

Schlussbericht

«Pflege und Pflegebedürftigkeit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – Wo tickt die Uhr?»

Eine grenzüberschreitende Studie im Rahmen der
Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz im Gesundheitswesen



Projektleitung

Univ.-Prof. Dr. med. Elisabeth Simoes, Universität Tübingen

Univ.-Prof. Dr. Ralf Münnich, Universität Trier (Projektleitung Trier)

Autor_innen

Universität Tübingen

Elisabeth Simoes
Esther Ueding
Joachim Graf
Alexander Sokolov
Siegfried Mohr
Sara Brucker

Universität Trier

Ralf Münnich
Aiko Kühn
Joscha Benjamin Krause

Weitere Angaben zu den Autor_innen s. Anhang: Anlage A

Zitierweise: Simoes E, Ueding E, Graf J, Sokolov A, Mohr S, Brucker S, Kühn A, Krause JB, Münnich R. *Schlussbericht «Pflege und Pflegebedürftigkeit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – Wo tickt die Uhr?» Eine grenzüberschreitende Studie im Rahmen der Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz im Gesundheitswesen*. URL: <http://www.uni-frauenklinik-tuebingen.de/Forschungsinstitut.html>^a

^a Anmerkung: *nach* Freischaltung; dann auch weitere regionale Links in Basel, Lörrach, Trier

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	XII
1. Einleitung und Relevanz.....	1
2. Hintergrund und Stand der Forschung	8
2.1. Demographischer Wandel und die Konsequenzen	8
2.1.1. Regionale demographische Strukturen	8
2.1.2. Situation der regionalen Pflegebedürftigkeit	13
2.1.3. Einrichtungen in der Region	13
2.1.4. Die Bedeutung informeller Pflege	13
2.2. Zusammenarbeit in einer Grenzregion	16
2.2.1. Ergebnisse bisheriger Projekte in der Grenzregion Lörrach-Basel.....	16
2.2.2. Erfolgskritische Faktoren	16
2.2.3. Demenz als grenzüberschreitende Herausforderung	17
2.3. Begrifflichkeit und Rahmenbedingungen der Pflege.....	18
2.3.1. Deutschland.....	19
2.3.2. Schweiz.....	21
2.4. Qualitätskonzeption und Maßgaben der Darlegung zum Versorgungsbereich Pflege	23
2.4.1. Deutschland.....	24
2.4.2. Schweiz.....	25
2.5. Verbundene Pflege (Co-Pflege) als Konzept und Versorgungsoption	26
2.6. Schätzungen – Stand der Forschung	27
3. Ziele, Fragestellungen und methodisches Vorgehen	31
3.1. Ziele und übergeordnete Fragestellungen	31
3.2. Projektdesign in der Übersicht.....	32
3.3. Projektpartner und Laufzeit	38
3.4. Fragestellungen der Experteninterviews und methodisches Vorgehen	38
3.4.1. Interviews mit professionell Beratenden	38
3.4.2. Interviews mit häuslich Pflegenden	39
3.4.3. Interviews mit Pflegebedürftigen	40
3.4.4. Methodisches Vorgehen	41
3.5. Online-Erhebung: <i>Regionales Brainstorming</i>	42
3.6. Fragestellungen der Erhebung zum Qualitätsmanagement und methodisches Vorgehen.....	43
4. Ergebnisse aus den Experteninterviews	45
4.1. Interviews mit professionell Beratenden	46
4.1.1. Übersicht	46
4.1.2. Profil Aufgabenfeld Berater_innen.....	47
4.1.3. Profil Pflegebedürftige	48
4.1.4. Profil Pflegenden	49
4.1.5. Systemreflexion.....	52
4.1.6. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit	54
4.1.7. Gesellschaftliche Aspekte.....	55

4.1.8.	Zukunftswünsche	55
4.1.9.	Fazit	57
4.2.	Interviews mit häuslich Pflegenden	58
4.2.1.	Übersicht	58
4.2.2.	Beratungseinrichtungen	59
4.2.3.	Unterstützende und entlastenden Angebote	59
4.2.4.	Grenzüberschreitenden Angebote	60
4.2.5.	Geschlechterspezifische Angebote	61
4.2.6.	Angebotslücken	61
4.2.7.	Angebotstransparenz und Struktur	62
4.2.8.	Profil der informell Pflegenden	65
4.2.9.	Profil der Pflegebedürftigen und Alltag	68
4.2.10.	Gesellschaftliche Aspekte	69
4.2.11.	Zukunftswünsche	69
4.2.12.	Fazit	70
4.3.	Interviews mit Pflegebedürftigen	71
4.3.1.	Übersicht	71
4.3.2.	Angebotssituation	72
4.3.3.	Versorgungsstrukturen und -lücken	74
4.3.4.	Bedarfe und Wünsche	75
4.3.1.	Fazit	78
5.	Ergebnisse der Erhebung zum Qualitätsmanagement	80
5.1.	Übersicht, Rücklauf und Allgemeines	80
5.2.	Art der pflegerischen Versorgungseinrichtungen	81
5.3.	Qualitätspolitik- und Strategie	83
5.4.	Interne qualitätssichernde Maßnahmen: Sicherheit in der Institution	84
5.5.	Interne qualitätssichernde Maßnahmen: Patientenorientierung	91
5.6.	Interne qualitätssichernde Maßnahmen: Mitarbeiterorientierung	93
5.7.	Interne qualitätssichernde Maßnahmen: Kommunikation	95
5.8.	Extern vergleichende Qualitätssicherung	96
5.9.	Ausblick	98
6.	Online-Erhebung: Ergebnisse	100
6.1.	Übersicht	100
6.2.	Professionelle Pflege und Pflege-Migration	101
6.3.	Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Pflege	107
6.3.1.	Hemmnisse, Barrieren	107
6.3.2.	Verbesserungen, Förderung	108
6.3.3.	Nutzen	109
6.4.	Die Situation häuslich pflegender	110
6.4.1.	Gesundheitliche Belastungen durch Häusliche Pflege	110
6.4.2.	Vereinbarkeit von Pflegeverpflichtung und Berufsbindung	112
6.4.3.	Gesellschaftliche Position von Pflege und Häuslich Pflegenden	112
6.5.	Unterstützung für häuslich Pflegende	113

6.5.1.	Personen des nahen Umfelds.....	113
6.5.2.	Ehrenamt/ Freiwilligenarbeit/ Selbsthilfe	114
6.5.3.	Kommune, Landkreis/ Kanton, Region	117
6.5.4.	Verbundene Pflege/ Co-Pflege	118
7.	Ergebnisse aus Schätzungen - Zukunftsentwicklungen.....	122
7.1.	Prognose der regionalen demographischen Entwicklungen.....	122
7.2.	Szenarien der Pflegebedarfsentwicklung.....	131
7.3.	Ergebnisse der Szenarienstudie	132
7.3.1.	Landkreis Lörrach	132
7.3.2.	Kanton Basel-Stadt	136
7.3.3.	Kanton Basel-Land.....	139
7.4.	Interpretation und Methodenanalyse	143
8.	Evidenz für Handlungsfelder.....	145
8.1.	Übersicht.....	145
8.2.	Besondere Betroffenheit der Frauen und die Konsequenzen.....	146
8.2.1.	Vereinbarkeit von Pflegeverpflichtung und Berufstätigkeit	147
8.2.2.	Frauen pflegen früher, länger, anders.....	148
8.2.3.	Gesundheitliche Folgen	149
8.2.4.	Finanzielle Folgen, (Alters)armut	153
8.3.	Implikationen für Haushalte mit Pflegeverpflichtung	154
8.3.1.	Alleinlebende Personen mit Unterstützungsbedarf	157
8.4.	Perspektive Verbundene Pflege/ Co-Pflege	158
8.4.1.	Beitrag der professionellen Pflege	160
8.4.2.	Koordination.....	161
8.4.3.	Den Kreis erweitern.....	162
8.5.	Arbeitswelt und Sorgeverpflichtung	168
8.5.1.	Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	168
8.5.2.	Initiative Arbeitswelt	171
8.6.	Wohnraum und Wohnumfeldgestaltung.....	172
8.7.	Tabuthemen in der Gesellschaft: Pflege und Pflegebedürftigkeit	173
8.8.	Information und Zugänglichkeit.....	176
8.9.	Grenzüberschreitende Tätigkeit in der Professionellen Pflege.....	177
8.10.	Implikationen für Politik und Wirtschaft.....	178
9.	Module in einem grenzüberschreitenden Versorgungsmodell zur Pflege.....	182
9.1.	Länderspezifische und -übergreifende Module	182
9.2.	Road-Map	183
9.3.	10 Punkte Plan	185
10.	Diskussion	186
10.1.	Besonderheiten und Grenzen der Untersuchung.....	187
10.2.	Chancen, die sich aus der gesamtgesellschaftlichen Sicht ergeben	188
10.2.1.	Visualisierung einer vergessenen Leistung.....	188
10.2.2.	Kollektive Rechte betonen	189
10.2.3.	Sorgeverpflichtung und Erwerbstätigkeit als Thema der Wirtschaft.....	189

10.2.4.	Expansion Hypothesis.....	190
10.3.	Das Forschungsprojekt im internationalen Kontext.....	191
10.3.1.	Strategien - ein Blick ins Ausland.....	191
10.3.2.	Gesundheitspolitische Bedeutung.....	192
10.4.	Das Forschungsprojekt im Rahmen der Zusammenarbeit Deutschland- Schweiz im Gesundheitswesen	192
10.4.1.	Diskussion der Ergebnisse zum Qualitätsmanagement.....	194
10.4.2.	Stellenwert des Projekts für die Region	195
11.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	196
Anhang	203
12.	Zitierte Literatur.....	204

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Fertilitätsraten Deutschland.....	9
Abbildung 2:	Fertilitätsraten in der Schweiz und Deutschland.....	12
Abbildung 3:	Zusammenarbeit in Grenzregionen – erfolgskritische Faktoren	17
Abbildung 4:	Säulen der sozialen Sicherung in Deutschland	19
Abbildung 5:	Übersicht zu den Datenerhebungen im Rahmen des Projekts.....	33
Abbildung 6:	Phasen des Projekts und Zeitverlauf	34
Abbildung 7:	Experteninterviews im Zeitraum 7/2014 – 1/2015	45
Abbildung 8:	Inhaltliche Schwerpunkte.....	81
Abbildung 9:	Inhaltlicher Schwerpunkt im städtischen und ländlichen Umfeld im Vergleich	82
Abbildung 10:	Inhaltlicher Schwerpunkt im ambulanten und stationären Setting im Vergleich.....	82
Abbildung 11:	Internes Qualitätsmanagement	83
Abbildung 12:	Maßnahmen zur Bewertung der Qualität	83
Abbildung 13:	Durchführung von Qualitätsprojekten	84
Abbildung 14:	Umsetzung von Expertenstandards (D und CH)	84
Abbildung 15:	Umsetzung einzelner Expertenstandards	85
Abbildung 16:	Fragedimensionen des Organisationsmanagements	86
Abbildung 17:	Hygiene- und Qualitätskommissionen im grenzüberschreitenden Vergleich	87
Abbildung 18:	Risikomanagement im Vergleich.....	87
Abbildung 19:	Fehlermanagement im Vergleich	87
Abbildung 20:	Maßnahmen zur Sicherung der Dokumentationsqualität (CH)	88
Abbildung 21:	Maßnahmen zur Sicherung der Dokumentationsqualität (D)	88
Abbildung 22:	Qualitätsprojekte (D).....	89
Abbildung 23:	Qualitätsprojekte (CH)	90
Abbildung 24:	Systematische Dokumentation QM	90
Abbildung 25:	Überprüfung der Zielerreichung	90
Abbildung 26:	Durchführung von Qualitätsverbesserungsprojekten	91
Abbildung 27:	Werden Patienten-/ Angehörigen-Information angeboten?	91
Abbildung 28:	Art der Patienten-/ Angehörigen-Information CH.....	92
Abbildung 29:	Art der Patienten-/ Angehörigen-Information D.....	92
Abbildung 30:	Inhaltliche Schwerpunkte des Fort- und Weiterbildungsregimes in Deutschland	93
Abbildung 31:	Inhaltliche Schwerpunkte des Fort- und Weiterbildungsregimes in der Schweiz	94
Abbildung 32:	Häufigkeit von schriftlich ausgearbeiteten Regelungen zur Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden	94
Abbildung 33:	Fall-/Komplikations-/ Planungsbesprechungen und Fall-/Team-/ Supervisionen	95
Abbildung 34:	Fortbildungsreihen.....	95
Abbildung 35:	Patientenseminare	95
Abbildung 36:	Qualitätszirkel	96

Abbildung 37: Externe Prüfung durch MDK	97
Abbildung 38: Teilnahme an freiwilligen extern vergleichenden QM- Maßnahmen	97
Abbildung 39: Veröffentlichungsquote der Ergebnisse der extern vergleichenden Qualitätssicherung	97
Abbildung 40: Weitere Maßnahmen des internen und externen QM (D).....	98
Abbildung 41: Weitere Maßnahmen des internen und externen QM (CH)	98
Abbildung 42: Profil der in der Online-Erhebung Antwortenden aus der Gruppe professionell Pflegender	101
Abbildung 43: Welche Angebote bzw. Maßnahmen würden ausgebildete Pflegekräfte in der Region halten?	102
Abbildung 44: Wie könnte nach Ihrer Einschätzung ein grenzüberschreitender Pool an Pflegekräften aufgebaut werden? Schweizer Sicht.....	104
Abbildung 45: Wie könnte nach Ihrer Einschätzung ein grenzüberschreitender Pool an Pflegekräften aufgebaut werden? Deutsche Sicht	104
Abbildung 46: Welche Gründe würden der Nutzung eines grenzüberschreitenden Pflegeangebots (CH-D/ D-CH) aus Ihrer Sicht entgegenstehen?	108
Abbildung 47: Gibt es aus Ihrer Sicht Hindernisse bzw. Barrieren bei der grenzüberschreitenden Pflege?	108
Abbildung 48: Was könnte die Menschen in der Region zur Nutzung eines grenzüberschreitenden Pflegeangebots (CH-D/ D- CH) aus Ihrer Sicht veranlassen?	109
Abbildung 49: Vorstöße zur Förderung einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in der Pflege – bekannt, sinnvoll, machbar?.....	109
Abbildung 50: Worin sehen sie den vorrangigen Nutzen in grenzüberschreitenden Lösungen des zukünftigen gesellschaftlichen Problembereichs Pflege?	110
Abbildung 51: Haben Sie infolge der Pflegeaufgaben gesundheitliche Probleme bei sich beobachtet und ggfs. welche?....	111
Abbildung 52: Welches Arbeitsplatzprofil würden Sie sich als Pflegende_r wünschen?.....	112
Abbildung 53: Was wäre für Sie Wertschätzung bei häuslicher Pflege?	113
Abbildung 54: Wer beteiligt sich außer Ihnen an der häuslichen Pflege?	114
Abbildung 55: Ehrenamt – Freiwilligenarbeit: Welches Engagement erachten Sie für sinnvoll?	115
Abbildung 56: Sind Sie selbst an einem ehrenamtlichen/ bürgerschaftlichen Engagement im Bereich der Pflege beteiligt? 115	
Abbildung 57: Welche Selbsthilfe-Ansätze erachten Sie für sinnvoll?	116
Abbildung 58: Was sind Ihre Erwartungen an die (Regional-)Politik?	117
Abbildung 59: Wie können Stadt/ Gemeinde bzw. Landkreis/ Kanton nach Ihrer Einschätzung Pflegenden helfen?	118
Abbildung 60: Worin sehen Sie die Vorteile der Verbundenen Pflege?	118
Abbildung 61: Welche Dinge charakterisieren eine gute Verbundene Pflege/ Co-Pflege?	119
Abbildung 62: Worin sehen Sie die Vorteile der Pflege durch Angehörige?	119
Abbildung 63: Worin sehen Sie die Vorteile professioneller Pflege in der häuslichen Pflegesituation?	120
Abbildung 64: Wenn Sie sich das Angebot Verbundener Pflege/ Co-Pflege vorstellen, was läuft bei der Zusammenarbeit für die häuslich pflegerische Versorgung bisher nicht besonders gut?	120
Abbildung 65: Welche Schnittstellen sind aus Ihrer Sicht zwischen professioneller und informeller Pflege bei der Pflege daheim besonders kritisch für das Gelingen?	120
Abbildung 66: Welche neuen/ verbesserten Ansätze für eine Verbundene Pflege/ Co-Pflege wünschen Sie sich?	121
Abbildung 67: Für welche besonderen Anforderungen werden Ihrer Ansicht nach Einrichtungen mit Spezialausstattung benötigt?	121
Abbildung 68: Bevölkerungsentwicklung Lörrach und Basel-Stadt (mittleres Szenario).....	126
Abbildung 69: Bevölkerungsentwicklung in Lörrach, Basel-Stadt und Basel-Landschaft	126
Abbildung 70: Szenarien bezüglich Lörrach, Basel-Stadt und Basel-Landschaft.....	127
Abbildung 71: Relative Bevölkerungsentwicklung in Lörrach, Basel-Stadt und Basel-Landschaft.....	128
Abbildung 72: Altersgruppenentwicklung in Lörrach, Basel-Stadt sowie Basel-Landschaft	129
Abbildung 73: Pflegeszenarien auf Basis der demographischen Hauptvariante, Lörrach	133
Abbildung 74: Prognose der Pflegezahlen für Status Quo, Lörrach.....	134
Abbildung 75: Theoretische Versorgungsdiskrepanz im Landkreis Lörrach	135
Abbildung 76: Pflegeszenarien auf Basis der demographischen Hauptvariante, Basel-Stadt	136
Abbildung 77: Pflegeszenarien verschiedener Bevölkerungsprognosen, Basel-Stadt	137
Abbildung 78: Theoretische Versorgungsdiskrepanz im Kanton Basel-Stadt	139
Abbildung 79: Pflegeszenarien auf Basis der demographischen Hauptvariante, Basel-Land	140
Abbildung 80: Pflegeszenarien verschiedener Bevölkerungsprognosen, Basel-Land.....	141
Abbildung 81: Theoretische Versorgungsdiskrepanz im Kanton Basel-Land.....	142

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aspekte der Qualitätskonzeption in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft im Vergleich	26
Tabelle 2: Fragestellungen im Projekt	32
Tabelle 3: Übersicht zu Studienpopulation und Rekrutierung für den qualitativen Untersuchungsteil	37
Tabelle 4: Regionales Brainstorming (Online-Erhebung): angesprochene Gruppen der Bevölkerung	43
Tabelle 5: Fragebogen zum einrichtungsbezogenen pflegerischen Qualitätsmanagement: Dimensionen	43
Tabelle 6: Übersicht zu den 2014-15 im Rahmen des Projekts durchgeführten Interviews	45
Tabelle 7: Codesystem Professionell Beratender	46
Tabelle 8: Codesystem (informell) Pflegende	58
Tabelle 9: Codesystem Pflegebedürftige	72
Tabelle 10: Charakteristika der ambulant-stationär-Verteilung im Kollektiv und in der Grundgesamtheit	80
Tabelle 11: Für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit relevante Aspekte der Qualitätssicherung	98
Tabelle 12: Aspekte der Qualitätssicherung, die grenzüberschreitend offen zugänglich sein sollten	99
Tabelle 13: Übersicht Online-Erhebung	100
Tabelle 14: Welche Angebote bzw. Maßnahmen würden ausgebildete Pflegekräfte in der Region halten? Freie Antworten.	102
Tabelle 15: Spüren Sie in Ihrem Arbeitsbereich einen Pflegekräftemangel? Freie Antworten.	103
Tabelle 16: Formelle Hindernisse für einen flexibleren Personaleinsatz	105
Tabelle 17: Spezielle Hindernisse im Arbeitsbereich Altenpflege für den <i>grenzüberschreitenden</i> Einsatz	105
Tabelle 18: Abbau von Hindernissen bei der grenzüberschreitenden Wahrnehmung von Pflegeaufgaben – Vorschläge aus beiden Ländern	106
Tabelle 19: Haben Sie weniger auf Ihre Gesundheit geachtet? Zitate aus den Freitext-Antworten in Ergänzung zu Abb. 52	111
Tabelle 20: Welche weiteren Bereiche ehrenamtlichen/ freiwilligen bürgerschaftlichen Engagements kennen Sie?	114
Tabelle 21: Für welche besonderen Anforderungen werden Ihrer Ansicht nach Einrichtungen mit Spezialausstattung benötigt? Weitere Bereiche.	121
Tabelle 22: Gesellschaftliche Komponenten mit Auswirkung auf die Stabilität des Sektors häusliche Pflege	147
Tabelle 23: Implikationen von häuslicher Sorgeverpflichtung für Familien und nachfolgende Generationen	156
Tabelle 24: Ansatzpunkt Verbundene Pflege/ Co-Pflege - Schnittstellen gestalten, Lücken schließen	162
Tabelle 25: Versorgungsstrukturen – Weiterentwicklungsbedarf aus Sicht der professionell Beratenden	164
Tabelle 26: Maßnahmen zur Erweiterung des in die Bewältigung einer Pflegesituation einbezogenen Personenkreises	165
Tabelle 27: Vorschläge für Initiativen: Eckpunkte, Beispiele, Zielrichtung	167
Tabelle 28: Ansatzpunkt Arbeitsplatzgestaltung – Arbeitsplatzkontingente	171
Tabelle 29: Arbeitgeber-Initiative zur Unterstützung von Berufstätigen mit häuslicher Pflegeverpflichtung	172
Tabelle 30: Ansatzpunkt: „ Push-Faktoren“	173
Tabelle 31: Qualifizierung für den grenzüberschreitenden Einsatz professionell Pflegender	177
Tabelle 32: Initiativen für mehr grenzüberschreitende Flexibilität in der professionellen Pflege	178
Tabelle 33: Themen im Handlungsfeld Rahmenbedingungen	180
Tabelle 34: Länderspezifische und –übergreifende Bedarfe und Handlungsfelder	182
Tabelle 35: Vorschlag Road-Map	184
Tabelle 36: 10-Punkte-Plan	185
Tabelle 37: Pflegebezogenes Qualitätsmanagement: Gemeinsamkeiten und zentrale Unterschiede	194

Abkürzungsverzeichnis

Abb	Abbildung
ADI	Alzheimer's Disease International
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ATSG	Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
BESA	Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungs-System
BG	Berufs-Genossenschaft
BIP	Bruttoinlandsprodukt
bzw	beziehungsweise
DEGAM	Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DIMDI	Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information
DRV	Deutsche Rentenversicherung
e.g.	Zum Beispiel
ELSA	English Longitudinal Study of Ageing
etc	et cetera
EU	Europäische Union
ggf	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
IfD	Institut für Demoskopie
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
IV	Invalidenversicherung
KLV	Kapitallebensversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
LTC	Long term care
MBI-HSS	Maslach Burnout Inventory in der Version Human Service Survey
MDK	Medizinischen Dienstes der Gesetzlichen Krankenversicherung
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OBSAN	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
PKV	Private Krankenversicherung
RAI	Resident Assessment Instrument (Beurteilungsinstrument für den jeweiligen Pflege-Versorgungsbedarf)
RUG	Resource Utilisation Groups (Klassifikation von homogenen Pflegeaufwandsgruppen)
SAKE	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung
SCIE	Social Care Institute for Excellence
SGB	Sozialgesetzbuch
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SOEP	Sozio-ökonomische Panel (repräsentative Wiederholungsbefragung von Privathaushalten in Deutschland)
SSA	Sub-Sahara Afrika
Tab	Tabelle
vgl	vergleiche
VdK	Sozialverband VdK Deutschland e.V. ^b
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	Zum Beispiel

^b Der Verbandsname "VdK" war ursprünglich eine Abkürzung: Gegründet wurde der Sozialverband VdK Deutschland im Jahr 1950 unter dem Namen "Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands e. V." Heute heißt der Verband offiziell *Sozialverband VdK Deutschland e. V.*

Projektteam

Univ.-Prof. Dr. med. Elisabeth Simoes (Projektleitung)
Forschungsinstitut für Frauengesundheit (Ärztliche Direktorin Univ.-Prof. Dr. med. Sara Y. Brucker),
Department für Frauengesundheit (Geschäftsführender Direktor Univ.-Prof. Dr. med. Diethelm Wall-
wiener), Universitätsklinikum Tübingen,
Stabsstelle Sozialmedizin des Universitätsklinikums Tübingen (Leitender Ärztlicher Direktor Univ.-
Prof. Dr. med. Michael Bamberg), Calwer Str. 7, 72076 Tübingen

Univ.-Prof. Dr. Ralf Münnich (Projektleitung Trier),
Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialstatistik Universität Trier, Universitätsring 15, Trier

Koordinierungsstelle Tübingen: Dipl. Pflegewirtin Esther Ueding, Forschungsinstitut für Frauen-
gesundheit, Universitätsklinikum Tübingen, Calwer Str. 7, 72076 Tübingen

Regionale Koordinierungsstelle Lörrach: Leitung Elke Zimmermann-Fiscella (Sozialdezernentin),
Robert Müller, Tanja Zimmermann, Palmstr. 3, D-79539 Lörrach

*There are only four types of people in this world:
those who have been caregivers,
those who are currently caregivers,
those who will be caregivers, and
those who will need a caregiver.^c*

Danksagung

Unser Dank richtet sich an alle, die mit ihrer Erfahrung und ihrem Wissen zu dieser Untersuchung beigetragen haben. Ein besonderer Dank gilt dabei unseren Gesprächspartner_innen aus beiden Ländern, die in den Interviews mit großer Offenheit Probleme und Chancen benannt sowie allen, die über die Teilnahme an der Online-Erhebung ihre Erfahrungen und Ideen dem Projekt mitgegeben haben.

Wir bedanken uns für die finanzielle Unterstützung, die diese Studie ermöglicht hat, bei den Förderern aus beiden Ländern:

Deutschland

- Land Baden-Württemberg in Verbindung mit den Pflegekassen im Rahmen eines Modellvorhabens zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepten für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege nach § 45c SGB XI
- Landkreis Lörrach

Schweiz

- Kanton Basel-Stadt
- Kanton Basel-Landschaft

Dank ausdrücken möchten wir auch gegenüber den Institutionen beider Länder, die statistische Daten für die Analysen zur Verfügung gestellt haben.

Tübingen, Trier 29.01.2016

Elisabeth Simoes Ralf Münnich

^c Rosalynn Carter, ehemalige First Lady, USA 1997

Es gibt nur vier Arten von Menschen auf dieser Welt: Diejenigen, die Pflegenden waren, diejenigen, die derzeit pflegen, diejenigen, die einmal Pflegenden sein werden, und diejenigen, die jemanden brauchen, der sie pflegt. Quelle: <http://gos.sbc.edu/c/carter.html>

ZUSAMMENFASSUNG

PFLEGE ALS GESAMTGESELLSCHAFTLICHE AUFGABE UND GRENZÜBERSCHREITENDE ZUSAMMENARBEIT IN DER PFLEGE

Im Rahmen der Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz im Gesundheitswesen widmete sich das Projekt der Option einer gemeinsam ausgerichteten pflegerischen Versorgung in der Region.

Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen findet vor allem zwischen Ländern statt, die bereits lange in verschiedenen Bereichen vertrauensvoll zusammenarbeiten. Dies ist auch bei den beteiligten Ländern der Fall. Eine Zusammenarbeit im Bereich der Langzeitpflege wird erstmals thematisiert. Auch gesamteuropäisch mangelt es hierzu an Erfahrungen und Erkenntnissen. Dieser Bereich berührt Fragen der Arbeitsmigration ebenso wie Schnittstellen zwischen sozialen Sicherungssystemen, deren Bezahlbarkeit und das Anliegen, auch in Zukunft eine Pflege in Würde für alle Beteiligten aufrechterhalten zu können.

Mit dem demographischen Wandel ist von einer Zunahme an Pflegebedürftigkeit in Deutschland und in der Schweiz wie im gesamten Europa auszugehen. Dabei werden Fragen nach Möglichkeiten der Bewältigung der damit verbundenen Versorgungsaufgabe in finanzieller und personeller Hinsicht immer dringlicher, insbesondere mit Blick auf die häusliche Pflege. Hier wird ein überwiegender Teil der Pflegeaufgabe mit Hilfe von Angehörigen geschultert. Erkenntnisse aus der Forschung zur Vereinbarkeit von Sorgeverpflichtung und Berufsbindung zeigen, dass hierbei Unterstützungsbedarf besteht, bei dessen Fehlen eine abnehmende Bereitschaft zur Übernahme von häuslicher Pflege einerseits, aber auch Austritte aus der Berufstätigkeit zu erwarten sind. Beides resultiert nicht nur in mittel- bis langfristigen Konsequenzen für die be-

troffenen Personen, insbesondere Frauen, sondern auch für die einbezogenen Haushalte, für die Gesellschaft und Wirtschaft einer Region. Marktlösungen, die Betreuungsdienstleistungen in Privathaushalten anbieten, sind immer mehr nur für den finanzstärkeren Teil der Pflegebedürftigen eine erreichbare Option. Ein komplexes Spannungsfeld von gesellschaftlichen und (gesundheits- und sozial-)politischen Rahmenbedingungen kennzeichnet diese Situation.

FOKUS UND METHODEN

In einer Projektkooperation der Universitäten Tübingen und Trier mit dem Landkreis Lörrach, den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft und dem Land Baden-Württemberg gemeinsam mit den Pflegekassen wurden die bestehenden Strukturen und Pflege-Arrangements aus der Perspektive der in verschiedener Hinsicht Betroffenen beleuchtet. Fragen des Versorgungsbedarfs und der Versorgungsqualität wurden ebenso bearbeitet wie jene der Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen informell Pflegenden und professionellen ambulanten Pflegediensten sowie zukünftige Möglichkeiten grenzüberschreitender Angebote ausgelotet. Damit ergründete die Untersuchung einerseits die bislang wenig berücksichtigte Perspektive betroffener Pflegebedürftiger und der häuslich Pflegenden, darüber hinaus auch der Bürgerinnen und Bürger der Region, die mit Situationen der Verbundenen Pflege/ Co-Pflege vor unterschiedlichem Hintergrund befasst sind. Häuslich pflegende Angehörige nehmen generell eine zentrale Position in der Organisation der häuslichen Versorgung ein. Die Nutzerperspektive der Betroffenen wurde ergänzt und erweitert durch Einschätzungen von Expert_innen aus der Grenzregion, die professionell beratend im Bereich Pflege tätig sind.

Mit einem explorativen Forschungsansatz und qualitativen Methoden zur Datenerhebung wurden 30 Interviews mit diesen Personengruppen geführt und ergänzt durch eine Online-Erhebung in der Region, im Sinne eines *regionalen Brainstorming*, offen für alle interessierten Bürgerinnen und Bürger und besonders auch gerichtet an in der Grenzregion professionell Pflegenden (self-selected sample). Die Kernaussagen, insbesondere hinsichtlich der (ungedeckten) Bedarfe, aber auch der wahrgenommenen Defizite und erkennbarer Optionen wurden identifiziert und dabei der grenzüberschreitende Ansatz speziell fokussiert. Parallel erfolgten Daten- und Szenarioanalysen, um Bedarfe und Konsequenzen quantitativ darzulegen. Hierbei wurden insbesondere die drei Regionen im Vergleich abgebildet.

ZENTRALE ERGEBNISSE UND KONSEQUENZEN

Insgesamt deuten die Resultate darauf hin, dass sich in zentralen Bereichen der Versorgung dringliche Handlungsfelder abzeichnen, denen überwiegend in beiden Ländern gleichgerichtete Problemzonen zugrunde liegen.

Pflege als gesamtgesellschaftliche Verpflichtung findet in den bisherigen Strukturen beider Länder kaum Niederschlag. Die gesundheitlichen und lebensverändernden Auswirkungen durch eine Pflegeverpflichtung und danach sind umfassender, als bisher wahrgenommen. Diese betreffen in besonderem Maß Frauen und schließen auch Wirkungen ein, welche die Region als Wirtschaftsstandort betreffen. Der Bereich der informellen Pflege ist nach Inhalten, Umfang, Bedeutung und Wert bislang unzureichend abgebildet. Valide Quantifizierungen sind für den Bereich der informellen Pflege nicht zuletzt aufgrund von Datenschutz und Verfügbarkeit der Statistiken der Länder schwierig.

- Defizite an differenzierter Unterstützung für häuslich Pflegenden bestehen in beiden Ländern. Insbesondere besteht Unterstützungsbedarf für die Aufrechterhaltung einer Berufstätigkeit. Diese wird bei Frauen häufig modifiziert, reduziert und endet auch in Langzeitarbeitslosigkeit. Sorgeverpflichtung in der Vorgeschichte ist ein negativer prädiktiver Faktor für die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Zugeschnittene Schulungskonzepte könnten Frauen mit häuslicher Pflegeerfahrung u.a. in professionelle Pflegeberufe vermitteln.

- Unterstützungsmöglichkeiten für häuslich Pflegenden ergeben sich in verschiedener Hinsicht, benötigen jedoch Koordination und Systematisierung. Außerdem setzen sie eine Differenzierung von Hilfe- und Pflegebedarf voraus. Hieraus können neue Berufsbilder und Arbeitsplätze entstehen, die Arbeitssuchende oder interessierte Senior_innen ansprechen.

- Es besteht ungedeckter Bedarf, in Deutschland mehr als in der Schweiz, an spezifischen Angeboten wie beispielsweise für Demenzerkrankte, aber auch für andere spezielle Situationen. Steht der Betreuungsbedarf im Vordergrund, werden ein Kompetenzmix und der Einbezug zusätzlicher Unterstützung über die professionelle Pflege hinaus zunehmend bedeutsam, auch in Hinsicht auf die aufzuwendenden finanziellen Ressourcen.

- Externe Hilfen wirken nur dann entlastend in häuslichen Pflegearrangements, wenn sie auf die konkrete Problemlage zugeschnitten, leicht abrufbar und letztlich bezahlbar sind.

- In beiden Ländern bestehen Defizite beim Angebot im Übergangsbereich ambulant – stationär und bei der Flexibilität der Angebote. Gleichzeitig kommt dieser Transitionsphase für die Umkehrbarkeit von stationären Unterbringungen eine zentrale Rolle zu. Derzeit ist deren Umkehrbarkeit nicht nur eine Belastung für das stationäre Angebot, sondern auch Gegenstand

von Ängsten seitens der Pflegebedürftigen. Der Aufbau eines Frühwarnsystems bezüglich problematischer Verläufe (ausgerichtet beispielsweise auf „Push-Faktoren“ für eine vorzeitige Heimunterbringung wie ungeeigneter Wohnraum, finanzielle Engpässe) bietet Chancen zur Reduktion von Heimunterbringungen und zum Erhalt häuslicher Umgebung. Ein solches System ist für Alleinlebende von herausgehobener Bedeutung.

- Ängste von Pflegebedürftigen werden bislang wenig thematisiert. Sie kennzeichnen jedoch sensibel Schwachstellen des Versorgungssystems, beispielsweise die Gefahren für die Gesundheit der Folgegeneration und die Stabilität der von einer Pflegeverantwortung betroffenen Haushalte und Familien. Beide (und weitere) bedeuten Gefährdungspotenzial für die gesellschaftliche und wirtschaftliche Zukunft in einer Region.

Auch wenn sich die 15 untersuchten Care-Arrangements in wesentlichen Merkmalen unterscheiden, so ist doch allen gemeinsam, dass sich auf das individuelle Belastungserleben die finanziellen Möglichkeiten, die in der jeweiligen Care-Situation zu Gebote stehen, auswirken. Sie prägen das Inanspruchnahmeverhalten und führen zu Unterversorgung, Überlastung und vorzeitiger Heimunterbringung. Dies gilt mit besonderer Brisanz, wenn Menschen mit Unterstützungsbedarf alleinlebend sind. Von einer Zunahme dieser Personengruppe ist in der Region auszugehen, insbesondere im städtischen Umfeld.

In den untersuchten Care-Situationen in beiden Ländern nahmen im Wesentlichen die Angehörigen die Klärung und Regelung der Pflegesituation, die Unterstützungsaufgaben und die Koordination wahr. Dabei wird von allen ein Mangel an geeigneter Information in verschiedenster Hinsicht beklagt. Einbezogen in die Etablierung ei-

nes Versorgungskonzepts waren lediglich *landesgleiche* Pflegedienste. Auch ehrenamtliche/freiwillige Unterstützende spielten keine Rolle, wenngleich in viele Aussagen, auch in der Online-Erhebung, diesem Unterstützungssektor wichtige Aufgaben beigemessen werden. Ein Nicht-Wissen um die Möglichkeiten und Unsicherheiten zu deren Rolle scheint auch hierbei eine nennenswerte Rolle zu spielen.

In den Aussagen der Angehörigen und Pflegebedürftigen spiegeln sich als Beweggründe für die häusliche Versorgung: der Wunsch der betreuten Person zu Hause versorgt zu werden, die Sicherheit und Überschaubarkeit der Pflege beim Leben zuhause sowie eine vertraute konstante Betreuung und Zuwendung. Qualität der Versorgung, Lebensqualität, Individualität und Selbstbestimmung werden vorrangig mit dieser Betreuungsform verbunden. Die Finanzierbarkeit der Betreuung daheim, soweit im Einzelfall gegeben, sowie das vielfach als zeitlich wenig verlässliche, nicht ausreichend flexible und keine (personelle) Kontinuität bietende Angebot der bestehenden Dienstleister waren weitere ausschlaggebende Gründe. Insgesamt vermitteln die befragten Angehörigen und Betroffenen, dass sie der Betreuung daheim den Vorrang geben gegenüber der stationären Pflege in Pflegeheimen, die aus ganz unterschiedlichen Gründen Ablehnung erfährt.

Für eine Verbundene Pflege/ Co-Pflege, die als verlässliche Stütze, auch für die Aufrechterhaltung von Berufsbindungen, gelten kann, zeichnet sich in allen Teilen der Erhebung Optimierungsbedarf ab, auch wenn deren grundsätzliche Bedeutung für die Machbarkeit häuslicher Pflege im Wesentlichen außer Frage steht. Die Sicht professionell Pflegenden auf die derzeitigen Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege untermauern die Eindrücke der Nutzerseite und

die externe Sicht professionell Beratender durch die ihrerseits wahrgenommenen Defizite, die insbesondere auf deutscher Seite die Zeichen eines Pflegekräftemangels ausweisen, in beiden Ländern gleichermaßen auch organisatorisches und konzeptionelles Verbesserungspotenzial. Der Pflegekräftemangel spiegelt sich in vielen Facetten in den Aussagen. Gleichzeitig wird eine eindrucksvolle Bereitschaft zur **regionalen Bindung** deutlich, sofern geeignete Maßnahmen eingeleitet werden. Dass sich die Nutzung aller aufgezeigten Optionen (von länderübergreifenden „Springer“-Pools bis hin zu regionalen Lösungen angesichts unterschiedlicher Anerkennung von einschlägigen Qualifikationen in den beiden Ländern) als dringlich erweist, untermauern die Ergebnisse der Schätzungen, die einen immensen Bedarf an Pflegefachkräften in allen drei Regionen abzeichnen:

Alle Szenarien der quantitativen Studie weisen eine gravierende Zunahme des Anteils der pflegebedürftigen Personen aus. Interessanter Weise gibt es auch zwischen den drei betrachteten Regionen erhebliche Unterschiede. Noch dramatischer zeigt sich das auf demographischen Faktoren basierende Ungleichgewicht zwischen erwarteter und benötigter Anzahl an Pflegepersonal. Hier besteht ein erheblicher Handlungsbedarf.

Die Experteninterviews und die Online-Erhebung decken strukturelle Schwächen in der häuslichen Langzeitversorgung auf, beginnend beim Informations- und Beratungssystem und Leistungszugang. Für die langdauernde Betreuung daheim stehen weder ausreichend Angehörige noch Pflegefachkräfte als personelle Ressourcen zur Verfügung, zum andern limitiert die Finanzierungslogik von Pflege- und Betreuungsleistungen in beiden Ländern die Versorgung im häuslichen Umfeld. Alltagsnahe Hilfen im Tagesverlauf, die aufgrund der Funktionseinschränkun-

gen der betroffenen Person nötig sind, stehen entweder durch informell Pflegende zu Gebote, oder bedeuten bei weniger günstiger Finanzlage bereits ein Hemmnis für den Verbleib zu Hause. Pflege- und insbesondere Betreuungsleistungen werden, auch unter den Bedingungen einer sozialen Pflegeversicherung wie in Deutschland eingerichtet, bei längerfristigen Verläufen nur unzulänglich durch das soziale Sicherungssystem abgedeckt.

Familiär Pflegende kennzeichnet, aus der externen Sicht von professionell Beratenden, starke Überlastung/ Doppelbelastung, kaum Inanspruchnahme von Hilfeleistungen, tendenziell geringer Wissenstand über mögliche Hilfsangebote; vulnerable Bevölkerungsgruppen sind noch stärker betroffen. Bei informell häuslich Pflegenden herrscht geringe bis fehlende Selbstsorge vor, die gesundheitliche Einbußen mit sich bringt, dies manifestiert sich in allen Erhebungen in der Region.

Regionale Konzepte und mehr Vielfalt durch grenzüberschreitende Angebote erhöhen die Chancen auf passgenauen Zuschnitt der Unterstützungskonzepte, z. B. bei Demenz. Die gleichartige Problemlage in beiden Ländern eröffnet die Möglichkeit, primär grenzüberschreitende Lösungen zu suchen. Die Region sieht in grenzüberschreitenden Konzepten **Nutzen für kritische Bereiche der Versorgung**: a) Pflegekräfte und Personalressourcen können in der Region gehalten werden, b) die Möglichkeiten eine Berufsbindung auch bei häuslicher Sorgeverpflichtung aufrechtzuerhalten, werden erweitert, c) Vielfalt und Passgenauigkeit der Angebote werden erhöht, d) Potenzial zur Förderung der Qualität durch einen grenzüberschreitenden Austausch wird vor allem in Deutschland gesehen, e) Potenzial für den Erhalt der Finanzierbarkeit guter Pflege besteht insbesondere aus Schweizer Sicht.

Die Präzision der Identifikation von Problemzonen und deren Übereinstimmung, vorgetragen aus ganz unterschiedlichen Perspektiven zweier Ländern, geben den Ergebnissen eine starke Basis und erlauben die Wertung, dass eine allgemeinere Gültigkeit der Resultate angenommen werden kann. Die Identifikation von Schwachstellen und Verbesserungspotenzialen zusammen mit den Betroffenen und Interessierten erwies sich als wertvoller Zugang zur Bedarfslage in der Region und bestätigte den partizipativen Ansatz dieser Untersuchung, bei dem bereits in einer Vorbereitungsphase wie auch bei der kommunikativen Validierung der Ergebnisse zum Ende alle von der Problematik betroffenen Personengruppen aus beiden Ländern einbezogen waren.

KONSEQUENZEN FÜR DIE ZUKUNFT

Vor dem Hintergrund von Altersstruktureffekten, aber auch angesichts finanzieller Restriktionen wird es notwendig sein, künftig vermehrt zu gemischten Pflegearrangements zu gelangen, die auch einen Kompetenzmix einschließen: ein integriertes Zusammenwirken von professioneller und informeller Pflege durch Angehörige, aber auch von weiteren in den Pflegebereich systematisiert aufgenommenen ergänzenden Hilfen (beispielsweise aus Ehrenamt oder anderen Berufsgruppen). Solche erweiterten verbundenen Angebote erfordern eine Überwindung der sektoralen Angebotsgrenzen und eine über die individuenzentrierte Arbeitsweise¹ hinausgehende **Familien- bzw. Kontextorientierung** sowie Koordination.

- Die Vielzahl benötigter Dienstleistungen zu einem für die pflegebedürftige Person (bzw. den Haushalt, in dem eine Pflegeverantwortung wahrgenommen wird) bezahlbaren Preis stellt die Herausforderung dar, an der sich eine Versorgung ausrichten muss, die nicht in einer Zu-

nahme stationärer Unterbringungen als Antwort resultieren soll. Hierfür stellt sich die Frage nach personellen Ressourcen, Gebäudestrukturen und der auch mittelfristigen Bezahlbarkeit für alle Beteiligten, insbesondere aber für die öffentliche Hand, lediglich mit Verzögerung. Diese Perspektive sollte Mittel für die in vielen Fällen vergleichsweise deutlich günstigere und von den Betroffenen in aller Regel bevorzugte Art der Pflege im häuslichen Umfeld möglich machen.

- Die Differenzierung des Hilfebedarfs nach Unterstützungsleistungen, denen andere Kompetenzen mehr entsprechen als die Ausbildung einer Pflegekraft, und solchen, die Pflegekompetenz oder sogar spezialisierte Pflegekompetenz erfordern, wird als ein Weg zur Verteilung der umfangreichen Versorgungsaufgabe auf mehr Schultern aus unterschiedlichster Perspektive in den Ergebnissen aufgezeigt. Zu Umsetzung bedarf es der systematisierten differenzierenden Aufarbeitung von Pflegesituationen, die von der Praxis im Verbund mit der Wissenschaft gelöst werden sollte. Gleichzeitig zeichnet sich der Bedarf an Personen ab, die in konstanter Beziehung zu einer Pflegesituation deren Koordination übernehmen oder Angehörige dabei unterstützen, mit Wissen um *alle* zu Gebote stehenden unterschiedlichen Unterstützungsformen. Als Adressaten für diese Aufgabe kommen beispielsweise Pflegedienste/ Spitex, Vereine aber auch kommunal angegliederte Expert_innen in Betracht.

- Wohnraum, -umfeld und -formen spielen eine wichtige Rolle, wenn die Bewältigung von Pflegeversorgung zur Debatte steht. Die Erkenntnisse der Untersuchung erlauben es, hier ein äußerst hohes Potenzial zur Minderung des Bedarfs an Unterstützung durch Dritte zu vermuten. Frühzeitige Schaffung, Nachrüstung, aber auch die Sensibilisierung der Bevölkerung richten sich an entsprechende Entscheider aus allen Bereichen (z.B. Bauämter, Finanzdienstleister, Steuergesetzgebung, kommunale/ lokale Woh-

nungsbörse). Gleichzeitig hilft in vielen Fällen überbrückend die Verfügbarkeit von Transporthilfen, die nicht der persönlichen Finanzkraft überlassen sind (wie etwa Taxis). Gerade in diesem Bereich wird von den Betroffenen, aber auch aus Sicht von Bürgerinnen und Bürgern beider Länder, offenbar dringlich Unterstützung von öffentlicher Hand erwartet.

- **Frauen** sind in herausgehobenem Maße von der gesellschaftlichen Problematik „Pflege“ betroffen. Sie bedürfen aufgrund ihrer Bedeutung für den Arbeitsmarkt, ihrer sozialen und gesellschaftlichen Verantwortung in der Stabilisierung der regionalen Lebenswelt angemessenen Supports, um die im gesamtgesellschaftlichen Interesse stehende Aufgabe informeller, häuslicher Pflege im nötigen Umfang schultern zu können.

Da Frauen in der informellen wie in der professionellen Pflege eindeutig überwiegen und andererseits Frauen mit steigendem Alter den Großteil an Pflegebedürftigen ausmachen, gleichzeitig ihr soziales Umfeld in höherem Alter oft von Vereinsamung und finanziellem Prekariat gekennzeichnet ist, erfordert dieser Komplex eine Betonung der frauenspezifischen Forschung und eine Anpassung der Rahmenbedingungen, die auch Frauen mit Sorgeverpflichtungen in der Biographie ein auskömmliches und würdiges Leben im Alter ermöglicht.

Fragen zur **Verteilung der Sorgearbeit** zwischen Frauen und Männern zählen ebenfalls zu den Aspekten, die aus der Zukunft her beleuchtet werden müssen. Möglicherweise wird sich die Vereinbarkeitsfrage von Berufstätigkeit und Pflege angesichts knapper werdender Ressourcen zunehmend auch Männern stellen. Bisher allerdings leisten Frauen überwiegend Sorgearbeit und dies führt zu Karrierebrüchen, mangelnder Zukunfts- und Altersversorgung, geringeren Haushaltseinkommen und ungesicherter Finanzierung einer Pflegesituation, wenn diese Frauen selbst pflegebedürftig werden – um nur

einige der Folgen zu benennen. Altersarmut oder Leben von staatlicher Fürsorge unterschiedlicher Art ist keine angemessene Perspektive für diese Frauen, die auch für die Gesellschaft die jeweilige Pflegeaufgabe übernehmen – und gleichzeitig ein Grund, weswegen die Bereitschaft zur häuslichen Pflege von verschiedenen Seiten als schwindend eingeschätzt wird. Stellgrößen und Vorbedingungen für eine Pflegebereitschaft (wie sie in dieser Untersuchung insbesondere in der Online-Befragung zutage trat und zu denen beispielsweise die Berücksichtigung von Pflegezeiten bei Rentenansprüchen zählen) verdienen Berücksichtigung in Zukunftsstrategien. Pflegeinduzierte Altersarmut und sinkende Pflegebereitschaft haben gleichermaßen negative Konsequenzen, für den Staat, die Wirtschaftskraft und Stabilität einer Region wie auch für die Perspektive eines Alterns in Würde, das sich alle, die an den Erhebungen teilgenommen haben – ungeachtet des Landes und der Bevölkerungsgruppe – für die Region wünschen.

Insbesondere diese gemeinsame Vision rechtfertigt den Blick auf die Möglichkeiten, die grenzüberschreitende Lösungen bieten.

Das Projekt und seine Ziele haben im Verlauf weiter an Bedeutung gewonnen. Die Erkenntnis, dass für den steigenden Bedarf an Pflege nur aus der Gesamtheit der Gesellschaft heraus eine Antwort gefunden und nicht ausschließlich auf professionelle Pflege als Lösung gesetzt werden kann, unterstreichen die Schätzungen, die einen immensen Bedarf an professionell Pflegenden in der Region ausweisen.

EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERSORGUNGSPRAXIS, BEHÖRDEN UND WISSENSCHAFT

Insgesamt traten die strukturellen Unzulänglichkeiten der häuslichen Gesundheitsversorgung bei dauerhafter Hilfe- und Pflegebedürftigkeit,

gespiegelt in unterschiedlichen Facetten zutage, gleichzeitig den Änderungs- und Strukturierungsbedarf für die Zukunft umreißen. Durch die forschungsgestützte Auseinandersetzung bietet sich die Chance, für die Konzeption der häuslichen Langzeitversorgung die aus den Interviews und Stellungnahmen aufgezeigten Möglichkeiten nach und nach für die Region nutzbar zu machen.

Aus Sicht der Praxis, also der pflegerisch und beratend tätigen Professionellen und der in Pflegesituationen Betroffenen, stehen die sektorübergreifende Sensibilisierung, Meinungsbildung, Information und Beratung aller Akteure an. Dies schließt auch den Aspekt ein, eine professionelle Haltung zur grenzüberschreitenden Versorgung als einer neuen Option zu entwickeln. Zudem sind Kriterien für die Leistungserbringerseite nötig, woran sich eine gute häusliche Versorgungspraxis aus Sicht der Angehörigen und Betreuungsbedürftigen messen lässt, um die grundsätzlich als hilfreich wahrgenommene Konzeption einer verbundenen Pflege/ Co-Pflege weiter zu differenzieren und an die Bedarfe der Betroffenen (Pflegebedürftige und Pflegenden) anzupassen. Dabei sollte in Zukunft auch die Passung in Lebenskonzepte mit Berufsbindung in der Ausrichtung eine gesonderte Rolle spielen.

Behörden und Politik wird empfohlen, die Bedingungen von häuslich Pflegenden und Pflegebedürftigen aus der Perspektive mittel- und langfristiger Folgen für Haushalte, Staat und Wirtschaft neu zu bewerten.

Der bewusste Einbezug von Pflege in die erfolgreiche Konzeption „*Health in All Policies*“^d erwei-

tert den Kreis der Handelnden und Verantwortlichen. Beispielsweise sind Wirtschaftsunternehmen, Betriebe und Finanzdienstleister wichtige Institutionen, für welche die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Pflege gleichermaßen gilt, denen gleichzeitig viele ungenutzte Möglichkeiten zur Beteiligung offenstehen – auch im Interesse der Wirtschaftskraft einer Region, die auf qualifizierten Mitarbeitenden und regionaler Stabilität basiert. Initiativen, bei denen Arbeitgeber an kompatibler Arbeitsplatzgestaltung mitwirken oder Kunstschaaffende, die sich integrierend des Tabuthemas Pflege annehmen, sind nur einzelne Beispiele aus einer breiten Palette grenzüberschreitender Optionen.

Rahmenrechtliche Regelungen z.B. für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im anderen Land nicht nur auf privatfinanzierter Basis, Anerkennung von Qualifikationen, Abbau bürokratischer Hürden zwischen den Systemen können nach dem Vorbild vorangegangener Projekte in der Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz im Gesundheitswesen gelingen und einer gemeinsamen Vorsorge zur Aufrechterhaltung einer pflegerischen Versorgung in einem zukünftigen Fall knapper Grundlagen dienen.

Konkrete Projekte in der Region, länderspezifisch und -übergreifend, können Schrittmacherefunktion übernehmen. Dazu wird empfohlen, dass sie insbesondere an den in den Erhebungen aufgezeigten Brennpunkten ansetzen. Dazu zählen beispielsweise lokale Transporterleichterungen, ergänzte Strukturen für Koordination und Beratung, auch mithilfe neuer digitaler Technologien, aber auch für lebensweltnahe Begleitung und gesellschaftliche Akzeptanz. **Förderbedarf** hierfür richtet sich an die gesamte Region. Die Region bietet den Raum, den Lernprozess der

^d *Health in All Policies* basiert auf dem Konzept der Gesundheitsdeterminanten und geht von der Erkenntnis aus, dass die Gesundheit der Bevölkerung nur durch gebündelte Anstrengungen in allen Politikfeldern wirksam und nachhaltig gefördert werden kann.

Europäische Union und WHO fördern das Konzept als zukunfts-trächtiges Instrument zur verstärkten Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten in unterschiedlichen Politikzusammenhängen.

Gesellschaft, dass Pflege(bedürftigkeit) den öffentlichen Raum berührt, auch durch einzelne Projekte voranzubringen und zu einer gemeinschaftlichen Pflegekultur hinzuführen, in Übernahme der gemeinsamen Verantwortung.

Der Wissenschaft kommt zunächst die Aufgabe zu, die Datenlage weiter verdichten, damit Leistungserbringer, Behörden und Politik wie auch Angehörige und weitere Interessierte datengestützte Entscheidungen bezüglich Versorgungsarrangements fällen können. Angesichts der besonderen Bedeutung für die Zukunft und den damit verbundenen voraussichtlich enormen Kosten sollte über die Einführung eines Indikatorsystems nachgedacht werden, das die verschiedenen Datenquellen aus Verwaltung, Pflegesystem und Krankenkassen geeignet zusammenfasst. Mit modernen statistischen Methoden und entsprechender Methodenkompetenz lassen sich dann regional geeignet differenzierte Planungssysteme aufbauen, die Entscheidungsträgern aus Politik, Kommunen, Verbänden und anderen beteiligten Gruppen zu Verfügung stehen.

Übergreifend für alle drei Bereiche, *Versorgungspraxis, Behörden und Wissenschaft* wird empfohlen, ein grenzüberschreitendes Forschen zur Klärung, Bewertung und Begleitung der aufgezeigten Möglichkeiten zu ermöglichen, anknüpfend an nationale Untersuchungen zum Bereich der Langzeitpflege sowie eine evaluierende Begleitung im Falle einer Umsetzung von Modulen des Modells zum Aufbau einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in der Pflege. Es empfiehlt sich, die im Rahmen dieser Untersuchung erhobenen Bedarfe und Qualitätsanliegen, auch die Ängste der Pflegebedürftigen, ihr Wunsch nach Selbstbestimmung und nicht zuletzt die Situation der **Frauen** in den Forschungsthemen besonders zu berücksichtigen.

Langzeitpflege im häuslichen Umfeld birgt für Deutschland und die Schweiz, speziell aber für die Grenzregion, neue Herausforderungen, die pflege- und gesundheitswissenschaftliche, rahmenrechtliche wie auch gesundheits- und sozialpolitische Diskussionen, Entscheidungen und Veränderungen erfordern. Der Region eröffnet sich mit den vorgelegten Resultaten die Chance, eine binationale Auseinandersetzung mit den vielfach gleichgerichteten Problemen aufzunehmen, um so der Nutzung gesamtregionaler Lösungen, Ressourcen und Potenziale den Weg zu bahnen.

1. EINLEITUNG UND RELEVANZ

*Pflege ist eine umfassende, ausgesprochen vielschichtige und mehrdimensionale Tätigkeit, so beschreibt sie der Schweizer Bundesrat². Für Deutschland stellt das Sozialgesetzbuch (SGB) die Pflegeverpflichtung ausdrücklich in den gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang: *Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ (§ 8 SGB XI, Gemeinsame Verantwortung. Satz 1)**

Angesichts eines zusammenwachsenden Europas mit ähnlichen Problemen durch die steigende Zahl pflegebedürftiger Bürger_innen, ist die Suche nach Lösungen über Grenzen hinweg eine wichtige Option. Überlegungen liegen hier nahe, das Lernen von- und miteinander zunächst in Grenzregionen zu vertiefen.

Grenzregionen als Laboratorien für Zukunftsstrategien

Grenznahe Regionen bieten sich an, auf der Suche nach Zukunftsstrategien auch *grenzüberschreitende* Lösungswege mit einzubeziehen. Dabei geht es sicher in ersten Schritten darum, grenzspezifische Hemmnisse einer Zusammenarbeit offenzulegen und abzubauen. Gleichzeitig liegen die großen Chancen von Grenzregionen jedoch darin, Potenziale zu identifizieren und komplementäre Qualitäten unter besonderer Berücksichtigung der Grenzlage zu stärken.³ Dies gilt umso mehr angesichts von Herausforderungen, bei denen in jedem Land die Grenzen der Belastbarkeit – für den einzelnen und die Gesellschaft - erfahrbar werden. Die vorliegende Studie soll vor diesem Hintergrund Fragen aufgreifen, die in beiden Ländern und speziell in einer Grenzregion mit Blick auf die zukünftige Bewältigung von Sorgeverpflichtungen für pflegebedürftige Bürger_innen im Raum stehen und dabei verschiedene Perspektiven und Interessenlagen integrieren, als ein Projekt der Forschung *mit* den Betroffenen und für die Praxis.

Die Untersuchung richtet ihren Blick also in sehr spezielle Richtung: auf den *grenzüberschreitenden* Ansatz *und* auf die Expert_innen in eigener Sache in der *Region*.

Ob sich in Möglichkeiten einer grenzüberschreitenden Versorgung neue Chancen bieten, wurde bislang nicht ausgelotet. Auch wenn man bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung erfahrungsgemäß zunächst nicht von großen Zahlen ausgehen kann, können erste gemeinsame Schritte dennoch Wege in die richtige Richtung bedeuten, wenn sich der Bedarf dafür ergibt. Einer ersten Klärung dieser Fragen stellt sich die Region Lörrach - Basel mit dieser Untersuchung. Der Blick auf das gemeinsame Problemfeld ermöglicht gleichzeitig die Reflexion bisheriger Wege und eröffnet Chancen für neue Sichtweisen und Handlungsfelder – auch gemeinsame.

Wie soll die zukünftige Versorgung von Pflegebedürftigen aussehen?

Diese Frage bewegt viele Personen und Familien in Deutschland, der Schweiz und in ganz Europa. Die Studie untersucht Care-Situationen in der Region aus unterschiedlichen Perspektiven - die der häuslich pflegenden Angehörigen von hilfe- und pflegebedürftigen Personen, der Pflegebedürftigen selbst, von Professionellen in Beratung und Pflege und die Sicht von Bürgerinnen und Bürgern der

Region. Dieser Focus resultierte aus einem zweijährigen Prozess in der Region, in binationalen Arbeitssitzungen und Workshops, in denen die drängenden Fragen zusammengetragen wurden. Insbesondere interessierten die offenen Bedarfe aus Betroffenenansicht, um an diesen orientiert neue Wege in der Versorgung ausrichten zu können. Außerdem interessierten die Erfahrungen und Erkenntnisse in der Region, wie die Pflegeaufgabe, die eigentlich eine gesamtgesellschaftliche ist, zukünftig *verteilt* getragen werden könnte. Dabei sollte auch der grenzüberschreitende Weg als Option einbezogen sein.

Wenn die Angehörigen oder andere Personen des nahen Umfelds erwerbstätig sind, ist die Frage, wie die Pflege und Betreuung der Person mit Unterstützungs- und Pflegebedarf einzurichten ist, mit zusätzlichen Problemfeldern verbunden, welche die Vereinbarkeit von Sorgeverpflichtung und Berufsbindung berühren – bislang vor allem für Frauen, angesichts in jeder Hinsicht knapper werden Ressourcen wohl bald zunehmend auch für Männer. Vor allem stehen Entscheidungen im Raum, inwieweit eine Versorgung zu Hause vor dem Hintergrund des jeweiligen Kontextes machbar sein kann oder eine Heimunterbringung erfolgen muss.

Folgende Ausgangspunkte sind dabei zu beachten:

1. Die Strukturen der Leistungserbringer und Kostenträger sind in beiden Ländern unterschiedlich ausdifferenziert, komplex aber auch fragmentiert. Dies erfordert für die Inanspruchnahme ein erhebliches Wissen und Kenntnisse, um den aufwändigen bürokratischen Anforderungen zu genügen. Während in Deutschland Regelungen zur sozialen Pflegeversicherung in bundesweitem Rahmen erfolgen, gelten in der Schweiz zusätzlich die kantonalen Alterspolitiken von heterogenen Ansätzen und geringer Koordination zwischen den Kantonen sowie zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden geprägt⁴.
2. Die Nutzenden der Versorgungsstrukturen, d.h. die hilfe- und pflegebedürftigen Personen und ihre Angehörigen, scheinen auf sich gestellt mit einer intensiven Suche und Organisation von passender Betreuung, zahlbaren Unterstützungsleistungen und hochwertigen Pflegeangeboten. Die Passung und Wirkung der Angebote ist mangels Daten und fehlenden einheitlichen Zielsetzungen und Indikatoren, schwer zu erfassen.
3. Da die häusliche Pflegeaufgabe in beiden Ländern *noch* überwiegend von Frauen übernommen wird, muss deren Situation insbesondere beleuchtet werden, zumal ihnen eine zentrale Rolle bei der Bewältigung der Herausforderungen aus dem demographischen Wandel zukommt.
4. In der Schweiz sind Tätigkeiten aus den Bereichen «Betreuung» und «Hauswirtschaft» im Privathaushalt von pflegebedürftigen Personen von der Krankenversicherung nicht vergütet und von den Sozialversicherungen unterschiedlich konzeptualisiert. Angebote für den alltäglichen Unterstützungsbedarf sind vorrangig dem freien Markt überlassen und gehen zu einem großen Teil zu Lasten der Budgets von Privathaushalten.⁵ Dies verhält sich in Deutschland ähnlich, auch wenn hauswirtschaftlicher Unterstützungsbedarf bei der Einstufung in eine Pflegestufe im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung zwar in begrenztem Rahmen zeitliche Anrechnung erfährt, jedoch ohne gesonderte daraus resultierende Vergütung. In beiden Ländern lässt sich ein Markt von Betreuungs- und Haushaltsleistungen beobachten, der im

Rahmen der individuellen Finanzkraft zugänglich ist. Bislang gibt es kaum Erkenntnisse über die Sichtweisen der als Pflegenden oder Pflegebedürftigen Betroffenen auf offene Bedarfe, Defizite und Möglichkeiten zukünftiger Versorgung. Auch fehlt der Blick auf grenzüberschreitende Möglichkeiten, der sich in einer Grenzregion nahelegt.

Es kann nicht darüber hinweggesehen werden, dass die pflegerische Versorgung im häuslichen Umfeld in beiden Ländern wesentlich vom personellen und finanziellen Engagement einzelner Haushalte geprägt ist. Dies gilt auch in Deutschland, da die soziale Pflegeversicherung nicht kostendeckend eintritt. Aspekte wie Selbstbestimmung und Sicherheit spielen zunehmend eine Rolle aus Sicht der Betreuten und häuslich Pflegenden. Differenzierte Zukunftsstrategien für die häusliche Langzeitversorgung, die diesen Präferenzen nachhaltig gerecht werden und dabei die (zumeist begrenzten) Ressourcen der Privathaushalte berücksichtigen, fehlen jedoch. Neben forschungsgestützten Daten und Erkenntnissen aus der Grenzregion – dazu trägt diese Studie bei – dienen für die Identifikation von zukunftsorientierten Lösungen auch internationale Erkenntnisse aus Studien im europäischen Ausland (z.B. EUROFAMCARE) bzw. vor unterschiedlichem nationalen Kontext (z.B. Swiss Age Care) sowie Analysen der OECD (z.B. «Help wanted? Providing and Paying for Long-Term Care»⁶). Sie werden bei der Darlegung von Handlungsfeldern und Gestaltungsoptionen mit herangezogen. Außerdem tragen Analysen der nationalen Datenbestände der beteiligten Länder zu den Gestaltungsoptionen bei (z.B. zum Bedarf von Pflegefachkräften in der Region).

Angesichts des steigenden Bedarfs an häuslicher Langzeitversorgung sowie mangelnder Zukunftsstrategien ist auch der Blick nach grenzüberschreitenden Lösungswegen naheliegend, um die benötigte pflegerische Versorgung zu organisieren. Welche Hemmnisse und Herausforderungen dabei zu Tage treten, ist vor allem aus der Perspektive prospektiver Nutzer_innen bislang kaum bekannt.

In der vorliegenden Studie werden deshalb einerseits mit einem überwiegend qualitativen Forschungsdesign explorative Fragestellungen bearbeitet, welche die die Nutzersicht beleuchten, aber auch Bedarfe und Haltungen unterschiedlicher Personengruppen erheben, die in häusliche Pflegeverpflichtungen in unterschiedlicher Art eingebunden sind oder sich damit befassen. Ergänzend dienen im quantitativen Forschungsansatz Datenanalysen und Schätzungen dazu, Bedarfe und Entwicklungen, die mit der pflegerischen Versorgung in der Region verbunden sind, für die Planungsdiskussion herauszustellen. Dadurch werden bestehende Wissenslücken in der Forschung gefüllt und gleichzeitig die Bedarfsorientierung zukünftiger Versorgungsgestaltung und das Anliegen der Selbstbestimmung aus Betroffenen­sicht aufgegriffen und unterstützt. Darüber hinaus wird die Perspektive von Expertinnen und Experten in Pflege und Pflegeberatung sowie von Bürgerinnen und Bürger der Region erhoben, insbesondere zu ihrer Sicht auf derzeitige Bedingungen und zu Zukunftsperspektiven, zu der Betroffenen­sicht in Beziehung gestellt und in die Analysen und Empfehlungen eingebracht.

Eine Umfrage des Instituts für Demoskopie (IfD) Allensbach⁷ ergab für Deutschland, dass 15% der Befragten pflegebedürftige Angehörige haben, 25% damit rechnen, solche in den nächsten 5-10 Jahren zu haben. In der Gruppe der 45-59-jährigen Personen ist sogar für über die Hälfte dieser Altersgruppe in den kommenden Jahren die Übernahme einer Sorgeverpflichtung real bzw. wahrscheinlich. Zuhause lebende ältere und alte Menschen mit funktionalen Einschränkungen, die nicht allein leben, werden in der Schweiz zu fast vier Fünfteln von ihren Haushaltsmitgliedern unterstützt.⁸ Gleichzeitig handelt es sich bei dieser Altersgruppe um eine auch beruflich und in weiteren familiären

Verpflichtungen stark beanspruchten Teil der Bevölkerung – mit einer besonderen Betroffenheit der Frauen, die in beiden Ländern überwiegend die häuslichen Sorgeverpflichtungen tragen und andererseits auch in der professionellen Pflege die Mehrheit der Tätigen stellen. Die Individualisierung der Belastungen aus einer Pflegeverantwortung ist in beiden Ländern weithin die derzeitige Realität. Vorausschauend wird jedoch zunehmend erkennbar, dass die Fragen nach der Belastung bzw. einer Überbelastung der Einzelnen aufgrund resultierender Konsequenzen gesellschaftliches Umfeld und die Gesellschaft als Ganzes betreffen. Bei der Suche nach Antworten und Lösungen sind alle gesellschaftlichen Bereiche gefragt und betroffen. „*Health in all Policies*“ als Sichtweise und Konzept kann die pflegerische Versorgung nicht ausblenden.

Auf die Notwendigkeit eines Demographischen Risikomanagements und die Brisanz der Problematik, gerade den Bereich Pflege betreffend, wird vielfach hingewiesen. Jedoch fehlen wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zur Bedarfslage, realisierten und realisierbaren Strukturen sowie ihrer Wirkung. Ebenso offen sind Fragen zum Einfluss von Pflegesituationen auf das soziale Umfeld pflegebedürftiger Personen und die Region. Im gesamteuropäischen Kontext wird es durchaus als Chance gesehen, die Pflegeproblematik grenzüberschreitend anzugehen, und gemeinsames Forschen und Handeln sogar für nötig erachtet; dies gilt auch angesichts der für Gesundheit und Wohlstand in Europa existenziellen Fragen – nicht nur mit Blick auf die Finanzierbarkeit der nationalen sozialen Sicherungssysteme, sondern auch mit Blick auf den Erhalt und die Sicherstellung einer Pflege in Würde für alle Beteiligten. Sicherstellung bedeutet dabei zweierlei: Einerseits muss der Bedarf an Pflegekräften gedeckt werden. Andererseits muss die Pflege auch der veränderten (Geriatric typischen) Morbidität angepasst werden. Hierbei spielt auch eine Anpassung der Pflegeausbildung eine Rolle, ebenso wie eine Strukturierung des Arbeitsmarktes Pflege.

Wachsender Pflegebedarf – sich ändernder Pflegebedarf

Der Betreuungs- und Pflegebedarf kranker, behinderter oder hochbetagter Personen hat in den letzten Jahren zugenommen. Die Gründe dafür liegen im demographischen Wandel und in der Zunahme chronischer Erkrankungen. Es sind eher längere, anspruchsvollere Pflegeverläufe zu erwarten. Außerdem ist mit einer Verknappung der Ressourcen, personell und finanziell, in beiden Ländern zu rechnen. Medizinische und medizintechnische Fortschritte können sich einerseits in einer längeren Lebenszeit niederschlagen, aber auch in Erleichterungen und Verbesserungen der Versorgungsmöglichkeiten, die den persönlichen Pflegebedarf auch in höherem Alter vermindern. Nach wie vor wird in beiden Ländern ein großer Teil der Hilfe und Pflege für erkrankte, behinderte oder ältere Menschen durch Angehörige und dem nahen sozialen Umfeld erbracht. Es handelt sich dabei um einen in seinem Umfang letztlich unbekanntem, aber sicher überwiegenden Teil. Professionelle Angebote leisten in der Pflege zu Hause zwar einen wichtigen Beitrag. In pflege- und betreuungsintensiven Situationen, wie beispielsweise bei umfassender Behinderung oder fortgeschrittener Demenz, ist das Angebot aber oft zeitlich nicht ausreichend, nicht passgerecht abgestimmt und langfristig finanziell belastend. Gesellschaftliche Änderungen wie eine steigende Zahl von Einpersonenhaushalten, eine stärkere Berufsbindung von Frauen oder eine Zunahme der Altersarmut könnten ebenso veränderte Bedingungen schaffen wie knapper werden Personalressourcen in der professionellen Pflege. Es gilt diese Entwicklungen und die daraus resultierenden Bedarfe rechtzeitig zu erkennen - „*Wo tickt die Uhr?*“ - sowie Vorkehrungen zu treffen, dass eine würdevolle, persönlich geprägte Pflege auch in Zukunft gewährleistet werden kann.

Gesellschaftliche Pflegeverantwortung wird in sehr verschiedenen Ansätzen wahrgenommen. Sie unterscheiden sich nicht nur durch die Rahmenbedingungen, Finanzierungsform und die Grade von Professionalisierung, sondern auch in der Wahrnehmung durch die Gesellschaft. Ein großer Teil der Hilfe und Pflege für erkrankte, behinderte oder ältere Menschen wird im deutschsprachigen Raum immer noch im häuslichen Bereich erbracht.⁹ Es handelt sich dabei um einen in seinem Umfang letztlich unbekannt, aber sicher überwiegenden Teil. Das informelle Netz pflegt und betreut mit oder ohne Unterstützung durch professionelle Hilfe. Pflege als gesellschaftliche Verpflichtung und Konzeption findet in den bisherigen Strukturen kaum Niederschlag, vielmehr eine ausgeprägte Individualisierung der Pflegeverantwortung im häuslichen Bereich¹⁰. Gleichzeitig scheint die „Selbstverständlichkeit“ der privaten Pflege zu schwinden. So geht der Landesfamilienrat Baden-Württemberg (2010)¹¹ von zukünftig potenziell weniger Pflegenden aus, e.g. durch den demographischen Wandel mit immer mehr älteren, z.T. selbst pflegebedürftigen Menschen bzw. Angehörigen, durch die Multilokalität und Zersplitterung von Familien und steigender Frauenerwerbstätigkeit.

Weitreichende Einflüsse

Von besonderer Bedeutung ist die Thematik Pflege in der Tat für Frauen, sei es in der Rolle als Pflegenden oder als diejenigen, die Pflege benötigen. Informelle Pflegearbeit – die im Mittelpunkt dieser Untersuchung steht – wird hauptsächlich von Frauen geleistet. Es sind überwiegend die Ehefrauen, Töchter oder Mütter, die Angehörige in der häuslichen Umgebung versorgen. Ergebnisse der *Swiss Age Care* Studie 2010 besagen für die Schweiz: Zwei Drittel der pflegenden Angehörigen sind Frauen, die zur Hälfte Partner und zu einem weiteren Drittel einen Elternteil pflegen. Das Drittel Männer pflegt mehrheitlich Partnerinnen¹². Auf der anderen Seite sind es in höherem Alter insbesondere die Frauen, die alleinstehend – und erschwerend, oft in ungünstiger finanzieller Situation – pflegebedürftig sind. Genderaspekte berühren das Thema Pflege in vielfacher Weise.¹³

Demnach stellt sich die Frage nach der Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege vorwiegend für Frauen. Dass die *Vereinbarkeitsfrage zunehmend bzw. gerade auch für Männer zu diskutieren* ist, dafür sprechen nicht nur die gesellschaftspolitische Brisanz des steigenden Pflegebedarfs, sondern auch gleichstellungspolitische Bemühungen. Die Notwendigkeit, jetzt und in Zukunft verstärkt gesamtgesellschaftlich an einer angemessenen Vereinbarkeit von beruflicher Einbindung und Sorgerepflichtungen zu arbeiten, ergibt sich darüber hinaus aus dem in beiden Ländern gewünschten Vorrang «ambulant vor stationär». Die Altersverteilung zeigt mittlerweile selbst in vielen Entwicklungsländern eine Verschiebung hin zu höheren Altersgruppen¹⁴. Care-Migration aus diesen Ländern zur Lösung der Pflegeproblematik im mitteleuropäischen Raum wird voraussichtlich zumindest mittelfristig kein Ansatz mehr sein können.¹⁵

Vielschichtige Wechselwirkungen zwischen der sozialen Unterstützung, Pflegebelastung (auch gesundheitlicher Art) und Pflegebewältigung sind im Verlauf eines Pflegeweges darüber hinaus für *alle* Beteiligten im Umfeld einer Care-Situation in Rechnung zu stellen. Das Wissen um die Mechanismen wäre wesentlich für eine Suche nach passgerechten Lösungsstrategien. In welchem Ausmaß sie sich prägend für z.B. den Verlauf, die weiteren Personen des Haushalts, die Arbeitgeber und die Wirtschaft auswirken, gilt es perspektivisch herauszustellen, wenn nach passgerechten Lösungsstrategien

gesucht werden soll. In Studien wurde auch ersichtlich, dass Ältere und Frauen häufiger und mehr Zeit als Jüngere und Männer für häusliche Pflege und informelle Hilfen aufwenden, dass diese wie andere unbezahlte Arbeiten jedoch in klassischen Bruttoinlandsproduktberechnungen nicht einbezogen sind. Auf diese Weise bleibt unberücksichtigt, dass hier Gesundheitsgüter und -leistungen nicht nur erhalten, sondern in einem nicht unerheblichen Ausmaß „produziert“ werden.¹⁶ Dies fordert auf zu einem Blick aus der Perspektive, welchen Wert pflegerische Versorgung für eine Gesellschaft und damit auch für eine (Wirtschafts-)region darstellt. „The value of caring“ und seine Bestimmung markieren einen Ansatz, der die gesamtgesellschaftliche Einordnung von Pflege in vieler Hinsicht erleichtern würde. Die Veranschaulichung der Bedeutung in einzelnen Care-Situationen (beispielsweise hier aufgefangen in Interviews) kann einen Beitrag dazu leisten, insgesamt jedoch nur ein Anfang sein.

Gesellschaftliche Auswirkungen

Die gesellschaftliche Bedeutung von Pflege, *einschließlich* der informellen Pflege, setzt sich aus stabilisierenden Faktoren für Lebens- und Arbeitswelt und monetären Aspekten zusammen, wobei ein überwiegender Teil der Leistung von Frauen erbracht wird¹⁷.

Die Sicherstellung der Versorgung älter werdender Gesellschaften mit Pflegeleistungen ist bislang von Ressourcenknappheit und konkurrierenden Bedürfnissen gekennzeichnet. Neben den augenfälligen Ausgaben und den Effekten der demographischen Entwicklung gilt es bei Überlegungen zu Prognosen von Bezahlbarkeit und Aufrechterhaltung einer wertigen, wertschätzenden Konzeption von Pflege zahlreiche weitere Faktoren einzubeziehen. Dazu zählen demografische und nicht-demografische Faktoren wie die Arbeitsmarktbeteiligung der Frauen, aber auch Werthaltungen in der Gesellschaft oder die Positionierung von Betrieben zur Vereinbarkeitsfrage. Die Zukunftsperspektiven für die Region werden entsprechend unterschiedlich ausfallen.

„Pflegen“ meint für Angehörige nicht nur Unterstützung bei der Ausführung körperbezogener alltäglicher Verrichtungen sondern stellt ein bedeutsames Handeln im Kontext der Lebens- und Familiengeschichte dar¹⁸: Pflege hat für die lebensweltlichen Helfenden vor allem die Funktion, die durch das Problem der Pflegebedürftigkeit irritierte Normalität ihres Alltagslebens zu (re-)stabilisieren. Diese Leistung kommt auch der Gesellschaft zugute.¹⁹ Es ist ein individuell geleisteter Beitrag zum Demographic Change Management und für die Stabilisierung der Gesellschaft angesichts den Herausforderungen einer „aging society“ - in der ersten Reihe.

Häusliche Pflege soll gestärkt werden

Pflegebedürftige Menschen sollen möglichst lange die Chance haben, in ihrer häuslichen Umgebung bleiben zu können. Beide Länder befolgen den Grundsatz «ambulant vor stationär». Einstellungen und Bedürfnisse derer, die Angehörige pflegen, wirken sich aus auf die Nachfrage nach professionellen Leistungen und Support und formieren die Bedarfe zur Ausrichtung der zukünftigen Versorgungsstruktur. Die Erfassung deren Profile kommt besondere Bedeutung zu mit Blick auf die große Gruppe pflegender Frauen und ihre Zukunft: Hier erhalten Fragen - wie e.g.: Wird/wurde durch die Übernahme häuslicher Pflege die Erwerbstätigkeit modifiziert, der Beruf aufgegeben? Wie hoch ist perspektivisch das Armutsrisiko für diese Pflegenden/ die Pflegebedürftigen? - nicht nur für die einzelne Pflegenden hohe Brisanz.

Welche (finanzierbaren) Möglichkeiten gibt es, die eine den Bedürfnissen der Angehörigen angepasste und dem Bedarf der Pflegebedürftigen angemessene häusliche Betreuung garantieren können? Die Kenntnisse zur Situation in der informellen häuslichen Pflege in beiden Ländern sind bislang lückenhaft. Gilt es, die gesellschaftliche Position der Pflegenden verbessern, so richten sich Fragen beispielweise auch an die Rolle des Staats, der Gemeinden, von Vereinen und Vereinigungen vor Ort. Angesichts veränderter wirtschafts- und arbeitsmarktpolitischer Bedingungen kann auf die Stärkung der sozialräumlichen Orientierung, der Bemühung um wohnortnahe Hilfen und den Ausbau bürgerschaftlichen Engagements für die Ausgestaltung von Pflege nicht verzichtet werden²⁰. Unterstützung in die konkrete Pflegesituation hinein lässt den Blick richten etwa auf das Umfeld, auf das Ehrenamt, die Betriebe der Region, die Professionellen in der Pflege, die Kommunen u.a. Darüber hinaus steht an zu beleuchten, inwieweit derzeitige Strukturen und Prozesse zur Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit tatsächlich den Pflegealltag erleichtern und bei den Betroffenen ankommen.

Gemeinsames Forschen für die Praxis

Wie kommen Erkenntnisse aus der Forschung möglichst rasch der Praxis zugute? Pflegebedürftige, informell und professionell Pflegendе, Beratende und die interessierte Öffentlichkeit waren einbezogen beim Definieren der Themen, Stellen der (Forschungs-)Fragen, in Interviews, Erhebungen, reflektierende (validierende) Diskussionen und konnten mit ihren Erfahrungen aus beiden Ländern zu regional und für die Praxis passgerechten Lösungen beitragen (partizipativer Ansatz). Ihr Beitrag zur Multiplikation von Anliegen und Lösungen sollte bereits im Verlauf des Forschungsprozess die Translation bahnen und im Prozess Verständnis und transnationale Zusammenarbeit fördern.

In dieser Weise versteht sich das Projekt als einen *Schritt* auf dem Weg zu einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zum Thema Pflege und Pflegebedürftigkeit, für die ein modulares Modell erarbeitet werden sollte, das im Folgenden nach seinen in der Untersuchung erarbeiteten **Grundlagen und den auf verschiedene Handlungsfelder ausgerichteten Modulen** im Ergebnis vorgestellt wird.

2. HINTERGRUND UND STAND DER FORSCHUNG

2.1. DEMOGRAPHISCHER WANDEL UND DIE KONSEQUENZEN

2.1.1. REGIONALE DEMOGRAPHISCHE STRUKTUREN

Neben sozialpolitischen Maßnahmen und anderen Faktoren ist der demographische Wandel entscheidend für die Entwicklung der Pflegenachfrage. Doch wie lässt sich der demografische Wandel beschreiben und welche Faktoren sind hierbei entscheidend? Insbesondere Grenzregionen weisen unterschiedliche Bevölkerungsstrukturen auf, welche sich natürlicherweise auch in den Bevölkerungsvorausrechnungen fortschreiben. Zusätzlich sind unterschiedliche statistische Ämter in den Ländern beziehungsweise Kantonen für die Bevölkerungsszenarien verantwortlich. Daher kann es aus statistischer Sicht zu verschiedenen Analysen kommen, welche durch differenzierte Methoden und Annahmen entstehen können. Für die spätere Darstellung der Bevölkerungsszenarien, müssen zunächst die aktuellen Bevölkerungsstrukturen dargestellt werden, welche den Unterbau für die Szenarien bilden. Entscheidend für Bevölkerungsentwicklungen und Szenarien sind die Geburten, Sterbefälle sowie Zu- und Fortzüge. Hierbei wird zwischen der *natürlichen Bevölkerungsentwicklung* (Geburten, Sterbefälle) und der *räumlichen Bevölkerungsentwicklung* (Zu- und Fortzüge) unterschieden.

Landkreis Lörrach

Die vergangene Bevölkerungsentwicklung ist in Baden-Württemberg, im Vergleich zu anderen Bundesländern, eher positiv zu sehen. So ist die Zahl der Bevölkerung seit dem Jahr 1960 deutlich gestiegen (um ca. 4 Millionen). Baden-Württemberg hat somit die deutlichsten Zuwächse unter den Bundesländern zu verzeichnen (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2009, S.13). Gleiches gilt für den Landkreis Lörrach. Seit 2000 gab es nur wenige Jahre (2004, 2009, 2011), in denen die Bevölkerung geringfügig (-0,1 bis 1,4 % zum Vorjahr) abgenommen hat, ansonsten ist stets ein Bevölkerungswachstum seit 1998 zu verzeichnen (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2015). Selbst in den vergangenen Jahren, in denen viele Bundesländer und Landkreise einen deutlichen Zurückgang der Bevölkerung verzeichneten, ist die Bevölkerungsentwicklung im Landkreis Lörrach positiv zu sehen. Differenziert man die Bevölkerungsentwicklung nach den bereits erwähnten Faktoren, wird deutlich, dass diese ohne Migration deutlich abgenommen hätte. Ursache hierfür ist der sinkende Saldo der natürlichen Bevölkerungsbewegung, denn der Geburtenüberschuss beziehungsweise das Geburtendefizit ist seit 2001 stets negativ (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2015). Die Sterbeziffern bleiben über die Jahre hinweg relativ konstant, sodass der Einfluss der Geburten deutlich zu verzeichnen ist. Wichtig hierbei ist die Differenzierung zwischen absoluten sowie relativen Kennzahlen. In absoluten Zahlen ist die Anzahl der Lebendgeborenen im Jahr 2014 mit 1.886 ungefähr gleich wie im Jahr 1975 mit 1.829 Lebendgeborenen. Relativ gesehen zum Bevölkerungswachstum sind jedoch deutlich weniger Geburten zu verzeichnen. Die Sterbeziffern haben in absoluten Zahlen in den vergangenen Jahren zugenommen. In Relation zum Bevölkerungswachstum sind diese jedoch konstant geblieben.

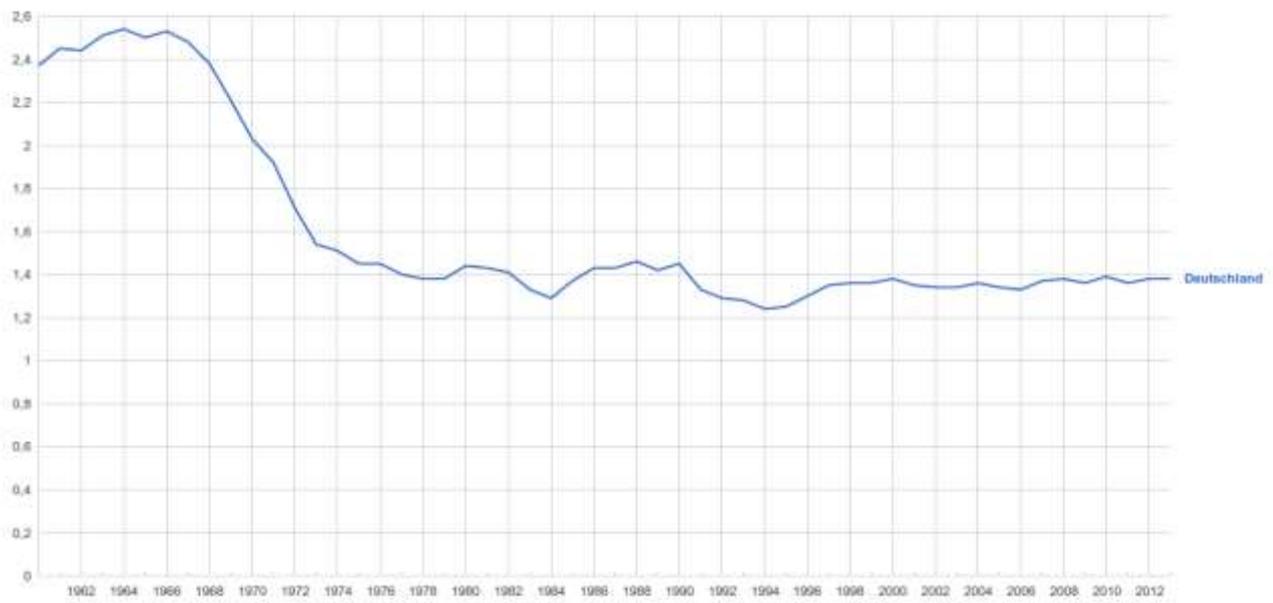


Abbildung 1: Fertilitätsraten Deutschland
(Quelle: Weltbank)

Ursache für den sinkenden natürlichen Bevölkerungssaldo ist die geringe Fertilitätsrate im Landkreis Lörrach, welche im Jahr 2007 bei 1,37 (Landesdurchschnitt) lag (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2009, S.25). Für ein Bestandserhaltungsniveau, sodass die Geburtenrate die Sterbefälle kompensiert, wäre eine Fertilitätsrate von 2,1 notwendig. Der räumliche Bevölkerungssaldo ist dagegen sehr volatil, jedoch der entscheidender Anteil für die Bevölkerungsentwicklung. So war dieser bis zu den Jahren der Wiedervereinigung meist negativ, die Zuzüge nahmen jedoch seit jeher stark zu, sodass der räumliche Bevölkerungssaldo bis auf das Jahr 2004 stets positiv war. Durch die erheblichen Schwankungen von Jahr zu Jahr sind Trends jedoch nicht erkennbar. Von besonderem Interesse sind die Auswirkungen der genannten Faktoren auf die Bevölkerungsstruktur, denn diese hat wesentlichen Einfluss auf die Pflegenachfrage. Die Pflegebedürftig steigt in den höheren Altersjahren deutlich an, sind diese relativ oder absolut stärker vertreten, führt dies zu einer höheren Pflegenachfrage, welcher stärker als das eigentliche Bevölkerungswachstum ausfallen kann. So ist das Medianalter seit 1995 im Landkreis Lörrach von 39,3 Jahren um 4,2 auf 43,5 Jahre im Jahr 2014 gestiegen. Grund hierfür ist eine seit Jahren steigende Lebenserwartung beider Geschlechter. So hat ein neugeborener Junge im Land Baden-Württemberg eine durchschnittliche Lebenserwartung von 79,2 Jahren, ein neugeborenes Mädchen sogar eine Lebenserwartung von 83,7 Jahren (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2014). Das ist eine Steigerung von 11, beziehungsweise bei den Frauen eine Steigerung von 9 Jahren und somit von über 13 %. Ebenso ist die Differenz in der Lebenserwartung beider Geschlechter um 1,9 Jahre von 6,4 auf 4,5 Jahre gesunken. Ursache für die steigende Lebenserwartung sind die medizinischen Fortschritte, welche zu einem Rückgang der Säuglingssterblichkeit führen. Für die höhere Lebenserwartung der Frauen sind neben genetischen Faktoren auch ein gesünderer Lebensstil und beispielsweise eine geringere Suizidrate verantwortlich. Wie bereits erwähnt gleicht sich die Lebenserwartung bereits an, da Männer ebenso ein gesünderen Lebensstil als noch vor einigen Jahren verfolgen. Zusätzlich ist die fernere Lebenserwartung, also die Lebenserwartung im höheren

Alter, ebenso gestiegen. Diese ist für 75 jährige Frauen von 8 auf 13 Jahre gestiegen, und für Männer im selben Alter von 7 auf 11 Jahre (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2014). Das ist relativ gesehen eine Steigerung von über 57 %, bei Frauen sogar über 61 %. Gerade diese Altersgruppe ist für den Pflegebedarf entscheidend und eine erhöhte Lebenserwartung dieser, kann langfristige Folgen für den Pflegesektor haben. So wird deutlich, dass die Zahl der jungen Personen (unter 20 Jahre) sich verringert hat, die Zahl der erwerbsfähigen Personen annähernd konstant geblieben ist und die Zahl der älteren Personen deutlich gestiegen ist. Die Altersgruppe der über 65 Jährigen ist um das Doppelte gestiegen und bringt eine erhöhte Pflegenachfrage mit sich und muss folgendermaßen zu einem erhöhten Pflegeangebot führen.

