erkrankungen gerechnet werden (vgl. Abbildung 5). Im Jahr 2015 lebten im Emsland 5.180 Personen mit Demenz. Wie in allen Vergleichsregionen und auch im Deutschlandvergleich sind im Emsland besonders Menschen über 80 Jahre von Pflegebedürftigkeit und Demenz betroffen. Mit dem zukünftigen Anstieg der älteren und vulnerablen Altersgruppen gewinnen auch die Themen Pflege und Demenz stetig an Bedeutung für den Landkreis. Anhand der Prognosen muss bis zum Jahr 2030 mit einer geschätzten Zahl von 18.610 Pflegebedürftigen und etwa 7.580 Personen mit Demenz gerechnet werden.

Abbildung 5: Modellrechnung zur Entwicklung von Menschen mit Demenz und Pflegebedarf



Quelle: Pflegestatistik 2015, Bevölkerungsvorausberechnung Stala, eigene Berechnung

Das Risiko, einen Pflegebedarf zu entwickeln, steigt mit zunehmendem Alter auch unter den im Landkreis lebenden DAK-Gesundheits-Versicherten. Bei der Betrachtung der durch OptiMedis ausgewerteten Routinedaten fällt auf, dass die DAK-Gesundheits-Versicherten des Landkreises mit durchschnittlich 75,7 Jahren etwa anderthalb Jahre früher pflegebedürftig werden als im Bundesvergleich (77,3 Jahre). Darüber hinaus versterben pflegebedürftige Versicherte im Emsland mit durchschnittlich 81,6 Jahren etwas früher (ca. 10 Monate) als im Schnitt der DAK-Versicherten mit Pflegebedarf bundesweit (82,5 Jahre). Mögliche Ursachen für den merkbar früheren Ein-

tritt von Pflegebedarf und das in der Folge ebenfalls leicht vorzeitige Versterben können anhand des vorliegenden Datenmaterials nicht benannt werden, da es hierzu an weiteren Vergleichsgrößen fehlt.

Die vorausgegangenen Ergebnisse ließen zunächst vermuten, dass im Emsland ein hoher Anteil von Versicherten mit entsprechend hohem Pflegebedarf – bspw. Pflegestufe II oder III – lebt. Die Ergebnisse der Routinedatenauswertungen zeichnen jedoch ein konträres Bild. Bei einem Großteil der Versicherten wurde im betrachteten Zeitraum 2013 bis 2016 lediglich ein Pflegebedarf gemäß der Pflegestufe I festgestellt. Eine mögliche Erklärung kann hier in den bereits im Voraus beschriebenen familienorientierten häuslichen Pflegearrangements begründet sein. Die deutlich unterdurchschnittliche Nutzung professioneller stationärer Pflegeangebote (siehe Abbildung 7), besonders in den sehr ländlich gelegenen Kreisregionen, und eine entsprechend geringere Veranlassung einer individuellen Neubegutachtung des Pflegebedarfs könnten so zu einer Unterrepräsentation des tatsächlich als höher zu bewertenden Pflegebedarfs in der Allgemeinbevölkerung des Landkreises führen.

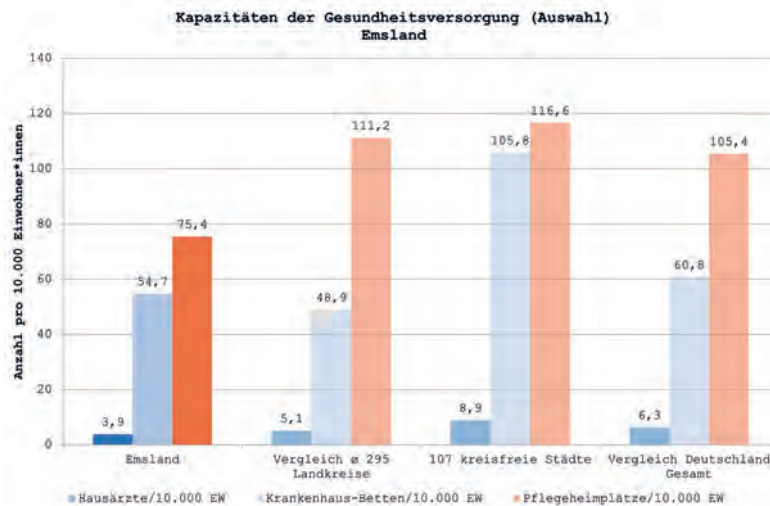
Allgemeine Gesundheitsversorgung

Hinsichtlich der allgemeinen Gesundheitsversorgung im Landkreis Emsland ergibt sich ein gegensätzliches Bild. Während die Krankenhausversorgung im Allgemeinen als ausreichend zu bewerten ist, trifft dies auf die unterdurchschnittliche Anzahl von Pflegeheimplätzen sowie auf die sehr geringe Zahl von Hausärzt*innen nicht zu.

Im gesamten Landkreis gibt es sieben Krankenhäuser mit teilweise spezialisiertem Portfolio (bspw. Palliative Care, Frührehabilitation, Geriatrie). Bezogen auf die 295 deutschen Landkreise (ohne kreisfreie Städte) kann so auf eine eher überdurchschnittliche Kapazität verwiesen werden.

Problematisch hingegen ist die hausärztliche Versorgung im gesamten Emsland. Mit durchschnittlich 3,9 Ärzt*innen pro 10.000 Einwohner*innen ist eine Bedarfsdeckung in diesem Bereich nicht gegeben (vgl. Abbildung 6). Nach Berichten der Pflege-Expert*innen stellten einige – insbesondere kleinere Gemeinden – potenziellen Ärzt*innen daher sogar kostenfreien Wohnraum als Zuzugsanreiz in Aussicht. Hervorzuheben ist jedoch die im Vergleich mit den anderen Landkreisen niedrige Anzahl an stationären Pflegeplätzen im Emsland. Mit 75,4 Pflegeplätzen pro 10.000 Einwohner*innen weist der Landkreis in diesem Bereich einen deutlich anderen Versorgungsengpass auf, der auch durch die Befragten der Fokusgruppe mehrfach hervorgehoben wurde. Eine besondere Herausforderung stelle in diesem Zusammenhang zudem die gelingende und wohnortnahe Anschlussversorgung von kranken und pflegebedürftigen Personen nach einem Krankenhausaufenthalt dar.

Abbildung 6: Kapazitäten der Gesundheitsversorgung im Emsland



Quelle: INKAR, Darstellung AGP Sozialforschung

Neben den beschriebenen Herausforderungen stellt die Gewinnung und dauerhafte Bindung von qualifiziertem Pflegepersonal eine wachsende Zukunftsaufgabe dar. Nach Einschätzung der Fokusgruppen-Teilnehmer*innen seien zahlreiche Stellenangebote für potenzielle Bewerber*innen oder die Arbeitsbedingungen in den jeweiligen Einrichtungen nicht attraktiv genug, um eine Bewerbung bzw. einen längeren Verbleib zu gewährleisten.

Innerhalb der regelmäßig stattfindenden Pflegekonferenzen werden einzelne pflege- und versorgungsrelevante Themen stärker herausgehoben und in ihrer landkreisweiten Bedeutung durch verschiedene Pflege-Expert*innen und politisches Personal diskutiert.

Palliative-Care & Hospizarbeit

Die palliative Versorgung und die Hospizarbeit dienen dazu, schwer erkrankte und sterbende Menschen zu unterstützen. Beide Bereiche ergänzen die oft bereits bestehenden Sorgearrangements. Häufig stehen dabei Aspekte der Schmerzbehandlung, der Begleitung durch Freiwillige sowie ggf. seelsorgerischer Begleitung im Vordergrund. Die Ergebnisse der Fokusgruppengespräche verweisen auf eine bedarfsangemessene und gut ausgebaute palliative sowie hospizliche Sorgestruktur.

Im Landkreis können Betroffene auf drei Palliativstützpunkte zurückgreifen. In der nördlichen Samtgemeinde Sögel ist der Palliativstützpunkt an das Hümmling Hospital angegliedert. Das Elisabeth-Krankenhaus im südlich gelegenen Thüne unterhält neben dem zweiten Palliativstützpunkt noch einen Stützpunkt für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) mit Sitz in Meppen.

Für die stationäre Versorgung unheilbar erkrankter Menschen besteht in Thuine zudem die Möglichkeit der stationären Hospizversorgung. Daneben existieren zwölf weitere Hospizdienste, die alle als eingetragene Vereine strukturiert und zumeist ehrenamtlich organisiert sind.

Information und Beratung

Die Pflege und Begleitung vulnerabler Menschen erfordert neben dem persönlichen Einsatz und zeitlichen Ressourcen auch spezifisches Wissen. So sind Informationen zur Kranken- und Pflegeversicherung ebenso bedeutsam für eine gelingende pflegerische Versorgung wie das Wissen um praktische Aspekte der Pflege und Betreuung.

Der Landkreis Emsland informiert Interessierte und auf Informationen zum Thema Pflege angewiesene Personen über den Pflegestützpunkt mit Sitz in der Kreisstadt Meppen. Dieser stellt neben einer nach Regionen (Nord, Mitte, Süd) aufgeteilten telefonischen Beratung auch umfangreiche Informationen zu den Themen Alter(n), Pflege, Behinderung, Wohnen, Selbsthilfe und soziale Aktivitäten in Form des „Pflegeleitfadens“ zur Verfügung.

In den Gesprächen mit den Expert*innen wurde jedoch deutlich, dass viele Familien und insbesondere alleinlebende (ältere) Menschen durch bestehende Beratungsangebote schlicht nicht erreicht werden. Zudem konstatierten die Befragten, dass ein wesentlicher Teil betroffener Personen über sehr geringe Informationen und Kenntnisse im Pflege- und Gesundheitsbereich verfüge. Dies führe u. a. auch zu einer geringen Inanspruchnahme allgemeiner Pflege-, Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Spezielle Leistungen, wie etwa jene der häuslichen Krankenpflege und hauswirtschaftlicher Hilfen im Fall schwerer Krankheit oder in Folge eines Krankenhausaufenthaltes (§ 37 Abs. 1a SGB V), seien fast gar nicht bekannt und würden somit auch kaum in Anspruch genommen.

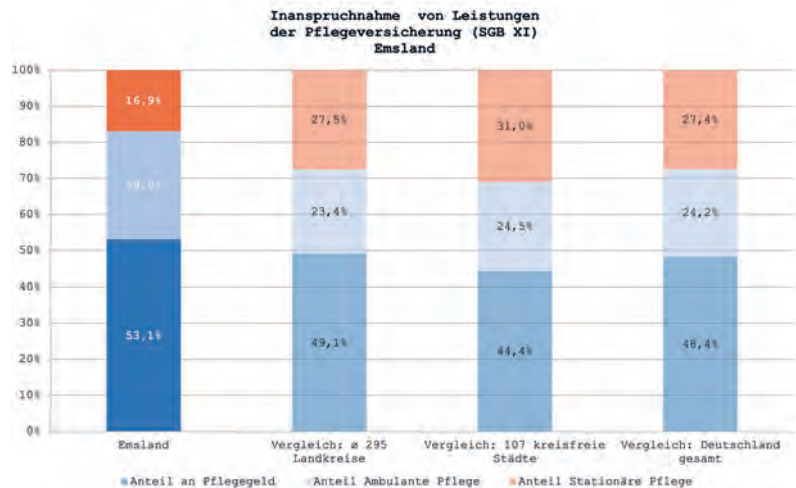
Der Pflegestützpunkt habe diese Entwicklung erkannt und reagiere unter anderem durch aufsuchende, Case Management-basierte Angebote auf diesen Umstand, obwohl die Zuständigkeit bezüglich der Sicherstellung einer angemessenen pflegerischen und betreuenden Versorgung in den Verantwortungsbereich der Leistungsträger (Kranken- und Pflegekassen) fielen.

Inanspruchnahme von Pflegeleistungen

Wie in allen anderen Vergleichsregionen wird der überwiegende Anteil pflegebedürftiger Menschen auch im Emsland in der eigenen häuslichen Umgebung versorgt (83,1 %) – deutlich mehr als im bundesweiten Durchschnitt (73 %) Dabei werden mehr als die Hälfte aller Pflegebedürftigen (53,1 %) ausschließlich durch An- und Zugehörige gepflegt (siehe Abbildung 7). Dieser Wert entspricht in seiner Tendenz der eher familienzentrierten Versorgungsmentalität ländlicher Räume; liegt jedoch sowohl über dem Durchschnitt

der 295 deutschen Landkreise (49,1 %) als auch über dem für Gesamtdeutschland (48,4 %). Entsprechend gering wird die stationäre Langzeitversorgung im Emsland frequentiert (16,9 %).

Abbildung 7: Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung



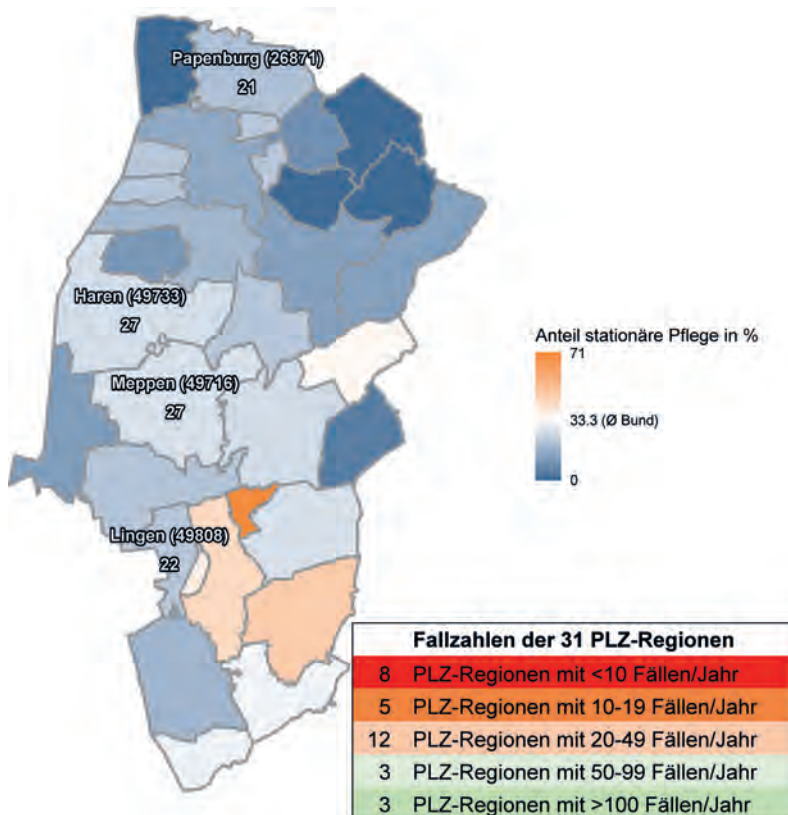
Quelle: Pflegestatistik 2015, Statistisches Landesamt, INKAR, Darstellung AGP Sozialforschung

Abbildung 8 veranschaulicht die zuvor angeführte durchschnittlich sehr geringe Frequentierung stationärer Versorgungsangebote auch unter den Versicherten der DAK-Gesundheit. Lediglich 32 % der DAK-Versicherten mit einem Pflegebedarf greifen auf derartige Versorgungsangebote zurück im Vergleich zu 33 % bundesweit. Im Kontrast zum geringen Anteil stationärer Pflege ist die Pflege durch Angehörige (Pflegegeld) im Emsland überproportional vertreten, insbesondere in den ländlichen Regionen. Ausnahmen ergeben sich für die städtischen Versorgungsregionen Haren, Meppen sowie Lingen und die sich dort anschließenden östlichen Gemeinden. Diesen Regionen ist gemein, dass die dort vorfindlichen stationären Pflegeangebote sich teilweise über das Gemeindegebiet (siehe Lingen) auch auf Teile der kleineren ländlichen Gemeinden ausdehnen und entsprechend wohnortnahe Versorgungskapazitäten bieten (siehe Abbildung 9). Eine besonders hohe stationäre Pflegequote weist laut Zahlen der DAK Gesundheit die kleine Gemeinde Bawinkel auf, auch wenn dieses Ergebnis aufgrund der niedrigen Fallzahlen nicht überinterpretiert werden darf.

Der hohe Anteil der Angehörigenpflege führt zu niedrigen durchschnittlichen Pflegekosten. Das Emsland weist für die DAK-Gesundheit-Versicherten deutlich unterdurchschnittliche Pflegekosten auf, die u. a. durch die niedrige Heimquote und den hohen Anteil an Pflegegeldempfängern zu erklären sind. So liegen die durchschnittlichen Pflegekosten mit etwa 9.890 Euro fast 1.000 Euro unter dem

deutschlandweiten Mittelwert (10.840 Euro). Ergänzend zum hohen Anteil häuslicher Pflegearrangements im Emsland sind die teilstationären Versorgungsangebote (primär Tagespflege) gut ausgebaut. Die vergleichsweise hohe Nutzung dieser Angebote (immerhin nutzen 4,4 % der zuhause lebenden Pflegebedürftigen Teilzeitpflege) liegt über dem Bundesschnitt von 3,6 % und insbesondere höher als im Saarpfalz-Kreis und in Ostprignitz-Ruppin (2,5 % bzw. 1,5 %).

Abbildung 8: Nutzung der stationären Pflege durch DAK-Gesundheit-Versicherte im Emsland



Quelle: AGP Sozialforschung/Optimedis; Datengrundlage DAK-Gesundheit

Häusliche Pflege

Die Versorgung pflegebedürftiger Personen im Emsland ist vorwiegend durch familiäre Unterstützung gekennzeichnet. Neben der berichteten hohen Anzahl von Pflegegeldempfänger*innen (siehe Abbildung 7) macht auch die unterdurchschnittliche Anzahl von Einpersonenhaushalten diesen Typ von Pflegearrangements plausibel (24,9 %). Einpersonenhaushalte sind im bundesweiten Vergleich deutlich häufiger vertreten (37,2 %). Der Großteil der 53 im Landkreis aktiven ambulanten Dienste wird von gemeinnützigen Trägern betrieben. Besonders in den stärker ländlich geprägten Regionen

außerhalb der Ballungsräume finden sich kirchlich sowie bürgerschaftlich organisierte Unterstützungsformen, die nach Auskunft der Expert*innen für den Landkreis gut angenommen würden.

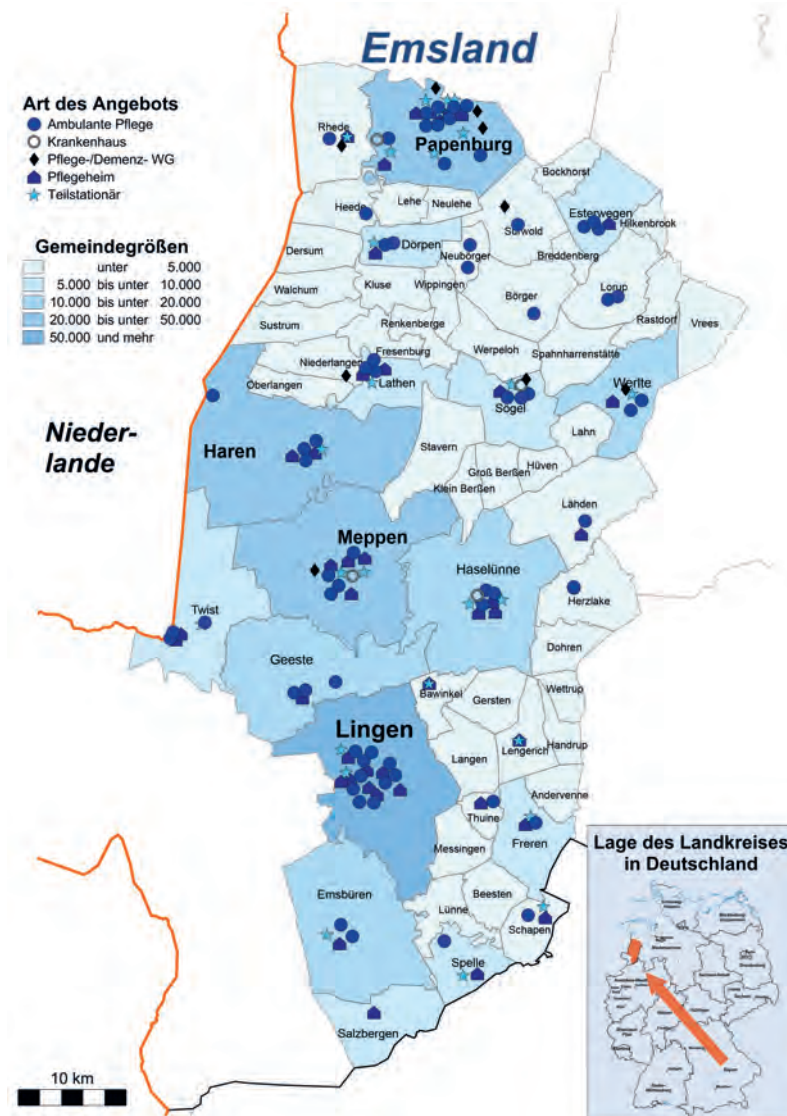
Zahlreiche Pflegedienste sehen sich hinsichtlich ihrer Möglichkeiten zur adäquaten Versorgung zugleich mit mehreren Herausforderungen konfrontiert. Die zur Verfügung stehenden Kapazitäten der Dienste würden gemäß den Einschätzungen der Expert*innen eine Beantwortung der Nachfrage nach allgemeinen und typischen Pflegeleistungen möglich machen. Problematisch seien allerdings vor allem die sich an den Komplexleistungen der Pflegeversicherung orientierenden Abrechnungslogiken der Pflegedienste (bspw. „kleine Toilette“, „große Toilette“). Die bestehenden Möglichkeiten zur zeitbasierten Abrechnung würden hingegen kaum oder gar nicht genutzt bzw. auf Landesebene aufgegriffen bzw. nicht in die Verhandlungen mit den Leistungsträgern aufgenommen. Eine bedarfsgerechte sowie an individuelle Bedürfnisse angepasste Versorgung werde durch die mangelnden Möglichkeiten zur Kombination bestehender Leistungskomplexe zusätzlich eingeschränkt. Hinzu kämen die eingangs geschilderte Größe des Landkreises und die damit verbundenen, mitunter sehr weiten Anfahrtswege, die eine adäquate und oft zeitlich versetzte pflegerische Versorgung erschweren. Insbesondere (häufig angesparte) Entlastungsleistungen, wie etwa hauswirtschaftliche Unterstützungsangebote, könnten aufgrund der benannten Hindernisse nicht in der an sich wünschenswerten Weise realisiert werden.

Den Expert*innen zufolge zeige sich dies auch bei Entlassungen aus dem Krankenhaus. Zwar orientiere sich das Entlassmanagement bereits seit langer Zeit an den Qualitätsstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Allerdings müssten Patient*innen aufgrund der oft nicht sicherzustellenden Anschlussversorgung längere Krankenhausaufenthalte in Kauf nehmen als notwendig. Gleichwohl weisen die GKV Routinedaten aus, dass die für die Krankenhausbehandlung aufgewendeten Beträge unter dem bundesweiten Durchschnitt für Krankenhausaufenthalte liegen (ca. 5.190 Euro vs. 5.590 Euro). Von den Vergleichsregionen wurde nur im Saarpfalz-Kreis mit durchschnittlich 5.120 Euro/Jahr weniger pro Pflegebedürftigem für Krankenhausaufenthalte gezahlt. Erklärt werden kann dieser Widerspruch mit der geringen Anzahl an Krankenhausaufenthalten pro Jahr (105 pro 100 Pflegebedürftige und Jahr), 17 % unter dem deutschlandweiten Wert (126 Aufenthalte pro 100 Pflegebedürftige und Jahr).

Abbildung 9 zeigt zudem, dass es eine Ballung ambulanter Pflegedienste entlang der Mittelzentren, städtischen und dichter besiedelten Gebiete gibt. Mit Blick auf die zuvor geschilderten geografischen Bedingungen führt dies zu einem hohen Mobilitätsaufwand der Pflegedienste, um auch Personen in ruralen Gebieten zu erreichen. Die daraus entstehenden Mehrkosten stünden der Wirtschaftlichkeit einzelner Betriebe so entgegen. Einzelne Anbieter haben sich daher

erfolgreich zu dezentraleren Handlungsstrategien entschlossen und verteilen ihre Aktivitäten auf mehrere Stützpunkte – verbunden mit für Pflegekräften attraktiven Arbeitsbedingungen und hoher Selbstständigkeit. Daher finden sich auf der Übersichtskarte auch mehr Dienste als die zuvor benannten.

Abbildung 9: Pflegeangebote im Emsland



Quelle: AGP Sozialforschung

Hinsichtlich der Beschäftigung sogenannter 24-Stunden-Kräfte gäbe es nur wenige konkrete Hinweise. So griffen einzelne Haushalte, in denen auch ambulante Dienste tätig sind, auf derartige Unterstützungsformate zurück. Verglichen mit anderen deutschen Regionen

sei die Verbreitung dieser Beschäftigungsverhältnisse im Emsland eher gering ausgeprägt.

Teilstationäre Pflege

Im Rahmen der Recherchen konnten 32 teilstationäre Pflegeteile im Landkreis ermittelt werden (siehe Abbildung 9). Diese halten Angebote der Tagespflege und -betreuung vor. Im Emsland greifen überdurchschnittlich viele Menschen auf diese Versorgungsangebote zurück (siehe Abbildung 7). Gründe hierfür liegen nach Einschätzung der Expert*innen an einer vom Landkreis gezielten Beförderung von Tagespflegeeinrichtungen in der Region, die bundesweit zu den am besten ausgestatteten gehört. Die beispielhafte Infrastruktur bietet den zumeist familiär versorgten Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen wichtige und gut nachgefragte Entlastungsoptionen. Zudem fehlen weitere Pflege- oder Demenz-Wohngemeinschaften, die es in hybriden Ausprägungen so gut wie nicht gäbe. Somit könne eine wohnortnahe Versorgung jenseits der Familienpflege sowie der Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste kaum gewährleistet werden. Ein weiteres Problem stellten die äußerst begrenzten (solitären) Kurzzeitpflegeoptionen dar. Die somit begrenzten Möglichkeiten zur Entlastung pflegender Angehöriger sowie zur Anschlussversorgung auf temporäre Pflege angewiesener Personen führten daneben oft zu häuslichen Überforderungs- bzw. Unterversorgungssituationen. Dies betrifft insbesondere alleinlebende Menschen.

Stationäre Versorgung

Insgesamt 41 Einrichtungen der stationären Langzeitpflege stehen im Emsland zu Verfügung. Die Verteilung dieser über den gesamten Landkreis ist vergleichbar mit jener der ambulanten Dienste und teilstationären Angebote (siehe Abbildung 9). Gemessen an der landkreisbezogenen eher informellen Pflegekultur scheinen die Kapazitäten der stationären Langzeitversorgung zunächst ausreichend. Jedoch besteht durch den zu erwartenden steigenden Bedarf an Kurzzeitpflege- und Anschlussversorgungsmöglichkeiten hier ein prospektiv kritisches Potenzial. Neben der bereits geschilderten unterdurchschnittlichen Anzahl stationärer Pflegeplätze erschwert ihre eher ungünstige geografische Verteilung im Landkreis eine bedarfsdeckende bzw. wohnortnahe Versorgung zusätzlich.

7.2.5 Zusammenfassung

Der Landkreis Emsland ist jung, wirtschaftlich prosperierend und weist eine besonders ausgeprägte altenhilfepolitische Steuerung auf, die sich in Maßnahmen der Stärkung informeller Unterstützungsnetzwerke, in der Tagespflegeinfrastruktur aber auch in anderen Bereichen Pflege und Betreuung zeigt. Die tragfähigen Netzwerke im Landkreis speisen sich vor allem aus intergenerationalen Beziehungen. Ein substanzieller Teil der mittleren Generation betei-

liegt sich an Pflegeaufgaben in Familie und Nachbarschaft. Die prognostizierten Bevölkerungsentwicklungen lassen erkennen, dass die informelle Pflege demographisch unter Druck geraten wird. Die heutige Generation der in der Pflege aktiven sogenannten „Babyboomer“ wird aufgrund der konstant niedrigen Geburtenraten zukünftig auf andere als allein familiäre Unterstützung angewiesen sein. Zur Sicherstellung der eigenen pflegerischen Versorgung werden dann neben neuen Wohn- und Versorgungsformen vermehrt auch professionelle Dienstleistungen gehören. Mit dem vorbildlichen Aufbau von Tagespflegeplätzen im Landkreis (über 600 Plätze) wurden wichtige Schritte in Richtung Infrastrukturentwicklung unternommen. Die Weiterentwicklung von ambulanten Versorgungskonzepten mit einem flexibilisierten Leistungsrecht könnten für die Zukunft hoch relevant werden (zeit- oder budgetorientierte Abrechnungskonzepte). So könnte ein weiterer Beitrag zu einer bedarfsgerechten und langfristigen Stabilisierung – hier insbesondere der häuslichen Pflege – geleistet werden.

Menschen mit Pflegebedarf sowie die sie unterstützenden Personen und Netzwerke sind oft nur unzureichend über mögliche Hilfen informiert. Dieser Zustand kann zu weitreichenden Be- und Überlastungssituationen innerhalb häuslicher Pflegesettings führen. Insbesondere, wenn sonst keine professionellen Akteur*innen eingebunden sind oder betroffene Personen allein leben. Die für die Sicherstellung gelingender Pflege mit verantwortlichen Leistungsträger (Pflegekassen) agieren hier nach Einschätzung der Pflege-Expert*innen im Landkreis eher passiv. Der Pflegestützpunkt bietet daher aufsuchende und Case Management-basierte Angebote für Menschen mit Pflegebedarf und ihre Unterstützenden an, der durch eine verbesserte Ressourcenausstattung noch weiter qualifiziert werden könnte (zu bestehenden Konversionsplänen und der Passfähigkeit des Konzeptes der Pflegekompetenzzentren siehe auch den Beitrag von Klie und Monzer in diesem Band).

7.3 Kreisprofil „Nürnberger Land“

7.3.1 Der Landkreis im Überblick

Das Nürnberger Land liegt in unmittelbarer östlicher Nachbarschaft zur Großstadt Nürnberg und ist der östlichste Landkreis des bayerischen Regierungsbezirks Mittelfranken, zu der neben Nürnberg auch die Städte Erlangen und Fürth sowie sechs weitere Landkreise gehören.

Abbildung 10: Lage des Landkreises in Mittelfranken



© GeoBasis-DE / BKG 2018 (Daten verändert)

Quelle: AGP Sozialforschung

In den 27 Gemeinden des Nürnberger Landes leben rund 169.000 Einwohner*innen auf einer Fläche von etwa 800 km². Die Kreisstadt Lauf an der Pegnitz ist mit ca. 26.000 Einwohner*innen zugleich die größte Stadt des Kreises. Sie befindet sich an der westlichen Landkreisgrenze zum Nachbarkreis Erlangen-Höchstadt. Die stärker besiedelten Gebiete verteilen sich über die westlichen und südlichen Landkreisgrenzen und grenzen damit an die Erwerbszentren der Stadt Nürnberg sowie die Nachbarkreise Erlangen-Höchstadt und Roth. Zwar weist das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) den Landkreis als städtisch strukturiert aus, jedoch lassen sich hinsichtlich der Besiedlungs- und Raumstruktur erhebliche Unterschiede zwischen dem Südwesten und dem Nordosten des Kreises feststellen. Letzterer verfügt über deutlich kleinere Gemeinden mit zumeist unter 5000 Einwohner*innen und einer ländlichen Raumstruktur. Die Stadt Hersbruck mit rund 12.000 Einwohner*innen fungiert als Mittelzentrum für diese ländlich geprägte Region im Landkreis.

7.3.2 Demografie

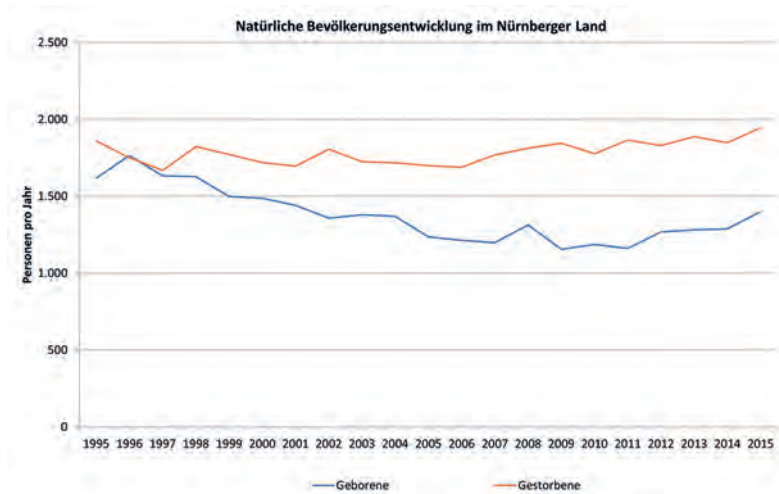
Wie in vielen deutschen Landkreisen ist die demografische Struktur auch im Nürnberger Land von einem höheren Anteil der älteren Bevölkerung geprägt als in den städtischen Regionen Deutschlands.

Das Durchschnittsalter von 44,7 Jahren liegt über dem bundesweiten Durchschnitt von 43,9 Jahren und damit exakt auf dem Niveau aller 295 Landkreise. Ein ähnliches Bild ergibt sich hinsichtlich der Betrachtung des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung: So entsprechen die kreisweiten Bevölkerungsanteile von Personen über 75 Jahre mit 11 % der Verteilung dieser Altersgruppe im gesamtdeutschen Vergleich. Der Kreis ist somit „durchschnittlich“ stark von zunehmender Alterung geprägt.

Die Bevölkerungsvorausberechnung des Landes weist für den Landkreis bis 2030 eine leichte Zunahme der Gesamtbevölkerung aus. Im Zeitverlauf zeigt sich bis 2030 ein langsamer Anstieg der älteren Bevölkerungsanteile. Das gilt in besonderem Maße für die Gruppe der 65- bis 74-Jährigen, die von 17 % im Jahr 2015 auf 22 % im Jahr 2030 anwachsen wird.

Die Bevölkerungsentwicklung ist allgemein von zwei Faktoren abhängig, der natürlichen Bevölkerungsentwicklung, also der Geburten und Sterbefälle pro Jahr, sowie der Wanderungsbewegungen, d. h. dem Saldo aus Zu- und Abwanderung pro Jahr. Im Nürnberger Land weist die natürliche Bevölkerungsentwicklung seit Mitte der 1990er-Jahre einen negativen Saldo auf (vgl. Abbildung 11), d. h. es sterben jedes Jahr mehr Menschen als geboren werden. Diese Differenz betrug in den letzten Jahren im gesamten Landkreis etwa 500 Personen pro Jahr.

Abbildung 11: Natürliche Bevölkerungsentwicklung im Nürnberger Land



Quelle: Statistik der Geburten und Sterbefälle des Bundes und der Länder, INKAR, eigene Darstellung

Zugleich verzeichnete das Nürnberger Land in den vergangenen Jahren einen konstant positiven Wanderungssaldo, wodurch die natürliche Bevölkerungsabnahme mehr als kompensiert werden

konnte und die Einwohner*innenzahl im Landkreis in den Jahren 2011 bis 2015 insgesamt um 2,2 % zunahm. Die Auswertung der Wanderungssalden nach Altersgruppen zeigt, dass das Nürnberger Land insbesondere für Familien und teilweise auch für jüngere Erwachsene ab 25 Jahren attraktiv ist (vgl. Tabelle 3). Während die Bildungswanderung für Ausbildung oder Studium in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen einen negativen Saldo aufweist, ziehen vor und in der Familienphase viele Menschen wiederum in den Landkreis. Diesbezüglich profitiert der Landkreis von der unmittelbaren Nähe zur Großstadt Nürnberg als attraktivem Arbeitsort.

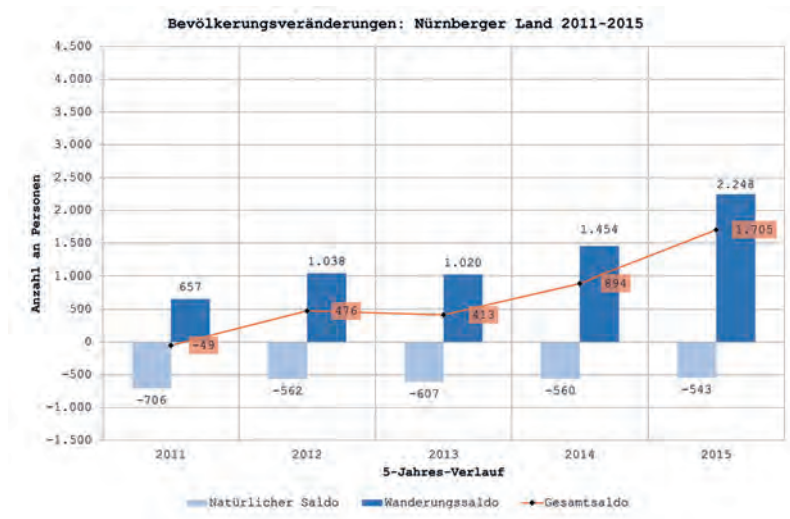
Tabelle 3: Wanderungssalden nach Altersgruppen 2011–2015

Wanderungssalden nach Altersgruppen 2011-2015 <i>Anzahl pro 1.000 EW der jeweiligen Altersgruppe</i>		
Altersgruppe	Wanderungstyp	LK Nürnberger Land
18- bis 24-Jährige	Bildungswanderer	-26,9
25- bis 29-Jährige	Arbeitsplatzwanderer	2,1
30- bis 49- sowie bis 18-Jährige	Familienwanderer	11,3
50- bis 64-Jährige	Jüngere Ruhestandswanderer	0,8
65-Jährige u. Ältere	Ältere Ruhestandswanderer	0,4

Quelle: Wanderungsstatistik des Bundes und der Länder, INKAR 2018

Auffällig ist zudem der Anstieg des Zuzugs in den Jahren 2014 und 2015 (vgl. Abbildung 12). Dieser Trend zeigt sich im gesamten Bundesgebiet, da die Zuwanderung nach Deutschland in diesen Jahren besonders hoch ausfiel. Doch auch vor dieser Zuwanderung wies der Landkreis – bis auf ein geringfügiges Minus im Jahr 2011 – einen konstant positiven Bevölkerungssaldo auf.

Abbildung 12: Bevölkerungsveränderungen im Nürnberger Land 2011–2015



Quelle: Eigene Berechnungen – AGP Sozialforschung auf Basis von INKAR-Daten

7.3.3 Wohnen, Arbeit und soziale Lage

Der Landkreis Nürnberger Land zeigt sich in der Baustruktur als eher ländlich geprägte Region mit Verstädterungsansätzen. Ländliche Gegenden in Deutschland weisen typischerweise einen höheren Anteil an Gebäuden mit lediglich einer Wohnung (bspw. Einfamilienhäuser) als im deutschlandweiten Schnitt (65 %) sowie Haushaltsgrößen, die über dem Bundesschnitt von 2,1 Personen pro Haushalt liegen, auf. Im Nürnberger Land sind beide Zahlen leicht überdurchschnittlich, mit einem Anteil von 69 % jener Gebäude mit einem Haushalt – im benachbarten Nürnberg sind dies lediglich 57 % – und einer durchschnittlichen Haushaltsgröße von 2,2 Personen. Infolgedessen liegt auch der Anteil von Einpersonenhaushalten mit 31 % unterhalb des Durchschnittswertes für Deutschland (37 %).

Das Nürnberger Land ist eine klassische Auspendler-Region, in der zahlreiche Menschen zwar im Landkreis wohnen, aber nicht dort arbeiten. Der Pendlersaldo, gemessen an der Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Landkreis, liegt bei 13,8 %. D. h. es pendeln deutlich mehr Menschen zur Arbeit aus dem Landkreis als ein. Dabei fahren nur wenige Pendler*innen (2,8 %) an einen Arbeitsplatz, der 50 km oder mehr entfernt liegt (Bundesschnitt 4,0 %). Ziel dieser Personengruppe dürfte zu großen Teilen Nürnberg sein, das wiederum einen klar positiven Pendlersaldo aufweist.

Das Nürnberger Land steht als attraktiver Wohnort mitten in der wirtschaftlich starken Metropolregion Nürnberg ökonomisch überdurchschnittlich gut da. Das durchschnittliche Haushalts-Nettoeinkommen

liegt mit 2.068 Euro/Monat klar über dem bundesweiten Schnitt von 1.787 Euro/Monat. Auch der Anteil an Personen, die Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld (SGB II-Leistungen) erhalten ist mit 2,6 Personen pro 1.000 Einwohner*innen sehr gering. Bundesweit beziehen 9,0 von 1.000 Personen SGB II-Leistungen.

Bezogen auf die älteren Einwohner*innen zeigen sich ebenfalls nur sehr geringe Bevölkerungsanteile in ökonomisch prekären Lebenslagen. Grundsicherung im Alter („Altersarmut“) erhalten mit etwa 8,7 von 1.000 Personen ab 65 Jahren deutlich weniger Menschen als bundesweit (26,8 pro 1.000).

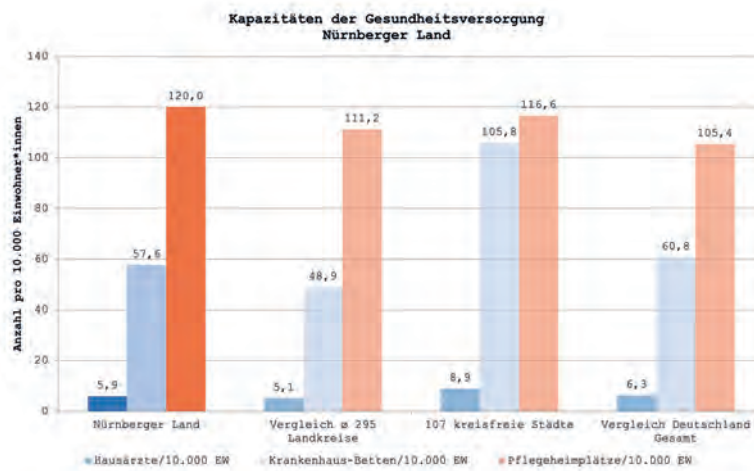
7.3.4 Allgemeine Gesundheits- und Pflegeversorgung

Allgemeine Gesundheitsversorgung

Die allgemeine Versorgung mit Gesundheits- und Pflegeleistungen im Nürnberger Land wurde durch die befragten Expert*innen als positiv beschrieben. Einen vergleichbaren Eindruck vermittelt auch eine 2012 im Rahmen der Pflegestrukturplanung erstellte Expertise (vgl. Zehe und Görtler 2012). Die dort ausgewiesenen Befunde kennzeichnen den Landkreis als sowohl institutionell wie auch personell leistungsstarke Versorgungsregion. Die dort präsentierten Ergebnisse lassen sich durch den aktuellen DAK-Pflegereport weitgehend bestätigen.

So stellen sich die Versorgungskapazitäten der stationären Einrichtungen im Landkreis deutlich positiv dar und liegen mit 120 verfügbaren Betten pro 10.000 Einwohner*innen deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt von 105 Plätzen pro 10.000 Einwohner*innen (siehe Abbildung 13). Wie die Auswertung der Routinedaten zeigt, werden im Nürnberger Land speziell stationäre Versorgungsangebote überdurchschnittlich stark frequentiert. Hierauf wird in den nachfolgenden Abschnitten detaillierter eingegangen.

Abbildung 13: Kapazitäten der Gesundheitsversorgung im Landkreis Nürnberger Land



Quelle: INKAR, Darstellung AGP Sozialforschung

Im bundesweiten Vergleich fällt die leicht unterdurchschnittliche Versorgung der Landkreisbevölkerung mit Krankenhausbetten auf (siehe Abbildung 13). Diese kann jedoch durch die geografische Nähe zum größten Krankenhaus der Region in Nürnberg kompensiert werden. Für die Akutversorgung stehen im Landkreis drei Einrichtungen der Krankenhäuser Nürnberger Land GmbH zur Verfügung, die seit 2006 an das Klinikum Nürnberg angebinden sind. Sie befinden sich an den Standorten Altdorf, Hersbruck und Lauf an der Pegnitz. Zusätzlich befindet in Engelthal die Frankenalb-Klinik, eine Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Diese Formen der medizinischen Grundversorgung ergänzend, finden sich an den Standorten Hersbruck und Schwaig bei Nürnberg spezialisierte Diagnose- und Therapieverfahren. Ein Beispiel hierfür sind die zwei Einrichtungen der Intensivpflegeklinik GmbH und Co. KG, in denen vorwiegend Menschen mit intensivmedizinischem Versorgungsbedarf (bspw. Beatmung) versorgt werden. In Hersbruck kooperiert das örtliche Krankenhaus mit der Intensivpflegeklinik, indem letztere dort innerhalb des Krankenhauses eine eigene Station mit 20 Betten betreibt. Dieses Krankenhaus hatte bisher eine Kapazität von 60 Betten und steht inmitten eines Konversionsprozesses. In diesem Zusammenhang besteht ausgeprägtes Interesse an dem Konzept Pflegekompetenzzentrum. Insgesamt ist die Behandlung in den Krankenhäusern des Landkreises deutlich günstiger als im bundesdeutschen Durchschnitt. Diese Beobachtung lässt sich unter anderem durch die guten Kapazitäten der Pflegeeinrichtungen sowie eine gelingende Anschlussversorgung durch ambulante Dienste begründen.

Unterdurchschnittliche Versorgung mit Krankenhausbetten

Spezialisierte Versorgung – Palliative Care und Hospizarbeit

Ergänzend zu den vorgestellten Gesundheitsleistungen und Pflegeangeboten können Menschen mit speziellen Versorgungsbedarfen auch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) zurückgreifen. Das SAPV-Team sei nach Einschätzung der interviewten Pflege-Expert*innen mit je sieben Pflegekräften und Ärzt*innen ausreichend gut besetzt. Sie seien gut in der Lage, eine ausreichende Versorgung vorzuhalten. Für Menschen am Lebensende steht zudem eine ehrenamtlich organisierte ambulante Hospizhilfe mit 70 Engagierten zur Verfügung.

Information und Beratung

Zu dem Angebot an pflegerischen Dienstleistungen gehört eine Case Management-basierte Beratungsstruktur. Diese hat sich auch und gerade an jene Personen und Haushalte zu richten, die (bisher) nicht auf professionelle Pflegeangebote zurückgreifen. Die breit gefächerte Beratungsinfrastruktur ist – ähnlich wie die pflegerische Versorgung – zu einem substantiellen Teil durch gemeinnützige und freiwillig organisierte Angebote gekennzeichnet. In den Fokusgruppeninterviews verwiesen die befragten Pflege-Expert*innen auf die als insgesamt ausreichend zu bewertende Beratungsstruktur innerhalb des Landkreises. Zusätzlich besteht eine soziale Beschwerdestelle, die von allen Wohlfahrtsverbänden finanziert wird.

Im Unterschied zu anderen Bundesländern verfügt Bayern kaum und das Nürnberger Land im Speziellen nicht über die gesetzlich vorgesehenen und vielerorts eingerichteten Pflegestützpunkte, sondern stellt die pflegebezogene Beratung unter anderem durch die sogenannten Fachstellen für pflegende Angehörige sicher. Hiervon existieren zwei im gesamten Landkreis, von denen eine von der Caritas und eine von Diakonie betrieben werden. Diese informieren Betroffene über Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung, beraten zu Fragen des Umgangs mit demenziellen Erkrankungen, widmen sich der psychosozialen Begleitung in krisenhaften Pflege- und Lebenssituationen und vermitteln weitere Unterstützungsangebote. Eine systematische Zusammenarbeit mit der Pflegeberatung der Pflegekassen findet nicht statt. Es gibt ein breitgefächertes ergänzendes Angebot zu Beratungs- und Aktivitätsangeboten, die im gesamten Landkreis in Anspruch genommen werden können. Speziell für den Themenbereich Demenz stehen neben den erwähnten Fachstellen zudem die Institutsambulanz der Frankenalb-Klinik sowie das in Nürnberg befindliche Klinikum und das Gedächtniszentrum des Instituts für Psychogerontologie an der Universität Erlangen-Nürnberg zur Verfügung. Neben den erwähnten Leistungen steht älteren Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf der Seniorenwegweiser Nürnberger Land zur Verfügung. Dieser weist neben den bereits skizzierten Beratungs- und Unterstützungsangeboten auch detaillierte Informationen zu Pflegeeinrichtungen, ambulanten Diensten und Rehabilitationsangeboten auf. Zusätzlich wer-

den Möglichkeiten sozialer Aktivität und freizeithlicher Beschäftigung beworben.

Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

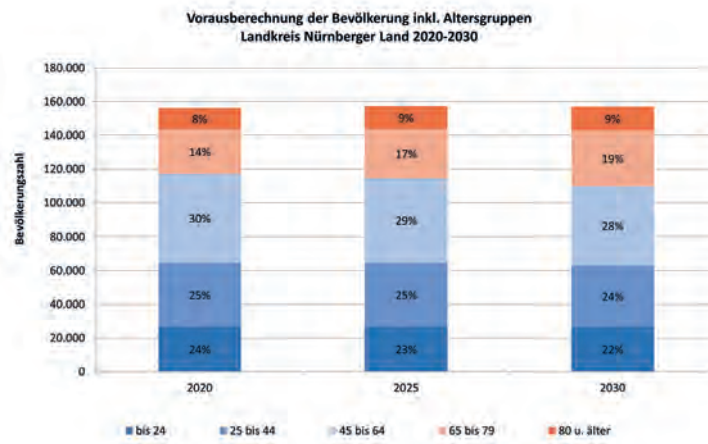
Der mit den demografischen Veränderungen zusammenhängende Zuwachs an Personen mit Pflegebedarf ist auch im Nürnberger Land sichtbar. So wiesen zum Zeitpunkt der letzten Pflegestatistik im Jahre 2015 insgesamt 4.502 Personen einen Pflegebedarf im Sinne der Pflegeversicherung (SGB XI) auf. Dies entspricht einem Anteil von 2,7 % der Landkreisbevölkerung. Besonders häufig sind ältere Menschen über 80 Jahre von Pflege- und Unterstützungsbedarf betroffen. Sie stellen derzeit ca. 8 % der Bevölkerung im Nürnberger Land, mit steigender Tendenz (siehe Abbildung 14). Ein besonders deutlicher Anstieg wird sich zudem in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen vollziehen. Dieser Anstieg ergibt sich aus dem Nachrücken der sogenannten „Babyboomer“-Generation, der geburtenstarken Jahrgänge der 50er- bis Mitte der 60er-Jahre. In diesem Zusammenhang ist ebenfalls ein Zuwachs des zu erwartenden Pflegebedarfs im Landkreis zu erwarten.

Im Vergleich zum restlichen Bundesgebiet entwickeln die Versicherten der DAK-Gesundheit im Nürnberger Land im Schnitt erst zwei Jahre später einen Pflegebedarf (79,6 Jahre vs. 77,3 bundesweit). Insbesondere im Vergleich mit dem Landkreis Ostprignitz-Ruppin wird in diesem Punkt die riesige Spanne innerhalb Deutschlands deutlich, da für Menschen in Ostprignitz-Ruppin im Schnitt achteinhalb Jahre früher ein Pflegebedarf eintritt als im Nürnberger Land (s. Beitrag Lewin et al.).

Besonders auffällig ist im Nürnberger Land hingegen die überdurchschnittlich hohe Anzahl von Menschen mit Pflegestufe III. Insgesamt 22 % der DAK-Gesundheit-Versicherten weisen einen entsprechend hoch eingestufteten Pflegebedarf auf. Im Bundesdurchschnitt sind es lediglich 18 % der DAK-Versicherten.

Der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit erfolgt 8,5 Jahre später als in Ostprignitz-Ruppin

Abbildung 14: Bevölkerungsvorausberechnung bis 2030 im LK Nürnberger Land

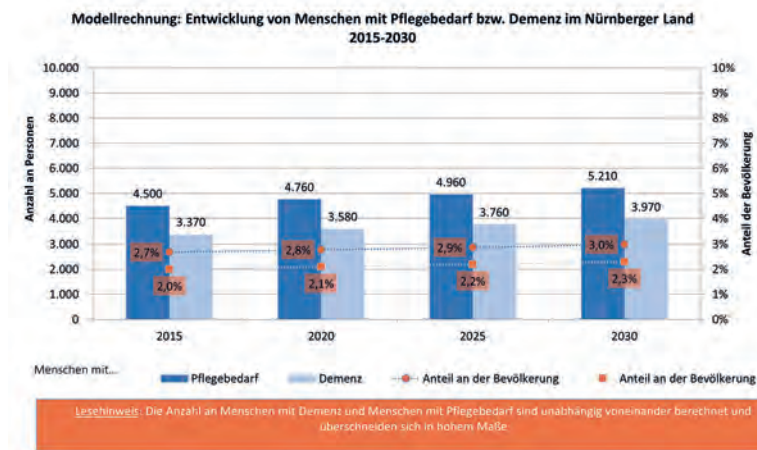


Quelle: Statistische Ämter der Länder, ies, Deenst GmbH, Wegweiser Kommune, eigene Darstellung, Datenbasis

Mit steigender Lebenserwartung erhöht sich auch das Risiko, an einer Form von Demenz zu erkranken. Im Nürnberger Land sind derzeit schätzungsweise 3.570 Personen von einer demenziellen Erkrankung betroffen (siehe Abbildung 15). Dies entspricht einem landkreisbezogenen Bevölkerungsanteil von 2,1 %. Es ist davon auszugehen, dass im Zuge der beschriebenen demografischen Veränderungen auch diese Bevölkerungsgruppe in den kommenden Jahren moderat ansteigen wird. Anhand eigener Vorausberechnungen ergibt sich für das Jahr 2030 ein geschätzter Bevölkerungsanteil von 2,3 % oder 3.970 Personen.

Die beschriebenen Entwicklungen wurden bereits innerhalb der Sozialplanung des Landkreises berücksichtigt. So schlägt das Seniorenpolitische Gesamtkonzept aus dem Jahr 2012 auf Basis der Bevölkerungsvorausberechnungen des statistischen Landesamtes diverse versorgungsbezogene Planungsschritte vor, wie sie bspw. innerhalb der geschilderten Krankenhausentwicklung angelegt sind. Im Gespräch mit den Pflege-Expert*innen vor Ort wurde deutlich, dass zeitnah eine Aktualisierung des Gesamtkonzeptes sowie der darin eingebetteten Fortschreibung der Berechnungen erfolgen soll.

Abbildung 15: Modellrechnung zur Entwicklung von Menschen mit Demenz und Pflegebedarf

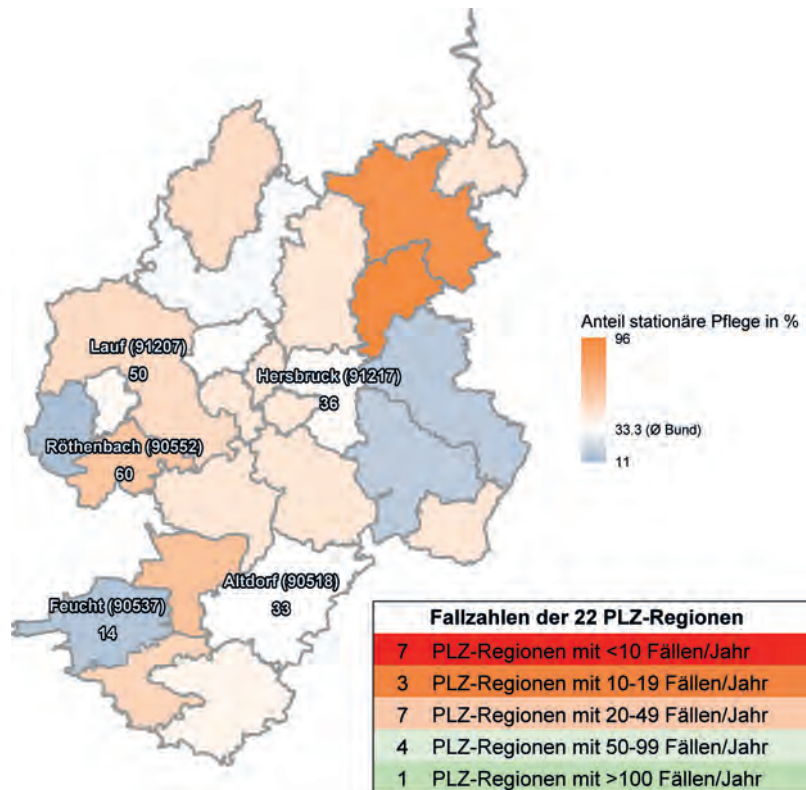


Quelle: Pflegestatistik 2015, Bevölkerungsvorausberechnung StaLA, eigene Berechnungen

Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Professionelle Pflegeleistungen werden im Nürnberger Land von nahezu 60 % der Personen mit Pflegebedarf in Anspruch genommen. Von diesen leben 35,3 % in einer stationären Pflegeeinrichtung – ein im deutschlandweiten Vergleich hoher Wert. Weitere 24,3 % pflegebedürftiger Menschen werden zu Hause durch ambulante Pflegedienste versorgt (siehe Abbildung 17). Diesbezügliche Leistungen beziehen teilstationäre Leistungen wie die Tages- und Nachtpflege ebenso mit ein wie Möglichkeiten zur Kurzzeitpflege. Der kartografischen Darstellung (siehe Abbildung 18) kann die derzeitige Verteilung der Pflegeangebote im Landkreis entnommen werden. Sie beschränkt sich dabei auf die Illustration ambulanter und (teil-)stationärer Pflegeangebote. Dabei wird deutlich, dass sich die Verteilung der jeweiligen Dienste und Einrichtungen entlang der eingangs beschriebenen siedlungsstrukturellen Besonderheiten verhält: So findet sich ein Großteil der Angebote im Westen und Süden des Landkreises, zudem existieren in Hersbruck und Pommelsbrunn Angebote für den nordöstlichen Teil des Landkreises. In Vorra und Hartenstein konzentrieren sich zudem vier stationäre Einrichtungen. Die Auswertungen der GKV-Routinedaten zeigen dementsprechend die höchste Heimquote von allen Regionen des Nürnberger Lands auf (orange eingefärbte Gemeinden im Nordosten in Abbildung 16).

Abbildung 16: Anteil der stationären Pflege im Nürnberger Land – DAK-Gesundheit-Versicherte

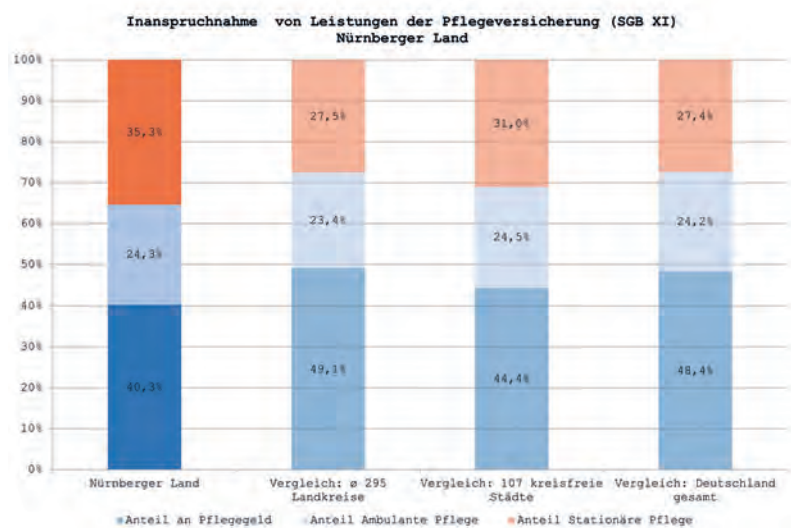


Quelle: AGP Sozialforschung/Optimedis; Datengrundlage DAK-Gesundheit

In einem gewissen Widerspruch zum hohen Anteil stationärer Pflege im Nürnberger Land stehen die Ergebnisse der qualitativen Studie. So zeigte sich in den Interviews eine deutliche Präferenz, so lange wie möglich zu Hause leben können, auch mit Pflegebedarf (s. Beitrag Bruker und Klie). Analog zu den Ergebnissen der Bevölkerungsumfrage lässt sich eine wiederkehrende Formel erkennen: „[...] Selbständigkeit vor Angehörigenpflege vor ambulanter Pflege vor stationärer Pflege“ (s. Beitrag Haumann).

Wie die allgemeine Gesundheitsversorgung wurde auch die Qualität der Pflege im Landkreis durch die befragten Expert*innen als hoch interpretiert. Es seien zudem keine nennenswerten (wiederkehrenden) Qualitätsmängel oder kapazitiven Engpässe bekannt.

Abbildung 17: Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung im Nürnberger Land

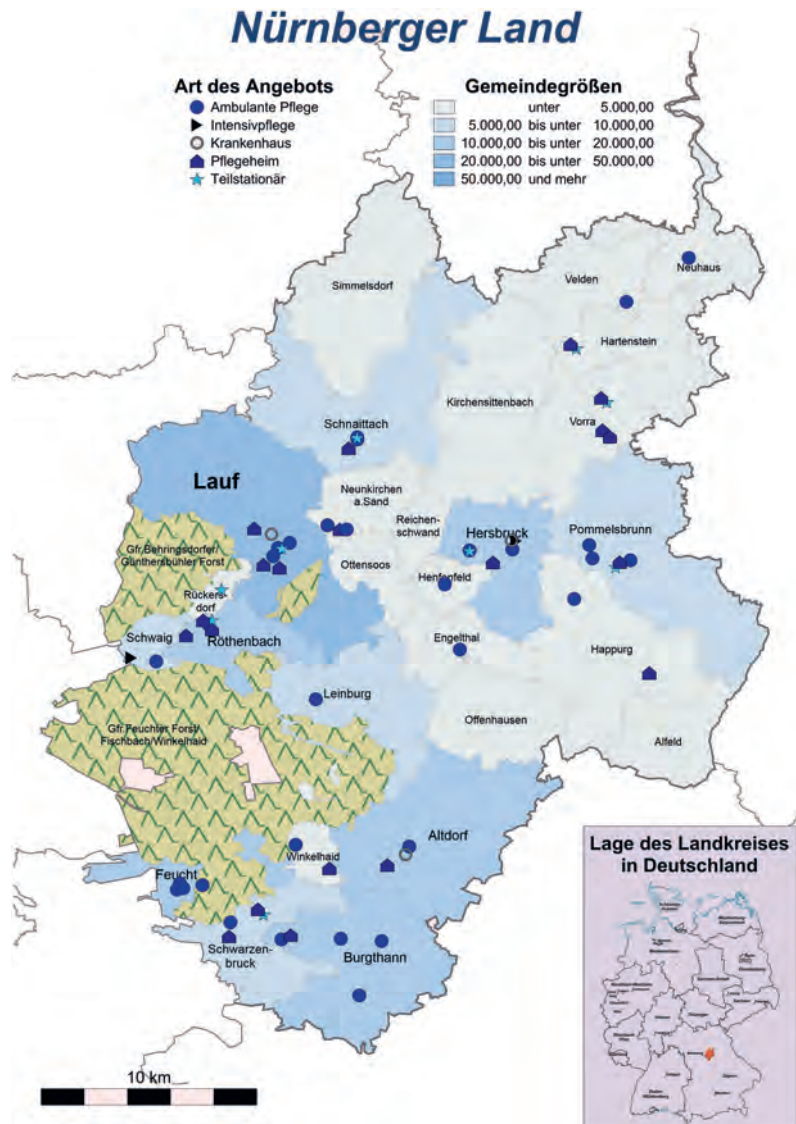


Quelle: Pflegestatistik 2015, Statistisches Landesamt, INKAR, Darstellung AGP Sozialforschung

Häusliche Pflege & Versorgung

Ein wesentlicher Teil (65 %) der auf Pflege angewiesenen Menschen wird auch im Nürnberger Land in der eigenen häuslichen Umgebung versorgt. Der bundesweite Durchschnitt liegt mit 73 % etwas über diesem Wert. Von den zum letzten Erhebungszeitpunkt der amtlichen Pflegestatistik im Jahre 2015 festgestellten 4.502 Menschen mit Pflegebedarf sind dies 2.911 Personen. Hiervon wiederum werden 1.816 Personen ausschließlich von An- und Zugehörigen versorgt, ohne Unterstützung durch ambulante Dienste. Unbekannt ist hingegen, wie hoch der Anteil der oft aus Osteuropa stammenden, sogenannten 24-Stunden-Kräfte ist. Die Pflege-Expert*innen im Landkreis berichten davon, dass ein nicht unerheblicher Teil der ökonomisch besser gestellten Haushalte auf derartige Unterstützungsformen zurückgreifen. Innerhalb der Beratungssituationen seien zudem oft problematische Pflege- und damit zusammenhängende Familiensituationen zu beobachten, die sich primär aus pflege- und versorgungsassoziierten Überforderungsereignissen ergäben.

Abbildung 18: Kartografische Darstellung der Pflegeangebote im Landkreis Nürnberger Land



Quelle: AGP Sozialforschung

Zum Zeitpunkt der Erhebung standen den im eigenen Wohnumfeld versorgten Menschen mit Pflegebedarf im Landkreis Nürnberger Land 33 ambulante Dienste mit schätzungsweise 580 Mitarbeiter*innen zur Verfügung. Somit hat sich die Anzahl der aktiven ambulanten Pflegeanbieter seit 2015 (Bayerisches Landesamt für Statistik 2018) von 27 Anbietern um sechs weitere erhöht. Ob der Anstieg auf die Pflegestärkungsgesetze zurückgeführt werden kann, ist nicht sicher. Immerhin erhalten auf Pflege angewiesene

Personen seitdem mehr Pflegegeld, höhere Sachleistungspauschalen und haben zudem Anspruch auf einen einheitlichen Betrag für Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Ein weiterer Anreizfaktor ist, dass der Landkreis ambulante Pflegeanbieter mit einer Pauschale von 1.500 Euro jährlich pro Vollzeitstelle fördert.

Bereits im Zuge der Aufarbeitung des landkreisspezifischen Seniorpolitischen Gesamtkonzeptes konnte eine umfassende Bedarfsdeckung durch ambulante Dienste im Nürnberger Land attestiert werden (vgl. Zehe und Görtler 2012). Zwar hätten sich nach Aussagen der in den Fokusgruppendifkussionen befragten Expert*innen des Landkreises die Bedingungen gewandelt, jedoch könne die beschriebene flächendeckende Versorgung noch immer gewährleistet werden. Der überwiegende Teil der ambulanten Versorgung im Landkreis wird durch gemeinnützige Träger realisiert.