Kanton Basel-Landschaft

Auch in Basel-Landschaft wächst die Bevölkerung langsam, jedoch stetig an. Die Zuwächse fallen jedoch stärker als in Baden-Württemberg beziehungsweise Lörrach aus, so ist die Bevölkerung zwischen 1950 und 1970 fast um das Doppelte gewachsen (von 108.000 auf 203.000 Personen) (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Landschaft, 2011, S. 8). Interessant an Basel-Landschaft ist der hohe Geburtenüberschuss, welcher lange Zeit über dem Wanderungssaldo lag. So war bis zum Jahr 2000 das Niveau des Geburtenüberschuss höher als das Wanderungssaldo, solch eine Entwicklung ist in Lörrach seit längerer Zeit nicht zu betrachten. Aber in den vergangenen Jahren ist die Fertilitätsrate in der Schweiz mit 1,5 Kindern je Frau knapp über dem Niveau von Lörrach. Zum Generationenerhalt wären 2,1 Kinder je Frau notwendig. In der Schweiz ist der Ausländeranteil an der Bevölkerung mit 19,6% deutlich höher als in Deutschland (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Landschaft, 2011, S. 11). Dies wiederum führt zu mehr Geburten, da Ausländer in einem jüngeren Alter Kinder bekommen, sie generell in jüngeren Altersgruppen überrepräsentiert sind und mit 1,9 Kindern je Frau eine höhere Fertilitätsrate aufweisen. Der Verlauf der allgemeinen Fertilitätsrate in den letzten Jahren ist jedoch vergleichbar mit der Entwicklung in Baden-Württemberg, besondere Ereignisse wie beispielsweise der sogenannte *Pillenknick*, nach Einführung der Pille als Verhütungsmittel, sind ebenfalls zu verzeichnen. Auch die Entwicklung der Todesfälle ähneln sich sehr. Die Todesfälle in den jüngeren Altersklassen nehmen deutlich ab, in den höheren Altersklassen nehmen Sie jedoch im Verhältnis zu. So ist die Zahl der Todesfälle in der Altersgruppe der 80 Jährigen und Älteren um das Doppelte gestiegen (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Landschaft, 2011, S. 15). Die natürliche Bevölkerungsbewegung ist somit auch in der Veränderung, es lassen sich jedoch deutliche Trends erkennen. Anders sieht es hier mit der räumlichen Bevölkerungsbewegung aus, welche in beiden Regionen jedoch ursächlich für das Bevölkerungswachstum verantwortlich ist. So ist die Zuwanderung aus anderen Gebieten des Landes sowie Zuwanderungen aus dem Ausland fester Bestandteil dieses Wachstums (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Landschaft, 2011, S. 8). Der Wanderungsgewinn seit 2011 von durchschnittlich 1.148 Personen pro Jahr macht über 81 % des Bevölkerungswachstums aus. Anders als in Lörrach würde die Bevölkerung jedoch in Basel-Landschaft auch nur auf Grund des natürlichen Bevölkerungssaldo um 250 Personen jährlich wachsen. Durch den hohen Wanderungssaldo und damit verbundene Zuzüge aus dem Ausland, wächst die Zahl der Ausländerinnen in der Schweiz. Zuwanderungen erhält Basel-Landschaft fast ausschließlich aus dem Ausland sowie aus Basel-Stadt, an die anderen Kantone verliert Basel-Landschaft seine eigenen Einwohner (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Landschaft, 2011, S. 17). Vom Wanderungssaldo sind ungefähr 76,92 % Ausländer, ein deutlich höherer Anteil als in Lörrach.

Dort sind viele Zu- und Fortzüge aus anderen Bundesländern in Deutschland zu verzeichnen. Die meisten Wanderungen finden in jungen Altersgruppen statt, sei es wegen der Ausbildung, des Arbeitsplatzes oder auf Grund der Familienplanung mit dem Partner (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Landschaft, 2011, S. 17). So ist die Migration ein wichtiger Faktor um der Alterung der Bevölkerung entgegen zu wirken. Hier muss allerdings erwähnt werden, dass junge Schweizer oft nach Basel-Stadt auswandern und in der Altersgruppe der 18 bis 33 Jährigen der Saldo hier negativ ist, für Ausländer ist dieser jedoch stets positiv. Für junge Familien im Alter von 34 bis 45 Jahren ist der Saldo jedoch auch unter Schweizern wieder positiv (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Landschaft, 2011, S. 18). Entscheidend für unsere Analyse der Pflegeentwicklung ist jedoch die Veränderung der Bevölkerungsstruktur, da dies entscheidend für die Pflegenachfrage ist welche stark abhängig von Altersgruppen ist. So unterliegt auch Basel-Landschaft dem demografischen Wandel und immer mehr Betagte leben im Kanton. Entscheidende Faktoren sind hier ebenso der rückgängige Geburtenüberschuss sowie die steigende Lebenserwartung. Die Lebenserwartung in Basel-Landschaft liegt bei Männern bei 80 Jahren und bei Frauen bei 85 Jahren (im Jahr 2008/2009). Im Vergleich zum Jahr 1981/82 haben die Männer 7 Jahre an Lebenserwartung dazu gewonnen und die Frauen 5 Jahre (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Landschaft, 2011, S. 12). Ebenso steigt auch in Basel-Landschaft die fernere Lebenserwartung, die restliche Lebenserwartung der 65 Jährigen. So ist diese im Vergleich zum Jahr 1983/82 um rund 4 Jahre gestiegen (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Landschaft, 2011, S. 12). Eine 65 jährige Frau wird somit 87 Jahre alt und ein Mann im selben Alter 84 Jahre. Deutlich wird auch in Basel-Landschaft das enorme Wachstum der für den Pflegesektor relevanten Altersgruppen.

Kanton Basel-Stadt

Im Gegensatz zu Lörrach und Basel-Landschaft ist die Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt in der Vergangenheit zurück gegangen. So ist die Bevölkerungszahl im Jahr 1970 von ungefähr 230.000 Einwohnern auf 190.000 im Jahr 2010 zurück gegangen (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt, 2011, S. 7). Die zusammengefasste Geburtenziffer, auch Fertilitätsrate genannt, ist in Basel-Stadt deutlich geringer als im Kanton Basel-Landschaft. So liegt diese im Jahr 2010 bei 1,31 Kindern je Frau, im Jahr 2015 bei 1,37 (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt, 2011, S. 5). Es sind jedoch ähnliche Trends zu verzeichnen, wobei diese auf einem niedrigeren Niveau vorzufinden sind. Auch auffällig hier ist die höhere Geburtenrate der ausländischen Frauen von 1,57 Kindern je Frau. Die vergangene Entwicklung der Fertilitätsraten von Schweizerinnen und von Frauen anderer Nationalität unterscheiden sich jedoch voneinander.

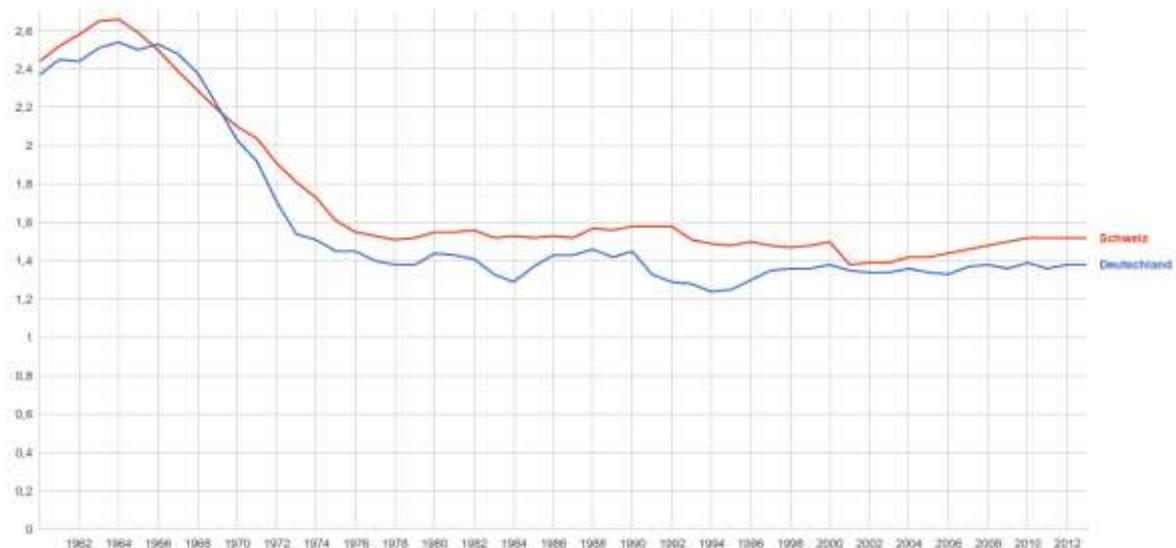


Abbildung 2: Fertilitätsraten in der Schweiz und Deutschland
(Quelle: Weltbank)

Die Fertilitätsrate der Ausländer_innen hat in den letzten Jahren abgenommen, wohin gegen die Geburten der Schweizer Bevölkerung im Kanton zugenommen haben, sodass sich diese annähern. Die Sterbefälle weisen einen eindeutigen Trend in allen drei Regionen auf. So nehmen die Sterbewahrscheinlichkeiten auf Grund des medizinischen Fortschritts in den jüngeren Altersjahren ab. Die höheren Altersgruppen sind hiervon auch betroffen, jedoch sterben hier absolut gesehen deutlich mehr Personen, da die Bevölkerung insgesamt altert und die Anzahl der Personen in den Altersgruppen wächst. So steigt die Zahl der Todesfälle der über 80 Jährigen deutlich an, gerade diese Altersgruppe ist für die Pflegenachfrage bedeutend. Die Lebenserwartung ist auch in Basel-Stadt seit 1985 deutlich gestiegen. Männer haben bei der Geburt eine um 6 Jahre erhöhte Lebenserwartung und somit im Jahr 2015 eine Lebenserwartung von 79 Jahren. Frauen haben eine um 7 Jahre erhöhte Lebenserwartung und somit im Jahr 2015 eine Lebenserwartung bei der Geburt von 84 Jahren (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt, 2011, S. 5).

Ein entscheidender Anteil der Bevölkerung kommt aus dem Ausland und sind durch Wanderungen zugezogen. Diese Entwicklungen sind sehr volatil, da sie auch stark abhängig von Politik und Wirtschaft sind. Trotzdem müssen diese modelliert werden um die Bevölkerungsentwicklungen in der Zukunft darstellen zu können. Auch in Basel-Stadt ist der Wanderungsgewinn auf den Zuzug der Ausländer zurückzuführen, dieser ist bereits seit 2006 stets positiv (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt, 2015, S.4). Ohne den Zuzug der Ausländer wäre der Wanderungssaldo der Schweizer jedoch negativ. Die meisten Zugezogenen aus dem Ausland kommen hierbei aus Deutschland. Betrachtet man ausschließlich die Wanderung zwischen Basel-Stadt und Basel-Landschaft wird deutlich, dass Basel-Stadt die meisten Einwohner an Baselbiet verliert (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt, 2015, S. 4). Insgesamt gewinnt Basel-Stadt jedoch deutlich an Einwohner durch die Zuwanderung, welche zugleich dem demografischen Effekt entgegen wirken.

2.1.2. SITUATION DER REGIONALEN PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Trotz der geographischen Nähe der betrachteten Gebiete, unterscheiden sich die regionalen Pflegesituationen dennoch deutlich. Dies gilt vor allem für die Zahl der Pflegebedürftigen und der damit verbundenen Pflegequoten. Der Landkreis Lörrach weist mit geschätzten 2.72% im Jahr 2013 die geringste Pflegequote aller berücksichtigten Standorte auf. Dies scheint in der Region ein generelles Phänomen zu sein, denn bereits im Jahr 2011 hatte das Bundesland Baden-Württemberg mit 2.58% die geringste Pflegequote der ganzen Bundesrepublik Deutschland (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2014). Die Pflegebedürftigen in Lörrach gliedern sich im Jahr 2013 wie folgt auf: 21.17% ambulant Gepflegte, 30.14% vollstationär Gepflegte und 48.68% Pflegegeldempfänger, die von Angehörigen gepflegt werden.

Die von uns berechnete Pflegequote im Kanton Basel-Stadt für das Jahr 2013 liegt bei 4.77% und ist damit die höchste der betrachteten Gebiete. Sie setzt sich aus den Bewohnern von Pflegeheimen und durch Spitex langzeitgepflegten Individuen zusammen. Reliable Angaben zu Personen, die durch Angehörige gepflegt werden, stehen uns hier leider nicht zur Verfügung. Die auf dieser Basis ermittelte Zahl der Pflegebedürftigen gliedert sich in 55.82% ambulant gepflegte und 44.18% stationär gepflegte Personen. Die korrespondierende Pflegequote im Kanton Basel-Land wird auf 3.85% geschätzt. Sie wurde analog zum Vorgehen in Basel-Stadt berechnet. Die Zahl der Pflegebedürftigen gliedert sich hier in 62.32% ambulant gepflegte und 37.68% stationär gepflegte Individuen. Eine detaillierte Beschreibung der Schätzmethodik und Hinweise zur Datengrundlage und der Interpretation der Ergebnisse befinden sich in Kapitel 2.6 beziehungsweise 9.3. Des Weiteren sei darauf hingewiesen, dass ein Teil der deutlichen gewordenen Differenzen zwischen Deutschland und der Schweiz auf Unterschiede in den Pflegebegriffen und der Ausgestaltung der Pflegestufen zurückgeführt werden muss.

2.1.3. EINRICHTUNGEN IN DER REGION

Eine Übersicht zu den Institutionen in der Region, die ambulante und/ oder stationäre pflegerische Versorgung anbieten, findet sich im Anhang, Anlage F. Daraus gehen auch Schwerpunktsetzungen hervor.

2.1.4. DIE BEDEUTUNG INFORMELLER PFLEGE

Der informellen Pflege kommt eine bislang nur in Schätzungen gefasste Bedeutung in der gesellschaftlichen Gesamtaufgabe zu. Informelle Pflege ist zu verstehen als Pflegeleistung im häuslichen Umfeld, die ohne Entgelt und vertragliche Vereinbarung geleistet wird.

Aus dem Ausland vorliegende Daten weisen der informellen Pflege höchste Bedeutung (z.B. Schweiz, Österreich, Großbritannien, USA) hinsichtlich der Bewältigung der Pflegeherausforderung zu – deren personellen, ideellen und finanziellen Bewältigung gleichermaßen.^{13, 21} Daher ist es folgerichtig, den Akteuren und Komponenten nachzugehen, die Garant für diesen Sektor sind. Als zentral Handelnde werden, übereinstimmend im gesamten deutschsprachigen Raum ebenso wie in Berichten aus anderen europäischen Ländern und den USA, die **Frauen** gesehen.

In der öffentlichen Statistik Deutschlands [Vollerhebung des Statistischen Bundesamts (Destatis) und der statistischen Landesämter] zu ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und -leistungen schlägt sich die Pflege durch Angehörige bzw. sonst nahestehende Personen in der Zahl der Pflegegeldempfänger nieder („Pflegepersonen“ in der Definition nach SGB XI^e). Die Gruppe der häuslich Pflegenden umfasst jedoch auch die sogenannten informell Pflegenden. Wohl die Mehrzahl an Personen, die sich im Bereich der „informellen Pflege“ einbringen, findet in diesen amtlichen Statistiken *auf Basis der Erfassung von Pflegestufen* keinen Niederschlag. Diesen Bereich der Pflege zu erfassen – in seinenhaltungen, Bedarfen sowie nach seinem Umfang und dem Wert der so erbrachten Leistung, ist von ebenso großer Bedeutung für die zukünftige Bewältigung von Pflegeaufgaben, wie ihr gleichzeitig volkswirtschaftliche Relevanz zukommt. Dies gilt mit Blick auf die zu pflegenden wie die pflegenden Personen und auch für die Wirtschaftskraft einer Region. Die Vielfalt informeller (unbezahlter) Pflege gehört zu den in Deutschland unzureichend abgebildeten Ebenen. Der informellen Pflege kommt ein bislang für Baden-Württemberg völlig unbekannter Anteil an der gesellschaftlichen Gesamtaufgabe zu. Zur aktuellen Situation im Bereich der Betreuung und Pflege durch Angehörige zu Hause sowie zu möglichen Entwicklungen gibt es derzeit allerdings auch in der Schweiz wenig datengestützte Evidenz²².

Schätzungen aus dem deutschsprachigen In- und Ausland sollen das finanzielle Ausmaß der Bedeutung umreißen.

Vor dem Start der Pflegereform 2011 wiesen Hochrechnungen des Sozialverband VdK Deutschland e.V. darauf hin, dass ausgehend von einer Gesamtzahl von vier Millionen Pflegebedürftigen, die von Angehörigen versorgt werden, Lohnkosten von mindestens 75 Milliarden Euro im Jahr für 3,2 Millionen Vollzeitarbeitsplätze zusammenkämen, würde die Versorgung ausschließlich von Professionellen übernommen. Ohne pflegende Angehörige müsse der Beitrag für die gesetzliche Pflegeversicherung bis zum Jahr 2030 auf 4,5 Prozent des Bruttolohns steigen.²³

Bereits 1997 gingen Schätzungen in der **Schweiz** davon aus, dass bei 220 000 bis 250 000 pflegebedürftigen Menschen häusliche Pflege mit einem **ökonomischen Wert** von 10 bis 12 Milliarden Franken durch Nicht-Professionelle geleistet wurde.²⁴ Für solche Unterstützungsleistungen im eigenen Haushalt wurden im Jahr 2000 von den Privathaushalten rund 34 Millionen Stunden unbezahlt aufgewendet. Diese Schätzung beruht auf den Annahmen, dass beinahe in 5% der Schweizer Mehrpersonenhaushalte mindestens eine pflege- oder betreuungsbedürftige erwachsene Person lebt. Dazu kommen die informellen Hilfeleistungen von Privatpersonen für andere Haushalte. Nach der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung SAKE 2004 engagierten sich rund 12 % der Frauen und 11% der Männer im informellen Bereich und setzen dafür pro Jahr ungefähr 100 Millionen Stunden unbezahlt ein²⁵. Art und Zeitumfang dieser Leistungen sowie auf die Beschreibung der Personengruppen, wel-

^e *Pflegepersonen* sind nach §19 SGB XI Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen *im Sinne des § 14* in seiner häuslichen Umgebung pflegen^e - wobei der Bezug auf §14 eine Eingrenzung auf *Pflegeleistungen im Sinne des Gesetzes* beinhaltet.

che diese hauptsächlich erbringen, können in der Schweiz insbesondere aus dem Modul «Unbezahlte Arbeit»^f der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) erschlossen werden.

Ähnlich zeigen auch die Schätzungen aus **Österreich** einen **sehr hohen Beitrag aus privater Hand** auf. Leistungen, die in diese Schätzung eingingen, umfassen direkte (monetäre private Leistungen wie Eigenbeteiligungen, Selbstbehalte und Selbstzahlungen) und indirekte Kosten (entgangenes Einkommen der Pflegenden). Mindestens 75 % aller Pflegeleistungen werden informell, zumeist von Frauen, erbracht. Für die in diesem Zusammenhang geleisteten Arbeitsstunden (laut Mikrozensus vom September 2002) ergäbe sich auf Basis der durchschnittlichen Bruttostundenlöhne ein Wert der informellen Pflegeleistung von 2,58 Mrd. € pro Jahr. Davon entfallen auf **Frauen** 1,67 Mrd. €, auf Männer als Pflegende 0,91 Mrd. €.²⁶

Ein weiterer finanzieller Aspekt informeller Pflege ist unter dem Komplex arbeitgeberseitigen Kosten zu diskutieren. Komponenten dieses Engagements werden im Abschnitt zu den Wechselwirkungen zwischen Berufstätigkeit von Frauen und Sorgerepflichtungen erörtert (s.u.)

Art und Höhe der für die Pflege älterer Mitglieder der Gesellschaft eingesetzten Ressourcen sind augenscheinlich hinsichtlich der Kosten, die in Form von direkten Ausgaben z.B. für professionelle Pflegedienstleistungen anfallen. Weit weniger Beachtung finden jene **Kosten**, die bei Pflege entstehen, die informell geleistet wird. Auch diese sind vielfältig und umfassen direkte Kostenkomponenten ebenso wie indirekte Kostenkomponenten (e.g. entgangene Erwerbsmöglichkeiten der pflegenden Personen).¹⁶

Die große gesellschaftliche Bedeutung informeller Pflege setzt sich aus unmittelbaren und mittelbaren monetären Aspekten und stabilisierenden Faktoren für Lebens- und Arbeitswelt zusammen.

Demographische, ökonomische und soziale Bedingungen – aber auch persönliche und gesellschaftliche Haltungen - wirken sich durch *reaktive Verhaltensänderung* auf die Verfügbarkeit von häuslich Pflegenden (informell und auch als Pflegeperson nach SGB XI Hilfeleistenden) aus. Studienergebnisse²⁷ verdeutlichen: Wenn beispielsweise eine knappe Mittelbereitstellung in der Gesellschaft (aus direkten staatlichen Mitteln oder über Versicherungsverhältnisse) Frauen dazu veranlasst, aus Beschäftigungsverhältnissen auszusteigen, um Pflege für Angehörige selbst zu leisten, können die geringeren Steuereinnahmen aus entgangener Erwerbsarbeit zu einer weiteren Verknappung der öffentlichen Mittel führen (s.u.). Wenn informell Pflegende im häuslichen Setting somit eine zentrale Säule in der gesellschaftlichen Pflegeverantwortung darstellen, dann interessieren einmal deren Stabilität und - mit Blick auf die Zukunft - Strömungen und Entwicklungen, die diese Stabilität infrage stellen könnten.

^f Unbezahlte Arbeit wird definiert als Arbeit, die nicht entlohnt wird, welche jedoch theoretisch auch durch eine Drittperson gegen Bezahlung ausgeführt werden könnte (Dritt-Personen-Kriterium). Dadurch wird sie von Tätigkeiten wie Aus- und Weiterbildung, persönliche Aktivitäten (Essen, Schlafen, Arztbesuch usw.) oder Freizeit (selber Sport treiben, Besuch von Veranstaltungen, Hobbys usw.) und natürlich von Erwerbsarbeit abgegrenzt. Es wird in der Erhebung klar unterschieden zwischen unbezahlten Pflege- und Betreuungsaufgaben im eigenen Haushalt für pflegebedürftige erwachsene Personen (ohne die Kinderbetreuung) und informellen unbezahlten Pflegeleistungen und Dienstleistungen für andere Haushalte.

2.2. ZUSAMMENARBEIT IN EINER GRENZREGION

Wird eine Zusammenarbeit im Gesundheitssektor angestrebt, handelt es sich in aller Regel um eine Form der Zusammenarbeit, dem ein vertrauensvolles Miteinander über die Grenze hinweg in vielen anderen Bereichen vorausgegangen ist – wie es für die Region der Fall ist. Diese Untersuchung war ein Vorhaben im Rahmen der Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen, zu dem auch andere grenzüberschreitende Projekte zählen^{28,29,30}. Diese haben gezeigt, dass bereits Gesundheitsleistungen unterschiedlichster Art im jeweiligen Nachbarland in Anspruch genommen werden.

2.2.1. ERGEBNISSE BISHERIGER PROJEKTE IN DER GRENZREGION LÖRRACH-BASEL

Seit 2007 befasst sich ein Pilotprojekt mit Aspekten der Patientenmobilität im ambulanten und stationären Sektor. Die mobile Gruppe der Bevölkerung ist bislang eher jünger. So berichtet die *Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach (Phase II)* im Auftrag des OBSAN zur Alters- und Geschlechtsstruktur, dass Personen aus der Schweiz, die sich im Landkreis Lörrach ambulant behandeln ließen, deutlich jünger sind als Personen, die im grenznahen Deutschland eine stationäre Behandlung in Anspruch nahmen. Fast drei Viertel der ambulanten Patient_innen sind zwischen 19 und 60 Jahren alt, während bei den stationären die Mehrheit über 70-jährig (ca. 80%) ist. Der Grund hierfür dürfte in der vergleichsweise hohen Anzahl (orthopädischer) Rehabilitationen im Landkreis Lörrach liegen. Die stationären Behandlungen inner- und außerhalb dieses Pilotprojekts unterscheiden sich im Hinblick auf die Alters- und Geschlechtsstruktur nur geringfügig. Unter den Pilotprojektpatient_innen sind knapp drei Viertel Frauen (74,1%), unter den weiteren grenzüberschreitenden Patient_innen sind es mit 64,5% etwas weniger. Patient_innen, die aus dem Landkreis Lörrach nach Basel kommen, sind im Durchschnitt jünger, als jene, die von Basel nach Lörrach gehen. Dies gilt vor allem für den stationären Bereich, hier sind nur knapp 30% der Personen, die sich in Basel behandeln lassen, über 70jährig.³¹

Die Beobachtung der Patient_innenmobilität im Rahmen der bisherigen Projekte zeigt, dass im grenznahen Ausland durchaus **gezielt** die Maßnahmen gesucht und in Anspruch genommen werden, und zwar solche, für welche die Nutzer_innen einen persönlichen Bedarf sehen.³²

Angesichts der Engpässe in der pflegerischen Versorgung in beiden Ländern ist daher die Erwartung begründet, dass ein solches Nutzerverhalten auch im Bereich der Pflege bestehen oder sich entwickeln kann. Von Interesse ist daher, im Vorfeld einer solchen Entwicklung, die **Bestandsaufnahme** gegebenenfalls bereits vorhandener Inanspruchnahmewege und die Kenntnis von **Haltungen**, die Betroffene in dieser Hinsicht haben. Beides lässt Rückschlüsse zu, ob und in wie weit hier Potenziale für die zukünftige Bewältigung der Pflegeaufgabe zu erwarten sind.

2.2.2. ERFOLGSKRITISCHE FAKTOREN

Für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit gibt es bestimmte Faktoren, die auf den Erfolg Einfluss nehmen, dies zeigen Untersuchungen innerhalb der Europäischen Union. Im Rahmen eines EU-REGIO Projekts beispielsweise wurden 122 Projekte dahingehend untersucht und folgende Faktoren identifiziert:

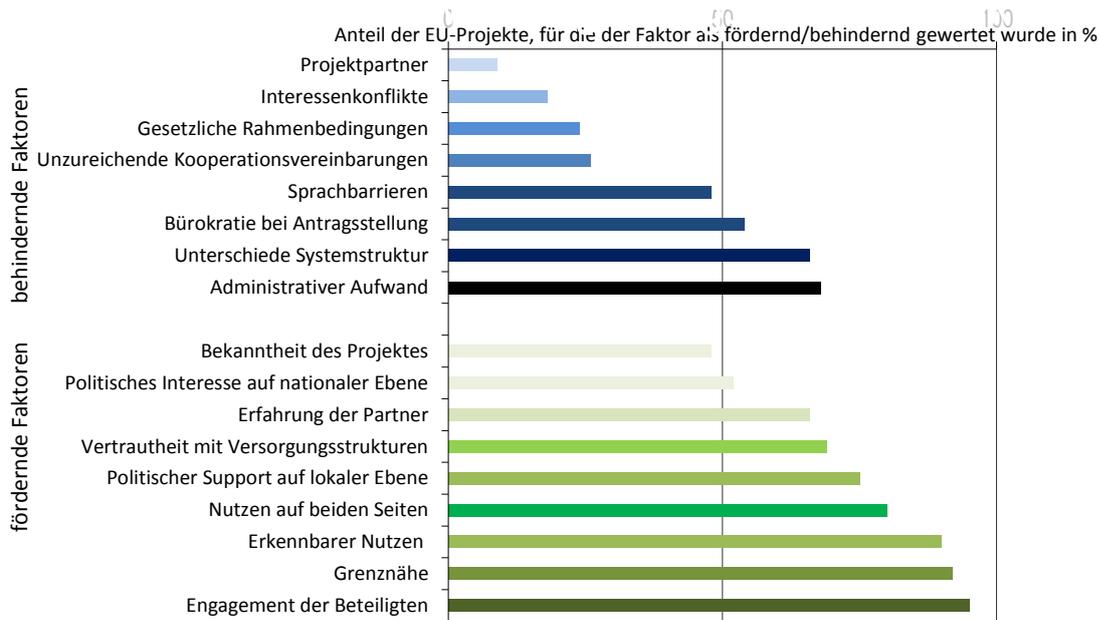


Abbildung 3: Zusammenarbeit in Grenzregionen – erfolgskritische Faktoren

Bewertung erfolgskritischer Faktoren auf der Basis von 122 grenzüberschreitenden Projekten in Europa. Mod. nach EUREGIO Cross Border Activities (zitiert nach³³)

Für die bisherigen Projekte an der deutsch-schweizerischen Grenze zeigte sich ein Großteil der in EU-Projekten als hindernd identifizierten Faktoren gleichfalls durchaus als relevant.³⁴ Die breite Palette an Hemmnissen wird auch für dieses Projekt grundsätzlich in Rechnung zu stellen und das Ausmaß der Wirkung für eine Zusammenarbeit zu Thematik Pflege zu untersuchen sein. Besonders den fördernden Faktoren, zu denen beispielsweise die Vertrautheit mit den Versorgungsstrukturen im Nachbarland, aber auch das Erkennen von Nutzen auf beiden Seiten gehören, soll im Rahmen dieses Projekts der Augenmerk gelten. Dem Engagement der Beteiligten kommt allerdings offenbar in jedem Fall die größte Bedeutung zu. Dies war ein Grund mehr, um in diesem Vorhaben von Beginn an alle mit dem Bereich Pflege Befassten in die Mitwirkung einzubeziehen.

2.2.3. DEMENZ ALS GRENZÜBERSCHREITENDE HERAUSFORDERUNG

Dementielle Erkrankungen gehören aufgrund des demographischen Wandels und der steigenden Lebenserwartung zu den Herausforderungen von Altersmedizin und Pflege. Gemäß ICD-10 bezeichnet die Demenz „ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei cerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen“.³⁵ Demenzerkrankungen zählen heute zu den häufigsten chronischen Erkrankungen älterer Menschen, zwischen 900.000 und 1,2 Millionen Deutsche sind aktuell an einer Demenzform erkrankt, ca. 400.000 werden aktuell in Alten- und Pflegeheimen versorgt. Die Prävalenz der Gesamtbevölkerung beträgt ca. 1,2 Prozent, 6,8 Pro-

zent der über 65-Jährigen sind betroffen³⁶. In den nächsten Jahren wird ein deutlicher Anstieg der Krankheitslast prognostiziert: So wird im Jahre 2050 für Deutschland eine Prävalenz von 3 Millionen Patient_innen angenommen.³⁷ In der Schweiz wird die Anzahl der Betroffenen von heute knapp 120.000 auf 200.000 im Jahre 2030 und auf rund 300.000 im Jahre 2050 ansteigen.³⁸

Demenziell erkrankte Patient_innen bedürfen einer besonderen Zuwendung im Rahmen der Pflege, der schon heute kaum Rechnung getragen werden kann, da der Mehraufwand nur geringfügig (im deutschen System) bzw. gar nicht (im Schweizer System) finanziell Berücksichtigung findet.

2.3. BEGRIFFLICHKEIT UND RAHMENBEDINGUNGEN DER PFLEGE

„Pflege ist eine umfassende, ausgesprochen vielschichtige und mehrdimensionale Tätigkeit, die sich einer scharfen Definition weitgehend entzieht. ... es finden sich Definitionsansätze, die Pflege generell als menschliche Dienstleistung an einzelnen Menschen oder Gruppen im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Krankheit umschreiben.“⁴²

Diese Beschreibung von Pflege durch den Schweizer Bundesrat lässt deutlich werden, dass Begriffsunschärfen das heterogene Feld von Pflegebedürftigkeit bzw. Wahrnehmung von Pflegeverantwortung und deren Beschreibung weithin komplizieren. Unterschieden werden zunächst die *Professionelle voll-, teilstationäre oder ambulante Pflege* [engl. formal long term care (LTC)] und die *Informelle Pflege* (engl. informal LTC).³⁹ Informeller Pflege liegt keine Vergütungssystematik zugrunde²⁷. Die Inhalte variieren jedoch. Uneinheitlichkeit zeigt sich bei den Angaben, wer als pflegerisch tätig gilt^{40,41,42}, abgesehen von Definitionen im jeweiligen nationalen Kontext, z.B. i.R. von Festlegungen in sozialen Sicherungssystemen⁴³. Engere Definitionen gelten dann, wenn pflegende Angehörige Unterstützung in der körpernahen Pflege leisten (z. B. Hilfe beim Anziehen oder beim Gehen). Weiter gefasste Definitionen umfassen auch Unterstützungsleistungen, beispielsweise im Rahmen von «distance caregiving»⁴⁴. Auch informelle Hilfe zählt dazu, die bei finanziellen oder rechtlichen Fragen im Zusammenhang mit der Behinderung oder Erkrankung geleistet wird. Hinzu kommt dass sich die informelle Freiwilligenhilfe nicht scharf von den Leistungen der pflegenden Angehörigen trennen lässt, z. B. wenn eine Nachbarin stärker in die unbezahlte Hilfe zuhause eingebunden ist als entfernt lebende Verwandte⁴⁵. Außerdem bleibt zu unterscheiden zwischen Haupt-Pflegeperson und an der Pflege Beteiligten. Alle diese definitorischen Schwierigkeiten erschweren die Ortung und den Vergleich, z.B. bei Angaben zu Prävalenzen in der Literatur. Im Folgenden kann entsprechend nur zu Teilbereichen berichtet werden kann, die jeweils eingrenzend benannt werden. Gleichwohl ist eine begriffliche Vereinheitlichung nötig, wenn forschungsbasierte Konzepterstellung Zielsetzung sind, um neue Strategien zu erarbeiten.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen in beiden Ländern markieren Vorgaben und Grenzen, die den pflegerischen Alltag wesentlich mitbestimmen. Sie werden daher nachfolgend in Umrissen dargelegt. Große Anteile der Pflegeleistung einer Gesellschaft sind darin jedoch nicht erfasst.

2.3.1. DEUTSCHLAND

Soziale Sicherung in Deutschland umfasst die gesetzlichen Sozialversicherungen, die soziale Versorgung und die Sozialfürsorge.⁴⁶ Eine Zusammenschau der unterschiedlichen Säulen, die jeweils dahinterstehende gesetzliche Norm und die unterschiedlichen Finanzierungswege gibt die nachstehende Abbildung. Die gesetzlichen Sozialversicherungen decken folgende soziale Bedarf- und Notlagen ab: Krankheitsfolgen, Pflegebedarf, Unfallfolgen, Alterssicherung, Armut, Arbeitslosigkeit und verminderte Teilhabechancen. **Der Abschluss einer Pflegeversicherung gemäß SGB XI ist obligat.**

Finanzierung	Arbeitgeber	Arbeitgeber und Arbeitnehmer Staat aus Steuermitteln			Staat aus Steuermitteln	Diverse		
Bereich	Unfallversicherung	Krankenversicherung	Pflegeversicherung	Arbeitslosenversicherung	Rentenversicherung	Sozialhilfe	Entschädigung für Opfer	Rehabilitation/ Teilhabe
Norm	SGB VII	SGB V	SGB XI	SGB II / III	SGB VI	SGB XII	SGB I / BVG	SGB IX
Institution	BG	GKV/ PKV	GKV/ PKV	Agentur für Arbeit	DRV	Sozialamt	Versorgungsamt	Diverse

Abbildung 4: Säulen der sozialen Sicherung in Deutschland ⁴⁷

Pflegebedürftigkeit

Eine Person gilt im Sinne des **SGB XI § 14** als pflegebedürftig, wenn sie durch eine körperliche, geistige oder seelische Krankheit oder Behinderung bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem Umfang oder höherem Maße der Hilfe bedürftig ist.

Die Begutachtung zur Einstufung von Pflegebedürftigkeit ist für gesetzlich Versicherte Aufgabe des Medizinischen Dienstes der Gesetzlichen Krankenversicherung (MDK). Bei privatversicherten Personen kommen private Gutachterdienste zum Einsatz, z. B. MEDICPROOF. Im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit werden für die Einstufung in eine der Pflegestufen I, II, III folgende Bereiche berücksichtigt: Körperpflege, Ernährung Mobilität umfassen die Grundpflege; die hauswirtschaftliche Versorgung und Hilfe bei der Durchführung ärztlicher Verordnungen (z. B. Medikamentengabe) zählen nicht zur Grundpflege, werden aber bei der Begutachtung berücksichtigt. Der Pflegebedarf wird nach der Art, und Umfang (auch zeitlich) bemessen. Bei einem außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand kann ergänzend zur (höchsten) Pflegestufe III auch ein sogenannter Härtefall vorliegen, der

weitergehende Leistungen rechtfertigt. Die „Pflegestufe 0“ wird Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, z.B. aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankungen, zuerkannt, die besondere Betreuungsleistungen benötigen. Diese Personen haben zwar einen gewissen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung, erfüllen jedoch nicht die Voraussetzungen für die Einstufung in die Pflegestufe I. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit.

Ambulante bzw. häusliche Pflege

Die ambulante pflegerische Versorgung in Deutschland wird überwiegend von Angehörigen und nahestehenden Personen geleistet, außerdem von professionellen ambulanten Pflegediensten. Die Finanzierung zur ambulanten Versorgung wird a) von den Krankenkassen im Rahmen des SGB V auf Anordnung durch Vertragsärzt_innen zu Leistungen der häuslichen Krankenpflege geleistet. b) Die Pflegekassen übernehmen im Rahmen des SGB XI die Kosten ab vorliegender Pflegeeinstufung bis zu einer definierten Grenze. c) Auch hierbei müssen bei ungedeckt verbleibenden Kosten Kinder und Enkel bei Leistungsfähigkeit finanzielle Mittel beisteuern. Ansonsten besteht die Möglichkeit, einen Antrag auf finanzielle Unterstützung beim Sozialamt zu stellen.

Im Rahmen des SGB V zur *häuslichen Krankenpflege* können folgende Leistungen übernommen werden: z. B. Injektionen (z. B. Insulin), Wundversorgung, Anlegen von Verbänden, Medikamentengabe. Die Versorgung der Versicherten kann nur durch geeignete Pflegedienste erfolgen, mit denen die Pflegekassen einen Vertrag abgeschlossen haben. Zusätzlich besteht Anspruch auf eine individuelle Pflegeberatung über eine_n Pflegestützpunkt, Pflegeberater_in oder die Pflegekassen^g. Die Leistungsarten unterscheiden sich in Sachleistungen (zusätzlich Pflegehilfsmittel) und Pflegegeld, die kombinierbar sind. Das Pflegegeld kann nur in Anspruch genommen werden, wenn als Pflegepersonen definierte Angehörige oder andere Personen des persönlichen Umfelds die Pflege übernehmen.^h

Stationäre- und teilstationäre Pflege

Das System der sozialen Sicherung sichert Pflegebedürftigkeit in einem gesetzlich vorgegebenen Rahmen auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches XI ab. Der Abschluss einer Pflegeversicherung ist obligat, als Träger kommen die Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung (GKV) und die Private Krankenversicherung (PKV) in Betracht. Sobald eine Betreuung im häuslichen Rahmen nicht mehr gewährleistet werden kann, z. B. durch pflegende Angehörige, ist die Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung erforderlich. Die Anmeldung für einen Pflegeheimplatz erfolgt durch eine persönliche Anmeldung im Heim. Manche Landkreise und Städte verfügen über eine zentrale Pflegeheimliste ohne Bindung. Innerhalb der stationären Pflege wird grundsätzlich zwischen **teilstationärer Pflege** (Tages- bzw. Nachtpflege), der **vollstationären** und der sogenannte **Verhinderungs- und Kurzzeitpflege** unterschieden. Die Finanzierung des stationären Aufenthalts in einem Pflegeheim wird zum einen durch die Pflegekassen übernommen, die einen Pauschalbetrag für Pflegeaufwand,

^g Vgl. §§ 7, 7a, 92c SGB XI.

^h Das Pflegegeld, das definierte Pflegepersonen erhalten können, wenn Sie eine Person häuslich pflegen, rangiert beispielsweise von monatlich 123 Euro im Fall von Pflegestufe 0 und dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB V bis hin zu 728 Euro im Fall von Pflegestufe III (Stand ab 1/2015). Quelle: Bundesministerium für Gesundheit. Pflegeleistungen ab 1. Januar 2015.

medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung im Heim an die Pflegeeinrichtung zahlen. Dafür muss ein Versorgungsvertrag zwischen einem Pflegeheim und den Pflegekassen vorliegen. Obergrenzen bestehen, die in Abhängigkeit zur Pflegestufe stehen.ⁱ Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung werden privat getragen. Reichen die eigenen finanziellen Mittel nicht aus, sind die nächsten Angehörigen, z.B. Kinder oder Enkel, zum Unterhalt nach gesetzlich geregelten Maßgaben verpflichtet. Sind alle finanziellen Möglichkeiten erschöpft, tritt das Sozialamt in die Finanzierung ein.

2.3.2. SCHWEIZ

Das System der sozialen Sicherung in der Schweiz besteht aus drei Säulen (sog. *drei-säulige Sozialversicherung*) zur Absicherung gegen Alter, Invalidität und Tod und wurde nach dem 2. Weltkrieg eingeführt [Rentenversicherung AHV (Alters- und Hinterlassenen-Versicherung) 1947, Invalidenversicherung IV 1959, Unfallversicherung 1981]. Die Krankenversicherung wurde erst 1994 eingeführt. Der Normengeber ist die schweizerische Bundesverfassung. Bei der Krankenversicherung handelt es sich um eine obligatorische, öffentlich oder private, Krankenpflegeversicherung (KV) mit häufig kantonalen Unterschieden. Der Normgeber ist hier das Krankenversicherungsgesetz (KVG). Kennzeichnend ist die freie Versicherungswahl mit Unterschieden je nach zugrundeliegendem Versorgungsmodell (freie Arztwahl vs. Hausarztmodell vs. Health Maintenance Organization Modell). Es gibt keine Familienversicherung. Finanziert wird die KV über einkommensunabhängige Beiträge, die relativ frei ausgehandelt werden (Prämiensystem), allerdings gibt es rechtliche Restriktionen. In der Schweiz gilt das Kostenerstattungsprinzip, das heißt, es gibt ein nicht umfassendes Leistungsniveau mit Franchise und Selbstbeteiligung. Private Zusatzversicherungen spielen dabei eine wichtige Rolle.

Hilflosigkeit

Pflegebedürftigkeit wird in der Schweiz als ein Zustand der Hilflosigkeit beschrieben. Diesem widmen sich zwei Definitionen in unterschiedlichen Gesetzestexten. Gemäß Artikel 9 im Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) gilt eine Person als hilflos, wenn sie „wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen (An- und Auskleiden, Körperpflege, Essen, Verrichten der Notdurft, Fortbewegen, Aufstehen, Absitzen und Abliegen) dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf“.⁴⁸ Ebenso gilt eine Person als hilflos im Sinne von Artikel 42 Absatz 3 Satz 1 IVG, die zu Hause lebt und wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist,⁴⁹ (bei Minderjährigen gelten besondere Voraussetzungen, Artikel 42 bis Absatz 5 IVG). Ist eine Person ausschließlich dauerhaft auf lebenspraktische Begleitung angewiesen, so liegt der Fall „leichter Hilflosigkeit vor“ (vgl. Art. 42 Abs. 3 IVG). Die begriffliche Definition der Hilflosigkeit im Sinne von Artikel 42 Absatz 3 Satz 1 IVG ist altersbeschränkt; sie gilt bei Frauen bis zum 64. Lebensjahr und bei Männern bis zum 65. Lebensjahr, oder es handelt sich um eine Person, die Rentenvorbezug bezieht (Quelle: AHV Art. 10 Absatz 3). Die Hilflosigkeit muss bleibend sein oder ununterbrochen mindestens ein Jahr gedauert haben. Je nach Ausmaß der Hilflosigkeit werden drei Grade, *leicht, mittel und schwer*, unterschieden. Die Bemessung der Hilflosigkeit richtet sich sinngemäß nach dem IVG.

ⁱ vgl. § 43 SGB XI.

Auch im Schweizer Gesundheitssystem wird die Art der Leistungen unterschieden in der Krankenpflege zwischen a) den Maßnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, b) Maßnahmen der Untersuchung und der Behandlung, sowie c) den Maßnahmen der Grundpflege. Die Tarife werden zwischen den Krankenversicherten und den Leistungserbringern ausgehandelt. Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung. Kommt kein Tarifvertrag zustande, setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest. Durch das am 13. Juni 2008 verabschiedete Bundesgesetz kam es zu einer Neuordnung der Pflegefinanzierung in der Schweiz, die am 01. Januar 2011 in Kraft getreten ist. Es wird nun in der Finanzierung unterschieden zwischen Pflegeleistungen, die von Spitex oder stationären Einrichtungen, von einem Pflege- und Altersheim, einer Pflegeabteilung oder einer Pflegewohnung an einem Akutspital (Pflegeheim) erbracht werden.⁵⁰ Durch die Regelung der Neuordnung wird in der KVG nun zwischen „Pflegeleistungen“ und „Leistungen der Akut- und Übergangspflege“ getrennt. Unter dem Begriff der „Pflegeleistungen“ sind die Leistungen zu verstehen, die in der Regel längerfristig sind, ohne dass zuvor eine Spitalbehandlung erfolgt ist.

Ambulante bzw. Häusliche Pflege

In der Schweiz wird die ambulante Versorgung überwiegend von Spitex^j übernommen. Aber auch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner als selbständig Tätige sind zugelassen. Der Kanton erteilt einen umfassenden Leistungsauftrag an Spitex und den Schweizerischen Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Der Kanton subventioniert die Spitex zu bestimmten Leistungsbe- reichen. Leistungserbringer müssen nach gesetzlichen Vorgaben zugelassen sein. Kostenübernahme erfolgt nur, wenn ein ärztlicher Auftrag oder eine ärztliche Anordnung vorliegt, und die gemeinsame Bedarfsabklärung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner oder Organisationen der Kranken- pflege erfolgt ist. Die Bedarfsabklärung erfolgt auf der Basis einheitlicher Kriterien und umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs, wobei auch der voraussichtliche Zeitbedarf eine Rolle spielt. Die Tarife für die kassenpflichtigen Leistungen sind kantonsabhängig. Viele Spitex- Organisationen bieten neben kassenpflichtigen Leistungen zusätzliche Dienste an z .B. Mahlzeiten- dienst, Fußpflege zu Hause, Coiffure zu Haus, Hilfsmittelverleih, Sozialberatung.⁵¹

Die KVG-Beiträge für die Pflegekosten sind oft nicht kostendeckend. Betroffene müssen sich an den Leistungen beteiligen, haben aber die Möglichkeit Unterstützung durch die öffentliche Hand, in Form von Ergänzungsleistungen bzw. Zusatzleistungen zu erhalten, wenn die Finanzen nicht ausreichen. Zusätzlich kann eine Hilflose entschädigung in Anspruch genommen werden, die abhängig ist vom Grad der Hilflosigkeit, kantonal unterschiedlich und unabhängig von Vermögen und Einkommen. Grundsätzlich muss mindestens ein Jahr bleibend oder ununterbrochen Hilflosigkeit nachgewiesen werden. Auch kann eine gesonderte Finanzleistung beantragt werden, wenn eine Person betagte, kranke oder behinderte Person pflegt (kantonal unterschiedlich). Der Anspruch entsteht nach Ablauf

^j Spitex bedeutet spitalexterne Hilfe, Gesundheits- und Krankenpflege, das heißt Hilfe, Pflege und Beratung außerhalb des Spitals oder Heims. Die Bezeichnung Spitex ist in der KVG nicht zu finden. Stattdessen wird der Begriff „Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause“ oder „ambulante Krankenpflege verwendet“. (vgl. Art. 7 Abs. 1b KLV / oder Art. 50 KVG)

einer Karenzfrist.⁵² Des Weiteren besteht noch Anspruch auf einen Assistenzbeitrag in der häuslichen Pflege. Mit diesem Beitrag soll die ambulante Versorgungssituation unterstützt werden.

Stationäre Pflege

Im Vorfeld eines Heimeintritts muss ein Beratungsgespräch mit einem Pflegeberater_in geführt werden. Dieses Gespräch ist obligat und gibt im bestätigten Bedarfsfall ein Anrecht auf einen stationären Heimplatz in einem Pflegeheim zu tariflich vereinbarten Bedingungen. Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Beratung zu Hause durchgeführt wird. Dieses Gespräch ist ein starkes Instrument, um einen unangemessenen Heimeintritt zu vermeiden. Die Anmeldung und Vermittlung in ein Pflegeheim erfolgen über eine zentrale Pflegeheimwarteliste des Gesundheitsdepartments des jeweiligen Kantons. Die Pflegeheime müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllen, um in der Pflegeheimliste der Kantone aufgenommen zu werden. Die stationären Einrichtungen stehen im Kanton Basel -Stadt überwiegend in privater Trägerschaft.⁵³

Die Bedarfsabklärung für die Aufnahme in ein Pflegeheim erfolgt durch die Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs über die unterschiedlichen Pflegebedarfsinstrumente RAI/RUG oder BESA und steht in Abhängigkeit zu den Beiträgen der KLV.^k Somit wird jede pflegebedürftige Person in eine der 12 Pflegeaufwandsgruppen zugeordnet.⁵⁴ Der vom Arzt oder von der Ärztin bestimmte Pflegebedarf gilt als ärztliche Anordnung oder als ärztlicher Auftrag. Die Bewohnerinnen und Bewohner finanzieren den Pflegeheimplatz z.B. durch Renten aus persönlicher und beruflicher Vorsorge, AHV-Renten, Hilflosenentschädigung und Ergänzungsleistungen der AHV/IV, sowie den Beiträgen der KVG, kantonalen Beihilfen und aus Vermögen. Allgemeine Kosten, die unabhängig sind von der Pflege, sogenannte „Hotellerie- und Betreuungskosten“, aber auch Liegenschaftskosten werden den Bewohnerinnen und Bewohnern mit einer Grundtaxe in Rechnung gestellt, wobei Zusatzleistungen wie z. B. ärztliche Leistungen, sowie alle ärztlich veranlassten Leistungen und Kosten (Medikamente, Analysen, kassenpflichtige Hilfsmittel, Sondennahrung, Therapien etc.) bei der Abrechnung gesondert aufgeführt werden und nicht in den Taxen inbegriffen sind.⁵⁵ Auch in der Schweiz gibt es teilstationäre Angebote - Tagespflegeheime, Nachtheime. Des Weiteren bieten einige Pflegeheime auch Entlassungs- oder Ferienbetten für pflegende Angehörige an.⁵⁶

2.4. QUALITÄTSKONZEPTION UND MARGABEN DER DARLEGUNG ZUM VERSORGUNGSBEREICH PFLEGE

Die bisherigen Projekte an der deutsch-schweizerischen Grenze zeigten, dass das Thema Qualität eine wichtige Rolle spielt, wenn über eine Grenze hinweg Leistungen der Gesundheitsversorgung in Anspruch genommen werden. Jedoch sind damit unterschiedliche Vorstellungen verbunden, es bestehen landesspezifische Vorgaben bzw. gesetzliche Verpflichtungen. Nicht zu vergessen ist, dass in einer Region traditionelle Sichtweisen zur Qualität der Versorgung im Nachbarland bestehen. Um

^k Mit diesen Pflegebedarfsinstrumenten wird der individuelle Pflegebedarf beurteilt, bemessen und ausgewiesen. Die Auswahl des Instrumentes ist kantonal unterschiedlich.

diesen für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit und das dazu nötige Vertrauen wichtigen Bereich der Qualität transparent zu machen, wurden die im Verbund mit Pflege und pflegerischer Versorgung bestehenden Vorbedingungen und Regelungen in den beiden Ländern vergleichend erhoben. Dabei konnte aufgebaut werden auf einer grenzüberschreitenden Erhebung in der Region Lörrach-Basel im Rahmen der ersten Phase des Pilotprojekts *„Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen. Am Beispiel der Grenzregion Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Landkreis Lörrach und unter besonderer Berücksichtigung der stationären Versorgung“* in den Jahren 2007-2009.³⁴

2.4.1. DEUTSCHLAND

Im deutschen Pflegesystem bestehen explizite Vorgaben das pflegebezogene Qualitätsmanagement betreffend, wenngleich sich in den Gesetzestexten keine Definition der Begrifflichkeit „Pflegequalität“ findet. Die gesetzgebenden Initiativen erfolgen im Rahmen der Sozialgesetzgebung, wobei SGB XI als Hauptnormengeber fungiert. Grundsätzlich werden im Sozialgesetzbuch die Belange der gesetzlichen Pflegeversicherung geregelt, die seit 1995 als zuletzt hinzugekommene Säule in das deutsche Sozialversicherungssystem eingebunden ist. Als pflegebedürftig gilt dabei, wer *„die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen“* (SGB XI, § 14).⁵⁷

Die soziale Pflegeversicherung ist dabei bei den Trägern der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert (GKV), was bedeutet, dass alle knapp 71 Millionen GKV-Versicherten zugleich auch in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert sind. Anders als bei der GKV handelt es sich bei der Pflegeversicherung jedoch nicht um eine Vollversicherung, da Zahlungen bei Vorliegen einer Pflegestufe nur bis zu einem definierten Höchstbetrag übernommen werden. Im deutschen Pflegesystem spielen daher sowohl Zuzahlungen als auch private Zusatzversicherungen eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Unterschieden werden aktuell 3 Pflegestufen sowie die „Stufe 0“ für Demenzpatient_innen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Entsprechend den Vorgaben des SGB XI wird das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit sowie der Grad derselben vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) festgestellt, die Leistungen in den Pflegestufen werden einheitlich vom Gesetzgeber bestimmt. Sie sind bundesweit gültig, wobei ein unterschiedliches Leistungsniveau besteht, je nachdem, ob die Pflegebedürftigen durch familiär Pflegenden („Pflegegeld“), durch ambulante Pflegedienste („Pflegesachleistungen“) oder stationär („Leistungen vollstationäre Pflege“) versorgt werden. Um die Angehörigen/ Pflegebedürftigen durch private Zuzahlungen nicht über Gebühr zu belasten, können Zusatzleistungen beantragt werden (u.a. Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung). Pflegehilfsmittel werden darüber hinaus zumeist ebenfalls von den Pflegekassen gestellt.

Die Vorgaben zum pflegebezogenen Qualitätsmanagement sind entsprechend den Vorgaben des Pflegequalitätssicherungsgesetzes von 2001 (in neuester Fassung von 2015) einheitlich in SGB VI, Kapitel 11 (§ 112-120) festgelegt und besitzen für das gesamte Bundesgebiet Gültigkeit. Kapitel 11, SGB XI enthält die folgenden konkreten Handlungs-Anweisungen zur Qualitätsdarlegung für die Leistungserbringer der in der Langzeitpflege:

- Die Verantwortung für die Qualitätssicherung obliegt den Trägern der Pflegeeinrichtungen
- Alle Pflegeeinrichtungen sind zur schriftlichen Pflegedokumentation verpflichtet
- Entwicklung und Einführung von Pflegestandards
- Einrichtung einer „Schiedsstelle Qualitätssicherung“
- Jährlich stattfindende externe Qualitätsprüfung aller Pflegeeinrichtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)
- Verpflichtung zur Veröffentlichung des Prüfberichts dieser externen Qualitätsprüfung
- Vollstationäre Einrichtungen sind dem MDK gegenüber zur Offenlegung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung verpflichtet, was ebenfalls Eingang in die Prüfberichte findet (Kooperationsverträge)
- Ambulante Einrichtungen sind dazu verpflichtet, mit den Klient_innen Pflegeverträge abzuschließen und verpflichten sich, die Pflegebedürftigen *„nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit, entsprechend den von ihm in Anspruch genommenen Leistungen, zu pflegen und hauswirtschaftlich zu versorgen. Bei jeder wesentlichen Veränderung des Zustandes ist dies der zuständigen Pflegekasse unverzüglich mitzuteilen“* (SGB XI, §120,1).

2.4.2. SCHWEIZ

Anders als in Deutschland gestaltet sich das Schweizer Pflegesystem, da hier weder eine Pflegeversicherung im System der sozialen Sicherung besteht, noch explizite Vorgaben auf Bundesebene zur Handhabung des qualitätsbezogenen Pflegemanagements formuliert wurden. Im Schweizer System gehören die pflegebezogenen Leistungen teilweise zum Aufgabenbereich der Krankenpflegeversicherung (KV), aber auch die Invalidenversicherung (IV) und die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) sind als Leistungsträger mit eingebunden. Im Gegensatz zu Deutschland bestehen in der Schweiz auch keine einheitlichen Leistungssätze, da diese auf kantonaler Ebene ausgehandelt werden. Dem deutschen Begriff der Pflegebedürftigkeit wird auf Schweizer Seite der Terminus der Hilflosigkeit gegenübergestellt, wobei als hilflos gilt, wer *„für alltägliche Lebensvorrichtungen (Ankleiden, Toilette, Essen etc.) dauernd auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und dauernder Pflege oder persönlicher Überwachung bedarf“* (nach 9 ATSG, 42,3 IVG).⁵⁸

In der Schweiz werden im ambulanten Bereich 3 Grade der Hilflosigkeit und im stationären Setting 12 Pflegestufen unterschieden, wobei der Grad der Hilflosigkeit resp. die Pflegestufe ärztlicherseits festgestellt werden muss. Die entstehenden Pflegekosten werden i.d.R. in der anfallenden Höhe (und nicht bis zu einem bestimmten Höchstsatz) von der KV übernommen, wobei (gemäß Vereinbarung zwischen den Leistungserbringern) Zuschüsse der Kantone gewährt werden. Kosten für die Unterkunft (z.B. bei Heimunterbringung) und Hilfsmittel werden jedoch kaum übernommen und müssen privat getragen werden, ggf. können jedoch bedarfsabhängige Leistungen bei der AHV und der IV beantragt werden. Nach 1 Jahr der Hilflosigkeit kann darüber hinaus die Hilflosenentschädigung in Anspruch genommen werden, die in Abhängigkeit vom Grad der Hilflosigkeit bzw. der Pflegestufe gewährt wird.

Bezogen auf das pflegebezogene Qualitätsmanagement werden seitens des Bundes lediglich die Rahmenbedingungen der Pflege (Kranken- und Alterspflege) geregelt, während die explizite Ausgestaltung der Qualitätsdarlegung in der Langzeitpflege (sowohl Alters-als auch Behindertenpflege) den Kantonen und Leistungserbringern obliegt. Auf Bundesebene gelten als wesentliche Normengeber

für die Rahmenbedingungen des pflegerischen Qualitätsmanagements Artikel 58 des KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung)⁵⁹ und Artikel 77 der KVV (Verordnung über die Krankenversicherung)⁶⁰.

Die Ausgestaltung wird im Kanton Basel-Stadt u.a. durch das Gesundheitsgesetz⁶¹ und den Pflegeheim-Rahmenvertrag⁶² geregelt, während für die Sicherung der Pflegequalität im Kanton Basel-Landschaft das Gesundheitsgesetz⁶³, das Gesetz über die Betreuung und Pflege im Alter (GeBPA)⁶⁴ und das Reglement für die Qualitätskommission⁶⁵ als maßgeblich gelten. Gemäß Art. 77,1 KVV werden die pflegebezogenen Qualitätskonzepte von den Leistungserbringern auf Kantonsebene erarbeitet und in Tarif-/ Qualitätssicherungsverträgen festgehalten. Die Qualitätsbestimmungen haben dabei den „*allgemein anerkannten Standards zu entsprechen, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen*“.

Weiterhin ist in den Rahmenbedingungen festgelegt, dass die Leistungserbringer jährlich über die Ausgestaltung der Qualitätskonzepte an das Bundesamt für Gesundheit Bericht zu erstatten haben (KVV, Art 77,2), der Bund eine Berichterstattung über die Durchsetzung der selbst definierten Qualitätskonzepte verlangen *kann* (ebenda) und es beim Verdacht auf Missbrauch zu systematischen externen Qualitätsüberprüfungen kommen *kann* (KVG, Art. 58). Die nachstehende Tabelle fasst zusammen die wesentlichen Elemente der konkreten Umsetzung der Qualitätsdarlegung in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft.

Basel-Stadt	Basel-Landschaft
Einrichtung einer Qualitätskommission, die Qualität der stationären Pflege überwacht und evaluiert	Alters- und Pflegeheime müssen Leistungsvereinbarung mit Gemeinden schließen, die konkrete Maßnahmen der Qualitätssicherung enthalten müssen (GeBPA, §16)
stationäre Einrichtung sind angehalten, ihre Qualität mittels der 24 RAI-Indikatoren (Resident Assessment Instrument) zu messen und jährlich an das VAP/ kantonale Gesundheitsdepartement zu übermitteln (RAI-Indikatoren sind z.B. Sturzprävalenz oder Gewichtsverlusts-Prävalenz)	Einrichtung einer Qualitätskommission, die für Umsetzung/ Organisation der Qualitätskontrolle des Kantons verantwortlich ist, Prüfungsfirmen für Kontrollen auswählt; bei Weiterentwicklung von Qualitätsstandards berät z.B. Qualivista

Tabelle 1: Aspekte der Qualitätskonzeption in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft

2.5. VERBUNDENE PFLEGE (CO-PFLEGE) ALS KONZEPT UND VERSORGUNGSOPTION

Verbunden Pflege (Co-Pflege) ist von Angehörigen und weiteren Personen des persönlichen Umfelds getragene häusliche Pflege, bei der professionell Pflegende unterstützend einbezogen werden. Sie zielt auf eine Entlastung der häuslich Pflegenden, kann dazu beitragen, dass häusliche Pflege überhaupt erst möglich wird und/ oder spezielle Leistungen hinzusteuern, die von Angehörigen und Freunden nicht geleistet werden können. Bestimmte pflegerische Maßnahmen oder Umstände erfordern eine Professionalisierung: Pflege in höherem Lebensalter bzw. spezielle Krankheitsbilder (z.B. Demenz) und / oder hochspezialisierte medizinisch-pflegerische Leistungen.

Wichtig ist, so übereinstimmend die Literatur, dass eine gute Passung der professionellen Pflege erzielt wird: Externe Helfer wirken nur dann entlastend in häuslichen Pflegearrangements, wenn sie möglichst genau auf die Problemlage zugeschnittene Ressourcen einbringen und gleichzeitig die Komplexität der Steuerung des Arrangements nicht merklich erhöhen.⁶⁶

Der Reflexion bedarf die Tatsache, dass häuslich Pflegende und professionelle Dienste unterschiedlichen Qualitätszielsetzungen hinsichtlich der geleisteten Pflege folgen: während die Angehörigen sich der ganzheitlichen Ergebnisqualität gegenübergestellt sehen, wird in der Einzelleistung von Pflegediensten Prozessqualität zu definierten Leistungen eingebracht. Hierdurch entstehen pflegerische Defizite, enttäuschte Erwartungen seitens des häuslich Pflegenden bis hin zur Einschätzung, dass die professionelle Pflege keine Unterstützung bringt – also zu deren Ablehnung. Hinweise, dass Marktlogik für Pflegedienstleistungen problematisch ist, finden sich vielerorts in der Literatur.

In Rahmen der Erhebung interessieren die Erfahrungen und Eindrücke mit diesem Bereich der Unterstützung häuslicher Pflege und zielen auf die Beantwortung der Fragen nach Gelingen der Prozesse, Funktionieren von Schnittstellen und die aus dem Zusammenwirken erzielbare Entlastung häuslich pflegender Personen.

Anhaltspunkte dafür, dass hier Optimierungspotenzial besteht, ergeben sich aus der Tatsache, dass beispielsweise in Deutschland über zwei Drittel aller Pflegebedürftigen zu Hause durch ihre Angehörigen betreut werden, von denen nur ein Drittel von professionellen Diensten unterstützt wird.^{11,67.}

2.6. SCHÄTZUNGEN – STAND DER FORSCHUNG

Für die vorliegenden Szenarien in Lörrach, Basel-Stadt sowie Basel-Landschaft wurde ausschließlich die Kohorten-Komponenten-Methode genutzt, welche sich als Periodenmodell in der amtlichen Statistik durchgesetzt hat und eine Makrosimulation darstellt. Zusätzlich wurde diese mittels deterministischen Annahmen realisiert. Diese beziehen sich auf Geburtenhäufigkeit, Sterblichkeit sowie Wanderungen. Diese Annahmen basieren auf Untersuchungen der bisherigen Zeitverläufe der einzelnen Komponenten und festgestellten Trends. So werden verschiedene Annahmen getroffen, welche wiederum zu mehreren Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung führen.

Das mathematische Modell der Kohorten-Komponenten Methode bezieht sich auf die einzelnen Projektionsjahre und auf die einzelnen Kohorten (Altersjahrgänge und Geschlecht). Um die Bevölkerungszahl der einzelnen Jahre zu projizieren, werden Annahmen zu den einzelnen Komponenten (Gestorbene, Geburten sowie Wanderungen) abhängig von den Kohorten getroffen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011, S.2). Folgende Bezeichnungen gelten (entnommen aus der Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes):

x-jährig bezeichnet Personen mit dem Lebensalter x

Bevölkerungszahl:

$B_{x,j}^{(g)}$ Anzahl der Lebenden des Alters x, mit dem Geschlecht g am Ende des Jahres j

Fruchtbarkeit:

$f_{x,j}^{(g)}$ Die Zahl der neugeborenen Kinder des Geschlechts g einer Frau, welche das Alter x besitzt

Sterblichkeit:

$q_{x,j}^{(g)}$ relative Häufigkeit, mit der eine Person des Alters x und des Geschlechts g zwischen dem

x-ten und (x+1)-ten Geburtstag stirbt

$s_j^{(g)}$ relative Häufigkeit, mit der ein Neugeborenes im Jahr j des Geschlechts g den 31.12.j erlebt

$p_{x,j}^{(g)}$ relative Häufigkeit, mit der eine Person des Geschlechts g und des Alters x, das darauffolgende Jahr überlebt

Geburten:

$G_j^{(g)}$ Zahl der im Jahr j Lebendgeborenen des Geschlechts g

Wanderungen:

$Z_{x,j}^{(g)}$ Anzahl der im Jahr j zugewanderten x-jährigen

$F_{x,j}^{(g)}$ Anzahl der im Jahr j fortgezogenen x-jährigen

$F_{x,j}^{(g)}$ Wanderungssaldo = $Z_{x,j}^{(g)} - F_{x,j}^{(g)}$

Ausgangslage für die Anwendung des Modells ist immer der 31.12. des jeweiligen Jahres. Die fortgeschriebene Bevölkerungszahl im Jahr 2006 gilt als Basisbevölkerung.

Sterblichkeit:

Abgesehen von der Wanderung sterben während des Jahres j,

$$(1 - p_{x-1,j-1}) \cdot B_{x-1,j-1} \quad (1)$$

Personen. $B_{x-1,j-1}$ stellt die Bevölkerung des Jahres zuvor da, wobei $(1 - p_{x-1,j-1})$ die altersspezifische relative Sterbehäufigkeit aus dem vorherigen Jahr ist. Sie ergibt sich als Gegenhäufigkeit der relativen Überlebenshäufigkeit $p_{x-1,j-1}$, sodass gilt: $q_{x-1,j-1} = (1 - p_{x-1,j-1})$.

Zur Vereinfachung wird angenommen, dass sich die Zu- und Fortzüge ungefähr im Jahresmittel ergeben. Dadurch wird die vorherige Formel (1) ergänzt, daraus folgt:

$$(1 - p_{x-1,j-1}) \cdot (B_{x-1,j-1} - F_{x,j}/2) \quad (2)$$

Von den zugewanderten Personen $Z_{x,j}$ sterben

$$(1 - p_{x-1,j-1}) \cdot Z_{x,j}/2 \quad (3)$$

Personen. Durch die Gleichungen (2) und (3) ergibt sich die x-jährige ($x > 0$) Bevölkerung des Geschlechts g am 31.12.j:

$$\tilde{B}_{x,j}^{(g)} = p_{x-1,j-1}^{(g)} \cdot B_{x-1,j-1}^{(g)} + (1 + p_{x-1,j-1}^{(g)}) \cdot W_{x,j}^{(g)}/2 \quad (4)$$

Anzumerken ist, dass in der Formel (4) die Zahl der Neugeborenen fehlt. Die in der Formel (4) enthaltenen zugewanderten Frauen $(1 + p_{x-1,j-1}^{(w)}) \cdot Z_{x,j}^{(w)}/2$ bzw. die fehlenden fortgezogenen Frauen

$(1 + p_{x-1,j-1}^{(w)}) \cdot F_{x,j}^{(w)}/2$ bringen während ihres halbjährigen Aufenthalts $f_{x,j} \cdot (1 + p_{x-1,j-1}^{(w)}) \cdot Z_{x,j}^{(w)}/4$ bzw. $f_{x,j} \cdot (1 + p_{x-1,j-1}^{(w)}) \cdot F_{x,j}^{(w)}/4$ Neugeborene zur Welt. Die nicht zu- bzw. fortgezogenen Frauen bringen $f_{x,j}^{(g)} \cdot \tilde{B}_{x,j}^{(w)}$ Kinder zur Welt. Daraus ergibt sich insgesamt die Zahl der Lebendgeborenen im Jahr j :

$$G_j^{(g)} = \sum_x f_{x,j}^{(g)} \cdot (\tilde{B}_{x,j}^{(w)} - (1 + p_{x-1,j-1}^{(w)}) \cdot W_{x,j}^{(w)}/4) \quad (5)$$

Berücksichtigt man die Neugeborenen der Fort- bzw. Zugewanderten und die Säuglingssterblichkeit, so ergibt sich die Zahl der 0-jährigen Bevölkerung:

$$\tilde{B}_{0,j}^{(g)} = s_j^{(g)} \cdot \sum_x f_{x,j}^{(g)} \cdot (\tilde{B}_{x,j}^{(w)} - (1 + p_{x-1,j-1}^{(w)}) \cdot W_{x,j}^{(w)}/4) + (1 + s_j^{(g)}) \cdot W_{0,j}^{(g)}/2 \quad (6)$$

Für die Berechnung der Überlebenden wurden die Sterberaten q herangezogen. Die Überlebensraten p berechnen sich als bedingte *Wahrscheinlichkeit* wie folgt:

$$s_j^{(g)} = 1 - q_{0,j}^{(g)}/2 \quad (7)$$

$$p_{x,j}^{(g)} = P(31.12.(j+1) \text{ wird erlebt} \mid 31.12.j \text{ wurde erlebt}) = \frac{(1 - q_{x,j}^{(g)})(1 - q_{x+1,j+1}^{(g)}/2)}{(1 - q_{x,j}^{(g)}/2)} \quad (8)$$

Anzumerken sei jedoch, dass hierbei die Säuglingssterblichkeit als gleichmäßig verteilt angenommen wird. Insbesondere im ersten Lebensjahr ist dies nicht der Fall. Diese Annahme würde dazu führen, dass die Todesfälle teilweise im falschen Jahr verbucht werden würden. Daher wird als genauere Näherung der Anteil der im ersten halben Lebensjahr sterbenden an allen im ersten Lebensjahr gestorbenen Säuglingen geschätzt (Statistisches Bundesamt, S. 4). Dieser Anteil beträgt für Jungen $\alpha \approx 0,90$ und für Mädchen $\alpha \approx 0,89$. Um diese Annahmen bei der Säuglingssterblichkeit zu berücksichtigen, wird die Formel (7) wie folgt ergänzt:

$$s_j = 1 - \alpha q_{0,j} \quad (9)$$

$$p_{0,j} = (1 - q_{0,j}) \cdot (1 - q_{1,j+1}/2) / (1 - \alpha q_{0,j}) \quad (10)$$

Um die Pflegequoten in Szenarien zu schätzen soll ein Stromgrößenmodell vorgestellt werden (vgl. Hackmann und Moog, 2009, S. 76). Die Bevölkerung eines Alters x der Periode t (ein Jahr) ist durch L_x dargestellt. Die Bevölkerung setzt sich zusammen aus den Pflegebedürftigen F_x sowie den Nicht-Pflegebedürftigen N_x . Der Pflegequotient ist der Anteil der Pflegebedürftigen an der gesamten Bevölkerung des Alters x , also (F_x/L_x) . Daraus folgt:

$$L_x = F_x + N_x \quad (11)$$

In jeder Periode sterben zuerst Personen, die Pflegebedürftigen mit der Wahrscheinlichkeit m_x^F und die Nicht-Pflegebedürftigen mit der Wahrscheinlichkeit m_x^N . Die durchschnittliche Mortalitätsrate ist gegeben durch:

$$m_x = p_x \cdot m_x^F + (1 - p_x) \cdot m_x^N \quad (12)$$

Zudem tragen die Nicht-Pflegebedürftigen das Risiko der Inzidenz, also der Neuerkrankung, sodass sie mit der Wahrscheinlichkeit i_x selbst zu Pflegebedürftigen werden. Daraus folgt die Zahl der Pflegebedürftigen im darauffolgenden Jahr:

$$F_{x+1} = (1 - m_x^F) \cdot F_x + i_x \cdot N_x \quad (13)$$

bzw. die Zahl der Nicht-Pflegebedürftigen:

$$N_{x+1} = (1 - m_x^N) \cdot N_x - i_x \cdot N_x \quad (14)$$

Die gesamte Bevölkerung in der Periode t+1 ergibt sich wie folgt

$$L_{x+1} = (1 - m_x) \cdot L_x \quad (15)$$

Entscheidend für die Pflegesimulation ist jedoch die Pflegequote. Diese ergibt sich wie folgt

$$p_{x+1} = \frac{(1 - i_x) \cdot p_x + i_x - p_x m_x^F}{1 - m_x} \quad (16)$$

Um die Auswirkungen der Veränderungen einzelner Parameter wie beispielsweise die Mortalitätsrate oder der Inzidenzrate zu zeigen, wird das totale Differential der Gleichung (16) gebildet:

$$dp_{x+1} = \frac{(1 - p_x) \cdot di_x + (1 - i_x - m_x^F + p_{x+1} \cdot m_x^F - p_{x+1} \cdot m_x^N) \cdot dp_x + p_{x+1} \cdot (1 - p_x) \cdot dm_x^N - p_x (1 - p_{x+1}) \cdot dm_x^F}{1 - m_x} \quad (17)$$

Die Pflegequote im Alter $x+1$ wird also maßgeblich von der Inzidenzrate i_x (Neuerkrankung), der Pflegequote im Alter x und den jeweiligen Mortalitätsraten beeinflusst.

Ein Anstieg der Inzidenzrate führt zu einer höheren Pflegequote. Steigt also die Zahl der neuerkrankten Pflegebedürftigen, so folgt daraus ein direkter Anstieg der Pflegequote. Für die Mortalitätsraten der Pflegebedürftigen m_x^F und der Nicht-Pflegebedürftigen m_x^N ist zu beachten, dass die Pflegequotienten den Anteil der Pflegebedürftigen an der gesamten Bevölkerung des Alters x darstellt (F_x/L_x). Steigt die Mortalitätsrate der Pflegebedürftigen, so sinkt die Zahl der Pflegebedürftigen und somit auch der relative Anteil dieser an der Bevölkerung. Dies hat zur Folge, dass die Pflegequote sinkt (vgl. Hackmann und Moog, 2009, S. 77).

Die Mortalitätsrate der Nicht-Pflegebedürftigen m_x^N hat jedoch den gegenteiligen Effekt. Durch das Sterben der Nicht-Pflegebedürftigen steigt der relative Anteil der Pflegebedürftigen und dies hat eine Erhöhung der Pflegequote zur Folge. Die Pflegequote im Alter x hat ebenso einen positiven Zusammenhang auf die zukünftige Pflegebedürftigkeit (vgl. Hackmann und Moog, 2009, S. 78).

3. ZIELE, FRAGESTELLUNGEN UND METHODISCHES VORGEHEN

Im Rahmen der Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz im Gesundheitswesen widmet sich das Projekt einer gemeinsam ausgerichteten pflegerischen Versorgung in der Region. Vision ist die grenzüberschreitende Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem Betreuungsbedarf, auch zur Entlastung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen, datenbasiert und an den Realitäten und Möglichkeiten aktueller Versorgung in der Region orientiert.

3.1. ZIELE UND ÜBERGEORDNETE FRAGESTELLUNGEN

Das Projekt zielt ab auf die Erstellung eines Modells zur Ausgestaltung Verbundener Pflege (Co-Pflege) in einer Grenzregion, die sich an den Bedarfen orientiert. Das Projekt analysiert, wie häusliche Versorgungsarrangements in der Region strukturiert und organisiert sind. Der Fokus liegt auf der Perspektive der Betroffenen. Berücksichtigt werden Fragen des Versorgungsbedarfs und Aspekte der Versorgungsqualität, insbesondere Qualitätsziele für eine Verbundene Pflege aus Sicht der Betroffenen. Chancen und spezifische Herausforderungen für grenzüberschreitende Angebote sollen aufgezeigt werden. Demographischer Wandel, gesellschaftliche Veränderungen, die unterschiedlichen und gleichfalls im Wandel befindlichen sozialen Sicherungssysteme in der Grenzregion, die Bedürfnisse der Region als Lebenswelt für die Bürger_innen und nicht zuletzt als Wirtschaftsstandort sollen dabei Berücksichtigung finden. Übertragbar sollen insbesondere identifizierte Best-Practice-Lösungen sein.

Weitere Zielsetzungen im Sinne des Anliegens „Wissenschaft in die Praxis“ und der Translationsforschung sind, wissenschaftliche Erkenntnisse möglichst frühzeitig in die Praxis zu tragen und durch kontinuierliche Praxisreflexion unmittelbar hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit und Praxistauglichkeit zu überprüfen und bereits projektbegleitend Schritte des Transfers zu ermöglichen. Basierend auf den Erkenntnissen sollen Schlussfolgerungen für die Organisation von verbundenen Versorgungskonzepten zur Unterstützung häuslich Pflegenden erarbeitet werden. Das Projekt zielt auch darauf ab, die Basis für eine Zusammenschau zu schaffen, die das gemeinsame Wissen der Region zur Ausgestaltung und dem Umgang mit Pflegesituationen widerspiegelt, durch Erkenntnisse aus der Untersuchung und der Literatur ergänzt und transparent macht.

Als über die Region hinaus bedeutsame **übergeordnete Fragen** stehen im Zentrum:

- Wie kann die Pflegearbeit in einer Region zukunftsfähig und gesamtgesellschaftlich verteilt ausgerichtet werden?
- Wie können Pflegenden entlastet und die private Pflegearbeit unterstützt oder nötigenfalls auch verringert werden?

Im Projekt wurden dazu folgende Fragen untersucht (Tab. 2):

Bereiche	Fragestellungen
Übergeordnete Fragestellungen	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Wie kann die Pflegearbeit in einer Region zukunftsfähig und gesamtgesellschaftlich verteilt ausgerichtet werden?</i> • <i>Wie können Pflegende entlastet und die private Pflegearbeit unterstützt oder nötigenfalls auch verringert werden?</i>
Pflegestrukturen	Welche politischen, gesetzlichen und sozialen Bedingungen bilden in den beiden Ländern den Rahmen? Wie sieht der Status quo in der Grenzregion aus? Welche Dienstleistungen werden erbracht? Was davon ist (wie) gut? Wie sieht die Umsetzung der sogenannten Verbundenen Pflege (Co-Pflege) bislang aus?
Professionelle Pflege (stationär und ambulant)	Welche Sicherheitskultur in der Pflege gibt es in den beiden Ländern? Haltungen und Erfahrungen zur „Pflege-Migration“? Einstellungen, Bedarfe und Wünsche von Professionellen wie Pflegekräften, Pflegedienst-, Heimleitungen, Verantwortlichen im Gesundheitssektor etc. zur Pflege in der Grenzregion?
Laien-/Informelle Pflege	Wie ist das Profil informell Pflegenden? Wie sind in der Region die Einstellungen, Haltungen und Bedarfe derer, die häuslich Angehörige pflegen?
Nachfrage (Pflegebedürftige und Angehörige)	Welche Nachfrage an Dienstleistungen zur Pflege besteht von welcher Seite und wo? Gibt es eine grenzüberschreitenden Nachfrage nach Angeboten im Pflegebereich und wie sieht sie aus? Wie sieht die Nutzung bestehender, auch grenzüberschreitender Angebote aus?
Zukunftsvision „Grenzüberschreitende Verbundene Pflege“ und Pflege als gesamtgesellschaftliche Verpflichtung	Wie sehen Risikoabschätzungen, Zukunftsszenarien und Modellrechnungen aus? Bedeutung grenzüberschreitender Angebote? Wie steht es um die Wahrnehmung von Pflege(-verpflichtung) in der Gesellschaft und die Übernahme von Verantwortung für die Pflege durch die Gesellschaft? Wie könnte eine enge grenzüberschreitende Zusammenarbeit im pflegerischen Bereich aussehen? Welche Rolle kommt Betrieben mit Blick auf die Pflegeverpflichtung von Mitarbeitenden in Zusammenhang mit der Wirtschaftskraft der Region zu?

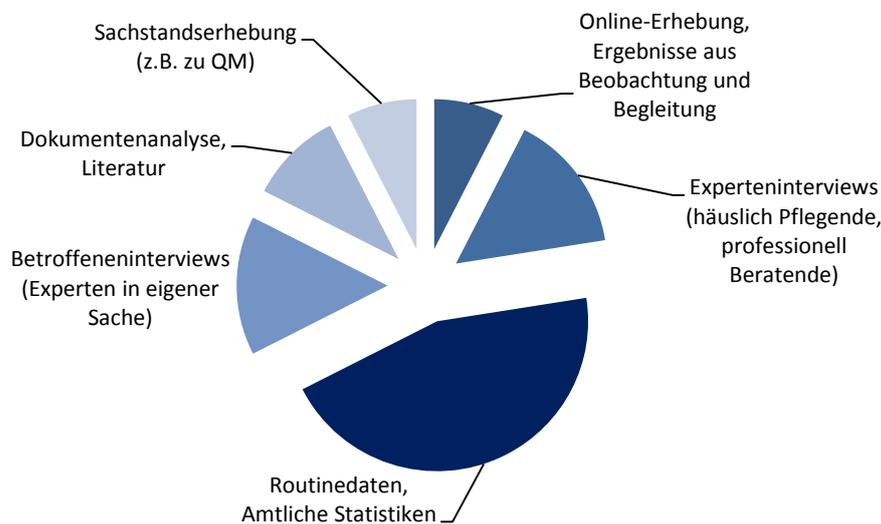
Tabelle 2: Fragestellungen im Projekt

3.2. PROJEKTDESIGN IN DER ÜBERSICHT

Wegen der Vielfalt der zu beantwortenden Fragen und einer heterogenen Datenlage in den beiden beteiligten Ländern wurden mehrere Datenquellen und verschiedene Erhebungsmethoden zur Anwendung gebracht. In diesem multi-methodischen Ansatz ergänzen sich die verschiedenen Datenquellen und Erhebungsinstrumente in ihren Eigenschaften und Perspektiven (Übersicht in Abbildung 5). In die Auswahl gingen auch die vorgegebenen Rahmenbedingungen der Untersuchung ein.

Der zentrale qualitative Anteil dieser Studie widmete sich mit 30 Leitfaden-gestützten Experteninterviews Personen, die in der Grenzregion Lörrach-Basel beratend, als pflegebedürftig oder als häuslich Pflegenden in Pflegesituationen eingebunden sind. Die persönlichen Experteninterviews wurden als die geeignete Datenerhebungsmethoden gewählt, da sie ein eingehendes Verständnis der Situation und einen fundierten Einblick in die Haltungen, Einstellungen, die Wahrnehmung von Strukturen und Prozessen sowie die Bedarfe dieser Gruppen ermöglicht. Ergänzend erfolgte eine Online-Erhebung auf der Basis eines landesspezifisch adjustierten Fragebogens bei freiwilliger Teilnahme. Der Ethik-Kommission des Universitätsklinikums Tübingen lag das Forschungsvorhaben zur Beurteilung vor, ein Ethikvotum wurde nach Art der Untersuchung nicht benötigt. Die Untersuchung wurde gemäß den in

der Deklaration von Helsinki verankerten Grundsätzen durchgeführt. Die Einwilligung zur Teilnahme nach schriftlicher Information zum Vorhaben liegt von allen Interviewpartner_innen vor. Alle Untersuchungsinstrumente wurden vor Beginn der Datenerhebung einem Pre-Test in beiden Ländern unterzogen sowie in grenzüberschreitenden öffentlichen Workshops zur Diskussion gestellt.



<p>Experteninterviews mit Pflegenden, Pflegebedürftigen und Expert_innen von beratenden Einrichtungen: für die Erhebung zu den Erfahrungen und Perspektiven vor dem Hintergrund spezifischer häuslicher Versorgungsarrangements wurden leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Aufbau, Durchführung und Auswertung der Interviews erfolgten in der Methodik nach Mayring (Mayring 1999; Mayring 2003, Stockmann 2007).</p>
<p>Fragebogenerhebung bei einem erweiterten mit der Pflege thematik befassten Expertenkreis, dazu zählen u.a. Pflegekassen, Einrichtungen professioneller Pflege, Betriebe, Seniorenverbände: Instrument diente im Sinne eines regionalen Brainstorming zur Erhebung von Haltungen, Erfahrungen, Einschätzungen und Zukunftsvorstellungen zur Verbundenen Pflege/ Co-Pflege und zu einer grenzüberschreitenden Pflege-Versorgung in der Region und folgt den Themen des Leitfadens für die Experteninterviews.</p>
<p>Sekundärdatenanalyse und Schätzungen: Daten der amtlichen Statistiken beider Ländern sowie Daten der regionalen Verwaltungen und der Pflegekassen wurden von verschiedenen Dateneignern zur Verfügung gestellt und in die statistische Modellierungen einbezogen werden, die Abschätzungen von Entwicklung zulassen.</p>
<p>Literaturanalyse: Sie lieferte eine Übersicht zur aktuellen Literatur und Forschung zum Themenkreis häusliche Pflege, verbundene Pflege (Co-Pflege), grenzüberschreitende Pflege sowie zur Relevanz für die Region.</p>

Abbildung 5: Übersicht zu den Datenerhebungen im Rahmen des Projekts

Den Forschungsfragen sind unterschiedliche, in der Regel mehrere Datenerhebungen zugeordnet.