Derzeit stehen pflegebedürftigen Personen im gesamten Landkreis etwa 20 Kurzzeitpflegeplätze für vorübergehende Bedarfe zur Verfügung, die überwiegend als „eingestreuete, d. h. nach jeweiliger institutioneller Kapazität verfügbare Plätze vergeben werden können. Verbunden mit dem Hinweis auf die oft krisenhaften und von Überforderung gekennzeichneten häuslichen Pflegesituationen ist die mangelnde Verfügbarkeit von Entlastungsangeboten, zu denen auch die Kurzzeitpflege gehören kann, ein für viele Betroffene problematischer Zustand.

Auch die Möglichkeiten der Kurzzeitpflege ohne Pflegebedarf, welche in Folge einer starken Erkrankung nach Krankenhausaufenthalt notwendig werden könne, würden im Landkreis nicht in Anspruch genommen. Im Gegensatz zur regulären Kurzzeitpflege wird die beschriebene Leistung nicht durch die Pflegekassen, sondern durch die Krankenkassen erstattet (siehe § 39c SGB V).

Im Landkreis sind 14 organisierte Nachbarschaftshilfen tätig, die auch Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf im Alltag begleiten. Entsprechende Schulungen zum/ zur Alltagshelfer*in würden nach Expert*innen-Meinung, trotz der überschaubaren Teilnehmer*innen-Anzahl, gut angenommen.

Insgesamt neun teilstationäre Einrichtungen bieten pflegebedürftigen Menschen überwiegend Leistungen der Tagespflege und -betreuung an. Diese Angebote werden ebenfalls überwiegend von gemeinnützigen Trägern verantwortet. Die Tagespflegeversorgung sei im ganzen Landkreis sehr gut. Nachtpflege sei nur ein theoretisches Thema. Es gäbe keine entsprechende Einrichtung, allerdings auch keine Interessensbekundungen.

Für die stationäre Langzeitpflege stehen betroffenen Personen im Landkreis Nürnberger Land derzeit 20 Einrichtungen zur Verfügung. Hinsichtlich der Gesamtversorgung zeigt sich eine als ausreichend zu bewertende Versorgungssituation. Dieser Eindruck ist jedoch bei genauerer Betrachtung teilweise zu revidieren. Nach Auskunft der

Expert*innen bestehen in einigen Einrichtungen bereits Wartelisten. Auffällig ist zudem, dass die Versorgung von Menschen in den Pflegeeinrichtungen des Nürnberger Landes teurer ist, als in den anderen Vergleichsregionen und als im Bundesdurchschnitt. Eine Erklärung hierfür lässt sich in dem hohen Anteil von Menschen mit sehr hohem Pflegebedarf (Pflegestufe 3) und deren komplexer Versorgung finden. Zudem weist die Region Mittelfranken ein überdurchschnittliches Lohnniveau innerhalb der Pflegeberufe auf, welches wiederum durch die hohe Konkurrenz alternativer Erwerbsmärkte in der Region hervorgerufen werden dürfte.

Neue Wohnformen

Bezüglich neuer Wohnformen kann von einer unterentwickelten Angebotslandschaft gesprochen werden. Bisher existiert lediglich eine ambulante betreute Wohngemeinschaft eines gewerblichen Betreibers in Feucht. Den Expert*innen zufolge sei der Bedarf an wohnortnahen Angeboten, wie sie durch ambulant betreute Wohngemeinschaften auch in kleinen Gemeinden möglich sind, durchaus gegeben. Im Nachbarlandkreis Fürth existierten beispielsweise sehr viele Wohngemeinschaften.

Fachkräftebedarf

Die Versorgungssituation Pflegebedürftiger kann im Landkreis allgemein als bedarfsangemessen und vergleichsweise gut beschrieben werden. Dies zeigt sich auch daran, dass kaum Nachfragen nach Pflegeleistungen abgelehnt werden müssen. Das bestätigen auch die befragten Expert*innen. Gleiches gilt auch für den momentanen Personalbedarf, der derzeit trotz einiger Schwierigkeiten noch immer gedeckt werden könne. Nur sehr wenige Ausnahmen beeinträchtigten momentan diese Einschätzung.

Im gesamten Landkreis wurden im August 2018 über die Bundesagentur für Arbeit (Jobcenter) 116 offene Stellen, die sich auf examinierte Altenpflegekräfte bezogen, inseriert. Im Verhältnis zu den derzeit im Landkreis besetzten Fachkraftstellen ergibt somit ein zusätzlicher geschätzter Bedarf von 17 % neu zu besetzender Stellen innerhalb der ambulanten und (teil-)stationären Altenpflege. Im Vergleich mit den anderen untersuchten Landkreisen weist das Nürnberger Land den mit Abstand höchsten Fachkräftebedarf im Pflegesektor auf. Das widerspricht der zuvor wiedergegebenen Einschätzung einer vergleichsweise bedarfsdeckenden Personalausstattung. Eventuell ergibt sich der benannte Wert aus dem Ausbau bestehender Kapazitäten und muss somit nicht zwingend auf einen Mangel an Fachpersonal in den Einrichtungen und ambulanten Diensten verweisen.

7.3.5 Zusammenfassung

Das Nürnberger Land ist ein dynamischer Landkreis in einer wirtschaftsstarke Region. In seiner räumlichen Struktur stellt sich der Kreis divers dar – städtische Gebiete im Westen und Süden verwei-

sen auf die Nähe zu den umliegenden Erwerbszentren. Der Nordosten ist eher ländlich geprägt. Da der natürliche Bevölkerungsrückgang durch die starke Zuwanderung insbesondere von Familien und jungen Erwachsenen mehr als kompensiert werden kann, bleibt die Bevölkerungsgröße im Kreis weitgehend konstant und es ergibt sich ein im bundesweiten Vergleich als durchschnittlich zu bezeichnendes demografisches Profil.

Die Versorgung mit Gesundheits- und Pflegeleistungen kann nach Interpretation der recherchierten Angebote sowie der Expert*innen-Einschätzungen für den gesamten Landkreis auf einem hohen Niveau verortet werden. Dennoch werden im Zuge des zu erwartenden Anstiegs vulnerabler älterer Personengruppen neue Kapazitäten und Versorgungskonzepte benötigt, die unter anderem durch eine Aktualisierung des Seniorenwegweisers und der damit verbundenen Pflegebedarfsplanung für den gesamten Landkreis eingerichtet werden sollen. Die Krankenhäuser der Region weisen einen mitunter erheblichen Sanierungsbedarf auf, der mit Blick auf die gekennzeichneten Entwicklungen aktiv angegangen wird. Auf bestehende Konversionspläne und die Passfähigkeit des Konzeptes der Pflegekompetenzzentren gehen Klie und Monzer in diesem Band ein.

Während die Pflegekosten im Nürnberger Land mit Abstand die höchsten der Vergleichsregionen sind (12.290 Euro/Jahr vs. 10.840 Euro/Jahr im Bundesschnitt), sind die anfallenden Kosten im Zuge von Krankenhausbehandlungen für die DAK-Gesundheit-Versicherten als leicht unterdurchschnittlich zu bezeichnen (etwa 5 % unter dem Bundesschnitt). Die vergleichsweise geringen Kosten für die Krankenhausbehandlung, trotz erwartbar hoher Lohn- und Infrastrukturkosten in der Metropolregion Nürnberg, ließen sich ggf. auf die Case Management-Kompetenz sowie die guten Möglichkeiten zur Anschlussversorgung – sowohl (teil-)stationär, als auch ambulant – zurückführen.

Eine weitere Herausforderung im Nürnberger Land ist der hohe Versorgungsaufwand von Menschen mit Pflegebedarf. Zwar werden die Menschen im Landkreis durchschnittlich später pflegebedürftig; weisen jedoch überdurchschnittlich oft einen hohen Pflegebedarf (Pflegestufe III) auf. Der vergleichsweise hohe Anteil stationär gepflegter Menschen mit starkem Pflegebedarf trägt voraussichtlich zu den besonders hohen Pflegekosten bei.

Versorgung mit Gesundheits- und Pflegedienstleistungen auf hohem Niveau

Überdurchschnittlich oft hoher Pflegebedarf

7.4 Kreisprofil „Saarpfalzkreis“

7.4.1 Der Landkreis im Überblick

Der Saarpfalz-Kreis liegt im Südosten des Saarlandes, an der Grenze zu Rheinland-Pfalz im Osten und Frankreich im Süden. Die nächstgelegenen Großstädte stellen die sich unmittelbar im Westen

anschließende Landeshauptstadt Saarbrücken sowie das etwa 30 km von der nordöstlichen Landkreisgrenze entfernt liegende Kaiserslautern dar. Der Saarpfalz-Kreis weist mit 418 km² die mit Abstand kleinste Fläche der vier Vergleichskreise auf.

Abbildung 19: Lage des Landkreises im Saarland



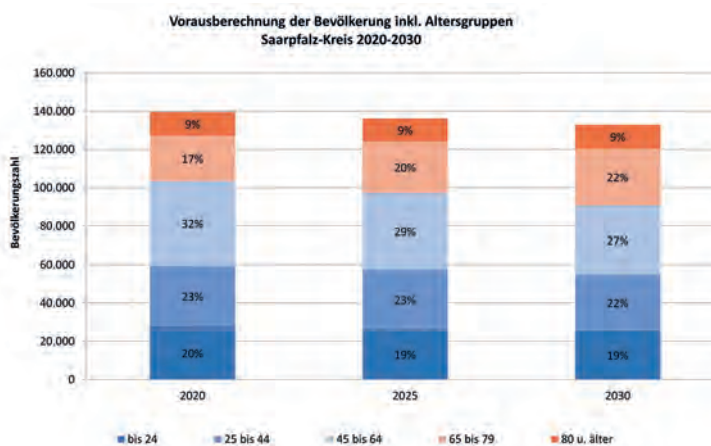
Quelle: AGP Sozialforschung

Etwa 144.000 Einwohner*innen leben in den sieben Gemeinden des Landkreises. Im nördlichen Teil des Kreises finden sich die vier am stärksten städtisch geprägten Gemeinden. Die Kreisstadt Homburg im Nordosten ist mit 42.000 Einwohner*innen die größte Stadt im Saarpfalz-Kreis. St. Ingbert, als Mittelstadt mit 36.000 Einwohner*innen, liegt am westlichen Rand des Kreises bei Saarbrücken. Während das BBSR den Landkreis wegen seiner Einwohnerdichte von 347 Bewohner*innen pro km² wie das Nürnberger Land pauschal zu den „städtischen Kreisen“ zählt, trifft dies rein räumlich allenfalls auf die nördliche Hälfte des Kreises zu. Denn neben dem eher urban bis kleinstädtisch geprägten Verdichtungsraum lebt ein Großteil der Einwohner*innen abseits der Stadtkerne in kleinen Ortschaften. Insbesondere die beiden im Süden gelegenen ländlichen Gemeinden Gersheim sowie das Mandelbachtal bestehen fast ausschließlich aus verteilten kleinen Ortschaften, mit meist um die 500 Einwohner*innen und nur einzelnen „größeren“ Dörfern mit einer Bevölkerung von bis zu 2.000 Menschen.

7.4.2 Demografie

In der Analyse der demografischen Struktur zeigt sich der Saarpfalz-Kreis bereits in hohem Maße von der Alterung seiner Bevölkerung charakterisiert. Derzeit liegt das Durchschnittsalter bei 46,3 Jahren und damit fast 2,5 Jahre über dem Bundesschnitt von 43,9 Jahren. Damit einhergehend machen ältere Menschen ab 65 Jahren bereits 2020 mit knapp 28 % einen vergleichsweise hohen Anteil an der Bevölkerung aus, wovon nochmals ein gutes Drittel 80 Jahre und älter ist (9 % der Gesamtbevölkerung).

Abbildung 20: Bevölkerungsvorausberechnung für den Saarpfalz-Kreis

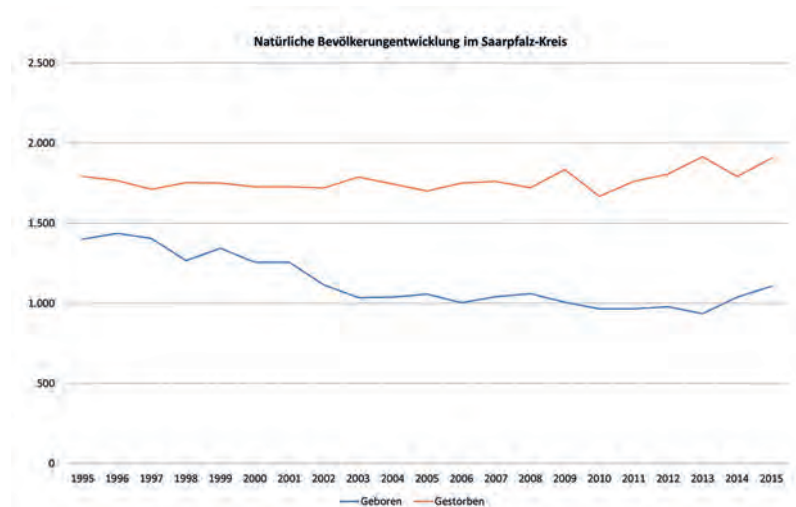


Quelle: Statistische Ämter der Länder, ies, Deenst GmbH, Wegweiser Kommune, eigene Darstellung, Datenbasis 2012

In der Bevölkerungsvorausberechnung des Landes bis 2030 zeigt sich insgesamt eine deutliche Bevölkerungsabnahme. Innerhalb von zehn Jahren wurde demnach ein Bevölkerungsrückgang um knapp 5 % bzw. 6.600 Personen prognostiziert. Dabei nimmt prozentual insbesondere die Gruppe der älteren erwerbsfähigen Bevölkerung zwischen 45 und 64 Jahren ab, da in diese Altersgruppen deutlich weniger Menschen nachrücken, als Personen in das Ruhestandsalter wechseln.

Die Bevölkerungsentwicklung ist von zwei Faktoren abhängig: der natürlichen Bevölkerungsentwicklung, also der Geburten und Sterbefälle pro Jahr, sowie der Wanderungsbewegungen, d. h. dem Saldo aus Zu- und Abwanderung pro Jahr. Der zu erwartende Bevölkerungsrückgang im Saarpfalz-Kreis ist fast ausschließlich auf die natürliche Bevölkerungsentwicklung zurückzuführen (vgl. Abbildung 21). Seit Mitte der 90er Jahre weist der Landkreis diesbezüglich einen konstant negativen Saldo auf. Bereits seit mehr als zehn Jahren sterben im gesamten Landkreis jedes Jahr fast 800 Personen pro Jahr mehr, als geboren werden. Diese Entwicklung wird durch Zuwanderung kaum aufgefangen werden.

Abbildung 21: Natürliche Bevölkerungsentwicklung im Saarpfalz-Kreis



Quelle: Quelle: Statistik der Geburten und Sterbefälle des Bundes und der Länder, INKAR, eigene Darstellung

Dennoch wies in den Jahren 2011–2015 der Wanderungssaldo konstant positive Werte von durchschnittlich 4,1 % auf, die die Bevölkerungsverluste um durchschnittlich 5,8 % zumindest zu großen Teilen abfederten. Die Einwohnerzahl im Landkreis sank innerhalb dieser fünf Jahre lediglich in geringem Maße. Die in Tabelle 4 aufgeführten detaillierten Wanderungssalden nach Altersgruppen zeigen im Saarpfalz-Kreis – im Vergleich mit den anderen untersuchten Kreisen – einige Besonderheiten auf. Zum einen fällt der Anteil der Bildungswanderer zwischen 18 und 24 Jahren deutlich geringer aus als in allen anderen Untersuchungsregionen. Vermutlich bleiben aufgrund der starken Nähe zu den zwei Groß- und Universitätsstädten Saarbrücken und Kaiserslautern mehr junge Menschen für ihre Ausbildung bzw. das Studium im Landkreis wohnen bzw. ziehen nach St. Ingbert oder Homburg für Studium bzw. Ausbildung. Mit dem Universitätskrankenhaus in Homburg liegt ein wichtiger Ausbildungsort für verschiedene medizinische Berufe im Landkreis. Dafür fallen hingegen der Wanderungssaldo der 25–29-Jährigen negativ sowie der Anteil der Familienwanderer bis 49 Jahre vergleichsweise gering aus. Dies deutet, auch angesichts der Charakteristika des Arbeitsmarktes im Landkreis (vgl. Kapitel 7.4.3), darauf hin, dass ein gewisser Teil der zugezogenen bzw. im Landkreis verbliebenen Bildungswanderer nach Ausbildung oder Studium für den Beruf in andere Regionen ziehen. Somit weist der Saarpfalz-Kreis teilweise charakteristische Wanderungssalden für Universitätsstädte auf.

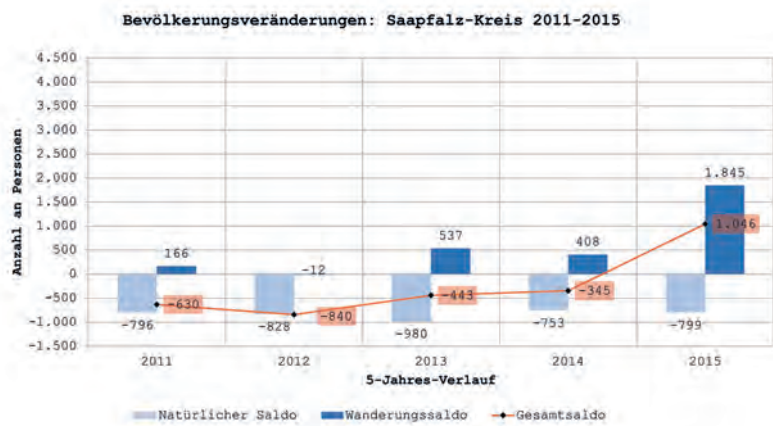
Tabelle 4: Wanderungssalden nach Altersgruppen 2011–2015

Wanderungssalden nach Altersgruppen 2011-2015 Anzahl pro 1.000 EW der jeweiligen Altersgruppe		
Altersgruppe	= Wanderungstyp	Saarpfalz-Kreis
18- bis 24-Jährige	Bildungswanderer	-5,2
25- bis 29-Jährige	Arbeitsplatzwanderer	-6,1
30- bis 49- sowie bis 18-Jährige	Familienwanderer	3,8
50- bis 64-Jährige	Jüngere Ruhestandswanderer	1,0
65-Jährige u. Ältere	Ältere Ruhestandswanderer	-0,1

Quelle: Wanderungsstatistik des Bundes und der Länder, INKAR 2018

Entgegen des Trends zu einem eher geringen Zuzug in den Landkreis, weist der Wanderungssaldo für das Jahr 2015 einen sehr hohen Ausreißer auf (vgl. Abbildung 22 und Abbildung 49). Dieser Trend zeigt sich im gesamten Bundesgebiet, da die Zuwanderung nach Deutschland in diesem Jahr besonders hoch ausfiel und sich dies auch im Saarpfalz-Kreis niederschlug. Mit der nun wieder deutlich niedrigerer Zuwanderung nach Deutschland ist weiterhin mit einem mittelfristigen Rückgang der Bevölkerung im Saarpfalz-Kreis zu rechnen. Die saarpfälzischen Städte und Gemeinden haben in Anbetracht des Bevölkerungsrückgangs und der damit verbundenen Herausforderung, attraktive Wohn- und Arbeitsorte zu bleiben, im Jahr 2015 im „Demographiepakt für eine lebendige Saarpfalz“ entsprechende Leitziele entwickelt. Verschiedene Maßnahmen und Projekte werden interkommunal bis zum Jahr 2030 umgesetzt. Der Landkreis hat zudem eine „Stabstelle Demographie“ eingerichtet, die Querschnittsaufgaben des demografischen Wandels im Landkreis bearbeitet.

Abbildung 22: Bevölkerungsveränderungen im Saarpfalz-Kreis 2011–2015



Quelle: Eigene Berechnungen – AGP Sozialforschung auf Basis von INKAR-Daten

7.4.3 Wohnen, Arbeit und soziale Lage

Die Baustruktur des Landkreises weist eher ländlich geprägte bzw. kleinstädtische Charakteristika auf, beispielsweise mit 71 % einen höheren Anteil an Gebäuden mit lediglich einer Wohnung (Einfamilienhäuser etc.) als im deutschlandweiten Schnitt von 65 %. Dabei macht der Anteil von enger bebauten Ein- und Zweifamilienhäusern – wie Reihenhäusern oder Doppelhaushälften – einen besonders hohen Anteil aus (48,3 % vs. 37,8 % deutschlandweit). Auch die durchschnittliche Haushaltsgröße von 2,09 Personen pro Haushalt in Deutschland wird mit 2,16 im Saarpfalz-Kreis leicht übertroffen. Zugleich liegt der Anteil von Einpersonenhaushalten mit 33,7 % unterhalb des Durchschnittswertes für Deutschland (37 %), was ebenfalls auf eine teilweise ländliche Prägung hinweist.

Der Saarpfalz-Kreis weist in der Pendlerstatistik ein deutliches Plus an Einpendlern gegenüber den Auspendlern aus. Gemessen an der Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Landkreis fahren 9,4 % mehr Menschen von außerhalb des Landkreises zu einem Arbeitsplatz im Saarpfalz-Kreis als umgekehrt einpendeln. Zugleich müssen lediglich 2,7 % der Auspendler aus dem Landkreis zu ihrem Arbeitsplatz 50 km oder mehr fahren (Bundesschnitt 4,0 %). Diese Zahlen weisen auf einen starken Arbeitsmarkt im Landkreis hin, der sich vorwiegend im nördlichen Teil des Landkreises konzentriert. Hier sind beispielsweise große Elektrotechnik-Konzerne und Automobilzulieferer angesiedelt, aber auch die Gesundheitswirtschaft mit mehreren Kliniken sowie die drittgrößte Reha-Einrichtung in Deutschland stellen große Arbeitgeber im Landkreis dar.

Der Saarpfalz-Kreis bietet attraktive Arbeitsplätze für die gesamte Region, die ökonomische Situation der Einwohner*innen im Landkreis kann jedoch als eher durchschnittlich beschrieben werden. Das mittlere Haushalts-Nettoeinkommen liegt mit 1.817 Euro/Monat nur knapp über dem bundesweiten Schnitt von 1.787 Euro/Monat. Mit 58,0 % fällt der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Landkreis minimal niedriger als im bundesweiten Vergleich aus (58,7 %), was sich durch eine leicht unterdurchschnittliche Frauenerwerbsquote erklärt (54 % im Saarpfalz-Kreis vs. 55,4 % bundesweit). Etwas besser als im bundesweiten Vergleich ist wiederum der Anteil an Personen, die auf Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld (SGB II-Leistungen) angewiesen sind. Diese Leistungen erhalten im Saarpfalz-Kreis 7,4 statt 9,0 Personen pro 1.000 Einwohner*innen bundesweit.

Das gleiche Bild zeigt sich bezüglich der sozial benachteiligten Lage älterer Menschen, die aufgrund nicht existenzsichernder Renten auf Grundsicherung im Alter zur Finanzierung ihres Lebens zurückgreifen müssen. Mit 21,4 von 1.000 Personen ab 65 Jahren sind hiervon im Saarpfalz-Kreis etwas weniger Menschen als bundesweit (26,8 pro 1.000) betroffen.

7.4.4 Allgemeine Gesundheits- und Pflegeversorgung

Allgemeine Gesundheitsversorgung

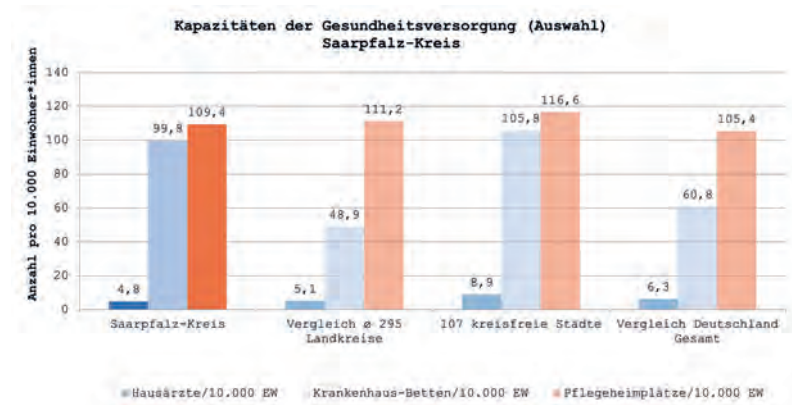
Wie in Kapitel 7.4.3 bereits ausgeführt, nimmt die Gesundheitswirtschaft im Saarpfalz-Kreis in der Ausbildung, als Arbeitgeber und damit auch als Wirtschaftsfaktor eine zentrale Rolle ein. Dank des Universitätskrankenhauses in Homburg mit über 1.100 Betten sowie des Kreiskrankenhauses St. Ingbert mit weiteren 230 Plätzen kann die Krankenhausversorgung als überdurchschnittlich gut bezeichnet werden. Die Anzahl an Krankenhausbetten pro 10.000 Einwohner*innen liegt doppelt so hoch wie im Durchschnitt der Landkreise und entspricht somit der Versorgungsdichte von Großstädten (vgl. Abbildung 23).

Das Kreiskrankenhaus St. Ingbert betreibt neben einer Geriatrischen Rehaklinik zwei Medizinische Versorgungszentren, hier MVZ Plus genannt, und schießt mit der ambulanten medizinische Versorgung und weiteren Dienstleistungen wie Essensversorgung, hauswirtschaftlichen Diensten oder der Vermittlung von Therapien regionale Versorgungslücken. Die Expert*innen vor Ort betonten die gute Kooperation des Kreiskrankenhauses mit der örtlichen Ärzteschaft und dem Pflegestützpunkt. Auch das Entlassmanagement sei, dank eines Aufnahmeassessments und vom Zeitpunkt der Aufnahme ins Krankenhaus an konsequenter Vorbereitung auf die Entlassung in die Häuslichkeit, erfolgreich. Nur fünf Prozent der Patient*innen würden in stationäre Versorgungssettings entlassen. Der umgekehrte Fall wurde für das Uniklinikum berichtet. Dort käme es immer wie-

**Krankenhaus-
versorgung
überdurch-
schnittlich gut**

der zu weithin unvorbereiteten Entlassungen, ohne dass der Sozialdienst einbezogen würde.

Abbildung 23: Kapazitäten der Gesundheitsversorgung im Landkreis Nürnberger Land



Quelle: INKAR, Darstellung AGP Sozialforschung

Hausärztliche Versorgung

Der guten Krankenhausversorgung entspricht im Saarpfalz-Kreis nur bedingt die hausärztliche Versorgung. Die Hausarzt-Dichte liegt mit 4,8 Ärzten pro 10.000 Einwohner*innen minimal unter dem Durchschnitt aller Landkreise und auch unter dem deutschlandweiten Schnitt von 6,3 Ärzten. Zwar würden allein an der Uniklinik jährlich 200 Medizinstudierende ihren Abschluss machen, doch nur ein kleiner Teil dieser Absolventen bliebe im Landkreis und die Haus- und Fachärzte konzentrieren sich stark auf die Städte im nördlichen Teil des Landkreises. Zunehmend problematisch sei somit die Situation im strukturschwächeren Süden des Landkreises. Es wurde berichtet, dass innerhalb der nächsten zehn Jahre schätzungsweise die Hälfte der Hausärzte im Landkreis in den Ruhestand gehen werde. Die Versorgung in der Fläche sei somit prospektiv stark gefährdet.

Die Versorgung mit stationären Pflegeheimplätzen entspricht im Saarland mit knapp 110 Plätzen pro 10.000 Einwohner*innen weitgehend dem Durchschnitt aller Vergleichsregionen. Die Versorgung kann somit in einer ersten Einschätzung als ausreichend bezeichnet werden.

Palliative Care und Hospizarbeit

In den Gesprächen mit Expert*innen vor Ort wurde die gute Palliativversorgung betont. Als stationäres palliatives Angebot besteht das Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie am Universitätsklinikum im Homburg tätig. Dort ist auch die bundesweit erste generationenübergreifende Palliativstation angesiedelt. Sie wurde im Jahr 2017 eröffnet.

Auch ambulante Hospizdienste würden ausreichend gefördert. Im Landkreis können Betroffene auf den Hospizverein des Caritas-

Zentrums Saar-Pfalz in Homburg zurückgreifen, die in Kooperation mit der Diakonie Pfalz Begleitung in der häuslichen Umgebung wie auch auf Palliativstationen der Krankenhäuser anbietet. Neben zwei Gruppen in Homburg existiert je eine Gruppe in Blieskastel und eine gemeinsame Gruppe für St. Ingbert und das Mandelbachtal, jeweils angeschlossen an die Sozialstationen. Getragen werden die örtlichen Gruppen ganz wesentlich durch ehrenamtlich Tätige. Im Saarland bietet der Hospizverein, entgegen der bundesweit typischen Ansiedlung von SAPV-Teams an klinische Zentren, auch SAPV-Leistungen an.

Information und Beratung

Die Pflege und Begleitung vulnerabler Menschen erfordert neben dem persönlichen Einsatz und zeitlichen Ressourcen auch spezifisches Wissen. So sind Informationen zur Kranken- und Pflegeversicherung ebenso bedeutsam für eine gelingende pflegerische Versorgung wie das Wissen um praktische Aspekte der Pflege und Betreuung.

Im Saarpfalz-Kreis existiert, wie in allen Kreisen des Saarlandes, eine kreiseigene Informations- und Beratungsstelle, das Seniorenbüro mit angeschlossenem Pflegestützpunkt in Homburg. Neben der Beratung in der Beratungsstelle werden auch Hausbesuche durchgeführt. Allerdings betonten die Verantwortlichen vor Ort, dass man häufig keinen Zugang zu den Menschen erhalte, die einer Beratung besonders bedürften. Man wünsche sich mehr präventive Hausbesuche, allerdings mangelt es hierbei offenbar an einer praktischen Umsetzung. Berichtet wurde von Altersarmut, die häufig aus Scham nicht eingestanden und stattdessen nach außen verschleiert würde. Somit sei der Anteil an Menschen mit Anspruch auf Grundsicherungsleistungen sicherlich höher als die Zahl der aktuellen Empfänger*innen. Meist kumulierten sich die Probleme dann bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit. Ähnliche Probleme gebe es in manchen Migrant*innen-Gruppen, insbesondere in der Inanspruchnahme von institutionellen Leistungen (Krankenhaus, Tagespflege, Heim). Gerade in städtischen Bereichen des Landkreises haben sich die Arbeitsmigrant*innen bis ins Alter häufig in ethnisch homogenen Gruppen bewegt, sodass erhebliche Sprachbarrieren die Inanspruchnahme von Leistungen erschweren.

Neben dem Pflegestützpunkt existieren Seniorenberatungsstellen der Caritas für St. Ingbert, des Roten Kreuzes für den Bliesgau und das Mandelbachtal, der ökumenischen Sozialstation für Kirkel und Bexbach sowie auch Angebote der Arbeiterwohlfahrt.

Dass die Beratungsangebote im Saarpfalz-Kreis insgesamt relativ wenig in Anspruch genommen werden, spiegelt auch das Ergebnis der qualitativen Studie wider: Fast alle Interviewten haben noch nie eine professionelle Beratungsstelle aufgesucht, um sich bzgl. lokaler Angebote und Sozialleistungen für pflegebedürftige Menschen beraten zu lassen – oder wurden von ihnen aufgesucht. Diese Situ-

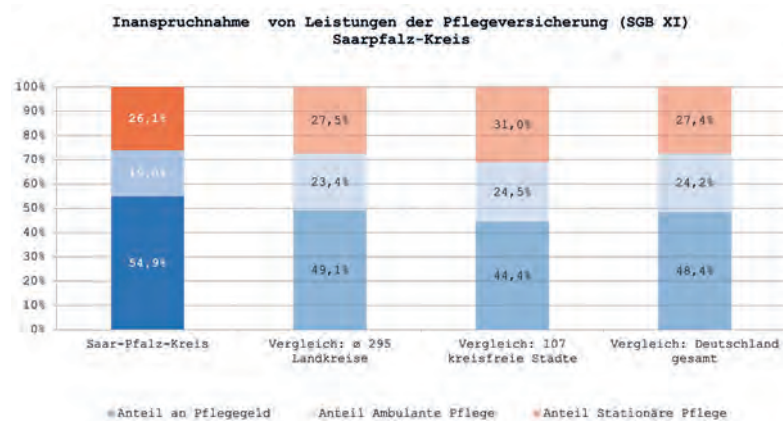
Beratungsangebote relativ wenig in Anspruch genommen

ation wird von der Mehrzahl der Interviewpersonen problematisiert; sie äußern den Wunsch nach aufsuchender Beratung. Dabei stehen zunächst Informationen über rechtliche Ansprüche oder Leistungen im Vordergrund. Darüber hinaus wünschen die Befragten, von ihren individuellen Pflegesituationen berichten zu können, z. T. gerade gegenüber „ihrer“ Kranken- bzw. Pflegekasse (s. Beitrag Bruker und Klie).

Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

74 % aller Menschen mit Pflegebedarf im Saarpfalz-Kreis leben in der eigenen häuslichen Umgebung. Drei Viertel dieser zuhause versorgten Menschen werden allein durch An- und Zugehörige sowie zum Teil durch sogenannte 24-h-Kräfte gepflegt bzw. betreut. Gemessen an allen Pflegebedürftigen sind dies knapp 55 %, ein deutlich überdurchschnittlicher Wert im deutschlandweiten Vergleich. Während die Heimquote mit 26 % nur leicht unter dem deutschlandweiten Schnitt liegt, zeigt sich die Pflege durch Ambulante Dienste mit 19 % als besonders gering ausgeprägt (vgl. Abbildung 24)

Abbildung 24: Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung im Saarpfalz-Kreis

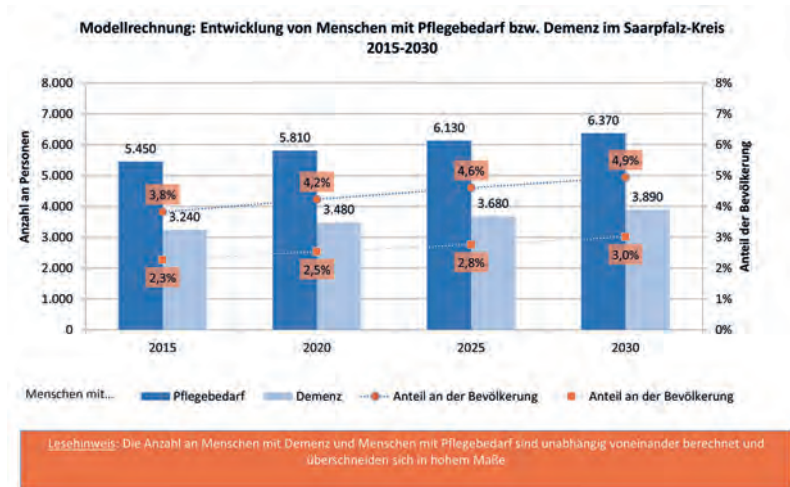


Quelle: Pflegestatistik 2015, Statistisches Landesamt, INKAR, Darstellung AGP Sozialforschung

Die alternde Bevölkerung des Saarpfalz-Kreises schlägt sich auch in dem zukünftig zu erwartenden Anteil von Menschen mit Pflegebedarf sowie von Menschen mit Demenz nieder. Dabei steigen nicht nur die Bevölkerungsanteile, sondern auch die absoluten Fallzahlen für diese beiden Bevölkerungsgruppen mit besonderem Unterstützungs- und Betreuungsbedarf kontinuierlich an. Ende 2015, zum Zeitpunkt der letzten Erhebung aller Menschen mit Pflegebedarf in der offiziellen Pflegestatistik der Länder und des Bundes, erhielten insgesamt 5.450 Personen im Saarpfalz-Kreis Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) aufgrund eigener Pflegebedürftigkeit. Dies

entspricht einem Anteil von 3,8 % der Landkreisbevölkerung (vgl. Abbildung 25), womit die mittlere Pflegequote im Saarland nur leicht über dem bundesweiten Bevölkerungsanteil von Menschen mit Pflegebedarf liegt (3,5 %). Auf Basis von Modellrechnungen, unter Berücksichtigung der zu erwartenden Alterung der Bevölkerung im Landkreis, wurden zur Entwicklung der Anzahl an Pflegebedürftigen Vorausberechnungen durchgeführt. Demnach ist im Saarpfalz-Kreis von einem Zuwachs an Menschen mit Pflegebedarf um knapp 900 Personen zwischen 2015 und 2030 auszugehen. In Verbindung mit der Abnahme der Bevölkerungszahl im Kreis ergibt sich somit ein Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung von fast 5 % im Jahr 2030.

Abbildung 25: Modellrechnung zur Entwicklung von Menschen mit Demenz und Pflegebedarf



Quelle: Pflegestatistik 2015, Bevölkerungsvorausberechnung StaLA, eigene Berechnungen

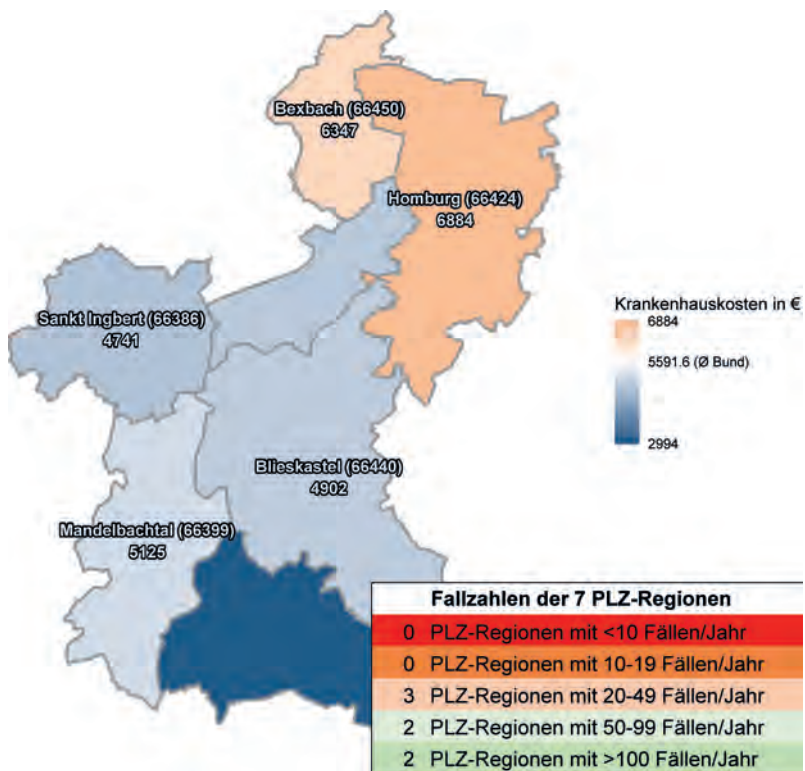
Mit steigender Lebenserwartung erhöht sich auch das Risiko, an einer Form von Demenz zu erkranken. Da die genaue Zahl von Menschen mit Demenz nicht offiziell erfasst wird, können lediglich mithilfe von Modellen Schätzwerte errechnet werden. Demnach muss man im Saarpfalz-Kreis für das Jahr 2015 von über 3.200 Menschen mit Demenzerkrankung ausgehen (siehe Abbildung 15). Dies entspricht einem landkreisbezogenen Bevölkerungsanteil von 2,3 %. Durch die zunehmende Alterung im Saarpfalz-Kreis werden auch bei Menschen mit Demenz Anteil und Anzahl zunehmen, auf schätzungsweise knapp 3.900 Personen bzw. 3 % der Bevölkerung.

Überblick zur lokalen Versorgungslandschaft

In der Übersichtskarte auf Seite 261 sind alle recherchierten pflegerischen Angebote – ggf. auch mit mehreren Standorten – in ihrer geografischen Verortung im Saarpfalz-Kreis abgebildet. Unter-

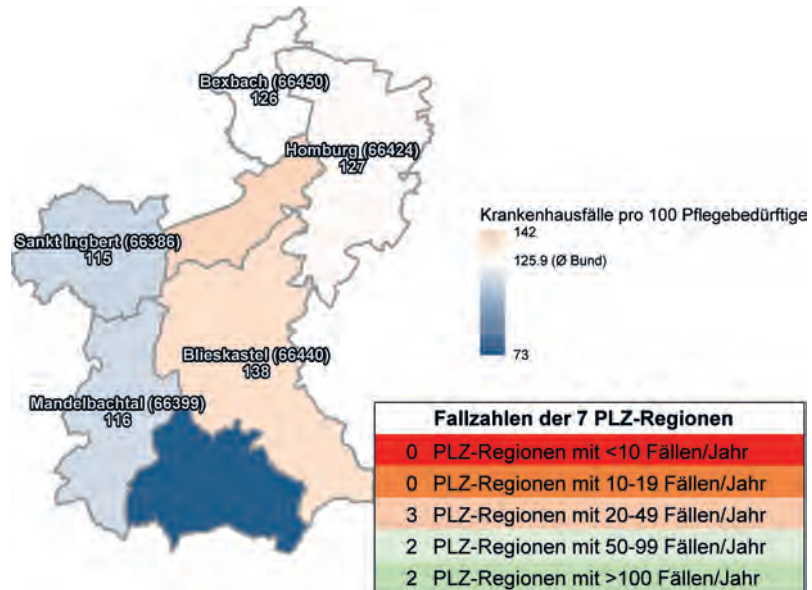
schieden wurde zwischen ambulanten (Kranken- und Altenpflege), teilstationären (meist Tagespflege) und stationären (Pfleheimen) Pflegeangeboten. Ambulant betreute Wohngemeinschaften (Pflege-/Demenz-WGs) existieren im Saarpfalz-Kreis – wie im gesamten Saarland – bisher nicht. Zudem sind die zwei Krankenhäuser in Homburg und St. Ingbert sowie die Reha-Klinik Blieskastel in der Karte aufgeführt. In den Auswertungen der GKV-Routinedaten der DAK-Gesundheit-Versicherten zeigten sich bezüglich der Krankenhauskosten pflegebedürftiger Menschen innerhalb des Landkreises deutliche Unterschiede (vgl. Abbildung 26). In Bexbach und Homburg lagen die Kosten deutlich höher als in den weiteren Regionen der Saarpfalz. Erklären lässt sich dies mit den von den Expert*innen berichteten deutlich höheren Tagessätzen in der Uniklinik in Homburg im Vergleich zum im St. Ingbert gelegenen Kreiskrankenhaus. Da die Pflegebedürftigen aus Bexbach und Homburg primär das näher gelegene Uniklinikum nutzen, fallen die Kosten in diesen Gemeinden deutlich höher aus. Erstaunlich niedrig sind die Krankenhauskosten in Gersheim (dunkelblau). Hier finden sich die mit deutlichem Abstand niedrigste Anzahl an Krankenhaufällen pro Jahr. Pro 100 Pflegebedürftige liegt diese bei lediglich 74 Aufenthalten pro Jahr, während in allen anderen Regionen mindestens 115 Aufenthalte von Pflegebedürftigen in Krankenhäusern zu verzeichnen sind, 120 im kreisweiten Schnitt, (vgl. Abbildung 27).

Abbildung 26: Krankenhauskosten für DAK-Gesundheit-Versicherte im Saarpfalz-Kreis



Quelle: AGP Sozialforschung/Optimedis; Datengrundlage DAK-Gesundheit

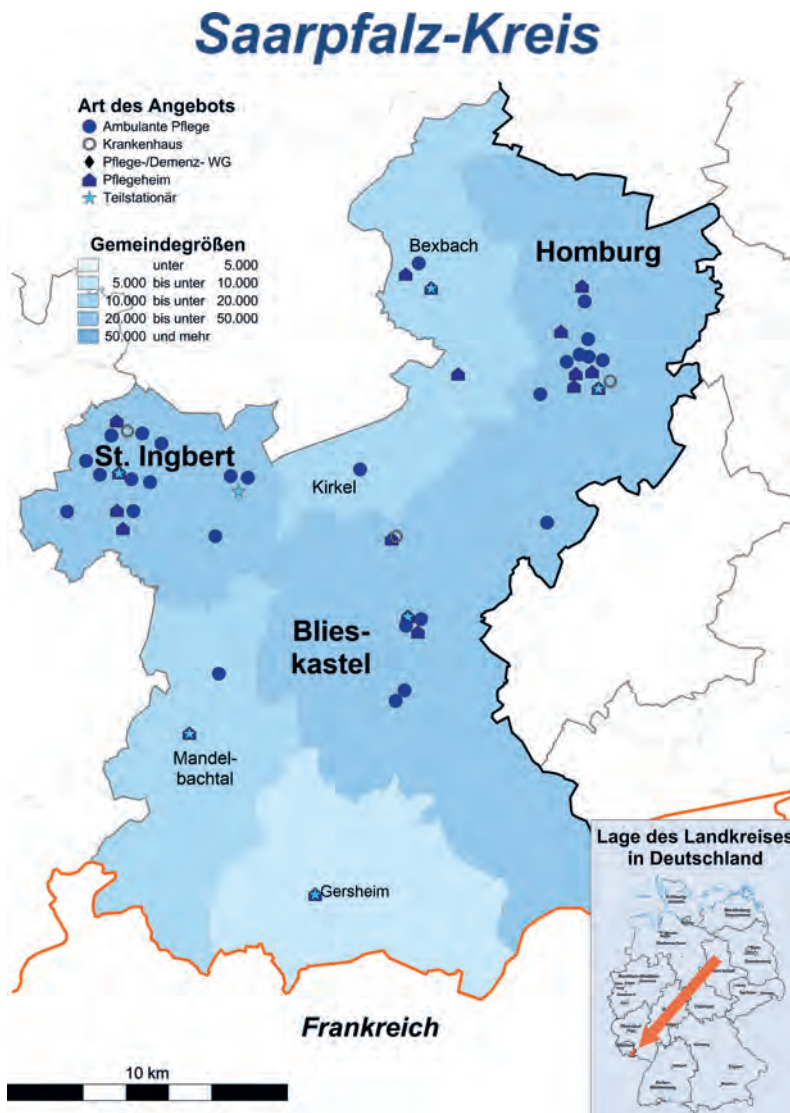
Abbildung 27: Anzahl der Krankenhausfälle für bei der DAK-Gesundheit-Versicherte Pflegebedürftige im Saarpfalz-Kreis



Quelle: AGP Sozialforschung/Optimedis; Datengrundlage DAK-Gesundheit

In der räumlichen Verteilung wird die Konzentration der mit Abstand meisten pflegerischen Angebote auf die zwei zentralen Städte Homburg und St. Ingbert deutlich. Bis auf vereinzelte Angebote in der Fläche – ambulante Dienste oder Pflegeheime, letztere nicht selten mit Tagespflege-Angeboten kombiniert – fallen ansonsten nur die vier ambulanten Pflegedienste in Blieskastel auf. Allerdings handelt es sich dabei neben der Sozialstation lediglich um drei Standorte ein und desselben Pflegedienstes.

Abbildung 28: Kartografische Darstellung der Pflegeangebote im Saarpfalz-Kreis



Quelle: AGP Sozialforschung

Häusliche Pflege

Die häusliche Pflegesituation im Landkreis wurde in den Gesprächen mit den Expert*innen als weitgehend gut beschrieben. Die Anzahl der ambulanten Pflegedienste (19 Pflegedienste sowie fünf Krankenpflegedienste) sei zwar ausreichend, jedoch würden die Dienste im Saarpfalz-Kreis am stärksten den Fachkräftemangel in der Pflege zu spüren kriegen. Die Problematik werde im Bereich der häuslichen Krankenpflege noch dadurch verstärkt, dass im Saar-

Häusliche Pflege weitgehend gut

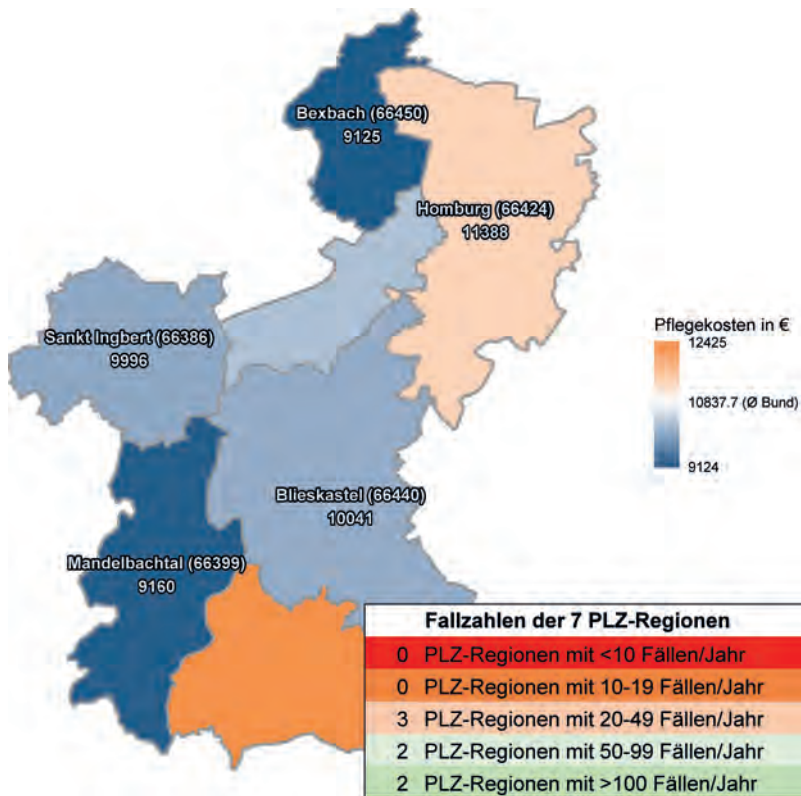
land recht hohe Anforderungen an die Leistungserbringung der Behandlungspflege geknüpft werden. So komme es faktisch zu einer Verknappung von Dienstleistungen in diesem Bereich.

Besonders prekär sei in häuslichen Settings die hauswirtschaftliche Versorgung. Ausreichend Haushaltshilfen seien nach Einführung des § 37 Abs. 1a SGB V kaum verfügbar. Haushalte müssten bei entsprechenden Anfragen zumeist bis zu drei Wochen warten, bis die Dienste erste hauswirtschaftliche Leistungen erbringen könnten. Die Interviewten der qualitativen Studie thematisieren diesen Mangel ebenfalls. Auch eine Interviewperson, die ihren Ehemann mit Unterstützung eines ambulanten Dienstes pflegt, erhielt die gewünschte hauswirtschaftliche Unterstützung erst nach längerer Wartezeit (s. Beitrag Bruker und Klie).

**Tendenz zur
Unterversor-
gung im ambu-
lanten Bereich**

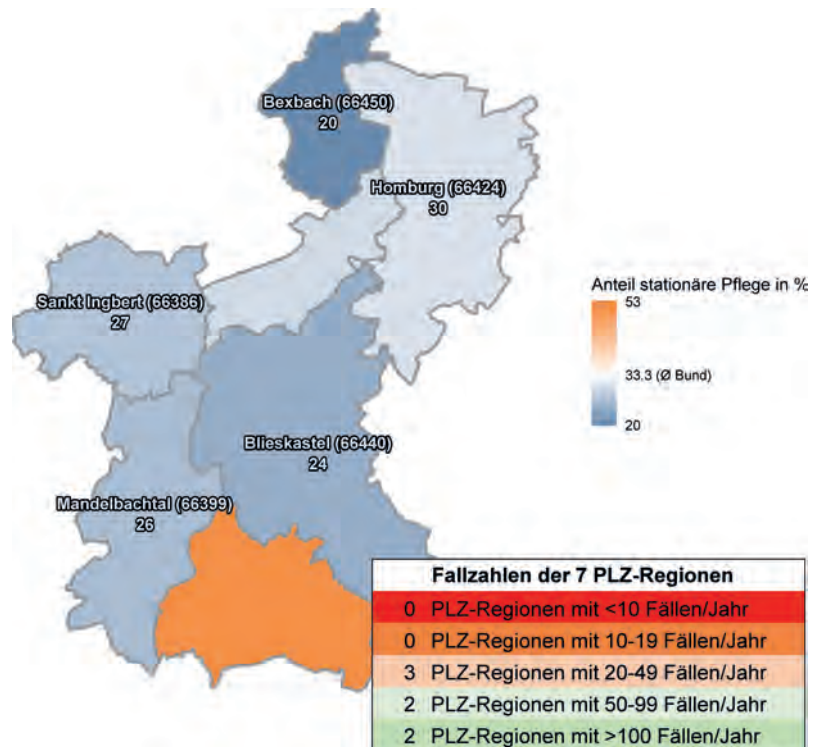
Den ambulanten Diensten im Landkreis wird eine allgemein gute Qualität zugesprochen. Allerdings sei ein Unterschied auszumachen, zwischen sozialräumlich verorteten – meist gemeinnützigen – Diensten einerseits und gewerblichen Diensten, die ihre Leistungen weniger regional verankert anböten, andererseits. Besonders in den stärker ländlichen Regionen außerhalb der Ballungsräume seien erstere aktiver bzgl. der Grundversorgung in der Breite. Dennoch deutet sich in den beiden südwestlichen Landkreisgemeinden Mandelbachtal und Gersheim, die durch viele kleine Ortschaften besonders zersiedelt strukturiert sind, allein von der räumlichen Verteilung her bereits eine Unterversorgung im ambulanten Bereich an. Vor Ort existiert lediglich ein Pflegedienst in der Ortschaft Aßweiler im Mandelbachtal (vgl. Abbildung 29). Die durch längere Anfahrtszeiten schwierigere ambulante Versorgung in Gersheim wie auch im Mandelbachtal wurden durch die lokalen Expert*innen bestätigt. In den Auswertungen der GKV-Routinedaten auf lokaler Ebene zeigen sich sodann auch mögliche Auswirkungen auf pflegebedürftige Menschen vor Ort. Für das Mandelbachtal fallen die Pflegekosten pro pflegebedürftiger Person mit durchschnittlich 9.160 Euro etwa 1.200 Euro niedriger aus als im Kreisschnitt. Es ist möglich, dass das kaum ausreichende pflegerische Angebot hierfür mit verantwortlich ist und weniger Leistungen als benötigt in Anspruch genommen werden. In der Gemeinde Gersheim wiederum ist unter den DAK-Gesundheit-Versicherten der mit Abstand höchste Anteil an stationärer Pflege im Landkreis zu beobachten (52 % vs. 30 % im Landkreisschnitt, vgl. Abbildung 30), wodurch wiederum die Pflegekosten den kreisweiten Maximalwert von 12.430 Euro pro pflegebedürftiger Person erreichen (vgl. Abbildung 29). Es steht zu vermuten, dass dies wiederum aufgrund eines fehlenden ambulanten Angebots vor Ort zutrifft und Heimeinzüge früher als in anderen Regionen realisiert werden.

Abbildung 29: Pflegekosten pro pflegebedürftigem DAK-Gesundheit-Versicherten im Saarpfalz-Kreis



Quelle: AGP Sozialforschung/Optimedis; Datengrundlage DAK-Gesundheit

Abbildung 30: Anteil der stationären Pflege der DAK-Gesundheit-Versicherten im Saarpfalz-Kreis



Quelle: AGP Sozialforschung/Optimedis; Datengrundlage DAK-Gesundheit

Beschäftigung von 24-Stunden-Kräfte in Haushalten

In einem Großteil der Pflegehaushalte im Saarpfalz-Kreis sind keine ambulanten Dienste aktiv (vgl. Abbildung 29). In den Expert*innen-Gesprächen wurde sodann auch von einem vergleichsweise hohen Anteil von Haushalten berichtet, die auf 24-Stunden-Kräfte, meist aus Osteuropa, zurückgriffen. Die Zahl der illegalen Beschäftigungen nehme allerdings zugunsten von offiziell tätigen Vermittlungsfirmen ab. Dadurch, so berichteten Vertreter*innen der Pflegeheime, ginge die Zahl der 24-Stunden-Kräfte in Pflegesettings langsam zurück, da die „halblegalen“ Anbieter von 24-Stunden-Kräften auch nicht günstiger anbieten könnten, als ein Platz im Pflegeheim koste. Dennoch wurde von den Expert*innen klar formuliert, dass ohne die ungelernten 24-Stunden-Kräfte die Pflege im Landkreis zusammenbrechen würde.

Wohnraum entscheidend bei der Abwägung von Optionen

In den durchgeführten Interviews betonte ebenfalls eine Person, dass eine 24-Stunden-Kraft keine Option darstelle, da diese nicht mit dem Pflegegeld zu finanzieren sei (s. Beitrag Bruker und Klie). Neben den als zu hoch empfundenen Kosten zeigte sich in den Interviews auch, dass die Wohnsituation und der vorhandene Wohnraum ebenfalls maßgeblich die Entscheidung für oder gegen eine 24-Stunden-Kraft beeinflussen, gerade in der Abwägung zur sta-

tionären Pflege. Für eine gelingende häusliche Pflege bei hohem Pflegebedarf sind einerseits häufig Umbauten zur Barrierefreiheit notwendig und andererseits muss adäquater Wohnraum zur Verfügung stehen, den die 24-Stunden-Kraft nutzen kann (s. Beitrag Bruker und Klie).

(Teil)stationäre Pflege

Aufgrund des hohen Anteils familialer bzw. nachbarschaftlicher Unterstützung und Pflege im Saarpfalz-Kreis stellen unterstützende Angebote wie Tages- oder Kurzzeitpflege eine wichtige Ergänzung der ambulanten Pflegesettings dar. Nach Einschätzung der Expert*innen existierten, gemessen an der Nachfrage, ausreichend Tagespflegeplätze (96 an der Zahl). Auch die Pflegeheime in den ländlichen Regionen des Landkreises haben Tagespflege-Angebote integriert, sodass eine ausreichende Versorgung dieser Regionen gewährleistet scheint. Eine Nachtpflegezulassung besäßen zwei Einrichtungen, faktisch werde dies aber weder angeboten noch genutzt. Kurzzeitpflegeplätze gäbe es ausreichend, sowohl eingestreut als auch in einem Fall solitär mit sechs Plätzen. Gerade die solitären Kurzzeitpflegeplätze würden auch im rehabilitativen Kontext genutzt und führten selten zur dauerhaften stationären Aufnahme. Diesen Aussagen zu einer guten Bedarfsdeckung laut den Pflege-Expert*innen vor Ort stehen die Nutzungszahlen der bei der DAK-Gesundheit Versicherten Pflegebedürftigen im Saarpfalz-Kreis entgegen. Demnach wird die teilstationäre Pflege eher unterdurchschnittlich genutzt (2,5 % der ambulant versorgten Personen vs. 3,6 % im Bundesschnitt). Ein Ausbau der im gesamten Kreis vorhandenen Kapazitäten scheint sinnvoll, um Überforderungssituationen in häuslichen Pflegesettings entgegenzuwirken.

Derzeit existieren 18 Pflegeheime im Saarpfalz-Kreis. Die Verteilung über den gesamten Landkreis lässt keine offensichtlichen Versorgungslücken erkennen (vgl. Abbildung 28). Da der Anteil der stationären Pflege vergleichbar zum Bundeschnitt liegt und in den Expert*innengesprächen ebenfalls keine Versorgungslücken berichtet wurden, kann von einem adäquaten Angebot in Relation zur Nachfrage nach stationärer Pflege ausgegangen werden.

Fachkräftebedarf

Während in den Expert*innen-Gesprächen kein besonders starker Fachkräftebedarf hervorgehoben wurde, zeigt eine Auswertung der gemeldeten offenen Stellen für examinierte Altenpflegekräfte einen vergleichsweise hohen Bedarf auf. Im August 2018 wurden über die Bundesagentur für Arbeit (Jobcenter) 75 offene Stellen für Fachkräfte der Altenpflege ausgeschrieben. Im Verhältnis zu den derzeit im Landkreis besetzten Fachkraftstellen ergibt sich somit ein zusätzlicher geschätzter Bedarf von 14 % neu zu besetzender Fachkraftstellen in der Altenpflege, den zweithöchsten Wert der vier betrachteten Landkreise.

**Ausreichend
Tagespflege-
plätze**

**Hoher Bedarf
an examinier-
ten Altenpfle-
gekräfte**

Die Expert*innen berichteten hingegen, dass in der Krankenpflege bisher kein Fachkraftmangel zu beobachten sei. In der Altenpflege wurde lediglich die im Kreis eher unterdurchschnittlich ausgeprägte ambulante Pflege als von Fachkraftmangel betroffen beschrieben. Eventuell ergibt sich der benannte Wert jedoch auch aus dem Ausbau bestehender Kapazitäten und muss somit nicht zwingend auf einen akuten Mangel an Fachpersonal in den Einrichtungen und ambulanten Diensten verweisen.

7.4.5 Zusammenfassung

Der Saarpfalz-Kreis vereint auf kleiner Fläche viele Gegensätze – prosperierende städtische Gebiete mit gut funktionierenden und vielfältigen Versorgungsstrukturen stehen ländlichen Gebieten mit zunehmend wachsenden Herausforderungen gegenüber. Der Landkreis weist, im Vergleich mit anderen Regionen, eine bereits deutlich gealterte und zugleich schrumpfende Bevölkerung auf und stellt dennoch einen attraktiven Wohn- und Arbeitsort in der Region dar.

Bedarfsdeckende Pflegeheime

Die räumlich gut verteilten Pflegeheime versorgen gut ein Viertel aller pflegebedürftigen Menschen im Landkreis. Sie werden als bedarfsdeckend beschrieben und haben ihr Angebotsportfolio häufig durch den Aufbau von Tagespflege-Angeboten ergänzt. Die ambulante Pflege spielt im Vergleich eine eher untergeordnete Rolle und hat am ehesten mit strukturellen Problemen, wie dem Fachkraftmangel, aber auch mit einer bedarfsangemessenen Versorgung der ländlichen Gebiete der Saarpfalz, zu kämpfen.

Derzeit übernehmen die Familien und auch in nicht unerheblichem Maße osteuropäische 24-Stunden-Kräfte ohne entsprechende Ausbildung die Pflege und Betreuung eines Großteils der pflegebedürftigen Bevölkerung. Sie werden vom Pflegestützpunkt in der Kreisstadt sowie den verteilten Seniorenberatungsstellen der Wohlfahrtsverbände mit Beratungsangeboten unterstützt. Ein Teil der älteren Menschen mit Unterstützungs- oder Pflegebedarf in prekären Lebenslagen nutzen allerdings die Beratungsangebote vor Ort trotz einschlägiger Bedarfe nicht.

Als Stärke des Saarpfalz-Kreises in der pflegerischen Versorgung kann die in der Breite gut ausgebaute und bisher wohl auch bedarfsdeckende teilstationäre Versorgung von Tages- und Kurzzeitpflegeplätzen genannt werden. Damit werden im Landkreis die Leistungsverbesserungen des Pflegestärkungsgesetzes I bzgl. der Unterstützungsangebote in der ambulanten Pflege strukturell sinnvoll aufgenommen. Angesichts des hohen Anteils an häuslicher Pflege in der Saarpfalz und einer im bundesvergleich eher unterdurchschnittlichen Nutzung der teilstationären Pflege, scheint ein Kapazitätsausbau und eine stärkere Bewerbung der teilstationären Angebote allerdings sinnvoll.

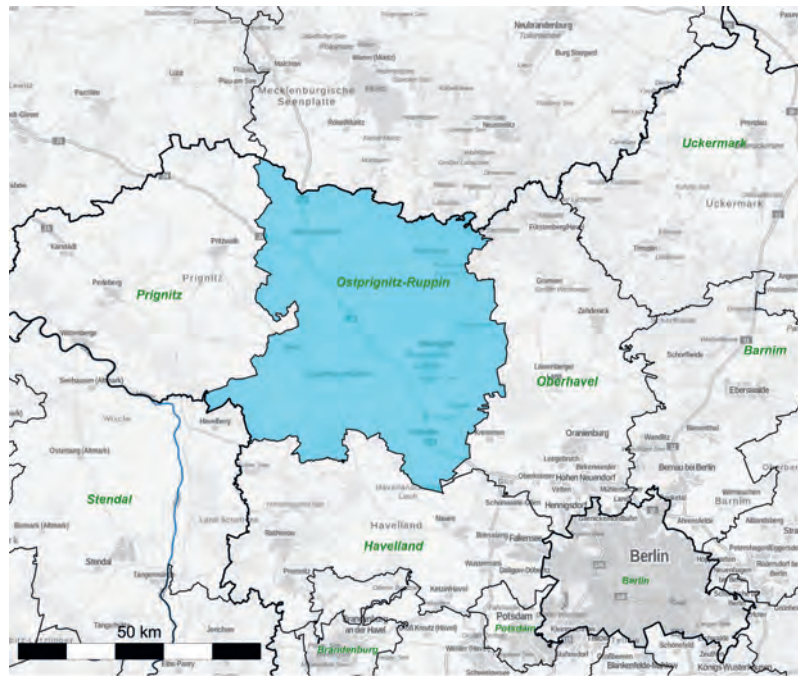
Die herausragende Bedeutung der Gesundheitswirtschaft im Landkreis ist augenfällig, auch wenn sich dies in der Haus- und Facharztdichte kaum niederschlägt und diesbezüglich mittelfristig erhebliche Mangelsituationen entstehen könnten. Welche Bedeutung eine überdurchschnittlich gut funktionierende Kooperationskultur zwischen Institutionen, Hausärzten und sozialen Diensten gewinnt, konnte am Beispiel des Kreiskrankenhauses St. Ingbert illustriert werden. Sie ist allerdings keineswegs flächendeckend gewährleistet (siehe z. B. Entlassmanagement des Universitätskrankenhauses). Zudem zeigten sich in den Gesprächen mit Expert*innen vor Ort zum Teil große Widersprüche zwischen lebensweltlichen Deutungen prekärer Pflegesituation einerseits und der Sicht der Institutionen andererseits. Die mit Pflegebedürftigkeit und ggf. spezifischen Hintergründen wie Migration oder versteckter Altersarmut assoziierten Hilfebedarfe wurden zwar erkannt, die Beantwortung verharrte aber schematisch in dem Verweis auf existente oder benötigte Dienstleistungsangebote. Eine konsequente Umsetzung eines Case-Management-orientierten Arbeitsansatzes in der Langzeitpflege, aber auch als Organisationsmodell für die im Kreis tätigen Akteure, bietet sich vor diesem Hintergrund an. Auf die konkrete „Andockfähigkeit“ dieser Bedarfe und Ansätze an das Konzept der Pflegekompetenzzentren wird von Klie und Monzer in diesem Band eingegangen.

7.5 Kreisprofil „Ostprignitz-Ruppin“

7.5.1 Der Landkreis im Überblick

Der Landkreis Ostprignitz-Ruppin liegt im Nordwesten Brandenburgs und bildet gemeinsam mit den Nachbarkreisen Prignitz und Oberhavel eine gemeinsame Planungsregion im Bundesland. Der Kreis grenzt im Norden an die Mecklenburgische Seenplatte (Mecklenburg-Vorpommern) sowie im Südwesten bei Havelberg an Sachsen-Anhalt. Die Stadtgrenze der Bundeshauptstadt Berlin ist etwa 30 km von der südöstlichen Landkreisgrenze entfernt. Ostprignitz-Ruppin gehört mit etwas mehr als 2.500 km² zu den flächenmäßig großen Landkreisen in Deutschland, auch wenn er lediglich den drittgrößten Landkreis in Brandenburg darstellt.

Abbildung 31: Lage des Landkreises im nordwestlichen Brandenburg



© GeoBasis-DE / BKG 2018 (Daten verändert)

Quelle: AGP Sozialforschung

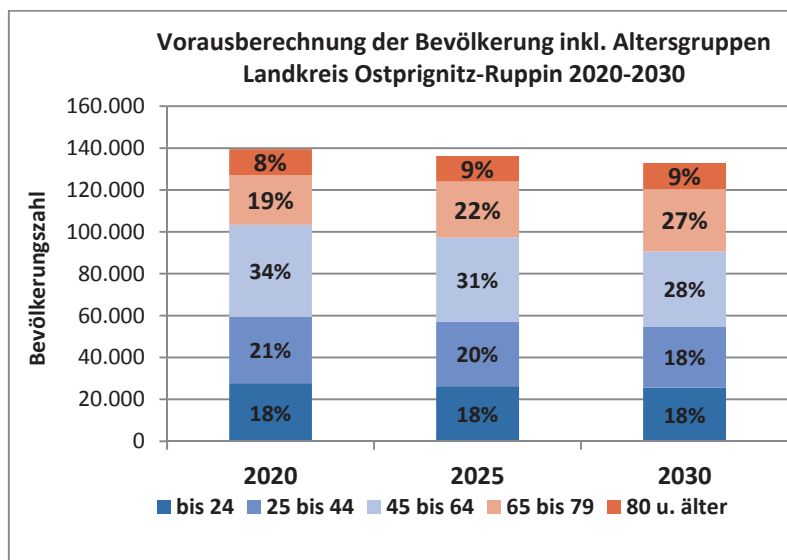
Von den 99.000 Einwohner*innen des Landkreises leben fast ein Drittel in der Kreisstadt Neuruppin, die mit 31.000 Einwohner*innen mit Abstand die größte Stadt in Ostprignitz-Ruppin ist und Angebotszentrum für den gesamten östlichen und südlichen Teil des Landkreises darstellt. Im Nordwesten nimmt die zweitgrößte Stadt des Landkreises Wittstock-Dosse (14.000 EW) ebenfalls eine Versorgungsfunktion als Mittelzentrum wahr. Die Kleinstadt Kyritz mit 9.000 Einwohner*innen an der westlichen Landkreisgrenze ist ebenfalls als Mittelzentrum eingestuft, während das ähnlich große Rheinsberg (8.000 EW) im Nordosten des Landkreises kaum Versorgungsaufgaben für die Region übernimmt. Mit seinen 23 weiteren kleinen Gemeinden und zwei Landstädten unter 5.000 Einwohner*innen und einer Bevölkerungsdichte von 39 Einwohner*innen pro km² stellt Ostprignitz-Ruppin eindeutig einen durchgehend ländlich geprägten Landkreis dar.

7.5.2 Demografie

Die demografische Struktur des Landkreises Ostprignitz-Ruppin zeigt typische Charakteristika des ländlichen Raums in Ostdeutsch-

land, in dem sich ein besonders starker sozialer und demografischer Wandel abbildet. Das Durchschnittsalter im Landkreis liegt bei 47,3 Jahren, nochmals ein Jahr über dem ebenfalls stark von Alterung betroffenen Saarpfalz-Kreis, fast 3,5 Jahre über dem Bundesdurchschnitt. Dabei ist es nicht nur der Anteil der Bevölkerung im Senior*innenalter, die 2020 bereits 27 % ausmachen werden, welche den Altersschnitt erhöhen. Ebenso trägt der vergleichsweise geringe Anteil junger Menschen unter 24 Jahren sowie der jüngeren Erwachsenen im Erwerbs- und Familienalter bis 45 Jahre hierzu bei. Die Bevölkerungsvorausberechnung für den Landkreis zeigt bis zum Jahr 2030 deshalb nochmals eine deutlich voranschreitende Alterung der Bevölkerung, da der große Anteil der 45- bis 64-Jährigen ebenfalls sukzessive in die nachberufliche Lebensphase wechselt. So werden Menschen ab 65 Jahre im Jahr 2030 voraussichtlich bereits 36 % der Bevölkerung des Landkreises Ostprignitz-Ruppin stellen (ohne Abbildung).

Abbildung 32: Bevölkerungsvorausberechnung für den Landkreis Ostprignitz-Ruppin



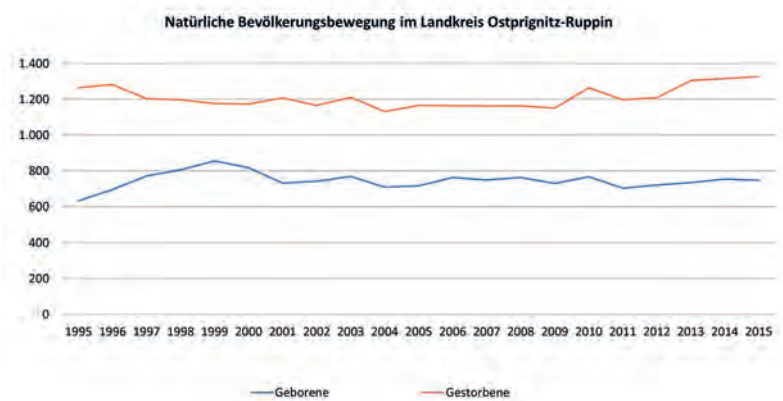
Quelle: Statistische Ämter der Länder, ies, Deenst GmbH, Wegweiser Kommune, eigene Darstellung, Datenbasis 2012

Die Bevölkerungsvorausberechnung bis 2030 weist zudem einen Rückgang der Gesamteinwohnerzahl des Landkreises aus. Zwischen 2020 und 2030 ist demnach mit einem Rückgang der Bevölkerung um fast 6 % bzw. 5.600 Personen zu erwarten.

Die Bevölkerungsentwicklung ist von zwei Faktoren abhängig, der natürlichen Bevölkerungsentwicklung, also der Geburten und Sterbefälle pro Jahr, sowie den Wanderungsbewegungen, d. h. dem Saldo aus Zu- und Abwanderung pro Jahr. Der prognostizierte Bevölkerungsrückgang im Landkreis Ostprignitz-Ruppin ist fast

ausschließlich auf die natürliche Bevölkerungsentwicklung zurückzuführen (vgl. Abbildung 33). Seit Mitte der 90er Jahre sterben im Landkreis Ostprignitz-Ruppin stets deutlich mehr Menschen als im gleichen Jahr geboren werden. Der konstant negative Saldo schwankt dabei nur unerheblich zwischen 300 Personen Ende der 1990er Jahre sowie Mitte der 2000er Jahre und in den letzten Jahren bei um die 600 Personen. Im Schnitt lag das natürliche Bevölkerungssaldo in den vergangenen 20 Jahren bei ca. -470 Personen pro Jahr.

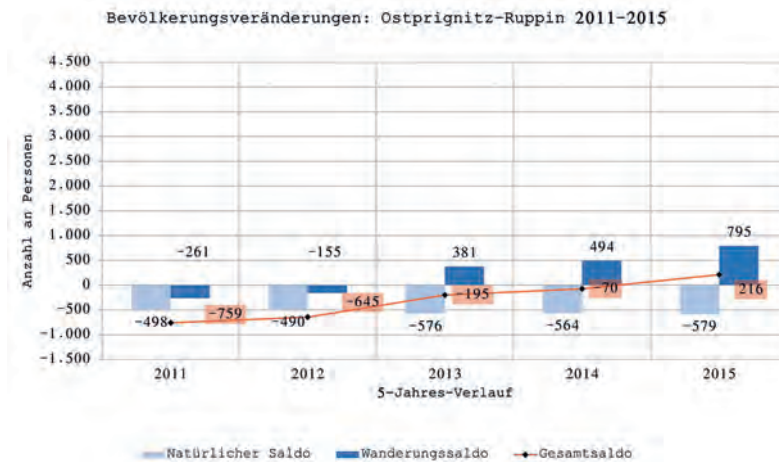
Abbildung 33: Natürliche Bevölkerungsentwicklung im Landkreis Ostprignitz-Ruppin



Quelle: Statistik der Geburten und Sterbefälle des Bundes und der Länder, INKAR, eigene Darstellung

In den Jahren 2011 bis 2015 konnte der Landkreis jedoch einen Teil der Bevölkerungsverluste über einen leicht positiven Wanderungssaldo von durchschnittlich 2,5 Personen pro 1.000 Einwohner*innen auffangen. In absoluten Zahlen zeigt Abbildung 34 diese Entwicklung auf. Während die Jahre 2011 und 2012 noch von leichten Abwanderungen gekennzeichnet waren, weisen die Jahre 2013 bis 2015 positive Wanderungszahlen von etwa 400 bis 800 Personen pro Jahr auf. Wie auch in den anderen Landkreisen stellt dies aber wohl eher einen einmaligen „Ausreißer“ dar, der sich so nicht in die Zukunft fortschreiben lässt. Besonders das Jahr 2015 war durch eine starke Zuwanderung nach Deutschland geprägt, sodass das Wanderungssaldo in allen Regionen Deutschlands in diesem Jahr besonders hoch ausfiel. Mit der nun wieder deutlich niedrigeren Zuwanderung nach Deutschland ist voraussichtlich auch in Zukunft wieder von einer leichten Nettoabwanderung in Ostprignitz-Ruppin zu rechnen.

Abbildung 34: Bevölkerungsveränderungen im Landkreis Ostprignitz-Ruppin 2011–2015



Quelle: Eigene Berechnungen – AGP Sozialforschung auf Basis von INKAR-Daten

Im Detail lassen sich die Wanderungsbewegungen über die Wanderungssalden nach Altersgruppen erklären (siehe Tabelle 5). Im Landkreis Ostprignitz-Ruppin zeigt sich demnach eine besonders hohe Abwanderung der jungen Bevölkerung. Die Anzahl der Bildungswanderer, die netto zwischen dem 18. und 24. Lebensjahr aus dem Landkreis fortziehen, ist mit knapp 4 % (39,6 pro 1.000) aller jungen Erwachsenen zwischen 18 und 24 Jahren beinahe doppelt so hoch wie im Emsland. Diese Abwanderungstendenz ist dennoch alterstypisch für den ländlichen Raum, in dem keine Studien-, und nur in begrenztem Rahmen Ausbildungsplätze vorhanden sind. Ein besonderer struktureller Nachteil zeigt sich hingegen in dem ebenfalls negativen Wanderungssaldo der 25- bis 29-Jährigen. Es bleibt zu vermuten, dass diese Gruppe hauptsächlich fortzieht, da nicht ausreichend attraktive Arbeitsbedingungen vor Ort zur Verfügung stehen. Dem entgegen zeigt sich eine gewisse Attraktivität der Region für Familien, denn diese Altersgruppen weisen anteilig die größten Wanderungsgewinne im Kreis auf. Auch der vergleichsweise hohe Saldo an älteren Ruhestandswanderern, also Menschen ab 65 Jahren, ist beachtenswert (vgl. Tabelle 5). Diese Gruppe zeigt über alle Vergleichsregionen ohnehin die geringsten Wanderungstendenzen. Möglicherweise spiegelt sich in diesen Zahlen allerdings auch ein Zuzug von pflegebedürftigen Menschen aus den ländlichen Gebieten der Nachbarkreise in günstig gelegene Pflegeheime im Landkreis Ostprignitz-Ruppin, beispielsweise nach Kyritz, Rheinsberg oder Neuruppin.

Tabelle 5: Wanderungssalden nach Altersgruppen 2011–2015

Wanderungssalden nach Altersgruppen 2011-2015 Anzahl pro 1.000 EW der jeweiligen Altersgruppe		
Altersgruppe	= Wanderungstyp	Ostprignitz-Ruppin
18- bis 24-Jährige	Bildungswanderer	-39,6
25- bis 29-Jährige	Arbeitsplatzwanderer	-4,6
30- bis 49- sowie bis 18-Jährige	Familienwanderer	6,3
50- bis 64-Jährige	Jüngere Ruhestandswanderer	2,3
65-Jährige u. Ältere	Ältere Ruhestandswanderer	2,8

Quelle: Wanderungsstatistik des Bundes und der Länder, INKAR 2018

7.5.3 Wohnen, Arbeit und soziale Lage

Die Baustruktur im Landkreis Ostprignitz-Ruppin weist hauptsächlich ländlich geprägte, in geringen Anteilen auch kleinstädtische Charakteristika auf. Mit fast 75 % beinhalten die meisten Gebäude lediglich eine Wohnung, zu großen Teilen sind dies freistehende Einfamilienhäuser (53 % aller Gebäude und damit deutlich mehr als im Saarpfalzkreis oder im Nürnberger Land). Der Anteil an Mehrfamilienhäusern, zumeist mit drei bis sechs Wohnungen, fällt im Vergleich mit den anderen hier untersuchten Landkreisen etwas höher aus (13 % vs. 8 % im Schnitt der anderen drei Landkreise). Es kann vermutet werden, dass diese Gebäude zu großen Teilen in Neuruppin zu finden sind.

Pendlerstatistik Die Pendlerstatistik zeigt, dass im Landkreis Ostprignitz-Ruppin mehr Menschen aus- statt einpendeln. Im Verhältnis zu der Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Ostprignitz-Ruppin fahren 7 % mehr Menschen zur Arbeit außerhalb des Landkreises als umgekehrt. Nur im Nürnberger Land pendeln regelmäßig mehr Menschen in die umliegenden Erwerbszentren aus. Allerdings bleibt zu vermuten, dass in Ostprignitz-Ruppin die Pendelstrecken in vielen Fällen deutlich länger sind. Darauf weist auch der Anteil an Menschen hin, die 50 km und weiter zu ihrer Arbeit fahren. Mit 3,7 % aller Beschäftigten sind dies in Ostprignitz-Ruppin fast so viele Menschen wie im ebenfalls sehr großflächig-ländlichen Landkreis Emsland (4,1 %). Das Kreisprofil des Landesamtes für Bau und Verkehr Brandenburg weist für die Pendler*innen-Bewegungen im Landkreis Ostprignitz-Ruppin aus, dass 20 % der Pendler*innen nach Berlin zur Arbeit fahren und 50 % in andere Brandenburger Landkreise.

Schwerpunkt für Einpendler*innen ist die Kreisstadt Neuruppin mit ca. 7.000 Einpendler*innen, von denen auch vergleichsweise viele Menschen wiederum aus Berlin kommen (vgl. Landesamt für Bauen und Verkehr des Landes Brandenburg 2015). Die Wirtschaftsstruktur im Landkreis ist überwiegend von mittelständischen Unternehmen geprägt. Neben der Gesundheitswirtschaft als Branche mit den meisten Beschäftigten im Kreis ist die verarbeitende Industrie in den Bereichen Chemie-, Metall- und Holzwirtschaft von Bedeutung (Regionalentwicklungsgesellschaft Nordwestbrandenburg 2015). Größter Arbeitgeber ist ein Holzverarbeitendes Unternehmen im Nordwesten des Landkreises.

Als ländlich geprägte Region in Ostdeutschland fällt das durchschnittliche Haushalts-Nettoeinkommen deutlich niedriger aus als in den Vergleichsregionen. Mit 1.445 Euro/Monat liegt es mehr als 300 Euro unter dem bundesweiten Schnitt von 1.787 Euro/Monat. Dabei liegt die Beschäftigtenquote mit 59,5 % über dem bundesweiten Schnitt (58,7 %). Während die Frauenerwerbsquote bei 60 % und damit überdurchschnittlich hoch liegt, ist die Erwerbsquote von Männern etwas niedriger mit 59,1 %. Trotz der hohen Erwerbsquote sind vergleichsweise viele Menschen langzeitarbeitslos bzw. leben in Bedarfsgemeinschaften mit Personen, die Arbeitslosengeld II erhalten (SGB II-Leistungen) – 13,6 Personen pro 1.000 Einwohner*innen im Landkreis liegen klar über den 9,0 Personen im Bundesschnitt. Zugleich wird Grundsicherung im Alter allerdings weniger häufig in Anspruch genommen als im bundesweiten Schnitt. 12,0 von 1.000 Personen ab 65 Jahren nehmen diese Leistung aufgrund niedriger Renten in Anspruch, nicht einmal halb so viele wie durchschnittlich in der Bundesrepublik (26,8 pro 1.000).

**Haushalts-
Nettoeinkommen deutlich
niedriger im
Vergleich**

7.5.4 Allgemeine Gesundheits- und Pflegeversorgung

Allgemeine Gesundheitsversorgung

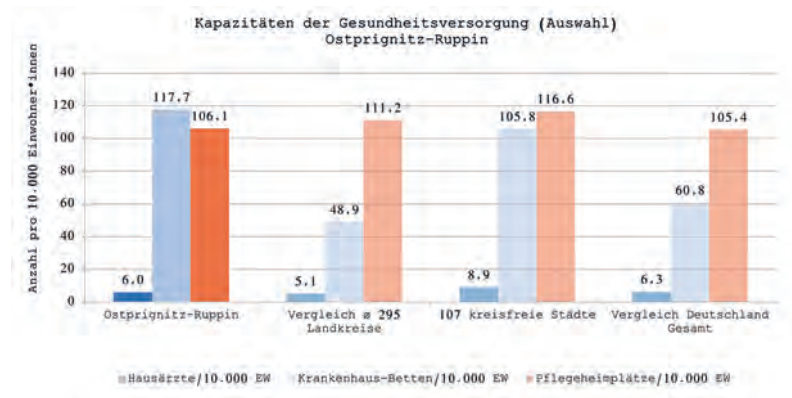
Die Gesundheitswirtschaft im Landkreis Ostprignitz-Ruppin zählt mit über 4.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zu den größten Wirtschaftssektoren im Kreis. Drei private Kliniken an den Standorten Neuruppin (800 Betten) sowie Kyritz (170 Betten) und Wittstock (125 Betten) stellen als Gesundheitszentren einen Teil der medizinischen Grundversorgung sicher. Insgesamt ergibt sich im Landkreis eine gleichmäßige räumliche Verteilung der Kliniken auf die drei Mittelzentren im Landkreis. Auch die Gesamtkapazität an Betten weist auf eine gute Krankenhausversorgung hin, die sogar etwas oberhalb des bundesweiten Schnitts liegt (vgl. Abbildung 35). Die mit einem Krankenhausaufenthalt verbundenen Kosten für Menschen mit einem Pflegebedarf liegen im Vergleich zu allen Vergleichsregionen und auch im bundesweiten Vergleich deutlich über dem statistischen Mittel. Mit ca. 6.420 Euro sind die Kosten etwa 15 % höher als in deutschlandweiten Schnitt. Dies ist nicht auf die Zahl der Krankenhaüsufälle pro Jahr zurückzuführen – sie liegen

**Höchste Kranken-
hauskosten unter allen
Vergleichs-
regionen**

zwar mit 123 pro 100 Pflegebedürftigen über denen der Vergleichsregionen, aber immer noch unter dem Bundesschnitt von 126 Aufnahmen pro Jahr.

Die hausärztliche Versorgung kann im Mittel mit 6,0 Hausärzt*innen pro 10.000 Einwohner*inne als relativ durchschnittlich bezeichnet werden (Bundesschnitt 6,3 Ärzte pro 10.000 EW). Vermutet werden kann, dass die Versorgungsdichte abseits der Mittelzentren deutlich abnimmt und somit teilweise weite Wege zu Hausärzt*innen in Kauf genommen werden müssen. Die Versorgung mit stationären Pflegeheimplätzen entspricht im Landkreis Ostprignitz-Ruppin mit knapp 106 Plätzen pro 10.000 Einwohner*innen ziemlich exakt dem bundesweiten Durchschnitt.

Abbildung 35: Kapazitäten der Gesundheitsversorgung im Landkreis Ostprignitz-Ruppin



Quelle: INKAR, Darstellung AGP Sozialforschung

Palliative-Care & Hospizarbeit

Die palliative Versorgung und die Hospizarbeit dienen dazu, schwer sowie lebensverkürzend erkrankte Menschen zu unterstützen. Beide Bereiche ergänzen die oft bereits bestehenden Sorgearrangements. Häufig stehen dabei Aspekte der Schmerzbehandlung sowie seelsorgerischer Begleitung im Vordergrund. Im Landkreis Ostprignitz-Ruppin existieren zwei hospizliche Angebote: Der ambulante Hospizdienst Kyritz sowie ein Palliativstützpunkt in Neuruppin mit stationärem Hospiz und einem ehrenamtlichen ambulanten Hospizdienst.

Information und Beratung

Die Pflege und Begleitung vulnerabler Menschen erfordert neben dem persönlichen Einsatz und zeitlichen Ressourcen auch spezifisches Wissen sowie häufig fachlich qualifizierte Unterstützung. So sind Informationen zur Kranken- und Pflegeversicherung ebenso bedeutsam für eine gelingende pflegerische Versorgung, wie das Wissen um praktische Aspekte der Pflege und Betreuung.

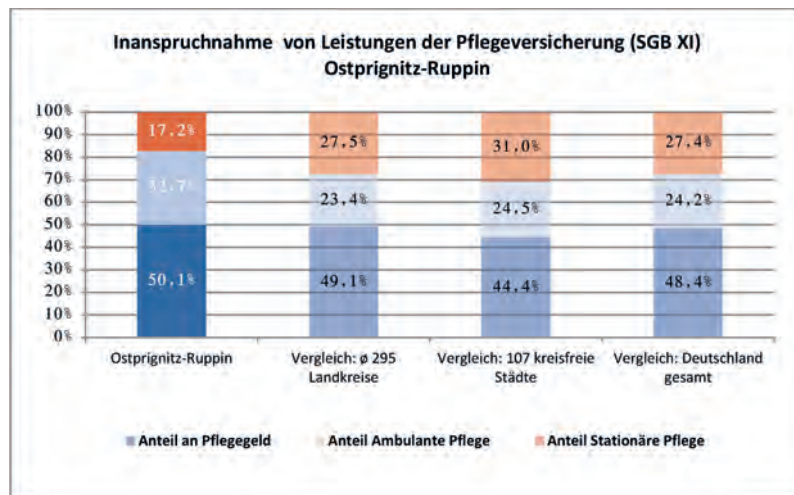
Im Informations- und Beratungszentrum des Landkreises Ostprignitz-Ruppin in Neuruppin ist neben vielen anderen Beratungsstellen auch der Pflegestützpunkt mit Pflegeberatung integriert. Einmal die Woche existiert zudem eine feste Sprechzeit in Wittstock. Darüber hinaus können individuelle Termine oder Hausbesuche vereinbart werden. Weitere Beratungsangebote existieren über die Wohlfahrtsverbände.

Neben der Beratung auf Pflege angewiesener Personen sowie deren An- und Zugehöriger verfügt der Landkreis über ein ergänzendes Beratungsangebot, das durch die sogenannten „Fachstellen Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg“ (FAPIQ) angeboten wird. Koordiniert wird das Verbundprojekt mit Sitz in Potsdam durch die Vereine Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., der Alzheimer Gesellschaft Brandenburg e. V. und dem Institut für gerontologische Forschung e. V. Die Schwerpunkte der angebotenen Beratungsleistungen liegen dabei auf den Themenbereichen Wohnen, alltagsunterstützenden Angebote, Quartiersentwicklung sowie kommunale Altenhilfe- und Pflegeplanung. Die Fachstellen richten ihre Angebote vor allem an Personen und Initiativen, die den Aufbau alter(n)sgerechter Quartierskonzepte oder alternativer Wohn-Pflege-Formen beabsichtigen und begleiten diese durch handlungsstärkende Beratungs- und Informationsleistungen.

Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Menschen mit Pflegebedarf im Landkreis Ostprignitz-Ruppin leben deutlich seltener als in anderen Regionen in Pflegeheimen (17 % vs. 27 % bundesweit). Diese niedrige Heimquote bedeutet zugleich, dass 73 % aller Menschen mit Pflegebedarf im Landkreis Ostprignitz-Ruppin in der eigenen häuslichen Umgebung wohnen. Ein Großteil dieser Menschen wird dabei allein durch An- und Zugehörige sowie vermutlich auch teilweise durch sogenannte 24-Stunden-Kräfte gepflegt bzw. betreut. Gemessen an allen Pflegebedürftigen sind dies – leicht überdurchschnittlich im deutschlandweiten Vergleich – knapp 50 %. Die professionelle ambulante Pflege durch Pflegedienste und Sozialstationen hingegen ist sehr viel stärker vertreten als insgesamt in Deutschland der Fall (knapp 33 % vs. 24 % in Gesamt Deutschland) (vgl. Abbildung 35). Die durch OptiMedis analysierten Versicherten-Daten der DAK-Gesundheit verweisen ebenso auf einen überdurchschnittlichen Anteil zu Hause versorgter Personen, wenn auch hier die Pflege durch Angehörige nochmals stärker vertreten ist (68%). Durch die Häufigkeit häuslicher Pflegearrangements sowie die Konzentration alternativer ambulanter und (teil-)stationärer Pflegeangebote auf die Gemeinden Neuruppin und Wittstock/Dosse (siehe Abbildung 39), lassen sich auch die für den Landkreis größtenteils als unterdurchschnittlich zu bewertenden Pflegekosten von rund 9.300 Euro pro Jahr begründen. Bundesweit betragen diese für die DAK-Gesundheit-Versicherten jährlich etwa 10.840 Euro (siehe Abbildung 36).

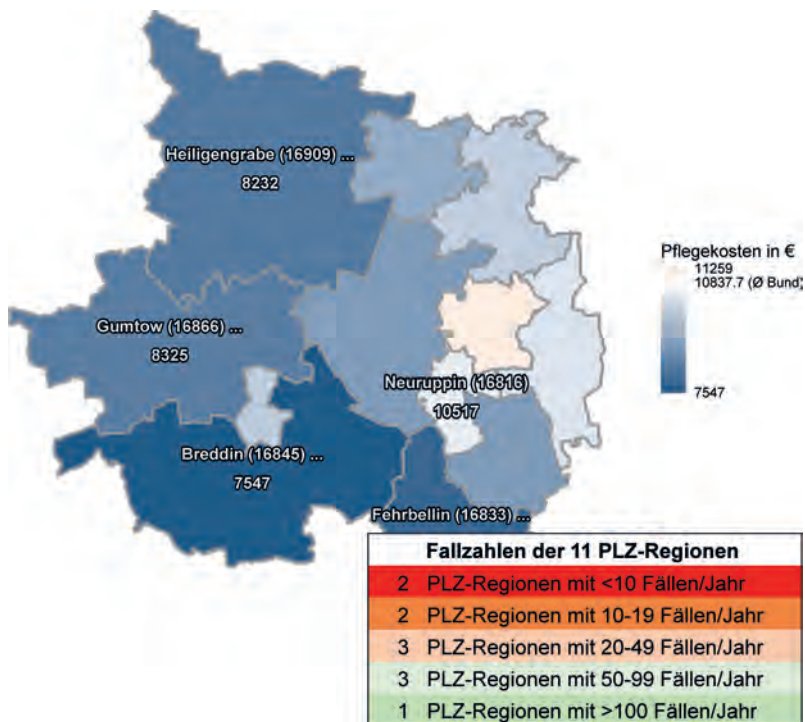
Abbildung 36: Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung im Landkreis Ostprignitz-Ruppin



Quelle: Pflegestatistik 2015, Statistisches Landesamt, INKAR, Darstellung AGP Sozialforschung

Wie in Kapitel 7.5.2 gezeigt, ist die Bevölkerung in Ostprignitz-Ruppin von allen Vergleichsregionen am ältesten. Zugleich verzeichnet sie einen Bevölkerungsrückgang sowie eine auch zukünftig zunehmende Alterung. Diese Kombination erschwerender demografischer Faktoren schlägt sich besonders deutlich in der aktuellen und insbesondere zukünftigen Zahl an Menschen mit Pflegebedarf nieder. Die Pflegequote in Relation zur Bevölkerung betrug im Jahr 2015 bereits 5,8 % – deutschlandweit waren es lediglich 3,5 %. Die absolute Zahl an pflegebedürftigen Menschen betrug somit 5.720 Personen. Diese Problematik wird durch die vergleichsweise sehr früh eintretende Pflegebedürftigkeit der Landkreisbevölkerung noch verstärkt. Die DAK-Gesundheit-Versicherten im Landkreis entwickeln mit durchschnittlich 71 Jahren fast sieben Jahre früher als im bundesdeutschen Vergleich erstmals einen Pflegebedarf. Entsprechend niedrig ist auch das Sterbealter dieser Personengruppe. So versterben die Versicherten im Landkreis mit durchschnittlich 76,9 Jahren fast fünf Jahre früher als die bundesdeutsche DAK-Referenzgruppe (82,5 Jahre). Bemerkenswert ist zudem, dass sich vergleichbare Effekte auf den gesamten östlichen Teil Deutschlands beziehen lassen. So zeigt die Abbildung 20 in Lewin et al. in diesem Band den stark überdurchschnittlich frühen Eintritt in die Pflegebedürftigkeit in nahezu allen DAK-Gesundheit-Vergleichsregionen in den östlichen (sog. neuen) Bundesländern. Ein ähnliches Bild lässt sich anhand der Abbildung 22 in Lewin et al. in diesem Band bezüglich des durchschnittlichen Sterbealters nachvollziehen.

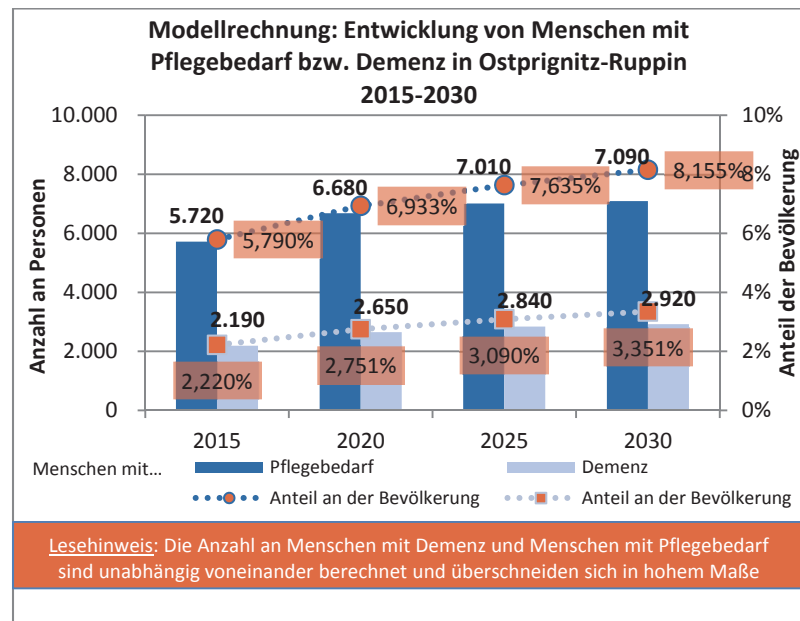
Abbildung 37: Pflegekosten pro versicherte Person mit Pflegebedarf im Jahr im Landkreis Ostprignitz-Ruppin



Quelle: AGP Sozialforschung/Optimedis; Datengrundlage DAK-Gesundheit

Das Verhältnis der Pflegebedürftigen zur gesamten Landkreisbevölkerung wird sich im Landkreis Ostprignitz-Ruppin voraussichtlich auf 8,2 % im Jahr 2030 erhöhen, was einer Personenzahl von fast 7.100 Menschen entspricht. Im Vergleich bedeutet dies, dass im Jahr 2030 insgesamt 24 % mehr Menschen auf Pflege angewiesen sein werden, als noch 15 Jahre zuvor. Für diese 1.300 zusätzlichen pflegebedürftigen Personen gilt es, adäquate Pflege- und Unterstützungsangebote zu etablieren. Derzeit übernehmen noch die Familien zur Hälfte die Pflegeaufgaben in Eigenregie. Fraglich ist, inwieweit diese Sorgesysteme in Lage sein werden, den zu erwartenden hohen Pflegebedarf in Zukunft zu bewältigen. Dementsprechend müssen voraussichtlich die Kapazitäten in der stationären und in der im Landkreis besonders wichtigen ambulanten Pflege wachsen. Auch der Ausbau unterstützender teilstationärer Angebote für die häusliche Pflege wird dringend benötigt. Hier ist laut Daten der DAK Gesundheit der Landkreis Ostprignitz-Ruppin Schlusslicht in der Nutzung. Nur 1,5 % der zuhause lebenden Pflegebedürftigen nutzen teilstationäre Pflegeangebote – im deutschlandweiten Schnitt sind dies mehr als doppelt so viele (3,6 %).