Phasen

Die Untersuchung umfasste vier Phasen (Abb. 6).

Der explorative Studienanteil in Phase 2 zielte ab auf ein vertieftes Verständnis von Möglichkeiten und Ansatzpunkten für grenzüberschreitende Pflege und einer Erweiterung des Einbezugs von Personen in die gesamtgesellschaftliche Pflegeverpflichtung. Die angestrebte Integration unterschiedlicher Bedürfnis- und Interessenlagen setzt auf einen Perspektivenwechsel und umfasst die Sicht der unmittelbar Betroffenen, Beteiligten und mittelbar beteiligter Bevölkerungsgruppen. Die Erhebungen bei

Pflegenden und Gepflegten wurde ergänzt durch gezielte Befragung von professionellen Schlüsselpersonen. Sehr verschiedene Gruppen wurden zur Teilnahme eingeladen, um ein Bild des untersuchten Themenfelds / Prozessverlaufs aus völlig unterschiedlicher Perspektive mit unterschiedlichen, sich zum Ergebnis ergänzenden Methoden zu erhalten (Triangulation).

Alle Erhebungen gemeinsam, orientiert an den Forschungsfragen aus der Region, ist der besondere Fokus auf die grenzüberschreitende Versorgung. Dieser Phase zugeordnet sind:

- Leitfaden-gestützte Experten-Interviews
- Fragebogenerhebung (bei Einzelpersonen, auch in Vertretung unterschiedlicher Gruppen im Pflegesystem) im Sinne eines regionalen Brainstorming mit Fokus auf Bedarfe, Best-Practice Lösungen und Visionen
- Erhebung zur Qualitätssicherung und Sicherheitskultur von in Institutionen in der Region

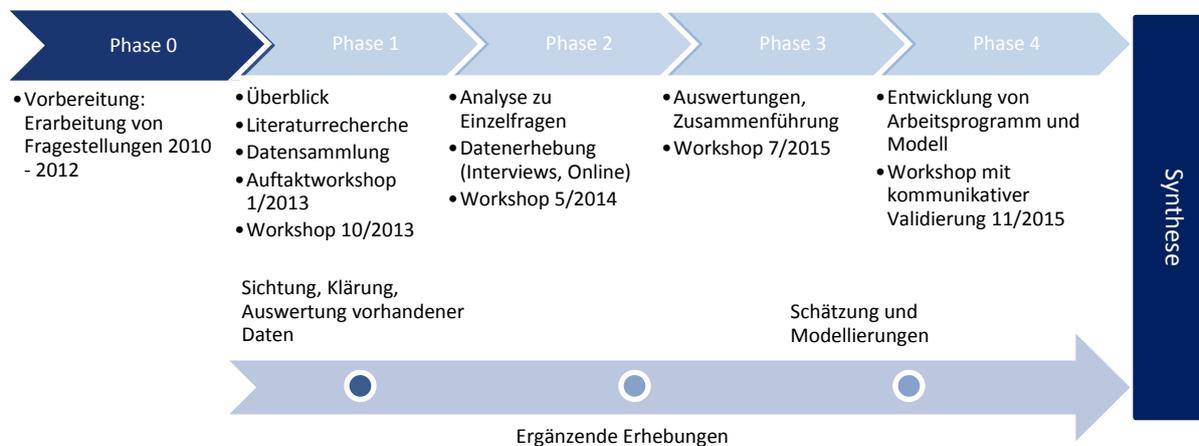


Abbildung 6: Phasen des Projekts und Zeitverlauf

Die Vorphase (Phase 0) erstreckte sich auf den Zeitraum ab 2010, danach schloss sich die Projektlaufzeit 15.11.2012-14.11.2015 an.

Experteninterviews

In diese Interviews wurden Pflegende, Pflegebedürftige, Mitarbeiter_innen von Pflegestützpunkten und vergleichbaren Einrichtungen einbezogen. Aspekte der Interviews richteten sich auf Haltungen, Einstellungen, Bedarfe, Nachfrage, Prozessabläufe, Erfahrungen und Perspektiven vor dem Hintergrund insbesondere häuslicher Versorgungsarrangements.

Themenstellungen in den Interviews mit häuslich Pflegenden, Gepflegten und professionell Beratern, die in die entsprechenden Interviewleitfäden Eingang fanden, waren insbesondere:

- Ausmaß der Übernahme informeller Pflegeverpflichtung einschätzen
- Ablauf von Versorgungsprozessen
- Nachfragesituation (auch grenzüberschreitend), Motive, Erwartungen
- Kriterien der Versorgungsqualität aus Nutzersicht

- Defizite, Bedarfe und Visionen *mit besonderer Betonung grenzüberschreitender Potenziale*

Für die Interviews **vor Ort in beiden Ländern** wurden die Interview-Leitfäden auf die unterschiedlichen Zielgruppen ausgerichtet, mit jeweils einem gesonderten Leitfaden für die Gruppen - Professionell Beratende, - im häuslichen Umfeld pflegende Angehörige und - pflegebedürftige Personen, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden. Länderspezifische Besonderheiten wurden berücksichtigt.

Die Leitfragen wurden in der Projektgruppe auf der Basis der von der Region in den Jahren 2010-2012 erarbeiteten Forschungsfragen entwickelt und richten sich jeweils auf die obengenannten Themenbereiche (7 Dimensionen; 46 Leitfragen). Die Leitfragen zu den Interviews wurden im Workshop am 09.05.2014 nochmals reflektiert, danach entsprechend überarbeitet und zunächst zu einer deutschen Version zusammengestellt. Die **gruppenspezifischen Interview-Leitfäden** gingen im Sommer in eine Pretest-Phase mit deutschen und Schweizer Interviewpartner_innen ein, die sich im Rahmen des Workshops dazu bereit erklärt hatten. Danach erfolgten Anpassungen, u.a. für den Einsatz in der Schweiz. Auch die Kurzfragebögen zur Erhebung der soziodemographischen Daten wurden an die jeweiligen Zielgruppen und Länder angepasst.

Bei der Auswahl der Interviewpartner_innen wurde die größtmögliche Breite angestrebt zu den Aspekten *Nationalstaat, Region Stadt/Land, Geschlecht*, ergänzt durch die Aspekte *unterschiedlicher professioneller Hintergrund* in der Gruppe der professionell Beratenden bzw. *Pflegesituation, pflegebegründende Diagnose(n), familiärer Status* bei der Gruppe der Pflegenden / pflegebedürftigen Personen (Rekrutierung s. Tabelle 3). Der abschließende *Workshop in Phase 4* stellte die bis dahin zusammengetragenen Resultate vor und zur offenen Diskussion. Er diente der *Kommunikativen Validierung* der Ergebnisse in einer abschließenden Reflexionsschleife und stellte sicher, dass die betroffenen und interessierten Gruppen in die Forschung und den Validierungsprozess aktiv einbezogen waren.

Online-Erhebung - „Regionales Brainstorming“

An folgende Gruppen richtet sich an einen erweiterten mit der Pflege thematik befasster Expertenkreis, also mittelbar Betroffene und in Care-Situationen relevante Personengruppen (s. Tabelle 3). Aus allen diesen Gruppen wurden Menschen zusätzlich adressiert, die selbst in einer Pflegeverpflichtung stehen. Bei der Erhebung konnte die Gruppenzugehörigkeit kenntlich gemacht werden.

Die Auswahl der angesprochenen Aspekte geht zurück auf die über zweijährige Vorarbeit mit der Region, noch vor Projektbeginn, die der Themensichtung und -findung diene. Die Erhebung war auch für diese Personengruppe auf die Haltungen, Erfahrungen, Einschätzungen und Zukunftsvorstellungen zur Verbundenen Pflege / Co-Pflege und zu einer grenzüberschreitenden Pflege-Versorgung in der Region ausgerichtet und fokussierten

- Strukturelle Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren aus unterschiedlichen (fachlichen) Perspektiven
- Entwicklung und Bedeutung informeller Pflege aus der Perspektive unterschiedlicher Akteure
- Maßnahmen und deren erlebte / antizipierte Auswirkungen zu den Themen s.u.
- Auswirkungen auf die zukünftige Bewältigung der gesamtgesellschaftlichen Pflegeverpflichtung

- Gesehener Handlungsbedarf, Handlungsmöglichkeiten, Rollen und Vision verschiedener Akteure

Über diese Erhebung sollten **am Thema interessierte regionale „Expert_innen in eigener Sache“** mit unterschiedlichem Hintergrund ihre Ideen und Aspekte einbringen können, die sonst möglicherweise nicht im öffentlichen bzw. regionalen Wissen Niederschlag gefunden hätten. Da die Erhebung als ein qualitativ ausgerichteter Beitrag von Expert_innen zum Vorhaben konzipiert war und alle von der Region aufgeworfenen Fragen (s.o. partizipative Vorarbeiten) berücksichtigte, sind die Fragen detailliert und ist die Erhebung umfangreich. Ein Aufwand von etwa 1h für die Teilnehmenden wurde veranschlagt und in den Pretests überprüft; zur Rekrutierung s. Tabelle 3.

Informationsmaterialien zu den Erhebungen

Es wurde ein Projekt-Dossier erstellt mit Informationsmaterialien, das im Rahmen des Workshops am 09.05.2014 ausgelegt und danach über die regionale Koordinierungsstelle in Lörrach und die Koordinierungsstelle in Tübingen erhältlich war. Zu den Inhalten zählten (s.a. Anhang, Anlagen B und C):

- Informationen zum Projekt: „*Informationsblatt - Wir stellen vor*“
- Einladung zur Teilnahme an Interviews „*Wir suchen Sie*“
- Anschreiben zur Teilnahme bei der grenzüberschreitenden Erhebung
Wir bitten um Ihre Teilnahme - „Studie zu Pflege und Pflegebedürftigkeit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe - Wo tickt die Uhr?“

Im Sinne der Translationsforschung sowie der partizipativen Gesundheitsforschung sollen wissenschaftliche Erkenntnisse möglichst frühzeitig in die Praxis getragen und durch systematische Praxisreflexion unmittelbar hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit und Praxistauglichkeit überprüft und angepasst werden. Der Forschungsansatz ist dadurch gekennzeichnet, dass **alle Betroffenen und in der Sache kompetenten Akteure in den Prozess einbezogen** werden. Die einbezogenen Akteure stellen in der Phase der Umsetzung der Ergebnisse erste **Multiplikatoren** dar (s.u.).

Zudem galt das Gebot der Datensparsamkeit, daher wurden vorhandene Erhebungen und Sekundärdaten, soweit zugänglich, mit einbezogen.

Studienpopulation	<p><i>Einbezogen werden für Deutschland und Schweiz:</i></p> <p><i>a) Informell ambulant Pflegenden, Pflegebedürftige und professionell Beratende (z.B. in Pflegestützpunkten)</i></p> <p><i>b) Angehörige von mittelbar betroffenen und in Care-Situationen relevanten Personengruppen, wie Betriebe, Partner im Sozialen Sicherungssystem, Selbsthilfegruppen, Professionell Pflegenden, SeniorInnen und ggfs. weitere</i></p> <p>Zielgruppe Pflegebedürftige: Personen, die ambulant pflegerisch versorgt werden (ohne oder mit Einstufung in eine Pflegestufe)</p> <p>Zielgruppe Pflegenden und Personen in Pflegeberatung (Expert_innen I): ambulant informell pflegende Personen, und Personen, die beratende und vermittelnde Tätigkeiten für die ambulante Pflege ausüben in einem Pflegestützpunkt bzw. ähnlicher Einrichtung</p> <p>Zielgruppe Experten_innen II: Personen, die in mittelbarer Form an Care-Situationen beteiligt sind (insbesondere Pflegefachkräfte, Betriebe, Krankenkassen, Senioren)</p>
Geplante Zahl der Studienteilnehmenden	<p>Zielgruppe Pflegebedürftige: 12 (12 Pflegebedürftige jeweils 6 Pflegebedürftige pro Land, mit unterschiedlichem Hintergrund der Pflegebedürftigkeit, (z.B. Demenz, Gehbehinderung), unterschiedlichen Geschlechts, unterschiedlichem Ausmaß von Pflegebedarf)</p> <p>Zielgruppe Experten_innen I: 16 (12 Informell Pflegenden jeweils 6 pro Land, in unterschiedlicher Pflegesituation, 4 Mitarbeiter_innen von Pflegeberatungen, min. jeweils 2 pro Land)</p>

ZIELE, FRAGESTELLUNGEN UND METHODISCHES VORGEHEN

	Experten_innen II: für Online-Erhebung (30 Personen pro Land), Pflegefachkräfte (einschließlich Schüler_innen) von ambulanten Pflegediensten, Pflegekassen, Betriebe, Senioren und weitere
Inanspruchnahme für die Studie/ Interviews Studiendauer für die Befragung / Fragebogen	<i>Zielgruppen Pflegebedürftige und Expert_innen I:</i> Leitfadengestütztes Experteninterview ca. 1 h. bis 90 Min (Interviewdauer) und (sofern gewünscht) Teilnahme an den Validierungsworkshops: jeweils halb- bis ganztägig <i>Experten_innen II:</i> problemzentrierte Fragebogenerhebung, Dauer des Ausfüllen des Fragebogens ca. 60 min und (sofern gewünscht) Teilnahme an den Validierungsworkshops: : jeweils halb- bis ganztägig
Rekrutierungsstrategien	<ul style="list-style-type: none"> a) Die verschiedenen am Workshop vom 14.10.2013 teilnehmenden Institutionen, die in einer Verbindung zu häuslich-informellen Care-Situationen stehen, wurden um die Weiterleitung von Dossiers an mögliche Interviewpersonen bzw. Personen zum Einbezug in die Erhebung gebeten. b) Die Dossiers wurden Personen, die sich zur Weitergabe bereit erklären, zugeschickt. Die Dossiers enthielten ein Informationsblatt zum Gesamtprojekt, ein Informationsschreiben zum Interview mit Pflegenden und Gepflegten bzw. beratenden Professionellen sowie Informationen zu den Erhebungen mit weiteren einbezogenen Gruppen, einen Antwortabschnitt sowie ein frankiertes Rückantwortkuvert. Alle Dossiers enthielten Informationen zu den verschiedenen vorgesehenen Erhebungen c) Auch bestehende Verbindungen des Landratsamts bzw. des Gesundheitsdepartments wurden als Feldzugang genutzt, um mögliche InterviewpartnerInnen bzw. Teilnehmende an den Befragungen anzufragen. d) Personen wurden direkt angefragt, von denen die Zugehörigkeit zu einer der für die Befragung vorgesehenen Gruppen bekannt war. e) Nach einem erfolgten Interview mit Pflegenden, Gepflegten sowie Professionellen Berater_innen wurden diese Personen gefragt, ob sie weitere interessierte Personen kennen. Falls ja, wurden Ihnen in entsprechender Anzahl Dossiers ausgehändigt, mit der Bitte, sie an diese Personen weiterzugeben (<i>Snowball-Sampling</i>).
Rahmenvorgaben	Bezug in einer der genannten Formen zu einer häuslichen Care-Situation Der Erkrankungs- respektive Betreuungskontext wurde nicht eingeschränkt, bis auf die Voraussetzung der Volljährigkeit aller Beteiligten. Die Untersuchung folgte forschungsethischen Prinzipien, wie u.a. die prinzipielle Freiwilligkeit der Teilnahme. Alle Gespräche wurden auf Deutsch geführt (Deutschland, Deutsch-Schweiz als Projektpartner). Alle Einbezogenen wurden um einige sozialstatistische Angaben gebeten (z.B. Alter, Erwerbsstatus, ggfs. Verwandtschaftsgrad zur betreuungsbedürftigen Person).
Ein- und Ausschlusskriterien für Pflegebedürftige, informell Pflegenden und Beratende	Alle Pflegebedürftige, die sich zum Interview bereit erklärt haben und die häuslich gepflegt werden, konnten an der Studie teilnehmen. Ausschlusskriterien waren: mangelnde deutsche Sprachkenntnisse, mittel- bis schwergradige Demenz, Person nicht volljährig. Alle Expertinnen I, die sich bereit erklärten, wurden in die Studie eingeschlossen, sofern sie <i>zu diesem Zeitpunkt oder früher informelle Pflege leisteten bzw. geleistet haben oder eine beratende und vermittelnde Funktion in der informellen Pflege, ausübten oder früher ausgeübt haben.</i> Ausschlusskriterien waren: mangelnde deutsche Sprachkenntnisse, mittel- bis schwergradige Demenz, Person nicht volljährig.
Auswahl der, Ein- und Ausschlusskriterien für Experten_innen II	Einbezug von Vertreter_innen möglichst vieler an Care-Situationen beteiligten Personengruppen, die genannten Gruppen sollten möglichst mit 1-2 Personen pro Land vertreten sein. Einschlusskriterien: Bereitschaft zur Teilnahme und Zugehörigkeit zu einer der genannten Gruppen. Ausschlusskriterien waren: mangelnde deutsche Sprachkenntnisse, mittel- bis schwergradige Demenz, Person nicht volljährig.
Kriterien für die methodische Sättigung: für Pflegebedürftige, informell Pflegenden	Aufgrund der Komplexität des untersuchten Settings und der unklaren Datenlage sollten möglichst vielfältige Formen von häuslichen Pflegesituationen identifiziert werden. Geplant war eine Fallauswahl nach der von Glaser und Strauss entwickelten Methode des theoretischen Sampling (Glaser und Strauss 1974). Dabei werden maximal kontrastierende Fälle gesucht, um so das Forschungsfeld breit zu erschließen [Stadt, Land, Alter, Geschlecht, Pflegeeinstufung bzw. Pflegedauer (seit wann wird schon gepflegt, Ursache der Pflegebedürftigkeit z.B. Demenz)]

Tabelle 3: Übersicht zu Studienpopulation und Rekrutierung für den qualitativen Untersuchungsteil

Datenschutz

Die Befragung der Teilnehmenden diente wissenschaftlichen Zwecken und somit unterlagen die persönlichen Angaben dem Datenschutz. Sie wurden so verarbeitet, dass der Name des Teilnehmenden

nirgendwo erscheint und keine Rückschlüsse von den Antworten auf die Person möglich sind. Auch seitens des Projektteams waren keine Rückschlüsse auf Namen möglich (Anonymisierung). Die Ergebnisse werden so veröffentlicht, dass die Personen nicht bestimmbar sind. Die Teilnehmenden nahmen freiwillig teil. Die erhobenen Daten dienen nur dem Projektzweck und werden ausschließlich wissenschaftlich verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Ebenso wurden öffentlich verfügbare Daten genutzt, welche keinerlei Rückschlüsse auf wahre Personen ermöglicht haben. Alle Bestimmungen des Datenschutzes wurden eingehalten.

3.3. PROJEKTPARTNER UND LAUFZEIT

Zu den Kooperationspartnern zählten die Universitäten Tübingen und Trier sowie der Landkreis Lörrach und die Gesundheitsdepartemente Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Das Projekt ist Teil der Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz im Gesundheitswesen. Das Vorhaben wurde finanziell gefördert durch den Landkreis Lörrach, die Halbkantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft sowie durch das Land Baden-Württemberg im Verbund mit den Pflegekassen (Modellvorhaben zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepten für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege nach § 45c SGB XI).

Die Untersuchungen fanden im Landkreis Lörrach und in den Halbkantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft bzw. auf der Basis von Daten dieser Regionen statt. Der Laufzeit der Studie von Mitte November 2012 bis Mitte November 2015 ging eine etwa zweijährige Vorbereitungsphase in der Region voraus.

3.4. FRAGESTELLUNGEN DER EXPERTENINTERVIEWS UND METHODISCHES VORGEHEN

3.4.1. INTERVIEWS MIT PROFESSIONELL BERATENDEN

Für die Interviews mit Beratenden gingen folgende Themenbereiche in die Leitfäden ein:

- Welche Beratungseinrichtungen /-angebote gibt es? Welche Unterstützungsangebote gibt es für die häusliche Pflege? Welche sind bekannt?
- Fokus Grenzüberschreitende Angebote: Welche gibt es?
- Erfolgreiche Umsetzung der sog. verbundenen Pflege: Schnittstellen, Erleben von Abläufen, Einstellungen, Zusammenarbeit
- Profil Pflegenden, deren Einstellungen und Bedarfe aus Fremdsicht
- Geschlechterspezifische Unterschiede
- Welche Standorte und welche Angebote werden in der Region genutzt?
- Betriebe und Pflegeverpflichtung von Mitarbeitenden?

Die Rekrutierung der Beratenden erfolgte nach dem Start in einem grenzüberschreitenden Projekt-Workshop im Schneeballsystem. Die Auswahl der Beratenden erfolgte Kriterien gesteuert, mit dem Ziel einer maximalen strukturellen Heterogenität.⁶⁸ So wurde beispielsweise darauf geachtet, dass in den verschiedenen Bereichen der häuslichen Pflegeversorgung in beiden Ländern Personen mit un-

terschiedlicher Funktion befragt wurden. Anzahl und Auswahl der Gesprächspartner_innen wurden nach den ersten Datenerhebungen festgelegt.¹ Um den datenschutzrechtlichen Bestimmungen gerecht zu werden, war vor jedem Gespräch eine Einverständniserklärung zu unterzeichnen, nachdem die Interviewpartner die Studieninformation gelesen und die Zustimmung zum Interview sowie zur Verwendung des gewonnenen Datenmaterials zu Studienzwecken erteilt hatten. Um den erarbeiteten Interviewleitfaden zu testen, wurde für diese Zielgruppe Mitte Juni 2014 ein Probegespräch (Pre-Test) durchgeführt. Es zeigte sich, dass die vorab bestimmten Dimensionen der Themenkomplexe alle beachtet und behandelt werden konnten und man die Fragestellungen zu bestimmten Themenbereichen zutreffend, verständlich und praxisnah waren. Der getestete Leitfaden konnte danach für die Interviewphase übernommen werden.

Die Interviews erfolgten entweder in den Räumlichkeiten der Beratungseinrichtung selbst oder in Beratungseinrichtungen, zu denen die befragten Personen hinkamen. Die Dauer der Interviews lag zwischen 50-70 Minuten und alle konnten ohne Störungen durchgeführt werden. Die überwiegende Zahl der Gespräche wurde von Mitte Juli bis Mitte September 2014 geführt, das letzte Interview mit einer/m Beratenden erfolgte im Januar 2015. Jedes Interview begann mit einer Einleitungsfrage:

„Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen noch einmal kurz erzählen, worum es uns geht: In dem Projekt geht es, wie bereits im Informationsbrief beschrieben, darum, Wege zu finden, die auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und wertschätzende Pflege sicherstellen, und die letztlich auch finanzierbar ist. In diesem Modellvorhaben (in der Zusammenarbeit von Deutschland und der Schweiz) stellt sich nun eine Region die Aufgabe, gemeinsam die Pflegerealität zu analysieren und Wege in Richtung auf einen grenzüberschreitenden Pflege-Verbund bzw. eine Co-Pflege in dieser Region zu suchen. Insbesondere wollen wir dabei die Situation im informellen Pflege-Setting berücksichtigen, über das wir noch viel zu wenig wissen. Ich möchte heute mit Ihnen über Ihre Rolle als Beratende_r sprechen. Was ist hilfreich, was fehlt Ihnen, was muss verbessert werden...“

Auf diese Weise konnte zunächst der Einstieg in ein freies Gespräch gefunden werden und zugleich ließ sich das Gespräch auf das zu untersuchende Problem hin ausrichten. (Die Einstiegsfrage bei den Gruppen der informell Pflegenden und Pflegebedürftigen war kürzer gehalten.) Am Ende des Interviews konnten die Gesprächspartner_innen noch ihre Wünsche und Visionen äußern, damit wurden nochmals Verbesserungsvorschläge und Mängel in der Versorgung offenbart. Am Ende des Interviews wurde der Fragebogen zu den sozialstatistischen Daten wie z. B. Geschlecht, Geburtsjahr, Bildungsabschluss, Funktionsbezeichnung ausgefüllt. Die erhobenen Daten dienten als Grundlage für die spätere Analyse. Es wurden insgesamt 15 Beraterinnen und Berater aus beiden Ländern befragt (siehe Tab. 6).

3.4.2. INTERVIEWS MIT HÄUSLICH PFLEGENDEN

Dem Leitfaden für die Interviews mit informell Pflegenden lagen die gleichen Themenkomplexe zugrunde wie bei den Beratenden (s.o.). Alle Personen in dieser Zielgruppe waren bereits von den als Multiplikatoren fungierenden Fachleuten aus der Zielgruppe der Beratenden vorab angesprochen

¹ Im Forschungsprozess zeigte sich, dass dies ursprünglich geplante Zahl und Auswahl nicht ausreichend waren, um den komplexen Zusammenhängen in der häuslichen Pflege gerecht und der Breite der professionellen Beratung gerecht zu werden.

und um ihre Teilnahme ersucht worden. Dieses Vorgehen bei der Rekrutierung war von Vorteil, da bereits ein Vertrauensverhältnis zwischen den informell Pflegenden und den Beratenden bestand. Durch die Vermittlungsfunktion der Beratenden konnten die Gespräche ohne große Hemmschwellen stattfinden. Bei der Auswahl der Pflegenden achteten die Beratenden auf relevante Merkmale wie z. B. Geschlecht, Pflege ohne Pflegeeinstufung / Grad, Hauptdiagnose der zu Pflegenden und Alter. Bei Interesse seitens der angesprochenen Personen erfolgte eine telefonische Kontaktaufnahme und es kam zur Terminabsprache.

Ein Interview fand in den Räumlichkeiten des Landratsamts Lörrach statt, alle weiteren Gespräche wurden in den Privatwohnungen der informell Pflegenden geführt. Dies bedeutete zum Teil komplexe Anfahrtswege. Um eine gesprächsfördernde Atmosphäre zu schaffen, war es wichtig, die Befragten auf ihren Wunsch hin in ihren Privatwohnungen aufzusuchen. Das weitere Vorgehen und der Verlauf des Gesprächs waren entsprechend konzipiert wie für die Gruppe der Beratenden vorgestellt (vgl. oben). Zum Schluss wurde, teilweise gemeinsam, der Fragebogen zu den soziodemographischen Daten des Pflegebedürftigen wie z. B. Geschlecht, Alter, Pflegestufe / Grad, Hauptdiagnose ausgefüllt). Von Mitte August bis Mitte Oktober 2014 wurden in beiden Ländern insgesamt acht informell Pflegende befragt (Profil der Gesprächspartner_innen s. Tabelle 6).

3.4.3. INTERVIEWS MIT PFLEGEBEDÜRFTIGEN

Die Themenkomplexe des Leitfadens der **Pflegebedürftigen** entsprachen denen für die Gruppe der Beratenden und der informell Pflegenden (s.o.). Allerdings stellte sich in den ersten Gesprächen heraus, dass die Thematik „Betriebe und Pflegeverpflichtung“ nicht relevant war. Zum einen hatten die Befragten das Unternehmen bereits zum Rentenalter verlassen und es war nicht bekannt, ob dort eine Auseinandersetzung mit den Themen Pflege und Alter stattgefunden hatte. Zum anderen dauerten die Pflegesituationen schon länger an und die Gesprächspartner_innen hatten wenig Erinnerung an die damalige Situation. Unbekannt war auch, ob sich der Arbeitgeber mit Problemen der pflegerischen Versorgung seiner Beschäftigten grundsätzlich auseinander gesetzt hatte. Auch einige andere Themenkomplexe konnten nur teilweise behandelt werden, da die Pflegebedürftigen, die von informell Pflegenden gepflegt werden, nur wenig über organisatorische Dinge, Erleben von Schnittstellen und Abläufen der Versorgung berichten können.

Auch hier fungierten die Beratenden als Vermittler für die Kontaktaufnahme mit bereits ausgewählten Pflegebedürftigen. Die relevanten Kriterien zur Auswahl waren z. B. Geschlecht, vorliegende Pflegeeinstufung / Grad oder auch keine Pflegeeinstufung / Grad, Hauptdiagnose und alleinlebende Pflegebedürftige ohne Unterstützung von informell Pflegenden.

Besonders wichtig war es, bei dieser Interviewgruppe das Gesprächssetting zu beachten. Alle Gesprächspartner_innen wurden in ihrer Privatwohnung aufgesucht. Es wurde darauf geachtet, (besonders im Fall von demenziell Erkrankten, aber auch bei Menschen mit eingeschränkter Mobilität) in ihrer vertrauten Umgebung eine gute Gesprächsatmosphäre zu schaffen. Alle Einzelinterviews wurden in einem Zeitraum von Mitte September 2014 bis Mitte Januar 2015 ohne aktive Teilnahme von (soweit vorhanden) informell Pflegenden durchgeführt. Die Gesprächsdauer variierte zwischen 20 bis 30 Minuten und wurde individuell der von kognitiver Beeinträchtigung, allgemeiner Erschöpfung oder auch von einem individuellen Kommunikationsverhalten beeinflussten Situation angepasst.

Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang, dass es im Verlauf dieser Gespräche teilweise zu starken emotionalen Reaktionen der Pflegebedürftigen kam: Verzweiflung, Traurigkeit und Ängste bestimmten die Gespräche. Kein Gespräch wurde abgesagt oder abgebrochen. Insgesamt wurden sieben Betroffene in beiden Ländern in Interviews einbezogen (Profil s. Kapitel 4).

3.4.4. METHODISCHES VORGEHEN

Alle Interviews wurden als Problemzentrierte Interviews geführt.⁶⁹ Die Interviews erfolgten teilstrukturiert und Leitfaden-gestützt. Zunächst wurden in der Arbeitsgruppe diejenigen Themen für den Leitfaden herausgearbeitet, die für die Fragestellungen der drei Zielgruppen relevant sind. Hierzu lagen thematische Vorbereitungen aus der **partizipativen Vorphase** des Projekts vor. Diese Themen wurden reflektiert, als Leitfragen formuliert und auf die verschiedenen Gruppen zugeschnitten. Die für die Personengruppen Beratende, informell Pflegende und Pflegebedürftige ausformulierten Leitfäden wurden in regionalen Workshops vorgestellt und die Inhalte kommunikativ validiert. Eine lineare Abfolge der Fragen bzw. Themenkomplexe des Leitfadens war nicht Ziel der Interviewpraxis. Den Interviews waren landes- und teils gruppenspezifische Teilelemente zugeordnet: eine Einverständniserklärung mit einem die Untersuchung betreffenden Informationsschreiben, ein Kurzfragebogen zur Ermittlung der soziodemographischen Daten, der Interviewleitfaden, Tonträgeraufzeichnungen und ein abschließendes Gesprächsprotokoll /Notizen.

Da die Interviews auf Tonträger aufgezeichnet wurden, lag eine präzise und authentische Wiedergabe des Gesprächsprozesses vor. Die Transkription erfolgte durch einen externen Dienstleister (Transkriptionsregeln nach Kuckartz et al. 2008). Alle Befragten unterzeichneten vor Beginn der Tonaufzeichnung eine Einverständniserklärung, die auch Informationen zum Datenschutz enthielt. Zugleich wurden alle Beteiligten darüber informiert, dass bei der Verschriftlichung die Tonmitschnitte anonymisiert werden. Gesprächsprotokoll und Notizen wurden nach dem Interview festgehalten, dabei auch wichtige non-verbale Eindrücke, Beobachtungen und Angaben über die jeweilige Situation (Ort, Zeit).

Die in den Interviews erhobenen Daten wurden mittels der **Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring** ausgewertet.⁷⁰ Zur Unterstützung der Auswertung wurde das Datenmaterial in eine computer-gestützte Analyse-Software MAXQDA eingebracht.⁷¹ Nach Strukturierung des Datenmaterials wurde für jede Zielgruppe ein Kategoriensystem mit Haupt- und Unterkategorien erarbeitet (s. Tabellen 7, 8, 9) und das Kategoriensystem jeder Zielgruppe von zwei Forschenden unabhängig voneinander überprüft. Die Kategorien bildeten sich sowohl induktiv wie deduktiv. Über weitere iterative Schritte der Definition, Sicherung, Reflexion und Reduktion⁷² wurde dann das gesamte Material analysiert und der Ergebnisaufbereitung zugeführt. Die Resultate wurden von den Forschenden nochmals gemeinsam reflektiert und schließlich der **kommunikativen Validierung** in einem öffentlichen binationalen Workshop zugeführt. Kommunikative (oder dialogische) Validierung als methodischer Schritt beinhaltet die gemeinsame Diskussion der Daten und deren Interpretation. Die hier praktizierte kommunikative Validierung mit allen unterschiedlichen am Versorgungsprozess beteiligten Personengruppen verdeutlicht: die regionalen Kompetenzträger_innen als Expert_innen „in eigener Sache“, die sich im Verlauf der Untersuchungen einbrachten, sind Mitgestaltende in diesem Projekt der *gestaltenden Versorgungsforschung*. Bei der Reflexion der Ergebnisse zeigte sich eine weitgehende Übereinstim-

mung in Verständnis und Interpretation. Dies ist als eine Bestätigung zu werten, dass die Interviews ausreichend breit ausgelegt wurden und den Ergebnissen daraus eine allgemeinere Gültigkeit zukommt. Kommunikative Validierung bedeutet zugleich, in diesem Prozess noch tiefere Einblicke in die Themen zu gewinnen.

3.5. ONLINE-ERHEBUNG: *REGIONALES BRAINSTORMING*

In Ergänzung der mit einzelnen Personen geführten Interviews erfolgte, im Sinne eines regionalen Braintormings eine Online-Befragung auf unipark.de von Oktober 2014 bis April 2015. Ziel dieses Untersuchungsteils war die Erstellung eines Meinungsbildes der in unterschiedlicher Hinsicht von der Pflege thematisierten Betroffenen bzw. von Expert_innen aus der Region. Zielpersonen waren die die Bürger_innen des Landkreises Lörrach und der Halbkantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft, wobei mit speziellen Fragenkomplexen bestimmte Bevölkerungs- bzw. Berufsgruppen gesondert angesprochen wurden (siehe Tabelle 4). Der Erhebungsbogen wurde in der Arbeitsgruppe unter Berücksichtigung der in der Region gestellten Fragen und der Interview-Leitfäden zusammengestellt. In einem regionalen Workshop erfolgte die kommunikative Validierung hinsichtlich regionaler Passgenauigkeit und Vollständigkeit der angesprochenen Aspekte. In beiden Ländern wurde eine Überprüfung auf Verständlichkeit durchgeführt, die zu einer sprachlich adaptierten Version für Basel-Landschaft führte.

Der Link zur Befragung in der jeweiligen spezifischen Fassung wurde per E-Mail an das Landratsamt Lörrach und die Gesundheitsdepartemente der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt übersandt. Die Öffentlichmachung der Befragung wurde von jeder Region individuell geregelt. Vor der Freischaltung der Erhebung richtete sich ein nochmaliger schriftlicher Aufruf zur Beteiligung und Multiplikation an alle in den regionalen Workshops teilnehmenden Personen und interessierte Einrichtungen. Diese Schreiben wurden von der regionalen Koordinierungsstelle beim Landratsamt Lörrach per Mail versandt. Das Einladungsschreiben zur Online-Erhebung ist im Anhang, Anlage C, beigelegt. Darin ist ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Papierversion zur Verfügung stand sowie Unterstützung beim Ausfüllen bei Bedarf in Anspruch genommen werden konnte.

Einen Überblick über die einbezogenen Personengruppen und die Anzahl speziell an diese gerichteter Fragen gibt nachstehende Tabelle 4. Die Befragung zielte auf die Situation und Organisation der lokalen Pflegestrukturen, die grenzüberschreitenden Pflegeangebote, Kooperationen und Maßnahmen zur Erweiterung der pflegerischen Versorgung. Auch hier geht es vor allem um die Situation der Verbundenen Pflege / Co-Pflege, deren Stabilität bzw. Verbesserungsmöglichkeiten. Im Zentrum stehen die Chancen, die sich aus einer grenzüberschreitenden Pflege-Versorgung in der Region entstehen können. Die im Einzelnen angesprochenen Aspekte sind tabellarisch im Anhang zusammengestellt (Anlage D).

Eine Zusammenschau zu dieser Erhebung findet sich nochmals in Kapitel 6, Tabelle 13.

<i>Übersicht zu den angesprochenen Gruppen</i>	<i>Gruppen-spezifische Fragen</i>	<i>An alle</i>
A Bereich Pflegekassen		
B Bereich Betriebe/Unternehmen		
C Bereich Professionell Pflegende, einschließlich Pflegeschüler_innen	20	15 sozio-demographische Fragen , 70 inhaltliche Fragen
D Bereich Seniore_innen		
E Weitere Bereiche		
F Häuslich Pflegende (aus allen Gruppen)	45	

Tabelle 4: Regionales Brainstorming (Online-Erhebung): angesprochene Gruppen der Bevölkerung

3.6. FRAGESTELLUNGEN DER ERHEBUNG ZUM QUALITÄTSMANAGEMENT UND METHODISCHES VORGEHEN

Im Rahmen der Befragung zum einrichtungsbezogenen pflegerischen Qualitätsmanagement sollte analysiert werden, wie „Qualität in der Pflege“ in beiden Systemen dargestellt wird, in welchen Bereichen des pflegerischen Qualitätsmanagements sich beide Systeme ähneln und wo zentrale Unterschiede in der Schwerpunktsetzung bestehen. Die Befragung fand im Zeitraum Februar bis April 2015 statt, wobei der Fragebogen über das Landratsamt Lörrach und die Gesundheitsdepartments der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft an alle ambulanten und stationären Pflege-Institutionen verschickt wurde.

Dimension	Items
1. Um welche Form von Einrichtung der pflegerischen Versorgung handelt es sich bei Ihrer Einrichtung?	Frage nach ambulant/ stationär, inhaltlichem Schwerpunkt, ländlichen/ städtischem Umfeld und Staatszugehörigkeit
2. Qualitätspolitik und –strategie	u.a. Frage nach Integriertem Qualitätsmanagement-Prozess; Maßnahmen zur Bewertung der Qualität, Qualitätssicherungsprojekte, QM-Beauftragte
3. Interne qualitätssichernde Maßnahmen	
3.1 Sicherheit in der Institution	Expertenstandards? Konzeptionelle Vorstellungen? Organigramme? Organisations-, Fehler-, Risiko-, Notfallmanagement (u.a.)
3.2 Patientenorientierung, Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und –beratung, Angehörigenarbeit	Patienten-/Angehörigenberatungen? (u.a.)
3.3 Mitarbeiterorientierung	Systemtische Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen? Arbeitsschutzmaßnahmen? (u.a.)
3.4 Kommunikation	Fall-/ Komplikations-/ Planungsbesprechungen? Supervision/ Fallsupervision/ Teamsupervision? Qualitätszirkel? Fortbildungsreihen? (u.a.)
4. Externe vergleichende Qualitätssicherung: An welchen extern vergleichenden Qualitätssicherungsmaßnahmen nehmen Sie mit Ihrer Einrichtung teil?	Versorgungsvertrag (nur BRD)? Prüfung durch Medizinischen Dienst der Krankenkassen (nur BRD)?, Veröffentlichung der Ergebnisse (nur BRD)?, Freiwillige extern vergleichende Qualitätssicherungsmaßnahmen (CH)?
5. Ausblick	Sind weitere Maßnahmen des internen und externen QM in Entwicklung oder Planung? Welche Aspekte der Qualitätssicherung wären für Sie in einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit besonders wichtig? Welche Aspekte zur Qualität einer Einrichtung sollten nach Ihrer Einschätzung grenzüberschreitend (d.h. in beiden Ländern) öffentlich zugänglich sein?

Tabelle 5: Fragebogen zum einrichtungsbezogenen pflegerischen Qualitätsmanagement: Dimensionen

Damit war die Befragung als Vollerhebung konzipiert. Der Fragebogen enthielt insgesamt 64 Fragen in 5 Fragekomplexen, obenstehende Tabelle 5 zeigt die Schwerpunkte.

Die ausgefüllten Fragebögen wurden von Seiten der deutschen Institutionen direkt an das Forschungsinstitut für Frauengesundheit, Universitätsklinikum Tübingen zurückgesendet, der Rückversand der Bögen aus den Schweizer Institutionen erfolgte über die beiden beteiligten Gesundheitsdepartemente.

In methodischer Hinsicht wurden die Fragebögen zunächst in eine Excel-Datenmaske eingegeben und dann mittels MS Excel und SPSS 21 statistisch ausgewertet. Dabei wurden eine Häufigkeits-, Signifikanz- und Korrelationsanalyse durchgeführt. Da sich der Fragebogen ausschließlich aus binär codierten Variablen (und offenen Fragen) zusammensetzte, wurden die Signifikanz mittels des Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests und der statistische Zusammenhang durch Ermittlung des Phi-Koeffizienten ermittelt. Durchgängig wurde dabei ein p-Wert von $<0,05$ zweiseitig bei allen Analysen als statistisch signifikant gewertet ($\alpha=0,05$). Eine statistische Analyse wurde immer dann durchgeführt, wenn sich im Rahmen der Häufigkeitsanalyse größere Unterschiede zwischen den Systemen andeuteten (p-Test und Korrelation). Eine Aufsplittung in weitere Teilkollektive zur Identifizierung von Unterschieden zwischen ambulanten und stationärem Setting sowie ländlichem und städtischem Umfeld fand dabei nur bei Vorliegen von ausreichend großen Teilkollektiven statt ($n \geq 5$).

4. ERGEBNISSE AUS DEN EXPERTENINTERVIEWS

Geführt wurden 8 Experteninterviews mit häuslich Pflegenden, 7 Experteninterviews mit Pflegebedürftigen, 15 Experteninterviews mit professionellen Berater_innen in beiden Ländern (Abb.7).

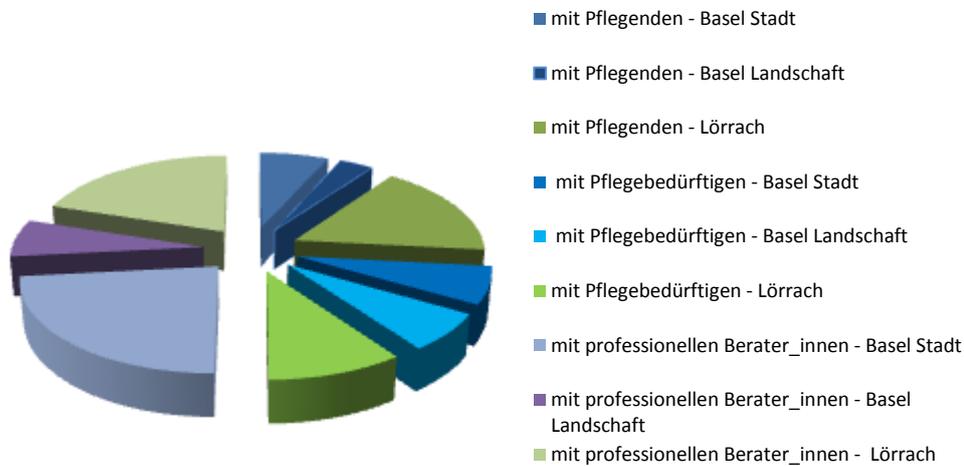


Abbildung 7: Experteninterviews im Zeitraum 7/2014 – 1/2015
N=30 – Verteilung auf die Region

Gruppe	Lörrach	Basel-Stadt	Basel-Landschaft	Pflegebegründende Diagnose(n)	Beratungsbereich	Anmerkung
Professionelle Berater_innen	6				Altenhilfe, Pflegestützpunkt, Konfessionelle Sozialstationen, Demenzberatung Kranken- und Pflegekassen	10 Frauen, 5 Männer
		6	3		Fachstelle Alter/ Langzeitpflege / Qualitätssicherung - Gesundheitsversorgung Beihilfestellen - Spitex (öffentlich) Alzheimervereinigung Pro Senectute beider Basel, Krankenkassen	
Häuslich Pflegende	5	2	1	Demenz (4x) Niereninsuffizienz, schwere Depressionen Multiple Sklerose (2x), Z. n. Apoplex, jeweils auch in Kombination		4 Frauen, 4 Männer
Pflegebedürftige Personen	3	1	3	Multiple Sklerose (2x), Stoma, Multimorbidität, Demenz, Diabetes mellitus, jeweils auch in Kombination		5 Frauen, 2 Männer

Tabelle 6: Übersicht zu den 2014-15 im Rahmen des Projekts durchgeführten Interviews

Für eine größtmögliche Weite der erfassten Perspektiven wurde bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen Diversifizierung angestrebt zu den Aspekten: *Nationalstaat, Region Stadt/Land, Geschlecht*, ergänzt durch die Aspekte *unterschiedlicher professioneller Hintergrund* in der Gruppe der professionell Beratenden bzw. *Pflegesituation, pflegebegründende Diagnose(n), familiärer Status* bei der Gruppe der Pflegenden / pflegebedürftigen Personen. Es gelang, diejenigen pflegebegründenden Diagnosen, die in beiden Ländern für die Pflegebedürftigkeit eine große Rolle spielen, in verschiedenen Pflegesituationen einzubeziehen, darunter z.B. Demenz, Multiple Sklerose (s. Tabelle 6). Interviewpartner_innen aus sehr unterschiedlichen Bereichen (s. vorstehende Tabelle) konnten gewonnen werden, die sämtlich in dankenswerter Weise mit großem Engagement und hoher Bereitschaft ihre Kompetenz eingebracht haben.

4.1. INTERVIEWS MIT PROFESSIONELL BERATENDEN

4.1.1. ÜBERSICHT

Insgesamt wurden 15 Pflegeberater_innen in die Interviews einbezogen, zwei Drittel davon waren weiblich, das Durchschnittsalter betrug 44,3 Jahre (Spannweite R: 37 Jahre, Min: 30 Jahre; Max: 67 Jahre). 9 der Pflegeberater_innen gehörten zu den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft (davon 7 weiblich und 2 männlich), 6 Expert_innen zum deutschen System im Landkreis Lörrach (davon je 3 weiblich und männlich). Nachstehende Tabelle zeigt den Codebaum, der im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring aus den Experteninterviews mit den professionellen Pflegeberater_innen generiert wurde.

Code-Nr.	Haupt-/ Untercodes	Anzahl Codierungen (insg. 966)
1	Profil Aufgabenfeld Berater_in	91
2	Profil Pflegebedürftige	65
3	Profil Pflegenden	67
4	Wohnen	8
5	Unterstützende/ entlastende Angebote	63
6	Grenzüberschreitende Angebote	44
7	Geschlechterspezifische Angebote	22
8	Angebotsstruktur Transparenz	79
	8.1 Informationsquellen	47
	8.2 Angebotsnutzung	56
	8.3 Erhalt von Leistungen	64
	8.3.1 Pflegeplatzvergabe	12
	8.4 Schnittstellen	42
9	Angebotslücken	41
	9.1 Lücken Angebotsfinanzierung	10
10	Anreize für ambulante Pflege	13
	10.1 Anwerbung Pflegekräfte	5
11	Was läuft nicht so gut?	63
12	Was läuft gut?	15
13	Systemreflexion	58
	13.1 Gesellschaftliche Aspekte	24
14	Betriebe und Pflegeverpflichtung	21
15	Best Practice	15
16	Zukunftsvisionen und Wünsche	41

Tabelle 7: Codesystem Professionell Beratender

Insgesamt setzte sich die Untersuchungseinheit aus 966 Codes zusammen, die wie im Codebaum dargestellt, zu 16 Kategorien zusammengefasst wurden. Da jedoch einige Kategorien zu wenige Codes enthielten, um verlässliche Aussagen ableiten zu können, wurden für die vorliegende Ausarbeitung im Rahmen Projekt-Abschlussberichts die 16 Codes zu 6 Kernkategorien zusammengefasst.

4.1.2. PROFIL AUFGABENFELD BERATENDE

Unter der Kategorie „Aufgabenfeld Berater“ wurden die selbstberichteten Kennzeichen und Charakteristika zusammengefasst, welche aus Sicht der Pflegeberater_innen das eigene Berufsfeld kennzeichnen. Es zeigt sich, dass die Pflegeberatung in Deutschland überwiegend öffentlich-rechtlich organisiert ist und durch die Pflegestützpunkte, die Kranken-/ Pflegekassen, die Stabstelle Altenhilfe und die Sozialstationen wahrgenommen wird. Bei den Pflegestützpunkten handelt es sich um bundesweit realisierte Anlaufstellen zur Beratung von Pflegebedürftigen gemäß § 7a SGB XI. Aktuell sind in 370 (von insgesamt 402) Landkreisen bzw. kreisfreien Städten Pflegestützpunkte eingerichtet worden (Stand: Oktober 2015). In den Schweizer Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft finden Pflegeberatungen im öffentlichen Auftrag statt (realisiert durch Spitex und die Fachstelle Alter) oder werden unter privatrechtlicher Trägerschaft (z.B. Pro Senectute) angeboten. Unterschiede zeigen sich in der Reichweite der Pflegeberatung: Während die einzelnen Pflegeberater_innen im Landkreis Lörrach überwiegend für den gesamten Landkreis Verantwortung zeichnen, hat sich auf Schweizer Seite ein Bezugspersonensystem implementiert, in welchem einzelne Pflegebedürftige über einen langen Zeitraum von der gleichen Beratungskraft betreut werden.

- ▶ *„Berater sind für den ganzen LKR zuständig. I: Und Sie haben ja jetzt einen sehr großen Bereich, den Sie mit Ihrer Beratung abdecken, also ich weiß nicht welcher Umkreis...
B: Das ist der ganze Landkreis“ (DL2B,9)*
- ▶ *„Bezugspersonensystem: wir haben das Bezugspersonensystem bei uns. Das heißt ich habe meine Bezugspatienten. Das heißt ich bin für diese Person verantwortlich“ (SB2B, 93).*

Unterschiede zeigen sich ferner im Kompetenzbereich, da die Pflegeberatung in der Schweiz offenbar in die obligate Überprüfung des Grads der Hilflosigkeit/ Pflegebedürftigkeit (die ärztlicherseits festgestellt wird) eingebunden ist, während deutsche Pflegeberater_innen ausschließlich beratende Funktion wahrnehmen. In beiden Systemen sind die Berater_innen beratend zuständig u.a. für die Vermittlung von Pflegediensten, (Kurzzeit-)pflegeplätzen, bei juristischen und finanziellen Belangen, sowie bei Case Management-Aufgaben.

Sowohl auf Schweizer Seite als auch in Deutschland findet die Pflegeberatung „aufsuchend“ statt.

- ▶ *„Das heißt ich mache eben diese Pflegeberatung vor Ort, bei den Klienten daheim oder in der Klinik oder im Pflegeheim, je nachdem wo das gewünscht ist“ (DL1B, 4)*

Trotz Primats der Niederschwelligkeit bestehen jedoch Zugangsschwierigkeiten, da nicht alle Pflegebedürftigen erreicht werden können. In der Schweiz zeigte sich als Besonderheit interkulturelle Kompetenz, da versucht wird, den zunehmenden Anteil an Migrant_innen auch in den Beratungsangeboten widerzuspiegeln. Darüber hinaus werden hier Suchtberatungen angeboten, da nach dem Ein-

druck der Beratenden viele Pflegebedürftige einen Medikamenten- und/oder Alkoholabusus aufweisen

- *„Ja. Ja, ja, ja. (I: Die sind dann auch gleichzeitig noch süchtig?) Das ist ein großes Thema bei uns. Ja, ja. Es sind viele süchtig, natürlich. (I: Die sind noch zusätzlich süchtig zu ihrer Pflegebedürftigkeit?) Viele alte Menschen haben zum Beispiel Alkoholprobleme“ (SB2B, 177)*

Festgestellt werden konnte schließlich, dass von deutscher Seite Beratungen auch in der Schweiz angeboten werden, z.B. im betrieblichen Setting, um die Vereinbarkeit von Beruf und Pflegeverantwortung für einen pflegebedürftigen Angehörigen zu erhöhen.

4.1.3. PROFIL PFLEGEBEDÜRFTIGE

In der Kategorie „Profil Pflegebedürftige“ sind alle Codes zusammengefasst, welche die Charakteristika der Pflegebedürftigen aus Sicht der Pflegeberater_innen beschreiben.

Ersichtlich war, dass in beiden Systemen deutlich mehr weibliche Pflegebedürftige bestehen, während das Geschlechtsverhältnis der Pflegebedürftigen, welche Hilfe in der Pflegeberatung ersuchten, aus Sicht der Pflegeberater_innen ausgeglichen war. Sowohl die Schweizer Pflegeberater_innen, als auch die in Deutschland befragten Kolleg_innen konnten kaum geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der pflegebezogenen Bedarfe identifizieren:

- *Das ist, liegt wohl in der Natur der Sache, dass Menschen unterschiedliche Bedürfnisse haben und auch die Frau ist nicht so eine homogene Gruppe wie auch der Mann nicht eine homogene Gruppe ist. Es gibt die Frau nicht. Es gibt auch nicht den Mann und es gibt nicht den Alten. Also sind ganz unterschiedlich“ (SB6B, 92).*

Allerdings besteht bei den Pflegebedürftigen zumeist der Wunsch, von Pflegekräften des gleichen Geschlechts bei der Körperhygiene unterstützt zu werden.

- *„Also wenn Leute anrufen und sagen als Frau, „oh ihr habt mir jetzt da so einen jungen Pfleger geschickt, aber das krieg ich gar nicht hin, also nein, von dem lass ich mich nicht waschen“. Das gibt es. Aber wir hatten auch schon Männer, die gesagt haben, also nein, also ich möchte lieber irgendwie, ich hab da so als Kind komische Erlebnisse gehabt, ich möchte nicht von Frauen“ (DL4B, 155)*

Berichtet wurde ferner, dass Frauen besser für sich selbst sorgen können, *aber kaum bereit sind, Hilfe bei Pflegeleistungen ihrer selbst anzunehmen und dementsprechend erst sehr spät auf mögliche Hilfsangebote zurückgreifen.*

- *„Ja. Ja. Frauen sind, erlebe ich so, selbstständiger. Ja“ (SB2B, 41)*

. Allerdings sind Frauen deutlich offener, was die Kommunikation mit den Pflegeberater_innen angeht:

- *„dass zum Beispiel auch Frauen sagen, ‘Sagen Sie bloß nicht meinem Mann, dass ich hier war’ (lachen) oder so was. Also wenn es um so Vorsorgevollmacht und der darf das gar nicht wissen und der sagt immer, das brauchen wir alles nicht und so“. (DL3B, 38)*

Bezüglich der sozialen Stellung gehören die Pflegebedürftigen, die seitens der Pflegeberater_innen Beratung erfahren, prinzipiell allen Schichten an, deutlich überrepräsentiert sind jedoch Angehörige der Mittelschicht, während **bildungsferne Schichten kaum erreicht** werden können. In beiden Systemen steigt der Anteil der Pflegebedürftigen mit **Migrationshintergrund** sukzessive an, die vor allem auf deutscher Seite bisher kaum von der Pflegeberatung erreicht werden können.

Aus Sicht der Pflegeberater_innen ist die Lebensweltlichkeit der Pflegebedürftigen durch einige Besonderheiten gekennzeichnet, die sich grenzüberschreitend sowohl im Landkreis Lörrach als auch in den Gesundheitsdepartements Basel-Stadt und Basel-Landschaft zeigen:

- Primat der Selbstständigkeit: Pflegebedürftige wollen möglichst lange selbstbestimmt leben
 - Wunsch nach Privatsphäre: Doppelzimmer in Institutionen sind schwer zu vermitteln
 - Wertewandel durch Generationenwechsel erkennbar
- *„Wir bereiten uns vor auf den Wandel. 60+ und jetzt neue Generation. Jetzt die Generation die wir haben hat andere Werte, ob Mann oder Frau, andere Werte [...] Die, die wir jetzt im Altern haben, haben z.B. zum Geld auch einen ganz anderen Bezug, zu Schulden einen ganz anderen Bezug als die, die jetzt kommen wird die mit Kreditkarten. Die das gar nicht kennt, die verschuldet schon ins Rentenalter kommt“ (SB6B, 98).*
- *„Also es wird so sein, dass eine neue Generation einen anderen Anspruch stellt. Und daher muss auch vorbereitet sein. Es kommt eine andere Generation ins Altern wie eben die 68er. Heterogenität wird in Frage gestellt. Was ist mit all jenen die 40, 50 Jahre in versteckten Lebensgemein(..), gleichgeschlechtlichen Gemeinschaften leben? Die kommen ins Altern, die fragen sich auch wohin mit uns?“ (SB6B, 100).*

Die Themen, die Seitens der Pflegebedürftigen in der Pflegeberatung angesprochen werden, umfassen vor allem Anfragen zur Abdeckung konkreter Bedürfnisse (Freizeitangebote, Verlauf von Demenzen etc.), aber kaum pflegebezogene Probleme.

4.1.4. PROFIL PFLEGENDE

In der Kategorie „Profil Pflegenden“ sind alle Codes zusammengefasst, welche die Charakteristika der Pflegenden aus Sicht der Pflegeberater_innen beschreiben. Dabei konnten zum einen die Kennzeichen der familiären Pflege identifiziert sowie festgehalten werden, welche Subgruppen an Pflegenden unterschieden werden können.

Familiäre Pflege ist nach wie vor in beiden Systemen überwiegend „weiblich“, wobei etwa zwei Drittel aller Pflegebedürftigen familiär gepflegt werden. Damit stellt die familiäre Pflege den „größten Pflegedienst Deutschlands“ dar, wie ein(e) interviewte Pflegeberater_in anmerkte:

- *Es ist oftmals, dass sie sagen, jetzt kann ich nicht mehr. (I: Ah ja. Interessant, ja.) Und der Pflegestützpunkt greift natürlich vieles auf, aber wenn man da so die statistischen Zahlen anschaut, es sind viele Leute, die sich natürlich schlau machen, was, was Vorsorgevollmacht anbelangt, Patientenverfügung*

etc. Aber nicht dieses so, und natürlich steht in der Patientenverfügung idealerweise ja auch drin, wie ich es mir vorstelle. Aber gerade so pflegende Angehörige, die viel auffangen, also es ist ja, eigentlich ist das ja der größte Pflegedienst Deutschlands“ (DL4B, 65).

Die pflegerischen Hilfen werden dabei hauptsächlich von den (Ehe-)partnerinnen, Töchtern und Schwiegertöchtern erbracht. Männer sind in der familiären Pflege nach wie vor unterrepräsentiert, pflegen ihre Angehörigen jedoch im Einzelfall sehr engagiert.

- *„Da gibt es ja Ehemänner die über Jahre, jahrzehntelang sehr fürsorglich zum Teil schwer chronisch erkrankte Partnerinnen pflegen. Das gibt es auch“ (SB9B, 44)*

Grundsätzlich scheinen pflegende Männer bei Überlastung eher bereit zu sein, Hilfe in Anspruch zu nehmen:

- *„Und, ja, also oft haben wir halt auch hier Leute, die total am Limit oder schon drüber sind. Das muss man ganz klar sagen, gerade Frauen. Also Männer weniger. Ich glaube die sind da schon eher so dass sie dann irgendwann auch sagen, jetzt reicht es, jetzt habe ich genug gemacht“ (DL3B, 72).*

Erkennbar ist ein durch den Generationenwechsel verursachter Wandel im Pflegeverständnis, da die jüngeren Generationen eine geringere Bereitschaft zur Pflege ihrer Angehörigen aufbringen:

- *„Das heißt, also ist es eher, ist es eine Abgrenzung, die Sie da erkennen können? Also von der Generation, die jetzt kommt, die sich stärker abgrenzen kann (B: Hm.) und sagen kann „nein, ich möchte nicht mehr“ [...] Also ich meine, klar, gibt es auch Jüngere, die sich aufopfern. Aber ich sage mal, ich denke schon, dass unsere, also die Generation, die jetzt dann halt so reinwächst, also dass die halt einfach egoistischer ist“ (DL3B, 75).*

In beiden Systemen zeichnen sich familiär Pflegende durch zwei wesentliche Charakteristika aus:

- Familiär Pflegende sind i.d.R. durch **Doppelbelastungen und mangelnde Unterstützung** überlastet:
 - *„Oder dann geht halt die Tür zu und die Frau bricht in Tränen aus und sagt, sie hält es bald nicht mehr durch. Am liebsten täte sie jetzt; viele brechen dann halt irgendwann selber zusammen und suchen quasi fast schon das, dass halt irgendwas kommt wo quasi sie dann erlöst, ja. Also was weiß ich, ein Nervenzusammenbruch oder selber ein Krankheit oder irgendwas, dass man halt einfach nicht mehr, nicht mehr funktionieren kann“ (DL3B, 74).*
- Die Inanspruchnahme von Hilfsleistungen (in Abhängigkeit von Hilfsbedarf, Pflegestufe und Sozialmilieu) seitens der Pflegenden ist sehr gering, da ca. zwei Drittel keine Hilfe in Anspruch nehmen, teils aus Stolz, teils aus Unkenntnis darüber, welche Hilfsmöglichkeiten bestehen, teils aus Sorge über die Finanzierung.

Durch die qualitativen Interviews konnten verschiedene Motive identifiziert werden, welche aus Sicht der Pflegeberater_innen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, die eigenen Angehörigen zu pflegen, oder im Gegenteil bewirken, dass die Angehörigen nicht gepflegt werden:

Zu den Motivatoren gehören demnach die Faktoren Verantwortungsbewusstsein (das sich vor allem bei Ehepartnern zeigt, die für einander einstehen wollen), der Wunsch nach Privatsphäre (eine familiäre Pflege also präferiert wird, um nicht externen Pflegenden Zugang zum eigenen Wohnraum gewähren zu müssen), die zeitliche Verfügbarkeit des Ehepartners, die finanzielle Abhängigkeit der Frau (da Frauen in den älteren Generationen häufig von ihren Männern abhängig sind um z.T. nicht mal über eigene Konten verfügen), finanzielle Aspekte (da professionelle Pflege zum Teil die finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen übersteigt), sowie ein ausgeprägtes Misstrauen gegenüber Institutionen und ambulanten Pflegediensten.

Zu den Motiven, die eigenen Angehörigen nicht zu pflegen, gehören u.a. Überforderung, veränderte Wertevorstellungen der jüngeren Generation, berufliche Verpflichtungen resp. mangelnde berufliche Flexibilität aufgrund der Unvereinbarkeit von Beruf und Pflege, sowie intergenerationelle Konflikte, manifestiert in der hohen Anspruchshaltung mancher Pflegebedürftigen, die von ihren Anverwandten eine dauerhafte zeitliche Verfügbarkeit erwarten.

Die Gruppe der Pflegenden lässt sich nach Ansicht der Pflegeberater_innen grundsätzlich in 4 Subgruppen unterteilen:

1. **Familiär Pflegende:** Hauptsächlich Frauen des höheren Lebensalters, teilweise auch die Töchtergeneration. Ein Großteil der Pflegenden wird familiär umsorgt.

2. In Deutschland werden **Ehrenamtliche/ Freiwillig Helfende und Geringverdiener_innen** in die stundenweise Betreuung (nicht Pflege) von dementiell Erkrankten eingebunden:

- ▶ *„Das ist sehr bunt gemischt. Es sind Leute, die zum Beispiel ALG II-Empfänger sind, die sagen, sie möchten noch ein bisschen was dazuverdienen. Das dürfen sie ja bis zu 175 Euro im Monat. Dann zum Beispiel Hausfrauen, die sagen, ich bin eigentlich nicht aufs Geld angewiesen, aber ich möchte einfach auch noch ein bisschen was machen. Dann sind es Leute, die in der Rente sind, aber ihre Rente aufbessern müssen oder möchten. Die sagen, sie haben ein paar Stunden Zeit in der Woche und sagen, das möchten sie auch sinnvoll nutzen“ (DL2B, 49).*

Die Rekrutierung erfolgt dabei (noch) nicht systematisiert über die **Netzwerke** der Pflegestützpunkte.

3. **Ambulantes Setting:** hier finden sich in beiden Systemen **professionelle Pflegekräfte**, die in Pflegediensten organisiert sind. In Deutschland kommen nicht-professionelle Pflegende dazu, die über keine abgeschlossene Pflegeausbildung verfügen, aber Erfahrung im Pflegebereich aufweisen können, z.B. weil sie ihre Eltern gepflegt haben:

- ▶ *„Was sind das für Leute? Was haben die für einen Hintergrund beruflich? Also das sind dann gar keine professionellen Pflegefachkräfte, sondern...B: Das kommt ganz drauf an. (I: Ach so.) Also wir haben zum Beispiel eine Pflegefachkraft, die ist also gelernte Krankenschwester, examinierte. Und hat noch Zusatzqualifikationen in der Demenzbetreuung und so. Also die macht das halt selbstständig, ja. Und ja, natürlich gibt es auch welche, die einfach nur sagen, ich habe halt vielleicht lange meine eigenen Eltern gepflegt und ich habe da einfach gewisse Fähigkeiten und mache das halt“ (DL3B, 114).*

Die nicht-professionellen Pflegenden werden dabei über die Pflegestützpunkte vermittelt.

4. **Stationäre Institutionen:** immer mehr Pflegebedürftige werden in Heimen versorgt. Nach Ansicht der Pflegeberater_innen besteht vor allem auf Schweizer Seite ein eklatanter Mangel an Plätzen, auch weil die überwiegend privatrechtlich organisierten Institutionen Pflegebedürftige auch bei freien Plätzen ablehnen dürfen.

4.1.5. SYSTEMREFLEXION

In der Oberkategorie „Systemreflexion“ sind die wichtigsten pflegebezogenen Probleme sowie Hauptprobleme der jeweiligen Pflegesysteme zusammengefasst, die aus Sicht der Pflegeberater_innen einerseits eine Lösung des Pflegenotstandes verhindern bzw. diesen mitverursachen und andererseits einer vertieften grenzüberschreitenden Zusammenarbeit des Landkreises Lörrach und der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft im Wege stehen.

Mindestens sechs institutionelle Probleme können dabei nach Ansicht der Pflegeberater_innen unterschieden werden:

1. Zum einen gelten die Pflegesysteme (insbesondere bezogen auf die Finanzierung) sowohl in Deutschland als auch auf Schweizer Seite als zu **komplex**, was für die Berater_innen die Beratungstätigkeit und für die Pflegebedürftigen resp. Pflegenden die Inanspruchnahme von Hilfsleistungen erschwert:
 - *„Aber, ja, es ist oft undurchsichtig, sage ich mal für die Menschen: Was für Hilfen gibt es? Welche Leistungen aus der Pflegeversicherung? Weil es ja auch so viele Töpfe sind und unterschiedlich zu kombinieren. Das macht es halt auch ein bisschen schwierig dann“ (DL1B, 20).*
2. Weiterhin bestehen unzählige **bürokratischen Hürden**, die verhindern, dass Hilfesuchende zeitnah Unterstützung erfahren können:
 - *„Also ich merke es ja schon wenn ich recherchiere im Internet. Ich muss mindestens eine Stunde, wenn nicht länger einrechnen. Dann muss ich trotzdem noch ein Telefon führen. Und dann ist die Person wo ich jetzt irgendetwas will mir zuschicken lassen, weil man es nicht runter laden kann, dann ist die nicht da. Und dann rufe ich noch mal an. Also das ist es auch für mich wo mit der Technologie vertraut ist. Es ist ein Riesenaufwand. Und Angehörige, die sind dann unter Umständen sind sie auch berufstätig wie ich und dann müssen sie das auch noch irgendwie machen. Also da sehe ich eigentlich, ich weiß nicht ob man es einen Mangel nennte, einfach wirklich eine Herausforderung“ (SB5B, 142-146).*
3. In beiden Systemen scheinen Schnittstellenprobleme zu bestehen, da die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren häufig nur unzureichend funktioniert. So erhalten z.B. die Spitex-Organisationen von den Spitälern häufig keine Diagnosen übermittelt, der genaue Pflegebedarf der Klient_innen muss also häufig erst ermittelt werden.
4. Ein weiteres strukturelles Problem betrifft vor allem die Schweizer Seite: So besteht hier aus Sicht der Pflegeberaterinnen ein Überangebot an Hilfsmöglichkeiten, jedoch kein wirkungsvolles **kein Case Management**, das für eine Strukturierung sorgen könnte:

- „Also was nicht so gut oder nicht so gut, es läuft, es gibt sehr viel; vielleicht ist es das: Es gibt fast zu viel. Es ist ein Dschungel. Und sogar ich als Profi muss mich immer wieder neu orientieren“ (SB5B, 141).
- 5. Ebenfalls besonders auf Schweizer Seite wird ein erheblicher **Mangel an Heimplätzen**, resp. an Plätzen in Wohneinheiten aufgrund hoher **Kosten** beklagt und da aufgrund der überwiegend privatwirtschaftlich organisierten Trägerschaft kein Aufnahmezwang für die Institutionen besteht:
 - „Ja. 10.000 Franken sind bei uns so glaube ich 8.000 Euro. (lachen) Unvorstellbar“. (SB2B, 214-219)
 - „I: Also alles privat. B: Schöne Räume, alles, sind privatrechtlich, das heißt sie haben keinen Aufnahmezwang. Die können sagen, „nein, sie passen nicht zu uns“ (SB3B, 18-19).

Aus dem Mangel an stationären Plätzen resultieren z.T. sehr lange Wartezeiten, in denen die Pflegebedürftigen auch bei ausgeprägter Hilflosigkeit familiär versorgt werden müssen.

- 6. Schließlich wurde von Schweizer Pflegeberater_innen darauf hingewiesen, dass im System bisher keine Berücksichtigung der Zusatzaufwendungen für Demenz-Kranke stattfindet, was in Deutschland mit der Pflegestufe „0“ einer gewissen Regelung zugeführt ist.

Viele genannte pflegebezogenen Probleme ähneln sich wiederum in beiden Systemen. So wurde von den Pflegeberater_innen beider Seiten darauf hingewiesen, dass die **Unterstützung** für die familiär Pflegenden zu gering ist und dass die Pflege eine zu **geringe Wertschätzung** in der Gesellschaft erfährt. Weiterhin besteht offenbar häufig eine rechtliche Problematik, da unklar ist, wer bei Unfällen im Rahmen der familiären Pflege haftet. Die ambulante Pflege ist in beiden Systemen durch völlige Auslastung und einen grassierenden Personalnotstand geprägt, auch für den stationären Bereich können kaum ausreichend Pflegekräfte rekrutiert werden, so der Eindruck. Sowohl die deutschen Pflegeberater_innen als auch ihre Schweizer Kolleg_innen wiesen darauf hin, dass die **medizinische Versorgung** in den stationären Institutionen oft mangelhaft ist, da zum einen zu wenig Ärztinnen und Ärzte zu Verfügung stehen und den Pflegekräften nicht die nötige Kompetenz zugebilligt wird, um einfachere medizinische Aufgaben selbst auszuführen.

Daneben bestehen einige **finanzielle Probleme**, welche einerseits den Pflegenotstand befördern, darüber hinaus aber auch **Auswirkungen auf die Lebensweltlichkeit** der Pflegenden und Pflegebedürftigen und die **Lebensqualität** der auf Pflegeleistungen angewiesenen Personengruppen haben. So wurde aus beiden Systemen berichtet, dass die Abrechnungspraxis der Kassen immer rigider wird, mit der Folge, dass viele Leistungen nur unzureichend finanziert werden, die zur Verfügung gestellten Leistungen nicht ausreichen, um den Pflegebedarf zu decken, was viele Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen an die **Grenze ihrer Belastbarkeit** bringt und vielen Pflegeeinrichtungen das Geld fehlt, um benötigtes Personal einzustellen. Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass durch die Umstellung auf das Fallpauschalensystem die Klient_innen nach einem Spital-/ Krankenhaus-Aufenthalt häufig noch sehr labil sind und kaum mit den der Altenpflege zur Verfügung stehenden Mitteln versorgt werden können. Während auf Schweizer Seite weiterhin darauf verwiesen wurde, dass die Hilfsmittel häufig sehr teuer sind (da sie angemietet werden müssen), besteht in Deutschland das

Problem, dass **Kurzzeitpflegeplätze** für pflegerische Notfälle aus finanziellen Gründen zu wenig unterstützt und eingerichtet werden:

- ▶ „In Baden-Württemberg wird ein Dauer-, ein ganzjähriger Kurzzeitpflegeplatz nur mit einem 5%-igen Aufschlag gegenüber einem Langzeitpflegeplatz honoriert. Und da sagen die Träger das reicht nicht. Und bieten deshalb keine Kurzzeitpflegeplätze an, keine dauerhaften, ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätze.“ (DL6B, 58).

Aus den vielfältigen (Schnittstellen-)Problemen resultieren schon heute **Versorgungslücken** und Aspekte der **Fehlversorgung** im Pflegebereich:

- ▶ „Und Versorgungslücken, weil Sie jetzt gerade eben gesprochen haben, Versorgungslücken – in dem Fall eine flächendeckende Versorgung herzustellen. [...] Eben zum Beispiel, genügt das heute im Demenzbereich? Bräuchte es da noch mehr? Oder auch Überversorgung. Wie sieht das jetzt zum Beispiel aus: Genügen die Tagesstätten die wir haben im Kanton Basel-Land und wo bräuchte es noch – und nicht quasi, das heute das ist so ein bisschen Wildwuchs oder jede Institution kann sich da noch für so etwas entscheiden. Und dann untergräbt man sich gegenseitig das Angebot“ (SB9B, 114f).

4.1.6. GRENZÜBERSCHREITENDE ZUSAMMENARBEIT

Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit ist aus Sicht der Pflegeberater_innen durch verschiedene Probleme limitiert, wenngleich selbige **anzustreben** wäre. So ist die Entwicklung eines grenzüberschreitenden Pflegeverbundes häufig durch Inkompatibilitäten beider Pflegesysteme bzw. der Systeme der sozialen Sicherung und der Abrechnungssysteme erschwert.

Häufig ist die Abstimmung zwischen den Akteuren unzureichend, obwohl verfügbare Ressourcen gemeinsam effizienter genutzt werden könnten (z.B. grenznahe Heime oder grenznahe ambulante Pflegedienste). Gewünscht wird von den Pflegeberater_innen insbesondere eine Zusammenarbeit im ambulanten Sektor. Von der geographischen Lage profitieren bisher lediglich einzelne Arbeitnehmer und Pflegebedürftige, nicht aber die Pflegesysteme: So arbeiten deutsche Pflegekräfte vermehrt in der Schweiz (da bessere Entlohnung und bessere Arbeitsbedingungen), während sich Schweizer Pflegebedürftige z.T. in Deutschland behandeln oder pflegen lassen, da hier die gleichen Leistungen zu einem deutlich geringeren Preis erhalten werden können (v.a. akut-medizinischer Bereich, z.T.: auch stationäre Pflege), was jedoch den Pflegenotstand insbesondere in Deutschland verschärft. Der Landkreis Lörrach profitiert aus Perspektive der Pflegeberater_innen bisher kaum von der Grenzlage, da die Expertise der „Grenzgänger“ dem deutschen Pflegesystem verloren geht und deutsche Pflegekräfte teilweise (z.B. über die Vermittlung von Praktika) aus Basel abgeworben werden, was insbesondere auf deutscher Seite zu einem tiefgreifenden Misstrauen gegenüber grenzüberschreitenden Projekten führt:

- ▶ „Misstrauen bei allen die mit Gesundheit zu tun haben. Nicht bei den Patienten. Ja. Bei allen die mit der Gesundheit zu tun haben, aus deutscher (I: Die Leistungen beziehen oder?) Nein, die Leistungen anbieten. Also jetzt hier, das Krankenhaus, der Herr [Name4] vom [Krankenhaus] ... wird Ihnen sagen, 'Sehen Sie, deswegen wollen wir mit den Schweizern eigentlich nichts zu tun haben, die werben uns unter, die zahlen Prämien'. Die zahlen Prämien für Pflegekräfte in Krankenhäusern“ (DL5B, 126).

4.1.7. GESELLSCHAFTLICHE ASPEKTE

Beide Systeme sehen sich von ähnlichen Herausforderungen konfrontiert, die unter der Kategorie „gesellschaftliche Aspekte“ codiert wurden. Als größte Herausforderung zeigt sich die Bewältigung des demographischen Wandels, aus dem eine steigende Anzahl an pflegebedürftigen Personen resultiert, auf die beide Systeme nur unzureichend vorbereitet sind. Insbesondere der zu erwartenden Anstieg an Klient_innen mit demenzieller Erkrankung lässt eine Verdichtung der Probleme erwarten. Aufgrund des sich verschärfenden Fachkräftemangels sind beide Systeme schon heute darauf angewiesen, gezielt Zuwanderer_innen anzuwerben, deren Einsatzfähigkeit durch sprachliche Barrieren jedoch häufig limitiert ist. Im Landkreis Lörrach ist der Fachkräftemangel bereits jetzt so gravierend, das neu errichtete Pflegeheime mangels Personal keine Patient_innen aufnehmen können:

- ▶ *„Wir haben jetzt hier ein neues Heim in Deutschland bekommen, das konnte jetzt lange gar nicht alles belegen, weil sie einfach kein Personal hatten. Die mussten dann, das ist ein größerer Träger, der in ganz Deutschland agiert. Und die haben dann, von überall mussten sie ihre Leute abziehen, damit sie hier überhaupt mal anfangen können mit belegen, ja.“ (DL3B, 60).*

Der demographische Wandel betrifft insbesondere auch die Pflegeberatung, da mit dem **Anstieg** der Pflegebedürftigen auch der Bedarf an Beratungsleistungen ansteigt, zumal eine „Tendenz zur Voraussicht“ zu beobachten ist, die sich dadurch manifestiert, dass sich immer mehr Menschen mittleren Alters beraten lassen, die befürchten, einmal pflegebedürftig zu werden.

Obwohl eine Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Personen zu beobachten ist, **sinkt** aufgrund des wandelnden Pflegeverständnisses auf beiden Seiten die **Bereitschaft zur Pflege** von Angehörigen, da die älteren Generationen aufopferungsvoller und eher zur Pflege von Angehörigen bereit sind, während sich die Jüngeren eher abgrenzen können (v.a. in Deutschland genannt, aber auch in der Schweiz zu erwarten). Dennoch ist aus Sicht der Pflegeberater_innen ein Trend zur häuslichen Pflege zu beobachten, da die **Pflegekosten häufig die Möglichkeiten der Pflegebedürftigen und ihrer Familien übersteigen**, vor allem auf Schweizer Seite ein Mangel an Heimplätzen besteht und viele Pflegebedürftige zuhause sterben wollen. Vor allem in der Schweiz scheinen die Thematiken „Pflegebedürftigkeit“ und „häusliche Pflege“ immer noch **tabuisiert** zu sein, wie von mehreren Pflegeberater_innen berichtet wurde: So nehmen Pflegebedürftige häufig aus Scham keine oder zu spät Hilfe in Anspruch, was den Pflegenotstand verschärft, da bei Inanspruchnahme der Hilfe aufgrund der erhöhten Hilflosigkeit häufig nur noch stationäre Angebote Abhilfe schaffen. Notwendig sind also die Enttabuisierung der Pflege und die Schaffung von Vor-Ort-nahen-Strukturen, die regelmäßig den gesundheitlichen **Status** von älteren Bewohnern der Quartiere überprüfen. Im Kontrast dazu wurde von deutschen Pflegeberater_innen berichtet, dass im Landkreis Lörrach eine Enttabuisierung der Demenz zu beobachten ist, die sich zu einer „gesellschaftlich anerkannten Erkrankung“ entwickelt.

In beiden Systemen wurde von einem starken Misstrauen der Pflegebedürftigen gegenüber Institutionen (insbesondere bezüglich der Abrechnung) berichtet.

4.1.8. ZUKUNFTSWÜNSCHE

Von den Pflegeberater_innen beider Seiten wurden im Rahmen der qualitativen Experten-Interviews verschiedene Zukunftswünsche geäußert, um die Situation der grenzüberschreitenden Pflege zu verbessern. Folgende Visionen wurden dabei genannt:

- Bessere Verknüpfung von Hilfsangeboten, bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Pflege; → Bisher bestehen kaum „Zwischenlösungen“ zwischen ambulantem und stationärem Bereich; die stationäre Pflege stellt häufig eine „Einbahnstraße“ ohne Chance auf Rückkehr in den ambulanten Bereich dar. Gefördert werden sollten also vor allem Konzepte der Kurzzeitpflege.
- Größerer **Personalpool**, bessere Finanzierungssituation, Angebote und Finanzierungsformen müssen sich passgenauer an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientieren
- Stärkere **Unterstützung** der häuslichen Pflege
- Implementierung neuer Pflegeformen, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu verbessern
- **Qualitätsmanagement** für die ambulante Pflege
- Bessere Vernetzung der an der Pflege beteiligten Akteure
- Höhere gesellschaftliche **Wertschätzung** für Pflegeleistungen
- **Abbau von Misstrauen** und gemeinsame Entwicklung einer grenzüberschreitenden Pflegeregion
- Dekonstruktion der Pflegeökonomisierung
 - *Also von daher denke ich müssen wir, ja, also die Triebfeder muss sein: Lass uns eine menschenwürdige Pflege, für eine menschenwürdige Pflege sorgen, denn wir werden die ersten sein, die sie brauchen“ (DL6B, 120)*
- Fokussierung der **Ergebnisqualität** statt der Finanzierung
 - *„Also ich denke da müsste man mehr die Ergebnisqualität im Blick haben, dass halt die Leute am Schluss halt mit dem Geld vernünftig versorgt sind und weniger, was sie jetzt genau an Leistungen in Anspruch nehmen“ (DL3B, 137)*
- **Gesellschaftliches Umdenken:** Pflegebedürftige als „Mitmenschen“:
 - *„Was würden Sie sich denn wünschen für die Zukunft Dass das Alter nicht mehr zum Beispiel vor Wohnung, Alterswohnung, Alterssiedlung, Altersdienst heißt, sondern dass wir in einer Gesellschaft leben wo das Alter, dieses Attribut nicht mehr davorsteht“ (SB6B, 123-124)*

4.1.9. FAZIT

Die Experteninterviews mit den professionell im Bereich Pflege Beratenden weisen in deutlicher Weise auf die Hauptprobleme der Versorgungssysteme hin und verdeutlichen die Notwendigkeit einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit. Beide Systeme stehen vor ähnlichen Herausforderungen, was die Bewältigung des demographischen Wandels angeht: Schon heute besteht grenzüberschreitend ein Mangel an Pflegefachkräften, der sich dadurch manifestiert, dass stationäre Institutionen mangels Personal keine Klient_innen aufnehmen können, zunehmend ausländische Pflegekräfte mit unzureichenden Sprachkenntnissen angeworben werden müssen und auf von deutscher Seite in Richtung Schweiz Personalressourcen abwandern. In beiden Systemen wird ein Großteil der Pflegebedürftigen im familiären Setting versorgt, größtenteils von Frauen, wobei sowohl die Pflegebedürftigen als auch die Pflegenden aufgrund von Hürden nur unzureichend von der Pflegeberatung erreicht werden können. Es ist nötig, einerseits die Niederschwelligkeit der Angebote zu erhöhen als auch Angebote zu schaffen, die den Pflegenden eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und pflegerischer Verantwortung ermöglichen. Familiär Pflegenden fühlen sich häufig allein gelassen und überfordert, da nur unzureichend Hilfe in Anspruch genommen werden kann. Aus Sicht der Pflegeberater_innen ist daher von hoher Relevanz, grenzüberschreitend Angebote zu entwickeln, die den familiär Pflegenden Entlastung bringen, z.B. Pflegekräfte als „Springer“ oder Kurzzeitpflegeplätze, die danach eine Rückkehr ins ambulante Setting ermöglichen. Als hilfreiche Möglichkeit werden im Landkreis Lörrach die Versuche gewertet werden, sowohl Ehrenamtliche in die zeitweise Betreuung von Demenzpatient_innen zu vermitteln als auch nicht-professionelle Pflegekräfte mit Pflegeerfahrung für Pflegeaufgaben zu gewinnen. Allerdings ist dieser Bereich bisher nicht systematisiert, sondern wird über informelle Netzwerke aufrechterhalten, da Bedarf hierfür besteht (Nutzer_innen und Personen, die sich dafür einbringen wollen).

4.2. INTERVIEWS MIT HÄUSLICH PFLEGENDEN

4.2.1. ÜBERSICHT

Von insgesamt 8 Interviews in dieser Gruppe wurden vier mit Frauen als Pflegende geführt (je zwei in Deutschland und in der Schweiz, wobei in einem Fall die pflegebedürftige verwandte Person in Deutschland lebt^m), und vier mit Männern, davon ebenfalls zwei in Deutschland und zwei in der Schweiz. Der Altersdurchschnitt der Interviewteilnehmer_innen in Deutschland liegt bei 62 Jahren (59 bis 64 Jahre), in der Schweiz bei 77.3 Jahren (64 bis 89 Jahre). Gepflegt werden in sechs der Pflegesituationen der/ die Ehepartner_in, einmal ein Elternteil, in einem Fall beide Elternteile. Die pflegebegründenden Diagnosen sind in Tabelle 6 zusammengefasst. Außer in einem Fall liegen bei allen gepflegten Personen Einstufungen bzw. Grade der Hilflosigkeit vor (1x Pflegestufe 1 bzw. leichter Grad von Hilflosigkeit, 4x Pflegestufe 2 bzw. mittlerer Grad von Hilflosigkeit, 3x Pflegestufe 3 bzw. schwerer Grad von Hilflosigkeit).

Das Vorgehen bei den Interviews und der Bearbeitung der Transkripte ist in Kapitel 3 dargestellt. Das Kategoriensystem mit Haupt- und Unterkategorien und der jeweiligen Besetzung findet sich in nachstehender Tabelle 8. Die Ergebnisse werden in Reihenfolge des Kategoriensystems dargestellt.

Code-Nr.	Haupt-/ Unter-codes	Anzahl Codierungen (insg. 692)
1	Beratungseinrichtung	12
2	Unterstützende entlastende Angebote	46
	2.1 Grenzüberschreitende Angebote	13
	2.2 Geschlechterspezifische Angebote	1
	2.3 Angebotslücken	9
3	Angebotstransparenz und -struktur	28
	3.1 Informationsquellen	31
	3.2 Angebotsnutzung	29
	3.3 Erhalt der Leistungen	51
	3.4 Erfolgreiche Umsetzung	18
4	Profil der (informell) Pflegenden	73
	4.1 Wohnen	21
	4.2 Transportmittel	11
	4.3 Einstellungen und Bedarfe	95
	4.4 Umgang mit der Pflegebedürftigkeit	45
5	Profil der Pflegebedürftigen	106
6	Alltag	37
7	Gesellschaftliche Aspekte	10
8	Was läuft nicht so gut?	20
9	Was läuft gut?	17
10	Zukunftswünsche	19

Tabelle 8: Codesystem (informell) Pflegende

^m Die Aussagen zur Versorgung in der häuslichen Pflege fließen in die Ergebnisse auf deutscher Seite mit ein.

4.2.2. BERATUNGSEINRICHTUNGEN

Auf die Frage, welche (öffentlichen) Beratungseinrichtungen zur (häuslichen) Pflege bekannt seien und genutzt werden, nannten Gesprächspartner_innen auf deutscher Seite: Demenzberatung, Krankenkassen, Pflegekassen, Rathaus (Versorgungsamt), den ambulanten, Pflegedienst, sowie den Pflegestützpunkt:

- ▶ *„Aber die erste Anlaufstelle, die allererste war ein Pflegestützpunkt, eine Beratungsstelle. Und da habe ich erst mal auch abgeklärt, welche Kosten da auf uns zukommen und wie das überhaupt mit der Pflegestufe ist. Weil die waren noch gar nicht in einer Pflegestufe zu diesem Zeitpunkt.“ (DL2PA;35)*

Die Schweizer Interviewteilnehmenden nannten und nutzten: die Fachstelle Alter, Spital Memory Klinik zur Abklärung von Demenz, sowie den Schweizer ambulanten Dienst - Spitex (öffentlich). Erwähnenswert ist hier, dass in einem Fall, obwohl die pflegebedürftige Person in Deutschland lebt, die Memory Klinik zur Beratung (und Abklärung) aufgesucht wurde. Das Fehlen von Beratungseinrichtungen für spezielle Demenformen (z. B. Lewy-Body) wird als Mangel in der Versorgung wahrgenommen:

- ▶ *„Ich weiß nicht, ich hätte gerne jemand wo mir konkret sagt, das oder jenes Angebot gibt es. Anstatt jemand wo mir sagt, das kann sein, [...] 80 Prozent sagen, fragen danach oder haben diese Halluzinationen, wenden Sie sich an der Memory-Klinik.“ (DLPA1;217)*

Die meisten Befragten in beiden Ländern können sich an das Zustandekommen des Erstkontakts zu einer Anlaufstelle nicht genau erinnern. Oft werden viele Informationsstellen parallel zueinander aufgesucht. Es wird zum Ausdruck gebracht, dass es den institutionellen Einrichtungen oft an Praxisbezug fehle und im Alltag wichtige Aspekte, wie z. B. Probleme durch krankheitsbedingte Verhaltensveränderungen, dort wenig Beachtung finden. Ausnahmen werden positiv konnotiert:

- ▶ *„Wie das Gespräch mit [Name]. Das fand ich jetzt sehr, sehr gut. Sehr, ja sagen wir mal, sehr, sehr fruchtbar das Gespräch. Nicht! Das war so ein Gespräch, wo man sich wirklich mal über Probleme austauschen konnte, ja. Die medizinischen Fakten, die weiß ich auch so, ja, nicht, und ich weiß, dass da sowieso nichts zu ändern ist.“ (DL5PA;44)*

4.2.3. UNTERSTÜTZENDE UND ENTLASTENDE ANGEBOTE

Die Grund- und Behandlungspflege, zum Teil auch die hauswirtschaftliche Hilfe der ambulante Dienste/ Spitex, aber auch Therapien wie z. B. Physiotherapie werden als unverzichtbare professionelle Unterstützung genannt: *„Ja. Sie hat zweimal in der Woche Physiotherapie.“ (SB1PA;100)*

Des Weiteren wird in beiden Ländern auch die (selbstorganisierte) Hilfe von privaten Personen, von Bekannten, Freunden, weiteren Angehörigen und Nachbarn bei alltäglichen Dingen wie z.B. beim Einkaufen, für den Garten, administrative Unterstützung bei Anträgen, bei der Betreuung und Kommunikation, als unerlässlich für die häusliche Versorgung beschrieben.

- ▶ *„...ich habe auch zum Beispiel eine Frau im Haus, wo ein, oder zwei Tage mal in der Woche mit ihr sich unterhält.“ (SB3PA;54)*

Als entlastend werden auch Angebote der Pflegeeinrichtungen wie z. B. Tages- und Kurzzeitpflege mit Therapieangeboten sowie Gedächtnistraining für demenziell Erkrankte empfunden – zusätzlich in der Funktion als den Selbstwert des Pflegebedürftigen und die positive Wahrnehmung durch die pflegende Person erhöhend:

- ▶ *„Er hat Therapien, hat Gedächtnistraining und auch sonst Sachen. Ein wenig schreiben oder so.“* (SB2PA;122)

Manche berichten von Kursangeboten, z. B. Pflegekurse zum „*richtigen Lagern*“. Eine weitere unverzichtbare Hilfen für den Alltag sind die Hilfsmittel wie Rollstühle, Aufstehhilfen, spezielle Telefone für Schwerhörige, elektrische Betten und Dekubitus Matratzen. Aber auch **barrierefreie Wohnmöglichkeiten bzw. Wohnformen** werden als unverzichtbar für ein Wohnen in der häuslichen Pflege dargestellt, und die Verfügbarkeit von **Transportmitteln** als Zugang zur Versorgung, z. B. zu Arztbesuchen, Klinikterminen und Einkaufsmöglichkeiten.

4.2.4. GRENZÜBERSCHREITENDEN ANGEBOTE

Die deutschen Interviewteilnehmenden haben teilweise bereits die ambulante medizinische Leistungen auf Schweizer Seite in Anspruch genommen (z. B. Behandlungen in einer Augenklinik, Abklärung von Demenz in der Memory-Klinik in Basel). Auch über stationäre Aufenthalte im Nachbarland wird berichtet:

- ▶ *„Ja, sie war ja in [Stadt], das ist Schweiz und da war sie früher in der [medizinisches Fach].“* (DL2PA, 133).

Darüber hinausgehende grenzüberschreitende Angebote, insbesondere Pflegedienstleistungen, nannten die Interviewpartner_innen auf deutscher Seite nicht. Als **Grund** dafür, Angebote im Nachbarland in Anspruch zu nehmen, wurde die hohe Qualität in der medizinischen Versorgung in der Schweiz genannt: für eine qualitativ hochwertige Versorgung sei man auch bereit, falls es die finanziellen Mittel zulassen, ggf. als Selbstzahler einzuspringen bzw. einen Teil der Kosten zu übernehmen:

- ▶ *„Ja, wenn es ein gutes Angebot ist, immer. Ja. Auch jetzt unabhängig von den Kosten. Schon, doch, doch.“* (DL5PA;161)

Auch haben die meisten Befragten eine **Zusatzversicherung** für medizinische Leistungen in der Schweiz. Emotionale Bindungen wie z.B. das „Heimatgefühl“ sprechen allerdings meist gegen *stationäre* Angebote in der Schweiz.

Die Schweizer Gesprächspartner_innen nennen mit Blick auf die Nutzung von Angeboten auf deutscher Seite, verschiedene medizinische Leistungen wie z. B. die zahnärztliche Versorgung und auch stationäre Behandlungen, wie z. B. Operationen und Rehabilitation:

- ▶ *„Ja, das war eigentlich die Reha, sie hatte dann zwei Operationen wegen dem Dekubitus und dann ist dort auch eine Reha-Abteilung im Spital und dann war sie eben noch dort...“* (SB1PA;192-194)

Aus Schweizer Perspektive ist es von Vorteil, länderübergreifend Angebote in Deutschland wahrzunehmen, weil dort die **medizinischen Leistungen günstiger** sind.

4.2.5. GESCHLECHTERSPEZIFISCHE ANGBOTE

Lediglich einmal in den Gesprächen kam es zu einer Aussage, in der unterschiedliche Bedürfnisse geschlechtsbezogen formuliert werden:

- ▶ *„Mein Vater ist eher derjenige, der genügsamer ist. Ja. Also meine Mutter braucht in der Situation in der sie ist jeden Tag jemand, der sie auch betreut und der sie persönlich anspricht.“ (DL2PA;51)*

Allerdings wird dies hier als persönliche Besonderheit berichtet und ein spezielles Betreuungsangebot in diesem Pflegesetting nicht in Anspruch genommen. Eine Reflektion unterschiedlicher Bedürfnisse bei den beiden Geschlechtern kommt in der Gruppe der Pflegenden kaum zum Ausdruck.

4.2.6. ANGBOTSLÜCKEN

In einem Fall wird ein fehlendes nächtliches Versorgungsangebot („*fehlender Nachtdienst*“) als Angebotslücke berichtet. Mehrfach genannt werden fehlende Austauschmöglichkeiten mit anderen Angehörigen, z.B. in Form von Angehörigengruppen.

- ▶ *„mir wurde das auch immer wieder empfohlen, „achten Sie auch auf sich selbst“ ...“ (DL5PA;87)*

Derartige Angebote zum Austausch von Erfahrungen und Informationen zur Selbsthilfe werden von anderen kritisch gesehen oder ganz abgelehnt:

- ▶ *„Nein, um Gottes Willen. Nein, das wollte ich nicht (DL2PA;82-83) [...]Aber ich brauche nicht eine Selbsthilfegruppe, weil, dann weiß ich, da gehöre ich irgendwie ja nicht dazu, weil. Sagen wir so: mich frustriert das wenn ich dann andere sehe, die aus kleinen Dingen ein Riesenproblem machen, wo ich dann denke, mein Gott...“ (DL2PA;85).*

Häufiger wird der Mangel an Informationsveranstaltungen von fachlich qualifizierten Organisationen beklagt, die sich professionell mit Pflege beschäftigen:

- ▶ *„Einfach, ich würde mal sagen, von der Organisation her, ein Angebot an das sich Angehörige wenden können, um diese Probleme besser zu verstehen. Und um die besser handhaben zu können, ohne dass man sich gegenseitig aufreibt.“ (DL5PA;137)*

Andere Interviewte sehen eine große Lücke in der Versorgung darin, dass man in schwierigen Pflegesituationen, die im Pflegealltag oft plötzlich auftreten, nicht auf **Entscheidungshilfen** zurückgreifen kann.

- ▶ *I: Sie bräuchten eigentlich jemand zur Hilfe auch für Entscheidungen?
B: Ja, das ist es. Ich meine, wenn die Kinder; ich sage mal so: der sagt so, der sagt so....(DL3PA;85-86)*

Informell Pflegenden fühlen sich in **ihrer belastenden Situation oft völlig überfordert** und wissen nicht, welche Entscheidung die richtige ist für die Person, die sie pflegen, **für die sie entscheiden und für die Verantwortung tragen müssen**. Dies kann zu einer weiteren **Verkettung von Belastungen im Familiensystem führen**.

- ▶ *„Aber wenn ich da noch länger umeinander gucke und Angebote hole, dann ist es...[...]Darum sagt der Sohn, hättest du das nicht abbezahlt. Jetzt könntest du es bezahlen. Jetzt kostet es mehr.“ (DL3PA;86)*

Ferner wird das Fehlen von spezialisierten **Beratungsstellen** als Mangel gesehen, die sich mit den unterschiedlichen **Demenzformen** auseinandersetzen. Das heißt, es fehlen den Pflegenden wichtige Informationen für das Verstehen der Krankheit und das Wissen über unterschiedliche Umgangsformen mit der Erkrankung:

- *„Und am meisten, was sage ich, was sage ich jetzt in der Situation? Es ist nicht schwer. Und dann sage ich, was sag ich, das Richtige in der Situation, dass es ihm wohl ist. Das ist es. Es muss nicht mir wohl sein, es muss ihm wohl sein.“ (DL1PA;288)*

Deutlich wird das Fehlen von Angeboten, die **explizit Schwerpunkte** setzen und Maßnahmen auf das spezifische Krankheitsbild (präventiv oder als Rehabilitationsmaßnahme) ausgerichtet vorhalten bzw. auf den jeweiligen zu Pflegenden abstimmen.

Vor allem fehlt es an Angeboten, die sich **flexibel an Pflegesituationen und –stile anpassen**. In den Gesprächen wird deutlich, dass Pflegesituationen einem ständigen Wandel unterliegen, was die Erkrankung, den Versorgungskontext und die familiärer Beziehungen betrifft. Auch unterschiedliche Pflegestile und Persönlichkeitsmerkmale der zu Pflegenden bestimmen den Unterstützungsbedarf und Bedarf an Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige.

- *„Dann ist er weg. Bis ich aber dies oder das gemacht habe oder zum Einkaufen war, habe ich mich noch nicht erholt, und dann kommt er ja schon wieder bald.“ (DL3PA;68)*

4.2.7. ANGEBOTSTRANSparenZ UND STRUKTUR

Dieser Kategorie kommt in der Untersuchung eine zentrale Bedeutung zu. Die starke Gewichtung, die sie in Aussagen erfährt, ist bereits darauf zurückzuführen, dass sie **den Zugang zur Pflegeversorgung**, den Weg und die möglichen Informationsstellen zur Inanspruchnahme für Pflegeleistungen abbildet. Die Unterkategorien - Transparenz und Strukturen, - Informationsquellen, - Angebotsnutzung, - Erhalt von Leistungen und - Erfolgreiche Umsetzungen zusammen dargestellt.

Als starke Barrieren werden die teilweise **unstrukturierten, unverständlichen und nicht aktuellen Informationen** über die jeweiligen Angebote empfunden:

- *„ Ich habe aber dann gemerkt, also das ist unheimlich komplex. Ich wusste ja nichts von Pflegestufe. Gar nichts. Und dann habe ich gemerkt, dann habe ich immer wieder widersprüchliche Aussagen bekommen. Die eine Stelle sagt so, die andere sagte so.“ (DL2PA;39)*
- *Ja, und die Krankenkasse oder Pflege- sagt mir was anderes. Die einen sagen, ja, das wird so und so gemanagt oder das fällt unter dieses, unter jenes. Und ich musste immer wieder das verifizieren. Und ich habe immer dann extra zwei oder drei Stellen unabhängig abtelefoniert und mal gehört, okay, was sagen die dazu? Habe die wieder konfrontiert mit der Aussage von den anderen, bis ich am Schluss eine logische und sinnvolle und eine Antwort hatte, mit der ich irgendwie umgehen konnte. Das war sehr aufwändig.“ (DL2PA; 41)*

Dieses Zitat zeigt beispielhaft, wie schwierig es ist, an notwendige Informationen für Angebote und deren Finanzierbarkeit zu gelangen und wie groß der damit verbundene Bürokratieaufwand ist:

- *„Ja, und eben mit der Bürokratie, das ist halt auch schlecht.“ (DL3PA, 203)*

- „An die Informationen zu kommen ist richtiger Kampf, ja.“ (DL4PA;189).

Es bedarf einer starken **Eigenbeteiligung** sowie großen **Durchsetzungsvermögens** und Ausdauer um einen Zugang zur Pflegeversorgung zu erhalten, die besonders stark kognitiv und körperlich eingeschränkte Menschen, z. B. Pflegebedürftigen, die von niemandem gepflegt werden, oftmals nicht haben können. Ferner trifft es auch Personen, die z.B. plötzlich in eine Pflegesituation kommen, oder deren Pflegesituation sich dramatisch verändert:

- „Wo das richtig zum Ausbruch kam und sie dann im Rolli saß, standen wir da wie der Ochse vorm Berg.“ (DL4PA;177)

Eine Pflegende betont eine weitere Schwierigkeit: „die Konzentration auf das Wesentliche“ bei einer solchen Fülle von verfügbaren Informationen und der Komplexität des Themas:

- „Und durch die Fülle der Information, so wie Sie jetzt wieder gesagt haben, ja, es ist ja gar nicht nachvollziehbar....“ (DL2PA;63)

Nicht ausreichend reibungslose Abläufe zwischen den unterschiedlichen ambulanten und stationären Bereichen, bedingt durch fehlende Kooperation und Verantwortung, werden als weitere Barrieren in der Versorgung beschrieben:

- „Keiner hat das irgendwie angeboten. Der Hausarzt hat gesagt, das ist Ihr Problem.“ (DL5PA;127)

Außer den oben genannten öffentlichen Beratungsstellen (siehe 5.2) werden die Mund-zu- Mund-propaganda, Hausärzte, Sozialdienste, ambulante Dienste/ Spitex und Orthopädiegeschäfte als wichtige Informationsquellen genannt. Aber auch Öffentlichkeitsarbeit, bspw. Messestände, Tagungen, sowie Printmedien in jeglicher Form dienen als Informationsquellen. Darüber hinaus sind besonders die stationären Einrichtungen, die **Spitäler in der Schweiz**, eine wichtige Informationsquelle und Wegweisende zu Pflegeangeboten und zur Versorgung:

- „Vom Spital her haben sie mir die Adressen gegeben und...“ (SB3PA;86)

Auch das Internet wird in beiden Ländern als Zugangsmöglichkeit zu Informationen genannt. Und auch die dürftigen Informationsquellen zu den **unterschiedlichen Demenzformen** tauchen hier wieder auf:

- „Ich weiß nicht, ich hätte gerne jemand wo mir konkret, die sagen mir da, da, da oder das Angebot gibt es. Aber jemand wo mir sagt, das kann sein, dass wir das sagen, 80 Prozent sagen, fragen danach oder haben diese Halluzinationen, wenden Sie sich an die. (DLPA;217)

Die Angebotsnutzung erweist sich als in Abhängigkeit stehend

- vom **Pflegebedarf**
- der **Finanzierbarkeit von der Versorgung durch medizinische und pflegerische Normen und Standards, wie beispielsweise die Pflegeeinstufung (SGBXII) / Hilflosenentschädigung (AHV**

/IV), Zuschüssen von Staat/Kanton, Zusatzversicherungen und die eigene finanzielle Situation

- **von den vorhandenen Angebotsressourcen z. B. begrenzte Anzahl an Kurzzeitpflegeplätzen**
- **den zugänglichen Informationen**

➤ *B: Ja. Ich sag es jetzt mal so, vorher wenig Information.*

I: Okay. Das heißt Sie wussten darüber überhaupt nichts?

B: Nicht genau. Ich wusste, es gibt irgendwas, ja, aber nicht genau.

I: Sie wussten nicht, was es genau gibt. Sonst hätten Sie es auch schon früher in Anspruch genommen?

B: Sicher. (DL4PA;141-145)

sowie von

- **persönlichen Gründen und Einstellungen**
z. B. werden bestimmte Angebote aus Überzeugung nicht in Anspruch genommen, beispielsweise Angebote zur stationären Versorgung:

➤ *„Ja. Also ich geb sie niemals ab. Niemals.“ (DL4PA, 235)*

Und schließlich wird auch kein Bedarf zur Nutzung von verschiedenen Unterstützungsmöglichkeiten zur Pflegeentlastung gesehen:

➤ *„I: Das heißt, da bräuchten Sie zum Beispiel keine Entlastung, dass Sie einfach mal sagen, ich bräuchte jemanden für die Nacht?*

B: Nein, da habe ich keine Probleme.“ (SB3PA;243-244)

Zugleich können **persönliche Gründe und Einstellungen auch innere Nutzungsbarrieren** darstellen, sozusagen als „die Barrieren hinter den Barrieren“. Bei Menschen, die notwendig Hilfe bräuchten, aber die **Pflegesituation nicht akzeptieren bzw. ungerne fremde Hilfe annehmen** wollen, kommt es unter Umständen zur **Unterversorgung** und absoluten Überbelastungen, die zu massiven **Gesundheitsschäden** führen können.

Die Umsetzung der häuslichen Pflege kann als Bündelung der vorherigen Kategorien gesehen werden und bedeutet vor allem **das Anrecht und den Zugriff auf Informationen, die transparent und verlässlich - und bekannt sind.**

Darüber hinaus sollten z. B. **Kurzzeitpflegeplätze ohne Wartezeiten** für Pflegende unbegrenzt und bedarfsgerecht vorhanden sein.

Aber auch eine verbesserte Kooperation und Kommunikation zwischen den ambulanten und stationären Bereichen erscheint nötig, damit Versorgungsabbrüche vermieden werden. Eingefordert wird die Finanzierung einer bedarfs- und bedürfnisorientierten Pflege und Hilfe bzw. Unterstützung, die nicht nur die ökonomischen Gesichtspunkte beachtet, sondern stärker auf die **ethischen und individuellen Bedarfe** und Bedürfnisse abzielt:

- *„Bin ich zur Krankenkasse und hab gesagt, so und so, das und das Medikament wird sie behandelt in Freiburg. Nur dass ihr das wisst. Haben wir zwei Tage später ein Schreiben gekriegt, abgelehnt.“*
(DL4PA;19)

4.2.8. PROFIL DER INFORMELL PFLEGENDEN

Die Kategorie „Profil der informell Pflegenden“ beinhaltet weitere Unterkategorien a) Wohnen b) Transportmittel c) Einstellungen und Bedarfe und d) Umgang mit der Pflegebedürftigkeit, die zusammengefasst dargestellt werden. Dieser Themenbereich berücksichtigt die Aspekte der Lebensweise, des sozialen Status und des Familienzusammenhalts der Befragten um somit die Kriterien fassen zu können für die **Übernahme von Pflege und die jeweilige Art des Umgangs bzw. Bewältigung mit der Pflegesituation.**

Im Hinblick auf das Familiensystem berichten einige der Pflegenden von schwierigen Verhältnissen innerhalb der Familie. Dies können Erbstreitigkeiten sein oder bereits im Vorfeld der Pflegesituation aufgetretene familiäre Probleme, sowie die Weigerung von Angehörige in die Care-Situation einbezogen zu werden:

- *„Meine Schwester wollte am Anfang sich gar nicht involvieren und hat gesagt, das ist meine Sache.“*
(DL2PA;59)

Auch große räumliche Distanzen zwischen den Familienangehörigen können für eine gemeinsame Pflege hinderlich sein. Zusätzlich erschwerend ist für Pflegende die Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und der eigenen Familie, besonders für jüngere Angehörige, die ihre Karrieren vor Augen haben und in der Familiengründung stecken:

- *„Meine Tochter ist in [Stadt], ja, sehr eingespannt beruflich, hat Familie, zwei kleine Kinder, beruflich sehr eingespannt. Der Sohn wohnt in [Stadt], ist auch eingespannt, weil er auch ein kleines Kind hat.“*
(DL5PA;66)

Ferner möchten einige Gesprächspartner_innen ihre eigenen Kinder nicht mit der Pflegesituation belasten oder sich nicht aufdrängen und um Hilfe bitten:

- *„Nein, man kann die Jungen nicht so belasten.“* (SB2PA;422)

Die Beweggründe zur Übernahme von Pflege sind unterschiedlich und erfolgen **oft auch bei geringem bis keinem Familienzusammenhalt.** Zum einen werden hohes **Pflichtgefühl** und Verantwortungsbewusstsein genannt. Aber auch Mitgefühl für die Betroffenen, sowie pragmatische Gründe: a) die berufliche Situation lässt es zu, beispielsweise bedingt durch ein eigenes Unternehmen, b) die geographischen Bedingungen der Pflegenden, c) sowie der Erwerbsstatus – pensioniert:

- *„Das schon, aber ich meine, zum Glück bin ich pensioniert, sonst ging es ja nicht.“* (SB1PA;72)

Besonders bei Ehepartnern ist die emotionale Bindung und Liebe ein wesentlicher Grund für die Pflege:

- *„Nee, weil, ich sag für mich ist das, wir sind 41 Jahre verheiratet.[...] Ja, also für mich ist das einfach so, ja. Ich hätte auch sagen können vor 20 Jahren ich geh.“ (DL4PA;307-309)*

Das hohe Maß an Belastungen im Pflegealltag, zumal wenn das Ziel *„eine hochwertige Pflege“* ist, kann nur durch eine besondere Persönlichkeit und Einstellung bewältigt werden, wie einige der Interviewteilnehmenden berichten. Dazu zählen die Bereitschaft zum Einbringen der eigenen Person/ Persönlichkeit, **Selbständigkeit, Ausdauer und Motivation** - beispielweise auch bei der Beantragung von Leistungen für die Versorgung, **gutes Organisationsgeschick sowie Kreativität:**

- *„So haben wir es so belassen bis mir die glorreiche Idee kam mit dem Plattform-Lift.“ (SB1PA;46)*

Allerdings zeigt sich, dass sich diese Eigenschaften und Einstellungen nicht nur aus dem biographischen Verlauf begründen, sondern sich auch **entwickeln im Gesamtprozess des Pflegealltags.**

Neben den positiven Haltungen und Einstellungen treten aber auch **Ängste** auf, beispielsweise um **die weitere Finanzierbarkeit der Pflegeversorgung** und den **Unterhalt im eigenen Heim.** Aber auch die Sorge, der Pflegerolle nicht gerecht zu werden, bedeutet eine hohe psychische Beanspruchung.

Die Möglichkeit eigener Freizeitgestaltung gestehen sich wenige Gesprächspartner zu:

- *„Dann geh ich mit meiner Schwester Kommissionen machen und einen Kaffee trinken.“ (SB2PA;269)*

Allerdings kann dies eine wichtige Intervention und Entlastung für die Pflegenden darstellen, um Kraft zu sammeln und für kurze Zeit vom Pflegealltag abzuschalten. Besonders problematische Verhaltensweisen von demenziell Erkrankten, die praktisch eine „24 Stunden Betreuung“ benötigen, stellt eine hohe Belastung für die informell Pflegenden dar:

- *„Manchmal schon, ja. Ich fühl mich, manchmal fühl ich mich ausgesprochen, sagen wir mal seelisch erschöpft. Ja. Das schon, ja also das ganz eindeutig. Aber ich würde mal sagen, meiner Frau zuliebe oder so, nehme ich das also gerne auf mich.“ (DL5PA;96)*

Dieses Zitat zeigt beispielhaft, unter welcher **enormen Belastung** Pflegende stehen. Gefühle von Zu-neigung, Liebe und Verbundenheit, der Wunsch, nicht enttäuschen zu wollen, dienen als Motivation und Erleichterung zur Bewältigung des Alltags. Überwiegend stellen Pflegende eigene Ansprüche und Bedürfnisse völlig zurück. Teilweise führt diese Verhaltensweise bei einigen Befragten zur absoluten Selbstaufgabe:

- *„Ja, mein Leben besteht nur aus Pflege.“ (DL4PA;101)*

Zugleich ist der Umgang mit der Pflegebedürftigkeit bzw. die Akzeptanz der Pflegesituation für Pfle-gende auch psychisch sehr belastend. Besonders diejenigen, die demenzielle Erkrankte pflegen, äußern eine extrem hohe psychische Beanspruchung. Sie müssen sich im Verlauf der Krankheit damit auseinandersetzen, dass sie ihren Lebenspartner_in verlieren, möglicherweise bereits in schubweise veränderten Verhaltensweisen und **Wesensveränderungen**, die in starker Abhängigkeit zum Krankheitsverlauf stehen:

- *„Ja, die alltäglichen gar nicht, sondern ich sag das immer, wenn meine Frau so schwarze Phasen hat, ja, so Phasen hat, wo sie dann eigentlich so total abstürzt und sehr aggressiv...“ (DL5PA; 46)*

Nur wenigen der Gesprächspartner_innen gelingt es, die Pflegesituation so zu akzeptieren, dass sie daraus **positive Aspekte** ziehen zu können:

- *„Ja, man muss das Beste draus machen. Man kann auch nicht den Kopf in den Sand stecken wegen dem. Aber ich meine, ohne mich, er könnte gar nicht mehr daheim sein.“ (SB2PA;304)*

Eine wichtige Hilfestellung für Pflegende sind soziale Kontakte, der Austausch mit anderen Menschen, mit denen sie über die Probleme, mit denen sie der Pflegealltag konfrontiert, sprechen können. Vorzug gegeben wird nicht so sehr Gesprächen in Form von Selbsthilfegruppen, sondern vielmehr dem Austausch mit Freunden und Familienmitgliedern. Allerdings gibt es diese Möglichkeit zum Austausch nur bei wenigen:

- *„: Und seit wann haben Sie das Gefühl, dass sich die Freunde und Verwandtschaft und, ja, Familie abgewendet hat? B: Seit sie im Rollstuhl sitzt.“ (DL4PA;102-103)*

Die Abkehr der Umwelt betrifft nicht nur die informell Pflegenden, die unmittelbar von der Pflegesituation betroffen sind, sondern auch ihr nahes Umfeld, das von der der Pflegesituation *mit* betroffen ist. Sofern dieses nicht geschieht bzw. gefördert, wird kommt es zur **Ablehnung der betroffenen Personen durch Familie und Freunde und damit zur Ausgrenzung und sozialen Isolation der Pflegenden bzw. aller in die jeweilige Care-Situation einbezogenen Personen.**

Eine **Wohnraumanpassung** scheint in Pflegesituationen überwiegend unabdingbar.

- *„...weil da wo wir vorher gewohnt haben, da waren wir im dritten Stock. Das war eine normale Wohnung, also nicht barrierefrei wie die hier, weil, die hier ist ja barrierefrei. Da musste ich sie von einem Raum in den anderen, egal ob Bad, Küche oder Wohnzimmer, Schlafzimmer, egal, hab ich sie getragen.“ (DL4PA;20)*

In einem barrierefreienⁿ Wohnraum zu leben ist für den Großteil der Interviewpartner_innen mittlerweile realisiert, auf eigene Initiative hin, entweder mittels Umstellen des Mobiliars in der Wohnung, durch Umzug in ein barrierefreies Betreutes Wohnen, oder durch selbstfinanzierte teure Umbaumaßnahmen im eigenen Haus. Sofern solche Maßnahmen nicht erfolgen, wird bereits Wohnen im ersten Stock zu einer grundlegenden Hürde für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, sobald die eigenen Kräfte nachlassen:

- *„Da musste sie oben bleiben. Sie konnte nicht mehr umsteigen. Das hätte immer zwei Personen gebraucht, oder.“ (SB1PA;40)*

ⁿ vgl. § 4 BGG Behindertengleichstellungsgesetz

Wesentlich ist auch die Anbindung an bzw. der Zugang zu **Transportmittel** wie Zug, Bahn, Auto, bereits für die alltägliche Versorgung: beispielsweise für Einkaufsmöglichkeiten, Arzttermine, Therapie, Behandlungen; problematisch ist zudem der Kostenfaktor: Taxis sind teilweise sehr kostenaufwendig und selbst zu bezahlen. Die Lösungen sind abhängig von der persönlichen Finanzkraft.

- ▶ „Also ich habe da auch sehr viele Taxiangebote, wo, wo, wo ich zum Beispiel ein Drittel vom Betrag bezahle.“ (SB3PA;268)

Auffällig ist, dass weibliche Pflegende oft keinen Führerschein besitzen oder diesen bereits abgeben haben:

- ▶ „Ja der ist immer gefahren. Wenn wir fort sind ist immer er gefahren. Und nachher bin ich fast nie gefahren und dann hab ich gefunden, für was soll ich eigentlich den Ausweis behalten und immer zum Doktor gehen, dann gebe ich ihn ab und fertig.“ (SB2PA;282)

Es wird erhofft, dass die subjektiven Belastungen der jeweiligen Pflegesituation in neuen Konzepten zur Bewältigung der Pflegeaufgaben stärker berücksichtigt werden.

Positive Aspekte in der Pfl egetätigkeit zu sehen, sollten gefördert werden - beispielsweise das Gefühl „gebraucht zu werden“ und die Erfahrung von Selbstwert durch die geleistete Arbeit. Auch soziale Unterstützung und Bewältigungsstrategien für den Alltag sind wichtig, welche die Kompetenzen der Pflegenden stärken. Nur so lassen sich Ressourcen aufrechterhalten bzw. schaffen. Die Sensibilisierung des nahen Umfelds und die **Stärkung des Zusammenhalts im Familiensystem sollte verstärkt in die Arbeit von professionellen Fachkräften aufgenommen** werden. Insbesondere wäre der wertschätzende Umgang von professionellen Pflegediensten mit pflegenden Angehörigen, der nicht immer geübt wird, ein wesentlicher Schritt.

4.2.9. PROFIL DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN UND ALLTAG

Die Care-Situationen, die sich in den Interviews widerspiegeln, tragen individuelle Züge, sei es hinsichtlich des Betreuungsgrunds, Pflegebedarfs, den zu Gebote stehenden Ressourcen und Pflegepersonen, den familiären Bezügen, den (Pflege-)Biographien und der Ausgestaltung der Versorgung (Inanspruchnahme von Pflegedienst, nachbarliche Hilfen etc.). Entsprechend ist auch das subjektive Belastungsempfinden unterschiedlich und nicht zuletzt abhängig von der **Trag- und Zukunftsfähigkeit** der gefundenen Lösungen. Bei unsicherer **Perspektive** (finanziell, unterstützende Personen fehlen oder fallen weg) werden vermehrt Erschöpfung, Müdigkeit und Belastung geäußert.

Erwähnenswert ist, dass Pflegebedürftige häufig **starke Medikamenten** einnehmen müssen. Will man dadurch möglicherweise auftretende Komplikationen vermeiden, führt das zwangsläufig zu einer stärkeren Überwachung, was für den Pflegenden eine weitere Belastung bedeutet:

- ▶ „Und mit Medikamenten, Schlafmittel oder so ist es natürlich auch schwierig, weil dann die Sturzgefahr zu groß ist.“ (DL1PA;184)

4.2.10. GESELLSCHAFTLICHE ASPEKTE

Die Auseinandersetzung mit der Pflegebedürftigkeit in der Gesellschaft wird von den Pflegenden ganz unterschiedlich wahrgenommen. Zum einen gibt es Aussagen dahingehend, dass in der Gesellschaft eine gewisse Akzeptanz für hochaltrige Menschen vorliegt, die pflegebedürftig werden:

- ▶ *„Und man muss nur sagen, ja, Mutter ist 74. Da sagen zwar manche schon, „ah, das ist noch jung“. Aber egal, trotzdem, das ist über so einer Grenze, wo es einfach legitim ist heute in der Gesellschaft irgendwo schon pflegebedürftig zu sein.“ (DL2PA;25)*

Zum anderen wird von der Wahrnehmung berichtet, dass eine höhere Akzeptanz in der Gesellschaft bei der Betreuung jüngerer Pflegebedürftiger als bei Pflegebedürftigkeit im Alter bestehe:

- ▶ *„Aber das ist jetzt nicht nur bei uns in der Familie so, sondern da sag man, haben wir auch schon gehört von anderen: Also wenn jemand irgendwie behindert ist.“ (DL4PA;113)*

Mit Befremden wird verzeichnet, dass es noch immer keine barrierearmen Zugänge und Ausgänge bei vielen **öffentlichen Einrichtungen** gibt:

- ▶ *„Es gibt dann keine Möglichkeit wie im Rollstuhl, so wie die anderen Leute irgendwo, ich sag mal, wenn's jetzt nur für mich persönlich ist, war es kein Problem, aber für andere, es ist ja nicht jeder so, ich sag mal so kompakt wie ich, ja, jemand eine Treppe hoch mit dem Rollstuhl.“ (DL4PA, 288-291)*

Die gesellschaftliche Position bei Pflegebedürftigkeit im Alter wird nach wie vor als problematisch empfunden: die Auseinandersetzung mit Alter und Pflegebedürftigkeit fehle, ebenso weitgehend **die Anerkennung und Wertschätzung für Pflegende**.

Auffallend ist, dass es keine Aussagen der Schweizer Gesprächspartnern_innen aus dieser Gruppe über das **Erleben der Pflegebedürftigkeit in der Gesellschaft** gibt.

4.2.11. ZUKUNFTSWÜNSCHE

Viele Verbesserungswünsche der Pflegenden sind in den bisherigen Kategorien bereits beschrieben worden.

Weitere wichtige Impulse für die häusliche Pflege sehen die Befragten in **der Förderung von digitalen Medien**. Der Einsatz digitaler Medien könnte eine Verbesserung von flexibler Pflegeplanung, **schnellen und spontanen Absprachen** mit den professionellen Pflegefachkräften und privaten Helfenden fördern:

- ▶ *„Und da, mit der einen Betreuerin, die schickt mir am Morgen eine E-Mail oder eine SMS irgendwie und da ich den Rechner eh am Morgen an habe und sie auf Geschäftsmail – super! .“ (DL2PA, 59)*

Vermisst wird die Funktion eines „**Managenden**“ für die unterschiedlichen Aufgaben, sowie selbstständiges Arbeiten und die Teamkompetenz im häuslichen Setting bei den professionellen Personen, die mit eingebunden sind:

- ▶ „Also ich kann nur sagen, ich habe jetzt Menschen gefunden, die mich wirklich unterstützen. Ich weiß aber oder ahne, vermute, dass es ganz wenige Betreuerinnen gibt, die auch eine Kompetenz in Sachen so bisschen Management haben.“ (DL2PA;132)

Ferner wird eine **Verbesserung der Kommunikation, Kooperation und Wahrnehmung von Verantwortung** zwischen den unterschiedlichen ambulanten und stationären Bereichen gewünscht. Auch das Gefühl „allein gelassen zu werden vom System“ bedeutet für einige der Pflegenden eine Belastung und führt zu Unmut:

- ▶ „Ich fühle mich schon ein bisschen allein gelassen. Ja, mit diesem, mit diesem Problem.“ (DL5PA;125)

Essenziell ist für alle ein gleichbleibender oder auch verbesserter Gesundheitszustand, um weiterhin eine gute und hochwertige Pflege leisten zu können:

- ▶ „Dass ich gesund bleibe und das noch lange machen kann, ja.“ (SB1PA;240)

Als problematisch wird die Situation in der stationären Pflege beschrieben und daher teils nicht als Option für eine zukünftige Versorgung gesehen. Eine gute Pflegeversorgung im stationären Rahmen, bedingt durch die knappen Personalressourcen, die dort zur Verfügung gestellt werden, sei nicht möglich:

- ▶ „Dort wurden ja dann zum Beispiel diese hundert Euro, die hat man ja dann gar nicht mehr zur Verfügung, eine persönliche Betreuerin anzustellen. Das Geld ist weg. Das fließt in einen Topf dort in diesem Heim und dann heißt es, dafür bieten wir ein Angebot für Demenzkranke an.[...]Und entweder ich hätte für fünf- oder sechshundert Euro noch Leute privat anstellen müssen, die auch noch kommen. Und das ist ja irgendwann mal nicht mehr bezahlbar und es ist auch unverhältnismäßig. Irgendwann ist einfach, finde ich, ist einfach irgendwo das Maß überschritten.“ (DL2PA;141)

4.2.12. FAZIT

Die Ergebnisse zeigen, dass wesentliche Schritte zur gesamtgesellschaftlichen Verankerung der Pflegeversorgung fehlen. Die strukturellen Rahmenbedingungen, die *hinter* den verschiedenen Angeboten stehen, müssen stärker in den Fokus gerückt zu werden. Als wesentliche Punkte (Bedarfe) kristallisierten sich heraus:

a) Pflege- und Betreuung zu Hause: **Fehlende Anlaufstellen** für die unterschiedlichen Demenzformen z. B. Lewy-Body, individuelle und flexible Unterstützungsangebote, **mangelnde Zusammenarbeit zwischen den ambulanten und stationären Bereichen** sowie zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und der **Koordination** der jeweiligen Maßnahmen. Ferner liegt ein **Mangel an strukturierten, transparenten und aktuellen Informationen** vor sowie ein hoher Bürokratieaufwand zum Erhalt von Leistungen

b) **Wohnraumumfeld**: Oft nicht (ausreichend) angepasste Wohnraumsituation, fehlende Anbindung von **Transportmitteln** und Einkaufsmöglichkeiten

c) Prävention und Gesundheitsförderung: **Mangel an Entlastungsangeboten** für pflegende Angehörige, weiterhin fehlende Rehabilitationsmaßnahmen und -angebote, besonders auch für demenziell Erkrankte. Allerdings werden ambulante Rehabilitationsmaßnahmen von manchen Pflegenden auch als „Stress“ empfunden und eher abgelehnt.

Eine besondere Bedeutung kommt den **professionellen Pflegefachkräften** des jeweiligen ambulanten Pflegedienstes bzw. der Spitex zu. Deren Hilfe und **Unterstützung** bei Betreuung und Pflege wird einerseits als positiv beschrieben. Kritisch werden allerdings die teilweise **mangelnde Organisation und Koordination, defizitäre Abstimmung auf den konkreten Bedarf, mangelnde Flexibilität und Wertschätzung der als Laien pflegenden Angehörigen** sowie der fehlende Einsatz von neuen digitalen Technologien wahrgenommen. Die Hilfe von weiteren Angehörigen, Freunden und Bekannten wird von den häuslich Pflegenden gern und dankbar angenommen, *sofern es sie gibt*. Im Pflegealltag zeigt sich hier oft, dass solche Hilfen rar sind. Es kommt zum Ausdruck, dass **im Grunde genommen die gesamte Steuerung und Koordination der Pflegeversorgung sowie die Verantwortung dafür an den häuslich Pflegenden hängt**.

Die Thematik der Vereinbarkeit von Beruf, Pflege und Familie fand weniger Berücksichtigung in den Aussagen. Berichtet wurde, dass bei vielen Unternehmen noch keine Auseinandersetzung zur dieser Thematik stattgefunden hat. Außerdem war ein Teil der Gesprächspartner_innen zum Zeitpunkt des Interviews bereits in Rente und von daher die Problematik in diesen Fällen nicht unmittelbar relevant. Allerdings spiegelte sich in den Aussagen zum Einbezug weiterer Angehöriger, beispielsweise der Kinder, dass **Berufstätigkeit einem Engagement in der Pflege der Eltern entgegenstehen** kann und Pflege als **Belastung für die nachfolgende Generation** erkannt wird, (die vermieden werden soll).

4.3. INTERVIEWS MIT PFLEGEBEDÜRFTIGEN

4.3.1. ÜBERSICHT

Insgesamt wurden sieben Interviews geführt, mit drei Frauen in Deutschland und zwei in der Schweiz, ferner mit zwei pflegebedürftigen Männern in der Schweiz. Der Altersdurchschnitt der Interviewpartner_innen lag in Deutschland bei 66.3 Jahren (60 bis 76 Jahren) und in der Schweiz bei 73.5 Jahren (63 bis 86 Jahren), somit fand sich auch hier der höhere Altersdurchschnitt in der Schweiz. Vier der pflegebedürftigen Personen werden nicht von einem häuslich Pflegenden betreut. Bei vier Pflegebedürftigen lag noch keine Pflegestufe bzw. kein Grad der Hilflosigkeit zum Zeitpunkt des Interviews vor.

Das Kategoriensystem mit Haupt- und Unterkategorien, das bei der Bearbeitung der Transkripte (s. Kapitel zur Methodik) erstellt wurde und die jeweilige Besetzung der Kategorien findet sich in Tab. 9. Die Ergebnisse werden hier nicht in der Reihenfolge des Kategoriensystems dargestellt, sondern nach Themenbereichen gruppiert und durch Zitate veranschaulicht, um das sehr reichhaltige Datenmaterial in kompakter Darstellung berücksichtigen zu können.

Code-Nr.	Haupt-/ Unter-codes	Anzahl Codierungen (insg. 389)
1	Beratungseinrichtung	7
2	Unterstützende Angebote	36
	2.1 Geschlechterspezifische Angebote	1
3	Angebotstransparenz und -struktur	18
	3.1 Informationsquellen	21
	3.2 Erhalt von Leistungen	20
4	Profil der Pflegebedürftigen	71
	4.1 Umgang mit der Pflegebedürftigkeit	26
	4.2 Einstellungen und Bedarfe	76
	4.3 Wohnen	16
	4.4 Transportmittel	12
5	Profil der (informell) Pflegenden	27
6	Alltag	14
7	Gesellschaftliche Aspekte	4
8	Was läuft nicht so gut?	14
9	Was läuft gut?	11
10	Zukunftswünsche	15

Tabelle 9.: Codesystem Pflegebedürftige

Im ersten Themenbereich der Interviews geht es um den Ist-Zustand: Hier sollten die Pflegebedürftigen ihre **aktuelle Pflegesituation** beschreiben, z.B. **welche Angebote sie nutzen** bzw. welche ihnen bekannt sind. Daran schlossen sich gezielte Fragen an, z.B. ob und welche **Unterstützungsangebote in den jeweiligen Ländern fehlen**. Der Schwerpunkt des zweiten Themenbereichs ist die Wahrnehmung von Verbesserungen oder Verschlechterungen in der Pflege. Besonders von Interesse ist der **Zugang zur Versorgung beispielsweise in Form von Informationsquellen** für Angebote und deren Transparenz. Außerdem gehören Fragen nach den **finanziellen Mitteln für die Pflege** zu diesem Themenkomplex: wie gestaltet sich der Erhalt von Leistungen und welche Leistungen müssen ggf. selbstfinanziert werden. Im Rahmen des dritten Themenschwerpunktes wurden die Aspekte der **Bedarfe und Zukunftswünsche** der Pflegebedürftigen aufgenommen und vertieft.

4.3.2. ANGEBOTSSITUATION

Auf die Frage, welche (öffentlichen) Beratungseinrichtungen zur (häuslichen) Pflege bekannt seien und genutzt würden, antworteten die Gesprächspartner_innen auf deutscher Seite: Diakonisches Werk, Rotes Kreuz, Ambulante Pflegedienste und I-Punkt:

- „Toll war jetzt der i-Punkt in [Stadt]. Da habe ich mit [Name] telefoniert, das war für mich am hilfreichsten.“ (DL1P;15)

Die Schweizer Interviewpartner_innen nannten und nutzten als Vermittler zur ambulanten Versorgung: Stoma-Beratung, Spitex, Pro Senectute und Spitäler:

- „Nein, das Spital hat mich, eine Schwester hat mich direkt bei der Spitex angemeldet.“ (SB3P;246)

Wie sich in den Gesprächen zeigte, werden die Spitäler in der Schweiz als wichtiger Anker für die Gestaltung der zukünftigen Versorgung wahrgenommen und als Wegweiser zur ambulanten Versorgung wahrgenommen.

Es machten **allerdings nur alleinlebende Pflegebedürftige** Aussagen über diese Anlaufstellen. Bei den weiteren Befragten übernahmen informell Pflegende diese Aufgaben.

Essentiell für die **Grund- und Behandlungspflege** ist für alle Betroffenen die Versorgung durch professionelle Pflegefachkräfte eines ambulanten Dienstes/ der Spitex: „Ja, Spitex morgens und abends.“ (SB1P;38) Aber nicht nur die Grund- und Behandlungspflege sind Aufgaben von ambulantem Dienst/ Spitex, sondern auch die **hauswirtschaftliche Unterstützung** wird insbesondere von den Schweizer Gesprächspartner_innen in Anspruch genommen: „...nur Reinigung alle 14 Tage das Größte. Alle zwei Wochen.“ (SB2P;30) Darüber hinaus ist die Hilfen von privaten Personen (selbstorganisiert) unabdingbar für die häusliche Versorgung: Bekannte, Freunde, weitere Angehörige und Nachbarn sind in beiden Ländern für die alltäglichen Dinge wie z. B. Hilfe für den Einkauf, Gartenhilfen, Fahrten zu medizinischen Untersuchungen und das Tragen von schweren Dingen hilfreich und nötig [„Ja, Mistsäcke hinausstellen und so etwas.“ (SB3P;74)].

Vereinzelt wird berichtet, dass die **Transportmittel z.B. von Vereinen**, ein unterstützendes Angebot für den Zugang zur Versorgung mit Lebensmitteln oder für Arztbesuche sind. Ferner werden Leistungen zur Rehabilitation, z.B. Physiotherapie, genutzt. Besonders Frauen nehmen mobile Angebote zur Pediküre oder eines Friseurs als wichtige Hilfestellungen bei der Körperpflege wahr:

- ▶ „Jetzt habe ich Pediküre - kommt heim, oder.“ (SB2P;157)

Aber auch die Hilfsmittel wie beispielsweise ein Rollstuhl, Sehbrillen, Gehstöcke oder ein Rollator sind unverzichtbar im Alltag:

- ▶ „Ja, bei der Pro Senectute habe ich einen Rollator gekauft.“ (SB2P;101)

Bei **alleinlebenden Menschen** mit Pflege- und Unterstützungsbedarf zeigt sich Interesse an und Nutzung von Online-Lösungen. Online-Dienste werden als wichtige Hilfe eingeschätzt - von der Bestellung bis zur Lieferung:

- ▶ „Katzenfutter, Katzenstreu. Das bestelle ich per Computer. Wird alles rein gebracht. Schweres Zeugs.“ (SB2P;157)

Auffallend ist, dass die deutschen Gesprächspartnerinnen, die **keine Pflegeeinstufung** haben, **keine Angebote professioneller Fachkräfte** zur Grund- und Behandlungspflege oder zur Rehabilitation nutzen. Besonders **alleinlebende Pflegebedürftige** sind bei der Hilfe im Alltag sehr auf ein **soziales Netzwerk** angewiesen.

Der Bedarf im Notfall, in unvorhergesehenen Situationen, stellt ein wichtiges Thema dar, nicht nur für Alleinlebende. Als ein wichtiges Angebot in der Schweiz wird die **Notfall-Spitex wahrgenommen**.

Es findet sich keine Inanspruchnahme von geschlechterspezifischen und grenzüberschreitenden Angeboten. Auch wird kein Bedarf an diesen Angeboten vorgebracht.

4.3.3. VERSORGUNGSSTRUKTUREN UND -LÜCKEN

Der zweite Themenbereich bezog sich auf Verbesserungsmöglichkeiten für den Zugang zur Pflegeversorgung. Hier muss berücksichtigt werden, **dass nur alleinlebende Pflegebedürftige, die nicht von Angehörigen gepflegt werden, Aussagen darüber machen können**, da diese Aufgabe sonst von den informell Pflegenden übernommen wird. Zentrale Fragen betreffen sowohl den Zugang zur Versorgung wie zu finanziellen Mitteln.

Als hinderliche Faktoren zur Beantragung finanzieller Mittel für die Versorgung nennen – in beiden Ländern - die Betroffenen **hohe bürokratische Hürden**:

- ▶ „Ja. Man kann es der Krankenkasse einschicken wenn zwei oder drei Ärzte unterschreiben. Und das ist eine komplizierte Angelegenheit...“.(SB3P;214)

Erschwerend, teils demotivierend, kommt hinzu, dass es in jedem Fall unsicher ist, ob sich „*dieser Kraftakt*“ zur Beantragung einer Finanzierung lohnt. Die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen ist überwiegend abhängig von der Pflegeeinstufung bzw. dem Grad der Hilflosigkeit, der Verordnungen/Rezepte des Hausarzts_in, sowie der eigenen finanziellen Situation:

- ▶ „Die Krankenkasse zahlt das. Das ist ja vom Arzt verordnet, oder.“ (SB2P;51)

In Einzelfällen besteht die Möglichkeit, anfallende Kosten, beispielsweise Transportkosten, zurückerstattet zu bekommen, berichtet eine Gesprächspartnerin:

- ▶ „Das hat 17 Euro hin, 17 Euro zurück gekostet, ja. Er hat mir jetzt zwar das dann doch ausgestellt, Krankentransport, aber ob ich das erstattet kriege weiß ich nicht.“ (DL1P;15)

Essentiell für jegliche häusliche Versorgung sind **Transportmittel**, beispielsweise zu medizinischen Untersuchungen, zum Einkaufen und zu Therapien. Spezielle, bezahlbare Lösungen werden hoch geschätzt und bei Kenntnis auch wahrgenommen:

- ▶ „Da fahre ich nicht mit dem normalen Taxi, wenn ich da ins Spital muss oder so. „Senioren für Senioren“, da habe ich 15 Franken hin und zurück auf der Strecke.“ (SB2P; 145)

Die Berücksichtigung des **Kostenfaktors** von Transportmitteln - sei es mit den öffentlichen Verkehrsmitteln, über Vereine oder private Dienstleister, sowie das eigene Auto - stellt eine weitere Herausforderung dar und stellt bei unzureichenden finanziellen Ressourcen vor große Probleme (die einem Verbleib in häuslicher Umgebung letztlich auch entgegenstehen können). Vor allem alleinstehende Pflegebedürftige brauchen eine verlässliche Anbindung in die Außenwelt. Tatsächlich übernimmt oft niemand diesen Teil der Versorgung, sobald die Betroffenen nicht mehr in der Lage sind, selbst Auto zu fahren.

Besonders die Gesprächspartner_innen in der Schweiz verfügen über **Zusatzversicherungen** für medizinische Leistungen:

- ▶ „Ich weiß noch, dass ich eine Zusatzversicherung habe, aber was gibt es da? Brille gibt es, also ich habe nur Lesebrille. Brille gibt es da dies.“ (SB2P, 137)

Auch zeigt sich in den Schweizer Gesprächen, dass ein großer Teil der Hilfsmittel, wie teure Umbaumaßnahmen im Wohnraum und der Rollator als Alltagsunterstützung selbst gezahlt werden, auch wenn die Pflegebedürftigen über eine Zusatzversicherung verfügen: *„Nein, den habe ich selber gekauft.“* (SB2P;91) Einerseits könnte dies auch an dem „Nicht-Wissen“ liegen, dass es bestimmte Unterstützungsangebote gibt und Hilfsmittel übernommen werden. Andererseits ist der damit verbundene bürokratische Aufwand hoch und alleinstehenden Pflegebedürftigen vielfach zu hoch - zu komplex sind die Verfahren, als dass sie alleine bewältigt werden können.

Im Hinblick auf die **Informationsquellen** werden außer den oben benannten Beratungsstellen (vgl. Angebotssituation) Printmedien in Form von Broschüren angegeben, sowie digitale Medien, Fernsehen und Internet, und die Mund zu Mund Propaganda, z.B. durch Kontaktpersonen, wie der Friseur oder Freunde:

- ▶ *„Gut, das habe ich irgendwie schon mal, äh, in meinem Bekanntenkreis, genau, jetzt fällt es mir ein, dass eine Freundin mir schon mal vor zwei Jahren mal gesagt, hat, „ey, es gibt doch den i-Punkt“ und so.“* (DL1P;65)

Als hinderliche Faktoren zum Erhalt von Leistungen werden auch **mangelnde Transparenz und unklare Zuständigkeiten** beschrieben:

- ▶ *„Das ist schwierig, das ist halt immer die Frage, die Anträge zu stellen, wer zahlt das und wer ist zuständig. Keiner fühlt sich zuständig.“* (DL1P;11)

Ferner werden die **fehlende Verknüpfung und Vernetzung** der verschiedenen Beratungsstellen und Bereichen der Versorgung bemängelt, sowie die fehlende Kooperation zwischen den ambulanten und stationären Institutionen und Berufsgruppen und zwischen diesen die Koordination der entsprechenden Maßnahmen:

- ▶ *„Also wo ich die Lücke erlebe, ist bei der ärztlichen Diagnose zur Versorgung oder therapeutischen Hilfe, die man braucht. Also die Beratung für Hilfsmittel, die ich jetzt brauche, muss in Koordination miteinander stehen.“* (DLP1: 69)

Besonders Pflegebedürftige, welche die vorgegebenen Voraussetzungen für den Anspruch auf Leistungen nicht erfüllen, weisen kaum eine Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten auf (vgl. auch Darstellung zu *Bedarfe und Wünsche*).

Alleinstehende Pflegebedürftige müssen oft abwägen, ob sie **eigene Ressourcen** haben und einsetzen können, beispielsweise bereits **Kraft, Ausdauer, Eigenmittel um** Leistungen überhaupt zu beantragen, was sich ihnen als schwer überwindbare Hürde darstellt. Auch können Faktoren wie moralische Erwägungen oder **schlechte Erreichbarkeit** (z.B. kein barrierefreier Zu- und Ausgang) **ausschlaggebend für den Zugang** zu / Erhalt von benötigten Leistungen sein.

4.3.4. BEDARFE UND WÜNSCHE

Im Rahmen des dritten Themenbereiches zeigten sich

- a) verschiedene Sichtweisen der Betroffenen zu ihrem subjektives Belastungserleben und ihrer momentanen Pflegesituation; außerdem werden
- b) die positiven Aspekte in der Pflege und
- c) offene Wünsche dargestellt.

Konträres Belastungserleben und ganz unterschiedliche Formen von individueller Belastungsbewältigung werden erkennbar - als zentrale Stellgrößen lassen sich einmal mehr identifizieren: Pflegeumfeld (z.B. Personen, die unterstützen), Wohnsituation, Umfang des Pflegebedarfs, Erkrankungsstatus, akutes pflegerelevantes Ereignis und die persönlichen finanziellen Ressourcen.

Große Probleme für die Stabilität einer Pflegesituation bereiten **unerwartete, akute Änderungen** im Gesundheitszustand, z.B. wenn eine körperliche Beeinträchtigung den Lebensalltag ohne Rollator nicht mehr zulässt. Dann scheint sich plötzlich eine enge Wohnung, in der das Laufen mit dem Rollator fast unmöglich ist, als ein Hindernis für den Verbleib in der häuslichen Umgebung zu erweisen. Hier droht die Gefahr übereilter Entschlüsse in Richtung einer unumkehrbaren Heimunterbringung, die im Falle entsprechender Beratung und Maßnahmen gegebenenfalls vermeidbar wäre. Es wird das Gefühl „*alleine gelassen vom System*“ beschrieben. In einer solchen Situation wird beispielsweise die Hoffnung, bald ein Leben im stationären Rahmen führen zu können, zur Bewältigungsstrategie. Dies gilt insbesondere für Personen im Single-Haushalt - ohne Personen, die vermittelnd und beratend eintreten, ohne (vorige) Kontakte zu Einrichtungen wie ambulanter Pflegedienst/ Spitex oder nachbarschaftshilflichen Strukturen.

- „Also nein, also ich habe, oder noch mal habe ich eine die auch so eine ganz, ganz nahe Freundin ist, die lebt [entfernte Stadt].“ (DL1P;77)

Das Angewiesen Sein auf private Dienstleister wie Taxiunternehmen wird als **Abhängigkeit wahrgenommen. Krankheit, finanzielle Restriktionen und eingeschränkt Mobilität** bedeuten insbesondere für alleinlebende Personen eine permanente Herausforderung und ein Gefühl der Überforderung:

- „Aber ich habe dann schon erlebt, das war eigentlich schon eine Überforderung, dass ich vom Taxi mit meinem Rollator diese Schräge habe hoch müssen, laufen müssen, weil meine Beine die Kraft nicht mehr haben.“(DL1P;15)

Werden keine Unterstützungsmöglichkeiten in Anspruch genommen, werden dafür sehr unterschiedliche Gründe angegeben. Die Kinder werden beispielsweise in das Pflegesetting nicht miteinbezogen. Als Begründung nennen die Betroffenen **geographische Aspekte und dass die Kinder stark in ihre Familien- und Arbeitssituation eingebunden sind.**

- „Den lasse ich jetzt erst mal noch in Ruhe, weil, der ist ja erst frisch verheiratet und jetzt haben sie das erste Kind bekommen und ich will jetzt da nicht mit solcher Hiobsbotschaft daher kommen.“ (DL3P;18)

Dennoch wird dieses **mit den Familienmitgliedern „Nicht-Sprechen“** über die Pflegesituation, sei es aus Schonung oder Rücksichtnahme, sehr belastend. wahrgenommen. Betroffene leiden unter der **physischen Belastung der sie pflegenden Person(en) und stellen dies als** eine weitere Belastung für sie dar:

- ▶ „...das einzig Wichtige für mich wäre, wenn das so eingedämmt werden könnte, dass mein Mann nicht mehr so drunter leiden muss und dass er es etwas leichter hätte.“ (DL3P;156)

Nur in den Gesprächen mit Pflegebedürftigen wird thematisiert, dass **Angst** besteht, vor Vergesslichkeit, die stört und auch Angst macht, vor allem aber die Furcht, **nicht mehr ernst genommen (und letztlich entmündigt)** zu werden. Anker in dieser Situation bedeutet eine Vertrauensperson, z.B. ein_e Ehepartner_in, dem vertraut wird.

- ▶ "Ja, dass ich also überhaupt mal nicht mehr verstehe um was es geht oder dass ich, dass ich nicht mehr für voll genommen werde. Dass ich, dass man das, weil man das merkt halt vielleicht doch mal, dass ich eben Fragen stelle oder immer wieder vergesse und das macht mich also irgendwie, davor habe ich Angst, ja.“ (DL3P, 38)

Ein **unterschiedlicher Umgang im Erleben und bei der Bewältigung der Belastung** zeigt sich in den Gesprächen in beiden Ländern. Kann - selbst bei erheblichen Einbußen der Alltagskompetenz - durch eine **günstige finanzielle Situation** ein „Gesamtpaket an Unterstützungsmaßnahmen“ für die Versorgung erreicht werden – wie beispielsweise **Umbaumaßnahmen** für das Eigenheim, die ein barrierefreies Wohnen ermöglichen – kann das Belastungserleben reduziert und ein Zustand von „Zufriedenheit“ erreicht werden. Auch der Verlass auf einen vertrauten Angehörigen und Nachbarn, die im Notfall unterstützen, kann einen solchen Stabilisator bedeuten.

Die alleinlebende Person verspürt die Vulnerabilität in der Situation als Pflegebedürftige_r am stärksten. Unterstützungen von z.B. Spitex zur Behandlungspflege (Medikamentenvergabe) und für hauswirtschaftliche Dienste bilden eine Basis. Es fehlen jedoch soziale Kontakte – „Ansprache“ – aber auch das Gefühl gebraucht zu werden. Daraus können „Müdigkeit“ und Hoffnungslosigkeit resultieren. In der Art der Bewältigung schlagen sich auch Persönlichkeitsmerkmale, z.B. Selbstvertrauen, nieder, beispielsweise im Wunsch, „den nächsten Tag gut zu schaffen“ und zu überleben.

Belastungserleben und die Belastungsbewältigung sind subjektiv und individuell und durch den jeweiligen Pflegekontext und die eigene Haltung / Einstellung / Motivation beeinflusst.

Besonders die Verschlechterung des Gesundheitszustandes und eine plötzlich eintretende Pflegesituation, die physische Belastung von Angehörigen, das „Nicht Sprechen“ über die Pflegesituation, mangelnde soziale Kontakte sowie kein barrierefreies Wohnen werden in diesen Beispielen als starke Belastung beschrieben. Gerade **alleinlebende Pflegebedürftige** ohne Angehörigenpflege stehen mit einer eingeschränkten und/ oder sukzessiv abnehmenden Mobilität vor einer großen Herausforderung. Belastend ist nicht zuletzt die Angst, sich irgendwann nicht mehr alleine versorgen zu können, einen Teil von Selbstbestimmung aufgeben zu müssen. Dazu kommt die oft fehlende, aber dringend notwendige **Organisation** von Transportmitteln und anderen Unterstützungsleistungen, von insgesamt stärkeren Unterstützungsmaßnahmen.

Ferner berichten die Betroffenen, dass die oft **prekäre finanzielle Situation** wie der Verlust des sozialen Umfelds, das gilt z.B. für **Freunde und auch Familienmitglieder, die sich abwenden**, als schmerzlich belastend empfunden werden:

- ▶ „Geschwister lassen sich nicht mehr blicken groß.“ (DL2P;77)

Insgesamt wird der **gesellschaftliche Umgang** mit Pflegebedürftigkeit kritisiert, der Zeichen von Herabwürdigung und Verschweigen, Beiseite-Stellen und Tabuisieren trägt.

Es ist auch wichtig, die positiven Erfahrungen in der häuslichen Pflege beider Länder aufzugreifen, wie z. B. die vielfach als gut wahrgenommene Pflege und Betreuung durch den ambulanten Dienst/ Spitex, von der die Betroffenen berichten. Aber auch ärztliche Betreuung und die Versorgung durch Angehörige wird gewürdigt.

- ▶ *„Das ist alles kein Problem. So lange mein Mann dabei ist, ist das kein Problem. Alleine würde ich das wahrscheinlich nicht mehr machen.“ (DL3P;118)*

Die letzten Fragen in den Interviews bezogen sich auf die **Wünsche** für die Zukunft. Auch bei den Betroffenen steht der Wunsch nach einem konstanten Gesundheitszustand (keine weitere Verschlechterung) an erster Stelle.

Besonders alleinlebende Gesprächspartner_innen äußern ein großes Bedürfnis nach **Austausch**, auch in Form der Pflege von bestehenden Freundschaften. Der Wunsch bestehende Beziehungen zu pflegen, ist allerdings in dieser Situation oft besonders schwer umzusetzen.

In Richtung der Versorgungssysteme äußern Betroffene in beiden Ländern das Anliegen, dass es mehr Prävention und mehr wirksame **Rehabilitationsmöglichkeiten geben sollte – insbesondere** auch mit Blick auf die Angehörigen/ Personen, die sie pflegen.

4.3.5. FAZIT

Die Ergebnisse zeigen viele Übereinstimmungen mit den Aussagen der Personengruppe der Pflegenden. Grundlegende Unterschiede lassen sich im Erleben, in der Bewältigung und dem Empfinden von starken Belastungen finden. Das „**Prinzip Hoffnung**“ erweist sich als ambivalent: es ist zum einen eine wichtige unterstützende Quelle, aus der man schöpfen kann, zum anderen ist auch die **Gefahr nicht zu übersehen, eine Situation nicht wahrhaben zu wollen bzw. zu unterschätzen.**

Es zeigt sich auch, dass das persönliche Belastungsempfinden und die Bewältigung, individuell und subjektiv sind, und in Beziehung mit der Pflege durch Angehörige, sowie die Beziehung zueinander und dem Familienzusammenhalt stehen können.

Pflegebedürftige, die von Angehörigen gepflegt werden, können wenig über den Zugang zur Versorgung und über den Erhalt von Leistungen berichten – da ihre pflegenden Angehörigen all dieses übernehmen. Hilfe von professionellen Pflegefachkräften, durch den ambulanten Pflegedienst/Spitex, wird grundsätzlich als Unterstützung wahrgenommen. Jedoch zeigt sich die Notwendigkeit **einer besseren Abstimmung**, mehr Bedürfnisorientierung bei den Unterstützungsmaßnahmen und Anpassungsfähigkeit an **flexible Pflegesituationen und Pflegestile**, denn Pflegesituationen unterliegen einem ständigen Wandel, z. B. durch die Art der Erkrankung, den Versorgungskontext und die persönlichen bzw. familiären Beziehungen.

In den Gesprächen mit den anderen Gruppen fanden einige wesentliche Aspekte keinen Niederschlag:

- die Angst der Betroffenen vor Verlust von Selbständigkeit und Mündigkeit,
- die Sorge der Pflegebedürftigen um die Gesundheit der Pflegenden,
- das Anliegen von Prävention und Rehabilitation, auch im Umfeld von Care-Verpflichtungen (für Pflegende und Pflegebedürftige).

Die pflegerische Versorgung - ob durch professionelle Dienste oder durch Angehörige und nahestehende Personen - trifft grundsätzlich auf dankbare Anerkennung. Gelingt es in einer Pflegesituation, dass Pflegebedürftige und Pflegende *jeweils* die **Pflege als Bereicherung und Chance wahrnehmen, stabilisiert** sich das Befinden und reduziert sich das Belastungserleben der betroffenen Personen.

5. ERGEBNISSE DER ERHEBUNG ZUM QUALITÄTSMANAGEMENT

5.1. ÜBERSICHT, RÜCKLAUF UND ALLGEMEINES

Da der Fragebogen an alle ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen des Landkreises Lörrach und der Gesundheitsdepartemente Basel-Stadt und Basel-Landschaft verschickt wurde, handelte es sich um eine Vollerhebung, die als Selbstauskunft beantwortet wurde. Nicht erhoben werden konnte, ob die Bögen jeweils von den Qualitätsmanagement-Beauftragten oder anderen Beschäftigten der Institution ausgefüllt wurden, was sich ggf. auf die Ergebnisse auswirken könnte. Insgesamt wurden n=139 Institutionen angeschrieben. Da 66 Fragebögen zur Auswertung zur Verfügung standen, betrug der Rücklauf 47,5 Prozent und gestaltete sich wie folgt:

- Rücklauf gesamt: 66/139, (47,5 Prozent)
- Rücklauf Deutschland (Landkreis Lörrach): 23/42, (54,8 Prozent)
- Rücklauf Schweiz (Kanton Basel-Stadt und Basel-Landschaft): 41/97, (42,3 Prozent)
 - Basel-Stadt: 9/35, (25,7 Prozent)
 - Basel-Landschaft 32/62, (51,6 Prozent)

Insgesamt 2 Bögen konnten keinem der beiden Länder zugeordnet werden, die dementsprechend nur bei den länderübergreifenden Gesamtdarstellungen statistische Berücksichtigung fanden.

Von Bedeutung ist, dass das zur Auswertung zur Verfügung stehende Kollektiv (das sich aus den Institutionen mit beantworteten Fragebögen zusammensetzt) nur bedingt der angeschriebenen Gesamtverteilung entspricht, was bei der Interpretation der Ergebnisse Berücksichtigung findet. Zwar können sowohl in der Gesamtverteilung als auch im Kollektiv 2/3 der Institutionen den beiden Schweizer Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft zugeordnet werden, bei der Verteilung ländlich-städtisch und ambulant-stationär ergaben sich aber deutliche Verschiebungen.

Wie in der Tabelle dargestellt, betrug die ambulant-stationär-Verteilung in der Gesamtverteilung ca. 1:1, im zur Auswertung zur Verfügung stehenden Kollektiv derjenigen Institutionen, die einen ausgefüllten Fragebogen zurücksandten, aber ca. 1:2, da der Rücklauf bei den stationären Institutionen größer war.

Landkreis/ Department	angefragt		beantwortet	
	ambulant	stationär	Ambulant	stationär
Lörrach (D)	18	24	11	12
Basel-Stadt und Basel-Landschaft (CH)	51	46	13	27
Gesamt	69	70	24	41

Tabelle 10: Charakteristika der ambulant-stationär-Verteilung im Kollektiv und in der Grundgesamtheit

Auch bei der ländlich-städtisch-Zuordnung zeigte sich im Rücklauf ein anderes Bild als in der tatsächlichen Verteilung der Einrichtungen in der Region: So war in Deutschland der Rücklauf der ländlichen Institutionen höher, während in den beiden Schweizer Kantonen mehr Fragebögen von den städtischen Institutionen ausgefüllt wurden.

5.2. ART DER PFLEGERISCHEN VERSORGUNGSEINRICHTUNGEN

Wie in der nachstehenden Abbildung dargestellt, waren bezogen auf die Frage nach einem inhaltlichen Schwerpunkt deutliche Unterschiede zwischen den Ländern ersichtlich, da inhaltliche Schwerpunkte vor allem in den Schweizer Institutionen berichtet werden. In Deutschland gaben insgesamt 14 Prozent der Institutionen mit zurückgeschicktem Fragebogen zu Protokoll, einen inhaltlichen Schwerpunkt implementiert zu haben, während es in beiden Schweizer Kantonen 54 Prozent waren. Die Unterschiede waren statistisch signifikant ($p=0,006$; $r_{\text{phi}}=0,33$).

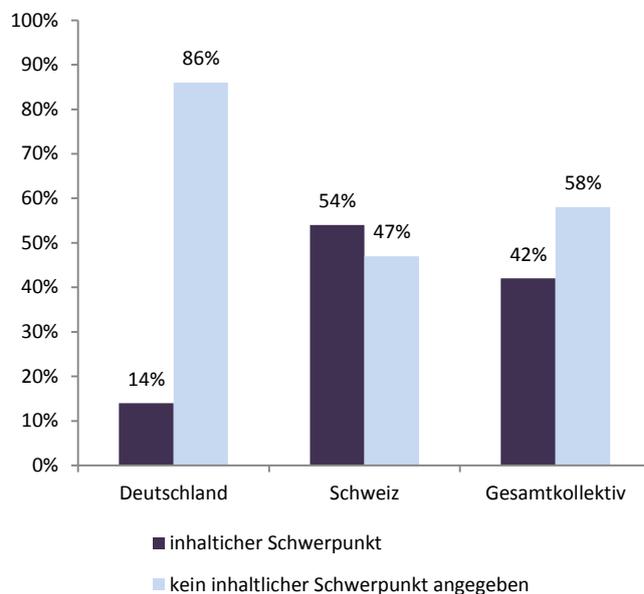


Abbildung 8: Inhaltliche Schwerpunkte

Ersichtlich ist, dass sowohl bei den deutschen als auch bei den Schweizer Institutionen bezüglich der Implementierung eines inhaltlichen Schwerpunktes deutliche Unterschiede im Stadt-Land-Vergleich vorlagen. In der Schweiz fand sich die Angabe einer Schwerpunktsetzung mit 71 Prozent häufiger im städtischen Umfeld (nicht signifikant). In Deutschland waren inhaltliche Schwerpunkte von keiner ländlichen Institution angegeben, während im städtischen Umfeld 25 Prozent eine Implementierung bejahten.

ERGEBNISSE DER ERHEBUNG ZUM QUALITÄTSMANAGEMENT

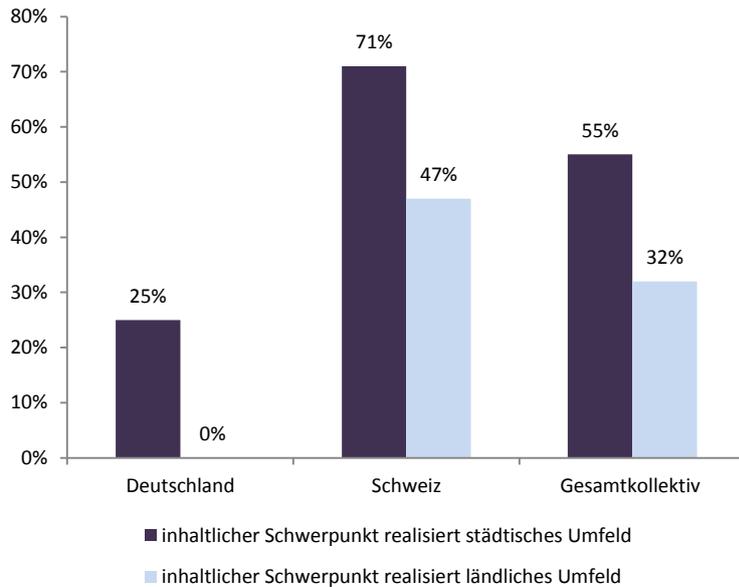


Abbildung 9: Inhaltlicher Schwerpunkt im städtischen und ländlichen Umfeld im Vergleich

Auch im Vergleich ambulant-stationär zeigen sich in der Schweiz deutliche Unterschiede: So werden inhaltliche Schwerpunkte hier mit 68 Prozent zu 27 Prozent signifikant häufiger im stationären Setting als realisiert ($p=0,015$) berichtet, wie in Abbildung 10 dargestellt.

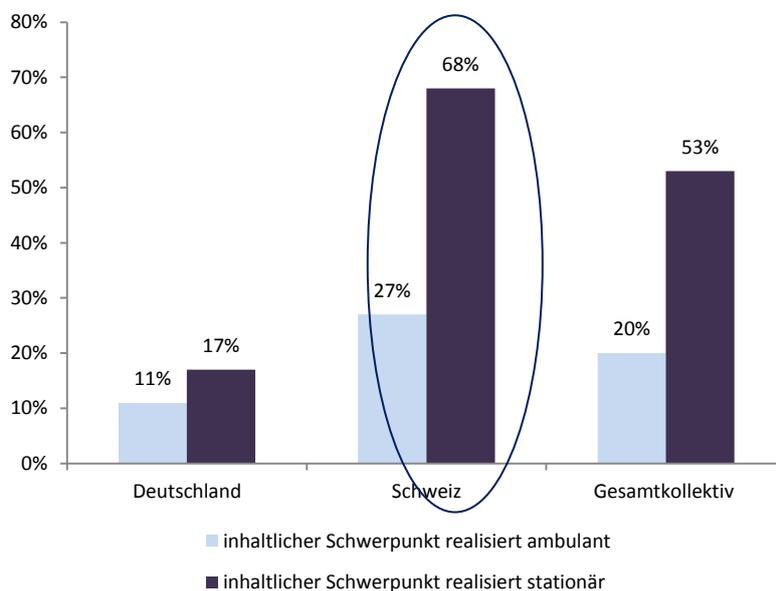


Abbildung 10: Inhaltlicher Schwerpunkt im ambulanten und stationären Setting im Vergleich

Am häufigsten wurde sowohl auf Schweizer Seite als auch von den Institutionen im Landkreis Lörrach der Schwerpunkt Demenz genannt, gefolgt von der Thematik Tagespflege/ Tagesstätte. Von Schweizer Institutionen wurden in den Fragebögen darüber hinaus auf die Schwerpunkte Psychiatrische Pflege, Geriatrie, somatische Pflege, Wundversorgung, Palliativpflege und Landzeitpflege verwiesen.

5.3. QUALITÄTSPOLITIK- UND STRATEGIE

Im Fragekomplex „Qualitätspolitik und -strategie“ wurde erhoben, wie sich das Interne Qualitätsmanagement in den Institutionen beider Länder gestaltet.

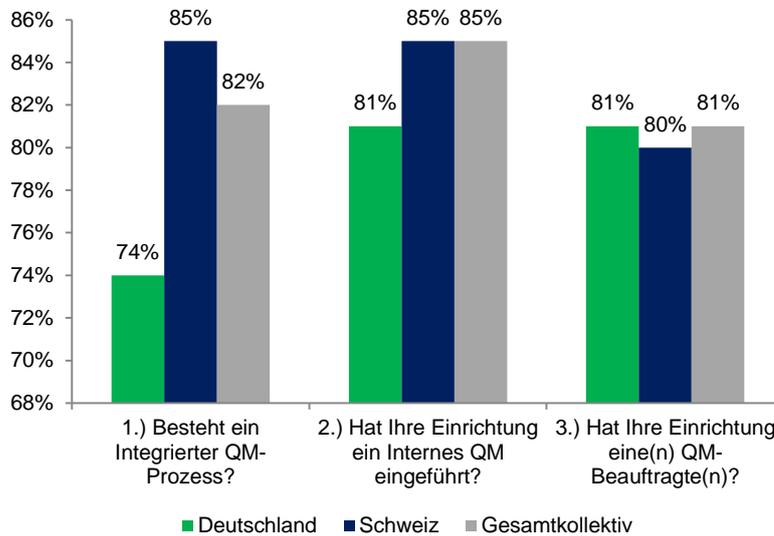
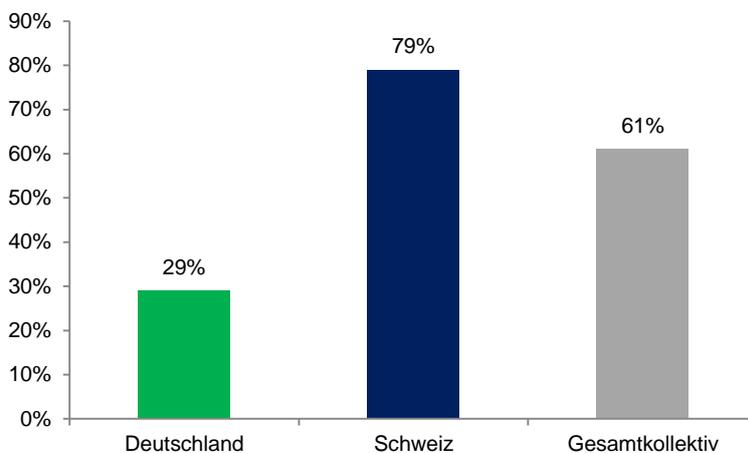


Abbildung 11: Internes Qualitätsmanagement

Sowohl die Einführung eines Integrierten QM-Prozesses als auch die Implementierung eines Internen QM wurde im Befragungskollektiv häufiger auf Schweizer Seite berichtet („Besteht ein Integrierter QM-Prozess?“ D:74 Prozent; CH: 85 Prozent, Unterschiede sind nicht signifikant; „Hat Ihre Einrichtung ein Internes QM eingeführt?“ D: 81 Prozent; CH: 85 Prozent; Unterschiede sind nicht signifikant). Bei der Frage nach der Einrichtung eines/ einer QM-Beauftragte(n) zeigten sich hingegen nur sehr geringe Unterschiede im Ländervergleich.

Abbildung 12: Maßnahmen zur Bewertung der Qualität



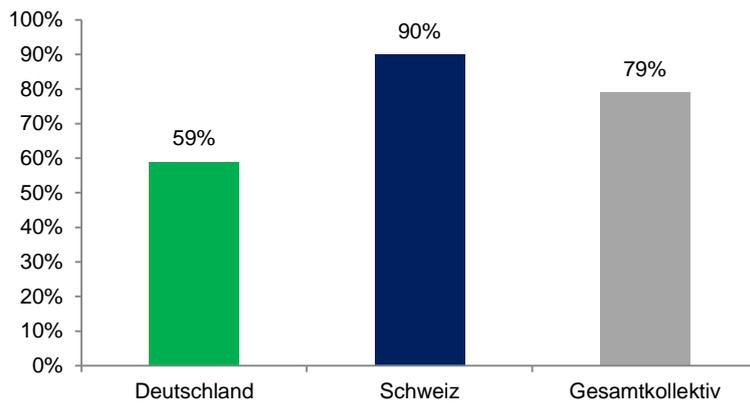


Abbildung 13: Durchführung von Qualitätsprojekten

In der Schweiz zeigten sich bei der Implementierung eines Internen QM und der Institutionalisierung eines QM-Beauftragten deutliche Unterschiede zugunsten des ambulanten Sektors. Die Abbildung zeigt die länderspezifischen Unterschiede bei der Beteiligung an Maßnahmen zur Bewertung der Qualität. Hier

zeigen sich deutlich Unterschiede, da selbiges signifikant häufiger vom Schweizer Subkollektiv berichtet wurde ($p < 0,001$). Im Landkreis Lörrach gaben 29 Prozent der befragten Institutionen, die ihren ausgefüllten Fragebogen zurücksandten an, sich an Maßnahmen zur Qualitätsbewertung zu beteiligen, während selbiges 79 Prozent der Schweizer Institutionen berichteten. Ein ähnliches Bild zeigte sich bei der Frage nach der Durchführung von Qualitätsberichten, was mit 90 Prozent zu 59 Prozent ebenfalls signifikant häufiger von den Schweizer Institutionen berichtet wurde ($p = 0,01$).

5.4. INTERNE QUALITÄTSSICHERNDE MAßNAHMEN: SICHERHEIT IN DER INSTITUTION

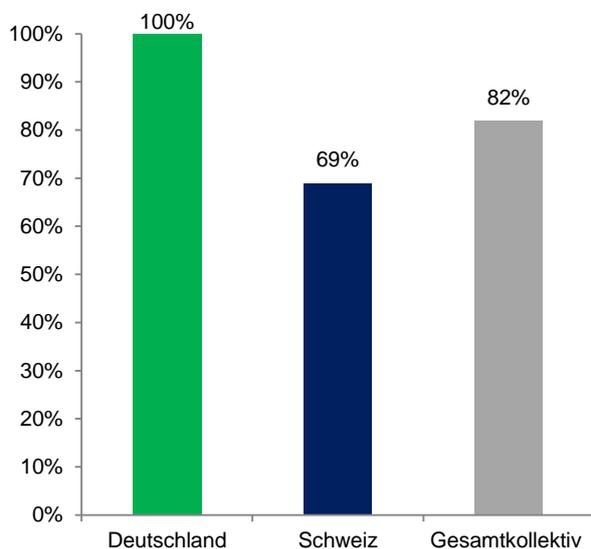


Abbildung 14: Umsetzung von Expertenstandards (D und CH)

Um festzuhalten, wie sich im Rahmen der internen qualitätssichernden Maßnahmen die institutionsbezogenen Sicherheitsvorkehrungen gestalten, wurde untersucht, inwiefern und welche Expertenstandards umgesetzt werden, ob und welche konzeptionellen Vorstellungen mit in den Pflegealltag

einfließen, sowie, inwiefern Maßnahmen des Organisations-, Risiko- und Fehlermanagements realisiert wurden und interne Maßnahmen zur Sicherung der Dokumentationsqualität bestehen. Expertenstandards gelten dabei als relevante Instrumente der Qualitätsentwicklung im Pflegebereich, bei denen für bestimmte Pflegeprobleme die wesentlichen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse zusammengetragen werden. In der Abbildung 14 ist die Umsetzung der Expertenstandards im direkten länderübergreifenden Vergleich dargestellt. Entsprechend der Vorgaben des Sozialgesetzbuches (SGB XI; § 113a) wurden Expertenstandards in allen befragten Institutionen des Landkreises Lörrach umgesetzt, während eine Implementierung von 69 Prozent der Schweizer Institutionen berichtet wurde. Die Unterschiede erweisen sich als statistisch signifikant ($p=0,003$).

Wie nebenstehend dargestellt, zeigt sich in der Schweiz bei der Umsetzung einzelner Expertenstandards eine deutliche Priorisierung einzelner Themenkomplexe. Erfragt wurde, inwiefern die Expertenstandards Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Harninkontinenz, Chronische Wunden und Ernährungsmanagement realisiert werden. Eine hohe Implementierungsrate zeigt sich auf Schweizer Seite dabei bei den Themen Chronische Wunden (80%), Sturzprophylaxe (79%) und Dekubitusprophylaxe (77%), während das Entlassungsmanagement (43%) und die Harninkontinenz (38%) weniger oft umgesetzt sind. In Deutschland zeigte sich (wieder entsprechend der normativen Vorgaben) durchgängig eine vollständige Umsetzungsquote.

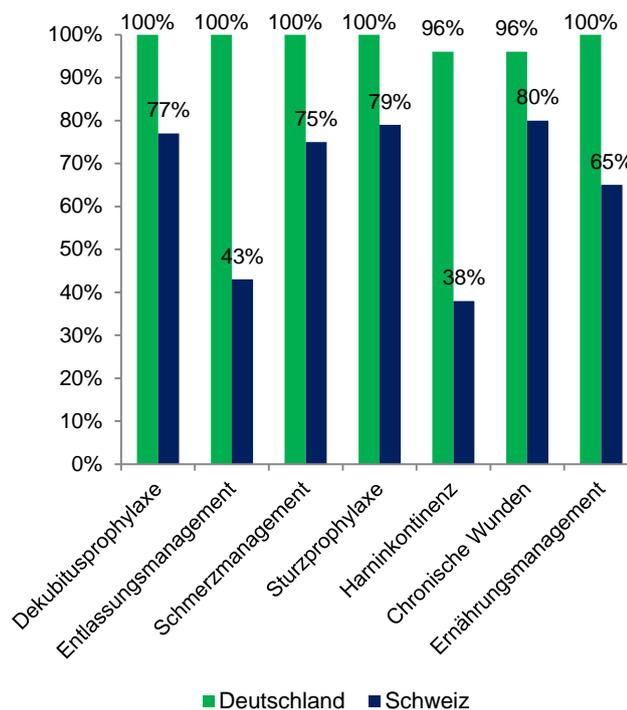


Abbildung 15: Umsetzung einzelner Expertenstandards

Weiterhin waren auf Schweizer Seite bei den einzelnen Expertenstandards im Vergleich der ambulanten und stationären bzw. ländlichen und städtischen Institutionen deutliche Unterschiede in der Schwerpunktsetzung erkennbar. So fand sich eine Umsetzung der Thematik Schmerzmanagement deutlich häufiger im stationären Setting und im ländlichen Umfeld.

Der Expertenstandard „Chronische Wunden“ war vollständig bei den ambulanten Institutionen umgesetzt, aber wurde seitens der stationären Institutionen nur zu 73 Prozent berichtet. Spezielle konzeptionelle Vorstellungen flossen im vorliegenden Kollektiv etwas häufiger in den Schweizer Institutionen in den pflegerischen Alltag mit ein. Insgesamt 82 Prozent beantworteten die entsprechende Frage zustimmend, während es auf deutscher Seite 65 Prozent waren. In beiden Ländern zeigten sich die

Pflegemodelle von Krohwinkel (Modell der fördernden Prozesspflege)⁷³ und das Konzept von Liliane Juchli⁷⁴ dominierend, während andere Ansätze (personenzentrierter Ansatz nach Kitwood⁷⁵, Selbstpflegedefizitmodell nach Orem⁷⁶, psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm⁷⁷, erlebnisorientierte Pflege – mäeutischer Ansatz⁷⁸ und transkulturelle Pflege nach Leininger)⁷⁹ deutlich unterrepräsentiert waren.

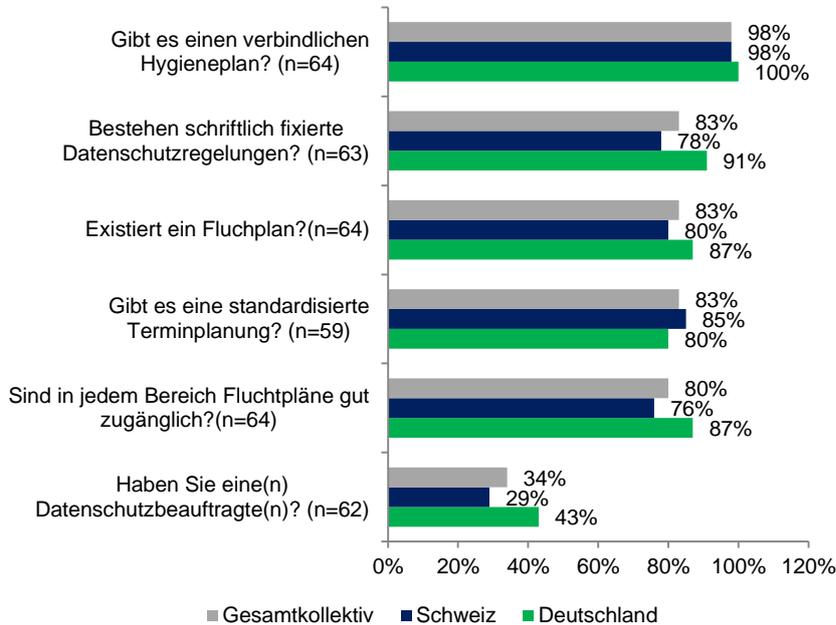


Abbildung 16: Fragedimensionen des Organisationsmanagements

In der Abbildung sind die Frage-Dimensionen des Organisationsmanagements dargestellt. Ein verbindlicher Hygieneplan ist in beiden Systemen vollständig umgesetzt, während sich bei den anderen Aspekten Unterschiede ergeben.

Schriftlich fixierte Datenschutzregelungen, Fluchtpläne und standardisierte Terminplanungen werden zwar in beiden Systemen auf hohem Niveau umgesetzt (zwischen 76% und 91%), allerdings werden alle Aspekte etwas häufiger aus den deutschen Institutionen gemeldet. Bei der Zugänglichkeit der Fluchtpläne in allen Bereichen zeigt sich ein ähnliches Bild (CH: 76%, D: 87%).