Abbildung 38: Modellrechnung zur Entwicklung von Menschen mit Demenz und Pflegebedarf



Quelle: Pflegestatistik 2015, Bevölkerungsvorausberechnung StaLA, Eigene Berechnungen

Mit steigender Lebenserwartung erhöht sich auch das Risiko, an einer Form von Demenz zu erkranken. Da die genaue Zahl von Menschen mit Demenz nicht offiziell erfasst wird, können lediglich mithilfe von Modellen Schätzwerte errechnet werden. Für das Jahr 2015 ist nach der Modellrechnung im Landkreis Ostprignitz-Ruppin von knapp 2.200 Menschen mit demenzieller Erkrankung auszugehen (siehe Abbildung 38). Dies entspricht einem landkreisbezogenen Bevölkerungsanteil von 2,2 %. Durch die zunehmende Alterung im Landkreis werden auch bei Menschen mit Demenz Anteil und Anzahl auf schätzungsweise über 2.900 Personen bzw. 3,4 % der Bevölkerung zunehmen.

Die vorausgegangenen Ergebnisse ließen zunächst vermuten, dass im Landkreis Ostprignitz-Ruppin ein hoher Anteil von Versicherten mit entsprechend hohem Pflegebedarf – bspw. Pflegestufe II oder III – lebt. Die Ergebnisse der durch OptiMedis analysierten Routinedaten zeichnen jedoch ein konträres Bild. Bei einem Großteil der Versicherten wurde im betrachteten Zeitraum 2013 bis 2016 lediglich ein Pflegebedarf gemäß der Pflegestufe I festgestellt. Eine mögliche Erklärung kann auch hier – ähnlich wie im Emsland – in den bereits beschriebenen familienorientierten häuslichen Pflegearrangements begründet sein. Die deutlich unterdurchschnittliche Nutzung professioneller stationärer Pflegeangebote (siehe Abbildung 36), besonders in den sehr ländlich gelegenen Kreisregionen, und eine

entsprechend geringere Veranlassung einer individuellen Neubegutachtung des Pflegebedarfs könnten so zu einer Unterrepräsentation des tatsächlich als höher zu bewertenden Pflegebedarfs in der Allgemeinbevölkerung des Landkreises führen. Für diese Vermutung spricht auch das deutlich abgesenkte Sterbealter.

Überblick zur lokalen Versorgungslandschaft

In der Übersichtskarte (siehe Abbildung 39) sind alle recherchierten pflegerischen Angebote – ggf. auch mit mehreren Standorten – in ihrer geografischen Verortung im Landkreis Ostprignitz-Ruppin abgebildet. Unterschieden wurde zwischen ambulanten (Kranken- und Altenpflege), teilstationären (meist Tagespflege) und stationären (Pflegeheimen) Pflegeangeboten. Auch die drei Krankenhäuser in Neuruppin, Kyritz und Wittsock wurden in der Karte eingetragen, ebenso wie neue Wohnformen für Menschen mit Pflegebedarf und Demenz in Form von ambulant betreuten Wohngemeinschaften (Pflege-/Demenz-WGs). Hiervon existieren im Landkreis Ostprignitz-Ruppin bereits einige Angebote, allerdings sind diese meist informeller Art und konnten ohne Expert*innenwissen vor Ort nicht alle für die Kartographierung recherchiert werden. Laut AOK bestanden 2017 etwa fünfzehn ambulant betreute Wohnformen im Landkreis (vgl. Ministerium für Arbeit Soziales Gesundheit Frauen und Familie des Landes Brandenburg 2017). Eindeutig zugeordnet werden konnten fünf Wohngemeinschaften in Neuruppin und vier in Wittstock/Dosse. Da ambulant betreute Wohngemeinschaften eine ähnliche Versorgungssicherheit bzgl. Betreuung und Pflege bis zum Tod ermöglichen wie Pflegeheime, erklärt sich aufgrund der recht weiten Verbreitung im Landkreis Ostprignitz-Ruppin ggf. in Teilen die besonders hohe ambulante Pflege im Vergleich zur geringen Pflegeheimquote.

Im Landkreis existieren insgesamt 44 Pflegedienste, 13 Pflegeheime sowie 13 Tagespflege-Einrichtungen. Die einzige solitäre Kurzzeitpflege-Einrichtung in Neuruppin gehört zum Neuruppiner Krankenhaus. In der räumlichen Verteilung der Angebote wird die starke Konzentration auf die Kreisstadt Neuruppin deutlich. Auch Wittstock und in Ansätzen Kyritz, Rheinsberg sowie Neustadt an der Dosse weisen jeweils mehrere ambulante bzw. stationäre Angebote auf. Die geringste Angebotsdichte findet sich an der nördlichen Landkreisgrenze, im Südosten sowie im Landkreisinernen zwischen den drei Mittelzentren, in Temnitzquell und Umgebung.

bevorstehen. Dabei ist Ostprignitz-Ruppin durch das starke Zentrum Neuruppin, eine gute Verkehrsanbindung und nicht zuletzt die Nähe zu Berlin keinesfalls als strukturschwache Region zu bezeichnen.

Der Landkreis Ostprignitz-Ruppin kann hinsichtlich des frühen Eintretens der Pflegebedürftigkeit sowie des deutlich früheren Verstehens der pflegebedürftigen DAK-Versicherten als „Stellvertreter-Landkreis“ für den gesamten ostdeutschen Raum begriffen werden. Abbildung 22 in Lewin et al. in diesem Band und Abbildung 31 heben dies mehr als deutlich hervor. Es kann angenommen werden, dass es sich bei diesen Beobachtungen auch um Nachzugseffekte handelt, die auf die DDR-Vergangenheit dieser Region Deutschlands zurückzuführen sind. Gerade mit Blick auf das Thema der gesundheitlichen Versorgung liegt der Gedanke nahe, dass Effekte einer unzureichenden präventiven, kurativen sowie rehabilitativen Versorgung in Verbindung mit einem eingeschränkten Arbeitsschutz und einer gemeinhin niedrigen Gesundheitsförderung sich auch nach vielen Jahren am Lebensende zeigen. Hierauf weisen unter anderem auch die überdurchschnittlich hohen Krankenhauskosten hin. Ein weiterer denkbarer Erklärungsansatz für diese Beobachtung bietet die hohe häusliche Versorgungsquote durch An- und Zugehörige, die oft in problematische Lebens- und Pflegesituationen münden. Hieraus kann eine zusätzliche Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen entstehen. Neben diesen Erklärungsansätzen bleibt als Fazit: Eine Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse ist, zumindest in Bezug auf die beschriebenen Dimensionen, nicht gegeben.

Herausfordernd für die zukünftige Regionalentwicklung im Landkreis Ostprignitz-Ruppin ist die Kombination aus der Alterung der Bevölkerung und dem Bevölkerungsrückgang. Innerhalb der nächsten zehn bis fünfzehn Jahre wird sich diese Entwicklung deutlich auf das Pflegesystem im Landkreis auswirken. Fraglich ist, wie sich die Pflege und Betreuung angesichts des allgemeinen Fachkräftemangels in der Altenpflege und den eher niedrigen Löhnen in der Region entwickeln.

Ob Familien und Nachbarschaften im Landkreis Ostprignitz-Ruppin in Zukunft notgedrungen mehr Pflege- und Betreuungsaufgaben übernehmen müssen oder ganz andere Versorgungsformen entwickelt werden, bleibt abzuwarten. Ggf. wird sich auch der Ausbau der ambulanten Pflege weiter fortsetzen, in der ein geringerer Anteil an Fachkräften pro betreute Person notwendig ist als im stationären Bereich. Ein dazu passender Baustein könnte zudem der Ausbau und die (kommunal)politische Unterstützung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften im Landkreis sein, die mit einer intelligenten Aufgabenteilung zwischen An- und Zugehörigen, Alltagsbegleitung und auf Vorbehaltsaufgaben konzentrierter Präsenz von Pflegekräften eine mögliche Antwort auf die stark steigenden Pflegebedarfe darstellen könnten (vgl. Klie et al. 2017).

Stellvertreter-Landkreis „Ostprignitz-Ruppin“

Ggf. Ausbau der ambulanten Pflege

Auch die teilstationäre Pflege ist im Landkreis unterentwickelt und ein Ausbau dieser Angebote muss angesichts zunehmend herausfordernder häuslicher Pflegearrangements auf der Agenda stehen. Vor diesem Hintergrund scheint auch eine Case-Management-basierte Begleitung von Pflegehaushalten im Landkreis Ostprignitz-Ruppin besonders wichtig – ebenso wie eine auf Effizienz gerichtete Kooperation und Koordination im Landkreis. Der Pflegestützpunkt sowie die Fachstellen „Altern und Pflege im Quartier“ bieten hierfür eine wichtige professionelle und strukturelle Basis.

7.6 Literaturverzeichnis

- Klie, Thomas; Heislbetz, Claus; Schuhmacher, Birgit; Keilhauer, Anne; Rischard, Pablo; Bruker, Christine (2017): Ambulant betreute Wohngruppen. Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Hg. v. AGP Sozialforschung und Hans-Weinberger-Akademie. Berlin.
- Landesamt für Bauen und Verkehr des Landes Brandenburg (Hg.) (2015): Kreisprofil 2015. Landkreis Ostprignitz-Ruppin. Hoppgarten (Berichte der Raumb Beobachtung).
- Ministerium für Arbeit Soziales Gesundheit Frauen und Familie des Landes Brandenburg (Hg.) (2017): Daten und Fakten zur Pflege im Landkreis Ostprignitz-Ruppin. Analyse der Pflegestatistik 2015. Potsdam (Pflegeoffensive Brandenburg).
- Regionalentwicklungsgesellschaft Nordwestbrandenburg (Hg.) (2015): Wirtschaft in Ostprignitz-Ruppin. Der richtige Standort.
- Zehe, Manfred; Görtler, Edmund (2012): Seniorenpolitisches Gesamtkonzept für den Landkreis Nürnberger Land. Teilbericht 2: Bestands- und Bedarfsermittlung nach Art. 69 Abs. 1 AGSG. MODUS – Institut für angewandte Wirtschafts- und Sozialforschung. Bamberg.

8. Kompetenzzentren – Innovationsstrategie für die Langzeitpflege

Thomas Klie, Michael Monzer

8.1 Warum Pflegekompetenzzentrum? Hintergründe und Herausforderungen

Die Versorgung älterer auf Pflege angewiesener Menschen stellt sich als eine der großen gesellschafts- und sozialpolitischen sowie kulturellen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte dar. Die Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen steigt, die zur Versorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen gehen zurück, sowohl in den Familien, die die Hauptaufgaben der Pflege und Sorge bislang leisten, als auch im professionellen Sektor: Der Fachkräftemangel wird auch und gerade die Langzeitpflege treffen. Zudem ist eine zum Teil dramatische Diskrepanz zwischen dem Fachwissen, das sich in den Disziplinen der Pflegewissenschaft, der Medizin und der Sozialen Arbeit auf der einen Seite entfaltet, und der alltäglichen Praxis auf der anderen Seite zu verzeichnen. Dies führt nicht nur zur Verletzung fachlicher Standards, sondern auch zur alltäglichen Gefährdung von Menschenrechten sowohl in der eigenen Häuslichkeit als auch im Heim. Eingebettet ist das Thema der Versorgung von auf Pflege angewiesenen Menschen in ausgeprägte Ambivalenzen der Gesellschaft zu den Themen, die mit dem Begriff der Pflegebedürftigkeit assoziiert werden: Verlust von Selbstbestimmung, Angewiesenheit auf fremde Hilfe, Einbußen in der mentalen und physischen Leistungsfähigkeit. Verbunden ist das Thema schließlich mit Fragen der fairen Verteilung von Sorge- und Pflegeaufgaben in der Gesellschafts- und Geschlechterordnung. Die Antworten auf die Herausforderungen verlangen Anstrengungen von der gesamten Gesellschaft: Die Garantie professioneller Unterstützung, bedarfsgerechte, leistungsfähige Infrastrukturen vor Ort und Rahmenbedingungen, die ein Ineinandergreifen von familiären, nachbarschaftlichen, professionellen und anderen beruflichen Hilfen ermöglichen und befördern. Dieses Ineinandergreifen geschieht vor Ort und braucht Infrastrukturen, aber auch Spielregeln, Rollenverständnisse und örtliche Kulturen und Strukturen, im Sinne einer lokalen Pflegepolitik. Die aktuellen Debatten und pflegepolitischen Reformen der 18. Legislaturperiode benennen Vorhaben zu diesen Themen: neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, gemeinsame Ausbildung für Pflegeberufe, Hospiz- und Palliativgesetz, Fachkräftemangel u. a. m. Sie bilden den bundespolitischen Hintergrund für die jeweils vor Ort und regional zu findenden Lösungen, um die Pflege und Sorge sicherzustellen.

Fragen der fairen Verteilung von Sorge- und Pflegeaufgaben in der Gesellschaft

8.1.1 Neue Paradigmen der Pflege und Sorge

Soll das Thema Sorge und Pflege als Thema örtlicher Politik und auch zivilgesellschaftlicher Befassungen gestärkt werden, ist darauf Acht zu geben, dass nicht allein sozialadministrative und professionelle Sichtweisen und Begrifflichkeiten in den Vordergrund der Debatten gerückt werden. Die Menschen mit Unterstützungsbedarf in ihren sozialen und individuellen Sinnbezügen, ihren Bedürfnissen, Potenzialen und Ressourcen sind wahrzunehmen und die gesellschaftliche Verantwortung für den Umgang mit den Thema Pflege und Sorge ist ganz im Sinne des in § 8 SGB XI niedergelegten Verständnisses von Pflege als Aufgabe der gesamten Gesellschaft zu verankern. Örtlich gilt es, unter zum Teil höchst unterschiedlichen Bedingungen ein gutes Leben für Menschen mit pflegerischen und anderen Unterstützungsbedarfen zu ermöglichen. Die sozialstaatlichen Vorgaben für die Pflegesicherung müssen sich zunehmend, in welcher Konzeption auch immer, an ihren Wirkungen vor Ort und ihrer Eignung zur Unterstützung lokaler Antworten messen lassen. Das hatte die letzte Bundesregierung in ihrer Koalitionsvereinbarung reflektiert, die den Prüfauftrag enthielt, Wege zu einer Stärkung der Kommunen in der Pflegesicherung zu identifizieren: Auch die Pflegepolitik hat sich i. d. S. zu „verörtlichen“.

8.1.2 Pflegekompetenzzentren

Hier setzt das Konzept der Pflegekompetenzzentren an, das die DAK-Gesundheit in die Diskussion eingebracht hat. Es beruht auf einer eigenen, weithin mit den Analysen des 7. Altenberichts der Bundesregierung in Übereinstimmung stehenden Problembeschreibungen.

Der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung in Deutschland wird steigen. Es wird erwartet, dass demographische Alterungsprozesse den Anteil älterer Menschen bis zum Jahr 2060 deutlich erhöhen werden – wobei, wie etwa im 7. Altenbericht der Bundesregierung herausgearbeitet wurde (vgl. BMFSFJ 2016), erhebliche regionale Unterschiede zu beachten sind.

Herausforderungen der regionalen Gesundheitsversorgung

Eine Verlagerung der Ressourcen von dem im Gesundheitswesen bislang dominanten Akutbereich auf die Versorgung von chronisch und multimorbid Erkrankten prägt das Herausforderungsprofil der regionalen Gesundheitsversorgung. So sei im Bereich der geriatrisch stationären Versorgung mit einem steigenden Versorgungsbedarf zu rechnen. Gleichzeitig trügen Wanderungsbewegungen insbesondere junger Menschen aus ländlichen Regionen hin zu Ballungszentren dazu bei, dass die Versorgungssituation der durchschnittlich älteren und schrumpfenden Landbevölkerung vor erhebliche Probleme gestellt wird. Im Zusammenhang mit der die pflegepolitische Debatte aktuell dominierenden Frage nach der Deckung des Bedarfs an Fachkräften und anderen Beschäftigten in der Langzeitpflege vor

Ort, thematisiert das DAK-Konzept die Frage nach effizienten und attraktiven Personalgewinnungsstrategien. Auch notwendige Umstrukturierungen im Gesundheitswesen werden in dem ersten Positionspapier aufgegriffen. Eine Reihe von Krankenhäusern gerade in ländlichen Regionen verlor verstärkt an Fallvolumen, hätten zunehmend Auslastungsprobleme und könnten die Mindestmengen, die für eine ausreichende Finanzierung benötigt werden, nicht mehr erreichen. Zudem wird festgestellt, dass viele Krankenhäuser – trotz Geriatrie-Konzepten auf Landesebene – auf die Behandlungen von älteren Menschen kaum vorbereitet seien. Etwa die Hälfte der Patienten in Allgemeinkrankenhäusern ist älter als 60 Jahre und etwa 12 % sind von einer Demenzerkrankung betroffen. Die fremde Umgebung, fehlende Bezugspersonen, Hektik und mangelnde Kommunikation fördern Angstzustände der betroffenen multimorbiden oder/und an Demenz erkrankten Patient*innen. Es fehle an speziell qualifiziertem Pflegepersonal, das die geriatrischen Patient*innen in der Klinik kontinuierlich betreuen.

Die Analyse entspricht den Befunden in der Versorgungsforschung (vgl. DAK-Gesundheit 2017): Krankenhauseinweisungen stellen einen Hochrisikofaktor für einen schnellen kognitiven und physischen Abbau in Folge der langen Bettlägerigkeit und häufig auftretender Deliriumzustände dar. Krankenhausvermeidung muss dort eines der vorrangigen Zielstellungen sein, wo eine Krankenhausbehandlung nicht alternativlos ist. Das Mortalitätsrisiko ist hoch, die mit dem Krankenhausaufenthalt verbundenen Gesundheitskosten häufig vermeidbar.

**Alternativen
finden, um
Krankhaus-
aufenthalte zu
vermeiden**

8.1.3 Gesundheitliche und pflegerische Versorgung im Kontext der Daseinsvorsorge

In den Pflegekompetenzzentren begegnen sich Langzeitpflege und Gesundheitsversorgung auf regionaler und kommunaler Ebene. Sie stehen damit, wie von der 7. Altenberichtskommission herausgestellt wurde, im Kontext der Daseinsvorsorge.

**Pflegekompe-
tenzzentren**

Die Sicherung einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger gehört zu den „Grundaufgaben des Staates“. Damit ist ein Anspruch aller Bürger*innen angesprochen – gleich welchen Lebensalters. Die staatliche Versorgungsverantwortung bildet den Rahmen für die Verteilung von Kompetenzen im Gesundheitswesen.

Sie ist im Sinne der Vorgabe eines Staatsziels durch das Grundgesetz unauflösbar. Ebenso verpflichtet sie zur Prüfung bestehender (gewählter) materieller und organisatorischer Gestaltungen, gegebenenfalls auch zu einer Beschränkung von Selbstverwaltung im Kontext von Planungs- und Steuerungsentscheidungen (vgl. Burgi 2013).

- Gestaltungschancen durch Pflegekompetenzzentren** Dabei zeichnen sich gerade im Gestaltungsfeld einer lokalen und regionalen Versorgung neben wachsenden Herausforderungen auch Gestaltungschancen ab, die durch das Konzept der Pflegekompetenzzentren genutzt werden können. Insbesondere in Regionen, in denen eine leistungsfähige Gesundheitsinfrastruktur vorhanden ist und in denen die Akteure für innovative Projekte und Kooperationen offen sind, geht es nach Ansicht der 7. Altenberichtscommission in den nächsten Jahren um eine Gestaltungsoffensive, die auf die unterschiedlichen Lebenslagen eingeht und zudem die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Säulen optimiert. In Regionen, in denen eine derartige Infrastruktur noch nicht gegeben ist, muss diese aufgebaut, koordiniert und so ausgerichtet bzw. umstrukturiert werden, dass sie in der Lage ist, die örtlichen Versorgungsbedarfe zu beantworten – und dies in einer Weise, die auf die verschiedenartigen Lebenslagen ausreichend differenziert reagieren kann. Innovationen in strukturschwachen Regionen sind gefragt, die Modellcharakter gewinnen können.
- Gesundheitsvorsorge als Daseinsvorsorge** Pflegekompetenzzentren können dazu gehören, neben mit ihnen ggf. verknüpften Gesundheitszentren. Diese wurden als Antwort auf Versorgungsdefizite und den Mangel an Ärzt*innen in strukturschwachen Regionen konzipiert. Versteht man unter Daseinsvorsorge die Bereitstellung von öffentlichen Gütern und Dienstleistungen, die dem Gemeinwohl und der Lebensentfaltung des Einzelnen dienen und Bedingungen guten Lebens befördern (vgl. Schmidt 2018), dann ist mit dem Thema der gesundheitlichen Versorgung ein wesentlicher Aspekt von Daseinsvorsorge angesprochen.
- Wenn die Grundbefähigungen im Sinne von Martha C. Nussbaum (vgl. 1999) in ein Verständnis von Daseinsvorsorge einbezogen werden, erscheint die gesundheitliche Versorgung in vielen Fällen eine wesentliche Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe und eine an individuellen Bedürfnissen und Präferenzen orientierte, selbstverantwortliche Gestaltung eigenen Lebens und persönlich zufriedenstellender Lebensumstände.
- Sektorale Struktur als Hindernis** Gesundheitliche Versorgung sollte sich im Verständnis der 7. Altenberichtscommission weit stärker als heute einer Orientierung an Wirkungszielen verpflichtet fühlen. Die Trennung von Sektoren, zum Beispiel innerhalb der kurativen Medizin zwischen ambulanter (vertragsärztlicher) und stationärer Versorgung, und den jeweils zugehörigen Budgets impliziert eine Vergütungslogik, die Leistungen zum Teil auch unabhängig von individuellen Bedarfen und Lebensumständen honoriert und wenig Anreize zu einer sektorenübergreifenden Kooperation schafft.
- Des Weiteren erschwert die sektorale Struktur eine umfassende Kapazitätsplanung. Die im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 geforderte sektorenübergreifende Qualitätssicherung ist bis heute nicht umgesetzt. Eine stärkere Wirkungszielorientierung kann und soll Anreize zur Vermeidung von Über- und Unterversorgung

schaffen und Fehlanreize beseitigen. Sie kommt etwa darin zum Ausdruck, dass Patient*innen mit ausgeprägter Komorbidität an andere Leistungserbringer weitervermittelt werden (vgl. Amelung et al. 2015). Oder dass sterbende Menschen in Krankenhäuser eingewiesen bzw. von dort in Pflegeheime entlassen werden, die den Anforderungen an eine bedarfsgerechte Palliativversorgung häufig nicht gerecht werden können (vgl. DAK-Gesundheit 2016).

Gesundheitliche Versorgung als Daseinsvorsorge kennt als Maßstab die Bedarfsgerechtigkeit bezogen auf die jeweiligen sozialen und räumlichen Besonderheiten der Regionen. Dies impliziert die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung, die insbesondere auch Möglichkeiten der Vernetzung von Angeboten, zum Beispiel in Form von Gesundheits- oder Pflegekompetenzzentren, nutzt. Alte Menschen müssen unabhängig von ihrem Alter, sozialem Status, ihrer Persönlichkeit oder sonstigen Merkmalen mit einem akzeptablen Aufwand von angemessenen Leistungen profitieren können. Unter-, Fehl- und Überversorgung sind grundsätzlich mit Bezug auf die Patient*innen und deren Lebenslagen zu diskutieren. In diesem Zusammenhang sind bspw. Informationsdefizite und Mobilitätseinschränkungen ebenso zu beachten wie Kosten, die mit der Nachfrage und Nutzung von Leistungen im Einzelfall verbunden sind.

Sektorenübergreifende Bedarfsplanung

Die Berücksichtigung der regionaler Besonderheiten – im Sinne von Chancen wie auch von Herausforderungen – verweist auf die Notwendigkeit, Strukturelemente der Gesundheitsversorgung zu regionalisieren und die kommunale Verantwortung sowie die interkommunale Zusammenarbeit zu stärken. Sie kann gerade in Pflegekompetenzzentren ihren Kristallisationspunkt bezogen auf die mit der Langzeitpflege verbundenen Herausforderungen finden. Gesundheitsvorsorge als Daseinsvorsorge beschränkt sich nicht auf die medizinische Versorgung, schon gar nicht auf die kurative Medizin. Die Primärprävention im Sinne der Unterstützung gesundheitsförderlichen Verhaltens, der Vermeidung von Krankheiten sowie der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (z. B. age-friendly cities) gehört dazu. Ebenso die Sekundärprävention, das frühzeitige Erkennen und Vermeiden der Progredienz von Erkrankungen. Auch die tertiäre Prävention mit dem Fokus auf die Vermeidung von Folgeschäden, Rezidiven und Rückfällen, gehört ebenso zum Leistungsspektrum von Gesundheitsversorgung wie eine gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, Rehabilitation, Pflege und Palliation.

Dementsprechend ist die gesundheitliche Versorgung im Sinne von Versorgungsnetzwerken zu denken, an denen zahlreiche Akteure beteiligt sind. Dabei verweisen im Einzelnen anzustrebende Wirkungsziele jeweils auf weitere Handlungsfelder bzw. Daseinsvorsorgebereiche. So ist etwa die Zugänglichkeit (fach-)ärztlicher Versorgung an die individuelle Mobilität und eine Verkehrsinfrastruktur ebenso gebunden wie an die Verfügbarkeit von Gesundheitsinfor-

mationen oder auch an zeitliche, soziale und materielle Ressourcen von Patient*innen.

Voraussetzung: Wohlfahrts-Mix

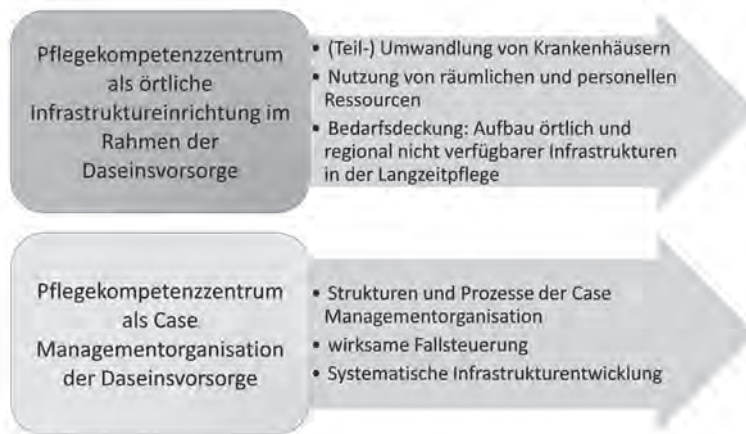
Die gesundheitliche Versorgung und die Gestaltung der Aufgaben in der Langzeitpflege sind stets eingebettet in Kontexte eines Wohlfahrtspluralismus (vgl. Klie und Roß 2005). Unabhängig von der staatlichen Verantwortung bleibt die (ungeschriebene) Voraussetzung für ein funktionierendes System daher der Wohlfahrts-Mix: Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung muss als Ko-Produktion verschiedener Akteure auf unterschiedlichen Ebenen – Staat, Kommune, Bürger*innen, Wirtschaft, Wohlfahrtsverbände etc. – verstanden werden. Gerade diese Akteurskonstellationen erfordern nicht selten ein auf den individuellen Fall abgestimmtes Gesundheits- bzw. Krankheits- und Pflegemanagement. An einem übergreifenden Case Management bewährt sich eine lokale Gesundheits- und Pflegeversorgung, die auf zielgenaue, die individuellen Bedürfnisse und Präferenzen der Patient*innen ausgerichtet ist. Sie hätte ihren Platz und sie fände einen Motor in einem Pflegekompetenzzentrum.

8.2 Pflegekompetenzzentren – zwei Bestandteile, zwei Säulen

**Zentrale
Infrastruktur-
einrichtung
und Case Ma-
nagementor-
ganisation der
Daseinsvor-
sorge**

Das Pflegekompetenzzentrum (Klie und Monzer 2018) ist zum einen eine zentrale Infrastruktureinrichtung, zunächst insbesondere in ländlich geprägten Regionen, an denen unterschiedliche Dienstleistungen und Einrichtungen beherbergt werden, die sich als örtlich angepasste Infrastruktur für die Region verstehen. Zum anderen wird das Pflegekompetenzzentrum als eine Case Managementorganisation der Daseinsvorsorge verstanden, die sich durch eine bestimmte Prozessgestaltung und Strukturentwicklung auszeichnet und diese befördert.

Abbildung 1: Zwei Organisationsverständnisse von Pflegekompetenzzentren



Quelle: Klie/Monzer

Zum einen handelt es sich somit um eine Infrastruktureinrichtung, zum anderen um eine Organisationsform. Beide Verständnisse respektive Bausteine vom Pflegekompetenzzentrum werden im Nachfolgenden näher beschrieben.

8.2.1 Das Pflegekompetenzzentrum als örtliche Infrastruktureinrichtung

Kleine Krankenhäuser im ländlichen Bereich unter Konversionsdruck

Pflegekompetenzzentren bieten einen zentralen Ort für die Vorhaltung von Dienstleistungen und Einrichtungen der Langzeitpflege, die regional erforderliche Angebote des Gesundheitswesens, insbesondere der ärztlichen, der präventiven, rehabilitativen und der therapeutischen Versorgung integrieren. Dabei profilieren sich die örtlichen respektive regionalen Pflegekompetenzzentren je nach Bedarfssituation vor Ort, je nach Infrastruktur, je nach Performance des jeweiligen Pflegemarktes und der kommunalen Sozial- und Gesundheitsplanung. Der gesundheitspolitische Kontext des Konzeptes von regionalen Pflegekompetenzzentren ist der oben dargestellte Umstand, dass in Deutschland eine (regionale) Überversorgung mit Krankenhausbetten zu konstatieren ist, die nicht nur vermeidbare Gesundheitskosten verursacht (anbieterinduzierte Nachfragesteuerung), sondern auch zur Unwirtschaftlichkeit von (kleinen) Krankenhäusern führt. Daraus resultiert die Notwendigkeit der Konversion von Krankenhäusern oder Krankenhausteilen, die von einer Schließung bedroht sind. Die Hintergründe für die Konversion klei-

Regionale Pflegekompetenzzentren

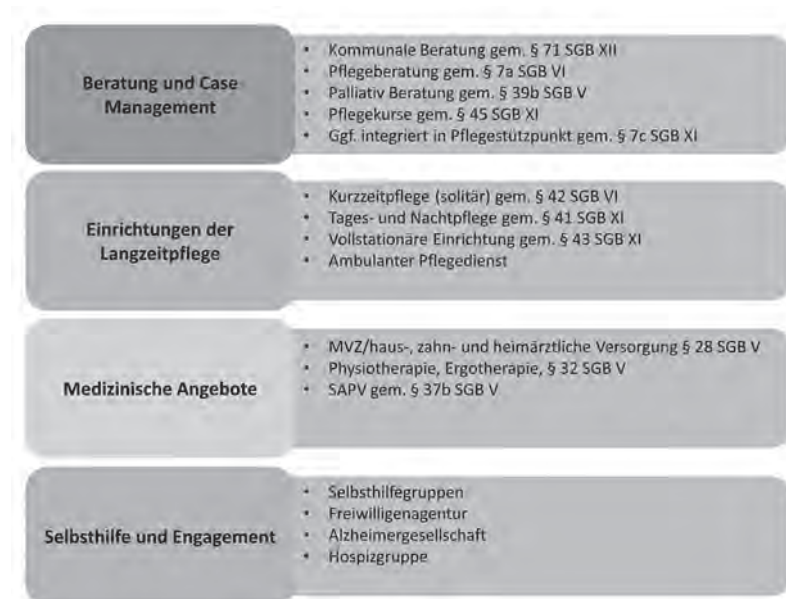
ner Krankenhäuser wurden im Konzeptpapier der DAK-Gesundheit zu Pflegekompetenzzentren dargelegt.

Kleine ländliche Krankenhäuser sichern auf der einen Seite die Grund- und Regelversorgung als wohnortnahes Angebot für die Bevölkerung und sind oftmals auch als Arbeitgeber in ländlichen Regionen relevant. Auf der anderen Seite arbeiten sie jedoch häufig unwirtschaftlich und sie sind mit hohen Fixkosten und unzureichenden Investitionen durch die Kommunen konfrontiert. Wirtschaftlichkeitspotenziale sind in der Regel ausgeschöpft. Der hohe Anteil von geriatrischen Patient*innen insbesondere in ländlichen Regionen und der zum Teil dramatische Fachkräftemangel führen kleinere Krankenhäuser keineswegs immer, aber doch häufiger an ihre Existenzgrenzen.

Kernfunktionen des Pflegekompetenzzentrums

Je nach bestehender Infrastruktur, den Infrastrukturdefiziten und der Bedarfslage kann ein Pflegekompetenzzentrum im Rahmen der Nutzung der Räumlichkeiten eines ehemaligen Krankenhauses folgende Angebote und Einrichtungen der Langzeitpflege und des Gesundheitswesens beherbergen.

Abbildung 2: Kernfunktionen des Pflegekompetenzzentrums



Quelle: Klie/Monzer

Beratung und Case Management

Bündelung der Angebote

Eine Bündelung der Beratungs- und Case Management Angebote an einem Ort ist eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung der

nachfolgend beschriebenen Case Managementorganisation. Dabei wären die Angebote nicht nur als Komm- sondern auch als zugehende Beratung auszugestalten, die vom Pflegekompetenzzentrum aus organisiert würde. Die verschiedenen Beratungsstellen könnten hier ihre Angebote bündeln. Je nach landesrechtlichen Vorgaben könnte dies im Rahmen von Pflegestützpunkten oder auf andere Weise geschehen. Die Pflegekassen könnten entweder im Rahmen von Modellkommunen gemäß §§ 123, 124 SGB XI oder über Modellvorhaben gemäß § 45c Abs. 5 SGB XI ihre Pflegeberatung, neben den allgemeinen Angeboten digitaler und fernmündlicher Beratung, personell bündeln und im Pflegekompetenzzentrum ansiedeln. Eine integrierte und aufeinander bezogene Pflegeberatung ist Voraussetzung für eine wirksame Case Managementorganisation. Angebote der Palliativberatung gemäß § 39b SGB V wären in dieser zentralen Anlaufstation für Beratung und Case Management ebenso anzusiedeln wie die von Betreuungsbehörden sowie Angebote der Beratung und Schulung von pflegenden Angehörigen. Diese könnte sowohl in der jeweiligen eigenen Häuslichkeit als auch im Pflegekompetenzzentrum angeboten werden. Die unübersichtliche und häufig fragmentierte Beratungslandschaft könnte im Pflegekompetenzzentrum organisatorisch und an einem Ort gebündelt werden.

Einrichtungen der Langzeitpflege

Je nach Bedarf in der Region und Bedarfsdeckung, eingebunden in die kommunale Pflegeplanung und die Abstimmung in dem zuständigen Gremium des Gesundheits- und Pflegewesens wären unter Beachtung der Rahmenbedingungen des SGB XI verbunden mit der Flexibilisierung des Leistungserbringungsrechts (Gesamtversorgungsverträge, Sachleistungsbudgets) Einrichtungen und Dienste der Langzeitpflege unter dem Dach des Pflegekompetenzzentrums auszugründen und miteinander zu verbinden.

Regelmäßig besteht ein Bedarf an solitären Kurzzeitpflege- und Rehabilitationseinrichtungen, die fast überall fehlen. Sie sind für die Entlastung pflegender Angehöriger, die Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements, Überleitungssituationen nach Klinikaufenthalten sowie die Versorgung in gesundheitlichen Krisen von größter Bedeutung. Sie sollten ihrerseits regelmäßig rehabilitativ ausgerichtet sein. Dabei sind auch in der Kurzzeitpflege unterschiedliche Zielgruppen zu reflektieren, die diese Einrichtungen nutzen. Für Menschen mit Demenz etwa ergeben sich zum Teil vollständig andere Anforderungen als für somatisch Pflegebedürftige.

**Kurzzeitpflege
und Rehabili-
tation**

An Nachtpflegeeinrichtungen fehlt es in ganz Deutschland weitgehend. Dabei sind auch die Nutzungspräferenzen in der Bevölkerung bezogen auf diese gesetzlich vorgesehene Angebotsform noch zurückhaltend. Im Zusammenhang mit Beratungs- und edukativen Angeboten könnte eine entsprechende bedarfsorientierte Nachfrage generiert werden.

Nachtpflege

Tagespflege Tagespflegeeinrichtungen erfreuen sich nach ihrer deutlich verbesserten Finanzierung zwar einer erhöhten Nachfrage. Sie werden aber mitnichten in dem Umfang genutzt, die dem Bedarf der jeweiligen Haushalte und der auf Pflege angewiesenen Menschen sowie den Bedürfnissen der pflegenden An- und Zugehörigen entspricht. Auch sie wären in guter Weise im Pflegekompetenzzentrum zu verorten.

Stationäre Einrichtungen und ambulanter Pflegedienst Stationäre Einrichtungen könnten in einer modernen konzeptionellen Ausrichtung ebenfalls ihren Platz im Pflegekompetenzzentrum finden, wobei darauf zu achten wäre, dass nicht die baulich prägenden Krankenhausstrukturen einer modernen Wohnorientierung und der Organisation in kleineren Wohngruppen im Wege stehen. Insofern wären hier in aller Regel nicht unerhebliche Investitionen erforderlich.

Schließlich könnten auch ambulante Pflegedienste ihren Sitz in dem Pflegekompetenzzentrum beziehen. Dies gilt auch für Dienste der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

Die in einem Pflegekompetenzzentrum integrierten Einrichtungen und Dienste könnten auf vielfältige Weise kooperieren und Ressourcen gemeinsam nutzen. Auch könnten Synergien zwischen ambulanten und stationären Versorgungsformen genutzt werden.

Medizinische Angebote

Integrierte ärztliche und pflegerische Behandlung In den Krankenhäusern, die einem Konversionsprozess unterzogen werden, sind in vielfältiger Weise medizinische Kompetenzen und Ressourcen vorhanden, sowohl personeller als auch technischer und räumlicher Art. Diese sollten, soweit sie funktional genutzt werden können, in die Konzeption des Pflegekompetenzzentrums einbezogen werden. Dies gilt nur für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung. Diese könnte je nach Bedarfssituation und KV-Planungen sowohl Einzelpraxen als auch Medizinische Versorgungszentren vorsehen. Auch die Integration von Gesundheitszentren, die dann allerdings für alle Bevölkerungsgruppen offen stünden, wäre denkbar. In jedem Fall müssten sich die medizinischen Angebote durch eine besondere geriatrische Kompetenz und Qualifikation auszeichnen. Sie wird sich bei Berücksichtigung der freien Arztwahl auf die gesamte Region aber schwerpunktmäßig auf die im Pflegekompetenzzentrum verorteten Einrichtungen beziehen und dort zu einer deutlichen Verbesserung der ärztlichen Versorgung gegenüber der klassischen Versorgungssituation beitragen. Zu erwarten wäre, insbesondere bei einer integrierten ärztlichen und pflegerischen Behandlung und Dokumentation, dass unnötige und belastende Krankenhausaufenthalte für auf Pflege angewiesene Menschen vermieden werden könnten.

Ob auch eine Apotheke Teil des Pflegekompetenzzentrums werden kann, bleibt der örtlichen Infrastruktur- und Versorgungssituation vorbehalten.

Selbsthilfe und Engagement

Neben den „formellen“ Angeboten der Langzeitpflege und des Gesundheitswesens wären im Sinne eines wohlfahrtspluralistischen Ansatzes auch Organisation und Institution der Selbsthilfe und des Engagements in ein Pflegekompetenzzentrum einzuladen. Sie könnten hier einen Ort finden, ihre Aufgaben wahrzunehmen, ihre Angebote zu organisieren und ihr Engagement zu entfalten. Ob Selbsthilfegruppen, eine Freiwilligenagentur, die Alzheimergesellschaft, Hospizgruppen oder andere Initiativen, die sich auf die Sorge um vulnerable Menschen beziehen: Sie alle können im Pflegekompetenzzentrum verortet werden.

**Selbsthilfe-
angebote
integrieren**

Das Pflegekompetenzzentrum sollte nicht nur das architektonische Dach für die verschiedenen Angebote bilden, sondern auch eine abgestimmte Vorgehensweise sicherstellen und dabei die Einrichtungen und Dienste einbeziehen, die auf dem Territorium des Pflegekompetenzzentrums verortet sind. Nicht als Konkurrenz, sondern als komplementäre und integrierende Institution wäre ein Pflegekompetenzzentrum zu implementieren. Auch aus diesem Grund ist die Case Managementorganisation essentiell für den Erfolg, die Akzeptanz und die Wirkung eines Pflegekompetenzzentrums.

Komplementäre Funktionen des Pflegekompetenzzentrums

Komplementär zu den Kernfunktionen wären für die örtliche Pflegeinfrastruktur, die Beschäftigungssituation, die Pflegekultur die Potenziale eines Pflegekompetenzzentrums für den örtlichen Bedarf an Ausbildung für Pflege- und Assistenzberufe zu nutzen und ggf. ein Bildungszentrum mit entsprechenden Schulen, Fort- und Weiterbildungsangeboten bis hin zu Qualifizierungsangeboten für Freiwillige zu integrieren. Der Arbeitsmarkt für Berufe in der Langzeitpflege ist ein lokaler und regionaler. Insofern kommt regionalen Strategien der Gewinnung für „Berufe für Menschen“ (Pflege, Assistenz, Hauswirtschaft) eine zentrale Rolle zu.

**Pflegekompe-
tenzzentrum
als Bildungs-
zentrum**

Abbildung 3: Komplementäre Funktionen des Pflegekompetenzzentrums



Quelle: Klie/Monzer

Zusammenarbeit in der Mahlzeitenversorgung Krankenhäuser verfügen zudem über Ressourcen und Equipment im Bereich der Mahlzeitenversorgung. Diese könnten für die Einrichtungen (Pflegeheim, Kurzzeitpflege) ebenso genutzt werden wie für einen Mittagstisch für externe Personen sowie Angebote von Essen auf Rädern. Durch einen Restaurantbetrieb könnte nicht nur die Versorgung mit Esskomponenten, sondern auch eine Esskultur, insbesondere für Alleinstehende, befördert werden.

Mobilität Die pflegerische und gesundheitliche Versorgung ist häufig auch an Mobilitätsanforderungen geknüpft. Die organisatorische Verortung von Transportdiensten mit einem integrierten, intelligenten und ggf. digital vernetzten bzw. gesteuerten Mobilitätsangebot wäre durchaus sinnvoll und funktional an Pflegekompetenzzentren anzudocken.

Bei Fragen der Langzeitpflege, bei der Frage ob gutes Leben unter Bedingung von Pflegebedürftigkeit gelingt, geht es nicht nur um Versorgung, sondern auch und zentral um Fragen der Kultur. Auch diese Dimension wäre in einem Pflegekompetenzzentrum Raum zu geben. Zumeist verfügen Krankenhäuser über größere Räumlichkeiten, die geeignet sind, um für kulturelle und Vortragsveranstaltungen genutzt zu werden. Sie können Orte bürgerschaftlicher Beteiligungsprozesse für die Entwicklung regionaler und örtlicher Pflegekulturen und -strukturen sein und so den Diskurs um Compassionate Regions bzw. Caring Communities befördern und ihnen einen Ort geben.

Rechtsfragen und Steuerungslogiken

Bei der Realisierung eines Pflegekompetenzzentrums sind die sehr unterschiedlichen Steuerungslogiken aus dem SGB V, XI und XII ebenso zu berücksichtigen wie Fragen des Wettbewerbsrechts. Der Bereich der Langzeitpflege ist durch eine recht radikale Wettbewerbsorientierung geprägt, der Sektor der gesundheitlichen Versorgung durch vielfältige Steuerungsinstrumente der Selbstverwaltung respektive der jeweiligen Kassen, so sie über eigene Selektivverträge ihrer Angebote steuern. Es ist nicht trivial, diese unterschiedlichen Steuerungstechniken, -logiken und dahinter stehenden Interessen im Sinne einer effizienten Versorgungsstruktur zu bündeln.

Keineswegs kann ein Pflegekompetenzzentrum als monolithischer und Allround-Anbieter alle Angebote integrieren. Dies wäre mit der pluralen Anbieterstruktur im Bereich der Langzeitpflege und des Gesundheitswesens in aller Regel nicht kompatibel. Allenfalls dort, wo die Versorgung überhaupt nicht mehr sichergestellt werden kann, wäre eine solche Konstruktion denkbar. Von größter Bedeutung ist die Einbindung eines Pflegekompetenzzentrums sowohl als Institution als auch als Case Managementorganisation in die regionalen Koordinierungs-, Abstimmungs- und Planungsstrukturen und -verfahren. Nur auf diese Weise kann eine Akzeptanz erzeugt und können aufeinander bezogene Angebotsstrukturen entwickelt und implementiert werden. In aller Regel wird sich ein regionales Pflegekompetenzzentrum als Dach für unterschiedliche Rechtsträger etablieren und organisieren müssen, unter dem sie ihre Angebote in dem Gebäudekomplex des ehemaligen Krankenhauses verorten. Pflegekompetenzzentren könnten sich in besonderer Weise als Werkstätten für innovative Leistungserbringungsformen und gesundheitsökonomische Steuerungsmodelle profilieren und auf diese Weise auch pflegepolitisch eine hohe Attraktivität als Orte modellhafter Innovation gewinnen.

Als Rechtsform für Pflegekompetenzzentren scheidet in der Regel eine einheitliche Trägerschaft für alle Angebote und Dienste aus. Nicht nur architektonisch, sondern auch rechtlich bietet das Pflegekompetenzzentrum das Dach für unterschiedliche Organisationen in ihrer jeweiligen Kultur, Struktur und Handlungslogik. Insofern handelt es sich beim Pflegekompetenzzentrum um eine hybride Organisation sowohl auf der Ebene der Ziele, der Wirtschaftsweisen, als auch mit Blick auf die Vielfalt von Beteiligten. Für eine solche hybride Organisation bietet sich die Rechtsform einer eingetragenen Genossenschaft in besonderer Weise an. Sie kann in der Lage sein, als Rahmen für die unterschiedlichen wirtschaftlichen Aktivitäten zu dienen und gleichzeitig die Prinzipien der Gemeinwirtschaft, d. h. der Bewirtschaftung des Gebäudekomplexes, aber auch der Case Managementorganisation in die Finanzkonzeption einzubeziehen.

Auch kann eine Genossenschaft in der Lage sein, die gesetzlich vorgesehenen Organe und die relevanten Akteure (Kommunen,

Zentrum für innovative Leistungserbringungsformen

Rechtsform: eingetragene Genossenschaft

NGO's, Kirchen etc.) in verbindlicher Weise in die Struktur einzubinden. Auch ist die Wirtschafts- und Rechtsform der Genossenschaft am ehesten verbunden mit der Funktion der Daseinsvorsorge von Pflegekompetenzzentren. Auch andere Rechtsformen kämen in Betracht, wie etwa eine GmbH oder eine BGB Gesellschaft. Hier wäre jeweils zu prüfen, welche Rechtsform und Organisationsstruktur anschlussfähig, geeignet und konsensfähig ist.

**Überwinden
einer rein wett-
bewerblichen
Orientierung**

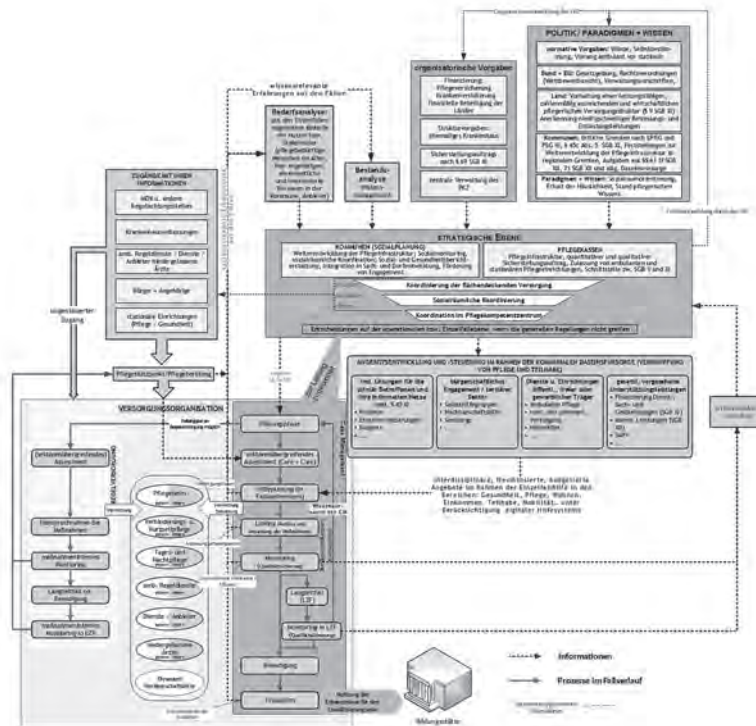
In jedem Fall stellt sich ein Pflegekompetenzzentrum auch als ein Beitrag zur Überwindung rein wettbewerblicher und auf Konkurrenz hin angelegter Strukturen im Bereich der Langzeitpflege und der gesundheitlichen Versorgung dar. Allenthalben wird insbesondere im Bereich der Langzeitpflege die Problematik der reinen Marktsteuerung erkannt. Pflegekompetenzzentren können auch einen Beitrag dazu leisten, dass die Frage der Infrastrukturentwicklung im Bereich der Langzeitpflege wieder stärker in öffentliche, kommunalpolitische und sozialplanerische Zusammenhänge gerückt wird.

8.2.2 Das Pflegekompetenzzentrum als Case Management-organisation

Das Pflegekompetenzzentrum ist zum einen eine manifeste Organisation und Institution, mit klaren ihm zugeschriebenen Aufgaben in der Langzeitpflege und mit den sinnvollen und notwendigen Verschränkungen mit dem GKV-System. Es wird zum anderen aber auch als Case Managementorganisation verstanden. Ein solches Verständnis, das die Pflegekompetenzzentren als virtuelle Struktur versteht, kann entscheidend dazu beitragen, dass die „Fälle“ der Menschen, die Unterstützung benötigen und Leistungen in Anspruch nehmen, nicht nur im Mittelpunkt des Organisationsgeschehens stehen. Ihre Fälle sind zugleich Initiatoren, die die beteiligten Organisationen den Bedürfnissen der alten und pflegebedürftigen Menschen anpassen. Im Mittelpunkt des virtuellen Organisationsmodells Pflegekompetenzzentrum (vgl. Abbildung 4) steht deshalb der Case Managementprozess mit seinen Ablaufschritten, die mit ihrer konsequenten Fallorientierung hinweisgebend mit der umgebenden Organisation und dem Institutionengeflecht verknüpft sind. Damit wird zunächst ein bottom-up-Vorgehen beschrieben, das allerdings durch weitere organisatorische und politische Vorgaben ergänzt werden muss. Rahmengebend für das Konzept des Pflegekompetenzzentrums sind die normativen, gesetzlichen und fachlichen Vorgaben und Bedingungen sowie Spielregeln auf dem (quasi) Markt der Langzeitpflege und dem komplementären System der GKV und der kommunalen Aufgaben – etwa aus dem SGB XII. Hier finden die Pflegekompetenzzentren ihren Rahmen, in dem das Case Management sozialräumlich ansetzt, um in einem weiten Verständnis von kommunaler Daseinsvorsorge (vgl. Schmidt 2018), beauftragt durch den Einzelfall, Gemeinwesen orientiert und bedarfs- sowie bedürfnisgerecht Versorgung organisiert.

Als ressourcenorientiertes Verfahren wird Case Management bevorzugt in solchen Fällen eingesetzt, in denen die Versorgung durch die Regelangebote nicht ohne weiteres funktioniert. Aus diesem Ansatz, in dem sich Case Managementfälle sowohl aus persönlichen Problemlagen, wie auch durch Strukturdefizite ergeben, folgen eine Reihe von Anforderungen an die Aufbau- und Ablauforganisation eines Pflegekompetenzzentrums, die im Weiteren vertieft werden.

Abbildung 4: Das Pflegekompetenzzentrum als Case Managementorganisation



Quelle: Monzer 2018

Struktur und Prozesse der Case Managementorganisation

„Eine Case Managementorganisation orientiert sich in vielen ihrer fallbezogenen und fallübergreifenden Entscheidungen am Handlungskonzept Case Management. Stellt man sich die Abläufe in einer Case Managementorganisation vor, so wird die Abfolge der Case Managementschritte eine zentrale Rolle einnehmen – sie ist ein Kernprozess und beansprucht deshalb für sich, dass andere Kernprozesse mit dem Case Management verbunden sind. Neben den verschiedenen Kernprozessen gibt es die unterstützenden Prozesse (z. B. Beschaffung, Personalwirtschaft), die der Praxis des

Case Managements in einer Case Managementorganisation dienen sollen. Führen Erkenntnisse des Case Managements aus den Fällen – und das könnte auch nur ein einziger Fall sein – zu neuen Angeboten, weil daraus z. B. eine Idee für ein neues Angebot am Markt entstanden ist, kann auch von einer Case Managementorganisation gesprochen werden. Entscheidend sind die Zielstellungen der jeweiligen Programme, die Art und Weise, wie die Organisation Entscheidungen trifft, sowie das fachliche Verständnis der Mitarbeiter, die direkt oder indirekt mit den Fällen arbeiten“ (Monzer 2018).

Damit schließt sich die Case Managementorganisation dem Konzept der lernenden Organisation an und konkretisiert die Vorgänge durch die individuelle Behandlung der systemkritischen Fälle. Während schwierige Fallkonstellationen üblicherweise als Ausnahmen mit viel Aufwand behandelt werden, leitet Case Management gerade aus diesen Fällen Organisationsentwicklungsimpulse ab. Dieses Vorgehen ist immer dann sinnvoll, wenn man mit Zielgruppen oder gesellschaftlichen Veränderungen zu tun hat, die Fragen aufwerfen, auf die die bisherige Versorgungspolitik und -struktur keine ausreichenden Antworten hat. Der demografische Wandel stellt die derzeitige Organisation der Unterstützungen für alte und pflegebedürftige Menschen vor ungelöste Herausforderungen, sodass gerade in diesem Bereich Case Managementwissen zu einer wichtigen Quelle von Ideen und Änderungsvorschlägen wird.

Die elementaren Bestandteile einer Case Managementorganisation

Die Case Managementorganisation besteht üblicherweise aus mehreren Elementen (vgl. Abb. 4):

- Fallprozess
- Bedarfsanalyse
- Bestandsanalyse/Wissensmanagement
- Organisationalen Vorgaben
- (Fach)politischen Vorgaben
- Strategischer Entscheidungsebene
- Angebotsentwicklung/-steuerung

Die Elemente sind untereinander informationell auf der Basis festgelegter Austauschprozesse verbunden. Ausgangspunkt ist das Case Management im Einzelfall, aus dessen Erkenntnissen bedarfsanalytisch Vorgaben zusammen mit einem bestandsanalytischen Abgleich für die strategische Ebene der Organisation aufbereitet werden. Die sich daraus ergebenden angepassten oder neu entwickelten Angebote und Maßnahmen werden zirkulär den Einzelfällen wieder zur Verfügung gestellt. Zusätzlich zu den Erkenntnissen aus den Fällen

regulieren natürlich auch politische und organisationale Vorgaben die Angebotsentwicklung und -steuerung²⁹.

Der Fallprozess im Mittelpunkt

Klärungsphase: Der Fallprozess im Case Management ist in mehrere Schritte unterteilt und beginnt mit der sogenannten Klärungsphase (auch Erstberatung genannt). Die Klärungsphase ist ein entscheidender Abschnitt des Case Managements, da hier festgelegt wird, ob ein Fall im Rahmen der Regelversorgung oder in einem aufwändigeren Maße zusätzlich durch die Fallsteuerung des Case Managements behandelt werden soll. Die Diskussion und Definition von Fallauswahlkriterien konkretisieren das jeweilige Case Managementkonzept und verdeutlichen, zu welchem Zweck das Handlungskonzept im vorliegenden Zusammenhang genutzt werden soll. Im Rahmen von Implementierungen muss auf diesen Aspekt besonders geachtet werden. Neben der Fallauswahl spielt auch die Verankerung des Falles im Case Management eine wichtige Rolle, da hier allen bisher am Fall Beteiligten die neu eingerichtete, zentrale Steuerungsinstanz bekannt gegeben werden muss. Letztlich ist die Klärungsphase ein niedrighschwelliges und offenes Verfahren bei dem genauestens darauf geachtet werden muss, dass keine fallausschließenden Barrieren die konzeptionell angestrebte Auswahl verhindern. Verschiebepbahnhöfe, Abgrenzung von Zuständigkeiten aber auch die Prüfung von Freiwilligkeit können dazu führen, dass die richtigen Fälle, in den verschiedenen Problem- bzw. Bearbeitungsbereichen verloren gehen und dabei nur unvollständig behandelt werden können.

Es wäre durchaus sinnvoll, die Erarbeitung der Fallauswahlkriterien für das Case Management als Konzeptionsentwicklungsprozess für die Fallarbeit des gesamten Pflegekompetenzzentrums durchzuführen.

Assessment: Wird ein Fall als Fall für das Case Management eingestuft (wobei diese Zuordnung im weiteren Verlauf korrigiert werden kann) beginnt die Phase, in der der Fall mit seinen unterschiedlichen Reichweiten abgebildet und verstanden werden muss. Üblicherweise wird das zuständige Case Management zunächst aufgrund der bestehenden Informationen aus der Klärungsphase und anderen Materialien den Fall so weit aufbereiten, dass daraus die unterschiedlichen Fachbeteiligungen an der weiteren Vertiefung des Falles abgeleitet werden können. Entscheidend ist dabei, dass sich die Zusammensetzung der Fach- und Sachverständigen aus dem Fall heraus ergibt und nicht einer festen, vorgegebenen Logik entspricht. Damit ist die Voraussetzung geschaffen, dass das Fallverständnis nicht nur durch eine dominierende Disziplin, sondern durch die notwendigen Fachlichkeiten vertieft wird, wobei davon ausgegangen

²⁹ Diese Anordnung basiert auf einem Modell von Reis in Bohrke-Petrovic et al. 2007.

werden kann, dass sich hier häufig die Professionen aus der Pflege, der Gesundheitsversorgung und der kommunalen Daseinsfürsorge als interdisziplinäres Team mit dem Fall auseinandersetzen werden. Das Case Management übernimmt in diesem Zusammenhang eine moderierende Funktion und achtet darauf, dass der Betroffene dessen Fall besprochen wird, alle Zusammenhänge versteht und die Konsequenzen aus den Entscheidungen nachvollziehen kann. Allerdings muss diese Fallkonferenz nicht in jedem Fall tatsächlich zusammentreten. Das Case Management kann diesen Informationsaustausch auch „am Schreibtisch“ durch verschiedene bilaterale Gespräche leisten und dabei die Klient*innen einbeziehen.

Im Ergebnis entwickelt das Assessment (mithilfe von Tools, Expertisen, Gutachten etc.) eine vollständige Beschreibung der im Fall bestehenden Problemlagen und leitet daraus eine Unterstützungsstrategie ab, in der die komplexen Zusammenhänge berücksichtigt werden und eine Priorisierung bei der anschließenden Bearbeitung möglich ist. Ein weiteres Ziel des Assessments ergibt sich dabei aus der interdisziplinären Zusammenarbeit. Das Ergebnis, ist ein arbeitsfeldübergreifendes Fallverständnis, auf das sich die verschiedenen, spezialisierten Fachlichkeiten in der weiteren Folge der Fallarbeit zu beziehen haben.

Hilfeplanung: Die Hilfeplanung erarbeitet das Fundament für die weitere Leistungssteuerung. Eine Voraussetzung dafür ist ein ausreichend abgesichertes Mandat des Case Managements, das im besten Fall von allen Akteuren, die am Versorgungsgeschehen beteiligt sind, anerkannt wird. In der Hilfeplanung sollte vor allem bei Case Managementfällen darauf geachtet werden, keine einfache und vorschnelle Zuordnung von vorhandenen Angeboten zu den jeweiligen Problemlagen herzustellen, sondern vielmehr ausgehend von den Bedürfnissen der Betroffenen die richtige Zusammenstellung von Maßnahmen vorzunehmen. Dies kann dazu führen, dass es in manchen Fallkonstellationen keine passgenauen Angebote gibt und das Case Management im Sinne von Angebotsentwicklung aktiv werden muss. Im günstigen Fall können solche neuen Angebote durch eine individuelle Zusammenstellung oder Kombination bestehender Möglichkeiten ausreichend entwickelt werden.

Üblicherweise werden in dieser Phase Hilfepläne entwickelt, in denen Ziele, Maßnahmen, Fristen und Verantwortlichkeiten festgelegt werden, sodass alle am Fall Beteiligten wissen, was zu tun ist. Diese Übersicht dient dem Case Management als Agenda aber auch als Monitoringinstrument, mit dem es die Kooperationen der anderen Akteure im Fall im Blick behält. Da Hilfepläne häufig angepasst werden müssen, ist es sinnvoll, die Kooperationspartner mit genügend Informationen auszustatten, sodass diese im jeweiligen Fall eigenverantwortlich Anpassungen vornehmen können und dabei entscheiden, ob sie dies mit den anderen Akteuren im Fall kommunizieren müssen.

Linking: In der anschließenden Phase des Linkings werden die im Hilfeplan festgelegten Maßnahmen umgesetzt. Dabei achtet das Case Management darauf, dass die notwendigen Informationen im Rahmen des Datenschutzes an die Maßnahmenträger weitergereicht werden und diese sich im Verständnis des Case Managements mit ihren Angeboten im Fall engagieren. Da davon ausgegangen werden kann, dass nicht in jedem Fall die vorhandenen Angebote zu den Bedürfnissen der Betroffenen passen, sind die (Abbruch-)Risiken abzuschätzen und Unterstützungen zu leisten, sodass eine individuelle Anpassung der Angebote möglich wird. Eine weitere Aufgabe des Case Managements in dieser Phase ist die Vernetzung (Linking) aller am Fall Beteiligten, damit diese ohne fortwährende Steuerung durch das Case Management im Rahmen des Hilfeplans aktiv sind. Da nicht alle Angebote im gleichen Maße auf die Bedürfnisse im Einzelfall bezogen werden können, ergeben sich wichtige Erkenntnisse zur Anpassungskapazität der vorhandenen Angebote, die vom Case Management an die strukturverantwortlichen Stellen weiterzuleiten sind. In dieser Implementierungsphase des Hilfeplans ist ein hohes Maß an Kommunikation von Seiten des Case Managements gefordert, das in der Regel mehrere Kontakte zu allen Beteiligten notwendig macht.

Monitoring: Im Monitoring begleitet das Case Management den Fall so weit, bis davon ausgegangen werden kann, dass die Leistungsverantwortlichen (dies können auch die Klient*innen selbst sein) mit den Vorgaben aus dem Hilfeplan angemessen umgehen können.

In der Phase des Monitorings ist es notwendig, dass die Klient*innen das Case Management nach wie vor als für sie zuständig begreifen. Dies gilt umso mehr, weil sich während des Monitorings häufig Veränderungen im Fall ergeben, die dazu führen können, dass der Hilfeplan angepasst werden muss. Je besser alle Beteiligten in dieser Phase miteinander kommunizieren desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die festgelegten Ziele erreicht werden können.

Wird allerdings deutlich, dass die Angebote für die Zielstellungen im Hilfeplan ineffektiv oder ineffizient sind, muss auch hier eine Feststellung im fallübergreifenden bzw. strukturellen Sinne erfolgen und an die systemverantwortlichen Stellen weitergegeben werden, damit in vergleichbaren Fällen andere Angebote zum Einsatz kommen.

Langzeitfälle: Im Umgang mit Langzeitfällen muss das Case Management auf einige Besonderheiten achten. Bei Langzeitfällen muss davon ausgegangen werden, dass sich das Case Management nach der Konsolidierung der Versorgungssituation nur noch dann aktiv einschaltet, wenn sich entscheidende Veränderungen ergeben haben. So wird beispielsweise in der Pflege die Versorgungsorganisation häufig über mehrere Monate, vielleicht sogar Jahre konstant bleiben, ohne dass sich das Case Management einschalten muss. In solchen Fällen liegt die Verantwortung häufig bei den operativ tätigen (zum Beispiel der ambulanten Pflege), die darauf zu achten

hat, dass Veränderungen, die eine Neuorganisation der Versorgung notwendig machen, auch tatsächlich vom Case Management aufgegriffen werden. Dazu müssen zu einem früheren Zeitpunkt Kriterien entwickelt worden sein, die das Erkennen solcher Konstellationen später ermöglichen. Damit soll vermieden werden, dass Langzeitfälle im Rahmen einer Dauerversorgung nicht einfach ihrer Komplexität beraubt werden, indem die einmal eingeführten Unterstützungen dauerhaft oder nur mit zunehmender Intensität angeboten werden. Die Funktion und das Verständnis von Case Management sollte deshalb bei allen Beteiligten ausreichend verankert sein.

Beendigung: Ein Fall wird im Case Management dann beendet, wenn davon ausgegangen werden kann, dass der/die Betroffene selbst oder die Regeldienste in der Lage sind, die weitere Koordination der notwendigen Hilfen ohne eine zusätzliche Steuerungsfunktion zu regeln.

Evaluation: Die Evaluation des zurückliegenden Fallverlaufs im Case Management dient vor allem dem Grundgedanken aus Fällen zu lernen. Dies kann im Zusammenhang mit dem Pflegekompetenzzentrum nicht nur im Rahmen einer fallübergreifenden Bedarfsanalyse eingesetzt werden, sondern ebenso im Rahmen der geplanten, angegliederten Aus- und Weiterbildung für Pflegekräfte.

Case Managementfälle und Standardfälle

Die Unterscheidung von Case Managementfällen und Standardfällen hat nicht nur eine Auswirkung auf die jeweilige Bearbeitungstiefe, sondern ebenso auf die Organisation vor Ort. Standardfälle können zumeist im Rahmen der vorhandenen Regelhilfen bearbeitet werden und wären deshalb auch ohne das Case Management des Pflegekompetenzzentrums denkbar. Methodisch können Standardfälle zumeist ohne Hilfeplan bearbeitet werden, weil bei ihnen die Erfahrung der beteiligten Leistungserbringer in der Regel ausreicht, um direkt von den Problemlagen auf die passenden Maßnahmen zu schließen. Damit dieser Weg nicht in komplexen und schwierigeren Fällen fälschlicherweise gewählt wird, muss es einen zuverlässigen Übergang ins Case Management geben, genauso wie der Übergang vom Case Management in die Regelversorgung ein übliches Vorgehen sein sollte. Damit positioniert sich das Case Management des Pflegekompetenzzentrums nicht für alle Fälle, sondern vor allem für die komplexen Fälle, diejenigen mit einer hohen Akteursdichte, solchen, bei denen bisherige Unterstützungsmaßnahmen zu keinem Erfolg geführt haben und jenen, die mit ihrem Schwierigkeitsgrad einzelne Versorger überfordern würden. Case Managementfälle werden zumeist umfangreicher begleitet, indem die Ansätze vor allem im Rahmen des Assessments interdisziplinär gestaltet werden und damit in den Hilfeplänen meist wesentlich mehr Akteure koordiniert werden müssen. Auch im Rahmen des Monitorings unterscheiden sich Standardfälle von Case Managementfällen, weil bei Letzteren

häufig eine fachübergreifende Perspektive notwendig ist und die Zielüberprüfung dementsprechend aufwendiger ist.