Hingegen fand der Datenschutz bisher in beiden Ländern offenbar weniger Berücksichtigung: So wurde die Benennung / Einstellung eines/ einer Datenschutzbeauftragten lediglich von 34 Prozent der Schweizer Institutionen und 43 Prozent der deutschen Einrichtungen berichtet. Wie in der Abbildung dargestellt, werden regelmäßig stattfindende Teambesprechungen zu den Themenbereichen Hygiene und Qualität ebenfalls häufiger von deutscher Seite berichtet. Entsprechende Veranstaltungen finden sich hier bei 72 % (Hygienekommissionen) bzw. 86 % (Qualitätskommissionen) berichtet, während selbige bei den befragten Schweizer Institutionen in 54 % (Hygienekommissionen) bzw. 63% (Qualitätskommissionen) durchgeführt werden.

ERGEBNISSE DER ERHEBUNG ZUM QUALITÄTSMANAGEMENT

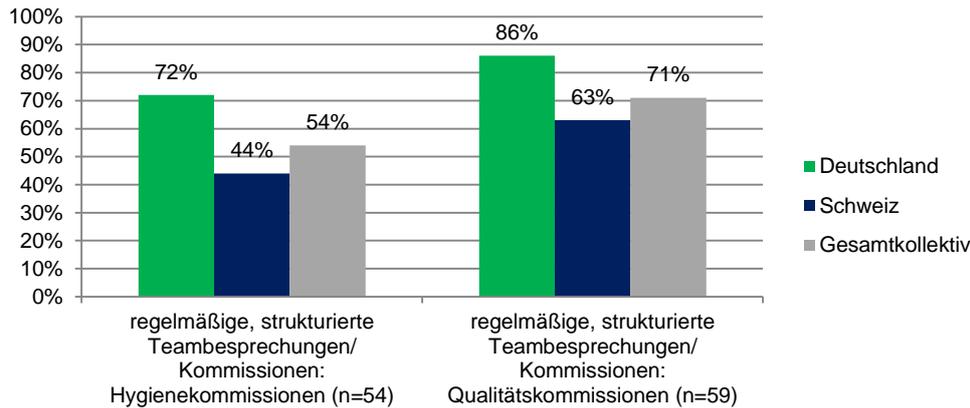


Abbildung 17: Hygiene- und Qualitätskommissionen im grenzüberschreitenden Vergleich

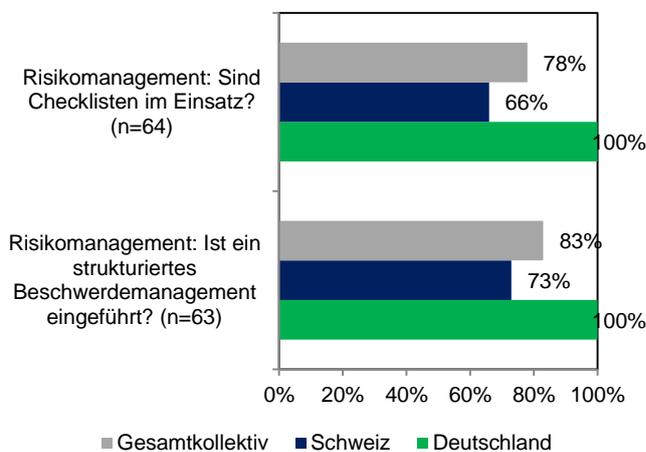


Abbildung 18: Risikomanagement im Vergleich

Beim Risikomanagement ergaben sich deutliche Unterschiede zwischen den befragten deutschen und Schweizer Institutionen: Sowohl der Einsatz von Checklisten als auch die Einführung eines strukturierten Beschwerdemanagements zeigte sich in Deutschland vollständig umgesetzt, während eine Nutzung von Schweizer Seite zu 66 Prozent (Checklisten) bzw. 73 Prozent (Beschwerdemanagement) gemeldet wurde. In beiden Fällen waren die Unterschiede statistisch signifikant ($p=0,006$ bzw. $p=0,002$).

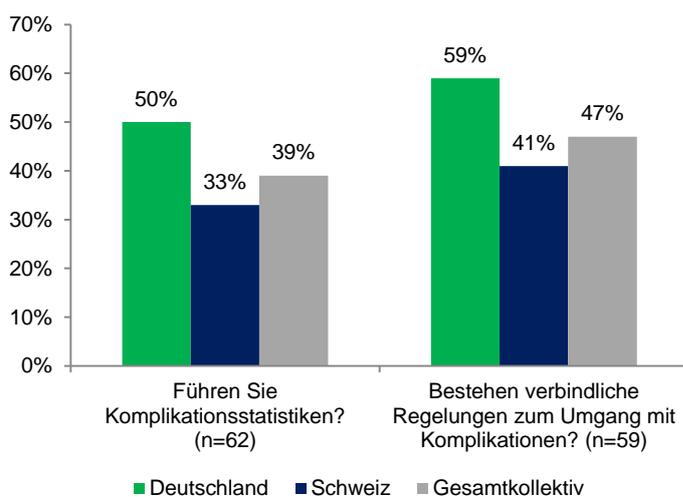


Abbildung 19: Fehlermanagement im Vergleich

Beim Fehlermanagement zeigte sich im grenzüberschreitenden Vergleich in beiden Ländern ein erhebliches Verbesserungspotential. So wurde die Nutzung von Komplikationsstatistiken lediglich von 50 Prozent (Deutschland) bzw. 39 Prozent

(Schweiz) der Institutionen berichtet, während verbindliche Regelungen zum Umgang mit Komplikationen im Kollektiv zu 47 Prozent (Schweiz) bzw. 59 Prozent (Deutschland) umgesetzt sind.

Interne Maßnahmen zur Sicherung der Dokumentationsqualität bestanden in 83 Prozent (Schweiz) bzw. 91 Prozent (Deutschland) der Institutionen mit ausgefülltem Fragebogen. Wie in den entsprechenden Abbildungen dargestellt, zeigen sich bei der Art der durchgeführten Maßnahmen jedoch deutliche Unterschiede. Während von den deutschen Institutionen (in Reihenfolge der Häufigkeit) Pflegevisiten, Dokuvisiten, Schulungen/Fortbildungen, Teamsitzungen/ Fachkräftegespräche, Evaluationen/ Qualitätshandling, internes Audit und Verfahrensanweisungen genannt wurden, waren in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land die Aspekte Kontrolle durch Vorgesetzte, elektronische Pflegedokumentation, Schulungen/ Fortbildungen, externe und interne Audits, sowie Teamsitzungen/ Fachkräftegespräche zur Sicherung der Dokumentationsqualität vorherrschend.

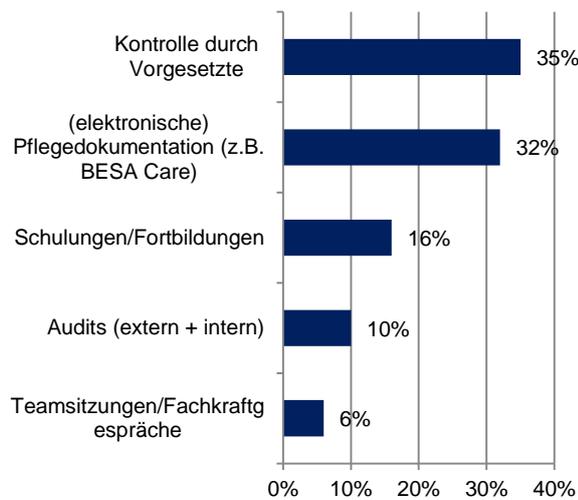


Abbildung 20: Maßnahmen zur Sicherung der Dokumentationsqualität (CH)

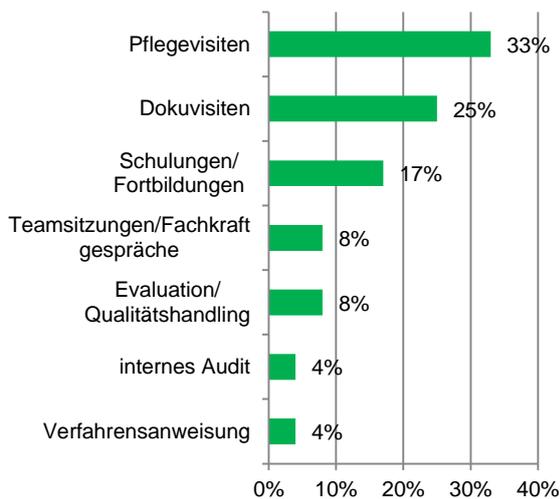


Abbildung 21: Maßnahmen zur Sicherung der Dokumentationsqualität (D)

Ein Trend zur Durchführung von Qualitätsverbesserungsprojekten zeigte sich eher in der Schweiz, wo entsprechendes in 82 Prozent berichtet wurde (Deutschland: 73 Prozent). In beiden Ländern werden Qualitätsverbesserungsprojekte eher im stationären Setting durchgeführt (Deutschland: 75% zu 67%, Schweiz: 79% zu 73%), in Deutschland darüber hinaus signifikant häufiger im ländlichen denn im städtischen Umfeld (100% zu 57%, $p=0,029$). Unterschiede zeigten sich bei der Frage, welche internen Maßnahmen jeweils implementiert wurden: In Deutschland wurde vor allem auf die Themen Hygiene, Qualitätsstandards, Pflegevisiten, Demenz, Ernährungsmanagement, sowie Klienten_innen- und Mitarbeiter_innen-Zufriedenheit verwiesen, in den Schweizer Institutionen spielten darüber hinaus die Themen Wundmanagement, Medikamentenmanagement sowie die Aspekte Angehörigenarbeit und Sicherheit eine wesentliche Rolle.



Abbildung 22: Qualitätsprojekte (D)

ERGEBNISSE DER ERHEBUNG ZUM QUALITÄTSMANAGEMENT

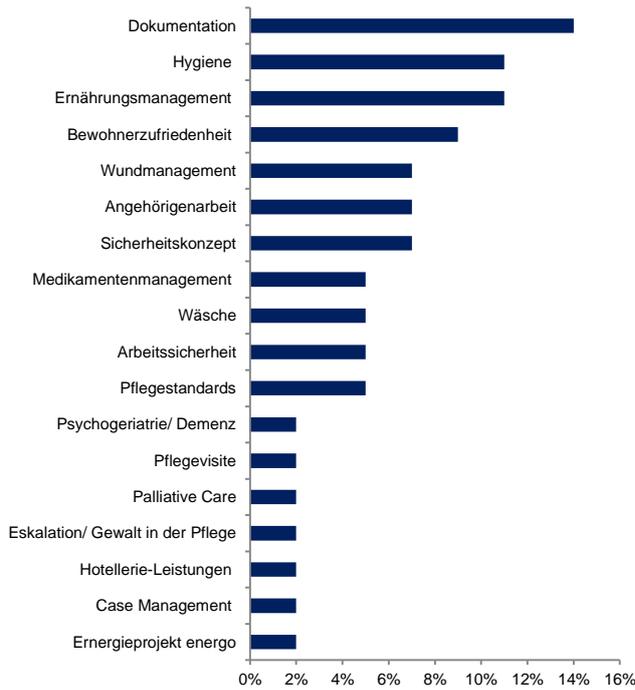


Abbildung 23: Qualitätsprojekte (CH)

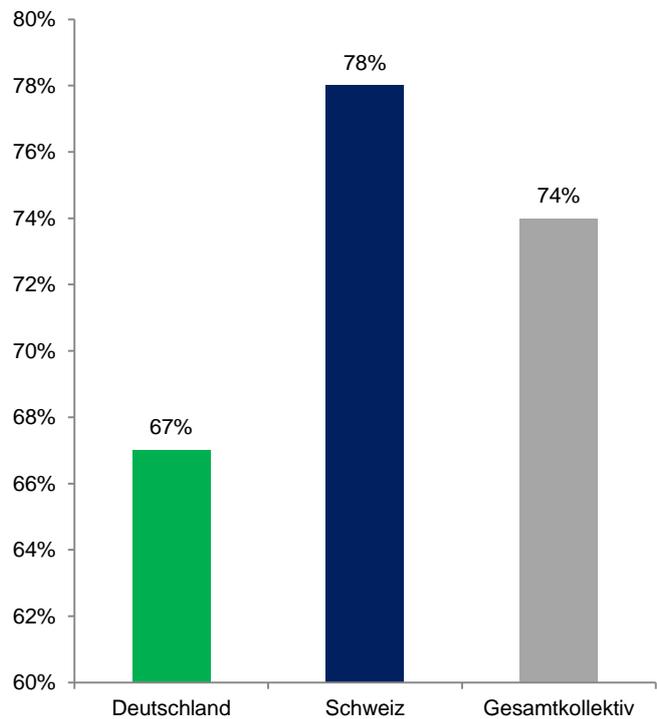
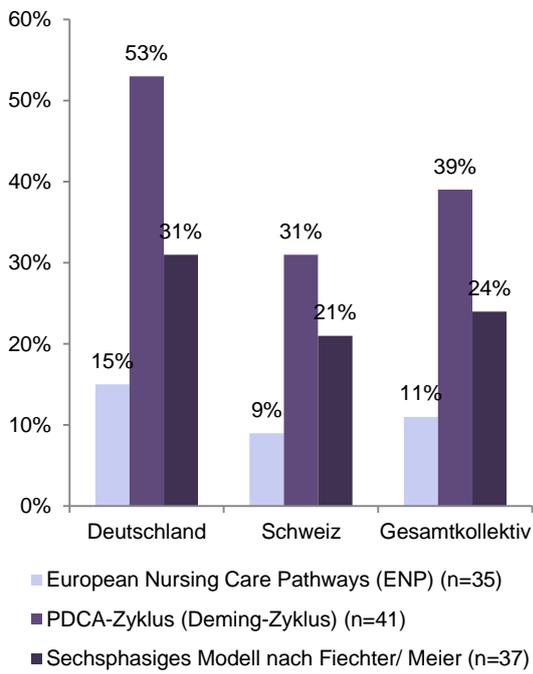


Abbildung 24: Systematische Dokumentation QM

Abbildung 25: Überprüfung der Zielerreichung

Wie in vorstehender Abbildung (links) dargestellt, wird bei der systematischen Dokumentation der Qualitätsziele und der ergriffenen Umsetzungsmaßnahmen vor allem mit dem PDCA-Zyklus gearbeitet (Deutschland: 53 %, Schweiz: 31%), seltener kommen hingegen das sechsstufige Modell nach Fiechter/ Meier (Deutschland: 31%, Schweiz: 21 %) und der European Nursing Care Pathways (ENP) (Deutschland: 15%, Schweiz: 9%) zum Einsatz. Eine Dokumentation der systematischen Überprüfung der Zielerreichung wurde mit 87 Prozent häufiger von Seiten der Schweizer Institutionen gemeldet, (Deutschland: 67 Prozent). Die Durchführung von Qualitätsverbesserungsprojekten wurde mit 82 Prozent etwas häufiger von den Schweizer Institutionen berichtet (Abbildung 26).

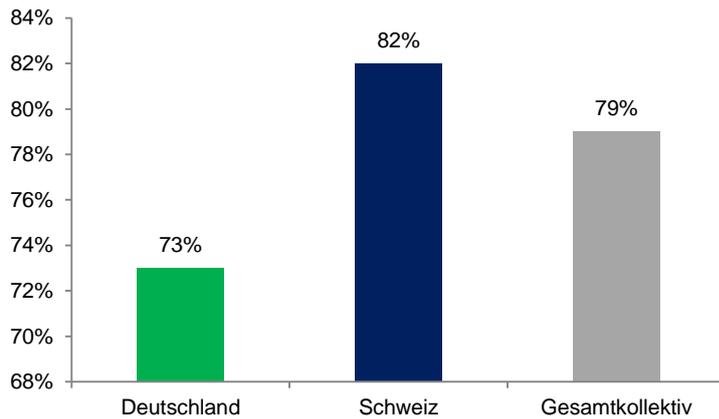


Abbildung 26: Durchführung von Qualitätsverbesserungsprojekten

5.5. INTERNE QUALITÄTSSICHERNDE MASSNAHMEN: PATIENTENORIENTIERUNG

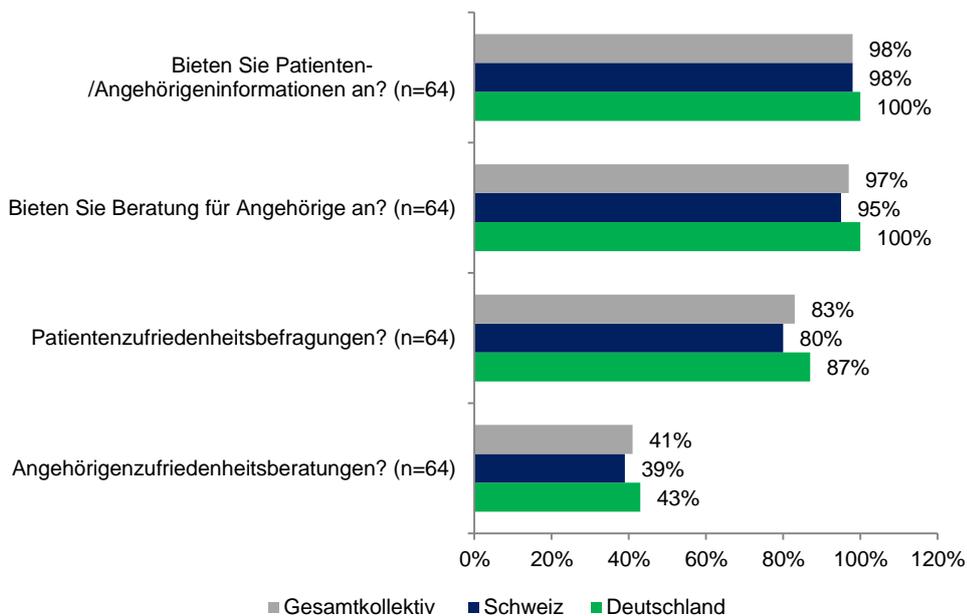


Abbildung 27: Werden Patienten-/ Angehörigen-Information angeboten?

ERGEBNISSE DER ERHEBUNG ZUM QUALITÄTSMANAGEMENT

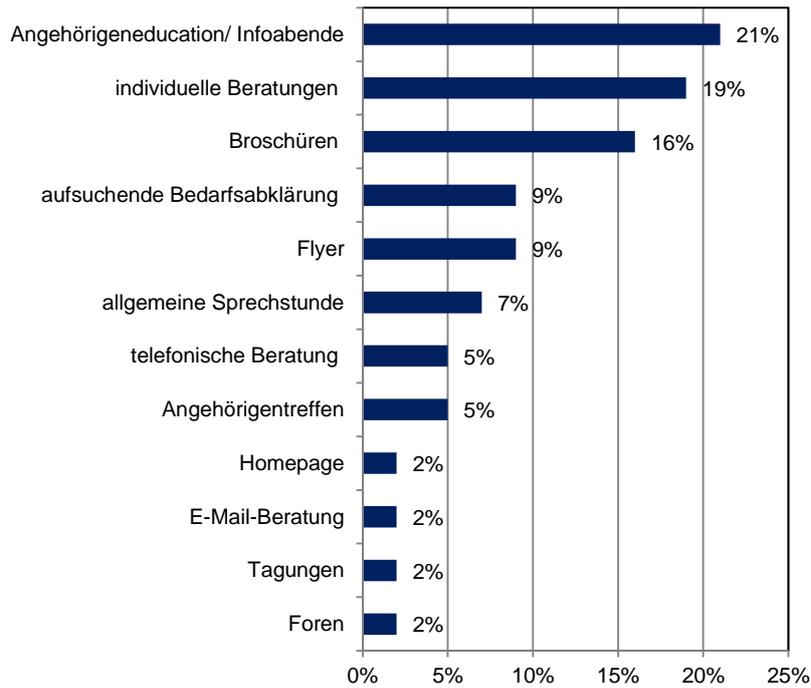


Abbildung 28: Art der Patienten-/ Angehörigen-Information CH

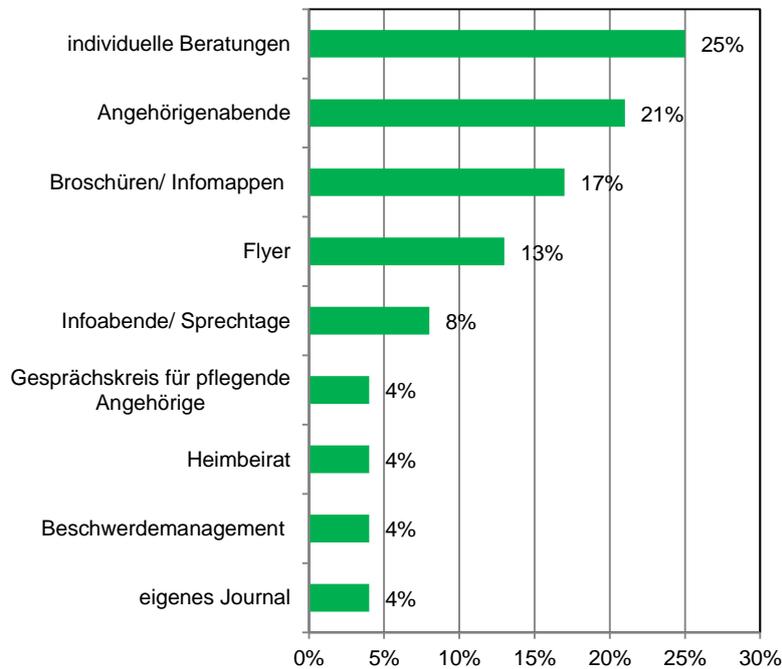


Abbildung 29: Art der Patienten-/ Angehörigen-Information D

In den Abbildungen ist dargestellt, inwiefern in den befragten Institutionen Patienten- und Angehörigeninformationen angeboten werden. Bei allen Frage-Dimensionen zeigten sich zwischen dem Landkreis Lörrach und den beiden Gesundheitsdepartments Basel-Land und Basel-Stadt nur sehr geringe Unterschiede in der Umsetzung.

Dargestellt ist, dass Patienten- und Angehörigeninformationen in allen Institutionen angeboten werden. Auch Angehörigenbefragungen waren beinahe vollständig umgesetzt. Patientenzufriedenheitsbefragungen wurden von 80 Prozent (CH) bzw. 87 Prozent (D) der Institutionen rückgemeldet. Ein deutlicher Optimierungsbedarf zeigte sich hingegen bei den Angehörigenzufriedenheitsberatungen, die jeweils zu weniger als 50 Prozent implementiert waren. In den Abbildungen sind die inhaltlichen Schwerpunkte der Patienten- und Angehörigen-Informationen dargestellt.

Sowohl in der Schweiz als auch auf deutscher Seite lag der Fokus dabei auf individuellen Beratungen, Angehörigenabenden und der Zurverfügungstellung von schriftlichen Informationsmaterialien.

5.6. INTERNE QUALITÄTSSICHERNDE MAßNAHMEN: MITARBEITERORIENTIERUNG

In der Dimension der Mitarbeiterorientierung wurden die Institutionen u.a. gefragt, ob Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für die Mitarbeitenden angeboten werden. Beide zeigte sich jeweils auf hohem Niveau umgesetzt (D: 96 Prozent, CH: 100%). In Abbildung 30 ist dargestellt, welche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in Deutschland bestehen, während Abbildung 31 die inhaltlichen Schwerpunkte des Fortbildungsregimes auf Schweizer Seite zeigt.

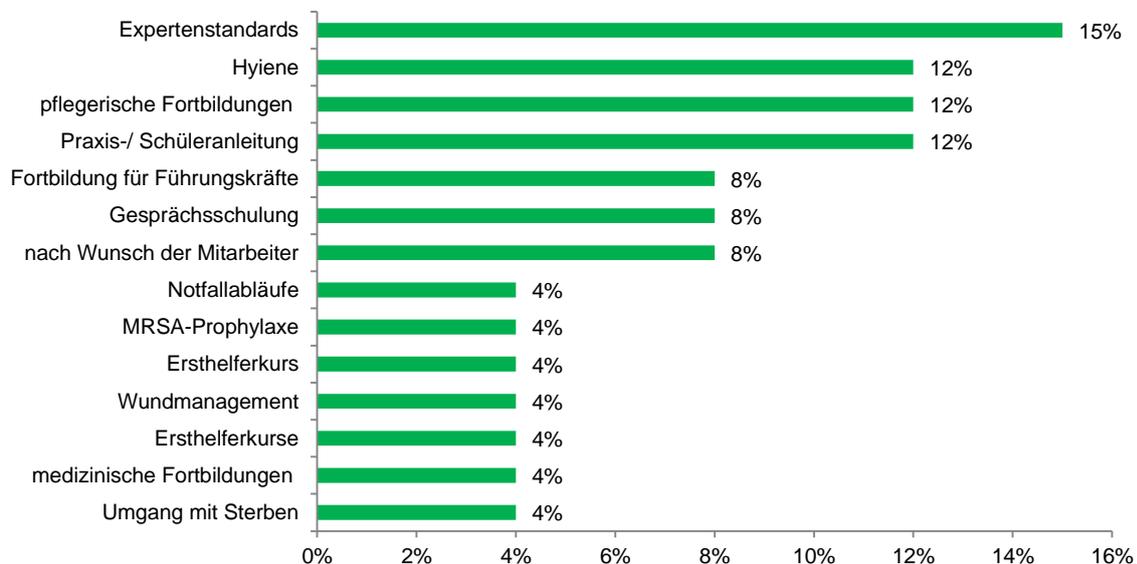


Abbildung 30: Inhaltliche Schwerpunkte des Fort- und Weiterbildungsregimes in Deutschland

ERGEBNISSE DER ERHEBUNG ZUM QUALITÄTSMANAGEMENT

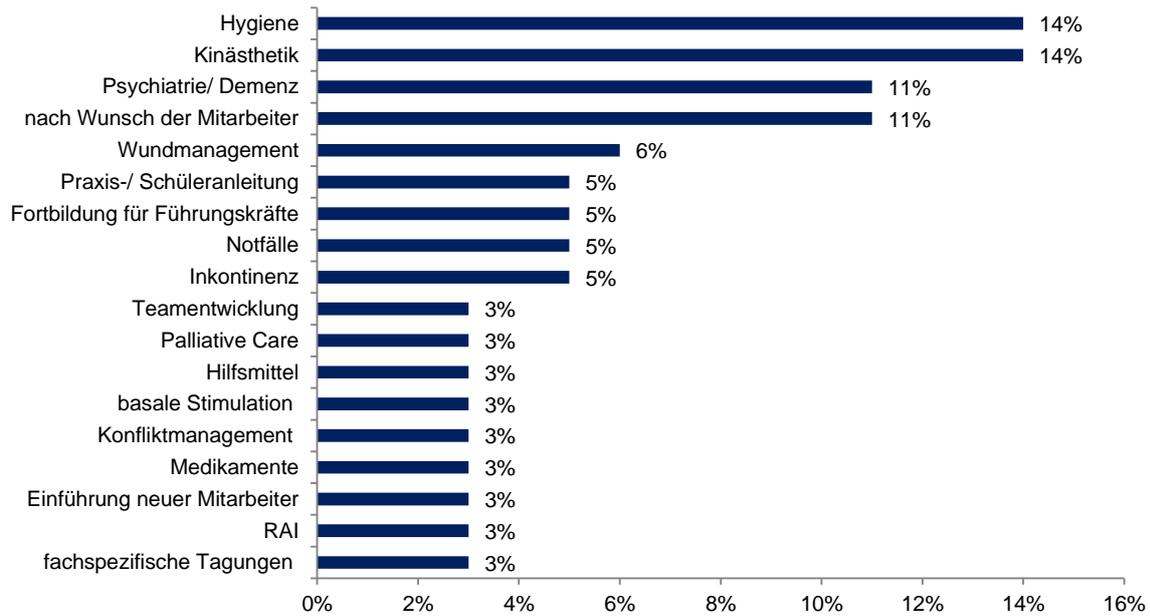


Abbildung 31: Inhaltliche Schwerpunkte des Fort- und Weiterbildungsregimes in der Schweiz

In den Lörracher Institutionen wurden als häufigste Fortbildungsthemen Expertenstandards, Hygiene, pflegerische Fortbildungen sowie die Praxisanleitung genannt, während auf Schweizer Seite Hygienemaßnahmen, Kinästhetik und psychiatrische Fortbildungen resp. Demenz-Fortbildungen dominierten. Wie in Abbildung 32 dargestellt, zeigten sich schriftlich ausgearbeitete Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeitenden in den Institutionen auf hohem Niveau umgesetzt.

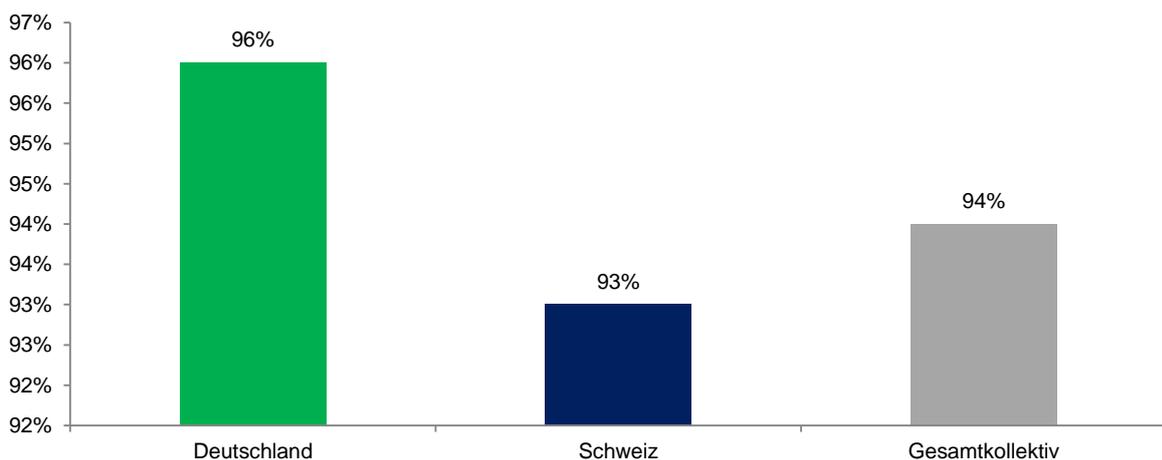


Abbildung 32: Häufigkeit von schriftlich ausgearbeiteten Regelungen zur Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden

5.7. INTERNE QUALITÄTSSICHERNDE MAßNAHMEN: KOMMUNIKATION

Fall-/ Komplikations- und Planungsbesprechungen finden sich in allen Institutionen auf hohem Niveau verwirklicht (D: 91%, CH: 95%), während Fall-, Team- und Supervisionen deutlich häufiger von Seiten der Schweizer Institutionen berichtet wurden. Bei den Fallsupervisionen war der Unterschied in der Umsetzung auch statistisch signifikant (D: 41%, CH: 79%, $p=0,005$). Vor allem bei den Supervisionen zeigte sich allerdings auf beiden Seiten ein erhebliches Optimierungspotential, da jeweils deutlich unter 50 Prozent der Institutionen angaben, Supervisionen implementiert zu haben (D: 28%, CH: 43%).

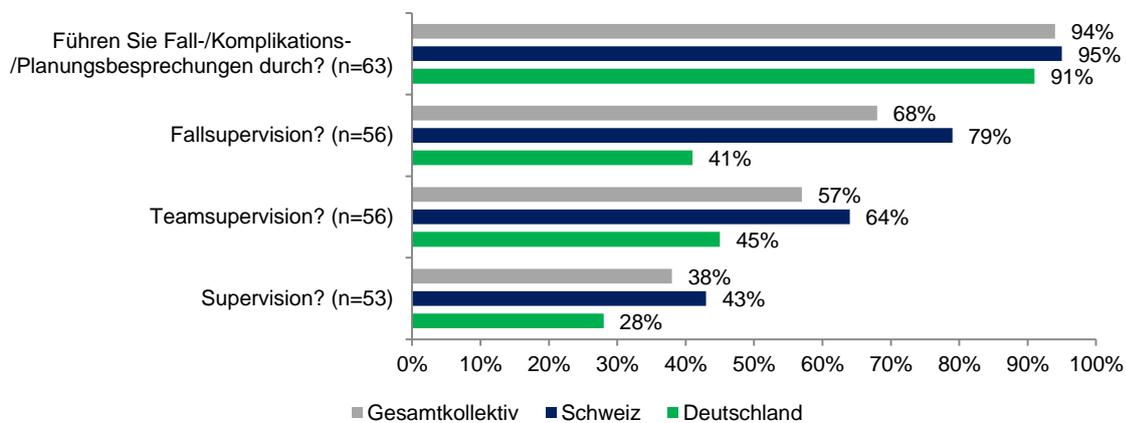


Abbildung 33: Fall-/Komplikations-/ Planungsbesprechungen und Fall-/Team-/ Supervisionen

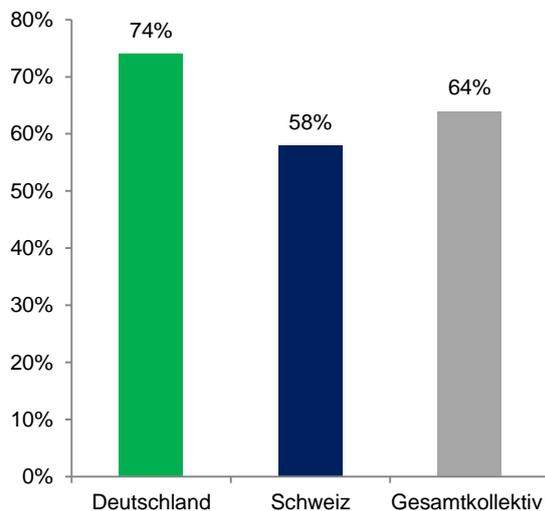


Abbildung 34: Fortbildungsreihen

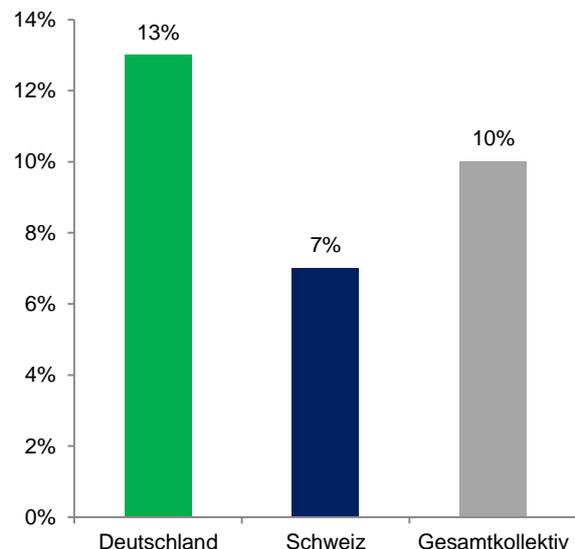


Abbildung 35: Patientenseminare

Eigene Fortbildungsreihen wurden häufiger von Seiten der deutschen Institutionen berichtet, hier fand sich eine Umsetzungsquote von 74 Prozent (CH: 58%). Patientenseminaren kommt bisher nur ein untergeordneter Stellenwert zu (D: 13%, CH: 7%).

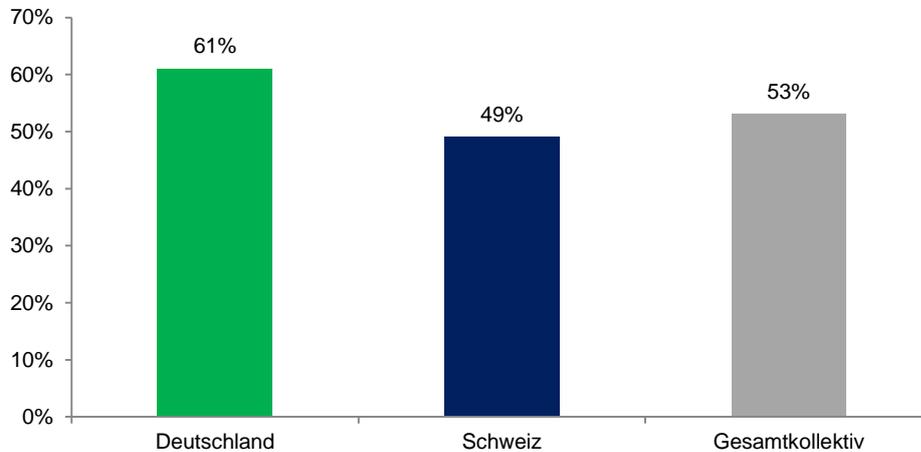


Abbildung 36: Qualitätszirkel

Abbildung 36 zeigt, inwiefern in den Institutionen Qualitätszirkel durchgeführt wurden. Insgesamt ist hier ein Trend zur Implementierung eher auf deutscher Seite erkennbar: Hier gaben 61 Prozent der Institutionen an, Qualitätszirkel durchzuführen, während es im Schweizer Teilkollektiv 49 % waren.

5.8. EXTERN VERGLEICHENDE QUALITÄTSSICHERUNG

Gefragt wurde u.a., ob Versorgungsverträge bestehen, wie sich die extern vergleichende Qualitätssicherung gestaltet und ob deren Ergebnisse veröffentlicht werden. Versorgungsverträge fanden sich in Deutschland vollständig umgesetzt (da obligat gemäß § 115, SGB XI), auch seitens der Schweizer Institution wurden eine Umsetzung von 93 Prozent der Institutionen berichtet.

Eine jährliche Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) wurde von 95 Prozent der deutschen Institutionen als zutreffend angegeben. Da die jährliche MDK-Prüfung in Deutschland vorgeschrieben ist (§ 114, SGB XI), müsste die Quote hier eigentlich 100 Prozent betragen. Vermutlich handelt es sich bei den 5 Prozent der deutschen Institutionen, die auf dem Fragebogen nein ankreuzten um sehr junge Einrichtungen, die erst im Befragungsjahr begründet und dementsprechend noch keiner Überprüfung unterzogen wurden.

Obwohl die Frage ausschließlich für die deutschen Institutionen vorbehalten ist, wurde die Frage auch von der Mehrheit der Schweizer Institutionen beantwortet und zu 68% bejaht. Offen bleiben die Gründe: Möglicherweise wurde die Frage falsch verstanden, bzw. als äquivalent zur Frage gesehen, ob eine Teilnahme an freiwilligen extern vergleichenden Qualitätssicherungsmaßnahmen stattfindet, wo sich auf Schweizer Seite mit 64 Prozent eine ähnlich hohe Zustimmungquote ergab. Möglicherweise fand auch eine Verwechslung mit der Schweizer Militärdienstkasse statt, die ebenfalls die

Abkürzung MDK verwendet. Allerdings ist der Medizinische Dienst der Krankenkassen auch zur Begutachtung von in der Schweiz lebenden deutschstämmigen Pflegebedürftigen verpflichtet, sofern Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung bezogen werden, weswegen vor allem die Institutionen des ambulanten Sektors im Grenzgebiet mitunter mit selbigen in Kontakt treten.

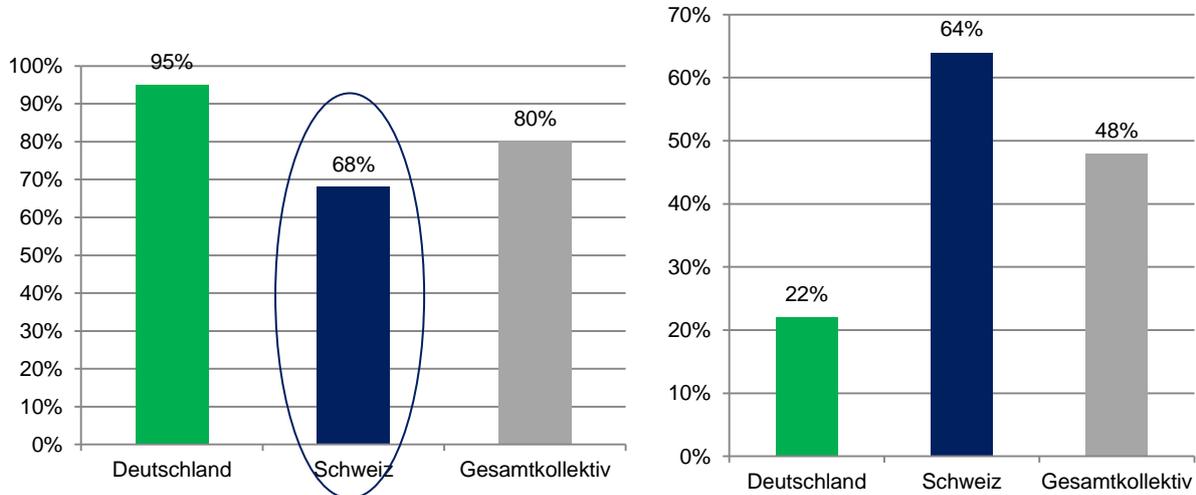


Abbildung 37: Externe Prüfung durch MDK

Abbildung 38: Teilnahme an freiwilligen extern vergleichenden QM- Maßnahmen

Die folgende Abbildung zeigt die Veröffentlichungsquote der Ergebnisse der extern vergleichenden Qualitätssicherung. In Deutschland fand sich selbige (entsprechend den normativen Vorgaben gemäß §115, Abs. 1a, SGB XI) fast vollständig umgesetzt, während die Veröffentlichung auf Schweizer Seite mit 8 Prozent bisher keine Rolle zu spielen scheint.

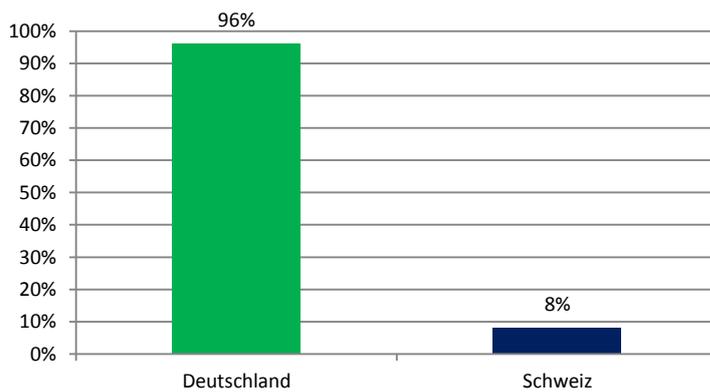


Abbildung 39: Veröffentlichungsquote der Ergebnisse der extern vergleichenden Qualitätssicherung

5.9. AUSBLICK

Abschließend wurden die Institutionen befragt, ob aktuell noch weitere Maßnahmen des internen und/oder externen Qualitätsmanagements geplant oder umgesetzt werden, welche Aspekte einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit als besonders wichtig erachtet werden und welche Aspekte der Qualität grenzüberschreitend zugänglich sein sollten.

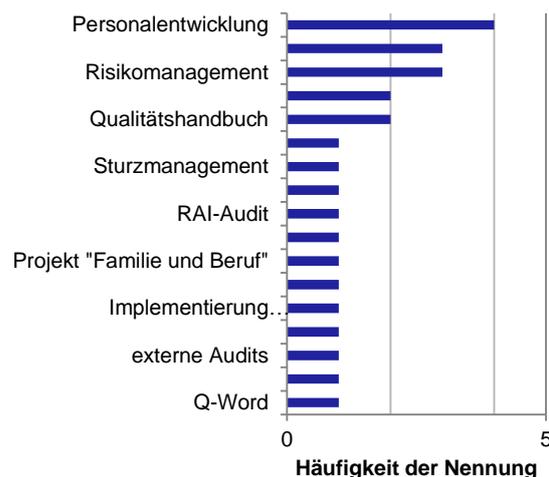
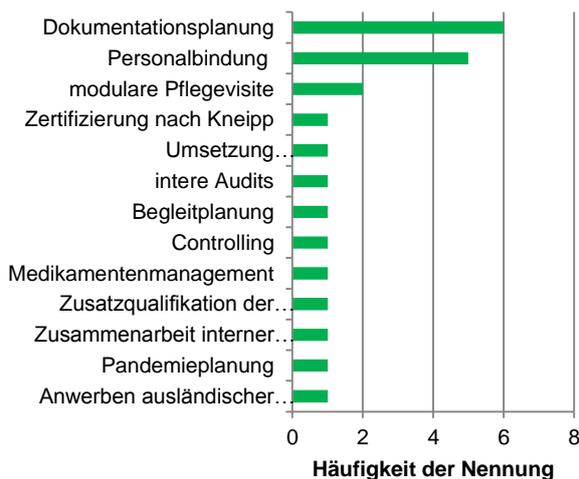


Abbildung 40: Weitere Maßnahmen des internen und externen QM (D)

Abbildung 41: Weitere Maßnahmen des internen und externen QM (CH)

Die Abbildungen zeigen, welche weiteren internen und externen Maßnahmen auf beiden Seiten genannt wurden. Von den deutschen Institutionen wurden am häufigsten auf die Thematiken Dokumentationsplanung, Personalbindung und modulare Pflegevisite verwiesen, während seitens der Schweizer Institutionen vor allem auf den Aufbau eines kantonsweiten QM-Systems, sowie die Faktoren Risikomanagement und Demenzstrategie genannt wurden. Auch hier gehörte die Thematik Personalbindung zu den am häufigsten genannten Items.

Deutschland	Schweiz
<ul style="list-style-type: none"> - Überleitungsmanagement (x2) - Demenzpflege - Psychiatriepflege - Allgemeines Pflegeverständnis - Möglichkeiten und Grenzen der Pflege - Pflegeorganisation (x2) - Dokumentation - Gleichwertige Ausbildung der Fachkräfte/ standardisiertes Expertenwissen (x2) - Verhältnis Pflegekraft-zu-Pflegebedürftigem - Gleichförmiges Pflegestufenmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung von internen und externen Weiterbildungen - Hygienevorgaben - Palliative Care - Allgemeines Pflegeverständnis - Standardentwicklung - Kulturwerte - Gleichwertige Ausbildung - Flexibilität - Pflegestandards (x2) - Gleiche Indikatoren <p>„Rahmenbedingungen sind zu unterschiedlich“ „grenzüberschreitende Zusammenarbeit wegen zu unterschiedlicher Gesetze nicht möglich.“ „keine. Prioritär wäre eine interkantonale Zusammenarbeit im Heimwesen im speziellen im Pflegebereich“.</p>

Tabelle 11: Für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit relevante Aspekte der Qualitätssicherung

Tabelle 11 zeigt die Aspekte der Qualitätssicherung, die von den Institutionen als relevant für eine vertiefte grenzüberschreitende Zusammenarbeit bezeichnet wurden. Aus beiden Ländern wurde die Entwicklung eines allgemeinen Pflegeverständnisses, sowie die Anpassung der Ausbildungssysteme gefordert, um grenzüberschreitend über ein standardisiertes Expertenwissen verfügen zu können. Auf deutscher Seite wurde darüber hinaus u.a. auf die Demenzpflege und den Personalschlüssel verwiesen, während die Schweizer Institutionen zusätzlich u.a. die Hygienevorgaben und die Thematik der Pflegestandards fokussierten.

In Tabelle 12 sind die Aspekte der Qualitätssicherung dargestellt, die aus Perspektive der befragten Institutionen grenzüberschreitend offen zugänglich sein sollten.

Deutschland	Schweiz
<ul style="list-style-type: none"> - gleiche Beurteilung der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufen) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ablaufbeschreibung der Supportprozesse - Pflegeverständnis - Hygienevorgaben/ -verständnis - Resultate und Studien aus der Pflegewissenschaft - Expertenstandards (2x) - Fachlicher Austausch - Finanzierung - Weiterbildung - Stellenbewirtschaftung
<p><i>„In Deutschland ist durch die Gängelei des Gesetzgebers sowohl der Prüfbericht der Heimaufsicht als auch des MDK einsehbar. Mehr Transparenz ist nicht möglich - reicht jedoch nicht aus, um der Gesellschaft das Gefühl zu geben, dass die Pflege eine "gute Arbeit" macht.“</i></p> <p><i>„Zunächst sollte die Möglichkeit einer Vergleichbarkeit geschaffen werden.“</i></p>	<p><i>„Gott sei Dank, haben wir noch Personal, welches mit gesundem Menschenverstand die Klienten pflegt.“</i></p>

Tabelle 12: Aspekte der Qualitätssicherung, die grenzüberschreitend offen zugänglich sein sollten

Zur Diskussion der Ergebnisse in ihrer Bedeutung für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Pflegebereich sei an dieser Stelle auf Kapitel 10 verwiesen.

6. ONLINE-ERHEBUNG: ERGEBNISSE

6.1. ÜBERSICHT

Die Online-Erhebung diente im Sinn eines „*regionalen Brainstorming*“ der Erweiterung der Perspektiven. Die Teilnahme insgesamt übertraf die Planung bzw. Erwartung (30 Teilnehmende aus jedem Land).

„Regionales Brainstorming“	
Eckdaten	<ul style="list-style-type: none"> • Self-selected sample aus der allg. Bevölkerung der Region • Online-Erhebung auf unipark.de von Oktober 2014 bis April 2015 • Online-Zugang landesgetrennt, Erhebungsbogen in Deutsch, adaptierte Version in Basel-Landschaft und Basel-Stadt eingesetzt • Gebiete: Landkreis Lörrach, Basel-Stadt, Basel-Landschaft • Speziell angesprochene Gruppen: Beschäftigte im Pflegesektor, häuslich Pflegende, Senior_innen
Interessierende Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> • Situation und Organisation der lokalen Pflege(strukturen) • Grenzüberschreitende Pflegeangebote/ Kooperationen • Maßnahmen zur Erweiterung der pflegerischen Versorgung
Stichprobenumfang	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtzahl aller Antwortenden: 175, davon etwa 70% weiblich und 30% männlich • Zuordenbar zu Basel-Landschaft: 29, zu Basel-Stadt: 4, zum Landkreis Lörrach: 128

Tabelle 13: Übersicht Online-Erhebung

Es konnte folgender Stichprobenumfang erzielt werden: Gesamtzahl aller Antwortenden: 175, davon etwa 70% weiblich und 30% männlich, zuordenbar zu Basel-Landschaft: 29, zu Basel-Stadt: 4, zum Landkreis Lörrach: 128. Jedoch wurde nicht jede Frage von jedem Teilnehmenden beantwortet, auch wenn sie an alle Teilnehmenden gerichtet war. Der Erhebungsbogen gliedert sich in die tabellarisch im Anhang dargestellten Fragenkomplexe (Anlage D) und richtet sich an unterschiedliche Adressaten. In der nachfolgenden Ergebnisdarstellung werden die aus unterschiedlicher Perspektive geäußerten Antworten nun themenbezogen integriert. Sofern es sich um Antworten lediglich einer bestimmten Adressatengruppe handelt, wird *ausdrücklich* darauf hingewiesen.

Aus der besonders angesprochenen Gruppe von Personen, die sich in häuslicher Pflegeverantwortung befinden (Gruppe F der Erhebung) beteiligten sich insgesamt 35 Personen (29 Frauen, 4 Männer, 2 unbestimmt). Zur Gruppe C, den professionell pflegenden Personen, sind die Angaben zur Teilnahme im nachstehenden Kapitel im Zusammenhang mit der Ergebnisdarstellung gesondert aufgeführt. Die ebenfalls speziell angesprochene Gruppe „Senior_innen“ war in geringem Umfang vertreten, obgleich entsprechende Multiplikator_innen vor der Freischaltung der Online-Befragung informiert wurden und die Unterstützung (z.B. beim Ausfüllen einer Papierversion) ausdrücklich angeboten war. Ob die Kennzeichnung einer Gruppenzugehörigkeit in jedem Fall (korrekt) erfolgt ist, dazu kann auf der Basis von Selbstauskünften keine Aussage gemacht werden.

6.2. PROFESSIONELLE PFLEGE UND PFLEGE-MIGRATION

Im Focus des an die professionell Pflegenden gerichteten Fragekomplexes standen die Gründe, die zu **Wanderungsbewegungen** von Fachkräften in und nach außerhalb der Region führen. Mit dem Auftrag, Anhaltspunkte zu ergründen für die **Ausrichtung zukünftiger Pflege an den Bedarfen derjenigen, die in unterschiedlichem Rahmen Pflege leisten**, richtete sich die Untersuchung auch in dieser Hinsicht an professionell Pflegenden. Die professionelle Pflege steht im Rahmen dieser Untersuchung jedoch nicht für sich genommen im Vordergrund. Vielmehr interessieren die Bezüge und Verbindungen zu den häuslich pflegenden Laien, den Pflegebedürftigen und das Funktionieren der Prozesse bzw. die wahrgenommene Kooperation und Koordination des Zusammenwirkens in der häuslichen Pflege. Dieses Kapitel berichtet zunächst über die Eindrücke, die in der Online-Erhebung in Basel-Stadt, Basel-Landschaft und im Landkreis Lörrach mit Fragen speziell an Professionell Pflegenden in der Region von dieser Gruppe festgehalten wurden. Die in diesem Abschnitt der Erhebung speziell an professionell Pflegenden, einschließlich Pflegeschüler_innen, gestellten 20 Fragen sprechen folgende Aspekte an:

- grenzüberschreitende Pflege (Erfahrungen, Hindernisse, etc.)
- Hindernisse für Flexibilität in der Pflege allgemein
- Hindernisse für die Zusammenarbeit, auch grenzüberschreitend
- Angebote/ Maßnahmen um Pflegekräfte (im Land / in der Region) zu halten

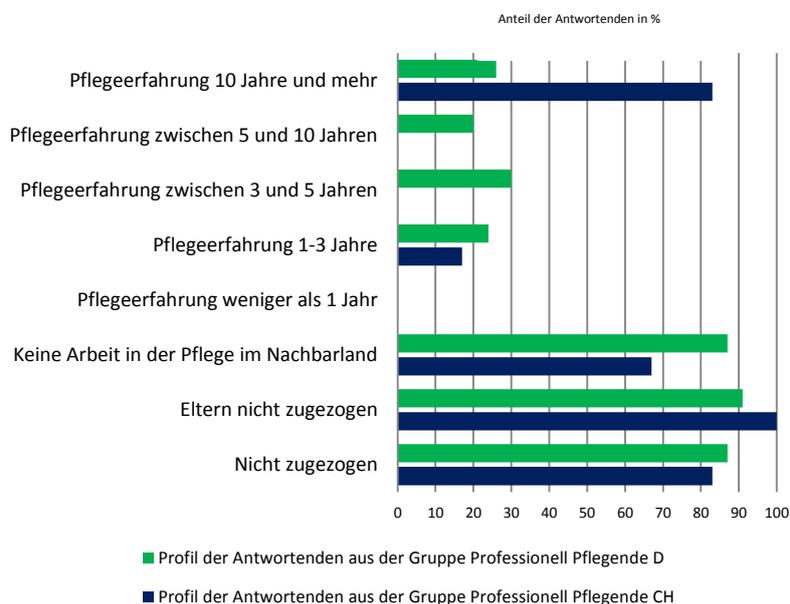


Abbildung 42: Profil der in der Online-Erhebung Antwortenden aus der Gruppe professionell Pflegenden

Die Gesamtzahl der Personen, die vollständig bzw. teilweise geantwortet haben betrug im Landkreis Lörrach 48, in Basel-Landschaft 5. Aus Basel-Stadt erfolgte hierzu keine Teilnahme. Bei den Antwortenden überwogen Personen aus der Region, ohne Migrationshintergrund auch in der Elterngeneration und Personen, die noch nicht

im jeweiligen Nachbarland in der Pflege gearbeitet haben. Die Gruppe der Antwortenden aus Deutschland ist hinsichtlich der Vorerfahrung im Pflegeberuf heterogen, so dass hier auch unterschiedliche Erfahrungshorizonte zur Abbildung kommen (Abb. 42).

Eine vielbesprochene Problematik in der Region ist der Verlust von Pflegefachkräften, die sich nach andernorts orientieren. Dies gilt zum einen für Deutschland mit einer Abwanderung in die Schweiz, innerhalb der Schweiz in andere Kantone. Es wurde nach Aspekten gefragt, welche Pflegekräfte in der Region halten könnten (s. Abb.).

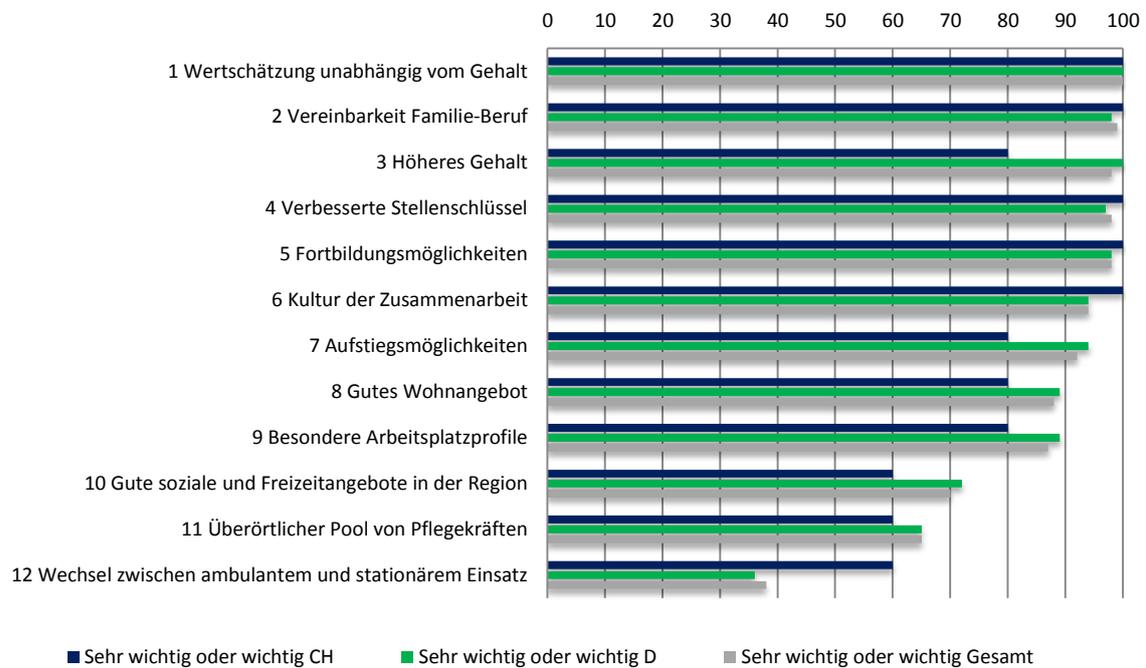


Abbildung 43: Welche Angebote bzw. Maßnahmen würden ausgebildete Pflegekräfte in der Region halten? (Mehrfachnennungen waren möglich; CH n=5, D: F1 n=45, F2 n=46, F3 n=46, F4 n=44, F5 n=46, F6 n=46, F7 n=46, F8 n= 45, F9 n=42, F10 n=46, F11 n=46, F12 n=45).

Aspekte	CH	Zitate	D	Zitate
Bessere Arbeitsbedingungen in Pflegeheimen	+	„Ganzheitliche Pflege“, „Betriebsphilosophie“	+++	„genügend Zeit für eine würdevolle Pflege“ „Spagat zwischen Qualität und dem vorhandenen Personal“
Vollbesetzung nach Stellenschlüssel			+++	
Vollzeitstellen (voll) besetzen			+	
Weniger Überstunden			++	„verbindliche Dienstpläne, um ein halbwegs geregeltes Privatleben führen zu können“
Geregelte Arbeitszeiten			+++	
Sichere Arbeitsplätze			+	
Mehr Anleitung in der Ausbildung			++	
Besseres Gehalt			++	
Gratifikation für Engagement			+	
Bessere regionale Infrastruktur			+	
Fürsorge für Mitarbeitende	+	„Caring“	++	„in Zukunft besser auf die Mitarbeiter geachtet wird...“
Mehr Unterstützung vom Staat/ von der Öffentlichkeit für den Pflegeberuf			+++	„MDK-Prüfungen ... wenig förderlich und motivierend“

Tabelle 14: Welche Angebote bzw. Maßnahmen würden ausgebildete Pflegekräfte in der Region halten? Freie Antworten.

Auszüge aus den Antworten, die als Freitext eingefügt werden konnten;
+ vereinzelte Nennung ++ mehrfache Nennung +++ häufig wiederkehrende Nennung

Tabelle 15: Spüren Sie in Ihrem Arbeitsbereich einen Pflegekräftemangel? Freie Antworten.

Die vorgeschlagenen Aspekte konnten mit sehr wichtig bis unwichtig bewertet werden. In beiden Ländern stehen an erster Stelle mit den Bewertungen wichtig oder sehr wichtig die Wertschätzung und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und markieren wesentliche Handlungsfelder. Zusätzlich war die Möglichkeit geboten, im Freitext zu antworten und Aspekte über die vorgegebenen Antworten hinaus ansprechen zu können. In keinem Bereich der Untersuchung waren in so umfangreichen Maß Ergänzungen eingegangen. Da sie den Handlungsbedarf detaillieren und konkretisieren, werden sie tabellarisch zusammengefasst wiedergegeben: Die unterschiedliche Wahrnehmung eines Pflegekräftemangels im Berufsalltag der beiden Länder zeigt sich auch in der Beantwortung einer Frage, die diesen ausdrücklich anspricht:

Während auf Schweizer Seite von eingeschränkter Auswahl bei der Rekrutierung von Mitarbeitenden, von einem insgesamt erschwerten Rekrutierungsprozess oder „spärlichen oder unterqualifizierten Meldungen auf Stelleninserate“ die Rede ist, kennzeichnen die in Tab. 15 wiedergegebenen Auszüge und Zitate aus den deutschseitigen Antworten eine im Berufsalltag deutlich wahrgenommene Mangelsituation.

- „Wir gehen von einer Knappheit an Pflegefachkräften aus“. (CH)
- „Es gibt in unserem Betrieb keine Stellenknappheit. Es bewerben sich nur so wenige, da die Arbeitsbedingungen schlechter sind wie in manchen Schweizer Einrichtungen (Erfahrungsberichte von Freundeskreis). Am benachbarten Ausland orientiertes Gehalt sowie die Möglichkeit unter weniger Zeitdruck zu arbeiten.“ (D)
- „Wer eine Arbeit sucht und sie in D nicht bekommt, hingegen in CH anfangen kann, könnte allenfalls mit einer gezielten Vermittlung und Lohnersatz in der Region (D) gehalten werden.“ (D)

Worin ist der Mangel an Pflegekräften erkennbar?

Auszüge aus den Antworten, die als Freitext eingefügt werden konnten (D):

Hoher Krankenstand
 Häufiges „Einspringen müssen“, auch aus Freizeit heraus
 Überstunden im dreistelligen Bereich „sind keine Seltenheit“, ständiger Anfall von Überstunden, (die sich zudem finanziell nicht lohnen)
 Zeitdruck bei gleichzeitig hoher Verantwortung, Arbeiten unter Stress
 Pausen, Freizeit können wegen Arbeitslast nicht genommen werden
 Doppelschichten, „viele Dienstage am Stück“
 Immer häufiger geteilte Dienste, Tourenaufteilung (Ambulante Pflege)
 Praktische Anleitung leidet
 Zunahme von (Beinahe-) Fehlern
 Disproportion zwischen Zunahme an pflege- / betreuungsaufwendigen Patient_innen (z.B. Demenzkranke) und Personalbestand
 „nur noch eine satt und sauber Pflege möglich“
 „schlechtes Gewissen gegenüber den Bewohnern“ bzw. ambulant zu Betreuenden wegen mangelnder persönlicher Zuwendung aus Zeitmangel
 Motivationsverlust, „keine Zeit für Freunde und Familie“

Die Kennzeichen stimmen überein mit solchen, die in einer Erhebung der Universität Trier bei Krankenpflegeschüler_innen zutage traten: insbesondere Gespräche mit den Pflegebedürftigen, Angehörigen, die Praxisanleitung, die Patientenversorgung und die Pausen kommen zu kurz.⁸⁰ Trotz dieser negativen Einschätzungen würde die überwiegende Mehrheit dieser Befragten einen Arbeitsplatz in der Nähe ihrer Pflegeschule oder ihres Wohnorts bevorzugen. Lediglich die Hälfte zieht eine Tätigkeit im Ausland in Betracht, obwohl die Befragung gleichfalls in einer Grenzregion stattfand, in der ein Gehaltsgefälle besteht (geringeres Gehalt in Deutschland).

Abbildung 44: Wie könnte nach Ihrer Einschätzung ein grenzüberschreitender Pool an Pflegekräften aufgebaut werden? Schweizer Sicht.

(Anteile zustimmender Antworten aus Schweizer Sicht, (CH n=5; Frage an die Gruppe der professionell Pflegenden)



- Bewerbung gezielt in ein institutionalisiertes Pool-Angebot
- Beteiligung von Einrichtungen mit einem Teil ihrer Belegschaft
- Pool als gemeinnützige Einrichtung der öffentlichen Hand
- Pool als Einrichtung von privatem Investor
- Anderes

Grenzüberschreitende Möglichkeiten

Um den Erhalt von Beschäftigten für die gesamte Region zu verbessern, könnte beispielsweise ein grenzüberschreitender Pflegekräfte-Pool in Betracht kommen. Knapp zwei Drittel der deutschen, etwa 60% der Schweizer Antwortenden halten einen solchen Pool als Angebot oder Maßnahme für wichtig oder sehr wichtig, um Pflegekräfte in der Region zu halten (s.o.).

Es wurde auch nach weiteren Charakteristika eines solchen Pools gefragt.

Abbildung 45: Wie könnte nach Ihrer Einschätzung ein grenzüberschreitender Pool an Pflegekräften aufgebaut werden? Deutsche Sicht.

(Anteile zustimmender Antworten aus deutscher Sicht; D n=46; Frage an die Gruppe der professionell Pflegenden)



- Bewerbung gezielt in ein institutionalisiertes Pool-Angebot
- Beteiligung von Einrichtungen mit einem Teil ihrer Belegschaft
- Pool als gemeinnützige Einrichtung der öffentlichen Hand
- Pool als Einrichtung von privatem Investor
- Anderes

In der Erhebung spiegelt sich somit durchaus eine Akzeptanz, in privatwirtschaftliche Art findet ein Personalpool allerdings in beiden Ländern geringen Anklang. Es werden in zusätzlichen Antworten konkrete Vorstellungen zur Ausgestaltung benannt, so ein *länderübergreifender Personalschlüssel für die Pflege, ausgewiesene Familienfreundlichkeit, Angebot einer Kinderbetreuung (D), oder auch für einen lediglich situativen Austausch von Pflegefachkräften gemäß Auftragsverlauf/Belegung, ein „Springer-Pool“ (CH)*. Auch ein Einsatz in lediglich rein beratender und vermittelnder Funktion für Pflegenden und Einrichtungen (D) wird für hilfreich erachtet und der Vorteil in ergänzenden Elementen wie Shuttle-Service bzw. Optimierung der Arbeitswege gesehen.

Die nachstehenden Zitate aus den ergänzenden Antworten im Freitext veranschaulichen die Heterogenität der Sichtweisen und in diesem Zusammenhang ggfs. anstehende Diskussionsthemen:

- „Ich denke das wir einen Länderübergreifenden Pool nicht brauchen würden wenn wir in Deutschland bessere Arbeitsbedingungen hätten und nicht unsere ganzen guten Fachkräfte verjagen würden“(D)
- „C... berät interessierte Fach- und Führungskräfte sehr professionell zur Arbeitsmigration in die Schweiz. So etwas ähnliches könnte auch im Landkreis helfen, die Pflegenden zu coachen und zu halten“ (D)
- „Oder soll das eine Personalleasinggesellschaft sein?“ (D)

Wenngleich teils kontrovers beurteilt, so zeigt der Tenor doch, dass hier Potenzial gesehen wird, das für in beiden Ländern reale Problemfelder Abhilfe schaffen könnte (z.B. Ausgleich bei Personalengpässen).

Flexibilität in der professionellen Pflege

Mangelnde Flexibilität wird vielfach beklagt, sowohl mit Blick auf den Personaleinsatz als auch im Blick auf die Leistungen der professionellen Pflege. Diese wird in anderem Zusammenhang dargestellt (Kapitel Co-Pflege).

Aspekte	CH	Zitate	D	Zitate
Zu wenig gut ausgebildete Fachkräfte	+		+++	
Unterschiedliche Pflegekompetenzen	+		+	
Kontinuität der Versorgung	+	„Bezugspersonenpflege“	+	
Arbeitsverträge	+			
Unregelmäßige Arbeitszeiten	+		+	„Geteilte Dienste“; „Freie Tage behalten dürfen ohne schlechtes Gewissen“
Bürokratismus			+++	„MDK uns ... unter Druck setzt“
Persönliche Verpflichtungen	+		+	„bei mir ... die Kinderbetreuung“
Fehlende Regelungen für den Einsatz „angelernter Kräfte“			+	„... werden nicht eingestellt, obwohl sie die nötige Erfahrung mitbringen“; „...wer haftet...?“
Lohnunterschiede	+		+	
Fehlende Einheitlichkeit in den Pflegeeinrichtungen	+		+	

Tabelle 16: Formelle Hindernisse für einen flexibleren Personaleinsatz

Auszüge aus den Antworten; + vereinzelte Nennung ++ mehrfache Nennung +++ häufig wiederkehrende Nennung

Aspekte	CH	Anm.	D	Anmerkungen
Kommunikation zwischen Schweizern und Deutschen	+	„Die Deutschen kommunizieren anders.“		
Ausländerkontingente	+			
Arbeitsweg / Infrastruktur	+		+	
Unterschiedlichkeit der Sozialversicherungssysteme	+++		+++	„das ist alles so kompliziert“ „wie sieht die Versicherung aus? Arbeitsunfall“
Lohnungleichheit	+		++	„auch das Lohnniveau (Anm.: bei deutschem Abschluss) wurde herabgesetzt“
Lohnstaffelung	++		+	
Anerkennung (und Gewichtung) des Berufsabschlusses			+++	„Kosten für Anerkennung müssen selbst getragen werden“; „Fachkräfte werden in der Schweiz nur als Hilfskraft eingestellt“; „Führungspositionen nicht wahrnehmbar, trotz einschlägiger Weiterbildung“; „1-jährige Ausbildung ... nicht anerkannt“

Tabelle 17: Spezielle Hindernisse im Arbeitsbereich Altenpflege für den grenzüberschreitenden Einsatz

Auszüge aus den Antworten; + vereinzelte Nennung ++ mehrfache Nennung +++ häufig wiederkehrende Nennung
 Allerdings stellen flexible Einsatzmöglichkeiten eine Voraussetzung dar, um Flexibilität im Dienstleistungsalltag auch gegenüber den Kunden weitergeben zu können. Hindernisse wurden daher ausdrücklich erfragt. Sie zeigen sich in vielfacher Hinsicht, bereits innerhalb eines Landes. Die grenzüberschreitende Tätigkeit beinhaltet darüber hinaus spezielle Barrieren, deren Abbau einer grenzüberschreitenden Wahrnehmung von Pflegeaufgaben in der Region förderlich sein würde (Tab. 16, 17).

Anerkennung von Berufsabschlüssen, Nachqualifizierung, Internationalisierung der Qualifizierung

Es ist der Beruf des Altenpflegers / der Altenpflegerin in der Schweiz nicht gleichermaßen anerkannt. Der Einsatz erfolgt als Hilfskraft (1-jährige Ausbildung) bzw. ohne Führungskompetenz (3-jährige Ausbildung). Diese Situation wird als unbefriedigend und teils diskriminierend wahrgenommen.

- „Seit Januar 2014 sind deutsche Examinierte Altenpfleger sind im Kompetenzbereich eingeschränkt. Nach einer Prüfung in der Schweiz wird ein eidgenössisches Fähigkeitszeugnis ausgestellt bzw. gleichgestellt, als Fachangestellte Betreuung Fachrichtung Geriatrie (neue Berufsbezeichnung Schweiz). Auch das Lohnniveau wurde gesenkt.“

Anregungen gehen in Richtung einer **neuen Ausrichtung der Qualifizierung an europäischen Abschlüssen**, als Anliegen insbesondere in einer Grenzregion. Dies richtet sich an die qualifizierenden Institutionen in der Region und zielt im Sinne einer Internationalisierung auf die Gleichwertigkeit entsprechender Berufsabschlüsse in Europa. Vorgeschlagen werden gleichermaßen **regionale Lösungen**: ein Hinwirken auf eine internationale Anerkennung bestehender Abschlüsse oder auch Lösungen im Sinne einer **nachbarschaftlichen Anerkennung**. Zudem wird die **Option regionaler (Nach)Schulungen** in den Raum gestellt, gleichzeitig der Wunsch nach „Machbarkeit“ betont:

- „Leistbare Nachqualifizierung: Nicht 2 Jahre höhere Fachschule, sondern eine Fortbildung im Rahmen von bis zu 300 h“

Abbau von Hindernissen in der grenzüberschreitenden Wahrnehmung von Pflegeaufgaben

Aus den Antworten im Rahmen der Online Erhebung ergaben sich Initiativbereiche ganz unterschiedlicher Art. Im Zentrum der Antworten (Beispiele in Tab. 18) stehen Veränderungen im Sinne einer Dezentralisation, Spezialisierung und der Einsatz über international tätige Arbeitgeber.

Aus Schweizer Sicht	Aus deutscher Sicht
Arbeitszeitbedingungen flexibilisieren (z.B. flexibel mit Stunden-Garantie)	Dienstzeitmodelle für Menschen mit häuslicher Sorgeverpflichtung
Finanzielle Ausgleichsregelungen	Kinderbetreuung u.a. Betreuungsformen ausbauen
Schaffung von Betreuungsteams, welche autonom arbeiten (dezentrale Organisation)	Anerkennung von Qualifikation(en)
Gesonderte Betreuungsteams mit spezifischen Fachkenntnissen (Spezialteams)	Schulung / Nachqualifizierung
Grenzüberschreitender Einsatz durch unabhängigen Arbeitgeber, der international arbeitet	Mitarbeiterzentriertes Management
Grenzübergreifende Schulungen . Gemeinsame Kommunikation lernen.	Gesundheitsförderung für Mitarbeitende
Mehr Kenntnisse zum Gesundheitssystem des anderen Landes	Klarere Rahmenbedingungen für Arbeit im Nachbarland (z.B. bezüglich Steuer, Versicherungen, Bürokratieaufwand)
Politischer Wille / politische Initiativen	Gesetzesreformen

Tabelle 18: Abbau von Hindernissen bei der grenzüberschreitenden Wahrnehmung von Pflegeaufgaben – Vorschläge aus beiden Ländern

Als wesentliche Voraussetzungen werden ein Bürokratieabbau, eine länderübergreifende Anerkennung von Qualifikationen und der politischer Wille zu grenzüberschreitenden Lösungswegen in der Pflegeproblematik gesehen. Offenbar spielt auch der Zuschnitt von Arbeitsplätzen eine wichtige Rolle aus der Sicht in beiden Ländern. Starre Arbeitszeiten etwa oder fehlende Sonderregelungen für Arbeitnehmer_innen mit häuslichen Verpflichtungen in Kinderbetreuung oder Pflege scheinen gerade der für einen grenzüberschreitenden Einsatz nötigen Flexibilität abträglich zu sein.

Verbesserungen in den Bedingungen für den Bereich Pflege aus Sicht professionell Pflegender

Die Frage „Was (und wie) könnte sich verbessern lassen? ergab Handlungsfelder, die in den beiden Ländern in vieler Hinsicht gleichgerichtet wahrgenommen werden.

Sie lassen sich drei Bereichen zu ordnen:

- Pauschalierung, Qualitätsorientierung

- *„Anstatt Minuten abrechnen, Abrechnung nach fundierter Pflegeeinschätzung“ (CH)*
- *„ ...mehr die Ergebnisqualität im Blick haben, dass halt die Leute am Schluss mit dem Geld vernünftig sind und weniger, was sie jetzt genau an Leistungen in Anspruch nehmen“ (D)*

- Dezentrale Arbeitsorganisation , Gestaltungsräume und Mitarbeiterorientierung

- *„Selbstgestaltetes Arbeiten nach abgestimmter Pflegephilosophie (z.B. Ganzheitlichkeit)“ {CH}*
- *„Höheres Bewusstsein für Professionalität“ (D)*
- *„Mehr Fortbildungsetat und -zeit, mehr Zusammenarbeit mit Pflegeschulen“ (D)*
- *„fit und vital im Beruf“ (D)*
- *„weniger Dokumentationswahnsinn“ (D)*

- Weniger Marktlogik /-strukturen

- *„Kostendruck im Gesundheitswesen senken“ (CH)*
- *„Finanzierung des Gesundheitswesens neu regeln“ (CH)*
- *„mehr Geld zur Verfügung stellen“ (D)*
- *Höherer Beitrag zur Pflege durch die Pflegekassen (D)*
- *Gesellschaftliches Umdenken (D)*
- *Anpassung des Pflegeschlüssels (D)*

6.3. GRENZÜBERSCHREITENDE ZUSAMMENARBEIT IN DER PFLEGE

6.3.1. HEMMNISSE, BARRIEREN

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen in Europa, ist das Gelingen von grenzüberschreitenden Engagements abhängig von Haltungen, Einstellungen und Bewertungen in der Bevölkerung der Nachbarländer. Um die Bereitschaft zur Annahme grenzüberschreitender Lösungen in der Pflege auszuloten, wurde auch in der Online-Erhebung nach solchen Faktoren gefragt.

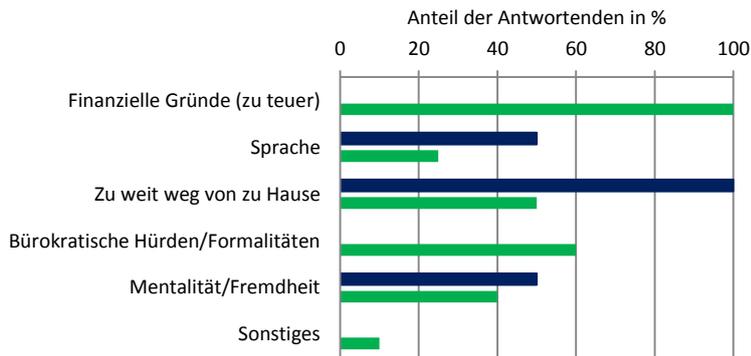


Abbildung 46: Welche Gründe würden der Nutzung eines grenzüberschreitenden Pflegeangebots (CH-D/ D-CH) aus Ihrer Sicht entgegenstehen? (Mehrfachnennungen möglich; CH n=2, D n=20; Frage an Gruppe der informell Pflegenden)

Um diese fehlende Bereitschaft weiter zu konkretisieren, ging eine gesonderte Frage den empfundenen Hindernissen und Barrieren nach, zunächst mit Angaben, denen zugestimmt werden konnte, dann auch im Freitext. Unter den zusätzlichen Angaben wurde hingewiesen auf: **fehlende Vernetzung der Behörden, Pflege-Institutionen und Pflegedienste sowie der Informationsangebote; keine systematische Information** über Unterschiede und Probleme in Gesetzen und Sozialversicherungen.

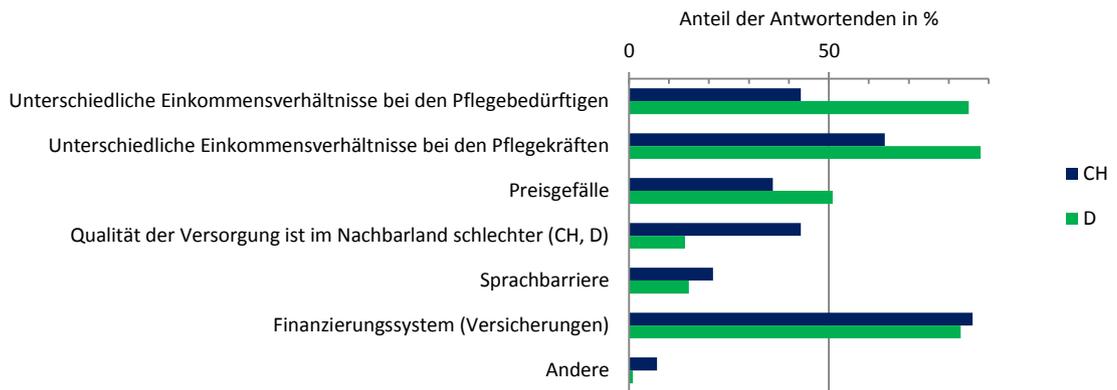


Abbildung 47: Gibt es aus Ihrer Sicht Hindernisse bzw. Barrieren bei der grenzüberschreitenden Pflege? (Mehrfachnennungen möglich; CH n=14, D n=84)

6.3.2. VERBESSERUNGEN, FÖRDERUNG

Es interessiert, ob in der Region Vorstöße in Richtung mehr Zusammenarbeit als (machbare) Option gesehen werden. Eine Frage in diese Richtung mit vorgegebenen Antworten zur Auswahl konnte ergänzt werden durch freie Antworten, diese wiesen in folgende Richtungen: Fachkräftepool, Pflegehotel, gemeinsamer Ausbildungspool, Ausgleichsfonds. In beiden Ländern tätige Institutionen, Wohnen im Alter. Betreute Wohnformen. stationäre Pflegeeinrichtung zur Nutzung aus beiden Ländern. Doch auch Skepsis wurde geäußert: „*sehe zur Zeit wenig Bedarf, die Zusammenarbeit und Netzwerkpflge regional funktioniert ungenügend, daher sehe ich wenig Potential die überregionale Zusammenarbeit zu fördern*“.

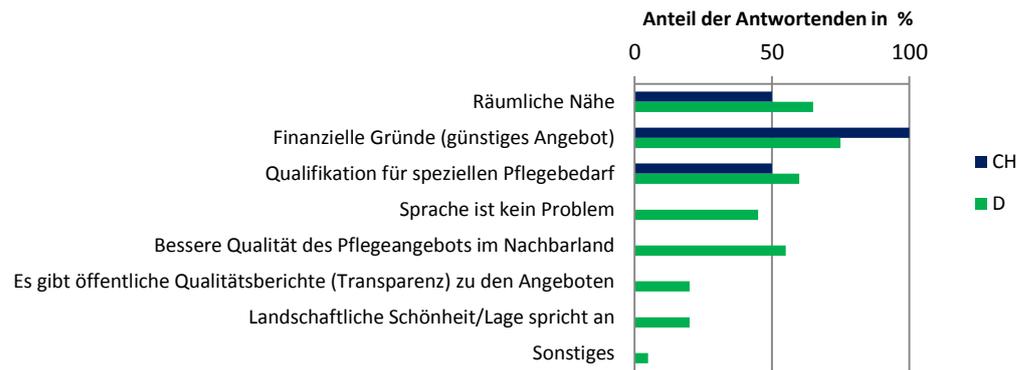


Abbildung 48: Was könnte die Menschen in der Region zur Nutzung eines grenzüberschreitenden Pflegeangebots (CH-D/ D-CH) aus Ihrer Sicht veranlassen?

(Mehrfachnennungen möglich; CH n=2, D n=20; Frage an die Gruppe der Personen in häuslicher Pflegeverantwortung)

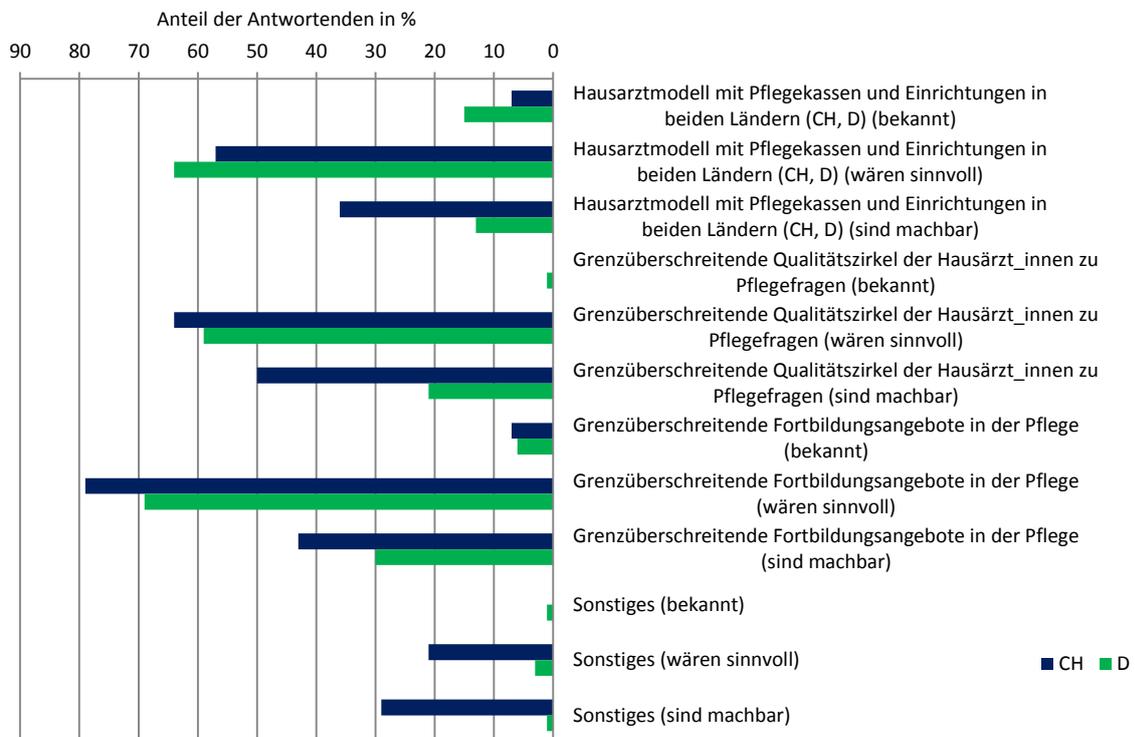


Abbildung 49: Vorstöße zur Förderung einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in der Pflege – bekannt, sinnvoll, machbar?

(Mehrfachnennungen möglich; CH n=14, D=86)

6.3.3. NUTZEN

Wird Nutzen in einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit gesehen, und zwar auf beiden Seiten, ist die eine gute Grundvoraussetzung für eine gelingende Zusammenarbeit. Daher wurden verschie-

dene Aspekte des Nutzens erfragt. Die im Freitext vermerkten Antworten umreißen bereits das Potenzial:

- „hat positive Auswirkungen auf **Qualität**“, „beide können von einander Qualität erweitern und verbessern“
- „**Kostensteigerungen** könnten **geringer** ausfallen“
- „in der gegenseitigen **Verständigung** durch den Abbau von gedanklichen Grenzen“

Diese positive Einschätzung und die Priorisierung der Themen **Qualität, Finanzierbarkeit, Verständnis** spiegelt sich auch im Antwortverhalten zu den angebotenen Antworten (Abb. 50, s.u.).

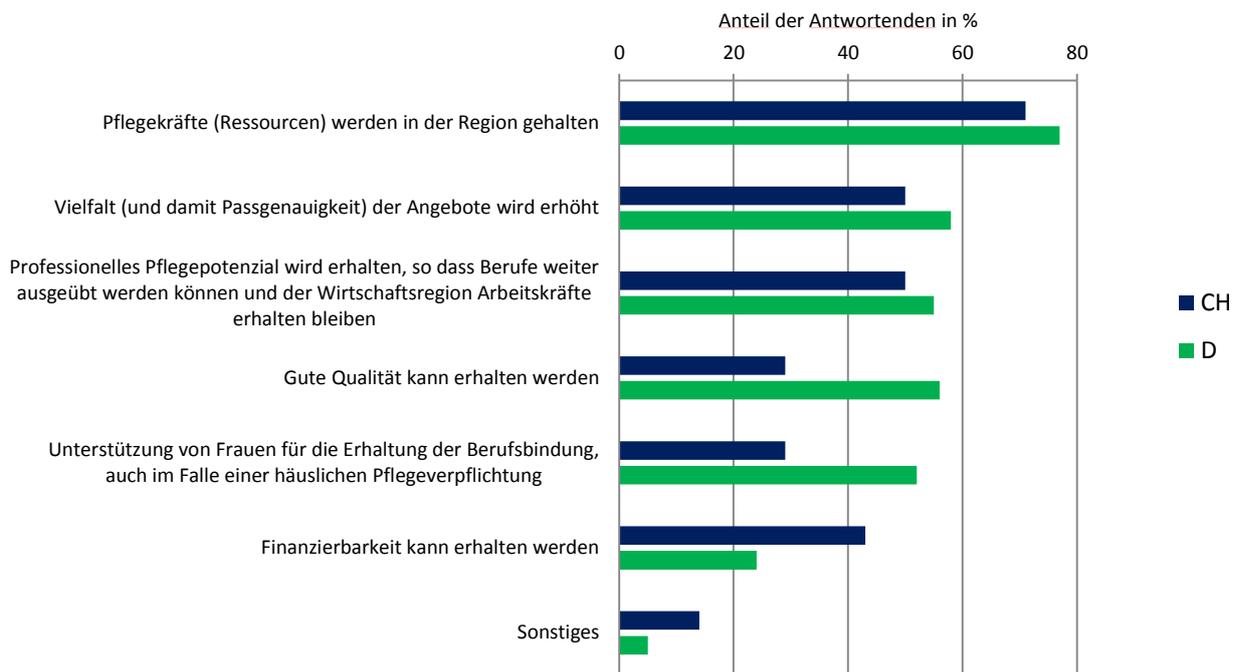


Abbildung 50: Worin sehen sie den vorrangigen Nutzen in grenzüberschreitenden Lösungen des zukünftigen gesellschaftlichen Problembereichs Pflege?

(Mehrfachnennungen möglich; CH n=14, D n=84)

6.4. DIE SITUATION HÄUSLICH PFLEGENDER

6.4.1. GESUNDHEITLICHE BELASTUNGEN DURCH HÄUSLICHE PFLEGE

Mit der Online-Erhebung bot sich die Möglichkeit, ergänzend zur in den Interviews dargestellten Binnensicht, die Erkenntnisse und Erfahrungen eines weiteren Personenkreises, der häusliche Pflege

einzu beziehen - und zwar über ein speziell auf diese Gruppe zugeschnittenes Fragenkontingent (Gruppe F). Aus den Antworten zu den Fragen zur gesundheitlichen Belastung wird einmal mehr erkennbar, welche Risiken eingegangen werden, die in der Folge zu längerfristigen Gesundheitsproblemen führen können (s. a. Kapitel 8.2).

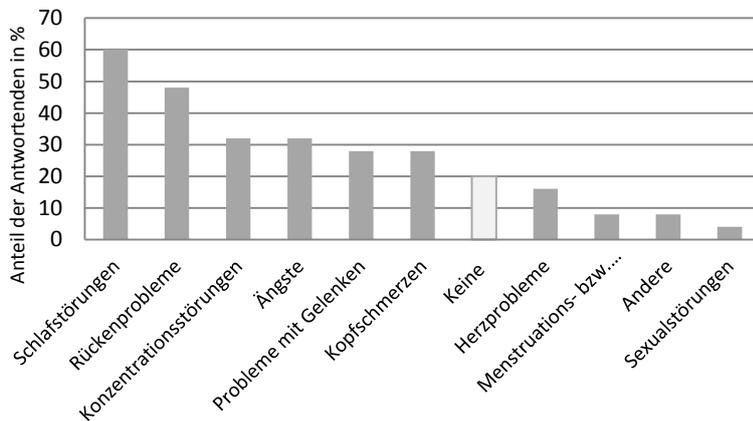


Abbildung 51: Haben Sie infolge der Pflegeaufgaben gesundheitliche Probleme bei sich beobachtet und ggfs. welche?

(Antworten aus der Gesamtregion; N=25, Frage an die Gruppe der Personen in häuslicher Pflegeverantwortung)

Herzprobleme standen an 7. Stelle der am häufigsten genannten gesundheitlichen Probleme, nach **Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen** und **Ängsten**. Von allen diesen weiß man, dass sie sich in somatischen (körperliche) Krankheitsbildern manifestieren können. Andererseits ist die in zweiter Position genannte Rückenproblematik besonders

oft durch psychosoziale Belastungen überlagert.

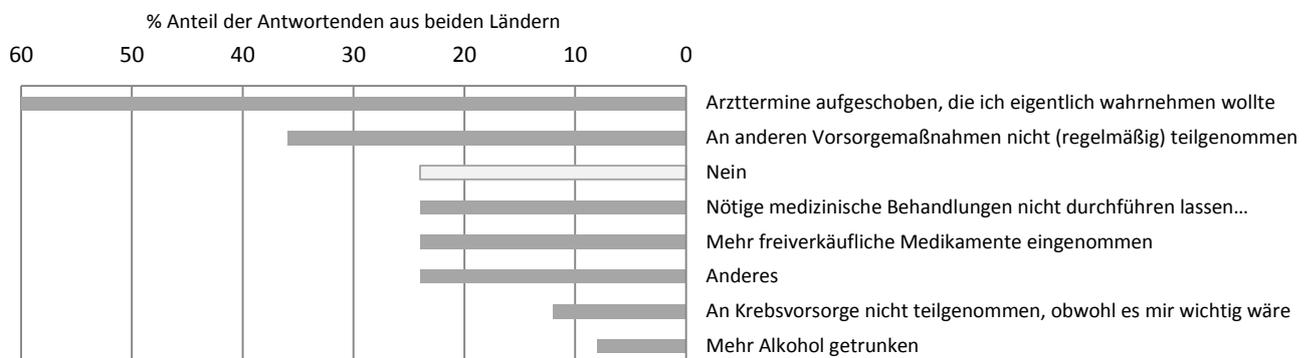


Abbildung 52: Haben Sie wegen der Pflegeaufgaben weniger auf Ihre Gesundheit geachtet/ achten können, als Ihres Erachtens nötig gewesen wäre?

(Antworten aus der Gesamtregion; N=25, Frage an die Gruppe der Personen in häuslicher Pflegeverantwortung)

Antwortkategorie „Anderes“

eigenes Sportprogramm reduziert, weniger Zeit für mich selbst

Man stellt sich hinten an bzw. durch die Mehrarbeit ist auch weniger Zeit für einem selber.

viel zu wenig Schlaf, fast keine schönen Unternehmungen die Energie und Lebensfreude fördern und zurückbringen, keine Zeit zur inneren Ruhe zu kommen

fast keine Möglichkeit ... Vorsorge und Fürsorge für den eigenen Körper, soziale Kontakte verkümmern

unter zeitlichen Druck, wem werde ich wie gerecht (Sohn, Mutter, Freund) und nicht zuletzt mir und übrigen Freundeskreis

massive Schlafstörungen, Schlafmangel, kann nicht abschalten

Tabelle 19: Haben Sie weniger auf Ihre Gesundheit geachtet? Zitate aus den Freitext-Antworten in Ergänzung zu Abb. 52

6.4.2. VEREINBARKEIT VON PFLEGEVERPFLICHTUNG UND BERUFSBINDUNG

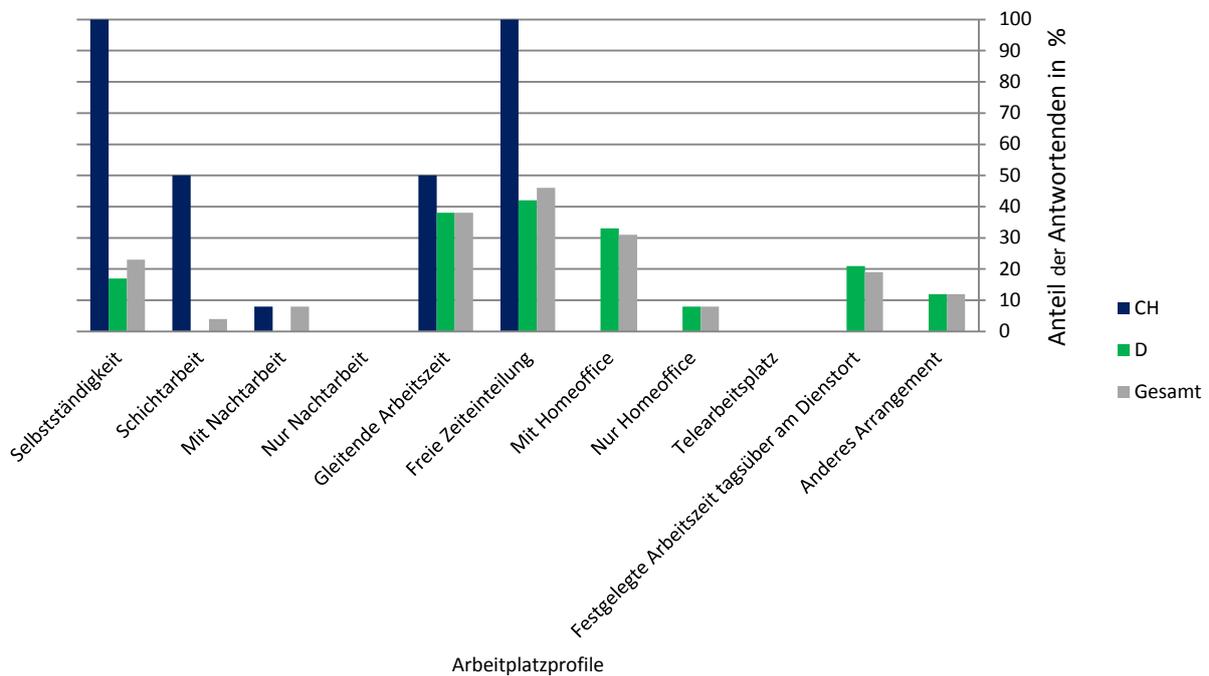


Abbildung 53: Welches Arbeitsplatzprofil würden Sie sich als Pflegende_r wünschen?

(Mehrfachnennungen möglich; CH n=2, D n=24, gesamt N=26; Frage an die Gruppe der Personen in häuslicher Pflegeverantwortung)

Die Fragen der Erhebung zielten auf Erfahrungen, aber auch Erkenntnisse und neue Perspektiven.

6.4.3. GESELLSCHAFTLICHE POSITION VON PFLEGE UND HÄUSLICH PFLEGENDEN

Die Selbstwahrnehmung von Pflegenden zeichnet das Bild einer Isolation bis hin zur Stigmatisierung von Menschen, die eine Pflegeverpflichtung übernommen haben.

Zum Ausmaß wurden Fragen gestellt, die sowohl der Selbst- als auch der Fremdeinschätzung Raum geben. Wenig Wertschätzung wird erfahren, die sich in formalen Prozessen und Bedingungen spiegelt. Was würde aus Sicht der Betroffenen eine Verbesserung bedeuten? Auf beiden Seiten, stärker noch auf deutscher Seite, betonen Antwortende aus der Gruppe der in eine informelle Pflege eingebundenen Personen, die also bereits Erfahrung mit den Bedingungen einer häuslichen Care-Situation haben, die Notwendigkeit zusätzlicher konkreter finanzieller Unterstützung wie Aufwandsentschädigung, erweiterte Haushaltshilferegeln (steuerliche Anerkennung auch bei Pflege im selben Haushalt), Verbesserungen des steuerlichen Ausgleichs. Binnen- und Außensicht machen offenbar bei der Einschätzung der Dringlichkeit und dem Ausmaß weiterer Regelungsbedarfe einen Unterschied.

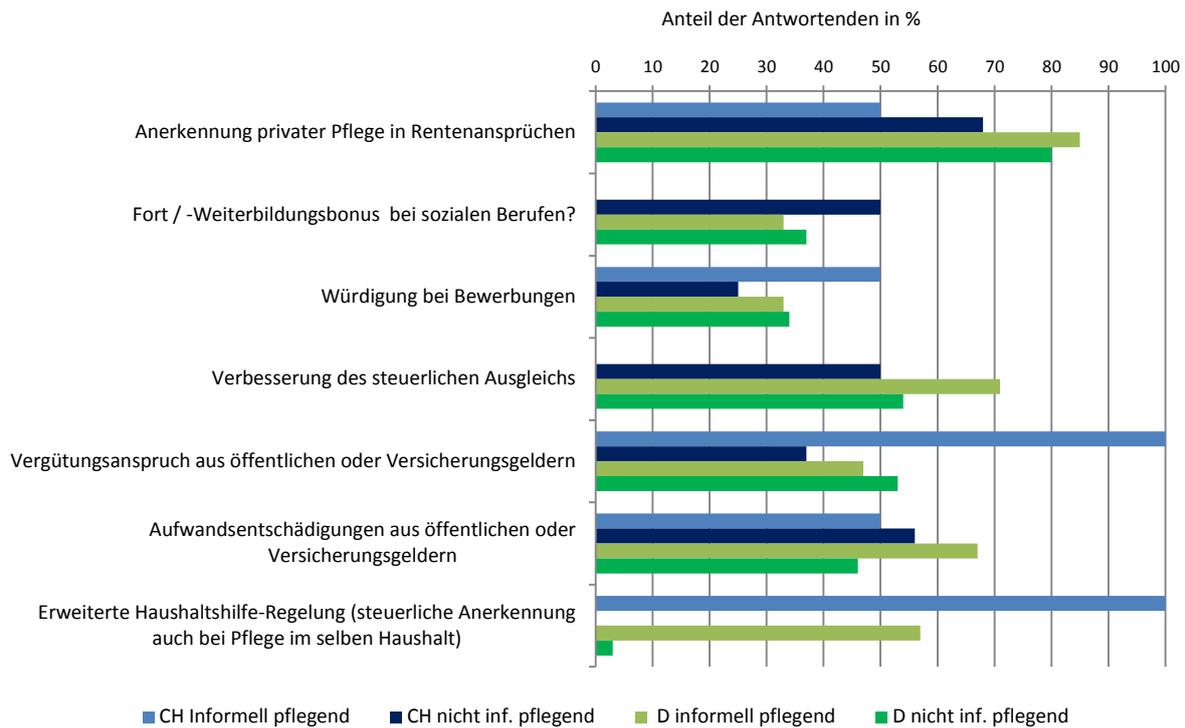


Abbildung 54: Was wäre für Sie Wertschätzung bei häuslicher Pflege?

(Mehrfachantworten möglich, CH informell pflegend n=2, CH nicht informell pflegend n=16, D informell pflegend n=21, D nicht informell pflegend n=79)

6.5. UNTERSTÜTZUNG FÜR HÄUSLICH PFLEGENDE

6.5.1. PERSONEN DES NAHEN UMFELDS

In 23% der Pflegesituationen, aus denen im Rahmen der Online-Erhebung berichtet wurde, war keine weitere Person (professionell oder nicht professionell) beteiligt. Der Einbezug eines ambulanten Pflegedienstes aus dem jeweiligen Nachbarland wurde in Einzelfällen berichtet, weit überwiegend von einer Inanspruchnahme eines professionellen Pflegedienstes des jeweiligen Landes. Ehrenamtlich Helfende (Freiwilligenarbeit) oder Pflegepersonen aus dem sonstigen Ausland wurden in dieser Untersuchung in keinem Fall genannt, Freunde in Einzelfällen. Die Pflege durch Angehörige stellt sich als die überwiegend realisierte Care-Situation dar.

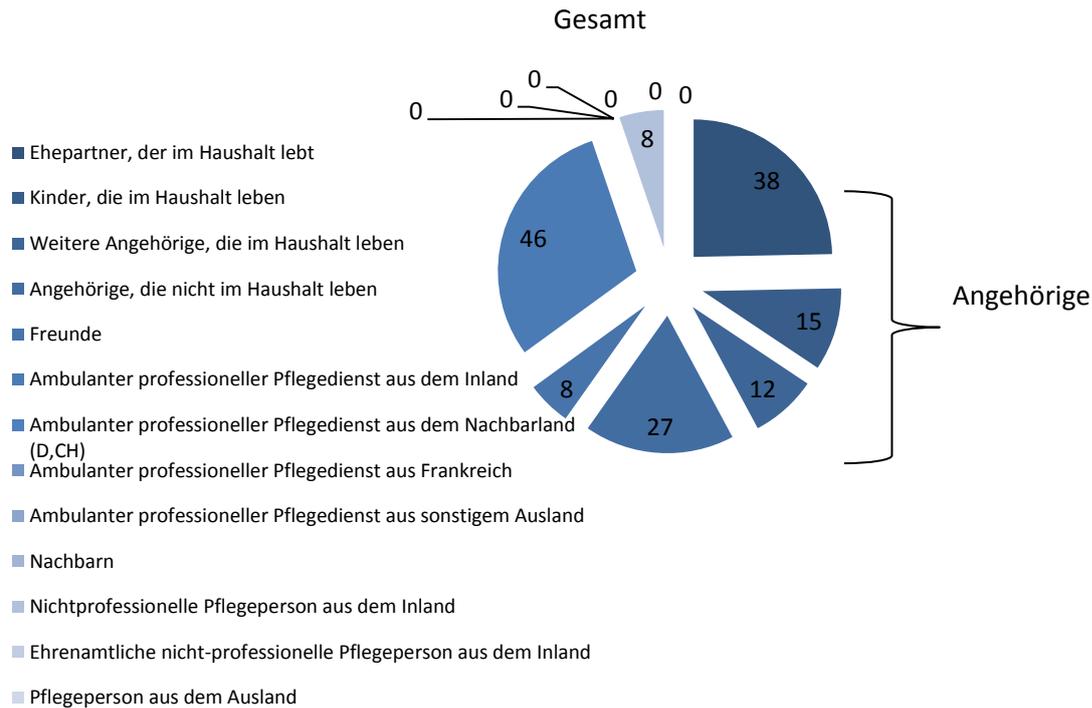


Abbildung 55: Wer beteiligt sich außer Ihnen an der häuslichen Pflege?
(Mehrfachnennungen möglich; Anzahl der Nennungen aus beiden Ländern in der Graphik)

6.5.2. EHRENAMT/ FREIWILLIGENARBEIT/ SELBSTHILFE

Welche Bereiche ehrenamtlichen/ freiwilligen bürgerschaftlichen Engagements kennen Sie?		
Begleitung/ Betreuung	Beratung/ Unterstützung	Dienstleistung
Besuchsdienst, Gesprächspartner sein	Ansprechpartner für Fragen	eigenverantwortliche Pflege
Freizeitgestaltung, Alltagsbeschäftigung Kultur, Vorlesen	Nachbarschaftshilfe Unterstützung beim Einkauf	Lieferung warmer Mahlzeit „Bewohnerferien“
Kirche, Sinnfindung „Die grünen Damen“	Behördengänge Unterstützung in finanziellen Fragen	Putzhilfe
Sturzprophylaxe, Sport, Bewegungsangebote, Begegnungszentren, Seniorentreffen	Fahrdienst Hilfe bei der Hauswirtschaft	
Sterbebegleitung	Teilnahme an Veranstaltungen	

Tabelle 20: Welche weiteren Bereiche ehrenamtlichen/ freiwilligen bürgerschaftlichen Engagements kennen Sie?
(Mehrfachnennungen möglich; die Items entsprechen Zitaten aus Freitextangaben. Die Übergänge zwischen den zur Darstellung gewählten Kategorien sind fließend.)

Die Stellung des **Ehrenamts bzw. der Freiwilligenarbeit** bei der Formation eines häuslichen Care-Settings stellt sich aus der Erhebung heterogen dar. Während viele Bereiche bürgerschaftlichen Engagements offenbar bekannt sind und auch als sinnvoll erachtet werden, spiegelt sich diese Wertschätzung weder in der berichteten Inanspruchnahme (s.o.) noch in der persönlichen Bereitschaft zur Beteiligung.

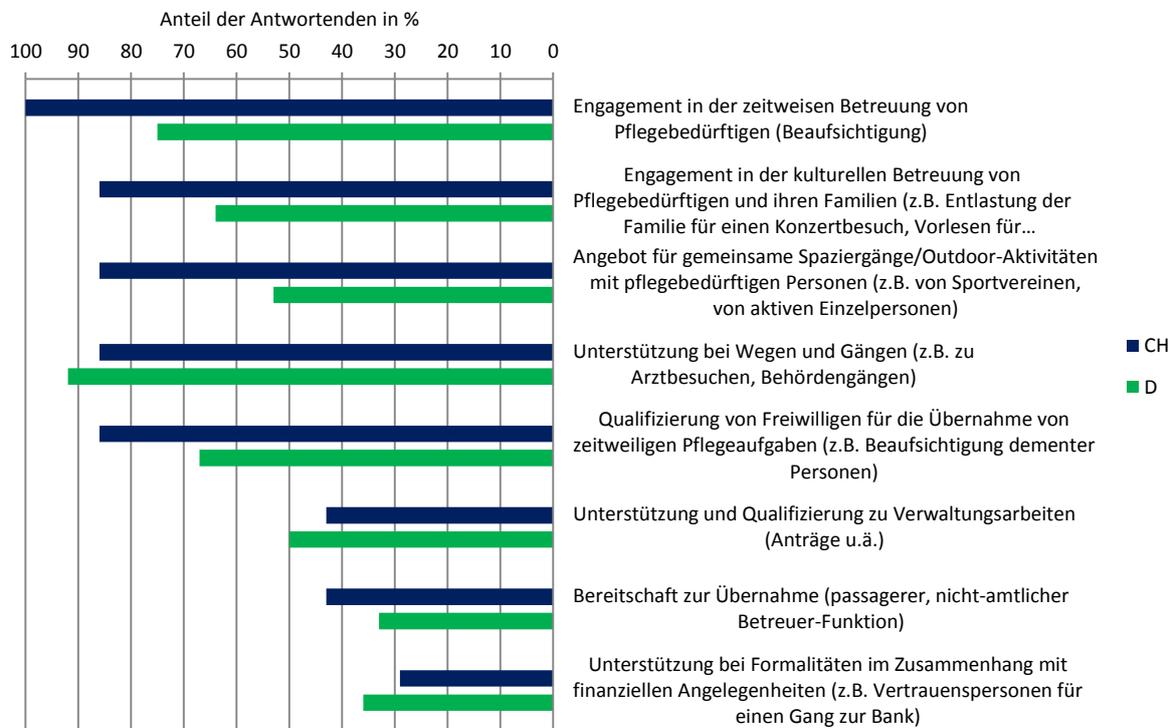


Abbildung 56: Ehrenamt – Freiwilligenarbeit: Welches Engagement erachten Sie für sinnvoll? (Mehrfachnennungen möglich; CH n=7, D n=36)

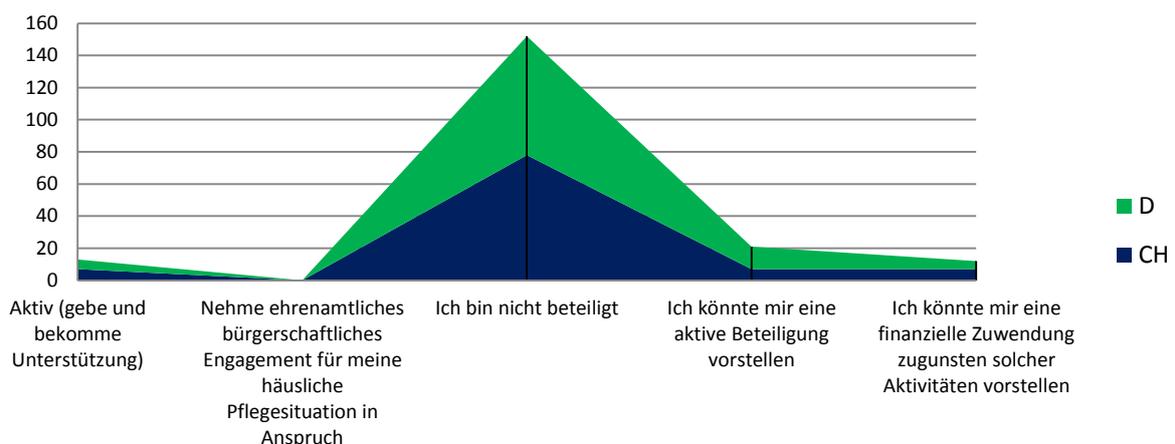


Abbildung 57: Sind Sie selbst an einem ehrenamtlichen/ bürgerschaftlichen Engagement im Bereich der Pflege beteiligt? (CH n=14, D n=81)

Das Thema Selbsthilfe zeigt im Bereich der freien Antworten, dass hier Raum für innovative Überlegungen gesehen wird.

- „gemeinsam alt werden in 1 Haus“
- Projektarbeit
- Neue Selbsthilfegruppe(n) schaffen
- Demenzdörfer
- mehr Nachbarschaftshilfe „Senioren helfen Senioren“

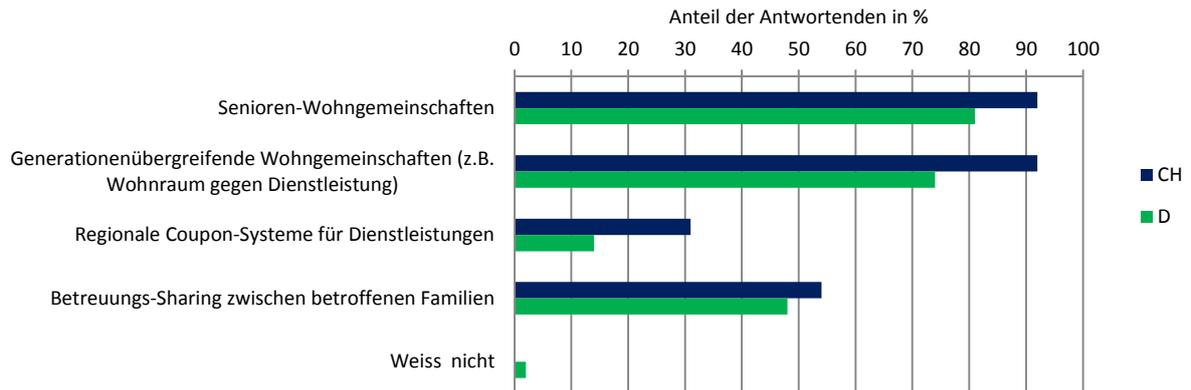


Abbildung 58: Welche Selbsthilfe-Ansätze erachten Sie für sinnvoll?
(Mehrfachnennungen möglich CH n=14, D n=58)

6.5.3. KOMMUNE, LANDKREIS/ KANTON, REGION

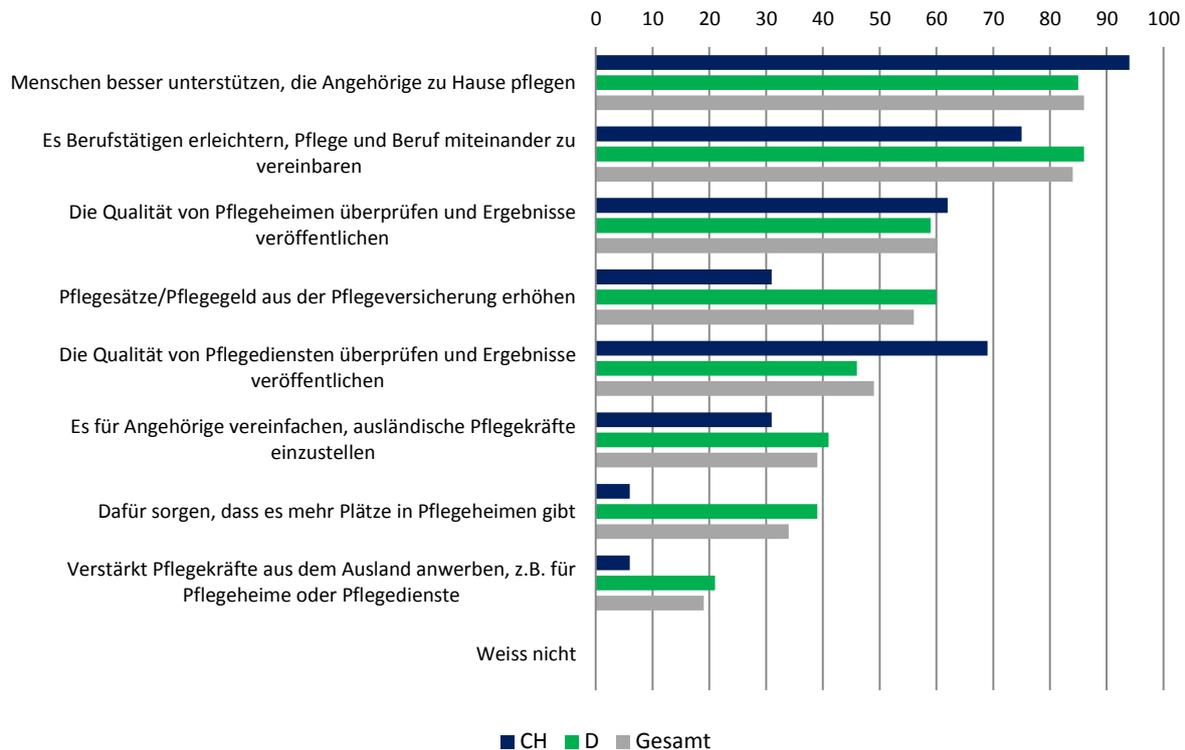


Abbildung 59: Was sind Ihre Erwartungen an die (Regional-)Politik?
(Mehrfachnennungen möglich; CH n=16, D=98, gesamt N=114)

In einer Befragung des IfD Allensbach 2012 gaben 88% der zu ihren Erwartungen an die Politik befragten *Frauen* an, Menschen sollten besser unterstützt werden, die Angehörige zu Hause pflegen, 74% äusserten, dass es Berufstätigen leichter gemacht werden sollte, Pflege und Beruf miteinander zu verbinden. Auch hier erhielten die in der regionalen Erhebung an Position 1 und 2 in der Zustimmung stehenden Aspekte also *sehr hohe Zustimmungswerte* – was den hohen Stellenwert von Maßnahmen in diese Richtung und gleichzeitig die bestehenden Defizite einmal mehr unterstreicht. Mehr Qualitätsinitiative erwarteten 80% der befragten Frauen.

Die in einer Pflegeverantwortung Stehenden benennen sehr konkrete Unterstützungsbedarfe. Ihre Erwartungen richtigen sich in erster Linie an die öffentliche Hand. In den vorderen Positionen stehen die Unterstützung bei der Bürokratie und für die Mobilität, wobei es weniger um den öffentlichen Nahverkehr, als um individuelle Bedarfe beim Überbrücken von Stockwerken oder den Einsatz eines Fahrdienstes geht (Abb. 60). Dies betrifft allerdings unterschiedliche öffentliche Planungsbereiche und erfordert ggfs. deren Zusammenwirken.

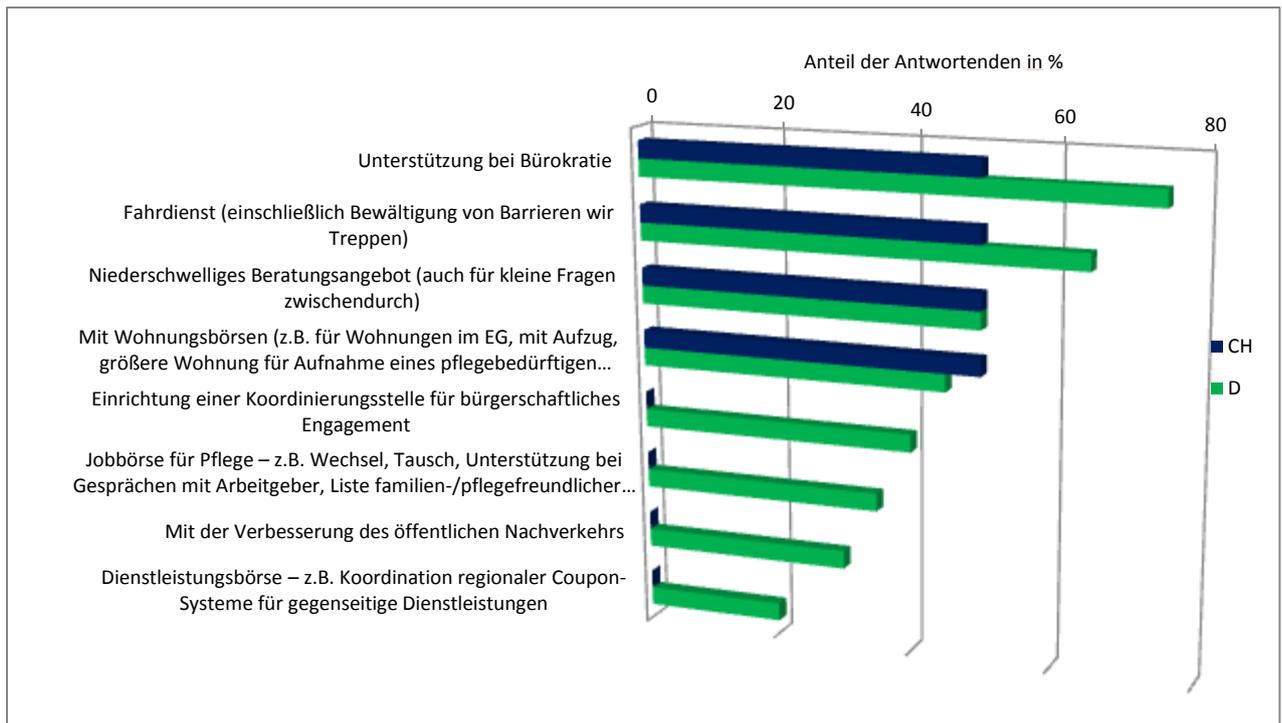


Abbildung 60: Wie können Stadt/ Gemeinde bzw. Landkreis/ Kanton nach Ihrer Einschätzung Pflegenden helfen? (Mehrfachnennungen möglich; CH n=2, D n=20; Frage an die Gruppe der Personen in häuslicher Pflegeverantwortung)

6.5.4. VERBUNDENE PFLEGE/ CO-PFLEGE

In den dieser Thematik zugeordneten Fragenkomplex ging es um den Stellenwert, aber vor allem auch um das Gelingen der Prozesse und das Zusammenwirken an den Schnittstellen, wenn in einer Pflegesituation Laien- und professionelle Pflege sowie gegebenenfalls weitere unterstützende Personen, zusammentreffen.

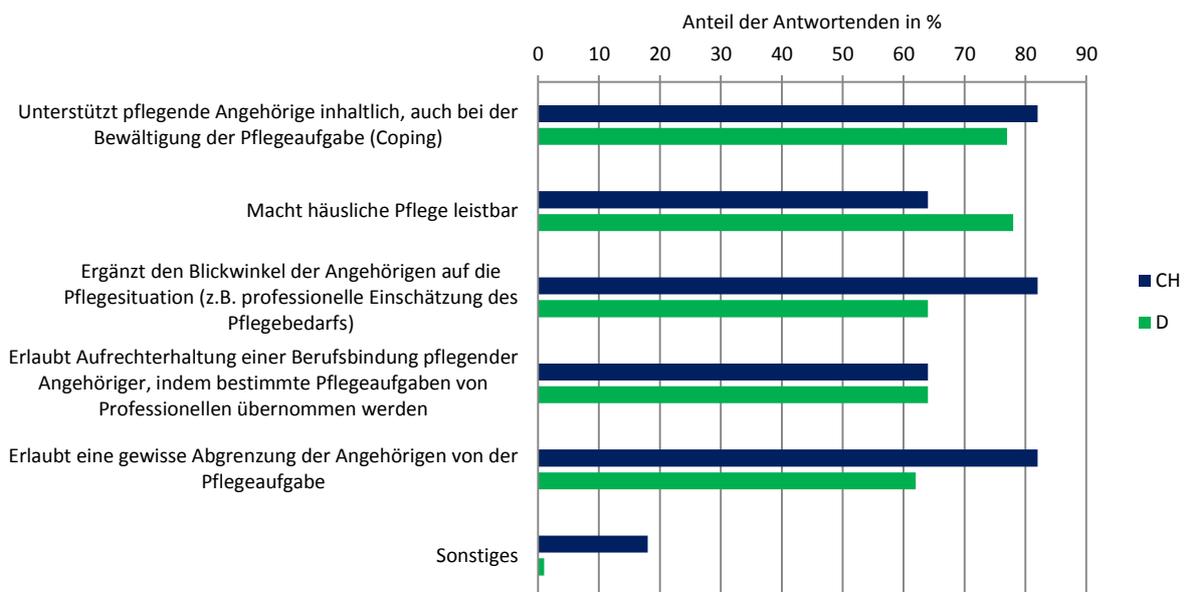


Abbildung 61: Worin sehen Sie die Vorteile der Verbundenen Pflege? (Mehrfachnennungen möglich, CH n=11 D n=73)

Die Voten zeigen, dass der Wert der professionellen Pflege in diesem Feld sehr wohl wahrgenommen und auch die Zielrichtung solcher Einsätze. Als ideal wird eine Komplementarität von Pflege durch Angehörige und Professionelle eingeschätzt. Es wird deutlich, dass vor diesem Hintergrund an eine professionelle Pflege bestimmte Erwartungen geknüpft sind. Es spiegeln sich auch die wahrgenommenen Defizite in den Aussagen und machen auf Optimierungspotenzial aufmerksam.

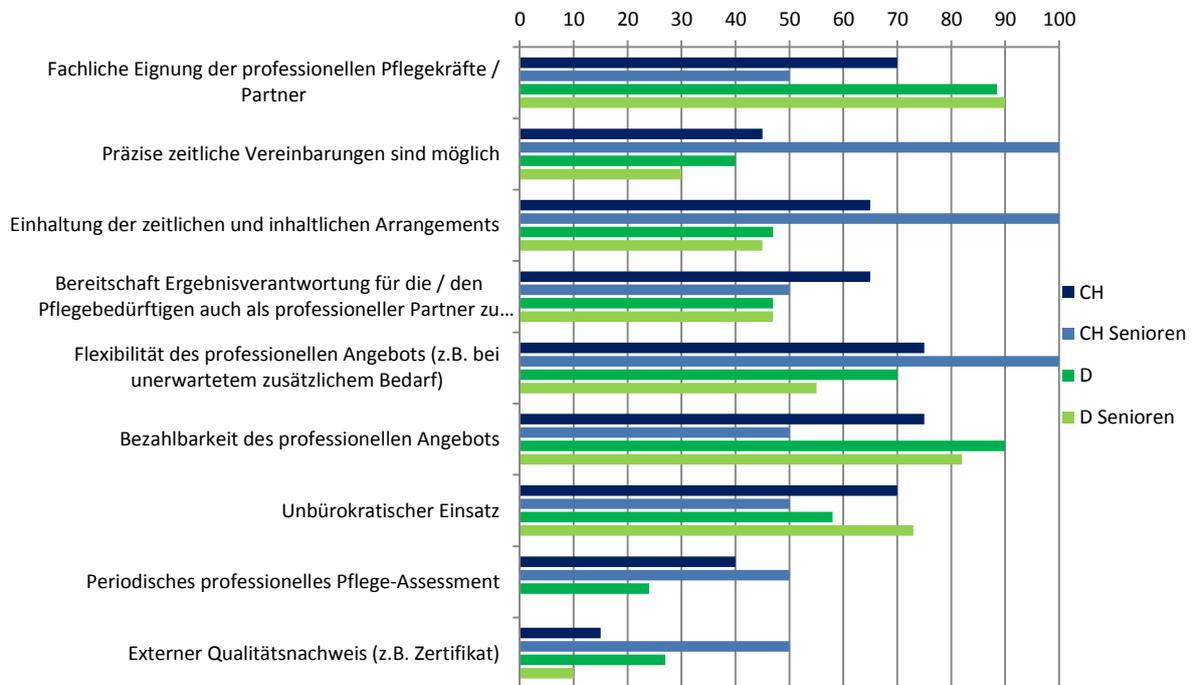


Abbildung 62: Welche Dinge charakterisieren eine gute Verbundene Pflege/ Co-Pflege?

(Mehrfachnennungen möglich; CH n=20, CH Sen n=2, D n=105, D Sen n=11)

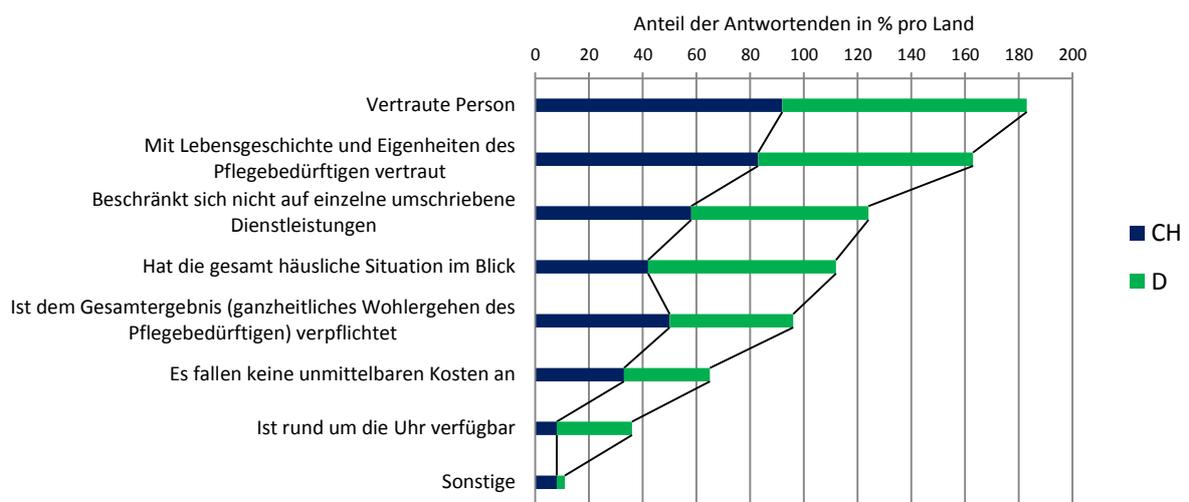


Abbildung 63: Worin sehen Sie die Vorteile der Pflege durch Angehörige?

(Mehrfachnennungen möglich; CH n=12, D n=75)

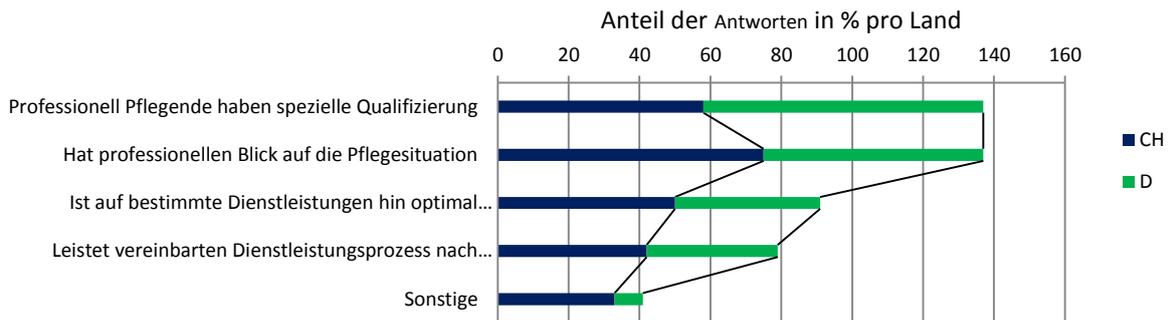


Abbildung 64: Worin sehen Sie die Vorteile professioneller Pflege in der häuslichen Pflegesituation? (Mehrfachnennungen möglich; CH n=12, D n=75)

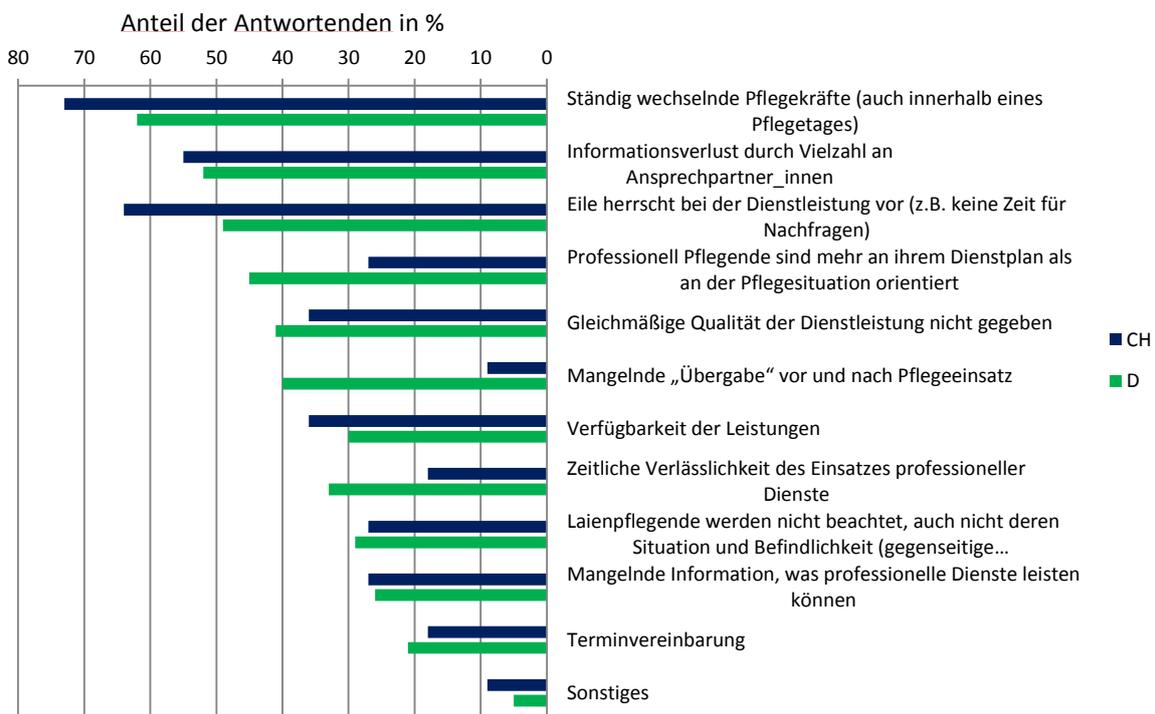


Abbildung 65: Wenn Sie sich das Angebot Verbundener Pflege/ Co-Pflege vorstellen, was läuft bei der Zusammenarbeit für die häuslich pflegerische Versorgung bisher nicht besonders gut? (Mehrfachnennungen möglich; CH n=11, D n=73)

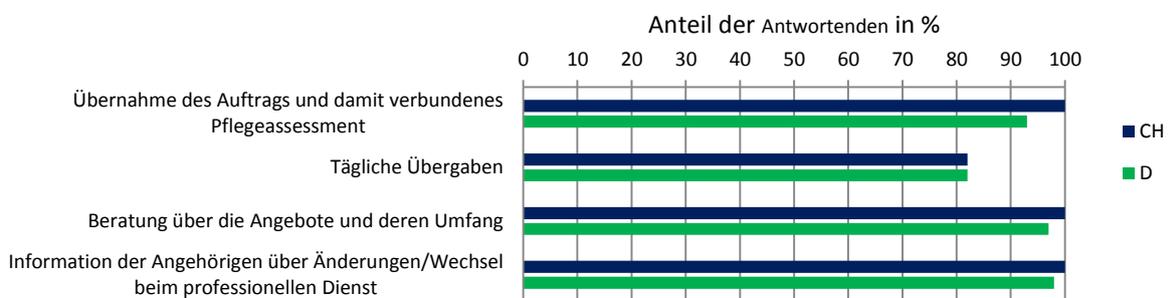


Abbildung 66: Welche Schnittstellen sind aus Ihrer Sicht zwischen professioneller und informeller Pflege bei der Pflege daheim besonders kritisch für das Gelingen? (Mehrfachnennungen möglich; CH n=12, D n=68)

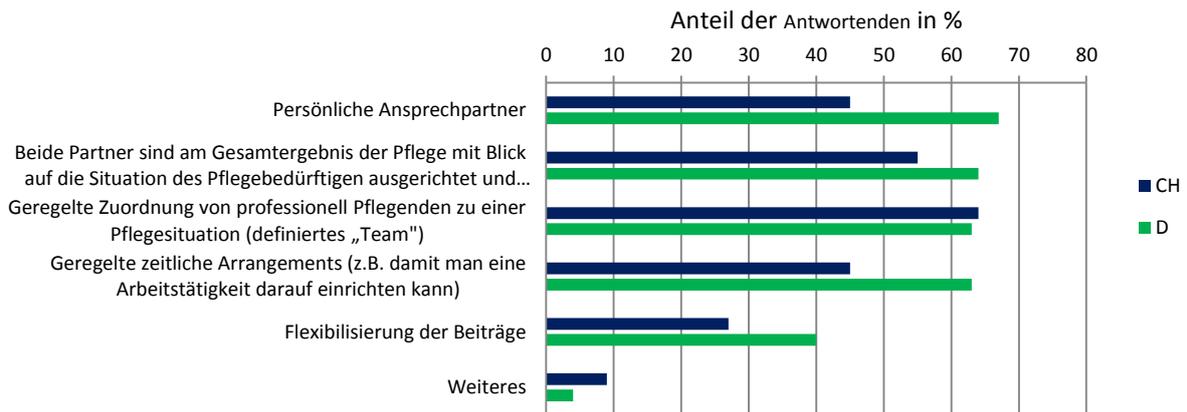


Abbildung 67: Welche neuen/ verbesserten Ansätze für eine Verbundene Pflege/ Co-Pflege wünschen Sie sich? (Mehrfachnennungen möglich; CH n=11, D n=73)

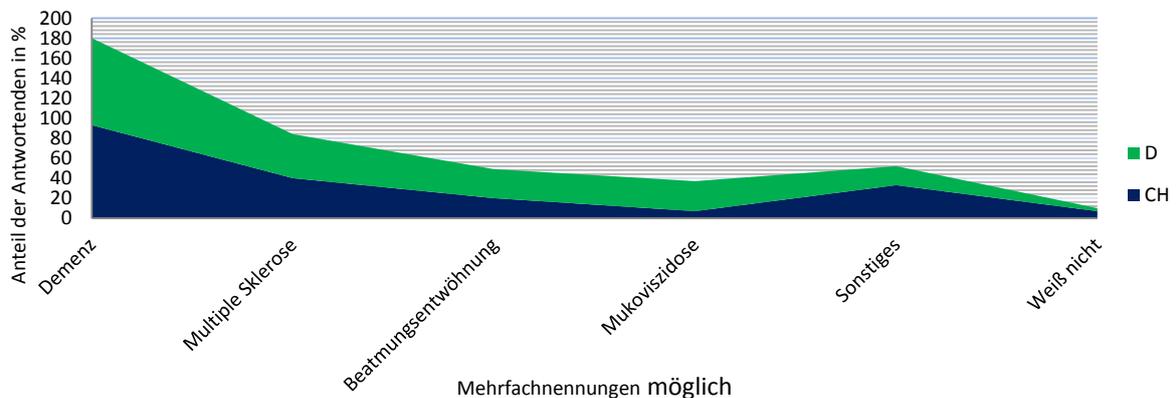


Abbildung 68: Für welche besonderen Anforderungen werden Ihrer Ansicht nach Einrichtungen mit Spezialausstattung benötigt? (Mehrfachnennungen möglich; CH n=15, D n=89)

Zitate

- Wachkomapatienten
- Schwerstpflegebedürftige jüngere Menschen z.B. nach Autounfall, nach Apoplex
- Parkinson und andere neorologische Erkrankungen
- Suchtkranke
- Psychisch Kranke
- Kleinere Wohneinheiten, weg von großen Pflegeheimen!
- Hospiz-Einrichtungen, weil Sterbebegleitung in den Altenheimen viel zu kurz kommt!!
- Demenz: halbtägliche Betreuung zu Hause, die bezahlbar ist
- Häusliche palliative Versorgung

Tabelle 21: Für welche besonderen Anforderungen werden Ihrer Ansicht nach Einrichtungen mit Spezialausstattung benötigt? Weitere Bereiche.

Auszüge aus den ergänzenden Antworten (Freitext)

7. ERGEBNISSE AUS SCHÄTZUNGEN - ZUKUNFTSENTWICKLUNGEN

7.1. PROGNOSE DER REGIONALEN DEMOGRAPHISCHEN ENTWICKLUNGEN

Ausgangspunkt für die Zukunftsentwicklungen sind die demografischen Szenarien. Diese dienen als Grundlage für die Pflegesimulationen. In den folgenden Szenarien wurde die Kohorten-Komponenten-Methode zur Bevölkerungsvorausberechnung verwendet. Die zu schätzenden Komponenten sind Fertilität, Mortalität und Migration (siehe Kapitel 2.1.1). Da trotz Analyse der vergangenen Entwicklung Unsicherheiten bestehen bleiben, werden zu den einzelnen Komponenten unterschiedliche deterministische Annahmen gewählt, welche wiederum zu verschiedenen Szenarien führen. Ergebnis ist eine Makrosimulation; die Komponenten werden nicht als Zufallszahlen modelliert, sondern empirisch anhand der vergangenen Entwicklung geschätzt (vgl. Babel 2007, S2). Wichtig ist hierbei zu verdeutlichen, dass die Vorausberechnungen keine exakten Zahlen liefern können sondern Modellcharakter aufweisen und somit bestimmte Tendenzen aufweisen sollen. Die Modellierung der Komponenten ist deutlich schwieriger, je länger der Zeitraum ausfällt, da die Unsicherheiten wachsen und falsche Annahmen zu Beginn zu deutlichen Abweichungen führen können. In den verschiedenen Regionen Basel-Landschaft, Basel-Stadt sowie Lörrach müssen verschiedene Annahmen zu den Komponenten getroffen werden, da die vergangene Entwicklung sich deutlich unterscheidet. Hierfür werden kurz vorgestellt, welche Annahmen anhand der empirischen Grundlagen getroffen worden sind.

In **Basel-Landschaft** dient das Jahr 2009 als Datengrundlage für den Prognosezeitraum bis zum Jahr 2035. Es wurde ein Bottom-Up Ansatz verwendet, sodass die Wohnbevölkerung der Gemeinden sich zur Wohnbevölkerung des Kantons aggregiert. Zusätzlich wurden die Prognose vom Jahr 2005 einem Benchmark unterzogen, sodass die Ergebnisse mit aktuellen Daten abgeglichen wurden (vgl. Amt für Raumplanung, 2011, S. 1). Die Fertilitätsrate sowie die Lebenserwartung sind von den Schweizer Bevölkerungsszenarien adaptiert.

Im mittleren Referenzszenario steigt die Fertilitätsrate der Schweizerinnen von 1,37 auf 1,41 Kinder je Frau im Jahr 2035. Die zusammengefasste Geburtenziffer der Ausländerinnen steigt nur leicht an von 1,51 auf 1,53 Kinder je Frau im Jahr 2035 (vgl. Bundesamt für Statistik, 2010, S. 10). Während des Verlaufs wird Stetigkeit vorausgesetzt. Die Lebenserwartung wird in allen drei Varianten steigen. Im mittleren Szenario steigt die Lebenserwartung der Männer auf 83,5 Jahre an. Das Niveau der Lebenserwartung der Frauen liegt derzeit bereits über dem der Männer. Die Lebenserwartung der Frauen steigt langsamer an auf eine Erwartung von 88 Jahren (bei der Geburt). Die Lebenserwartung mit 65 Jahren steigt bis zum Jahr 2035 auch linear an. So hat eine Frau im Jahr 2035 eine fernere Lebenserwartung von knapp über 25 Jahren, Männer weisen eine fernere Lebenserwartung von 22 Jahren auf (vgl. Bundesamt für Statistik, 2010, S. 13). Hauptverantwortlich für das Bevölkerungswachstum wird die Migration sein, welche bis zum Jahr 2020 zunimmt und sich dann leicht stabilisiert. Die Wanderung der letzten Jahre wird weiter fortgesetzt.

Im hohen Szenario wird die Fertilitätsrate aller Frauen steigen und somit wird es zu einem stärkeren Bevölkerungswachstum kommen. Die Fertilitätsrate der Schweizer Frauen wird auf knapp 1,7 steigen. Die zusammengefasste Geburtenziffer der ausländischen Frauen wird auf 2,1 steigen und somit wird die durchschnittliche Fertilitätsrate bei 1,8 Kindern je Frau liegen. Die Lebenserwartung wird deutlicher ansteigen als im mittleren Szenario. So steigt die Lebenserwartung der Männer bis zum Jahr 2035 auf 86,5 Jahre und die Lebenserwartung der Frauen auf über 90 Jahre, wohingegen die fernere Lebenserwartung der 65 Jährigen bei Frauen bei 26 Jahren liegen wird und bei Männern bei 24 Jahren (vgl. Bundesamt für Statistik, 2010, S. 13). Für die Wanderungen werden höhere Zuzüge aus dem Ausland sowie aus anderen Kantonen angenommen. Insgesamt ist zu erwarten, dass diese sich jedoch auch stabilisieren.

Das niedrige Szenario wird als am unwahrscheinlichsten gesehen findet aber trotzdem Beachtung. Die Fertilitätsrate wird auf 1,3 Kinder je Frau sinken, dabei sinkt die zusammengefasste Geburtenziffer der Schweizerinnen auf 1,2 Kinder je Frau und die der ausländischen Frauen auf 1,5 Kinder (vgl. Bundesamt für Statistik, 2010, S. 13). Ebenso werden geringere Annahmen zur Wanderung getroffen, sodass weniger Ausländer in die Schweiz wandern. Auf Grund von aktuellen Entwicklungen sind diese Annahmen jedoch in Frage zu stellen.

Die Methodik für **Basel-Stadt** unterscheidet sich von Basel-Landschaft sowie Lörrach. Es wird ebenso die Kohorten-Komponente Methode verwendet, ebenfalls mit dem Jahr 2009 als Datengrundlage. Die Fertilitätsrate wird regional für Basel-Stadt geschätzt, die Entwicklung der Lebenserwartung gleicht der Lebenserwartung der Schweiz insgesamt. Der besondere Unterschied zu Basel-Landschaft ist in der Schätzung der Komponente der Wanderung vorzufinden. So wird wie im Kanton Genf oder der Stadt Zürich der Wohnraum als Indikator für die Wanderung herangezogen (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt, 2011, S. 4). Voraussetzung hierfür ist jedoch die Annahme, dass der Wohnungsbestand, der Leerstand sowie der Wohnflächenbedarf pro Person zueinander im Gleichgewicht auf dem Wohnungsmarkt stehen (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt, 2011, S. 4). So werden mit Hilfe des Planungsamtes Hypothesen zur Bautätigkeit getroffen und daraus die Wanderung abgeleitet. Zu Problemen kann dies führen, wenn hohe Wanderungen von bestimmten Gruppen stattfinden welche Wohnraumunabhängig sind, beispielsweise Personen die auf Grund von finanziellen Mitteln selbst nicht in der Lage sind Wohnraum zu bezahlen. Allerdings stellt diese Gruppe im Moment nur einen geringen Teil der Zuzüge dar.

Im mittleren Szenario wird davon ausgegangen, dass die Fertilitätsrate der Schweizer Frauen ungefähr konstant bleibt bzw. sich nur geringfügig erhöht. Die zusammengefasste Geburtenziffer der ausländischen Frauen nimmt in allen Szenarien ab, sodass nur der Effekt der Schweizer Frauen Auswirkungen auf die Szenarien hat. Die Fertilitätsrate der Ausländerinnen sinkt bis zum Jahr 2035 auf 1,3 Kinder je Frau (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt, 2011, S. 4). Die Lebenserwartung wird unabhängig vom Geschlecht und Herkunft geschätzt. So steigt die Lebenserwartung für Frauen sowie für Männer um ungefähr 4 Jahre bis zum Jahr 2035. Die Lebenserwartung der Frauen liegt jedoch im Ausgangsjahr bereits höher, sodass Frauen im Jahr 2035 eine Lebenserwartung von 87 Jahren aufweisen, Männer eine Lebenserwartung von 82 Jahren. Ausländische Männer und Frauen haben eine um ein Jahr höhere Lebenserwartung (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt, 2011, S. 6). Für den Wohnraum wird bei einem Wohnungsleerstand von 0,8 % und einer durchschnittlichen, regulären Bautätigkeit mit einem Zuwachs von 8.800 Neubauwohnungen gerechnet. Die Zunahme des Wohn-

raums pro Einwohner wird auf Basis der Entwicklungen der letzten 10 Jahre fortgeschrieben (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt, 2011, S. 4).

Das hohe Szenario zeichnet sich durch eine höhere Fertilitätsrate der Schweizer Frauen sowie durch eine höhere Zuwanderung aus. Die Fertilitätsrate der ausländischen Frauen und die Lebenserwartung verändern sich für alle Szenarien gleich. Die Fertilitätsrate der Schweizer Frauen steigt bis zum Jahr 2035 auf 1,28 Kinder je Frau (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt, 2011, S. 5). Es wird von einer intensiven Bautätigkeit und somit auch von einer hohen Zuwanderung ausgegangen. Es werden alle geplanten Entwicklungen in den Arealen bis zum Jahr 2035 durchgeführt und somit entstehen 11.800 Neubauten. Zusätzlich wächst der Wohnraum pro Einwohner nicht und bleibt auf dem heutigen Niveau konstant und der Wohnungsleerstand würde auf 0,2 % sinken (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt, 2011, S. 4).

Das untere Szenario, welches mit größter Wahrscheinlichkeit übertroffen wird, zeichnet sich durch eine niedrigere Fertilitätsrate der Schweizer Frauen sowie durch eine niedrigere Zuwanderung aus. Die Fertilitätsrate der ausländischen Frauen sowie die Lebenserwartung der Schweizer sowie der Ausländer sind wie bereits erwähnt in allen Varianten gleich. Die Fertilitätsrate der Schweizer Frauen bleibt konstant beziehungsweise sinkt leicht auf 1,1 Kinder je Frau. Zudem werden nur 4.400 Neubauten erstellt und der Wohnraumbedarf pro Einwohner steigt an. Zusätzlich steigt der Leerstand auf ein Hoch von 1,4 % (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt, 2011, S. 4).

Auffällig sind ähnliche Hypothesen zu den Faktoren in der Kohorten-Komponenten Methode in Basel-Landschaft sowie Basel-Stadt. Gründe hierfür sind ähnliche politische und wirtschaftliche Effekte sowie die räumliche Nähe dieser Regionen. Trotz regionaler Nähe kann die Bevölkerung sich jedoch unterschiedlich entwickeln, deutlich wird dies bei der Gegenüberstellung mit Lörrach.

In **Lörrach** dient ebenfalls die Kohorten-Komponenten Methode als Grundlage. Die Komponenten gleichen denen in Basel-Stadt und Basel-Landschaft, allerdings sind die deterministischen Annahmen verschieden, trotz regionaler Nähe aller Regionen. So werden für Lörrach die Annahmen des Landes Baden-Württemberg übernommen, da Lörrach von dessen wirtschaftlichen und politischen Folgen betroffen ist. Allerdings wurden für die Geburten sowie die Wanderungen regionale Effekte für Lörrach berücksichtigt. Ebenso wurden drei Szenarien erstellt, wobei diese sich nur auf Grund der Wanderung unterscheiden. Außerdem sind zur Szenarioerstellung bezüglich der Wanderung keine Zahlen auf Landkreisebene beim Statistischen Landesamt Baden-Württemberg verfügbar, wohl aber sind auf Landesebene Szenarien verfügbar. Um auch mögliche Entwicklungen im Landkreis Lörrach zu zeigen wurden die Bevölkerungsvorausberechnungen der oberen sowie unteren Variante der Landesvorausberechnung herunter gerechnet. Somit konnten auch Szenarien für Lörrach erstellt werden.

Um für das mittlere Szenario die Wanderung auf Landkreisebene zu schätzen, wurden die Gemeinden typisiert und Cluster gebildet. Die Merkmale waren Stadtkreise, Oberzentren und sonstige größere Hochschulstandorte. Ebenso wurden Einfamilienhausanteile, Erreichbarkeit von Arbeitsplätzen sowie die Pflegeplatzdichte herangezogen (vgl. Schmidt; Hochstetter, 2014, S. 12). Diese Typen wurden mit Hilfe einer Clusteranalyse zusammengestellt. Die Cluster wurden auch zur Schätzung des Geburtenverhaltens herangezogen. Als Kalibrierung der Ergebnisse auf Kreisebene wurde eine Top-

Down Rechnung durchgeführt, sodass die Vorausberechnungsergebnisse auf Landesebene als Eckwerte für die regionale Vorausberechnung dienen.

Um die Szenarien für den Landkreis Lörrach zu erstellen, wurden die Migranten bis zum Jahr 2035 für das Land Baden-Württemberg für das mittlere Szenario herausgerechnet, und ein entsprechender Schritt für das mittlere Szenario für den Landkreis Lörrach vorgenommen. Anschließend wurde untersucht, welche Alterskohorten der Migranten auf Lörrach verteilt werden. Dies wurde für jede Alterskohorte sowie für jedes Jahr bis zum Jahr 2035 durchgeführt. Dies soll sicherstellen, dass die Altersstrukturierung der Migranten auch in den anderen Szenarien Beachtung findet, denn die zugezogenen Personen weisen ein deutlich geringeres Medianalter auf als die bestehende Bevölkerung in Lörrach.

Anschließend wurde die Zu- und Abnahme der Migranten in der oberen sowie unteren Variante des Landes Baden-Württemberg gemessen. Hierfür wurde die Differenz der Szenarien gebildet, um somit die Bevölkerungsveränderung abhängig vom Wanderungsverhalten darzustellen. Als Kennzahlen ergeben sich jetzt die relativen Veränderungen der Migranten zwischen der oberen und unteren Variante zur mittleren Variante oder auch Szenario genannt. Diese relative Veränderung für die obere und untere Variante des Landes Baden-Württemberg wurde anschließend auf den Landkreis Lörrach angewandt, um somit eine Modellierung des Wanderungsverhaltens zu simulieren. Damit war es möglich, trotz fehlender Zahlen auf Landkreisebene, Szenarien für Lörrach zu erstellen.

In allen drei Varianten wurde die Annahme getroffen, dass die Fertilitätsrate konstant bei 1,4 Kindern je Frau bleibt. Ebenso wurde die Hypothese aufgestellt, dass die Lebenserwartung beider Geschlechter bis zum Jahr 2035 um 2 Jahre steigt. So resultiert eine Lebenserwartung von 85,7 Jahren für ein neugeborenes Mädchen und von 81,4 Jahren für einen neugeborenen Jungen (vgl. Schmidt; Hochstetter, 2014, S. 11).

Alle drei Varianten auf Landesebene starten mit einem Wanderungsgewinn von 70.000 Personen. In dem mittleren Szenario sinkt dieser Gewinn linear bis zum Jahr 2020 auf 30.000. Anschließend wird ein konstanter Wanderungsgewinn von 20.000 Personen jährlich angenommen. In der unteren Variante sinkt der Wanderungsgewinn auf 20.000 Personen bis zum Jahr 2020 um anschließend bei konstant 10.000 Personen zu bleiben. Somit zeigt sich eine Differenz von 10.000 Einwohnern. Gleiches gilt für das obere Szenario, mit dem Unterschied, dass 10.000 Personen auf das mittlere Szenario gerechnet werden. So sinkt der Wanderungsgewinn bis zum Jahr 2020 auf 40.000 Personen ab, um anschließend bei 30.000 Personen konstant zu bleiben. Der relative Anteil für Lörrach wurde wie bereits erläutert mit Hilfe des mittleren Szenarios erstellt. Die drei Szenarien für den Landkreis unterscheiden sich somit nur durch verschiedene Annahmen zur Wanderung.

Nachdem damit die Annahmen zur Makrosimulation vorgestellt worden sind, werden nun die wichtigsten Ergebnisse für die Bevölkerungsvorausberechnung dargestellt. In allen drei Regionen wird bis zum Jahr 2030 die Bevölkerung zunehmen.



Abbildung 69: Bevölkerungsentwicklung Lörrach und Basel-Stadt (mittleres Szenario)

Deutlich zu sehen sind die ähnlichen Entwicklungen im mittleren Szenario in Lörrach sowie Basel-Stadt. Die Einwohnerzahl in Lörrach steigt von 224.727 auf 226.334 Personen. Basel-Stadt hat weniger Einwohner, zeigt aber eine ähnliche Entwicklung: so steigt die Zahl der Einwohner von 196.317 auf 197.981 Einwohner. Zieht man Basel-Landschaft heran, wird deutlich, dass in absoluten Zahlen die Veränderung deutlicher zu sehen ist.

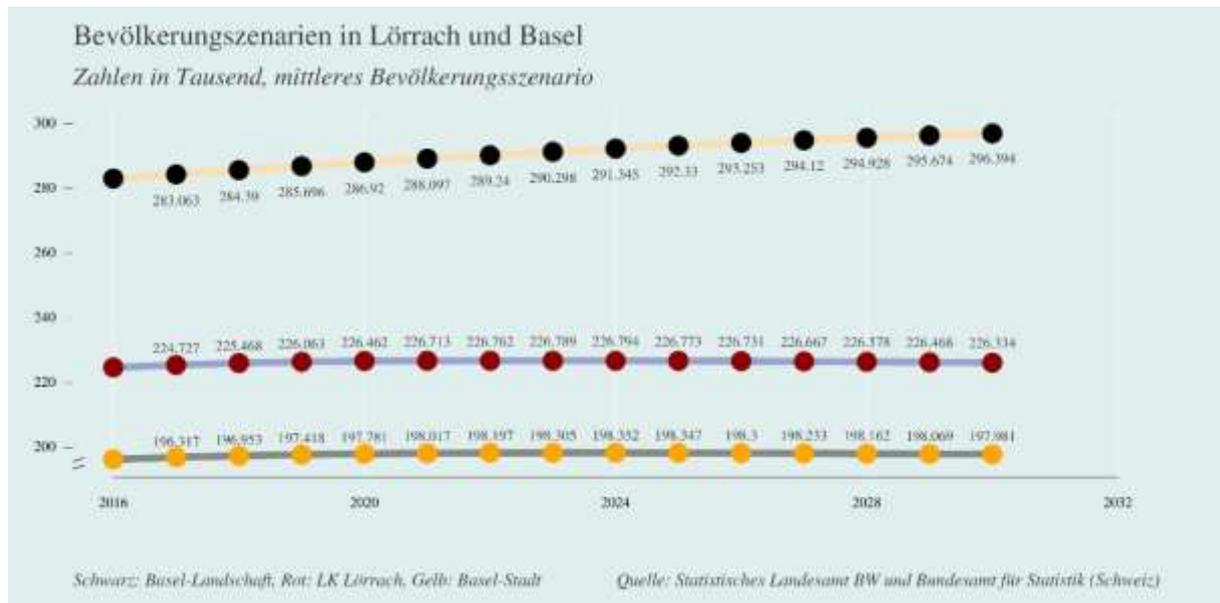


Abbildung 70: Bevölkerungsentwicklung in Lörrach, Basel-Stadt und Basel-Landschaft

So steigt die Einwohnerzahl von 283.063 Einwohnern auf 296.394. Grund hierfür sind höhere Annahmen in der Wanderung, da deutlich mehr Personen in Basel-Landschaft zuziehen als in Basel-Stadt. Auffallend ist zudem, dass Lörrach und Basel-Stadt bis zum Jahr 2024 ein Bevölkerungswachstum aufweisen, danach auf Grund der Kohorten jedoch rückgängige Bevölkerungsentwicklungen aufzeigen. In Basel-Landschaft ist das Wachstum jedoch linear. Dies wird besonders deutlich, wenn alle Szenarien der Regionen nebeneinander dargestellt werden.

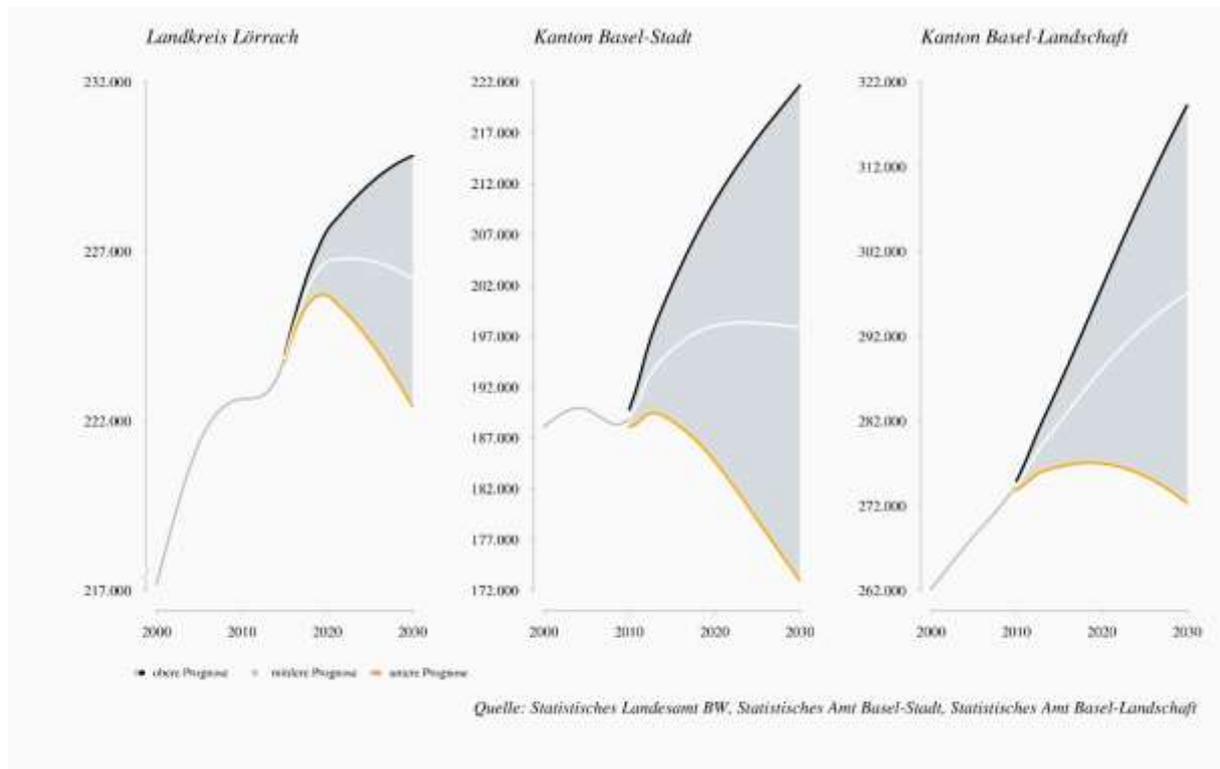


Abbildung 71: Szenarien bezüglich Lörrach, Basel-Stadt und Basel-Landschaft

Die Korridore der Szenarien fallen in der Schweiz auf Grund von stärker differenzierten Annahmen zur Wanderung deutlich größer aus als in Lörrach. So liegt die Einwohnerdifferenz zwischen der oberen und unteren Prognose im Landkreis Lörrach nur bei ungefähr 8.000 Einwohnern, wohingegen die Differenz in Basel-Stadt und Basel-Landschaft mit fast 50.000 Einwohnern deutlich größer ausfällt. Jedoch wird auch hier deutlich, dass in allen Varianten zuerst ein Bevölkerungswachstum zu verzeichnen ist, welches dann je nach Szenario jedoch abnimmt oder auch kippt. Durch die getätigten Annahmen ist in allen Regionen in der oberen Variante mit einem Bevölkerungswachstum zu rechnen. Gleiches gilt für die mittlere Variante. Hingegen ist zu erkennen, dass ab dem Jahr 2024 in Lörrach sowie in Basel-Stadt die Entwicklung zurück geht und die Bevölkerungszahl abnimmt. In Basel-Landschaft ist auch in der mittleren Variante eine lineare Entwicklung zu erkennen. In der unteren Variante werden in allen Regionen die Bevölkerungszahlen zurückgehen. Als wahrscheinlich gilt jedoch eine Entwicklung zwischen der mittleren sowie höheren/ oberen Variante. Da die Veränderungen durch die Darstellung in absoluten Zahlen hierzu nicht unbedingt deutlich werden, ist die Bevölkerungsentwicklung ergänzend nochmals in Prozent dargestellt. Dadurch ergibt sich eine einfachere Vergleichbarkeit der Regionen.

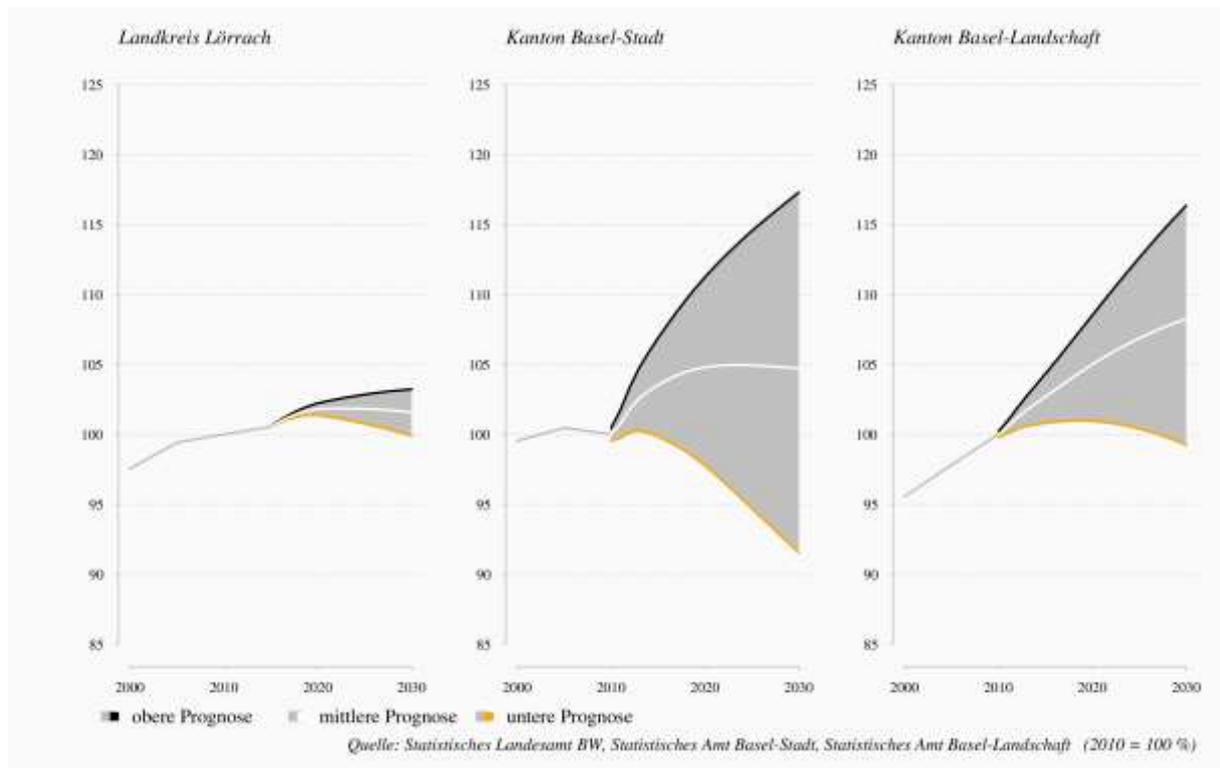


Abbildung 72: Relative Bevölkerungsentwicklung in Lörrach, Basel-Stadt und Basel-Landschaft

Auch hier sind deutlich die gleichen Trends zu erkennen und der geringere Korridor in Lörrach wird ersichtlich. Alle Regionen müssen jedoch mit einem Bevölkerungswachstum rechnen. Unabhängig von der medizinischen Entwicklung ist damit zu rechnen, dass bei absoluter positiver Bevölkerungsentwicklung auch die Pflegenachfrage wachsen wird.

Entscheidend für die Pflegenachfrage ist jedoch die Veränderung der Bevölkerungsstruktur in Lörrach, Basel-Stadt sowie Basel-Landschaft. In den drei Regionen zeigt sich in allen Szenarien eine Zunahme der Personen im Alter von 65 Jahren und darüber. Ursache hierfür ist die steigende Lebenserwartung, insbesondere die steigende fernere Lebenserwartung. Wie bereits erläutert, kommt dieser Altersgruppe entscheidende Bedeutung für die Pflegenachfrage zu, da die altersspezifischen Pflegequoten in diesen Altersgruppen deutlich höher ausfallen.

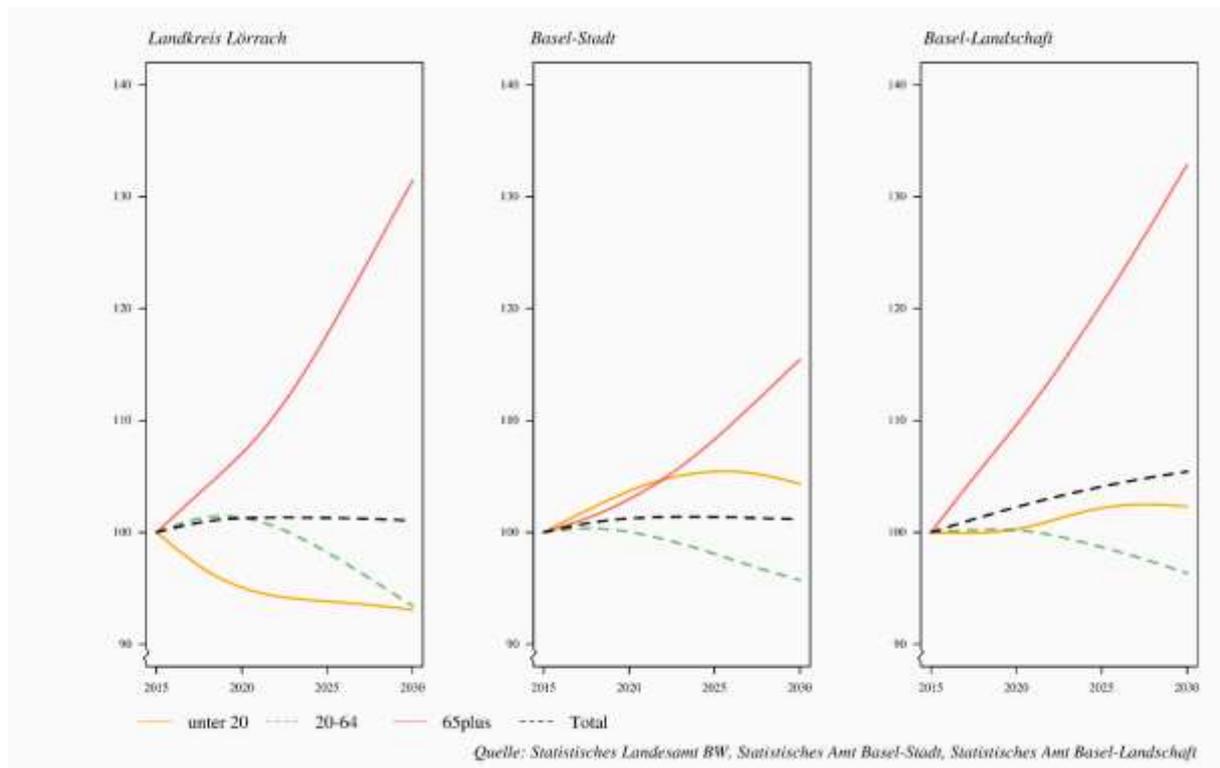


Abbildung 73: Altersgruppenentwicklung in Lörrach, Basel-Stadt sowie Basel-Landschaft

So ist die Veränderung der Bevölkerungsstruktur entscheidender für die Pflegesimulationen. Aus der vorherigen Analyse hergeleitet, waren die Entwicklungen in Lörrach sowie Basel-Stadt sehr ähnlich. Betrachtet man allerdings die Bevölkerungsstruktur, differenzieren sich Basel-Stadt sowie Lörrach deutlich voneinander und Basel-Landschaft sowie Lörrach zeigen ähnliche Entwicklungen. Vonseiten des Bevölkerungszuwachs ähneln sich Lörrach sowie Basel-Stadt, beide Regionen haben nur ein leichtes Bevölkerungswachstum bis zum Jahr 2030, das Wachstum fällt in Basel-Landschaft deutlicher aus. Auffällig ist die negative Entwicklung der unter 20-jährigen Personen in Lörrach. Ebenso nimmt die Zahl der Erwerbstätigen deutlich ab, welche die Basis für die Finanzierung der Sozialsysteme bilden. Eine Entwicklung in entsprechender Hinsicht ist jedoch auch für Basel-Stadt sowie Basel-Landschaft zu benennen, da diese ebenfalls starke Rückgänge in der Altersgruppe der Personen im erwerbsfähigen Alter zu verzeichnen haben. Die Altersgruppe der unter 20-jährigen Personen nimmt jedoch ausschließlich in Lörrach ab, in Basel-Landschaft und Basel-Stadt zeigt diese Altersgruppe einen Zuwachs.

Gut zu erkennen ist jedoch, dass die Altersgruppe der Personen ab 65 Jahre in allen Regionen deutlich zunimmt. Dabei ist der Zuwachs in dieser Altersgruppe im Landkreis Lörrach sowie in Basel-Landschaft mit 30 % am stärksten. Aber auch in Basel-Stadt wird die Altersgruppe um ungefähr 18 % zunehmen. Wenn die Pflegequoten konstant bleiben und man ausschließlich die demografischen Faktoren beachtet wird deutlich, dass die Pflegenachfrage nur auf Grund des Demografischen Wandels enorm wachsen wird.

Grund für den starken Zuwachs in der Gruppe der Hochbetagten ist das Aufrücken der bevölkerungsstarken Altersklassen, die sogenannte Babyboom-Generation. Erst wenn diese Altersgruppen ster-

ben, wird die Zahl der Hochbetagten sich allmählich stabilisieren (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Landschaft, 2011, S. 25). Zudem wird die Alterung durch die geringere Fertilitätsrate verstärkt, ebenso der geringere Anteil der Personen unter 20 Jahren, wie in der Abbildung anschaulich wird. So wächst die Zahl der alten Personen und zeitgleich verringert sich die Zahl der Jugendlichen, sodass das Medianalter von heute bei 44 Jahren gelegen auf ungefähr 48 Jahre steigen wird (vgl. Statistisches Amt Kanton Basel-Landschaft, S. 26). Auch innerhalb der Altersgruppe der ab 65-jährigen Personen werden die Einwohner immer älter, sodass die Zahl der Personen ab 80 Jahren ebenfalls einen deutlichen Zuwachs erfahren wird.

In allen drei Regionen wird das Bevölkerungswachstum positiv ausfallen. Die unteren Szenarien sollen die Darstellung des Entwicklungskorridors ermöglichen. Sie werden vor dem Hintergrund der vergangenen Entwicklung jedoch wahrscheinlich nicht eintreten. Die Zuwächse der Gruppe ab 65 Jahren sind in Basel-Landschaft sowie in Lörrach am stärksten. Die extremen Zunahmen innerhalb dieser hohen Altersgruppen erhöhen die Bevölkerungsgruppen der Betagten und Hochbetagten, es wird mit mehr alten und sehr alten Personen zu rechnen sein. Durch die zunehmende Lebenserwartung werden 2030 fast 10 % der Personen über 65 ein Alter von mindestens 90 Jahren aufweisen. Ebenfalls wird die Altersgruppe der Personen ab 80 Jahre fast um das Doppelte steigen, sodass der Pflegebedarf allein hierdurch sich enorm vergrößern wird.

Referenzen ad 7.1. s. 12.1.

7.2. SZENARIEN DER PFLEGEBEDARFSENTWICKLUNG

Neben der erwarteten regionalen Bevölkerungsentwicklung ist zur Prognose des zukünftigen Pflegebedarfs eine weitere Komponente von zentraler Bedeutung: die Entwicklung der regionalen Pflegeprävalenzen. Eine valide Abschätzung derselben ist aus statistischer Sicht sehr anspruchsvoll. Das Isolieren reliabler Determinanten des regionalen Pflegerisikos sowie eine Abschätzung ihrer Veränderung im Zeitverlauf bedürfen umfangreicher Datengrundlagen und einer leistungsstarken IT-Infrastruktur. Aus Gründen des Datenschutzes konnten nicht alle Datensätze in der gewünschten Tiefe zur Verfügung gestellt werden, so dass die Schätzmethodik geeignet angepasst wurde. Im Vordergrund stand die Modellierung von Pflegeprävalenzen auf Basis verschiedener Szenarien. Diese sind derart zusammengestellt, dass sie einerseits aktuelle Theorien über die Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung widerspiegeln und andererseits die Analyse relevanter Effekte ermöglichen. Insgesamt werden vier Szenarien der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt und jeweils mit allen demographischen Szenarien eines Standorts kombiniert. Somit kann für jeden Standort ein Entwicklungskorridor angegeben werden, welcher einem Intervall für die Zahl der zukünftigen Pflegefälle entspricht. Im Folgenden sollen diese Szenarien in komprimierter Form erläutert werden.

Status Quo

In diesem Szenario wird eine Konstanz der regionalen Pflegeprävalenzen unterstellt. Dafür werden auf Basis der uns verfügbaren Daten für jeden Standort altersspezifische Pflegerisiken berechnet. Diese werden anschließend auf die Bevölkerungsszenarien übertragen. Somit werden die rein demographischen Effekte auf den zukünftigen Pflegebedarf quantifiziert. Da der Betrachtungszeitraum der Szenarienstudie verhältnismäßig kurz ausfällt, erscheint die Konstanz des allgemeinen Gesundheitszustands der Bevölkerung als das plausibelste Szenario. Dieses wird im weiteren Verlauf als Referenzszenario dienen.

Kompression

Das Szenario ist an die aus der Literatur bekannte Kompressionsthese angelehnt, welche Anfang der 1980er Jahre durch James F. Fries vorgestellt wurde (siehe Fries 1980). Es wird davon ausgegangen, dass aufgrund des medizinischen Fortschritts die Menschen länger gesund bleiben und erst am Ende ihrer natürlichen Lebensspanne pflegebedürftig werden. Somit komprimiert sich die Hauptpflegelast stark auf die höchsten Alterskohorten. Das Pflegerisiko in den jüngeren und mittleren Alterskohorten nimmt über den Betrachtungszeitraum folglich ab, während es in den höchsten Alterskohorten entsprechend ansteigt. In diesem Szenario wird also ein besonderer Fokus auf die demographische Alterung der regionalen Populationen gelegt.

Medikalisierung

Das Szenario orientiert sich lose an der Medikalisierungsthese, welche Mitte der 1980 Jahre als Gegenargument zur Kompressionsthese Bekanntheit erlangte (siehe Verbrugge 1984). Es wird davon ausgegangen, dass die Menschen aufgrund des medizinischen Fortschritts zwar länger leben, aber trotzdem vermehrter medizinischer Betreuung bedürfen. Bezogen auf die Pflege steigt folglich das Pflegerisiko in allen Alterskohorten leicht an, wobei der Anstieg mit zunehmendem Alter stärker ausfällt. Somit ist die Medikalisierung a priori im Rahmen unserer Studie als Wort-Case-Szenario konzipiert.