Notwendige Verbindungen der Falldimension mit der Organisationsdimension als Fortführung des Fallfokus

Das wesentliche Merkmal von Case Managementorganisationen besteht in der Verbindung zwischen der Fall- mit der Systemebene. Dies betrifft zunächst auch den Auftrag an das Case Management, der aus den geltenden, gesetzlichen Vorschriften abzuleiten ist und die Fallauswahl eingeschränkt. Im Rahmen des Pflegekompetenzzentrums ist davon auszugehen, dass eine Vorbedingung für den Einsatz von Case Management bestehende Problemlagen im Bereich des SGB V und/oder XI /XII darstellen. Dasselbe gilt für Fälle, in denen der Eintritt einer entsprechenden Hilfebedürftigkeit droht. Diese Vorgaben für das Case Management, vermittelt über die strategische Ebene, sollten allerdings nicht starr implementiert werden, sondern im Rahmen des Entwicklungszyklus von Fall- und Systemwissen ständig weiterentwickelt und fallangemessen eingesetzt werden.

Eine weitere hinweisgebende Verbindung mit der Systemebene ergibt sich aus dem Hilfeplan, der aufgrund eines individualisierten Assessments Aussagen über Versorgungslücken zulässt. Dazu muss eine Bereitschaft existieren, Informationen auf der Systemebene zu verarbeiten, die zu einer Neu- und Weiterentwicklung von Angeboten oder zumindest zu einer Angebotsanpassung führen.

Starre Angebote, die wenig Flexibilität aufweisen, um auf individuelle Bedürfnisse der Klient*innen einzugehen, sind ein weiterer Grund Informationen für die Bedarfsanalyse beizusteuern.

Und letztlich erbringt das Monitoring zielbezogene Informationen über die Wirksamkeit von Angeboten. Damit lassen sich durch eine systematische Auswertung der Fälle effektivere und effizientere Zuordnungen von Zielstellungen zu Versorgungsangeboten entwickeln. In der gleichen Logik sind allerdings bestimmte Angebote auch langfristig aus dem Angebotssample zu streichen.

Mitunter kann es notwendig sein, dass schnelle Systemreaktionen erforderlich sind und deshalb Informationen nicht über die Bedarfsanalyse und strategische Entscheidungen sowie der Angebotsentwicklung und -anpassung transportiert werden sollten. In diesen Fällen ist die Wirkungsanalyse bzw. das Controlling ein sinnvoller Weg Veränderungen herbeizuführen. Ein Beispiel wäre das vermehrte Auftreten von Krankenhauskeimen aber auch eine Häufung von Unzufriedenheit mit bestimmten Angeboten.

Bedarfsanalyse

Die Information aus den Fällen kann nicht ohne vorherige Aufbereitung für eine systembezogene Steuerung genutzt werden. Deshalb ist es erforderlich, eine Bedarfsanalyse aus den Einzelfällen abzuleiten. Im Rahmen des Pflegekompetenzzentrums sollte die Bedarfsanalyse durch die kommunale Sozialplanung durchgeführt werden, wobei es notwendig wäre, dieser Funktion weitere Kräfte zuzuordnen, die sich vor allem im Bereich der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung auskennen.

Neben dem Wissen aus den Fällen muss die Bedarfsanalyse weitere Erkenntnisquellen nutzen und sich letztlich im Sinne einer Stakeholderanalyse mit den Interessen der Nutzer*innen und der Kooperationspartner auseinandersetzen.

Wissensmanagement

Ein verbindliches Wissensmanagement stellt einen weiteren unverzichtbaren Baustein einer Case Managementorganisation dar. Nur wenn die Erfahrungen aber auch die Wissensbestände aktuell und nutzbar aufbereitet werden, ist davon auszugehen, dass für die differenzierten Bedarfe der häufig komplexen Fälle individuellen Lösungen zur Verfügung gestellt werden können. Das Wissensmanagement sollte für alle Akteure im Sozialraum zugänglich sein, da mit seiner Hilfe auch Lösungen außerhalb der formellen Organisationen gefunden und entwickelt werden können. Deshalb sollte die Vorstellung gelten, dass Wissen vom Pflegekompetenzzentrum für alle internen und externen Anbieter, alle Bürger*innen und Betroffenen über das Internet zur Verfügung (im Sinne eines Wikis) gestellt werden.

Organisatorische Vorgaben

Neben den fallbezogenen Inputs für die permanente Weiterentwicklung der kommunalen Versorgung und damit auch für das Pflegekompetenzzentrum, spielen organisatorische Vorgaben eine wichtige Rolle. Trotz ihrer zum Teil die individuellen Erfordernisse einschränkenden Funktion sind Organisationsfestlegungen von entscheidender Bedeutung für die Qualität der Case Managementorganisation. Betroffen sind hier vor allem die Fragen der Strukturqualität (Personalausstattung, Finanzierung, bauliche Gegebenheiten, Arbeitsrecht etc.).

Im Zusammenhang mit dem Pflegekompetenzzentrum sind hier auch alle Vor- und Nachteile zu bedenken und zu bewerten, die sich aus der Übernahme der alten Krankenhausstruktur ergeben.

Ebenso sind Finanzierungsvorgaben, die sich auf die Fallarbeit auswirken, zu bedenken und ggf. zu erweitern, sodass im Rahmen des

Case Managements die Individualisierung von Leistung ermöglicht werden – z. B. im Rahmen persönlicher Pflegebudgets.

Besonderes Augenmerk sollte beim Aufbau des Pflegekompetenzzentrums auch auf das Verständnis der Leitungs- und Verwaltungsstruktur gelegt werden. Durch die Entwicklung einer neuen interdisziplinären Organisation besteht die Chance die passende Verwaltungs- und Leitungsstruktur unter dem Aspekt der besonderen Aufgabenstellung aufzustellen. Dabei wäre zum Beispiel darauf zu achten, dass keine Konkurrenzen von Berufsgruppen gefördert und Abgrenzungen durch Anreize vermieden werden.

Politische Vorgaben

Politik und Gesellschaft formulieren normative Vorgaben, die eine Case Managementorganisation zu berücksichtigen haben und ihr Aufgaben zuweist. Die Gesetzgebung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene ordnet das Verfahren auf vielfältige Weise und schafft die Voraussetzung, dass im Pflegekompetenzzentrum Kommunen und Pflegekassen kooperieren. Daneben müssen in diesem Zusammenhang auch gesellschaftliche und fachliche Paradigmen berücksichtigt werden, die im Themenbereich von Pflege und Gesundheit weitreichende Auswirkungen haben. Sozialraumorientierung und der Erhalt der Häuslichkeit sind nur zwei Vorgaben, die sich letztlich in den meisten Hilfeplänen aber auch in der Angebotsentwicklung niederschlagen müssen.

Strategische Ebene

Auf der strategischen Ebene kooperieren Kommunen und Pflegekassen mit dem Ziel, zukunftsfähige Versorgungsstrukturen für die Zielgruppe der alten und pflegebedürftigen Menschen zu entwickeln. Neben ihren Pflichtaufgaben, der Weiterentwicklung und Sicherstellung der Pflegeinfrastruktur, müssen beide Akteure ihre Aktivität auf den jeweiligen Sozialraum hin konzentrieren, weitere Leistungen im Wohlfahrtsmix erschließen und sich der Kritik der Bürger*innen und der Politik stellen, indem sie ihr Vorgehen transparent in der Öffentlichkeit darstellen.

Darüber hinaus erfordert das Pflegekompetenzzentrum weitere Aktivitäten, die sich zusammengefasst als eine gesteigerte Form der Kooperation beschreiben lässt, da sie sich im Rahmen einer einzigen Versorgungsorganisation kristallisiert.

Die strategische Ebene, in der sich die Kommunen zusammen mit den Pflegekassen um die Koordinierung der flächendeckenden Versorgung, die sozialräumliche Koordinierung und das Pflegekompetenzzentrum selbst kümmern, macht es notwendig, dass auch aus dieser Perspektive auf die Politik und die organisatorischen Vorgaben Einfluss genommen werden kann. Diese Rolle eines politischen Akteurs ergibt sich aus der besonderen Eingebundenheit in die Ver-

**Zukunftsfähige
Versorgungs-
strukturen**

**Politischer
Akteur**

sorgungsorganisation eines Pflegekompetenzzentrums bzw. einer Case Managementorganisation, die Wissen entwickelt hat und deshalb bei der Vorbereitung politischer Entscheidungen einzubeziehen ist.

Angebotsentwicklung und Angebotssteuerung

Die eigentliche Gestaltungsmöglichkeit der strategischen Ebene einer Case Managementorganisation liegt in der Angebotsentwicklung und -steuerung, die sich im Rahmen des Pflegekompetenzzentrums der kommunalen Daseinsvorsorge verpflichtet. Der Blickwinkel auf die Versorgungslandschaft wird dabei durch das Verständnis des Wohlfahrt-Mix geprägt. Die Angebotsentwicklung muss dabei alle Sektoren berücksichtigen:

- **Privat:** Entsprechend einer Case Managementorganisation sind auch Einzelfälle der Anlass dafür, individuelle Maßnahmen zu ermöglichen. Dazu gehören einzelfallspezifische Projekte, Einzelvereinbarungen oder die Zurverfügungstellung eines Budgets.
- **Assoziationen:** Die traditionell starke Funktion bürgerschaftlichen Engagements im Rahmen der Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen soll nicht nur die wohnortnahe oder häusliche Versorgung stärken. Sie übernimmt in diesem Zusammenhang auch mitbestimmende und mitverantwortliche Funktionen.
- **Markt:** Freie Träger der Wohlfahrtspflege aber auch privatwirtschaftliche Dienste und Einrichtungen können als Initiatoren neuer Angebote aktiv werden und sich dadurch vor allem im Rahmen sozialräumlicher Konzepte an der Weiterentwicklung beteiligen.
- **Staat:** Im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Unterstützungsleistungen kommen all die Förderungen zum Tragen, die der Gesetzgeber für die Versorgungsorganisation alter und pflegebedürftiger Menschen vorgesehen hat.

Zusammengedacht ergeben sich aus diesen Sektoren vielfältige und auch flexible Angebotsformen, die für das einzelfallorientierte Vorgehen im Case Management die besten Voraussetzungen schafft.

Weitere Zugänge und Versorgungsorganisationen

Außerhalb der Kernelemente der Case Managementorganisation sind zum vollständigen Verständnis des Pflegekompetenzzentrums weitere Zugänge aufgeführt (in Abb. 4 links). Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass in der betreffenden Region alle Vorgänge ausschließlich über das Pflegekompetenzzentrum abgewickelt werden können und müssen. Schon allein aus wettbewerbsrechtlichen Gründen sind weitere Stellen zu berücksichtigen und mit ihren Leistungen auf das Pflegekompetenzzentrum zu beziehen. Ein Bindeglied könnte hier der Pflegestützpunkt und die Pflegeberatung sein, über die die Betroffenen und Angehörigen Rat suchen. Auch

die Fälle, in denen die Bürger*innen ganz ohne Unterstützung ihre Versorgung organisieren, können nicht außer Acht bleiben. Sie sollten allerdings auf das Pflegekompetenzzentrum hingewiesen werden, in dem die Versorger bei bestimmten Fallkonstellationen Hinweise und Informationen geben. Natürlich müssen sich die Steuerungen von Kommune und Pflegekasse immer auch auf diese Zugänge beziehen, da nicht alle Bewohner*innen der betreffenden Region in der Lage sein werden Pflegekompetenzzentrum in Anspruch zu nehmen. Zudem sollten bestehende Ressourcen in der Anbieterlandschaft durch das Pflegekompetenzzentrum einbezogen und gefördert werden.

Transfer der Vorgaben zur Case Managementorganisation auf das Pflegekompetenzzentrum

Die Übertragung der Case Managementorganisation auf das Pflegekompetenzzentrum gelingt unter der Prämisse, dass die Einzelfälle, wie oben aufgezeigt, auf die Systemsteuerung bezogen werden. Die reine Abarbeitung von komplexen Fällen im Sinne des mehrstufigen Verfahrens (manchmal irrtümlicherweise als Case Management bezeichnet), ohne den konsequenten weiteren Bezug auf das System, würde nicht nur dazu führen, Entwicklungspotential aus systemkritischen Fällen unentdeckt zu lassen. Ein solchermaßen begrenztes Verfahren schränkt auch Kooperationen ein, da die monodisziplinäre und -professionelle Verankerung Komplexität reduziert, Arbeitsfeld- und berufsständische Egoismen nährt sowie Mut und Kreativität im Umgang mit den „Fällen“ behindert.

Case Management kann für das Pflegekompetenzzentrum eine Pacemaker-Funktion erlangen, da die räumliche Konzentration unterschiedlicher Leistungen und Professionen noch keine bedürfnisgerechte Versorgung garantiert. Viel wird davon abhängen, welche Fälle im Rahmen von Case Management versorgt werden können und wie dabei mit den besonderen methodischen Anforderungen mit den zur Verfügung gestellten Ressourcen umgegangen werden kann. Die Zuordnung des Case Managements zur Leitung ist zumindest für den Anfang ein guter Schritt, wobei sich die Fallsteuerung langfristig auch aus der Kooperationsqualität mit den Anbietern erfolgreich festigen sollte. Ebenso wichtig ist die Einbeziehung der derzeitigen Leistungserbringer in der Region des Pflegekompetenzzentrums, da nur deren Kooperationsbereitschaft eine Versorgung in der Häuslichkeit garantiert. Vor allem dann, wenn Case Management in einer ländlichen Region angesiedelt wird, muss das Problem der Mobilität frühzeitig angegangen werden. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass gerade alte und pflegebedürftige Menschen das Pflegekompetenzzentrum ohne weiteres aufsuchen können. Deshalb muss Case Management in diesem Fall eine hohe Bereitschaft zeigen, die Menschen in ihren Häusern und Wohnungen zu beraten. Dies sind nur die wichtigsten Überlegungen die anzustellen sind, wenn Case Management in ein bestehendes Ver-

Pacemaker-Funktion

sorgungssystem implementiert werden soll. Prinzipiell muss davon ausgegangen werden, dass eine Vorlaufzeit von mehreren Monaten benötigt wird, damit es keine Verwerfungen oder sogar Ablehnungen gegen das neue Steuerungskonzept gibt.

Die Schnittstelle zwischen Case Management und Kommune ist aufgrund der bereits bestehenden sozialplanerischen Funktion bei den Landkreisen ebenfalls mit Bedacht einzuführen. Andernfalls setzt man die Schnittstelle zwischen Fall und System aufs Spiel.

Case Management wird in seiner advokatorischen Funktion zugunsten seiner Klient*innen auch Konflikte schaffen, z. B. dann, wenn vermehrt externe Angebote gegenüber Pflegekompetenzzentrum internen bevorzugt werden, weil sie in den betreffenden Fällen wohnortnäher sind. Ein weiterer, für das Case Management typischer Konfliktherd ergibt sich häufig aus der anspruchsvollen Fallbearbeitung, die auch von den Kooperationspartnern zusätzliche Aufwände und damit Ressourcen verlangt. Wird das Case Management in solchen Situationen zurückgestuft, kann eine Organisation, die sich auf dieses Handlungskonzept beruft, in die Krise geraten.

Mittlerweile liegen Implementationserfahrungen für Case Managementorganisationen vor, die nicht nur die wesentlichen Fragen und Etappen kennen, sondern auch die Fehler beschrieben haben, die häufig zu missglückten Umsetzungen führen.

8.2.3 Pflegekompetenzzentren im Regionaltest

Im Rahmen des DAK-Pflegereportes 2018 wurden Regionalstudien durchgeführt, in denen neben qualitativen Interviews, einer regionalen Infrastrukturanalyse auch Fokusgruppendifkussionen durchgeführt wurden. In den Fokusgruppendifkussionen, in denen Vertreter*innen der Landkreise und Pflegeanbieter, der Kassen und regionaler Krankenhausträger beteiligt waren, wurde das Konzept des Pflegekompetenzzentrums auf den Prüfstand gestellt und diskutiert. In allen drei Regionen stieß das Konzept auf großes Interesse. Die Hintergründe waren jedoch unterschiedlicher Art.

An einem Ort bietet das Konzept die Möglichkeit, eine anstehende Krankenhauskonversion in einer Weise zu gestalten, die die veränderten Bedarfe an gesundheitlicher und langzeitpflegerischer Versorgung aufgreifen: von der Akut- zur Langzeitversorgung. Für die Kommunalpolitik sowohl auf Landkreis- als auch auf gemeindlicher Ebene bietet das Konzept die Möglichkeit, die Besorgnis der Bevölkerung produktiv aufzugreifen, dass gerade im Alter eine gesundheitliche Versorgung, wie sie mit dem örtlichen Krankenhaus verbunden wurde, nicht mehr sichergestellt sein könnte. Auch eine Bürgerinitiative, die sich für den Erhalt des Krankenhauses einsetzt, zeigte großes Interesse an und Akzeptanz für den Ansatz des Pflegekompetenzzentrums. Die Einbindung der weiteren Konzeptionierung in einen breiten Beteiligungsprozess, der das manifeste Inter-

esse von Einrichtungen und Diensten in der Langzeitpflege über die Eingliederungshilfe, der Wohnungswirtschaft bis zur örtlichen Ärzteschaft berücksichtigt, würde eine gute politische und ökonomische Grundlage für ein tragfähiges örtliches Pflegekompetenzzentrum darstellen.

Die Verbindung mit der Case Managementorganisation wurde als große Chance gesehen, um die wettbewerbliche Ausrichtung des Langzeitpflegesektors mit einer gezielten und bedarfsorientierten Weiterentwicklung der Infrastruktur zu verbinden. Der genossenschaftliche Ansatz böte die Möglichkeit, eigenwirtschaftliche Anliegen in ein gemeinwirtschaftliches Konzept zu integrieren. Bei entsprechender Unterstützung des Landes – das Interesse einiger Bundesländer ist ausgeprägt – wäre das Pflegekompetenzzentrum eine hoch attraktive und innovative Perspektive für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in der Region.

Deutlich anders gestaltete sich der Hintergrund für das Interesse in einer weiteren Region. Hier sind ein Ausbau und eine Aufstockung von Krankenhausbetten, insbesondere im Zusammenhang mit der akutergeriatrischen Versorgung, im Gange. In dieser Region wird das Pflegekompetenzzentrum als Möglichkeit gesehen, das Leistungsspektrum des Krankenhauses, das sich in der Trägerschaft des Landkreises befindet, zu erweitern: Gerade im Zusammenhang mit Krankenhausentlassungen wird festgestellt, dass die hausärztliche Versorgung in ländlichen Bereichen zum Teil nicht sichergestellt ist. Aus diesem Grund wurden bereits zwei Medizinische Versorgungszentren ausgegründet – und dies durchaus im Einvernehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung. Aber auch die Mahlzeitenversorgung sowie hauswirtschaftliche und Wäschedienstleistungen werden als komplementäre, die Entlassung von Krankenhauspatient*innen flankierende und ermöglichende Dienstleistungen erachtet. Im Zusammenhang mit einem Case Management, das systematisch agiert und jeden problematischen Einzelfall in seinen Limitierungen auswertet und für die Systemebene nutzbar macht böte der Ansatz des Pflegekompetenzzentrums die Möglichkeit, Bedarfslücken zu erkennen, zu schließen, die Infrastruktur weiterzuentwickeln. Dies artikulierten die an den Fokusgruppen beteiligten Expert*innen.

Dort, wo über den Markt der Langzeitpflege die hauswirtschaftlichen Angebote, Mahlzeitendienste sowie Mobilitätsangebote nicht ausreichend zur Verfügung stehen respektive im Rahmen des freien Marktes und der Daseinsvorsorge durch die Kommunen nicht gewährleistet werden kann, könnte das Pflegekompetenzzentrum als Träger komplementäre Angebote entwickeln. Hier geht es nicht um eine Konversion, sondern um eine Komplettierung des regionalen Angebotes und dies in der Organisationsform des Pflegekompetenzzentrums verbunden mit der Case Managementorganisation. Gerade bei den Pflegestützpunkten und Krankenhaussozialdiensten stießen diese Vorschläge auf große Resonanz: Die Case Managementorganisation, die eine abgestimmte Steuerung vorsieht,

böte die Möglichkeit, aus der „Feuerwehrfunktion“ zu einer strategisch ausgerichteten Care und Case Management-Arbeitsweise zu gelangen.

In der dritten Region passte das Konzept des Pflegekompetenzzentrums wie der „Deckel auf den Topf“: Hier sind Krankenhausfusionen bereits realisiert und Umnutzungen von entsprechenden Gebäuden in Teilen vollzogen worden. Das Pflegekompetenzzentrum bietet hier den nachträglichen bzw. prozessbegleitenden konzeptionellen Rahmen für die Umnutzung eines in der Bevölkerung hoch angesehenen örtlichen Krankenhauses. Der Prozess wird im Wesentlichen von örtlichen Akteuren getragen. In der neu gestalteten Einrichtung haben Ärzt*innen, eine Apotheke, Therapeut*innen, eine stationäre Pflegeeinrichtung, Betreutes Wohnen, eine Kranken- und Altenpflegeschule sowie eine öffentlich zugängliche Cafeteria einen Platz gefunden. Außerdem wurde Wohnraum für die örtliche Bevölkerung geschaffen.

Das Konzept des Pflegekompetenzzentrums bietet hier den territorialen und organisatorischen Rahmen, um alle Angebote konzeptionell aufeinander zu beziehen, Kooperationsstrukturen weiterzuentwickeln und das Kompetenzzentrum in den Dienst einer bedarfsgerechten regionalen Versorgung zu stellen, an der es in vielfältiger Weise mangelt. Manche Akteure sehen in dem Pflegekompetenzzentrum auch die Möglichkeit, die Probleme der „wettbewerbsneutralen“ Angebotssteuerung zu kompensieren. Der Markt richte in der Langzeitpflege mitnichten alles. Gerade in diesem Zusammenhang entfaltet die vorgesehene genossenschaftliche Rechts- und Organisationsform seine besondere Attraktivität: Die unterschiedlichen Akteure im Gesundheits- und Pflegewesen könnten sich in einer Genossenschaft mit einer gemeinwirtschaftlichen Ausrichtung zusammenfinden, ohne dabei ihre eigenwirtschaftlichen Interessen und Strategien aufgeben zu müssen. Sie werden aber eingebunden in eine abgestimmte und weniger konkurrierend ausgelegte Performance.

Der allgemeine Fachkräftemangel, der sich abzeichnende Nachfrageüberhang nach ambulanten Diensten und Einrichtungsplätzen verlangt im Sinne einer regionalen und bedarfsorientierten Pflegepolitik weniger Konkurrenz als viel mehr Kooperationen. In einem Pflegekompetenzzentrum könnten die strukturellen, kulturellen und politischen Voraussetzungen dafür geschaffen werden. Offene Fragen bleiben. Dennoch ist die Resonanzfähigkeit des Konzepts gegeben – das zeigen die durchgeführten Fokusgruppen in einer exemplarischen Weise. Die regionalen Infrastrukturanalysen unterstreichen die Sinnhaftigkeit des Ansatzes. Auch die in den Regionen durchgeführten Interviews unterstreichen eindrücklich, dass eine abgestimmte bedarfsorientierte Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur weitgehend fehlt. Auch dieser Befund lässt insbesondere die Funktion der Case Managementorganisationen als sinnvoll erscheinen.

Eine wesentliche und weiterführende Essenz dieser exemplarischen Validierungen ist, dass Pflegekompetenzzentren nicht nur für Krankenhauskonversionsfälle attraktiv und geeignet erscheinen, sondern auch überall dort, wo es an einer bedarfsgerechten, kooperativ angelegten, effizienzorientierten Infrastruktur mangelt bzw. diese ausbaufähig ist. Regionale und kommunale Governance ist ebenso gefragt wie eine Kultur der Kooperation. Es braucht dafür innovationsbereite und leistungsfähige Träger, die in neuer Weise Entrepreneure einer Pflegestrukturentwicklung werden – nicht primär aus erwerbswirtschaftlichen Gründen, sondern zumindest eingebettet in eine gemeinwirtschaftliche Ausrichtung. Vor diesem Hintergrund gilt es, das Pflegekompetenzzentrum konzeptionell zu erweitern. Unseres Erachtens lohnt sich die Investition in die experimentelle Erprobung von Pflegekompetenzzentren, in verschiedenen Regionen und unter verschiedenen Bedingungen.

8.3 Literaturverzeichnis

- Amelung, Volker Eric; Eble, Susanne; Hildebrandt, Helmut; Lägel, Ralph; Knieps, Franz; Ozegowski, Susanne et al. (Hg.) (2015): *Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität*. Berlin.
- Bohrke-Petrovic, Siglinde; Göckler, Rainer; Grathwol, Ursula; Kleffner-Zimmermann, Anette; Monzer, Michael; Reis, Claus et al. (2007): *Interaktion zur Integration. Ein praxisorientierter Leitfaden zur Beratung im SGB II*. Nürnberg.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2016): *Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Sachverständigenkommission „Siebter Altenbericht der Bundesregierung“* (Bundesdrucksache, 18/10210).
- Burgi, Martin (2013): *Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung*. Baden-Baden.
- DAK-Gesundheit (Hg.) (2016): *Pflegereport 2016. Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven*. Heidelberg.
- Klie, Thomas (2017): *DAK Pflegereport 2017. Gutes Leben mit Demenz: Daten, Erfahrungen und Praxis*. 1. Aufl. Heidelberg.
- Klie, Thomas; Monzer, Michael (2018): *Regionales Pflegekompetenzzentrum. Innovationsstrategie für die Langzeitpflege vor Ort*. Heidelberg.
- Klie, Thomas; Roß, Paul-Stefan (2005): *Wie viel Bürger darf's denn sein!? Bürgerschaftliches Engagement im Wohlfahrtsmix – eine Standortbestimmung in acht Thesen*. In: Dieter Döring

(Hg.): Bürgerschaftliches Engagement. Unbegrenzte Möglichkeiten? Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 36 (4). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., S. 20–43.

Monzer, Michael (2018): Case Management Organisation. Heidelberg.

Nussbaum, Martha C. (1999): Gerechtigkeit oder das gute Leben. Frankfurt am Main.

Schmidt, Thorsten Ingo (2018): Daseinsvorsorge aus rechtswissenschaftlicher Perspektive. In: Thomas Klie und Anna Wiebke Klie (Hg.): Engagement und Zivilgesellschaft. Expertisen und Debatten zum Zweiten Engagementbericht. Wiesbaden, S. 269–338.

Autor*innenverzeichnis



© Christine Bruker

Dr. phil. Christine Bruker arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei AGP Sozialforschung an der Ev. Hochschule Freiburg. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen thematisch in den Feldern Teilhabe bei Behinderung und Inklusion, Palliative Care und Kinderhospiz sowie Case Management. Methodisch fokussieren sie die qualitative Sozialforschung. Christine Bruker hat Soziale Arbeit in Freiburg i. Br. und La Paz (Bolivien) studiert. In ihrer Dissertation befasste sie sich mit der Sorge für lebensverkürzend erkrankte Kinder und ihre Familien. Die promovierte Sozialarbeiterin absolviert derzeit die berufsbegleitende Weiterbildung Case und Care Management (DGCC). Sie ist freie Mitarbeiterin im Wilhelminen-Hospiz in Niebüll und Lehrbeauftragte an mehreren Hochschulen.



© Wilhelm Haumann

Dr. Wilhelm Haumann studierte in Münster. Seit 1995 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Demoskopie Allensbach. Als Projektleiter im Bereich der Sozialforschung hat er hier zahlreiche demoskopische Studien durchgeführt. Schwerpunkte waren dabei Umfragen zur Pflege, zur Entwicklung und Förderung von Familien sowie zum bürgerschaftlichen Engagement.



© Optimedis

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt ist Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG sowie Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH und der Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt). Sein Schwerpunkt liegt im Aufbau und Management regionaler populationsbezogener IV-Systeme. Der Apotheker und Gesundheitswissenschaftler verfügt über langjährige Erfahrungen in qualitativer Forschung (Medizinsoziologie) und konzeptioneller Arbeit in Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung. Er hat viele Jahre für die Weltgesundheitsorganisation an Präventionsprojekten mitgearbeitet und über 20 Jahren Krankenkassen, Verbände, Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft beraten.



© Thomas Klie

Prof. Dr. habil. Thomas Klie, geb. 1955 in Hamburg, unterrichtet öffentliches Recht an der Evangelischen Hochschule Freiburg und Gerontologie an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt/Wien. Er war Mitglied der Siebten Altenberichtscommission und Vorsitzender der Zweiten Engagementberichtscommission der Bundesregierung. Er leitet das Institut AGP Sozialforschung und ist nebenberuflich als Rechtsanwalt in Freiburg und Berlin tätig.



© Optimedis

Laura Lange ist Health Data Analyst bei der OptiMedis AG. Ihre Aufgaben umfassen gesundheitsökonomische Auswertungen, die Evaluation von Interventionen, die Entwicklung statistischer Test- und Prognosemodelle, die Ausarbeitung von Empfehlungen für die Entwicklung von Gesundheitsprogrammen sowie die Akquise und Umsetzung neuer BI- und Datenanalyse-Projekte. An der Technischen Universität Dortmund studierte Laura Lange im Bachelor und Master Statistik mit dem Schwerpunkt Biometrie sowie Psychologie als Nebenfach.



© Optimedis

Philip Lewin ist Health Data Analyst bei der OptiMedis AG. Er ist gelernter examinierter Altenpfleger, hat einen Bachelor in Gesundheitswissenschaften und studiert derzeit im Masterstudiengang Health Sciences an der HAW Hamburg. Er arbeitete bereits als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie sowie am Institut für Krebs epidemiologie e. V. der Universität Lübeck. Dort war er an der Durchführung zahlreicher epidemiologischen Studien beteiligt. Seine Schwerpunkte liegen auf der Analyse und Visualisierung räumlicher Daten.



© Michael Monzer

Prof. Dr. Michael Monzer ist Diplom-Psychologe, Projektmanager beim Sozialamt Stuttgart und Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management. Autor von Grundlagenwerken im Case Management und Herausgeber der Fachzeitschrift Case Management. Als zertifizierter Case Management-Ausbilder lehrt er seit 2003 an verschiedenen Instituten in Deutschland und seit 2016 an der Evangelischen Hochschule Freiburg als Honorarprofessor.



© Pablo Rischard

Pablo Rischard, M.A. in Politikwissenschaft, Soziologie und Wirtschaftspolitik, ist Wissenschaftlicher Geschäftsführer von AGP Sozialforschung. In seiner Arbeit hat er zahlreiche Projekte zu kommunalen Pflegestrukturen, Wohnen im Alter, dem Arbeitsmarkt Pflege sowie dem Heimrecht verantwortet. Pablo Rischard ist seit 2014 Lehrbeauftragter an der Evangelischen Hochschule Freiburg im Themenfeld Gerontologie.



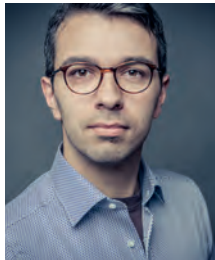
© Optimedis

Timo Schulte leitet bei der OptiMedis AG den Bereich Health Data Analytics & IT. Er studierte Wirtschaftswissenschaften an der Universität Marburg mit den Schwerpunkten strategisches Management und Management von Innovationen und Netzwerken sowie Wirtschaftspsychologie. Zur weiteren Spezialisierung absolvierte er im Jahr 2015 nebenberuflich einen Master in Health Management an der Universität Hamburg. Seit April 2016 promoviert er berufs begleitend an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke zum Thema „Creating Value in Integrated Care Networks: Assessment and Implementation of Data-driven Technologies for Cross-Sectoral Quality Improvement“.



© Corinna Weingärtner

Corinna Weingärtner studierte Soziale Arbeit (M.A.) mit Schwerpunkt Forschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg. Sie ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei AGP Sozialforschung im FIVE – Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule in Freiburg tätig. Neben projektkoordinierenden Aufgaben umfasst ihr Arbeitsbereich die Beratung und Prozessbegleitung von Kommunen im Auf- und Ausbau von innovativen Wohn- und Pflegeformen.



© Florian Wernicke

Florian Wernicke studierte Gerontologie (M.A.) an der Universität Vechta. Er arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter bei AGP Sozialforschung im FIVE – Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule in Freiburg. Florian Wernicke ist Doktorand an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, IFF Wien am Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik. Seine Promotion widmet sich dem Thema Advokatorik und Demenz. Zudem ist er Lehrbeauftragter an der Evangelischen Hochschule Freiburg.