Antimedikalisierung

Dieses Szenario ist als das exakte Komplement des Medikalisierungsszenarios angelegt. Es ist im Gegensatz zu den anderen Szenarien nicht theoretisch begründet. Hier wird von einer Abnahme der altersspezifischen Pflegeprävalenzen durch alle Alterskohorten ausgegangen. Auch wenn dieses Szenario wenig plausibel erscheint, so ist es doch zur Quantifizierung einer Mindestanzahl an zukünftigen Pflegefällen geeignet. Es stellt somit im Rahmen unserer Studie das Best-Case-Szenario dar.

7.3. ERGEBNISSE DER SZENARIENSTUDIE

Im Folgenden werden die Resultate der Kombinationen aus demographischen Szenarien und Szenarien zur Pflegebedürftigkeit detailliert für jeden Standort ausgewertet.

7.3.1. LANDKREIS LÖRRACH

Im Basisjahr 2013 befanden sich insgesamt 6031 Pflegebedürftige im Landkreis Lörrach. Diese Zahl ist der Pflegestatistik des Bundeslands Baden-Württemberg 2013 entnommen und setzt sich aus ambulant gepflegten Personen, stationär gepflegten Personen und Pflegegeldempfängern zusammen. Sie entspricht einer Pflegequote von 2.72%. Damit hat Lörrach die niedrigste Pflegequote von allen betrachteten Standorten. Es muss jedoch angemerkt werden, dass sich die Pflegestufen und Pflegebegriffe (Definition ab wann eine Person als pflegebedürftig gilt) zwischen der Schweiz und Deutschland unterscheiden und somit ein direkter Vergleich der Pflegequoten nur eingeschränkt möglich ist. Schreibt man die Bevölkerung mit der in Kapitel 9.1 beschriebenen Hauptvariante weiter und unterstellt die in Kapitel 9.2 beschriebenen Szenarien, so zeigt sich die folgende Entwicklung:

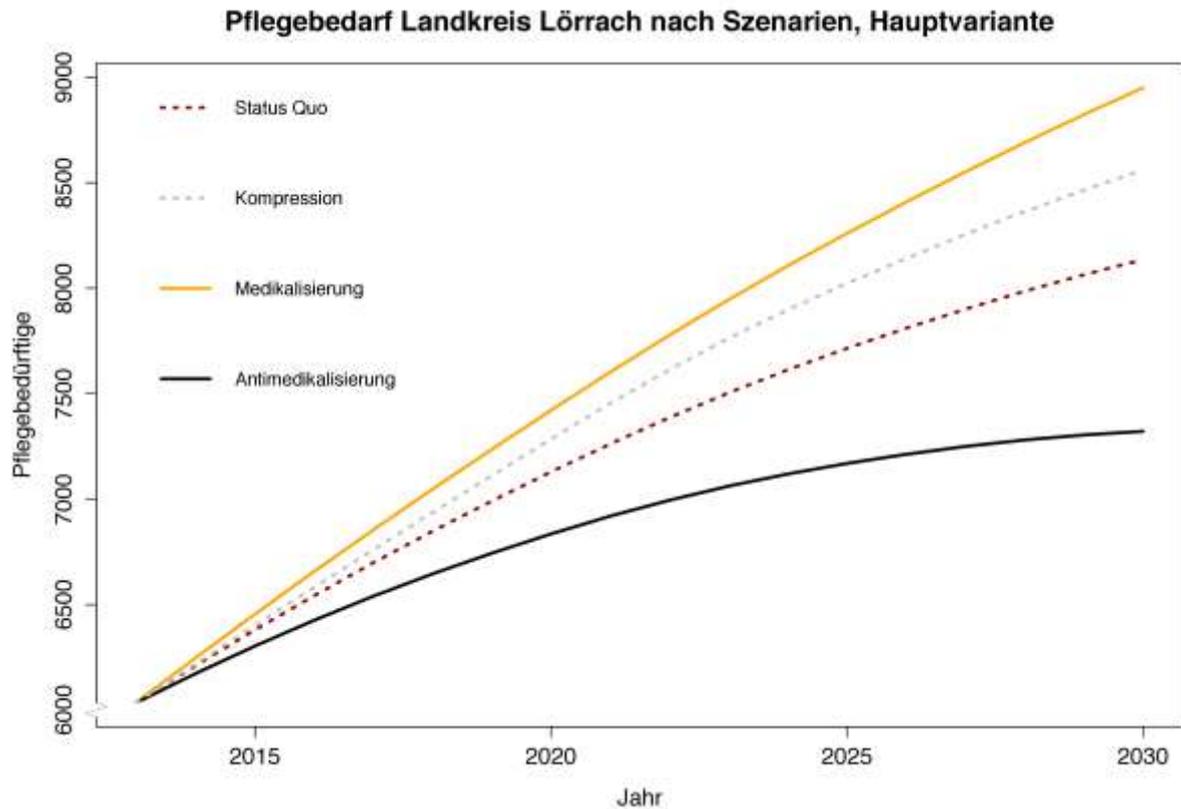


Abbildung 74: Pflegeszenarien auf Basis der demographischen Hauptvariante, Lörrach

Wie erwartet, markiert die Medikalisierung die obere Grenze der Entwicklung des Pflegebedarfs. In diesem Szenario hat man im Jahr 2030 insgesamt 8954 Pflegebedürftige, was einer Pflegequote von 3.96% entspricht. Die Zunahme der Pflegefälle seit 2013 beträgt folglich 48.47%. Das Benchmark-Szenario Status Quo sagt für 2030 insgesamt 8139 Pflegebedürftige vorher. Dies entspricht einer Pflegequote von 3.60% und einem Anstieg der Pflegebedürftigkeit um 34.95%. Die untere Grenze bildet das Antimedikalisierungsszenario mit 7325 Pflegebedürftigen, was einer Pflegequote von 3.24% entspricht. Selbst in diesem Best-Case-Szenario ist also mit einer Zunahme der Pflegefälle von 21.46% innerhalb von 18 Jahren zu rechnen. Interessant sind die Steigungen der oben abgebildeten Kurvenverläufe. Mit Ausnahme der Antimedikalisierung lässt sich ein sehr stetiges Ansteigen der Pflegezahlen erkennen. Lediglich gegen Ende des Betrachtungszeitraums flachen die Kurven ab. Vor dem Hintergrund der zugrunde gelegten demographischen Hauptvariante ist dies bemerkenswert. In diesem Szenario wird nämlich bis 2023 ein Wachstum und anschließend ein langsamer Rückgang der Gesamtbevölkerung erwartet. Die dabei sich vollziehende demographische Alterung der Bevölkerung und der folglich wachsende Anteil älterer Menschen induziert jedoch auch in den weiteren Jahren steigende Pflegezahlen. Diese Tendenz beschränkt sich aber nicht nur auf die Hauptvariante. Betrachtet man die Ergebnisse des Status-Quo-Szenarios für

alle prognostizierten Bevölkerungsverläufe, so stellt man eine überraschende Persistenz des Effekts fest.

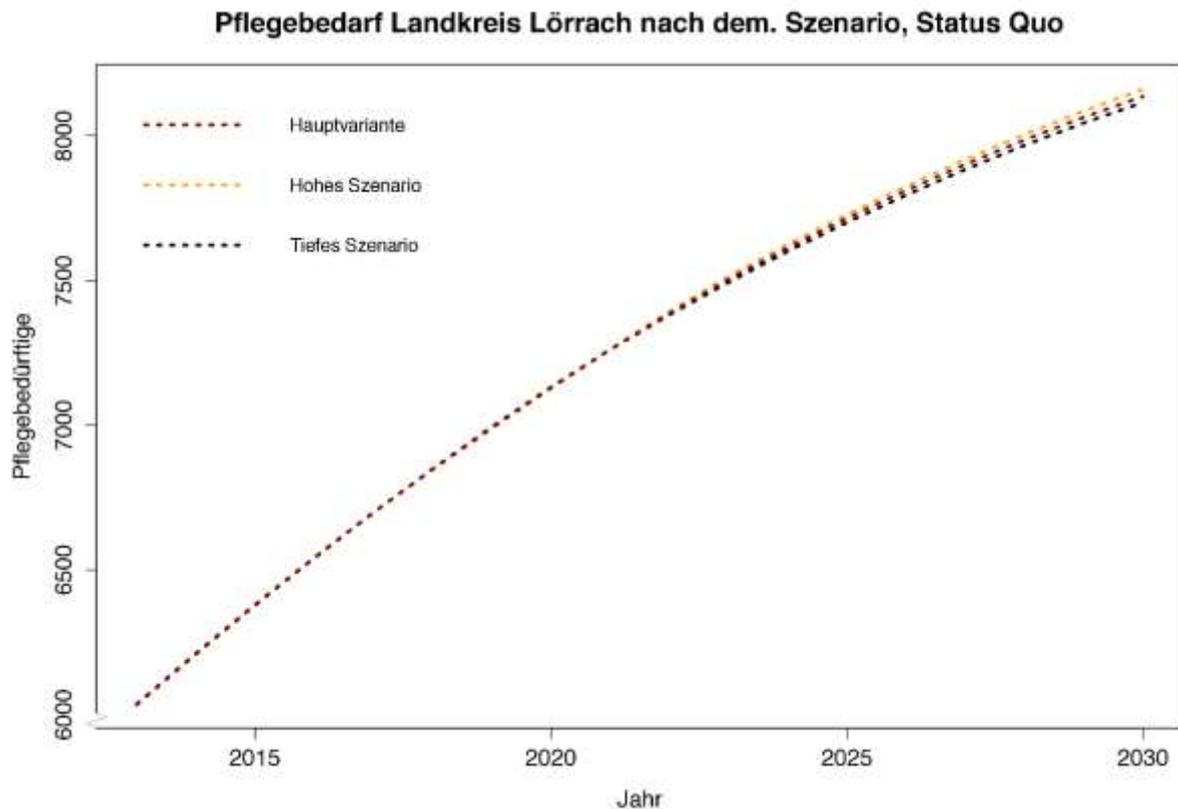


Abbildung 75: Prognose der Pflegezahlen für Status Quo, Lörrach

Es wird deutlich, dass es nahe zu keinen Unterschied der prognostizierten Pflegezahlen zwischen den drei demographischen Szenarien gibt. Dies ist ein Indiz für die Stabilität des angesprochenen Alterungsprozesses und die damit verbundene Entwicklung der Pflegenachfrage. Um jedoch die dadurch resultierende gesamtgesellschaftliche Belastung einschätzen zu können, muss ebenso jener Bevölkerungsteil betrachtet werden, der die Pflegebedürftigen humanitär und ökonomisch zu versorgen hat. In der Hauptvariante liegt der Altenquotient (Bevölkerungsteil über 64 Jahren dividiert durch Bevölkerungsteil zwischen 15 und 64 Jahren) im Jahr 2030 bei 40.67%. In der oberen Variante beträgt er 41.64% und in der unteren sogar 41.92%.

Die demographische Alterung hat folglich nicht nur Implikationen auf die zukünftige Pflegebedürftigkeit, sondern auch auf den versorgenden Bevölkerungsteil. Kombiniert man diese

Informationen mit einer demographischen Projektion des aktuellen Pflegeangebot (Erwerbstätige im lokalen Pflegesektor), so zeigt sich ein alarmierendes Bild.

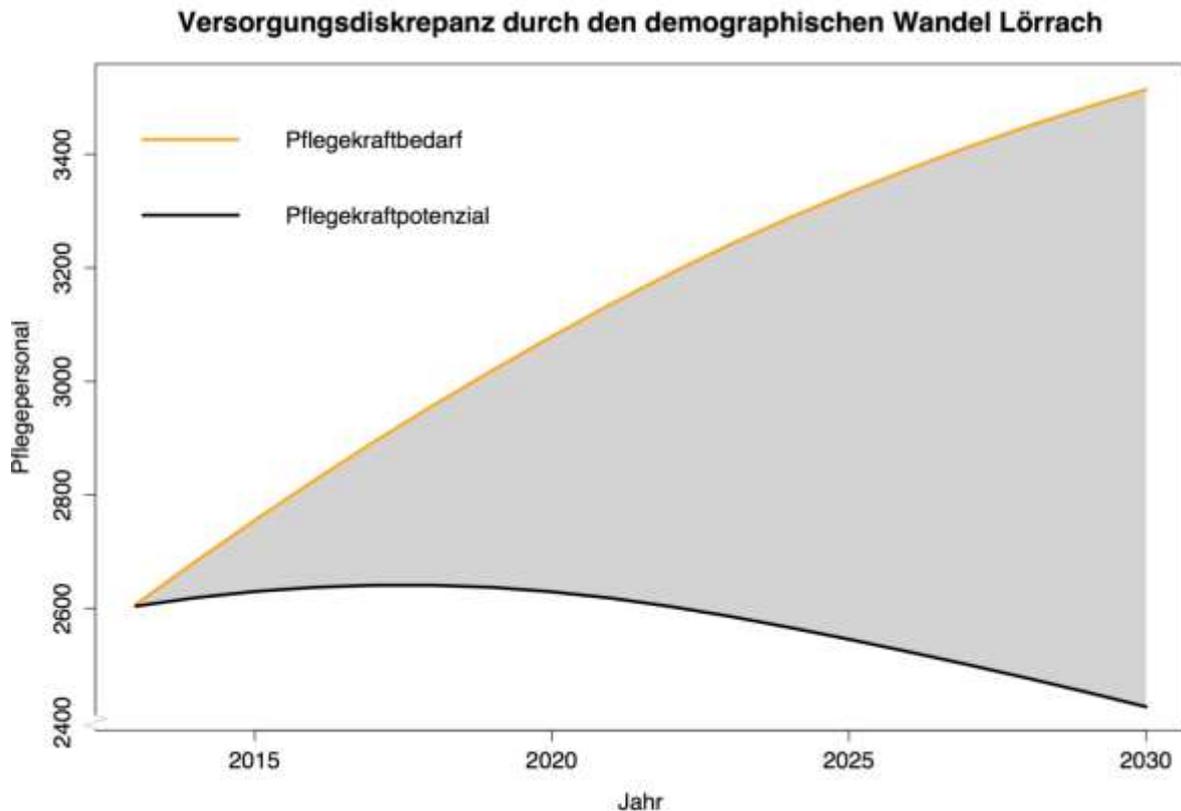


Abbildung 76: Theoretische Versorgungsdiskrepanz im Landkreis Lörrach

Hier wurde aus den aktuell Beschäftigten im Pflegesektor und den Pflegebedürftigen des Landkreises Lörrach ein Versorgungsverhältnis errechnet. Zusätzlich wurde der Anteil der Pflegekräfte an der regionalen Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter berechnet. Diese Kennzahlen wurden anschließend in die Zukunft projiziert. Die gelbe Kurve gibt an, wie viel Pflegekräfte nötig sind, um das aktuelle Verhältnis bei konstanten altersspezifischen Pflegequoten zukünftig aufrecht zu erhalten. Die schwarze Kurve gibt an, wie die erwartete Entwicklung der Pflegekräftezahl auf Basis der demographischen Hauptvariante aussieht. Die graue Fläche beschreibt die Diskrepanz jeweils zwischen den beiden Zahlen. Es wird deutlich, dass die Zahl der benötigten Pflegekräfte immer weiter ansteigt. Im Gegensatz dazu ist die erwartete Zahl der potenziell vorhandenen Pflegekräfte rückläufig. Dies führt zu einer immer stärker werdenden Versorgungslücke. An dieser Stelle muss jedoch angemerkt werden, dass es sich hierbei um eine rein demographische Projektion auf Basis der erwarteten Bevölkerungsentwicklung handelt. Externe Einflussfaktoren wie die ökonomische Entwicklung der Region, Umstrukturierungen des Gesundheitssektors oder aktuell auftretende Formen der

Sondermigration sind nahezu unmöglich detailliert vorher zu sagen und wurden deshalb nicht berücksichtigt. Die Implikationen der obigen Grafik sind dennoch eindeutig. Es ist mit einer zunehmend größer werdenden Lücke zwischen Pflegenachfrage und Pflegeangebot im Landkreis Lörrach zu rechnen.

7.3.2. KANTON BASEL-STADT

Im Basisjahr 2013 befanden sich 9242 Pflegebedürftige im Kanton Basel-Stadt. Diese Zahl wurde aus der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen und der Spitex-Statistik des Jahres 2013 berechnet (vgl. Bundesamt für Statistik 2015). Aufgrund der bereits erwähnten schwierigen Vergleichbarkeit der Pflegeleistungen zwischen Deutschland und der Schweiz, gerade im Bereich der niedrigen Pflegestufen und der ambulanten Pflege, bezieht sich diese Angabe für Spitex explizit nur auf Langzeitpflegebedürftige. Sie entspricht einer Pflegequote von 4.77%. Somit hat Basel-Stadt a priori die höchste Pflegequote aller hier betrachteten Standorte. Schreibt man die Bevölkerung mit der demographischen Hauptvariante weiter und unterstellt die Pflegeszenarien aus Kapitel 9.2, so erhält man folgendes Bild:

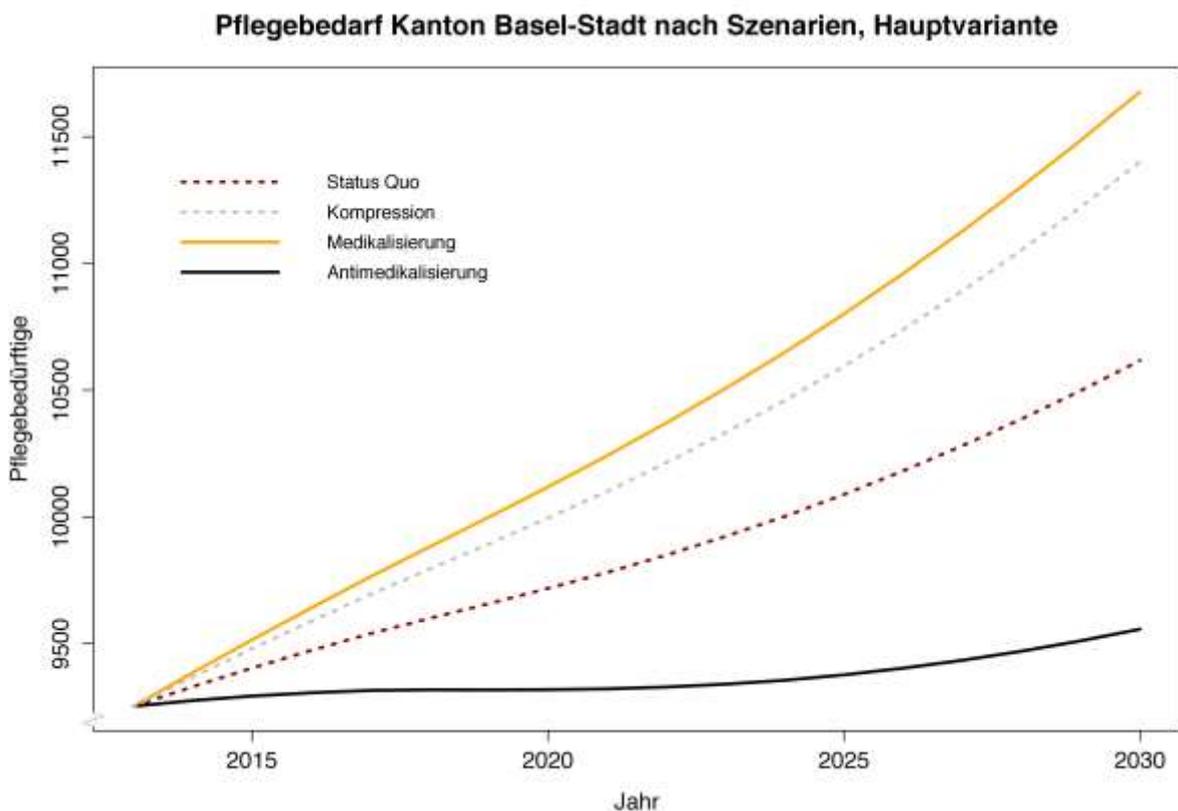


Abbildung 77: Pflegeszenarien auf Basis der demographischen Hauptvariante, Basel-Stadt

Die obere Grenze des Pflegebedarfs bildet erneut das Medikalisationsszenario. Hier hat man im Jahr 2030 insgesamt 11675 Pflegebedürftige. Dies entspricht einer Pflegequote von 5.90% und einer Zunahme der Pflegebedürftigenzahl von 26.32%. Im Referenzszenario Status Quo hat man 10614 pflegebedürftige Personen, was mit einer Pflegequote von 5.36% korrespondiert. Somit stellt sich ein Anstieg der Pflegefälle um 14.84% ein. Die untere Grenze markiert wieder das Antimedikalisationsszenario mit 9555 Pflegebedürftigen. Die damit einhergehende Pflegequote von 4.83% ist Resultat einer Zunahme der Pflegezahlen von 3.39%. Es fällt auf, dass über alle Szenarien hinweg die erwartete Zunahme der Pflegebedürftigkeit trotz der a priori sehr hohen Pflegequote verglichen mit dem Landkreis Lörrach sehr gering ausfällt. Dies ist ein Effekt des zugrunde gelegten demographischen Szenarios. Die Hauptvariante prognostiziert bis 2030 eine Zunahme des Bevölkerungsanteils unter 16 Jahren um 5.58% und eine Wachstum des Anteils der Personen im Alter von 65 und älter von lediglich 16.90%. Somit fällt die erwartete demographische Alterung der Gesamtbevölkerung in Basel-Stadt sehr moderat aus.

In Kapitel 9.1 wurde bereits erwähnt, dass die Bevölkerungsprognosen für Basel-Stadt verhältnismäßig weit auseinander gehen. Es sollte folglich verstärkt untersucht werden, wie einzelnen Pflegeszenarien mit den demographischen Szenarien interagieren.

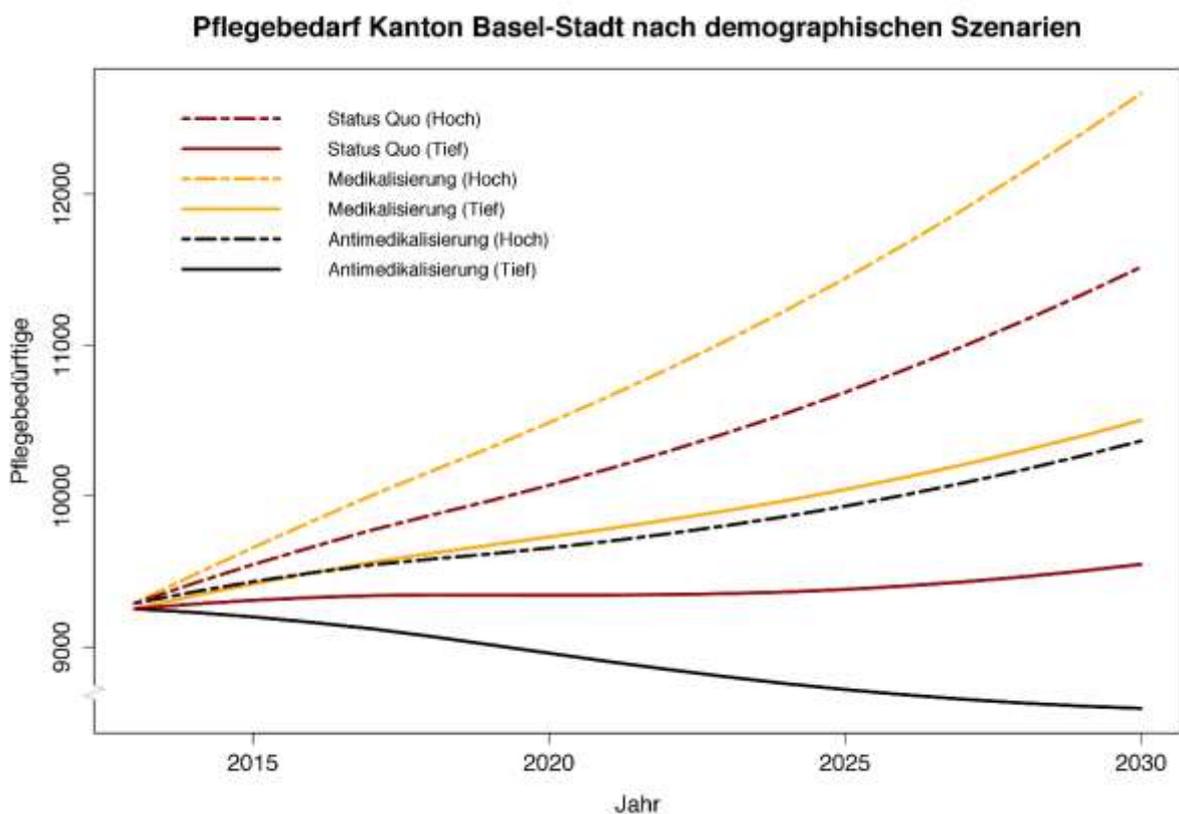


Abbildung 78: Pflegeszenarien verschiedener Bevölkerungsprognosen, Basel-Stadt

In dieser Abbildung sieht man die Pflegeszenarien Status Quo, Medikalisierung und Antimedikalisierung, welche mit der hohen und der tiefen Bevölkerungsprognose für Basel-Stadt kombiniert wurden. Das Kompressionsszenario wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit hier ausgelassen. Während die Bevölkerungsszenarien im Landkreis Lörrach noch kaum einen Einfluss auf die Resultate der Pflegebedarfsprojektionen hatten, wird an dieser Stelle deutlich, wie groß die Prognoseunsicherheit für Basel-Stadt ausfällt. Kombiniert man die hohe Bevölkerungsprognose mit dem Medikalisierungsszenario, so werden für 2030 12667 Pflegefälle vorhergesagt. Dies entspricht einer Zunahme von 37.01% zum Basisjahr. Im Gegensatz dazu kommt es im tiefen Bevölkerungsszenario in Kombination mit der Antimedikalisierung sogar zu einem Rückgang um 7.03% auf 8592 Pflegefälle. Folglich lässt sich für Basel-Stadt keine exakte Tendenz hinsichtlich der Entwicklung des Pflegebedarfs prognostizieren. Wägt man jedoch die Resultate der Kreuzkombinationen der einzelnen Szenarien und deren Extrema gegeneinander ab, so ist trotzdem mit einem klaren Anstieg des Pflegebedarfs bis 2030 zu rechnen. Es wird jedoch erwartet, dass dieser Anstieg im Vergleich mit den anderen hier relevanten Standorten gering ausfällt.

Wie sieht es nun mit der erwarteten Versorgungslage in Basel-Stadt aus? Die Prognosen diesbezüglich unterliegen der gleichen Unsicherheit wie die Pflegebedarfsprognosen, da sie auf den gleichen demographischen Szenarien basieren. Es wird erneut ein Versorgungsquotient aus Beschäftigten im Pflegesektor und Pflegebedürftigen gebildet. Analog zum Vorgehen beim Landkreis Lörrach wird das Personalvolumen des Pflegesektors als Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter interpretiert. Projiziert man diese beiden Quotienten anhand der demographischen Hauptvariante in die Zukunft, so zeigt sich das folgende Bild:

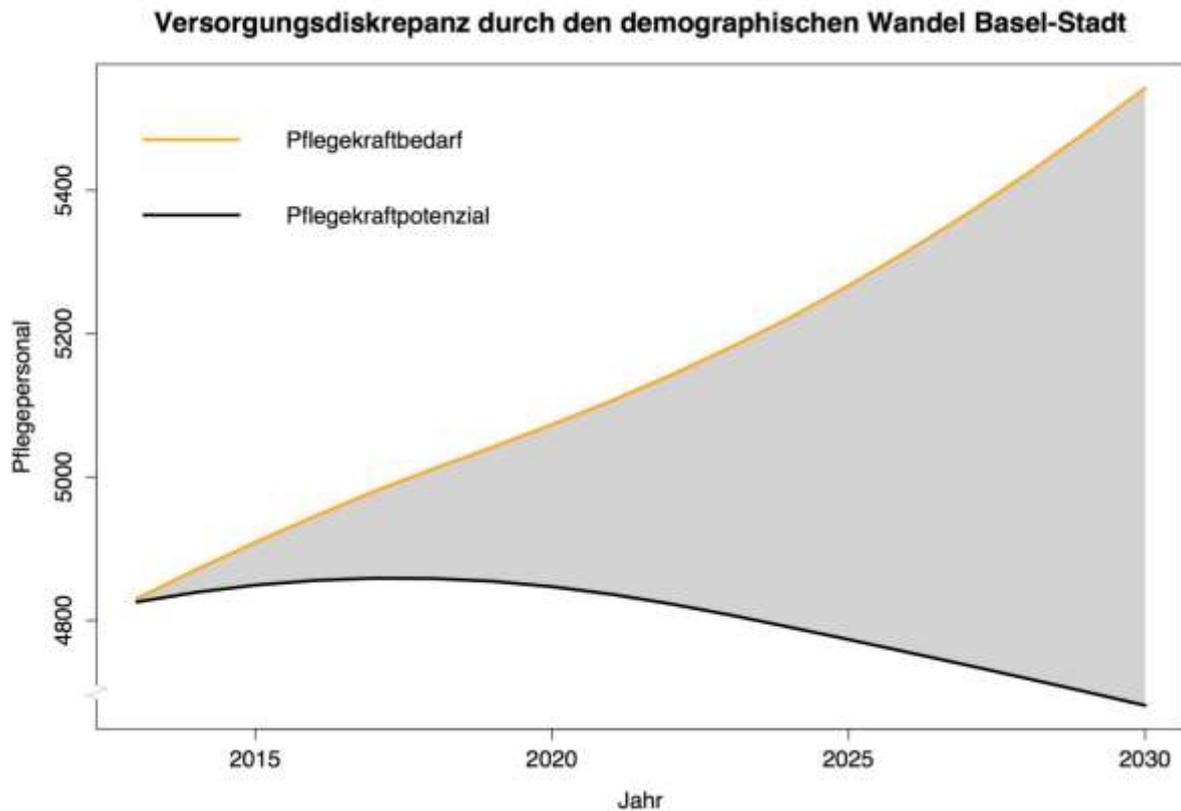


Abbildung 79: Theoretische Versorgungsdiskrepanz im Kanton Basel-Stadt

Es wird deutlich, dass selbst mit der vergleichsweise günstigen erwarteten Bevölkerungsentwicklung für Basel-Stadt eine deutliche Versorgungsdiskrepanz erwartet wird. In Vergleich zu den vorherigen Ergebnissen fällt diese jedoch moderat aus. Der leichte erwartete Rückgang des Pflegekraftpotenzials ist einer geringen Abnahme des Bevölkerungsteils im erwerbsfähigen Alter bis 2030 im Rahmen der Hauptvariante geschuldet. An dieser Stelle sei noch einmal dezidiert darauf hingewiesen, dass es sich bei dieser Projektion ausschließlich um eine Evaluation der erwarteten demographischen Effekte auf den Sachverhalt handelt. Dies ist gerade vor dem Hintergrund der ökonomischen Bedeutung des Standorts zu berücksichtigen. Dennoch bleibt festzuhalten, dass auch in Basel-Stadt Handlungsbedarf hinsichtlich der zukünftigen Versorgung von Pflegebedürftigen besteht.

7.3.3. KANTON BASEL-LAND

Im Basisjahr 2013 befanden sich 10740 Pflegebedürftige im Kanton Basel-Land. Analog zu Basel-Stadt wurde diese Zahl aus der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen und der Spitex-Statistik des Jahres 2013 berechnet (vgl. Bundesamt für Statistik 2015). Auch sie bezieht sich aus den zuvor genannten Gründen der Vergleichbarkeit für Spitex nur auf Lang-

zeitpflegebedürftige. Die Angabe entspricht einer Pflegequote von 3.85%. Die Kombination der Pflegeszenarien mit der demographischen Hauptvariante ergibt folgendes:

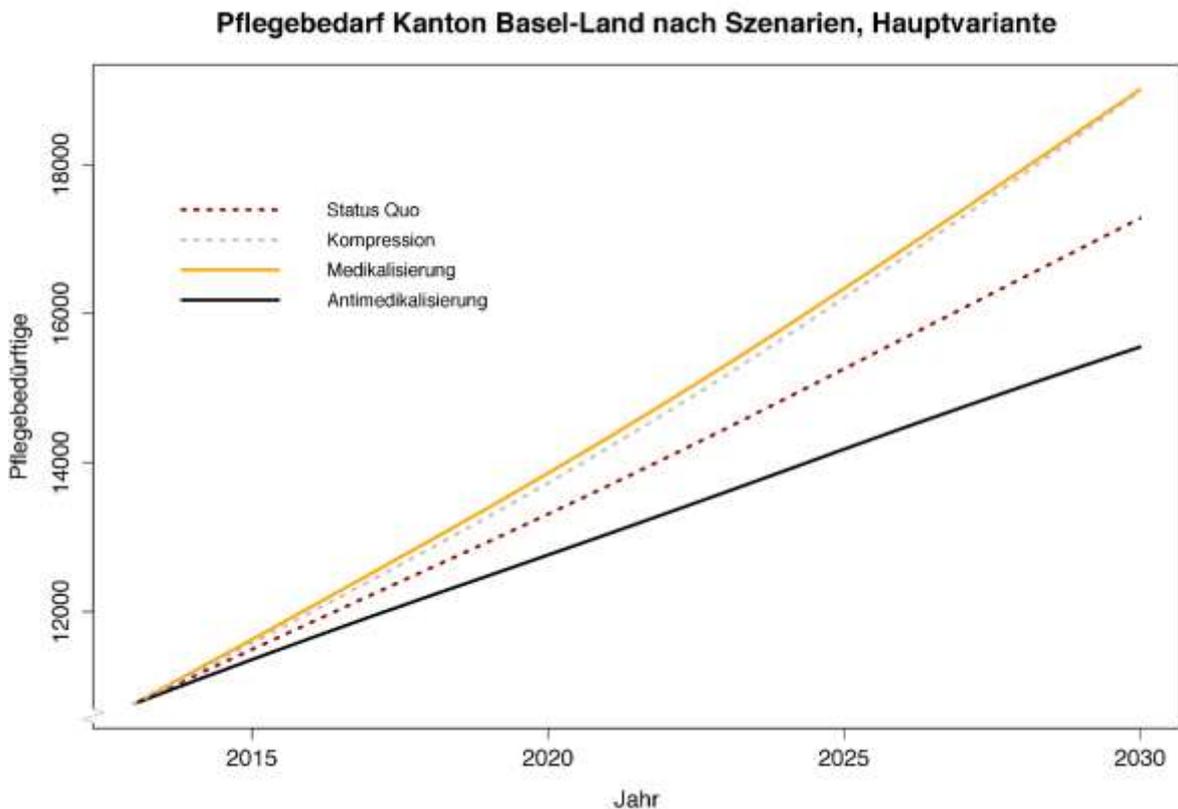


Abbildung 80: Pflegeszenarien auf Basis der demographischen Hauptvariante, Basel-Land

Die obere Grenze der Projektion bildet abermals das Medikalisationsszenario. Hier werden 18989 Pflegebedürftige für das Jahr 2030 prognostiziert. Dies entspricht einer Pflegequote von 6.39% und einer Zunahme der Pflegefälle von 76.81% relativ zum Basisjahr. Das Status-Quo-Szenario weist für 2030 insgesamt 17262 Pflegebedürftige aus, also eine Zunahme von 60.73%. Die Pflegequote beträgt in diesem Fall 5.81%. Die untere Grenze bildet erneut das Antimedikalisationsszenario mit 15536 Pflegebedürftigen. Selbst bei diesem Best-Case-Szenario liegt die Pflegequote bei 5.23%. Die Zunahme relativ zu 2013 beträgt 44.66%. Die Resultate offenbaren einen nahezu unwirklich großen Anstieg der Pflegefälle innerhalb von 18 Jahren. Ausschlaggebend dafür sind die für Basel-Land berechneten Bevölkerungsprognosen. Das vom Bundesamt für Statistik publizierte Bevölkerungswachstum zwischen 2013 und 2030 beträgt für diesen Standort 6.42%. Dabei liegt es sehr deutlich über den prognostizierten Zuwächsen im Landkreis Lörrach (+2.01%) und im Kanton Basel-Stadt (+2.08%). Zusätzlich wird für Basel-Land ein ebenfalls sehr ausgeprägter Alterungsprozess in der Gesellschaft vorhergesagt. Die Zahl der Personen im Alter von 65 Jahren und älter steigt in der demographischen Hauptvariante bis 2030 um 39.31%. Aufgrund der hohen Pflegeprävalenzen in den

älteren Kohorten induziert dies den enormen Anstieg der erwarteten Pflegefälle. Doch ähnlich wie in Basel-Stadt gehen die Bevölkerungsprognosen sehr weit auseinander. Dies wird anhand der nächsten Grafik evident.

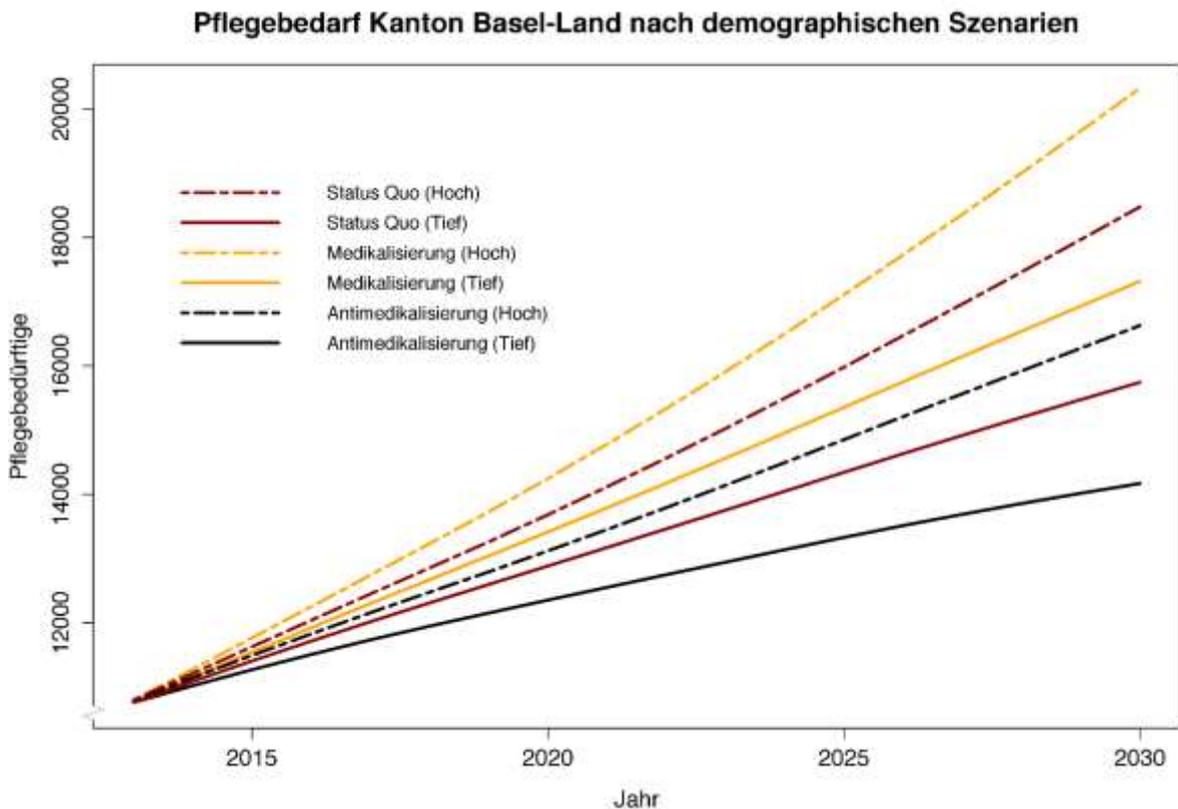


Abbildung 81: Pflegeszenarien verschiedener Bevölkerungsprognosen, Basel-Land

Analog zu Kapitel 9.3.2 sieht man in dieser Abbildung die Pflegeszenarien Status Quo, Medikalisierung und Antimedikalisierung, welche mit der hohen und der tiefen Bevölkerungsprognose für Basel-Land kombiniert wurden. Wie bereits zuvor wurde das Kompressionsszenario aus Gründen der Übersichtlichkeit ausgelassen. Die Implikationen für den erwarteten Pflegebedarf sind über alle demographischen Szenarien kongruent. Es zeichnet sich in den meisten Kreuzkombinationen ein nahezu linearer Anstieg der Pflegefälle ab. Betrachtet man jedoch die Y-Achse des Diagramms, so werden Unterschiede hinsichtlich der Dimension dieser Effekte deutlich. Die Spanne zwischen Obergrenze (20304 Pflegefälle) und Untergrenze (14155 Pflegefälle) im Jahr 2030 beträgt 6149 Personen. Diese Werte entsprechen einer Schwankung von +17.62% beziehungsweise -18.00% des Referenzszenarios (Status Quo, Hauptvariante). Somit ist auch hier eine ausgeprägte Prognoseunsicherheit der angegebenen Zahlen zu berücksichtigen. Die Grundtendenz ist indes ersichtlich. Für den Kanton Basel-Land ist innerhalb der hier betrachteten Standorte die größte Zunahme der Pflegefälle zu erwarten.

ten. Ursächlich hierfür ist das Zusammentreffen von der Prognosen von Zuwanderung und Alterung.

Da jedoch bereits erwähnt wurde, dass für Basel-Land ein sehr deutliches Wachstum der Gesamtbevölkerung erwartet wird, müssen noch die Implikationen hinsichtlich der Versorgungslänge der Pflegebedürftigen analysiert werden.

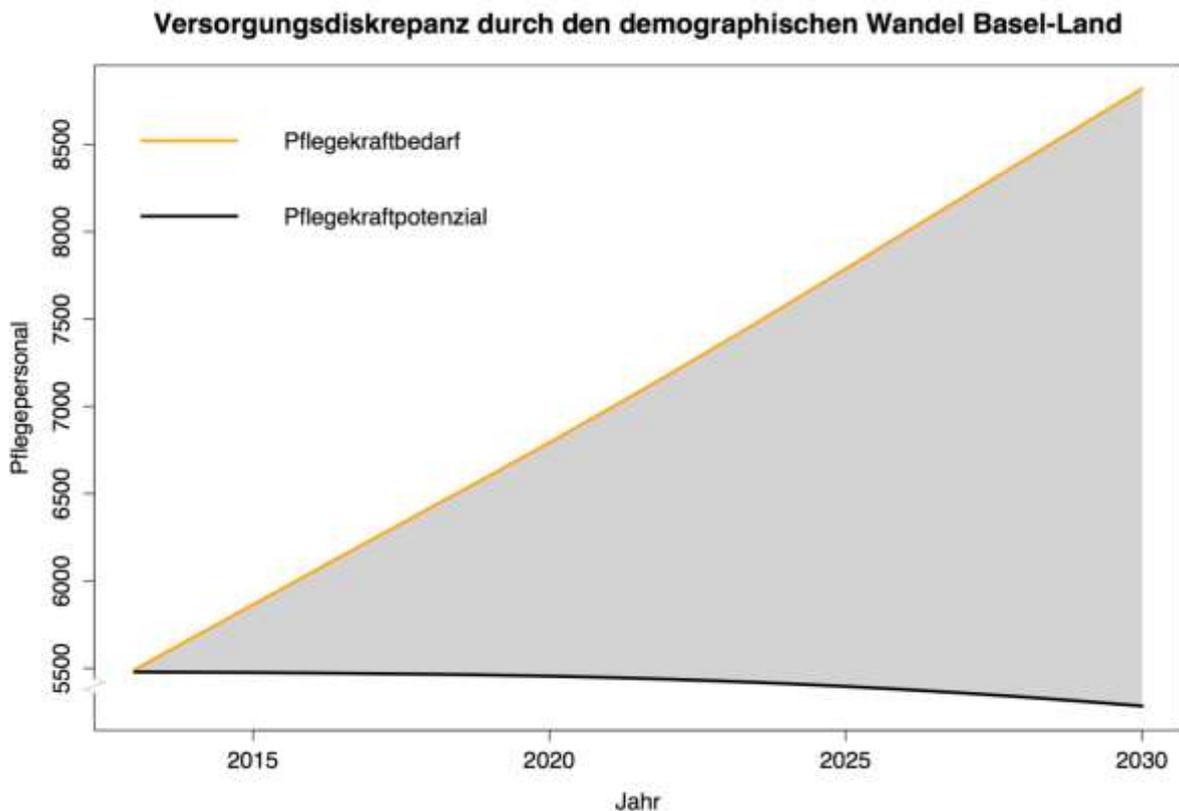


Abbildung 82: Theoretische Versorgungsdiskrepanz im Kanton Basel-Land

Die Erstellung dieser Grafik vollzog sich analog zum Vorgehen des Äquivalents in Kapitel 9.3.2. Es werden der beschriebene Versorgungsquotient und der Anteil des Pflegesektors an der erwerbsfähigen Bevölkerung determiniert. Das zugrunde liegende demographische Szenario ist erneut die Hauptvariante. Nach der Projektion dieser Zahlen in die Zukunft zeigt sich, dass die theoretische Entwicklung der Pflegekräfte fast stagnierend ist. Hier wirken die demographische Alterung und das erwartete stetige Wachstum der jüngeren Kohorten jeweils in unterschiedliche Richtung. Korrespondierend zu den zuvor dargestellten Ergebnissen für die erwartete Entwicklung des Pflegebedarfs zeichnet sich eine gravierende Versorgungslücke über den Simulationszeitraum ab. Dieser Effekt ist hier jedoch, wie bereits zuvor, ausschließlich durch die demographische Entwicklung determiniert. Vor dem Hintergrund der

Grundtendenz der Pflegebedarfsprognosen für Basel-Land scheint dennoch eine deutliche Verstärkung des regionalen Pflegesektors für die Zukunft notwendig.

7.4. INTERPRETATION UND METHODENANALYSE

Die Methodik, auf welcher die Resultate aus Kapitel 9.3 basieren, wurde bereits in Kapitel 2.6 ausführlich beschrieben. Doch wie ist sie vor dem Hintergrund der nun erlangten Erkenntnisse zu beurteilen? Wie zuvor thematisiert, ergeben sich bei der Prognose der zukünftigen Pflegesituation einige Punkte, welche bei der Interpretation berücksichtigt werden müssen. Diese sollen im Folgenden detailliert aufgeführt und erläutert werden.

Zum ersten sind die Bevölkerungsprognosen für die einzelnen Standorte zu nennen. Die zugrunde gelegte Kohorten-Komponenten-Methode ist ein gängiges Instrument der amtlichen Statistik, um Bevölkerungszusammensetzungen in die Zukunft zu projizieren. Die Komponenten, die für eine solche regionale Fortschreibung verwendet werden, sind jedoch meist Resultat einer Disaggregation ursprünglich höher aggregierter Durchschnittswerte. Die spezifischen Charakteristika des jeweiligen Standorts können im Zuge dieses Vorgehens kleinräumig kaum explizit berücksichtigt werden. Somit versteht sich nahezu jede Fortschreibung für eine Region als erwartete Durchschnittsentwicklung. Des Weiteren können unvorhergesehene Ereignisse im Projektionszeitraum auftreten, welche bei der Prognose nicht berücksichtigt wurden. Diese können jedoch enorme Implikationen auf die regionale Demographie haben. Ein Beispiel hierfür ist die aktuell auftretende Sondermigration in Europa, über die bisher keine zuverlässigen Zahlen existieren und deren Auswirkungen auf die Zukunft noch nicht absehbar sind. Bezieht man die Ergebnisse jedoch ausschließlich auf die im Basisjahr ansässige Wohnbevölkerung, so ist eine Bevölkerungsfortschreibung auf dieser Grundlage hinsichtlich ihrer Tendenz durchaus plausibel. Die hieraus abgeleiteten Implikationen behalten deshalb zumindest eingeschränkt ihre Validität.

Ein weiterer Punkt sind die in Kapitel 9.2 beschriebenen Szenarien zur Zukunft der regionalen Pflegeprävalenzen. Wie zuvor angedeutet, ist eine reliable Prognose ihrer Entwicklung statistisch sehr anspruchsvoll. Die an dieser Stelle notwendigen Methoden (Small Area Estimation, dynamische Mikrosimulationen) befinden sich teilweise noch in der Entwicklung und haben einen deutlich erhöhten Bedarf an Daten und Rechenkapazität. Sofern die notwendigen Daten zur Verfügung stehen, lohnt es sich für zukünftige größere Projekte in jedem Falle eine aufwändige und damit fein differenzierte Betrachtung durchzuführen.

Im Rahmen dieser Studie wurde bei der Berechnung der altersspezifischen Pflegequoten im Basisjahr ein modellbasiertes Vorgehen gewählt, welches ebenfalls in Kapitel 2.6 bereits erläutert wurde. Die anschließend verwendete szenarische Projektion des Pflegebedarfs bildet Trends und Interaktionen mit der erwarteten demographischen Entwicklung ab. Aufgrund

der Konstellation der Pflegeszenarien war es möglich, sehr unterschiedliche relevante Effekte und Tendenzen zu isolieren, sowie deren Implikationen auf den regionalen Pflegebedarf zu analysieren.

Darüber hinaus sind die in Kapitel 9.3 gezeigten theoretischen Entwicklungen der regionalen Versorgungsdiskrepanzen zu thematisieren. Im Laufe der Ergebnisauswertung wurde bereits angedeutet, dass es sich um eine rein demographische Fortschreibung der aktuellen Versorgungsverhältnisse (Pflegepatienten pro Beschäftigter im Pflegesektor), sowie der personellen Anteile der Pflegesektoren an der regionalen erwerbsfähigen Bevölkerung handelt. Um das zukünftige Pflegekraftpotenzial eines Standorts zu prognostizieren, müsste die erwartete sozioökonomische Entwicklung der Region sowie die Schaffung von Anreizstrukturen für Pflegeberufe zusätzlich berücksichtigt werden. Hier interagieren jedoch politische Maßnahmen sowie weitere schwer zu quantifizierenden externe Faktoren. Die Ausführungen zeigen jedoch, dass selbst bei konstanten Verhältnissen auf Grund der demographischen Änderung eine erhebliche Versorgungsdiskrepanz zu erwarten ist, die sich in den drei betrachteten Regionen unterschiedlich darstellt. Hiermit zeigt sich ein dringender Handlungsbedarf.

Referenzen ad 7.2-7.4. s. 12.2.

8. EVIDENZ FÜR HANDLUNGSFELDER

Die Identifikation von Schwachstellen und Verbesserungspotenzialen zusammen mit den Betroffenen und weiteren interessierten Personenkreisen erwies sich als wertvoller Zugang zur Bedarfslage und Versorgungssituation in der *Region* und bestätigte den Wert des partizipativen Forschungsansatzes. In diesem Kapitel wird die Evidenz, die sich aus den verschiedenen Erhebungen und Datenanalysen im Rahmen des Projekts ergibt, zusammengeführt mit dem Wissen aus der Literatur zu einem Aufzeigen von Handlungsfeldern und deren Beschreibung, aus denen sich die Eckpunkte für Initiativen und/ oder Einzelaktivitäten ableiten. Die Präzision der Identifikation von Problemzonen und deren Übereinstimmung, dargelegt aus ganz unterschiedlichen Perspektiven - in den Experteninterviews, deren kommunikativer Validierung wie auch in der Online-Erhebung - lassen auf eine allgemeinere Gültigkeit der Resultate schließen.

Empfehlungen zur Umsetzung werden in den nachfolgenden Kapiteln *Diskussion* und *Schlussfolgerungen* vorgestellt und diskutiert.

8.1. ÜBERSICHT

Die Untersuchungen waren auf zwei zentrale Fragestellungen ausgerichtet, einmal die Erhaltung und Finanzierbarkeit von qualitativ hochwertiger bedarfsgerechter und wertschätzender Pflege vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und zum anderen auf die Ausrichtung der zukünftigen Versorgung an den Bedarfen der Betroffenen, derjenigen, die der Pflege bedürfen, derjenigen, die Pflege in unterschiedlichem Rahmen (z.B. ambulant-professionell, Laienpflege, stationär) leisten, mit einem Fokus auf besonderen Betreuungsbedarf und die informelle Pflege, über die noch viel zu wenig gewusst wird.

Darin sind folgende Fragen beinhaltet:

- Wie kann die Pflegearbeit in einer Region zukunftsfähig und gesamtgesellschaftlich verteilt ausgerichtet werden?
- Wie können Pflegende entlastet werden und die private Pflegearbeit unterstützt verringert werden?

Aus den in den vorangehenden Kapiteln dargestellten Ergebnissen unterschiedlicher Erhebungen und sollen Antworten abgeleitet werden.

- In Zusammenschau der Ergebnisse und den in der Forschungsliteratur niedergelegten Erkenntnissen ergibt sich für verschieden Bereiche der Beleg, dass hier (und in welche Richtung) Handlungsbedarf besteht. Sie werden im Folgenden als Handlungsfelder aufgegriffen.
- Insbesondere das Anliegen, die Bedarfe und Sichtweisen von Betroffenen in die zukünftige Ausgestaltung von Pflege einzubringen, schlägt sich in der nachfolgenden Darstellung der Handlungsfelder nieder.

Mit der Übernahme einer Pflegeverpflichtung entsteht eine neue Situation, die in der Regel ein Einfinden erfordert. Angesichts des komplexen, erst mit der Zeit erfolgenden **Identifikationsprozess als Pflegeperson**, den eine Person durchläuft⁸¹, stehen am Anfang eher unbewusste Verhaltensänderungen. Es benötigt Zeit, um sich der Position als pflegende Person bewusst zu werden und diese Position Teil der eigenen Identität werden zu lassen. O'Connor nennt als Gründe hierfür die, durch die Umstände bedingt, zumeist mangelnde Zeit zur Reflektion über die Veränderungen, aber auch innere Widerstände e.g. gegen das Eingeständnis, dass die Beziehung zur gepflegten Person zunehmend an Gegenseitigkeit verliert. Erst nach Reflexion der besonderen Situation jedoch eröffnen sich für die Pflegenden Möglichkeiten, bewusst auch formelle Anpassungen z.B. im Berufsleben vorzunehmen. Unterstützung in diesem Prozess ist oft weitstreckig nicht gegeben – dies unterstreichen Interviewaussagen auch in dieser Untersuchung.

- Hilfreich könnten in solchen Situationen medizinisches Personal, Pflegestützpunkte oder professionelle Dienste, aber auch sozialmedizinische Gutachterdienste sein.

Infolge einer Pflegeverpflichtung verknappt sich das Zeitbudget, das für andere Aktivitäten zur Verfügung steht. Es kommt zu Konkurrenzsituationen zwischen den verschiedenen Beanspruchungen bzw. Anspruch stellenden Personen, auch innerfamiliär oder zwischen verschiedenen sozialen Bereichen. Hinsichtlich der Zeitverwendung betreffen große Teile der resultierenden Verhaltensänderungen ein gegebenenfalls bestehendes Berufsleben nicht direkt^{16,82}. Es ergibt sich eine Verkürzung der Freizeit. Pflegende Angehörige schränken immer weitergehend ihre Freizeitaktivitäten, darunter auch ehrenamtliche Arbeit oder Unterhaltung privater Kontakte zugunsten der Pflgetätigkeit ein.

Die dringlichsten Themen sind im Einzelnen ausgeführt, abschließend zusammengeführt in **Übersichtstabellen** zu den Maßnahmen und deren Adressaten. Da sich die **Handlungsfelder** überschneiden, sind verschiedene Maßnahmen in mehreren Übersichten vertreten. Zusätzlich wurden Vorschläge und Eckpunkte für **Initiativen** entwickelt, die Aktionen bündeln, um ein Handlungsfeld gezielt anzugehen.

8.2. BESONDERE BETROFFENHEIT DER FRAUEN UND DIE KONSEQUENZEN

Pflege ist ohne pflegende Angehörige im deutschsprachigen Raum nicht leistbar. Zukunftsfähige Konzepte erfordern daher auch die strukturierte Stützung und Sicherung der in die häusliche Pflege insbesondere eingebundenen pflegenden Frauen.

Die Studie widmet sich in besonderem Maß dem Bereich der **sogenannten informellen Pflege**. In diesem Kontext kommt Frauen in Pflegeverantwortung eine Bedeutung zu, deren Ausmaß weder ausreichend verstanden noch definiert ist. Die Untersuchung versteht sich daher auch als Beitrag zu einer Ortsbestimmung aus Situations- und Problemdarstellung, der Forschungs- und Regelungsbedarf aufzeigt und gleichzeitig versucht - mit angesichts der **Mehrdimensionalität** gebotener Zurückhaltung und Vorsicht - aus der Zusammenschau der Entwicklungen sich abzeichnende Optionen und /oder Bedarfe für Lösungsansätze aufzuzeigen. Mit diesem Kapitel wird auch den Forschungsfragen „Wer pflegt und gibt es Geschlechterdifferenzen?“ nachgegangen und die Ergebnisse aus Literatur-

recherchen, Interviews, Online-Erhebungen und Datenanalysen dazu gebündelt dargestellt. Für Deutschland stellt § 8 SGB XI die Pflegeverpflichtung in den gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang. Wenn man die Situation von Frauen in Bezug auf Pflege und Pflegeverantwortung in den Blick nimmt, gilt es insbesondere zu beleuchten, in wieweit sich darin (bezogen auf Deutschland) die grundlegende Maßgabe der deutschen Sozialgesetzgebung widerspiegelt.

Eine Untersuchung in der Schweiz hat verschiedene Regionen miteinander verglichen zum Umfang, in dem Männer und Frauen in der häuslichen Pflege engagiert sind.⁸³ Weit überwiegen die Frauen, bei Männern zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede, in welchem Umfang und für welche Personengruppe (z.B. Eltern, Ehefrau/Partner) eine Pflege übernommen wird. Diese Genderunterschiede weisen aus, wie sehr Pflege mit gesellschaftlichen Traditionen und Ansprüchen verknüpft ist. Dies verhält sich in der Grenzregion Lörrach-Basel nicht anders.

Oft über viele Jahre infolge stellen insbesondere Frauen die Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger im häuslichen Kontext sicher. Man diskutiert derzeit eine durchschnittliche Pflegedauer zwischen 2 und 8 Jahre^{84,85,86}. Wenn Frauen somit eine zentrale Säule in der gesellschaftlichen Pflegeverantwortung darstellen, dann interessieren einmal deren Stabilität und mit Blick auf die Zukunft Strömungen bzw. Entwicklungen, die diese Stabilität infrage stellen könnten. In Tabelle 22 sind die sich abzeichnenden interferierende Komponenten¹⁷ zusammengestellt:

- Entwicklung der Altersstruktur in der Gesellschaft
- Anteil von Männern und Frauen (Male-Female-Ratio) in unterschiedlichen Altersgruppen
- Entwicklung der finanziellen Rahmenbedingungen für die Pflege
- Entwicklung der finanziellen Rahmenbedingungen für die pflegenden Personen (auch Berufseinnahmen, Einkommenssituation des gesamten in die Pflegeverpflichtung eingebundenen sozialen Settings, Altersversorgung u.a.)
- Berufsbindung von Frauen
- Werthaltungen in der Gesellschaft zur Thematik
- Individualisierende Zuschreibung von Pflegeverantwortung

Tabelle 22: Gesellschaftliche Komponenten mit Auswirkung auf die Stabilität des Sektors häusliche Pflege

8.2.1. VEREINBARKEIT VON PFLEGEVERPFLICHTUNG UND BERUFSTÄTIGKEIT

73% der pflegenden Angehörigen *im erwerbsfähigen Alter* sind in Deutschland Frauen. Ihr Anteil an den Nichterwerbstätigen beläuft sich auf 45%⁷, das sind 15% mehr als in der Gesamtbevölkerung und 10% mehr als unter allen Frauen.^{87, 88} Einer repräsentativen Befragung zu Folge sind in Deutschland 83 % der Hauptpflegepersonen weiblich⁸⁹. Daraus resultiert eine besondere Notwendigkeit, die **geschlechtsspezifischen Dimensionen informeller Pflegearrangements** zu beleuchten und dabei Lebens- und Arbeitswelt einzubeziehen, denn immer mehr Frauen entscheiden sich aus sehr unterschiedlichen Gründen für die Beibehaltung von Erwerbstätigkeit während der Übernahme einer häuslichen Pflegeverpflichtung.⁹⁰ Aus dem Abschlussbericht der Studie Swiss Age Care (2010) sind Details zur beruflichen Situation pflegender Töchter bekannt. Etwa ein Viertel war nicht berufstätig (27%), 57% mussten mit reduziertem Deputat arbeiten (durchschnittliche Stundenzahl 27,3, SD 13,3), 16% mussten den Job aufgeben und konnten nicht mehr berufstätig sein, 3% mussten eine andere Arbeit suchen. Lediglich 24% der weiterhin Berufstätigen berichteten, keine Einschränkung der Arbeitstätigkeit vorgenommen zu haben.

Nach einer anfänglichen Phase der Selbstorientierung folgt in der Regel eine **informelle Modifikation** im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten einer beruflichen Situation als erste Antwort, dann häufig der Wechsel in eine mit Pflegeverpflichtung vereinbare Tätigkeit. Insbesondere Führungspositionen sind in der Regel nicht mit Pflegeverpflichtung vereinbar. Oft folgen Berufsausstieg oder Modifikation der beruflichen Situation in eine ungünstigere Arbeitsposition, die dann nicht mehr umkehrbar sind. Dies gilt insbesondere für Frauen mit einer weniger herausgehobenen Berufsbildung.¹⁷ Ist bei Frauen Langzeitarbeitslosigkeit infolge einer Pflegeverpflichtung aufgetreten, gilt dies nach amtlichen Statistiken in Deutschland als prädiktiver Faktor für eine Frühberentung, die insgesamt bei Frauen häufiger ist.

Gleichzeitig ist bekannt, dass in vielen Fällen das Anliegen besteht, die Arbeitstätigkeit aufrecht zu erhalten werden soll. Dafür haben die Pflegenden ganz unterschiedliche Gründe. Zu diesen zählen die finanzielle Belastung durch die Pflegeverpflichtung, aber auch andere Anliegen, wie der Wunsch nach Aufrechterhaltung einer gewissen „Normalität“ und von sozialen Kontakten, die gerade im Rahmen einer sich verdichtenden Pflegeverpflichtung nicht selten fast völlig zusammenbrechen.

Davon berichten auch die Erhebungen dieser Untersuchung.

Die häuslich Pflegenden wählen mit der Sorgeverpflichtung vereinbare Arbeitsplätze. Solche die mehr Flexibilität bieten, begünstigen die Aufrechterhaltung einer Berufsbindung, wie die Antworten aus der Online-Erhebung, aber auch übereinstimmend die einschlägige Literatur und Äußerungen in den Interviews belegen. Hier zeichnen sich konkrete Unterstützungsmöglichkeiten ab (s.u.).

8.2.2. FRAUEN PFLEGEN FRÜHER, LÄNGER, ANDERS

Wenngleich geschlechtsspezifische Zuständigkeiten entsprechend der Konzeption des gender mainstreaming immer mehr in den Hintergrund treten und in Arbeits- und Lebenswelt zunehmend eine geringere Rolle spielen sollen, scheint die Pflegerealität diesen Anspruch (noch) nicht widerzuspiegeln. „Familienfreundlichkeit“ als Anspruch in Betrieben oder Verwaltungen beginnt nur langsam über die familiären Aufgaben für die Erziehung von Kindern hinaus⁹¹ auch den Blick auf Pflegeverpflichtungen als Maßstab zu richten und in Zertifizierungsgepflogenheiten Eingang finden zu lassen.

In der Schweiz geben Frauen, insbesondere zwischen 40 und 64 Jahren, einen deutlich größeren Zeitaufwand für die informelle Pflege an als Männer⁹². Vergleicht man die Altersgruppenanteile von pflegenden Frauen und Männern auf der Basis von SOEP-Daten der Jahre 2001-2009 (Angaben in %, alle pflegenden Frauen=100, alle pflegenden Männer=100), so ist ersichtlich, dass Frauen bereits in früheren Lebensphasen pflegen: In der Altersgruppe 17 bis 19 Jahre sind es 2,5% Frauen vs. 1,8% Männer, der Frauenanteil nimmt rasch zu, in der Altersgruppe 40 bis 44 Jahre sind es bereits zwei Drittel Frauen, die pflegen, den höchsten Anteil an pflegenden Frauen erreicht die Altersgruppe 50 bis 54 Jahre (11,5% Frauen versus 5,2% Männer). Erst ab der Altersgruppe 75-79 und höher überwiegt der Anteil der Männer. In der Altersgruppe 75-79 sind es 8,9% Männer versus 5,4% Frauen, die pflegen.⁹³

Die Übernahme von informeller Pflegeverpflichtung trifft Frauen demnach in Phasen des Lebenswegs, die stärker als bei den Männern, *die Lebenskonzept- und Karrieregestaltung beeinflussen*: so

die jungen Jahre, die der grundlegenden Orientierung dienen und das mittlere Lebensalter, bei dem wiederum Weichenstellungen anstehen: Ausmaß, Art und Dauer der Erwerbstätigkeit etwa, wobei nach derzeitiger Situation gleichzeitig in diese Phase auch besondere Probleme am Arbeitsmarkt für viele Frauen in dieser Altersgruppe fallen.

Unterschiedliche Gestaltung von Pflege, wenn sie von Frauen oder Männern geleistet wird, fordert zum Nachdenken über die Ursachen auf: Männer in Pflegeverantwortung nehmen häufiger Unterstützungsangebote in Anspruch als pflegende Frauen.⁹⁴ Neben möglichen Erklärungen wie Unterschiede in Sozialisation oder Selbstanspruch, die dafür herangezogen werden, sollte insbesondere die Ebene zur Verfügung stehender finanzieller Ressourcen zum Einkauf von Supportleistungen nicht außer Acht bleiben, die sich in Zeiten der zunehmenden Armutsgefährdung älterer Frauen mit Brisanz präsentiert.

8.2.3. GESUNDHEITLICHE FOLGEN

Konsequenzen für das gesundheitliche Wohlergehen der Pflegenden selbst haben Auswirkungen auf die Gesellschaft über die Einflussnahme auf die Beteiligung in Erwerbsarbeit hinaus. Den gesundheitlichen Folgen kommt insgesamt wenig Aufmerksamkeit zu, auch in der Forschung.

Pflegeverpflichtung bringt körperliche und seelische Belastungen mit sich. Gleichzeitig kumulieren gesundheitliche und soziale Beeinträchtigungen.⁹⁵ Häufig wird die **Erholungszeit** von informell pflegenden Berufstätigen, sei es in Form von täglicher Freizeit oder Urlaubstagen, der Pflgetätigkeit gewidmet, wie die Literatur durchgängig zeigt (exemplarisch¹⁶). Ebenso gut dokumentiert ist der Verlust (von günstigenfalls nur Teilen) des sozialen Netzwerks. In diesem Kontext schreiben einzelne Autoren informellen Pflegepersonen eine höhere körperliche und psychische Krankheitsneigung sowie eine weniger gesunde Lebensweise zu (exemplarisch⁹⁶). Andere betonen eine **geringe Selbstsorge** in der Pflegesituation.

Die im Rahmen dieser Untersuchung vorgenommenen Experteninterviews aber beispielsweise auch in anderem Zusammen geführte Interviews mit pflegenden Töchtern und Ehefrauen⁹⁷ geben Einblicke in die Individualität und Bandbreite von häuslicher Pflegeverantwortung und lassen das breite Spektrum subjektiven Belastungserlebens erkennen. Der Rückgriff auf die qualitative Methodik problemzentrierter Interviews exemplifiziert das letztlich geringe Wissen über diesen Bereich. Die Inhalte der Interviews dokumentieren den Alltag, benennen die fehlende (auch oft ärztliche) Unterstützung, den Schmerz der Rollenumkehr, sprechen von aufgegebenen Zukunftsplänen und Ängsten das eigene Alter betreffend. Die hier exemplarisch zu Wort kommenden Pflegenden sind Beispiel dafür, dass Hilfe von außen selten vorhanden ist und auch nicht immer (aus verschiedensten, noch zu diskutierenden Gründen) in Anspruch genommen wird.

Die Inhalte korrespondieren zu Ergebnissen aus einer Befragung von Schneekloth und Wahl⁸⁹: 42% der befragten Hauptpflegepersonen geben an, „eher stark belastet“, 41% der befragten Hauptpflegepersonen „sehr stark belastet“ zu sein, 68% fühlen sich körperlich als auch seelisch belastet.

Die europäische Vergleichsstudie EUROFAMCARE 2003-2005⁹⁸ zum Thema „Unterstützung und Entlastung älterer Menschen“ unternahm eine Befragung von Angehörigen in sechs europäi-

schen Ländern. Auf Fragen u.a. danach, was die Pflegenden sich in ihrer Situation wünschen, wurden vorrangig

- Erholung
- Auszeit
- kompetente Ansprechpartner
- Information
- Beratung

benannt. Sie markieren Felder, denen in den Antworten aus der Region sehr hoher Stellenwert beimessen wurde und die bei der Planung von Unterstützung entsprechende Beachtung finden sollten.

- Ansatzpunkte dafür bieten die Informationsangebote der beratenden Einrichtungen ebenso wie ein erweiterter Anspruch an das Pflege-Assessments durch sozialmedizinische Begutachtungsdienste, ärztliche Gutachter_innen und die Hausärzteschaft.⁹⁹
- Information als Mittel des Zugangs zur Versorgung zählt zu den immer stärker in den Vordergrund rückenden Bedarfen und erfordert erweiterte Konzepte (s.u.).

Menschen in Pflegeverpflichtungen, insbesondere wenn gleichzeitig berufstätig, können diese Aufgaben nur in einem sehr straff organisierten Tagesablauf vereinbaren. Die Begrifflichkeit „Vereinbarkeit zwischen Beruf und Familie“ suggeriert, dass eine **Balance** zwischen den Notwendigkeiten und Anforderungen gleichberechtigter Arbeitsbereiche hergestellt werden kann¹⁰⁰. Wenn sich der Alltag einer pflegenden Angehörigen jedoch anders darstellt, was insbesondere bei Frauen in einer zusätzlichen gesamtfamiliären Beanspruchungssituation der Fall sein kann, wird die Ursache dafür häufig im persönlichen Verhalten gesucht und entsprechend durch persönliche Leistung auszugleichen versucht. Diese Individualisierung der Problematik kann zu Konflikten und **extremen Belastungssituationen** führen, bis hin zu einem „Burnout“ als besonders bedrohliche Variante der Folgen.¹⁰¹ Auch eine höhere Mortalität und Depressionsneigung bei informellen Pflegepersonen ist beschrieben.¹⁰²

Der aktuell häufig und sehr unterschiedlich angewandte Begriff „Burnout“ bedarf auch im Kontext von Menschen in Pflegeverantwortung eines differenzierten Gebrauchs und lässt zunächst keine raschen Schlüsse auf die Betroffenheit des einen oder anderen Geschlechts zu. Zuvorderst scheint weiterer Forschungsbedarf gegeben, um auf der Basis standardisierter Definitionen zu belastbaren Differenzierungen zu kommen.¹⁰³ In den grundlegenden Arbeiten wird das Burnout-Syndrom als Reaktion auf chronische Stressoren im Beruf beschrieben und als das Nachlassen von Kräften oder Erschöpfung durch übermäßige Beanspruchung der eigenen Energie, Kräfte oder Ressourcen verstanden¹⁰⁴. Besonders betroffen gelten Personen bzw. Berufsgruppen, die es mit Menschen als Patient_innen/ Klient_innen/ zu Betreuende zu tun haben, die sich in emotional belastenden Situationen befinden¹⁰⁵. Eine hohe psychische Belastung besteht nach Untersuchungen für professionell Pflegenden in der stationären Langzeitpflege, was auf eine entsprechende Belastung in der informellen Langzeitpflege schließen lässt. Der Maslach Burnout Inventory in der Version Human Service Survey (MBI-HSS) unterscheidet drei Subskalen: emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit. 21,7% der Befragten in der o.g. Untersuchung zeigten Zeichen einer hohen emotionalen Erschöpfung, 76,9% der Befragten waren durch Depersonalisierung belastet, aller-

dings von eher niedriger Ausprägung auf der Skala, 23,3 % der Befragten waren in hohem Maß durch reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt.¹⁰⁶

Was kennzeichnet familiär Pflegenden?

- Starke Überlastung/ Doppelbelastung in beiden Systemen
- Kaum Inanspruchnahme von Hilfeleistungen
- Tendenziell geringer Wissenstand über mögliche Hilfsangebote

Diese Fremdeinschätzung findet sich in den Antworten von professionell Beratenden (Interviewkategorie „*Profil Pflegenden aus Sicht der Beratenden*“).

Gleichzeitig wird den Angehörigen eine besonders wichtige Bedeutung beigemessen:

- ▶ *„Aber gerade so pflegende Angehörige, die viel auffangen, also es ist ja, eigentlich ist das ja der größte Pflegedienst Deutschlands.“ (D)*

Die bisher eher wenigen Studien weisen in die Richtung, dass die Bedeutung psychosozialer Komponenten gerade bei Erkrankungen von Frauen, die unter einer familiären und beruflichen Doppelbelastung stehen, weit unterschätzt wird. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels werden es immer mehr Frauen, die eine häusliche Pflege und eine Erwerbstätigkeit zu verbinden versuchen, oft auch zusätzlich die Betreuung von Kindern. Man spricht von der „**Sandwich - Generation**“. Die psychologische Forschung geht Bewältigungsstrategien nach. Doch nach wie vor ist diese wie jede Care_Situation geprägt von der mühsamen, individuellen Suche nach Lösungswegen und Coping-Strategien.

Wir haben in der Erhebung u.a. gefragt, ob die Betroffenen infolge der Pflegeaufgaben gesundheitliche Probleme bei sich beobachtet haben und ggfs. welche. **Herzprobleme** standen an 7. Stelle der am häufigsten genannten gesundheitlichen Probleme, nach **Schlafstörungen**, **Konzentrationsstörungen** und **Ängsten**. Von allen diesen weiß man, dass sie sich in somatischen (körperliche) Krankheitsbildern manifestieren können. Andererseits ist die in zweiter Position genannte Rückenproblematik besonders **oft durch psychosoziale Belastungen** überlagert.

Es besteht in diesem Bereich eindeutig Forschungsbedarf – aber auch eine Sensibilisierung in den Gesundheitsberufen. Solche Zusammenhänge sollten **frühzeitig** im Rahmen einer Arzt-Patientenbeziehung **erkannt** werden, so dass der Kontext einer Sorgeverpflichtung (als soziale Determinante von Gesundheit) als Einflussfaktor in Rechnung gestellt und in therapeutische Konzepte einbezogen werden kann¹⁰⁷. Doch leider **sprechen** die wenigsten Betroffenen von sich aus darüber, das war in dieser Studie auch zu erfahren – am ehesten noch mit dem Hausarzt/ der Hausärztin, aber kaum mit dem Facharzt/ der Fachärztin und schon gar **nicht** im Krankenhaus.

Auch aus anderen Studien, die in verschiedenen europäischen Ländern durchgeführt wurden (z.B. die *europäische Vergleichsstudie EUROFAMCARE zum Thema Unterstützung und Entlastung älterer Menschen unternahm eine Befragung von Angehörigen in sechs europäischen Ländern*⁹⁹), weiß man,

dass in Sorgeverpflichtungen die eigene Gesundheit vielfach hintangestellt wird und häuslich in Pflegeverpflichtung eingebundene Personen einen schlechteren Gesundheitsstatus haben. In unserer Untersuchung zeigte sich etwa, dass 6 von 10 Betroffenen selbst dringliche **Arzttermine aufschieben**, etwa die Hälfte **Vorsorgemaßnahmen nicht** im gewollten Umfang wahrnimmt. Dies weist auf eine zukünftige gesundheitliche Gefährdung hin und unterstreicht, wie **wichtig Prävention im Zusammenhang mit Care-Situationen** ist. Beachtenswert ist in diesem Zusammenhang, dass aus der Gruppe der Pflegebedürftigen auf den Präventions- und Rehabilitationsbedarf von Pflegenden hingewiesen wird! Gleichzeitig weisen alle Erhebungen im Rahmen dieser Untersuchung aus, dass im Bereich Prävention für diese Zielgruppe wenig vorhanden, noch weniger bekannt und genutzt ist. Hier zeichnet sich ein Circulus vitiosus ab, da den Pflegenden bereits die Freiräume zur Inanspruchnahme fehlen. Zu etablierende Präventionsprogramme sind *auch* gefordert, diesen zu unterbrechen.

Die nachstehenden Zitate aus der Online-Erhebung, beigetragen aus der Gruppe Pflegender (fast ausschließlich Frauen), veranschaulichen das Ausmaß und die Regelmäßigkeit:

- *„eigenes Sportprogramm reduziert, weniger Zeit für mich selbst“*
- *„Man stellt sich hinten an bzw. durch die Mehrarbeit ist auch weniger Zeit für einem selber.“*
- *„viel zu wenig Schlaf, fast keine schönen Unternehmungen die Energie und Lebensfreude fördern und zurückbringen, keine Zeit zur inneren Ruhe zu kommen“*
- *„fast keine Möglichkeit ... Vorsorge und Fürsorge für den eigenen Körper, soziale Kontakte verkümmern“*
- *„massive Schlafstörungen, Schlafmangel, kann nicht abschalten“*

Die Zeit danach

Wie selbstverständlich ist nach Entfallen einer Pflegeverantwortung die unmittelbare Rückkehr zur „Normalität“ - im beruflichen wie lebensweltlich-sozialen Kontext - erwartet. Dass auch dieses Zurückkehren ein prozesshaftes Erleben und Geschehen für die Betroffenen ist, in vielen Fällen noch geprägt von Elementen einer Trauerarbeit, wird zu oft vergessen. Die Zeit danach gestaltet sich daher zu einer weiteren Herausforderung, Belastung und möglicherweise negative Weichenstellung für das vormals pflegende Kollektiv. Ungünstiger Weise gehört dieser Lebensabschnitt von informell Pflegenden gleichzeitig zu den Phasen, die am wenigsten erforscht ist. Es mehren sich jedoch die Hinweise, dass sich neben den Risiken für die einzelne Pflegende auch gesamtgesellschaftliche, sowohl den Ansatz gesundheitlicher Chancengleichheit der Geschlechter als auch die Gesundheit der Bevölkerung betreffende Risiken auftun. In gesundheitlicher Hinsicht weist das Phänomen „Sekundärpatient“ auf die Problemlage(n) hin. Ein anderes Feld lässt sich in der Summe als *soziale Dislokation* beschreiben.

Sekundärpatient_in

Der Versuch, sowohl der Rolle der informell pflegenden Person als auch jener des/der Arbeitnehmers/Arbeitnehmerin und gegebenenfalls weiteren Rollen in Familie und Beziehung gerecht zu werden, führt zu besonderen (gesundheitlichen und emotionalen) Belastungen und Stress, was sich über die Zeit negativ auf die Gesundheit auswirken kann.¹⁰⁸ In der Pflegeverpflichtung überwiegt die geringe Selbstsorge (s.o.). Oftmals erst nachdem eine Person ihre Pfllegetätigkeit, etwa aufgrund des Verschiedens der gepflegten Person, eingestellt hat, wird sie zu einem „Sekundärpatienten“ / einer „Sekundärpatientin“.¹⁰⁹ Dieser Begriff bezeichnet eine Person, die aufgrund der Folgeschäden der langfristigen Überbeanspruchung im Zuge der informellen Pflege selbst krank bzw. betreuungsbe-

dürftig wird. Viel zu wenig haben solche Phänomene bisher Eingang in das Wissen seitens der Gesundheitsberufe und in die Versorgungspraxis gefunden. Auch verbleibt erheblicher Forschungsbedarf.

Ambulante und stationäre Rehabilitationskonzepte, zugeschnitten auf diese vulnerable Gruppe, stehen aus (und dringlich an), als mögliche systematisierte Antwort, um Weichenstellungen in Richtung längerfristiger Ausfälle, den Übergang in eine eigene Langzeit-Patientinnenkarriere und ein sekundäres Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, möglicherweise in eine **Frühberentung**, in dieser sensiblen Phase entgegenzuwirken. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes befasst sich für Deutschland in ihrem Themenheft 30 (2006) mit der Thematik "Gesundheitsbedingte Frühberentung". Frauen weisen demnach gegenüber Männern in den alten Bundesländern ein erhöhtes Frühberentungsrisiko auf. Bei Frauen trugen neben Neubildungen besonders psychische Erkrankungen in zunehmendem Maß zu den Diagnosen bei Rentenzugang bei.

Frauen als Pflegebedürftige

Frauen weisen etwa ab dem 80. Lebensjahr eine deutlich höhere Pflegequote auf.¹¹⁰ **Ältere Frauen leben häufiger alleine.** Daher wird die besondere Betroffenheit von Frauen in diesem Bereich im nachstehenden Kapitel und im Zusammenhang mit der Situation Alleinlebender aufgegriffen.

8.2.4. FINANZIELLE FOLGEN, (ALTERS)ARMUT

Frauen in häuslicher Pflegeverantwortung erleiden mehrfach gesellschaftliche Benachteiligungen

- durch entgehende Sozialleistungen,
- Einbußen an finanziellen und gesundheitlichen Ressourcen und
- an Erwerbstätigkeit gebundenem Sozialprestige.

Die betroffenen Frauen ändern oder verlassen ihre berufliche Situation.

- Dies zeigen auch die Antworten aus der Region – und bedeuten ein Warnsignal für **Arbeitsmarkt und Kompetenzerhalt in der Region** gleichermaßen.

Die finanzielle Lage dieser Frauen, die sich der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe stellen, ist in die Zukunft hinein nicht dahingehend geregelt, dass Einbußen vermieden würden, was auskömmliches Einkommen im Alter sichern könnte. Vielmehr geht vielfach der persönliche soziale Status verloren bzw. verschlechtert sich. Die Auswirkungen einer alternden Gesellschaft (ageing society), gepaart mit Anzeichen, dass Altersarmut und infolge einer sich ändernden Familienstruktur (mehr Einpersonenhaushalte) die Isolation zunehmen, betreffen Frauen in vieler Hinsicht stärker als Männer¹¹¹:

Pflegeverpflichtungen können Auswirkungen auf den Karriereweg haben¹⁶. Die völlige Aufgabe der Berufstätigkeit ist gerade bei einem umfassenden und hohen Pflegebedarf ein Schritt, zu dem sich in erster Linie Frauen entscheiden.¹¹² Hinzu kommt, dass die Übernahme einer Pflegeverpflichtung eher

die mittleren Altersgruppen von Frauen betrifft. Daraus entstehen für diese Frauen erhebliche Einbußen hinsichtlich Karriere und Einkommen¹¹³ sowie in Bezug auf Urlaubs- und **Rentenansprüche**^{113,o}.

Auf die Frage, was gesellschaftliche Wertschätzung für Pflegende bedeuten würden, nannten insbesondere von Pflegesituationen Betroffene eine Berücksichtigung in Rentenansprüchen. Es würde in der Tat den **gesamtgesellschaftlichen Charakter von Pflegeaufgaben** betonen und ein wichtiger (und nötiger) Schritt sein, diesem besser gerecht zu werden.

Neben Erwerbslosen zählen ältere Frauen und allein erziehende Frauen beispielsweise zu den in Baden-Württemberg am stärksten von Armut betroffenen Bevölkerungsgruppen: **armutsgefährdet sind 16,8 % der Frauen über 65 Jahre**¹¹⁴.

- In der Zusammenschau bedeutet dies, dass ein abnehmendes Kapital an sozialen und finanziellen Ressourcen für immer größere Teile der Bevölkerung angenommen werden muss. Auf die Notwendigkeit der Anpassung von Dienstleistungen, Handlungsempfehlungen und Leistungsangebot an die neue Bedarfslage weisen nicht zuletzt die zunehmenden Anstrengungen von e.g. Kommunen zum Umgang mit dem Demographischen Wandel in der Gesellschaft durch strukturierte Handhabungskonzepten (Demographic Change Management) hin.
- Auch die Möglichkeit des Einkaufs von Unterstützungsleistungen und die Erreichbarkeit von Support ist aus diesem Blickwinkel neu zu prüfen und Entwicklungen Rechnung zu tragen, dass einem zunehmenden Personenkreis, darunter zunächst älteren Frauen, aus eigener Anstrengung aufgrund der sozialen und/oder finanziellen Situation der **Zugang zu ambulanten professionellen Unterstützungsangeboten nicht (mehr) möglich sein wird.**

In die dargestellten Entwicklungen werden auch Frauen einbezogen sein, die derzeit Pflegeverantwortung übernommen haben, aufgrund der verschiedenen gesellschaftlichen Strömungen jedoch möglicherweise **nicht mehr** auf Leistungen nach dem heutigen Verständnis informeller Pflege zurückgreifen werden können – nicht zuletzt aufgrund einer bei diesen Frauen dann nicht mehr ausreichenden **persönlichen Finanzkraft**.¹¹⁵ Zusammengenommen mit den noch näher auszuführenden Erkenntnissen zur Entwicklung von Einpersonenhaushalten und dem Armutsrisiko in der älteren weiblichen Bevölkerung, skizzieren alle diese Ergebnisse und Schätzungen ein zunehmendes Prekariat für einen größer werdenden Anteil von den Frauen in der Gesellschaft.

8.3. IMPLIKATIONEN FÜR HAUSHALTE MIT PFLEGEVERPFLICHTUNG

- „...wem werde ich wie gerecht (Sohn, Mutter, Freund) und nicht zuletzt mir und übrigen Freundeskreis“.

^o Am Ende einer noch nicht abgeschlossenen Entwicklung in Deutschland wird ein Durchschnittsverdiener nach 35 Beitragsjahren einen Rentenanspruch haben, der die Höhe dieser Grundsicherung nicht übersteigt. Unterbrochene Berufskarrieren, Zeiten von Kindererziehung und Angehörigenpflege, lassen **viele Frauen in Deutschland diese Anzahl an Berufsjahren nicht einmal erreichen.**

Dieses Zitat aus einer der Stellungnahmen im Rahmen der regionalen Online-Erhebung eröffnet den Blick auf die Mitbetroffenheit des gesamten Umfelds einer Pflegesituation.

Dies gilt in zeitlicher Hinsicht, mit Blick auf die persönliche Zuwendung, aber auch für finanzielle Belange.

Pflegende Angehörige sind in den verschiedenen deutschsprachigen Ländern unterschiedlich positioniert (gesetzliche Pflegeversicherung, privatwirtschaftliche Lösungen). Die (nicht nur finanziellen) Belastungen durch die Pflege sind hoch. Die gesetzliche Pflegeversicherung in Deutschland deckt nur einen Anteil der anfallenden Kosten. Dies gilt insbesondere für Unterstützungs- und Pflegeleistungen im häuslichen Rahmen. Auch in der Schweiz müssen hierfür insbesondere die privaten Finanzen der betroffenen Haushalte eintreten.⁵ Pflegenden Angehörigen drohen, ebenso wie den zu Pflegenden selbst, Einbußen - immer häufiger bis hin zur Armut - und soziale Exklusion, insbesondere wenn die Berufstätigkeit aufgrund der Pflegeaufgaben nicht fortgesetzt werden kann.

Ein Pflegefall in der Familie führt nicht selten zu spürbaren zusätzlichen finanziellen Belastungen.

- ▶ *„Mit Staubsauger und Putzlappen und so weiter. Und das kostet mich einfach fünf- bis sechshundert Franken im Monat.“(SB4P;16)*

Die Zuschüsse aus der Pflegeversicherung reichen für die anfallenden Ausgaben oft nicht aus¹¹⁶. In die Antwort auf eine anstehende Sorgeverpflichtung gehen jedoch prägend die Rahmenbedingungen, auch finanzieller Art, mit ein¹¹⁷, ebenso in die zukünftige Bereitschaft zur häuslichen Pflege die Situation der Pflegenden.

Die **Rahmenbedingungen für die pflegenden Personen** erfordern daher gesonderter Aufmerksamkeit. Deren finanzielle Situation ergibt sich aus einer Vielzahl von Komponenten, die sich gegenseitig bedingen und Auswirkungen bis hinein in die **Enkelgeneration** eines / r Pflegebedürftigen haben können:

- Leistung aus der sozialen Sicherung bzw. der Pflegekassen für häuslich Pflegenden (D: nur bei Pflege im Rahmen von SGB XI)
- Entgangener Verdienst
- Entgehende Altersversorgung
- Vermögensverlust
- Regressansprüche
- Einfluss auf Karriereentwicklung / Verdienstmöglichkeiten / Vereinbarkeitsproblematik

Wenig ist bisher gewusst, wie sich Pflegesituationen auf die Folgegeneration auswirken, wenn weniger Haushaltsmittel für Gesundheit, Ausbildung, Mobilität, gesellschaftliche Teilhabe zur Verfügung stehen und/ oder Abwägungen gegebenenfalls zu deren Lasten anstehen. In den Interviews zeigte sich ein ausgeprägtes Problembewußtsein hierfür insbesondere bei den zu Pflegenden, und die Neigung, zuungunsten der eigenen Situation die nachfolgende Generation zu schonen.

Die **Anleihen, die durch aktuelle Pflegesituationen bei der/ den Folgegenerationen** getätigt werden, erfolgen direkt über finanzielle Leistungen durch Angehörige 1. Grades, aber auch indirekt, über die Binnenverteilung von Ressourcen unterschiedlicher Art in den betroffenen Haushalten.

Nach deutscher Rechtslage besteht die Verpflichtung zu ergänzenden Zahlungen von Angehörigen, wenn das Einkommen der zu Pflegenden für den anfallenden Pflegeaufwand nicht ausreicht. Diese Zahlungen bewirken Verschiebungen in der Einkommenssituation von Haushalten und ziehen mittelfristig gesamtwirtschaftliche Folgen nach sich, deren Ausmaß weder mittel- noch langfristig quantifiziert ist, in die jedoch u. a. die gesamte Breite des Problemfelds Armut und Gesundheit mit einzubeziehen ist.

Auch in Österreich greift ein Teil der Bundesländer auf das Vermögen der in Pflegeheimen betreuten Personen zurück und macht Regressansprüche gegenüber Angehörigen geltend. Gleichzeitig wird jedoch diskutiert, dass die Praxis, das Vermögen für die Finanzierung von Sachleistungen heranzuziehen, eine Reihe von Problemen mit sich bringt: neben den möglicherweise einschneidenden Einschränkungen für einzelne Haushalte über das Heranziehen des Vermögens einen **Anreiz auf Familienangehörige – in der Regel Frauen** - aus, sich aus dem Arbeitsmarkt zurückzuziehen oder die Arbeitsstunden zu reduzieren, um teure stationäre Pflege zu vermeiden. Auch könnten Umgehungsstrategien (z.B. Schenkungen, Vermögenstransfer ins Ausland) gesucht werden. Schließlich werde damit nicht der Umstand berücksichtigt, dass Pflegebedürftigkeit ein allgemeines soziales Risiko darstellt.²⁶ Die Schweiz kennt moderate Obergrenzen für das Heranziehen von Vermögen der Angehörigen.

Eine vergleichbare Diskussion hat in Deutschland noch nicht Raum gegriffen.¹¹⁸ Jedoch benennt der Entwurf des 4. Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung die finanzielle Problematik in Pflegesituationen und weist darauf hin, dass sich Familien mit niedrigem Einkommen oft aufgrund von Kostenabwägungen für die häusliche Familienpflege entscheiden.

Mit der Zunahme von häuslichen Sorgeverpflichtungen steigt stetig auch die Zahl von **Kindern**, die im Umfeld einer Pflegesituation aufwachsen und von deren Auswirkungen in ihrer Entwicklung mitbetroffen sind. Nicht zuletzt die Problematik der **Exklusion** wird damit auch zu einem Thema der Kinder – und Enkelgeneration (vgl. Handlungsfeld Tabuthemen). Die Interviews in dieser Untersuchung ebenso wie Aussagen, die im Zusammenhang anderenorts geführter Interviews geäußert wurden, sensibilisieren für diesen komplikationsträchtigen Effekt.

Verschiebungen in der Einkommenssituation von Haushalten, die in einer Pflegeverpflichtung stehen, interferieren mit der gesamten Breite des Problemfelds soziale Dislokation:

Finanzierbarkeit von Ausbildung und Qualifizierung
Auswirkungen auf Alters- und Zukunftssicherung
Konsequenzen aus dem Zusammenhang Armut und Gesundheit
gesundheitliche Selbstsorge und Gesundheit im Alter
Einschränkungen der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (infolge zeitlicher u./o. finanzieller Restriktionen)
Exklusion

Tabelle 23: Implikationen von häuslicher Sorgeverpflichtung für Familien und nachfolgende Generationen¹¹⁹

Aus den Interviews in der Region ergab sich sehr klar, dass in beiden Ländern die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen in Abhängigkeit steht von persönlichen finanziellen Ressourcen. Personen in Deutschland, die zwar Unterstützungsbedarf hatten und darlegten, jedoch keine Einstufung in eine Pflegestufe, wandten sich beispielsweise nicht an einen professionellen Pflegedienst. Die eigenen und/ oder familiären Möglichkeiten werden, auch wenn es im konkreten Fall einer **Überforde-**

runge und/ oder Unterversorgung entspricht, versuchs- und ersatzweise eingesetzt. Auch die Swiss Age Care Studie benennt die finanziellen Möglichkeiten - wenngleich ein Tabuthema, das mit viel Sorge und Stress erlebt wird - als strukturierendes Element der Pflegesettings, beispielweise mit dem folgenden Zitat¹²:

- ▶ *„Also meine Frau hat Pension und Hilflosenentschädigung und dann mit meiner Pension haben wir 4000 Franken. Und hier haben wir ja keine Zinsen mehr zu bezahlen. Aber wenn ich sie ins Altersheim getan hätte, dann gehörte das Haus schon bald der Bank.“*

Es wird vielfach erwartet, dass die Quote der zu Hause von Angehörigen versorgten Menschen weiter **sinken** wird, solange „die Angehörigen alleine gelassen“ würden¹²⁰. Besonders die Sozialverbände in beiden Ländern erheben die Forderung nach verbesserten Rentenanwartschaften für Personen, die für die Pflege zeitweise aus dem Beruf aussteigen – aber auch die Antworten in der regionalen Online-Erhebung weisen solche Erwartungen in der Bevölkerung aus. Angedacht sind beispielsweise „Lohnersatzleistungen“ (ähnlich dem Elterngeld in Deutschland) sowie Rentenanwartschaftszeiten.

Reaktive Verhaltensänderungen in der Gruppe häuslich Pflegenden auf die derzeitigen Rahmenbedingungen könnten gesamtgesellschaftliche Auswirkungen haben, die noch weithin **unerkant** sind.

8.3.1. ALLEINLEBENDE PERSONEN MIT UNTERSTÜTZUNGSBEDARF

Es zeichnete sich in den Interviews ab, dass es eine für zukünftige Überlegungen zur Versorgung besonders beachtenswerte Gruppe gibt, nämlich alleinlebende Personen mit Pflegebedarf, denen keine Unterstützung im häuslichen Umfeld zur Verfügung steht. Hier stellen sich Probleme bereits bei einem Maß von Unterstützungsbedarf, der bei Personen mit familiärem Umfeld [z.B. Kinder, (Ehe)Partner_in] zu einem viel späteren Zeitpunkt der Pflegebiographie als Bedarf an Außenstehende oder Professionelle zu äußern wäre. Viel schneller werden die Grenzen persönlicher Ressourcen, auch finanzieller Art, erreicht und die Heimunterbringung erscheint als einzige Lösung. Dies hat in der Konsequenz Auswirkungen nicht zuletzt auf die Finanzgeber wie Kommunen und Kantone, die nötigenfalls für die Versorgung eintreten müssen.

Destatis, das statistische Bundesamt, geht nach Trendberechnungen für Deutschland von einer Anzahl Einpersonenhaushalte bis 2030 in einer Höhe von 43% bezogen auf Gesamtdeutschland, für die Stadtstaaten sogar von 57% aus¹²¹. Im Sommer 2015 berichtete die Züricher Zeitung, dass die meisten Einpersonenhaushalte der Schweiz sich im Kanton Basel-Stadt befinden, wo ihr Anteil am Total der Privathaushalte rund 48% betrage.¹²² Bei Einpersonenhaushalten in Baden-Württemberg betrifft 24% die Armutgefährdung¹¹⁴. Ein weiteres Ansteigen der Gefährdung ausgedehnt auf frühere Altersjahre und in der Höhe des Anteils zeichnet sich ab.¹²³

Frauen sind im Alter eher pflegebedürftig als Männer der vergleichbaren Altersgruppen. So beträgt z. B. 2010 in Deutschland bei den 85- bis unter 90-jährigen Frauen die Pflegequote 41 %, bei den Männern gleichen Alters hingegen lediglich 28 %.¹²⁴ Da sich diese Angaben auf Pflegebedürftigkeit nach Einstufung in eine Pflegestufe bezieht, können neben Unterschieden in der gesundheitlichen Entwicklung bei Frauen und Männern auch begründende Faktoren in einem differierenden Antragsverhalten bei Männern und Frauen zu suchen sein oder sich darin ein geschlechtsdifferentes Zu-

Gebote-Stehen¹²⁵ informeller Hilfen, die sich nicht in einer Pflegeeinstufung niederschlagen, widerspiegeln: Mehr ältere Frauen leben alleine. Bei Pflegebedarf kann schneller die Notwendigkeit bestehen, einen Antrag auf Leistungen zu stellen, während pflegebedürftige Männer häufig z. B. zunächst von ihren Frauen versorgt werden¹²⁶. Dies gilt insbesondere unter der Vorbedingung des derzeitigen Geschlechterverhältnisses (M/F-Ratio) in Deutschland (s.o.) in der älteren Bevölkerung. Vor allem aufgrund der demographischen Entwicklung (niedriger Männeranteil in den älteren Kohorten infolge der beiden Weltkriege und der höheren Lebenserwartung von Frauen) waren zwei Drittel der Personen, die Pflegegeld bezogen, beispielsweise auch in Österreich bei einer Erhebung aus 2006 Frauen²⁶. Auch auf Schweizer Seite wird davon ausgegangen, dass Männer im Alter länger und häufiger in einer Partnerschaft leben als gleichaltrige Frauen und es daher ausgeprägte Geschlechterdifferenzen der Lebensform im Alter gebe. Männer werden im Alter deutlich häufiger haushaltsintern von der Partnerin gepflegt als umgekehrt Frauen von ihrem Partner.¹²⁷

Damit zeigt sich in beiden Ländern auch in dieser Problematik zunächst ein überwiegendes Betroffen Sein der Frauen.

Für die Personengruppe der Alleinlebenden würden ambulante Pflegedienste/ Spitex in Zukunft vermehrt einen **familienersetzenden** Einsatz zu leisten haben. Hierfür scheinen die Grenzen finanzieller Machbarkeit für einen Großteil, wiederum Frauen, bereits derzeit, aber insbesondere in Zukunft, nicht gegeben. Aber auch die Konzepte der Dienste sind in diese Richtung noch unvollständig, zumal bislang dem Einsatz eine familienentlastende Funktion zukam.¹²⁸

- Insbesondere für alleinlebende Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf erweist sich ein zukünftig stärker differenziertes Angebot an Dienstleistungen als entscheidend für den Verbleib in häuslicher Umgebung, die bezahlbare Unterstützungsleistungen basierend auf einem Kompetenzmix, ehrenamtlichen und freiwilligen Hilfen u.ä. umfasst und die **Koordination** einschließt. Dies schließt auch einen Ausbau des landestypischen Beratungssystems (personell und inhaltlich) ein.
- Der Bedarf an einem **Frühwarnsystem**, das beispielsweise sogenannte **Push-Faktoren** für eine medizinisch noch nicht notwendige stationäre Pflege erkennt und ihnen entgegenwirkt, fokussiert sich gleichermaßen zunächst auf dieses Kollektiv (vgl. Tabelle 30).

Die Gruppe Alleinlebender erweist sich gewissermaßen als Seismograph, inwieweit in Zukunft Netze aus Information und Unterstützung greifen und den Verbleib in häuslicher vertrauter Umgebung ermöglichen. Es scheint derzeit eher noch nicht der Fall zu sein, wie die untersuchten Care-Situationen zeigen.

8.4. PERSPEKTIVE VERBUNDENE PFLEGE/ CO-PFLEGE

Es ist festzuhalten, dass hohe Wertschätzung für den Beitrag der professionellen Pflege in den häuslichen Care-Situationen besteht. Dies kommt in den entsprechenden Antworten klar zum Ausdruck.

Gleichzeitig werden von den Betroffenen auch Bereiche aufgezeigt, in denen ein veränderter Zuschnitt die Unterstützung in der jeweiligen Situation weiter erhöhen würde. Es wird erwartet, dass auf die Problemlage zugeschnittene Ressourcen eingebracht und gleichzeitig die Komplexität der Steuerung des Arrangements nicht merklich erhöht wird⁶⁶. Die Ausrichtung auf Prozessqualität aufseiten der Dienstleister, wie eingangs dargelegt, beinhaltet Konfliktpotenzial. Als unzureichend mit Blick auf das Gesamtergebnis erlebte Passgenauigkeit kann eine nur eingeschränkte Inanspruchnahme begründen.

- Hierin zeichnet sich zukünftiger erheblicher Abstimmungsbedarf zwischen den Konzepten informeller und professioneller (insbesondere ambulanter, aber auch stationärer) Pflege in der jetzigen Form ab.

Unterstützung muss aus Sicht der pflegenden Angehörigen nicht nur qualitativ gut, sondern vor allem auch verlässlich sein, (z.B. damit berufliche und andere Termine / Verpflichtungen korrekt eingehalten werden können und eigene Verlässlichkeit auch in Pflegesituationen gelebt werden kann). Bislang sind pflegerische Dienste und Einrichtungen (möglicherweise auch in ihrem Selbstverständnis und ihrer Aufstellung als gewinnorientierte Unternehmen) noch wenig auf diese Erwartung und Bedarfslage eingestellt. Dies würde erklären, warum sich z. B. ambulante Pflegedienste bislang mit ihren Einsätzen kaum an den **zeitlichen Vorgaben** von Erwerbstätigen orientieren – ein auch in den Erhebungen vielfach bemängelter Aspekt. Auch **flexible** und erweiterte Einsatzzeiten wären erwünscht und benötigt.

- Da oftmals gerade zu Beginn das häusliche Pflegearrangement von Notfällen, Versorgungskrisen aber auch Findungsprozessen geprägt ist, stellt sich als neben Anpassungen im ambulanten Bereich auch ein Ausbau von (teil)stationären Angeboten zur Tages-, Nacht- oder Urlaubspflege als sinnvoll dar. Der **Übergangsphase** kommt eine zukunftsprägende Bedeutung zu, die bei der heutigen Angebotssituation zu oft und vorschnell in Irreversibilitäten mündet, wie beispielsweise in einer Heimunterbringung und Wohnungsauflösung.

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen, der die deutsche Bundesregierung zu Entwicklungen im Gesundheitssystem berät, nahm in seinem Sondergutachten 2009 **Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens** auch Stellung zur Pflegesituation. Die Förderung der Unterstützungs- und Pflegepotenziale von Familien und die Kooperation mit pflegenden Angehörigen bedürfe besonderer Beachtung, weil Prognosen zufolge davon auszugehen sei, dass das Pflegepotenzial von Familien künftig allein aufgrund des **Alterstruktureffekts** instabiler werden wird, weil die selbst alten Kinder hochbetagter Eltern sich ihrerseits oft in vulnerablen Gesundheitssituationen befinden. Daher sei es notwendig, künftig vermehrt zu gemischten Pflegearrangements zu gelangen: ein **integriertes Zusammenwirken von professioneller und informeller Pflege**.

- Solche verbundenen Angebote von professioneller und häuslicher Pflege durch pflegende Angehörige - eine „verbundene Pflege“ - erfordern eine Überwindung der sektoralen Angebote und die Hinwendung zu einer Individuenzentrierten Arbeitsweise¹ sowie darüber hinausgehend, die **Familien- bzw. Kontextorientierung**.
- Dies schließt auch Überlegungen zu neuen **Schwerpunktsetzungen** in der ambulanten professionellen Pflege ein, wie sie als Anliegen in den Antworten zum Ausdruck kommen, die

konkrete Bedarfslagen benennen. Wie die Übersicht über die Angebote in der Grenzregion zeigt, bestehen hier regionale und Länder-Unterschiede und Entwicklungsbedarf.

8.4.1. BEITRAG DER PROFESSIONELLEN PFLEGE

Auch wenn erwerbstätige pflegende Angehörige auf gewisse Angebote zurückgreifen können, liegt die Inanspruchnahme von Vereinbarkeitsangeboten beispielsweise in England noch deutlich unter den Erwartungen¹²⁹. Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege wird in der englischsprachigen Literatur im Vergleich zum deutschsprachigen Raum bereits länger forschungsgestützt diskutiert. Daraus wird jedoch deutlich, dass die Passgenauigkeit der Angebote optimierungsbedürftig ist, um wirklich in dem Maß als Entlastung und Unterstützung dienen zu können, dass daraus „leb-bare“ Gesamtkonzepte entstehen. Auch Daten aus unterschiedlichen Quellen aus dem gesamten deutschsprachigen Raum weisen in die gleiche Richtung. Nach Ergebnissen einer Studie für Deutschland aus 2005 finden 68% (gegenüber 70% in 1991) der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten statt, davon gestalten 64% der Befragten die häusliche Pflege ohne professionelle Hilfe.¹³⁰ Aus einer Analyse der SOEP-Daten, Wellen 2002 – 2009, bei familiärer Pflege *innerhalb* des Haushalts eine zusätzliche Unterstützung in 19% der Pflegesituationen hervor, davon in 31% eine ausschließlich professionelle Ergänzung, in 14% zusätzlich zur professionellen Unterstützung noch ergänzend informelle Hilfe. Bei familiärer Pflege *von außerhalb* des Haushalts werden in 56% der Pflegesituationen zusätzliche Unterstützung angenommen, davon in 51% eine ausschließlich professionelle Ergänzung, in 11% zusätzlich zur professionellen Unterstützung noch ergänzend informelle Hilfe.¹¹⁶

Es sind Strategien gefragt, wie man in Zukunft **die Ressourcen der pflegenden Angehörigen fördern** kann. Zum Verhältnis von informeller Hilfe und Pflege durch Familienmitglieder, Freunde oder Nachbarn und formeller Hilfe und Pflege durch professionelle Pflegerinnen bestehen teilweise zu geschlossene Modellvorstellungen, bei denen diese als substitutive bzw. sich gegenseitig konkurrierende Hilfesysteme eingestuft werden. Die Grundannahme ist, dass ein Ausbau formeller Hilfeleistungen zur Verdrängung («crowding out») informeller bzw. familialer Hilfe und Pflege beiträgt.¹²⁷

Neuere Denkmodelle betonen den **ergänzenden Charakter** informeller und formeller Hilfe und Pflege: Beide Formen haben ihr eigenes Profil an Stärken (und Schwächen). Dies spiegelt sich in den Einschätzungen aus der Region. Vor allem bei erheblichem Unterstützungsbedarf weist dies in Richtung auf das Prinzip von Co-Pflege - gemeinsam getragene Pflege durch Angehörige und Professionelle.

Zielrichtung kann nur eine „Verbundenen Pflege“ sein, in die sich ein sich erweiternder Personenkreis einfügt.

Folgende Aspekte ergeben sich für die professionelle Seite als neu auszugestaltende Aufgaben:

- Für Pflegefachleute bedeutet dies, dass es *mit* in ihren Aufgabenbereich fällt, vermehrt die **Hilfe zur Selbsthilfe** zu fördern²⁴. Durch ihre medizinischen Kenntnisse und interprofessionelle Kooperationen im Gesundheitswesen könnten sie die Abläufe im Gesundheitssystem angehörigengenehm (mit)steuern.
- Die oft arbeitsteiligen Abläufe im professionellen Bereich sind mit den Bedarfen **nicht kompatibel**. Der Erwerbstatus pflegender Angehöriger sollte in der betrieblichen und Pflege-Praxis zunehmend Berücksichtigung finden und es gälte, strukturelle und inhaltliche Unter-

stützungsangebote entsprechend anzupassen oder aufzubauen. Insofern ist die Beschäftigung mit Vereinbarkeitsangeboten wichtiges Element einer zukunftsfähigen familienorientierten Pflegepraxis⁹² – und letztlich für die Arbeitsmarktbindung von Frauen perspektivisch mitentscheidend.

- Gleichfalls an der Schnittstelle von professioneller und informeller Pflege sind niederschwellige und nach beiden Seiten hin offene passagere Angebote in Rehakliniken, Akutgeriatrien oder teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen zu sehen, die neben der Aufgabe eines **interdisziplinären Assessments** auch als vorübergehende Entlastung und für **Findungsphasen** zur Verfügung stehen, **ohne Präjudiz** für den gesamten weiteren Pflegeweg zu werden. Strukturierte Angebote dieser Art gilt es im Zuschnitt auf die Bedürfnislage „Förderung der Pflege im häuslichen Umfeld“ zu erarbeiten und auszubauen – nicht zuletzt beispielsweise im Zusammenwirken mit regionalen Pflegestützpunkten.

8.4.2. KOORDINATION

(Berufstätige) pflegende Angehörige benötigen nicht nur pflegepraktische Hilfen, sondern vor allem auch

- **organisatorische Unterstützung,**
- Hilfe bei der **zeitlich aufwändigen und komplexen Administration von Versicherungsleistungen** und sie haben einen auf ihre Situation ausgerichteten
- **Beratung**
 - ▶ *„Ich bin nur am Telefon und wenn man mir nicht was zum Essen bringen würde, wäre ich schon verhungert.“ (DL1P;11)*
- Die Notwendigkeit, **Care und Case Management in der Pflege** auszubauen, ergibt sich nicht nur aus der speziellen Vereinbarkeitssituation berufstätiger pflegender Angehöriger, aber bei ihnen zeigt sich wegen der stark limitierten Zeitressourcen der Bedarf besonders deutlich.
- Beratung und Kommunikation kommt darüber hinaus eine Bedeutung im Kontext gesundheitlicher Chancengleichheit zu (s.u.). Entsprechende Kompetenzen bei professionell Pflegenden sind zu fördern.

Die Hinwendung zu einem forschungsgestütztem Aufbau solcher Konzeptionen erlaubt dabei die Inanspruchnahme moderner Theorien und Methoden in der **Unterstützungs- und Netzwerkforschung**¹³¹ und ihre Übertragung auf (innerfamiliäre oder in anderem kleinräumigem sozialem Kontext realisierte) Pflegeverhältnisse.

Ansatzpunkt: Co-Pflege/ Verbunden Pflege			
Schnittstellen gestalten – Lücken schließen	Adressaten (Beispiele)	Maßnahmen	Erläuterung/ Zielrichtung
Betreuung organisieren	Sozialstationen/ Spitex <i>Auch:</i> Vereine der Region , Selbsthilfe	-Angebot einer Kombination aus medizinisch orientierter Pflege durch Fachkräfte einerseits mit (nicht medizinisch qualifizierten) Betreuungspersonen , so dass eine verlässliche Versorgung sichergestellt ist, die auch zeitkritischen Ansprüchen (z.B. Pflegeperson mit beruflichen Verpflichtungen) gerecht wird - Personenkontingent organisieren, vorhalten, qualifizieren, die zu Betreuungsaufgaben bereits sind, als Kontingent das abgerufen werden kann	Unterstützung häuslich Pflegenden, insbesondere in Pflegesituationen für Personen mit besonderem Betreuungsbedarf Option: Schaffen von (Aushilfs-/Teilzeit-) Jobs, sofern hierfür Interesse besteht
„Auf Abruf“ - flexible Unterstützung häuslich Pflegender	Vereine, Netzwerk von Ehrenamtlichen /Freiwilligen, Selbsthilfe	Kurzfristig abrufbares Personenkontingent organisieren, vorhalten, schulen	Freiraum für Pflegenden schaffen Kontaktpflege ermöglichen Unvorhergesehene (z.B. beruflich bedingte) Engpässe überbrücken zur Pflege in der Region mit Ansprechpartnern
Rund-um-die-Uhr Information	Sozialstationen/ Spitex <i>Auch:</i> Beratungseinrichtungen verschiedener privater und öffentlicher Institutionen	Telefon- und Internetservice aufbauen (Option: Kooperation verschiedener Anbieter, auch grenzüberschreitend) Lösungen mit innovativer digitaler Technologie (App mit Zusatzoptionen in Richtung Vernetzung, Management, e-Health)	- Jederzeit abrufbare Information zur Pflege, zu Beratung und zu Angeboten in der Region - Entscheidungshilfe in kritischen Situationen
„Spezialteams“	Sozialstationen/ Spitex Überregionale Arbeitgeber	Pool von Pflegefachkräften, mit spezieller Qualifikation für Schwerpunkte (z.B. Demenz, Mukoviszidose) <i>Auch:</i> grenzüberschreitendes Angebot	Flexibler Einsatz von speziell qualifizierten Personen Defizit an Schwerpunktsetzungen in der Region (passager) ausgleichen

Tabelle 24: Ansatzpunkt Verbundene Pflege/ Co-Pflege - Schnittstellen gestalten, Lücken schließen

8.4.3. DEN KREIS ERWEITERN

Nach den Ergebnissen der Swiss Age Care Studie (2010) sind Hauptmotive für die Betreuung vor allem Liebe und Zuneigung; aber auch der Mangel an Alternativen und finanzielle Überlegungen spielen eine Rolle. Die pflegenden Angehörigen in der Schweiz investieren, so die Studie, in die Betreuung wöchentlich zwischen 64 (Partner und Partnerinnen) und 26 Stunden (Söhne und Töchter).⁸³

Vor diesem Hintergrund der Bedeutung von häuslicher Pflege überraschen Ergebnisse nicht, welche die Wahrscheinlichkeit der Aufnahme einer Pflege Tätigkeit als primär durch den Bedarf der Gepflegten bestimmt finden. Dagegen ist das Ausmaß, in dem die resultierende zeitliche Doppelbeanspruchung Probleme bereitet, von geringerer Bedeutung. Allfällig entstehende Doppelbelastungen scheinen nicht davon abzuhalten, zusätzlich z.B. zum Erwerbsleben bei einem engen persönlichen Verhältnis zwischen Pflegenden und Gepflegten, wie einem gemeinsamen Haushalt oder einem Eltern-Kind-Verhältnis, informell pflegend tätig zu sein.

Die Diskussion, in wie weit veränderte gesellschaftliche Lebensbedingungen - Lebensstile, Forderung nach Mobilität, Trend zum Single-Haushalt - sich auf die Bereitschaft zur häuslichen Pflege auswirken, ist im Gange. Untersuchungen, die von einer fortbestehenden zukünftigen Solidarität in Familien ausgehen (z.B. Swiss Age Care Studie) gibt es ebenso wie Einschätzungen, dass es zu einer Erodierung familiärer Pflegestrukturen¹³² kommt und dass daher von einer Zunahme an Pflegeheimplätzen auszugehen sei. Hochrechnungen aus dem Pflegereport 2011 der Barmer GEK für Deutschland spiegeln den letztgenannten Trend nicht uneingeschränkt wieder. Ob tatsächlich Länderunterschiede bestehen, muss gleichfalls offen bleiben. Vielmehr scheinen weitere Faktoren stärkere Berücksichtigung zu erfordern. In die **Möglichkeit zur und Übernahme von Pflegeverantwortung** im häusliche Kontext gehen – ungeachtet des oben dargelegten persönlichen Stellenwerts – zahlreiche in der Literatur als bedeutsam dokumentierte Faktoren mit ein (exemplarisch^{133,134}). Sie stellen somit zusätzliche **Stellgrößen** dar. An erster Stelle stehen die Eigenschaften der informell pflegenden Person, darunter **Alter und Geschlecht**. Weiter sind es Eigenschaften des/der Gepflegten, das Beziehungsgefüge wie Verwandtschaftsgrad, Eigenschaften der Familie, räumliche Verhältnisse, die Entfernung zwischen den Wohnorten, Mobilität, der Grad der Pflegebedürftigkeit, die Verfügbarkeit von Unterstützungen, der finanzielle Rahmen und die Dauer der Pflegesituation, die eine Rolle spielen. Auch Stadt-Land-Unterschiede bestehen.

- ◆ Gesondert zu erwähnen bleibt, dass selbst mit einer Pflegeheimunterbringung die Sorge der Angehörigen nicht beendet ist.
- ◆ Es sind nach wie vor **primär individuell geprägte Lösungen**, welche die Antwort auf Hilfebedarf im persönlichen Umfeld sind. Pflege als gesamtgesellschaftliche Verpflichtung und Konzeption findet in den bisherigen Strukturen kaum systematisch Niederschlag.
- ◆ Diese Ist-Situation darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass in die Zukunft hinein – aus den vielen bereits dargelegten Gründen, auch in der Region - neue Wege der Ausgestaltung zu suchen sein werden.

Wer pflegt? – Interviews mit professionellen Berater_innen in beiden Ländern weisen folgende Gruppen aus:

- Angehörige
- „Nicht-Professionelle“ im ambulanten Setting
 - „Und ja, natürlich gibt es auch welche, die einfach nur sagen, habe halt vielleicht lange meine eigenen Eltern gepflegt und ich habe da einfach gewisse Fähigkeiten und mache das halt“ (D);
 - CH: in Spitex integrierte angelernte Pflegehilfen
- Pflegefachkräfte in Institutionen (z.B. Sozialstationen/ Spitex)
- „Geringverdiener“

- „Ehrenamtliche“/ „Freiwillige“

Dies verdeutlicht, dass in der Praxis der pflegerischen Versorgung bereits eine Erweiterung der pflegenden Personengruppe in gewissem Ausmaß erfolgt. Jedoch wird aus den Antworten, insbesondere von Betroffenen Seite gleichfalls deutlich, dass dieser Erweiterung keine systematisierte Angebotsstruktur zugrunde liegt. Die Bereitschaft, weitere Personen in eine Care-Situation einzubeziehen, scheint abhängig zu sein, von dem erwarteten Verlass auf Unterstützung einerseits, von der Finanzierbarkeit gleichermaßen. In den Antworten kam der Bereich von transnationalen Pflegearrangements **nicht** zur Sprache, obwohl solche in beiden Ländern zu den für die Bewältigung von Pflegesituationen herangezogenen Lösungen zählen (im Umfang weitgehend unbestimmt⁵). Diese Arrangements beinhalten zahlreiche spezielle Problemfelder, die nicht Gegenstand dieser Untersuchung waren.

Mit Blick auf eine Erweiterung des Personenkreises darf der gesellschaftspolitische Ansatz einer **Ausweitung von Verantwortungsbiographien**⁹¹, d.h. eine stärkere Einbettung fürsorglicher Aufgaben in jede Biographie, nicht unerwähnt bleiben. Hierdurch könnte die Pflegeaufgabe geschlechter- und generationengerechter gestalten und u.a. das häufige **Dual** von Pflegekonstellationen erleichternd aufbrechen. **Pflege als Projekt** einer Familie (oder eines entsprechenden sozialen Kontextes) ermöglicht eine Verteilung von Aufgaben auf mehrere Personen, eröffnet wechselnd unterschiedliche Rollen, auch als Haupt- und Neben-Pflegepersonen und würde eine einzelne Hauptpflegeperson, eben bislang zumeist die Frau in der Familie, nachhaltig entlasten. Dies erfordert ein gesellschaftliches Terrain, das dieses (neue) Verständnis trägt und wird daher in der Diskussion, beim Blick auf die Chancen nochmals aufgegriffen.

Aus den Interviews mit professionell Beratenden in der Region zur **Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen** ergaben sich folgende Eckpunkte:

	Beispiel/ Erläuterungen
Verbesserung der Zusammenarbeit/Organisation (<i>auch</i> : stationäre – ambulant)	z. B. Unterbringungsmöglichkeiten im Akutfall z. B. Plätze in der Kurzzeitpflege/Entlastungsbetten
Interimsangebot erhöhen Erleichterung der Inanspruchnahme von Leistungen	„Man muss halt eben mit der Pflegeversicherung immer Rücksprache halten. Welche Partner gibt es, welche Preise sind vereinbart und wenn es Abweichungen gibt zum Beispiel, dass das dann der Versicherte trägt.“(D)
Stärkere Einbeziehung von weiteren Personengruppen, z.B. bürgerschaftlich engagierten Menschen „Steuerungselement“ für die Koordination der alltäglichen Aufgaben im häuslichen Pflegesetting Differenzierung des Unterstützungs-, Betreuungs- und Pflegebedarfs	„Und wir heute schon eine sehr starke Personalknappheit haben, dann kann man sich denken dass es Sinn machen würde, eben andere Leistungen zu kreieren, die dann dazu führen dass es eben weniger Pflegeheimenintritte gibt.“ (CH)

Tabelle 25: Versorgungsstrukturen - Weiterentwicklungsbedarf aus Sicht der professionell Beratenden

Als **Handlungsfelder** zeichnen sich für die aus *allen* Perspektiven thematisierte Erweiterung des in eine Pflegesituation einbezogenen Personenkreises ab:

- Differenzierung der Aufgaben
 - z.B. Angebote zur Qualifizierung von Ehrenamtlichen/ Freiwilligen für bestimmte Betreuungsaufgaben, Einbezug von Gesundheitsberufen in präventive Angebote.

- Gezielte Qualifizierung weiterer Personengruppen
 - z.B. Angebote zur Qualifizierung von vormals pflegenden Angehörigen zu Pflegehelfer_innen, auch um der Gefahr von Langzeitarbeitslosigkeit nach langer Pflege entgegenzuwirken
- Definition neuer Aufgabenfelder
 - Langzeitarbeitslosen mit haushalts- oder pflegenahen Qualifikationen Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ermöglichen, z.B. im Rahmen an Pflegedienste assoziierten Hauswirtschaftsdienstleistungen, bei Koordinierungsaufgaben, in der Betreuung, bei Hausmeistertätigkeiten – auch als neue Berufsprofile
 - Koordination und Steuerung der häuslicher Pflege als neues Berufsfeld in Zuordnung zu einzelnen Care-Situationen

Kreis der Betreuenden erweitern	Adressaten (Beispiele)	Maßnahmen/ Aspekte	Zielrichtung/ Erläuterungen
Differenzierung der Aufgaben von Unterstützung, Betreuung und Pflege (ggfs. hochspezialisierter medizinischer Pflege)	Verbund von Forschung und Praxis Arbeitsagenturen Sozialstationen/ ambulante Pflegedienste/ Spitex	-Vermittlung von (Langzeit-) Arbeitslosen für nicht-pflegerische Aufgaben, z.B. aus Handwerksberufen für Hausmeistertätigkeiten -Kontingent von Aushilfs-/Teilzeit-Tätigkeiten für z.B. Rentner_innen, z.B. angegliedert an Sozialstationen/ Spitex-Verbände, zur Übernahme von nicht-pflegerischen Maßnahmen	Definitorische Vorarbeit <i>Auch:</i> grenzüberschreitend Zusätzlicher Personenkreis, der Unterstützungs- und Betreuungsaufgaben leistet
Koordinierungsstelle Ehrenamtliche / Freiwilligenarbeit	a) Kommune b) Vereine der Region, Selbsthilfe	Übernahme von Versicherungen, Organisationsstruktur, Investitionen	(z.B. für PKW für ehrenamtlichen Bürgerbus / Fahrdienst, Telefon) <i>s.a Initiative Ehrenamt/Freiwilligenarbeit</i>
Koordinator_in in der ambulanten Pflege	a) Pflegedienste b) Pflegestützpunkte / Altenhilfe / c) Kommune d) Angehörige nach einer Pflegeverpflichtung (neues Berufsfeld) e)Pflegeschulen f)Forschung	Erarbeiten der Eckpunkte einer solchen Tätigkeit und der diesbezüglichen Qualifikationen/Qualifizierungsmaßnahmen in praxisnahen Gremien, unterstützt durch die Forschung Qualifizierung in der Koordinierungsfunktion für eine konkrete Pflegesituation	Personen, die für einen bestimmten Kreis von Pflegebedürftigen (in fester Zuordnung) alle Unterstützungs- und Pflegeleistungen inhaltlich und zeitlich koordinieren

Tabelle 26: Maßnahmen zur Erweiterung des in die Bewältigung einer Pflegesituation einbezogenen Personenkreises

Wie insbesondere in den Antworten im Rahmen der Online-Erhebung zum Ausdruck kommt, stellt sich die Bedeutung des **Ehrenamts bzw. der Freiwilligenarbeit** für häusliche Pflegesituationen einheitlich dar (s. Kapitel 6). Bereitschaft zur Beteiligung und zugemessene Chancen differieren. Al-

lerdings scheint mit diesem Feld ein großes Maß an Unsicherheit und Nicht-Wissen um Möglichkeiten verbunden zu sein. In der Zusammenschau bedeutet dies, dass für die Nutzung dieses nicht unerheblichen Potenzials zunächst **Rahmenbedingungen zu schaffen** sein werden, bei denen Institutionen in **Vorleistungen** gehen (z.B. Kommunen, kirchliche Träger, Vereine). Ihre Aufgabe wird insbesondere darin bestehen, dem Ehrenamt/ der Freiwilligenarbeit an sich und den freiwillig Helfenden die nötige Sicherheit zu bieten, die einen solchen Einsatz nicht zum Risiko oder Nachteil werden lässt. Andererseits besteht gleichermaßen Unsicherheit aufseiten der potenziellen Nutzer_innen: wohin kann ich mich wenden? Was sind die Bedingungen? Kann ich mir das leisten? Auch hierzu bleibt zunächst ein Beitrag zu leisten, so dass sich für den Unterstützungssektor Ehrenamt/ Freiwilligenarbeit zunächst strukturgebende Aufbauarbeit als Handlungsfeld abzeichnet.

Die nachstehende Tabelle gibt eine Übersicht zu den im Text angeregte und hinsichtlich ihrer Zielsetzung näher erläuterten Initiativen und deren Eckpunkte:

Initiativen	Eckpunkte	Beispiele/ Zielrichtung
Ehrenamt/ Freiwilligenarbeit	• Wertschätzung zeigen	z.B. „Tag des Ehrenamts“, Universitäts-Frauenklinik Tübingen, jährlich
	• Bedeutung für Gesellschaft und Helfende klären und zeigen	Z.B. als Option im Rahmen des Freiwilligen Sozialen Jahrs (D)
	• Information / Öffentlichkeitsarbeit	Koordinierungsstellen, z.B. Gemeindeverwaltung, Senior_innenverband -Als Anlaufstelle, wo Wissen vorgehalten ist, welchen Bedarf und welche Möglichkeiten es gibt, potenzielle Freiwillige ansprechen -Z.B. digital unterstützt: „Wer hilft mir heute – App“, Post-it Aktionen
	• Sicherung und Strukturierung	Wegeunfallversicherung, Haftpflichtversicherung, auch z.B. KFZ-
	• Schaffung von Rahmenbedingungen durch die öffentliche Hand	Versicherung für „Regio - Mobil“; Unterstützung für die Koordinierungsstelle z.B. Telefonkosten, Basisausstattung, Unkostenersatz
	• Fortbildungsangebote	Angebot durch regionale Institutionen, z.B. Pflegeschulen, Ärzteverbände, Innungen (für handwerkliche Hilfestellungen) usw.
	• Qualifizierung (ggfs. Zertifikate)	
Prävention	• Bewusstsein bei Betroffenen, Angehörigen und in der Bevölkerung entwickeln, wann Hilfe in Anspruch genommen werden sollte	
	• „Push-Faktoren“, die Heimunterbringung triggern, (er-)kennen (können)	
	• Mögliche Ansprechpartner kennen	
	• „Umkehrbarkeit“ erhalten (z.B. stationär – ambulant)	
	•	

	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung für Vorbereitung auf eigene Situation mit Hilfebedarf • Coping-Angebote /-Strategien vermitteln 	<p>„Aufgrund der demografischen Entwicklung: Rentner werden auch immer jünger. Wollen zwar arbeiten, sind aber schon aus der Arbeitswelt aussortiert. Dadurch entstehen Ängste psychische Probleme, finanzielle Schwierigkeiten, Armut ... bis Verwahrlosung. Mehr Unterstützung (Wegweiser) für solche Fälle wäre auch wünschenswert.“</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung von Frühinitiativen (z.B. Steuervorteile für altersgerechte Wohnraum- / Umfeld-Gestaltung, Bonussysteme 	<p>z.B. auch durch Kranken- und Pflegekassen)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Raum in der Gesellschaft für das Thema Pflege schaffen 	<p>z.B. auch: Kunst- und Kulturvereine, Sportvereine</p>
Die richtige Information zur rechten Zeit	<ul style="list-style-type: none"> • „Checklisten“ für professionell Beratende • (Gesetzlich verankertes) auch aufsuchendes Gesprächs- und Beratungsangebot • Neue Informationsquellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinheitlichte Information • Auf Alter und Bedarf zugeschnittene Information (keine Überflutung) • Mobile Beratungseinheiten • Mehrsprachiges Angebot • Flächendeckendes Bedarfsassessment • Fehlen früherer Treffpunkte (z.B. infolge mangelnder Mobilität) ausgleichen <p>z.B. Flyer für Angebotsübersicht in Praxen, Läden, bei Dienstleistern</p> <p>z.B. „Regio-App“ als Informationsplattform</p>
Prozesskette ausgestalten	<ul style="list-style-type: none"> • Ehrenamtliche oder Helfer_innen, die eine Zeit überbrücken und Kontinuität schaffen (z.B. um pflegenden Angehörigen Arbeitstätigkeit zu ermöglichen) • neues Tätigkeits-, vielleicht sogar Berufsbild (Beispiel Spitex): Qualifizierung für pflegende Angehörige • „Betreuungsteams“ mit unterschiedlichen Professionen bzw. Qualifikationen • Flexible Spezialteams (auch: grenzüberschreitende) • Assoziierte neue Berufsbilder rund um häusliche Dienstleistungen • „Regio-App“ als Unterstützung für die Koordination 	<p>Lücken in der Verbundenen Pflege/ Co-Pflege schließen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wartezeit auf Pflegedienste, wechselnde Ankunftszeiten • Wechselndes Personal • Fehlende Spezialqualifikation • Es ist nicht nur medizinische Pflege nötig

Tabelle 27: Vorschläge für Initiativen: Eckpunkte, Beispiele, Zielrichtung
(Details im Text und in den Übersichtstabellen zu Handlungsfeldern)

8.5. ARBEITSWELT UND SORGEVERPFLICHTUNG

Berufstätigkeit und Sorgeverpflichtung gelten als Spannungsfeld. Untersuchungen dazu befassen sich im deutschsprachigen Raum mit dieser Konstellation seit über einem Jahrzehnt, auf der Suche nach Lösungen. Gleichzeitig ist die Realität der Betroffenen angesichts der Vereinbarkeitsfrage weiterhin gekennzeichnet von „Einzellösungen“, welche der Pflegeproblematik insgesamt noch immer eigen sind.¹³⁵ Die Übernahme einer häuslichen Pflegeverpflichtung hat unterschiedliche Antworten mit Blick auf die Erwerbstätigkeit zur Folge. Sie unterscheiden sich auch nach Art ihrer Rückwirkung auf die pflegende Person. Vergessen wird oft, dass alle diese Anpassungen in der Folge Implikationen für die Gesellschaft beinhalten und der individualisierende Blick dabei letztlich kurzfristig erscheinen muss.

Die Arbeitgeberseitige Unterstützung für Menschen in Sorgeverpflichtung ist noch wenig verbreitet, besonders auf Schweizer Seite, wie sich in den Erhebungen zeigte. Gleichzeitig sind Angebote, die es zur Unterstützung bereits gibt, wenig bekannt, auch in Deutschland. Insbesondere die Arbeitgeberseite scheint Potenziale bislang überwiegend nicht zu realisieren, die sich ihr aus der Beschäftigung von und besonderen Angeboten für pflegende Angehörige bietet.

8.5.1. VEREINBARKEIT VON PFLEGE UND BERUF

Änderungen des Erwerbsverhaltens seitens der Pflegenden lassen sich in Anpassungen der Zeitverwendung und Anpassungen in der Art der Tätigkeit unterteilen. Sie lassen sich charakterisieren nach formellen Anpassungen, die zwischen Arbeitgeber und -nehmerseite vereinbart sind und nach informellen, arbeitnehmerseitig gesuchten Lösungen. Die Aufgabe von Erwerbstätigkeit gehört zur Kategorie der *formellen Anpassungen*, ebenso wie beispielsweise eine Veränderung der Stundenzahl, d.h. Einschnitte nach dem Ausmaß der Erwerbstätigkeit.¹³⁶

Der Ausstieg aus dem Erwerbsleben ist die radikalste, nach Henz¹³⁷ (Großbritannien) die häufigste Form der beruflichen Anpassung an eine entstandene Pflegeverpflichtung, insbesondere bei Frauen. Auswertungen des Sozioökonomischen Panels wiesen für Deutschland eher nicht in Richtung auf eine relevante Inanspruchnahme von Teilzeitbeschäftigung als zentrales Adaptionsverhalten vollzeitbeschäftigter Frauen in Folge des Eintritts einer Pflegeverpflichtung.¹¹² Häufiger sind der Wechsel der Erwerbstätigkeit in eine Arbeit mit anderem Anforderungsprofil oder ein Wechsel in die Selbständigkeit anzutreffen. Dieser Effekt macht sich auch insofern bemerkbar, als Frauen in selbständiger Position eher berufstätig bleiben als nicht selbständige¹³⁸. Besonders Managementposten gelten weiterhin als unvereinbar mit der Pflege von Angehörigen.¹³ Dadurch sind Frauen mit Blick auf das Management auch aus dieser Situation heraus benachteiligt, da sie häufiger als Männer zur Gruppe von pflegenden Angehörigen zählen. Somit scheinen sich für manche Tätigkeitsprofile besondere Hürden aufzutun, die in Pflegeverpflichtung Stehende dann zum Wechsel veranlassen. Pflegende Frauen passen eher nicht ihre Berufstätigkeit an die Pflegeerfordernisse an, sondern sie suchen sich einen Arbeitsplatz, der mit den Pflegeaufgaben kompatibel ist (Exogenität der Berufstätigkeit)¹³⁹. Solche Stellen- oder Funktionswechsel veranlassen und vollziehen Betroffene in der Regel selbst. Gründe dafür sind unter anderem, dass sie die Pflgetätigkeit als ausschließlich persönliche Angelegenheit verstehen, oder sie wollen nicht als weniger leistungsfähig gelten.¹³⁹ Gleichgerichtet beobachten

Chesley und Moen¹⁴⁰, dass Pflegepersonen Hemmungen haben, betriebliche Angebote zu nutzen, da dieses Verhalten mit geringerem Einsatz und niedrigerer Produktivität assoziiert werden könnte.

Mühlbacher et al. beschreiben verschiedene Wirkungskanäle, die dazu führen, dass Arbeitnehmerinnen, welche die Pflege von Angehörigen übernommen haben, Anpassungen in ihrem Berufsleben vornehmen: Ein „**Substitutionseffekt**“ entsteht, weil sich pflegende Personen mit einem höheren Zeitbedarf außerhalb des Berufslebens konfrontiert sehen. Die informell Pflegenden reduzieren deshalb ihr Arbeitsangebot (e.g. ¹³³). Dagegen wird die weitere Einbindung am Arbeitsplatz aus finanziellen Erwägungen gewünscht, da die mit der Pflege verbundenen Ausgaben den Finanzbedarf des Haushalts vergrößern. Dieser „**Einkommenseffekt**“ soll zu mehr Arbeitsangebot führen. Ein weiterer Aspekt wird „**Erholungseffekt**“ genannt. Positive Auswirkungen des Berufs auf den pflegenden Angehörigen, e.g. Ausgleich, sehen auch Böttcher et al.¹³⁶ Inwieweit die Berufstätigkeit tatsächlich eine entlastende Wirkung hat, ist allerdings umstritten.⁹² Die Berufstätigkeit kann für informell pflegende Personen auch ein (letztes) soziales Netzwerke sein, wichtig als Ressource für Unterstützung und Informationen, zumal soziale Kontakte unter der Pfl egetätigkeit insgesamt leiden¹³.

Pflegende Angehörige sehen sich in ihrer beruflichen Tätigkeit mit einer Vielzahl an Einschränkungen konfrontiert. Traditionell wird von einem **negativen Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und informeller Pflege ausgegangen**¹²⁶. Zugrunde liegt die „**Competing Demands Hypothesis**“¹⁰² nach der ein gewisses Ressourcenbudget (Zeit, Einkommen, etc.) auf eine Menge an Tätigkeiten (Zeit für bzw. Kosten von Berufstätigkeit, Haushaltsführung, Betreuungsleistung,...) verteilt wird. Mit steigendem Ausmaß der Anforderungen treten alternative Verwendungen der Ressourcen in Konkurrenz.

Die größten Schwierigkeiten bei der Vereinbarung von Erwerbstätigkeit und Pflege eines Angehörigen werden sowohl für die Unternehmen als auch für die betroffenen Beschäftigten jedoch im nicht vorhersehbaren Pflegeverlauf gesehen, der dadurch weniger Raum für zeitliche und strukturelle Planungen lässt.^{136, 141} Solange Kooperation von Seiten der ArbeitgeberInnen eher als Entgegenkommen denn als Anspruch der ArbeitnehmerInnen verstanden wird, kann auch die Inanspruchnahme etablierter Rechte, wie e.g. der Abwesenheit im Krankheitsfall, den Arbeitsplatz bedrohen.¹⁴² Dadurch wird u.U. besonders bei der Gruppe älterer Frauen ohne herausgehobene Ausbildung oder andere, für die die Arbeitsmarktsituation eher kritisch ist, eine Phase von **Langzeitarbeitslosigkeit** induziert, die dann, auch ggfs. nach Ende der Pflegeverpflichtung, schwer umkehrbar ist.

In der neueren Literatur wird jedoch die **Wechselseitigkeit des Zusammenhanges** zwischen Erwerbsverhalten und informeller Pfl egetätigkeit und deren fruchtbare Wirkungen stärker betont.

Die einer Gesellschaft zur Verfügung stehende Arbeitsleistung aus ihrer Bevölkerung ist endlich. Zuwanderungskonzepte greifen angesichts vergleichbaren demographischen Entwicklungen in einer Vielzahl anderer Länder nur zeitlich und dem Umfang nach begrenzt.. Anstrengungen zur Rekrutierung und zum Ersatz mit gleichartig qualifizierten Mitarbeitenden erhöhen sich. Zunehmend lassen sich unterstützende Aktivitäten **als auf die betriebliche Leistungsfähigkeit bedeutende Einflussfaktoren identifizieren** - abgesehen von grundlegenden betrieblichen Werthaltungen, dem Frauenanteil der Belegschaft als Maß für die betriebliche Betroffenheit und die antizipierten Auswirkungen derartiger Maßnahmen.¹⁴³ Bislang zeigt sich, dass sich vor allem jene Unternehmen engagieren, die sich davon Vorteile erhoffen. Zu diesen Vorteilen gehören ein besonderes Maß an Loyalität von Seiten informell pflegender MitarbeiterInnen, die höhere Unternehmensbindung, dadurch verminderte

Such- und Rekrutierungskosten. Es entfallen auch andere negative Auswirkungen einer schnelleren Personalumwälzung, wenn wiederholt qualifizierte Mitarbeiter_innen aufgrund ihrer Pflegeverpflichtung (e.g. früher) aus dem Erwerbsleben austreten.¹³ Auch eine verringerte Krankenstands- bzw. Abwesenheitsneigung wird erwähnt¹⁴⁴, aufgrund der von den Betroffenen ohnehin verfolgten Anpassungsstrategien im Falle einer Pflgetätigkeit. Damit in Zusammenhang stehend und die Jobbindung beeinflussend sind auch schwer messbare personenbezogene Eigenschaften der beruflichen Tätigkeit, wie die Arbeitszufriedenheit, Sinnstiftung oder der Grad der Identifikation einer Person mit ihrer Arbeit¹³⁸.

- Ungeachtet des vielschichtigen **gut dokumentierten Nutzens**, den Arbeitgeber_innen aus den **betrieblichen Unterstützungspolitiken** für pflegende Personen - in der Mehrzahl Frauen - ziehen können, ist dieser **Weg noch zu wenig konzeptualisiert**.⁹²

Über diese **betrieblichen Anstrengungen** - im Eigeninteresse der Firmen und Verwaltungen hinaus - sind weitere Politikfelder zum Handeln genötigt: Können häuslich Pflegende etwa Weiterbildungsmaßnahmen (oder andere Veranstaltungen im sozialen Kontext des Arbeitsumfelds) aufgrund mangelnder Unterstützung in der Pflegesituation nicht wahrnehmen¹¹², so ist dies nicht nur für die Arbeitnehmer_innen selbst, sondern auch für die Arbeitgeber_innen bzw. die Wirtschaftskraft nachteilig. Die mittel- und längerfristige Produktivität sowie das im Beruf erworbene Humankapital pflegender Angehöriger können wegen mangelnder Vereinbarkeit teils, und/ oder über das Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit, für die Arbeitswelt auch ganz verloren gehen. In diesem Zusammenhang ist zudem der Humankapitalverlust, der aufgrund von Unterbrechungen der Berufstätigkeit entstehen kann, zu nennen.¹¹² Der Effekt, dass pflegende Personen, welche durchschnittlich älter sind als nicht von Pflegeverpflichtungen betroffene Kolleg_innen, die Frühpensionierung eher als Option wahrnehmen, ist in der Literatur gut dokumentiert.¹⁶

- Die der Gesellschaft und Wirtschaftsregion zur Verfügung stehende Kompetenz und Arbeitsleistung von Pflegenden unterliegt letztlich Einflüssen durch die **gesamtgesellschaftliche Ausgestaltung der Vereinbarkeit**.

Die Erkenntnisse der Forschung, für die Region unterstützt durch die Eindrücke aus der Interviewphase bzw. der Online-Erhebung, zeigen, dass guten Lösungen für die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflegeverpflichtung eine *herausragende Bedeutung* für die Bewältigungsstrategien und deren Nachhaltigkeit zukommt:

- Der Trend zu einer höheren Erwerbsbeteiligung von Frauen, welche nach wie vor die Hauptlast der Pflgetätigkeit in der Gesellschaft tragen, lässt die Zahl derer, die Berufs- und Pflgetätigkeit zu vereinbaren suchen, tendenziell steigen^{145,146}.
- Aus der Auseinandersetzung mit dem Spannungsfeld von Sorgetätigkeit und Erwerbsleben kristallisieren sich Komponenten heraus, die das Profil von Arbeitsplätzen skizzieren, die eine Vereinbarkeit erhöhen.^{147, 148}
- Dazu zählen neben beispielsweise Flexibilität des Arbeitseinsatzes wesentlich auch das Verständnis und die Sensibilität der Kolleg_innen und Vorgesetzten („Arbeitsklima“).^{149,140}

Hieraus lassen sich Handlungsoptionen ableiten, die in der Tabelle 28 zusammengefasst sind.

Spezielle Arbeitsplatzkontingente	Adressat (Beispiele)	Maßnahmen	Zielrichtung/ Erläuterungen
			<i>Voraussetzung: Kultur des Verständnisses für Menschen mit Sorgeverpflichtung</i>
Arbeitsplatzkontingente für Beschäftigte mit häuslicher Sorgeverpflichtung	Betriebe der Region, öffentliche Arbeitgeber	Schaffen von Arbeitsplätzen mit geeignetem Profil, Definieren eines Kontingents	Geeignetes Profil der Arbeitsplätze: Gleitzeit, Stundenbudgets, Home office (auch partiell), selbständige Arbeitsorganisation
<i>Speziell:</i> Arbeitsplatzprofile für Pflegefachkräfte mit häuslicher Sorgeverpflichtung	Einrichtungen der Region, die professionelle Pflege anbieten	(passagere) situativ abrufbare Spezialarrangements definieren	Eckpfeiler dieses speziellen Bedarfs für die Einrichtung definieren: z.B. Stundenbudgets, im Betreuungsteam konsentrierte Einsatzzeiten Bonus für die Arbeitgeberseite: Halten und Gewinnen von Fachkräften
Arbeitsplatzbörse, „Tauschbörse“	a) betriebsintern (z.B. Frauenbeauftragte, Personalabteilungen): b) Kommunen: c) (Frauen)Verbände der Region c) Arbeitsagenturen	-interne Wechsel in spezielles Arbeitsplatzkontingent, -passagere Umstellung der Arbeitszeitvereinbarungen, -passagerer Wechsel an anderen Arbeitsplatz Beratung, Coaching, Begleitung beim Wechsel, Vorhalten von Listen über passende / mitwirkende Arbeitgeber	Ggfs. Vorhaltung eines Kontingents

Tabelle 28: Ansatzpunkt Arbeitsplatzgestaltung – Arbeitsplatzkontingente

8.5.2. INITIATIVE ARBEITSWELT

Die aktive Beteiligung der Arbeitgeberseite für eine verbesserte Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und häuslicher Pflegeverantwortung vor dem Hintergrund ihrer gesellschaftlichen und regionalen Verantwortung könnte sich als ein Vorschlag in den in Tabelle 29 zusammengestellten Maßnahmen und Überlegungen niederschlagen. Gerade die Arbeitswelt ist ein Bereich, in dem eine Kultur des Zusammenwirkens Raum finden und eingeübt werden kann.

Arbeitgeber-Initiative		
	Maßnahmen/ Aspekte	Zielrichtung/ Erläuterungen
Arbeitsklima schaffen	<ul style="list-style-type: none"> • Thema in Personalveranstaltungen • Fortbildung von Führungspersonal • Aufklärung über Bedeutung • Gewinn erkennen in den Kompetenzen von Menschen mit Sorgereverpflichtung 	Unterstützungskultur für Menschen in Sorgereverpflichtung
Information vermitteln	<ul style="list-style-type: none"> • In Personalabteilungen Wissen vorhalten, das für Beschäftigte mit Pflegeverpflichtung nützlich und wichtig ist, Kompetenzen der Personalabteilung nutzen • Informationsangebote innerbetrieblich 	Information für Betroffene vorhalten und im Bedarfsfall weitergeben
Bonus wahrnehmen	<ul style="list-style-type: none"> • Bonus bei der Rekrutierung von qualifizierten Kräften • Halten von qualifizierten Kräften • Personalwechsel vermindern • Wahrnehmung regionaler Verantwortung geeignetes Arbeitsplatzangebot und Kontingente für Beschäftigte in Sorgereverpflichtung • Bonus im Ansehen der Firma • Qualitätsaspekt (z.B. in EFQM) 	<i>Auch:</i> Marketing-Strategie

Tabelle 29: Arbeitgeber-Initiative zur Unterstützung von Berufstätigen mit häuslicher Pflegeverpflichtung

8.6. WOHNRAUM UND WOHNUMFELDGESTALTUNG

Geeigneter, z.B. Barriere reduzierter Wohnraums bzw. Angebote zur Überwindung von Treppen und anderen Hemmnisse der Mobilität erwiesen sich als ein zentrales Thema in den Interviews und in den Antworten aus der Online-Erhebung, so dass hier ungedeckter Bedarf und Erwartungen gleichermaßen widerspiegeln. Gerade diesem Themenfeld widmen sich auch zahlreiche Vorschläge für konkrete Verbesserung. Neben den Finanzen⁹⁹ zählt ungeeigneter Wohnraum zu den wichtigsten sogenannten „Push-Faktoren“. Ursprünglich ein Begriff aus der Migrationstheorie nach Everett S. Lee (1972), beschreibt er in diesem Zusammenhang Faktoren, die einen vorzeitigen Wechsel in stationäre Pflege herbeiführen, obwohl dafür allein aus gesundheitliche Gründen kein Anlass gegeben wäre. Eine Vielzahl von Faktoren, die zum sozialmedizinischen Feld der Kontextfaktoren zählen, spielt hier eine Rolle, so beim Bereich *Wohnumfeld beispielsweise*

- Gehbehinderung und Zugang zur Wohnung
- Wegfall von Buslinien, Einkaufsmöglichkeiten, Poststellen ...
- Verlust von Nachbarschaftsbeziehungen (durch Tod, „neue Nachbarn“ ...)
- Siedlungsstruktur ändert sich (Umwidmung, Verkauf ...)

Handlungsbedarf ist offenkundig und dringlich gegeben. Tabelle 30 umreißt eine Palette von Maßnahmen und ihre Adressaten. Die Erwartungen der Betroffenen richten sich ist in besonderem Maß

an die öffentliche Hand. Jedoch berührt der gleichzeitig eine Vielzahl von Politikfeldern, weswegen das Problemfeld im Rahmen der Diskussion nochmals unter dem Aspekt „*Health in all Policies*“ aufgegriffen wird. Auch für private Initiativen, z.B. von grenzüberschreitend wirkenden regionalen Stiftungen, ist Raum und Bedarf.

Ansatzpunkt:			
Push-Faktoren	Adressaten	Maßnahmen	Zielrichtung/ Erläuterungen
Konzertierte Aktion für den Verbleib in häuslicher Umgebung	Sozialstationen/ ambulante Pflegedienste/ Spitex	a) verlässliche kontinuierliche Unterstützung schaffen b) abgestuftes Angebot von hauswirtschaftlicher Unterstützung bis medizinische Pflege, auch finanziell graduiert b) flankierende Angebote für bezahlbare häusliche Dienstleistungen (z.B. Hausmeisterleistungen) c) Ehrenamtliche (Freiwilligen-) Begleitung in Care-Situationen,	Netz an Support enger, vieltätiger knüpfen
„Wohnrauminitiative“	Öffentliche Planungsstellen	a): altersgerechten Wohnraum frühzeitig planen und schaffen	Einer der wichtigsten Faktoren für zu frühe Heimunterbringung („Push_Faktor“)
	Gesetzgeber/ Fiskus	b) steuerliche Anreize / nennenswerte Erleichterungen für die Schaffung von altersgerechtem Wohnraum (auch durch Nachrüstung)	
	Kommunen	c) „Wohnungsbörse“ d) Frühwarnsystem durch Hausbesuche	
Finanzielle Restriktionen, Altersarmut	Gesetzgeber	Überprüfung der Unterstützungsleistungen auf Nachhaltigkeit	<i>Speziell:</i> Altersarmut von Frauen
	Parlamente	Rahmenbedingungen für eine verbesserte Ausstattung der Pflege mit Ressourcen (informell und professionell)	
	Kommunen, soziale / kirchliche Verbände, Stiftungen der Region	Budgets für flexible, unbürokratische Hilfen	z.B. „Taschengeldlösungen“ <i>auch:</i> Hilfestellung für betroffene Haushalte und deren Kinder

Tabelle 30: Ansatzpunkt: „Push-Faktoren“

8.7. TABUTHEMEN IN DER GESELLSCHAFT: PFLEGE UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

- „... und es fragt auch keiner: Wie geht es dir denn?“⁹⁷
- „Ich fühle mich schon ein bisschen allein gelassen. Ja,...“ (DLSPA;125)

Die Situation der Personen, die häusliche Pflegeverantwortung übernommen haben, stellt sich bislang als von zahlreichen Benachteiligungen geprägt dar.¹⁵⁰ Beispiele für Selbstwahrnehmung in einer Situation ohne Hoffnung auf Besserung, in einer häufig längerfristig angelegten Perspektive, mit einer Vielzahl von Einschränkungen und dem „Kentern“ des eigenen Lebenskonzepts, zeigen sich in Interviewsituationen (s. o. exemplarisch). Hinzu kommt das Erleben von diskriminierenden Wertungen: als ob man „an der Situation schuldig“ sei, „in die Pflicht genommen“ von Pflegediensten und-heimen, als „drop out“, allein mit dem Versuch, für die Umwelt „nicht lästig“ zu sein. Röwekamp¹⁵¹ fasst diese Wahrnehmungen als Erfahrung einer vierfachen „Entwertung“ der in informeller Pflege geleisteten Sorgearbeit zusammen; besonders pflegende Frauen sind betroffen; Sie arbeiten im Haushalt, der als Arbeitsbereich bereits diskriminiert wird (1. Entwertung), sie mühen sich mit Menschen ab, die sich selbst nicht mehr helfen können (2. Entwertung) und verrichten Tätigkeiten, die nicht zu einem sauberen und freundlichen Arbeitsbegriff passen (3. Entwertung). Generell leben pflegende Frauen einen Alltag, der zu üblicherweise als zeitgemäß geltenden Lebensentwürfen (mobil, selbstbestimmt) nicht passt (4. Entwertung). Diese Diskriminierungen auf informeller Ebene sind, wenngleich Gegenstand all-täglicher Erfahrung, schwer zu fassen. Letztlich werden die Pflegenden so in einen gesellschaftlichen Randbereich abgedrängt, der sie zu Außenseiterinnen macht, bis hin zur Exklusion.

Fehlinterpretationen von Verhaltensmustern in der Folge von Übernahme einer Pflege(verantwortung) - etwa als Motivationsmangel statt (An-)Erkennen von Barrieren - unterstützen die benachteiligenden Einschätzungen. Die hohe gesellschaftliche Werthaltung für bestimmte Verhaltensweisen wie freizügige Selbstbestimmtheit und Mobilität (u.a.) schafft weitere Felder, in denen in der Pflegeverantwortung gebundene Frauen Abwertung erfahren.¹⁵² Hingegen findet die Übernahme von Pflegeverantwortung in der Gesamtwertung von Leistung und Lebensleistung von Frauen erstaunlicherweise in der Regel keine Integration. Die alltäglich erfahrene Diskriminierung baut zusätzlichen (Leistungs-)druck für das ohnehin belastete Kollektiv auf. Die gesellschaftliche Benachteiligung durch entgehende Sozialleistungen, Einbußen an finanziellen Ressourcen und an Erwerbstätigkeit gebundenem Sozialprestige werden an anderer Stelle erörtert.

Verstärkt durch die negative Außensicht auf eine Langzeitpflegesituation, gespeist aus verschiedenen Haltungen wie der „Trivialisierung von Pflege“¹⁰⁰, aus der Verdrängung von Alter, Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Tod in der Gesellschaft und aus der Konnotation als einem mit Scham und Ekel behafteten Bereich^{153,154}, kommt es durch die Inanspruchnahme in der Pflege zu einer Isolation der Pflegenden. Die Langzeitpflege von kranken oder behinderten Kindern oder erwachsenen Angehörigen stellt sich als wenig planbare und eher durch ungünstige als durch positive Veränderungen geprägte Entwicklung dar.^{108,155,156} Entgrenzt sich die Pflegeaufgabe, was sich als besonderes Risiko für Frauen darstellt, umfasst die Pflegeaufgabe deren gesamte Lebenswelt. Sogenannte **Totalisierungen** werden auch durch den physischen und psychischen Verfall der pflegebedürftigen Personen und den damit verbundenen Sterbeprozessen ausgelöst.¹⁵³

Eine in der Pflegesituation mehrdimensionale Vulnerabilität entsteht an vielen Schnittstellen, im sozialen, beruflichen und persönlichen Bereich. Das in einer Publikation von Gröning et al. vorgestellte Zitat veranschaulicht die Vielschichtigkeit:

- ▶ *„Das Problem der Pflege von Angehörigen sind nicht die überaus vielfältigen Verrichtungen. Die „Verrichtung“ ist eine gewöhnliche Tätigkeit, die Zeit und einiges Geschick erfordert. Denn wer nahesteh-*

hende Menschen pflegt, steht nicht außerhalb der Erkrankung. Ich wurde also gleichsam ein Lotse, dessen eigener Kurs unlöslich mit einem angeschlagenen Schiff in einer gefährlichen Passage verbunden war¹⁵⁴.

- Das Empfinden von Vulnerabilität verstärkt sich, wo zur Bewältigung der Pflegeaufgabe **Unterstützung** in Anspruch genommen werden muss, die Abhängigkeit von dritten Personen bzw. Institutionen schafft.

Besondere Probleme sind bei der **Pflege vor Migrationshintergrund** zusätzlich in Rechnung zu stellen. Im Rahmen dieser Untersuchung ergaben Hinweise seitens der professionell Beratenden, dass eine kontinuierliche Zunahme dieser Gruppe zu beobachten ist, ohne dass diese mit dem Beratungsangebot ausreichend angesprochen und erreicht werden kann. Hier besteht **Entwicklungsbedarf im Beratungssystem**, stärker noch in Deutschland – beginnend bei entsprechender Sprachenkompetenz. Viele Migrantinnen und Migranten, die als Arbeitskräfte nach Deutschland kamen oder als Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler zugewandert sind, werden älter und damit auch immer häufiger pflegebedürftig. Die grundlegenden Bedürfnisse und Problemstellungen von Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen unterscheiden sich nicht, gleich ob mit oder ohne Migrationshintergrund.¹⁵⁷ Dennoch gibt es Unterschiede im Hinblick auf rechtliche Fragen, kulturelle und religiöse Hintergründe.¹⁵⁸ Sprachprobleme, andere Familienstrukturen oder auch ein unterschiedliches Verständnis von Krankheit und Gesundheit schaffen zusätzliche Problemfelder, die noch in vieler Hinsicht der Erforschung bedürfen.^{159,160} Dazu zählt auch die Stellung der Frauen in der familiären Pflegeverpflichtung¹⁶¹.

Die Stimmen, die sich in dieser Untersuchung niederschlagen, kritisieren aus ganz unterschiedlichen Perspektiven den gesellschaftlichen Umgang mit Pflege und Pflegebedürftigkeit, so dass Tabuisierung offenbar auch ein Thema der Region ist. Hier wie anderswo benötigt die Gesellschaft einen offenen Umgang mit dem Thema, eine Kultur des Verständnisses für die Situation von Pflegenden und Pflegebedürftigen vor dem Hintergrund der Erkenntnis einer gesamtgesellschaftlichen Betroffenheit, zu der die aktuelle Individualisierung der Belastungen im Gegensatz steht. Die Realität ist noch von Haltungen und Verhaltensweisen gekennzeichnet, die Pflege ausschließlich dem Privatbereich zuordnen und Pflege(bedürftigkeit) in den Raum der Tabus verweist.

Dies schafft

- zusätzliche Barrieren für die Inanspruchnahme von Unterstützung, hat vielfach die
 - Verschleppung der Anerkennung eigenen Hilfebedarfs zur Folge und andererseits eine
 - sinkende Pflegebereitschaft in der Gesellschaft.
- Die Tabuisierung und Stigmatisierung stellt zudem ein Hemmnis für die Bewältigung (Coping) der neuen Situation bei Pflegebedürftigen dar. Dies bedeutet zusätzliche Einbußen an Lebensqualität und sozialer Integration, aber auch Verschleppung von Hilfebedarf.

Gerade in diesem Feld bietet sich grenzüberschreitendes, gemeinsames Handeln an, in z.B. Aktionen, regionalen Thementagen, im Aufgreifen in kulturellen Veranstaltungen und in der Kunst. Sie alle bieten für die gesamte Region eine **Plattform**, damit **Selbstverständlichkeit** und **Sachlichkeit** in dieser Thematik Raum greifen können.

Das Themenfeld überschneidet sich mit dem **Präventionsgedanken**.

In Tabelle 28 sind Eckpunkte einer Initiative zusammengestellt, die sich aus dem Blickwinkel der Prävention dem Anliegen einer Entstigmatisierung nähert (s.o).

Im diesem Zusammenhang darf die Interferenz mit dem Altersbild einer Gesellschaft nicht unerwähnt bleiben. Dass das Belastungserleben in einer Pflegesituation viele individuelle Züge trägt, zeigte sich auch in den in beiden Ländern geführten Experteninterviews. Ob messbare Benachteiligungen (z. B. Einbußen der körperlichen Leistungsfähigkeit, soziale Isolation oder knappe materielle Ressourcen) mit einem positiven oder negativen subjektiven Erleben einhergehen, hängt auch von der Ausprägung individueller Altersbilder ab, insbesondere davon, ob mit dem Älterwerden Entwicklungsgewinne und Chancen oder Entwicklungsverluste und Risiken verbunden werden. Altersbilder können zu einer psychischen Widerstandsfähigkeit trotz schwieriger Lebensumstände (Resilienz) führen, sie können jedoch Vulnerabilitätskonstellationen auch verstärken. Menschen, die bereits hinsichtlich der Entwicklung und Verwirklichung von Potenzialen benachteiligt sind und die zugleich durch Bildungsangebote und Maßnahmen der Prävention am wenigsten erreicht werden, eher negative Altersbilder¹⁶². Auch diesem Aspekt bleibt bei der Gestaltung obengenannter Präventionsmaßnahmen Rechnung zu tragen.

8.8. INFORMATION UND ZUGÄNGLICHKEIT

In eindrucksvoller Weise belegen Interviews mit allen Gruppen und die Antworten in der Online-Erhebung, dass – wenngleich an vielen Stellen vorgehalten – Informationen oft nicht da und nicht dann ankommen bzw. zu Gebote stehen, wo und wann sie gebraucht werden.

► „Ja, sicher. Sicher. Ich habe einen ganzen Ordner mit Informationen.“ (SB2P;191)

Dies macht den Bereich Information zu einem zentralen Handlungsfeld, bedeutet unzureichende Information doch Barrieren und Chancenungleichheit, die nicht gewollt sind:

Wichtig sind außer der theoretischen Verfügbarkeit von Angeboten auch die **Zugänglichkeit** bzw. die tatsächlichen Zugangsbedingungen zu (unterstützenden) Leistungen¹⁶³. Dazu zählen auch Leistungen des sozialen Sicherungssystems, für Deutschland insbesondere aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. In die Zugänglichkeit gehen dabei ein: das **Erkennen** des Versorgungsbedarfes (z. B. durch den Hausarzt bzw. die Hausärztin, das Pflegeassessment im Auftrag des Sozialversicherungsträgers), Komponenten von Entfernung, Verkehrsanbindung, häuslicher **Organisation**, regionale Strukturen von **Verfügbarkeit** und nicht zuletzt **Finanzierbarkeit** und das **Wissen** darum. Beispielsweise nahmen nach den Darlegungen im Entwurf des 4. Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung von den Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz *nur 37% die ihnen zustehenden und im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes nochmals erweiterten Leistungen in Anspruch*.¹⁶⁴

Im Rahmen dieser Erhebung wurde von Pflegenden in den Interviews und in der Online-Erhebung, aber auch besonders von alleinlebenden Pflegebedürftigen ein erheblicher Mangel im Bereich der

Information als Teil des Zugangs sowie kaum zu bewältigende bürokratische Hürden zum Erhalt von Leistungen dargelegt. Jedes dieser Elemente erhöht die Vulnerabilität der Pflegenden und Gepflegten und folgt einem sozialen Gradienten. Für Betroffene mit erheblichen Fähigkeitseinschränkungen, in ungünstiger sozialer Position, mit geringerem Bildungshintergrund oder gar sprachlichen Barrieren **kumulieren** demzufolge die Erschwernisse.

- ▶ „Ohne das Internet wäre ich, also da habe ich dann auch das mit i-Punkt noch mal gucken und so.“ (DL1P;69)

Die Analyse der beschriebenen Defizite und die Visionen zusammengenommen, geben dem Handlungsfeld die in den Tabelle 24 und 27 (Initiativen) beschriebenen Eckpunkte, die auch erhebliches Innovationspotenzial bergen (s. dazu *Schlussfolgerungen und Empfehlungen*).

8.9. GRENZÜBERSCHREITENDE TÄTIGKEIT IN DER PROFESSIONELLEN PFLEGE

In der Ergebnisdarstellung zur Online-Erhebung sind die Bedarfe, Hemmnisse, aber auch die Vorschläge vonseiten professionell Pflegenden aus beiden Ländern zur Weiterentwicklung von Pflegestrukturen und zum Abbau von Hürden bei einem grenzüberschreitenden Einsatz detailliert ausgeführt. Daher sollen an dieser Stelle lediglich tabellarische Übersichten zu den dort aufgezeigten Handlungsfeldern auf die im Kapitel 6 ausführlicheren Darstellungen hinweisen.

Qualifizierung/ Anerkennung/ neue Ressourcen in der Pflege	Adressaten	Maßnahmen	Erläuterung
Anerkennung des Berufsabschlusses	Schweizer Behörden	Anerkennungsverfahren	betr. z.B. Abschluss als examinierte_n Altenpfleger_in (3 J. A.) in Deutschland
	Regionalpolitik, transnationale Gremien	Einsatz für regionale grenzüberschreitende Lösung, z.B. vereinfachte Nachqualifizierung prüfen	
	Schulungseinrichtungen in der Region	gezielt Angebot für international anerkannte Abschlüsse erweitern (z.B. Bachelor of Nursing mit Schwerpunkt)	
Nachqualifizierung von Pflegehilfskräften	Schweizerische und deutsche Pflegefachschulen	kompaktes Schulungskonzept erarbeiten / anbieten, für Personaleinsatz in beiden Ländern geeignet	betr. z.B. Altenpfleger_in mit 1-jähriger A. und angeleitete Pflegekräfte
Qualifizierung von pflegenden Angehörigen	Pflegesschulen in Deutschland	neues Programm zur Nachqualifikation für Frauen nach häuslicher Sorgeverpflichtung (neues Angebot auf dem 1. Arbeitsmarkt)	Vorbild: Spitex in der Schweiz
	Zusammenarbeit mit Spitex für grenzüberschreitend nutzbare Qualifizierung – <i>Regionalmodell</i>	Erweiterung der Ressourcen an professionell Pflegenden in der Region	<i>auch:</i> um (Langzeit-) Arbeitslosigkeit nach häuslicher Sorgeverpflichtung entgegenzuwirken

Tabelle 31: Qualifizierung für den grenzüberschreitenden Einsatz professionell Pflegenden

Ansatzpunkte: Initiativen für mehr Flexibilität	Eckpunkte	Zielrichtung
Dezentral organisierte Betreuungsteams	<ul style="list-style-type: none"> • Multiprofessionelle Zusammensetzung • Zuordnung eines Pflegebedürftigen zu festem Betreuungsteam wirkt ständigem Wechsel der pflegenden Personen entgegen 	Ambulante Pflege, auch grenzüberschreitend
„Mitarbeiterpool“	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhaltung von grenzüberschreitend einsetzbarem Pool an Pflegekräften • Flexibler Einsatz bei Ausfällen z.B. in Folge von Krankheit, vermehrter Arbeitsanfall • International tätige Arbeitgeber, alternativ transnationale Personal-Holding 	grenzüberschreitend
„Spezialteams“	<ul style="list-style-type: none"> • Grenzüberschreitend ambulant einsetzbare Teams für spezielle Pflegeaufgaben z.B. Mukoviszidose • von teilnehmenden Einrichtungen (z.B. nach Schlüsseln für Personalgestaltung und Inanspruchnahme) getragen 	Ausgleich aktueller Defizite bei der Schwerpunkt-Pflege

Tabelle 32: Initiativen für mehr grenzüberschreitende Flexibilität in der professionellen Pflege

8.10. IMPLIKATIONEN FÜR POLITIK UND WIRTSCHAFT

Keines der genannten Handlungsfelder kann außerhalb der nationalen Rahmenbedingungen gesehen werden. Gleichzeitig sind alle darin in Betracht gezogenen Aktivitäten bzw. deren Unterlassen nicht ohne Auswirkungen auf eine Vielzahl von gesellschaftlichen, sozialen und wirtschaftlichen Bereichen, in die andererseits die (Gesundheits-)Politik mit ihren Entscheidungen hineinwirkt.

In diesem Abschnitt soll versucht werden, die **aus der Region aufgegriffenen Anliegen in Bezug** zu setzen zu Politikbereichen und Entscheidungsebenen, deren Handeln grundlegende Änderungen herbeiführen könnte.

Die gegenseitige Verwobenheit soll eine OECD-Studie verdeutlichen:

Diese untersuchte die Effekte der Verfügbarkeit von informell Hilfe Leistenden und dem Umfang öffentlicher Budgetbereitstellung auf die Ausgaben für Langzeitpflege in einem Subset von OECD-Ländern [Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)].²⁷ Die Studie geht über andere insofern hinaus, dass sie verschiedene weitere Einflussgrößen in den Blickwinkel aufnimmt, so das Geschlechterverhältnis (MF ratio) in einer Gesellschaft, die Bindung von Frauen in Arbeitsverhältnisse, öffentliche Budgets für den Pflegesektor, aber auch Einkommen als erklärende Variable für Varianzen, die bislang sämtlich weniger Aufmerksamkeit erhalten als die Alterung der Bevölkerung an sich.

Die limitierte Verfügbarkeit von Ehepartner_innen, Kindern oder anderen Personen, die informell Hilfe leisten, führe, so die häufige Annahme, zu einer Zunahme der Nachfrage nach formeller Langzeitpflege. Demographische, ökonomische und soziale Faktoren haben jedoch vielschichtig Effekte auf die Verfügbarkeit von informell Hilfeleistenden. Eine wichtige Größe sind dabei wiederum die Frauen: im Fall von zunehmender Erwerbsbeteiligung von Frauen vorrangig in Teilzeittätigkeiten nehmen nach

den Studienergebnissen die Ausgaben für den Sektor der formellen Langzeitpflege ab. Diese Ausgaben steigen jedoch, wenn die Erwerbsbeteiligung von Frauen in Vollzeitbeschäftigungen zunimmt. Auch mit Blick auf die Veränderungen durch unterschiedlichen Zuschnitt von Unterstützungsleistungen sind reaktive Verhaltensänderungen bei pflegenden Frauen von Bedeutung und können weitreichendere Auswirkungen haben. Wenn beispielsweise eine knappe Mittelbereitstellung in der Gesellschaft (aus direkten staatlichen Mitteln oder über Versicherungsverhältnisse) Frauen dazu veranlasst aus Beschäftigungsverhältnissen auszusteigen, um Pflege für ältere Angehörige selbst zu leisten, können die geringeren Steuereinnahmen aus entgangener Erwerbsarbeit zu einer weiteren Verknappung der öffentlichen Mittel führen. Eine umfangreichere Bereitstellung von Mitteln muss damit nicht notwendigerweise höhere Ausgabe für Langzeitpflege implizieren, könnte hingegen weitere positive Effekte auslösen. Scheidungsraten oder die Entwicklung des Geschlechterverhältnisses nehmen beispielsweise ebenso Einfluss auf die Ausgaben für Langzeitpflege wie die Einkommenssituation in einer Bevölkerung an sich.

Das Wenige, das gewusst wird, skizziert die Herausforderung:

Dass Pflege in der Familie eine Determinante für Altersarmut und sozialen Abstieg wird, widerspricht den Zielsetzungen der **Tallinn-Charta der WHO**, die Gesundheitssysteme in der Pflicht für Gesundheit und Wohlstand sieht. Speziell für Deutschland stehen die Vorgaben des §1 des Ersten Sozialgesetzbuches^p einer solchen Entwicklung entgegen. Heute muss man, so zeigen es auch die Resultate aus der Region, als einen der zentralen „Push-Faktor“ für die vorzeitige Heimunterbringung die persönliche Finanzlage zählen. Hier stellt sich die Frage nach einem Umdenken, beispielsweise hinsichtlich der Finanzausstattung für den ambulanten Bereich - zumal die Unterbringung in Pflegeheimen zukünftig als ein (nach der Anzahl der Personen und der Ausgaben pro Person) ansteigender Kostenfaktor in den öffentlichen Ausgaben einzuschätzen ist.

Die Bereitschaft zur (häuslichen) Pflege in der Familie nimmt auch ab, weil Pflegenden das Armutsrisiko für die eigene Biographie, beispielsweise infolge entgangener Gehaltsbezüge, und dessen Folgen scheuen. Dass gut ausgebildete, motivierte Bürgerinnen und Bürger (davon insbesondere die Frauen) und deren Folgegeneration(en) in Zukunft den Anteil der Hochrisikogruppe armutsgefährdeter Personen in der Bevölkerung erhöhen, weil sie sich einer Pflegeverpflichtung gestellt haben, würde ein Risiko für die Stabilität der Säule „häusliche Pflege“ und den gesellschaftlichen Zusammenhalt bedeuten.

Die in die Erhebungen eingebrachten Voten der Bürger_innen und Bürger sehen, übereinstimmend mit Einschätzungen aus der Forschungsliteratur, im Politikbereich mehrfach Handlungsfelder mit den in Tabelle 33 zusammengefassten Themen, die sich sämtlich auf die Rahmenbedingungen beziehen.

^p Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll „...zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit gestaltend beitragen und besondere Belastungen des Lebens abwenden oder ausgleichen.“

Weg bringen zu können, im Sinne einer nicht einer privatisierenden/ individualisierenden Bewältigungsstrategie (Tab. 34).

Darstellbarkeit informeller Pflege in Panel- und Surveydaten

Panel- und Surveydaten, insbesondere im Ausland und auf gesamteuropäischer Ebene verfügbar, e.g. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)¹⁶⁵, English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)¹⁶⁶, erlauben Einblicke auch im Längsschnitt, sind aber zu dieser Thematik in Deutschland erst im Aufbau. Geeignete sozialwissenschaftlich nutzbare Datensätze, um das Teilkollektiv der pflegenden Angehörigen z.B. im Vergleich zu Personen im erwerbsfähigen Alter, die nicht pflegen, zu untersuchen, stehen im nötigen Detaillierungsgrad bislang insbesondere für Deutschland nicht zur Verfügung. Analyse der Fragebögen des SOEPs2 und des PASS3 hinsichtlich der inhaltlichen Aussagekraft und ihren Grenzen zeigen, dass sowohl das SOEP als auch der PASS-Datensatz geeignet sind, um verschiedene (Risiko-) Szenarien zu identifizieren. Für (regional) operationalisierbare Aussagen werden jedoch in Zukunft ergänzende u.a. inferenz-statistische Methoden benötigt, so dass Informationen aus verschiedenen Datensätzen miteinander kombiniert werden können. Ergänzend muss ein Teil der Informationen im Rahmen von weiterer Versorgungsforschung als Primärdaten erhoben werden.⁸⁸

Auch die Rolle von **Haupt- und Nebenpflegepersonen** im informellen Kontext kann in beiden Ländern bislang nicht ausreichend beleuchtet werden. Der Entwurf des 4. Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung geht davon aus, dass in familiärer Pflegesituation neben der oft weiblichen Hauptpflegeperson weitere (auch männliche) Nebenpflegepersonen mitwirken.^{167, 168}

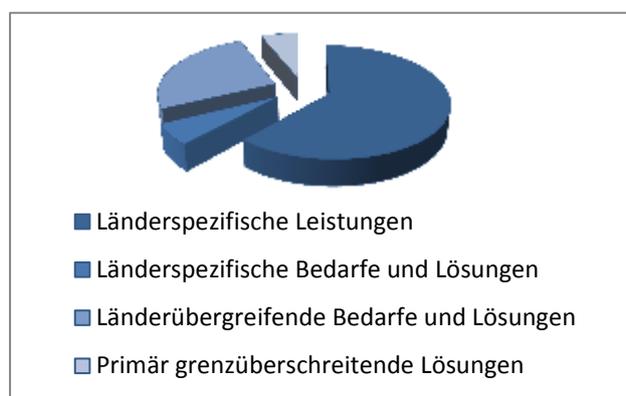
Es könnte durch mangelnde Darstellbarkeit zu Selektivitätsproblemen kommen, so dass ein Teil e.g. der **Vereinbarkeitsproblematik**, beispielsweise **im Fall von Männern** als „sekundäre informelle Pflegepersonen“, unberücksichtigt bleibt.

9. MODULE IN EINEM GRENZÜBERSCHREITENDEN VERSORGUNGSMODELL ZUR PFLEGE

9.1. LÄNDERSPEZIFISCHE UND -ÜBERGREIFENDE MODULE

Für den Weg zu einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zum Thema Pflege und Pflegebedürftigkeit wurde ein modulares Modell erarbeitet. Die Resultate der Untersuchung bilden die Grundlage. **Die Module sind auf die verschiedenen vorgestellten Handlungsfelder ausgerichtet** (Kapitel 8) und greifen diese zur Umsetzung auf.

Die zukünftige Versorgung soll sich zuvorderst ausrichten an den Bedarfen und Bedürfnissen derjenigen, die der Pflege bedürfen ebenso wie derjenigen, die Pflege in unterschiedlichem Rahmen leisten, und insbesondere die Situation in der informellen Pflege-Situation berücksichtigen – das war zentrales Anliegen des Vorhabens. Es wird darüber noch viel zu wenig gewusst – wie sich in den Interview-Situationen durchweg bestätigte. Das Modell einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in der Pflege soll auf den Erkenntnissen aufbauen, die in und mit der Region herausgearbeitet werden



konnten und weitere Faktoren einbeziehen, welche die Pflegesituation beeinflussen.

Module	Beispiele
Modul 1 Länderspezifische Bedarfe und Lösungen	<ul style="list-style-type: none"> • Verfahren zur Anerkennung Nachbarland-spezifischer Qualifikationen • Muttersprachliche Unterstützung für Pflegebedürftige / informell Pflegende
Modul 2 Länderübergreifende Bedarfe und Lösungen	<ul style="list-style-type: none"> • Qualifizierung für den erweiterten regionalen Arbeitsmarkt (Schulungs- und Nachqualifizierungsangebot) • Koordinierungsstellen für ehrenamtliche / Freiwilligen – Arbeit: grundlegende Konzeption, lokale Ausformungen und Austausch • Pflegekoordination in der häuslichen Pflege, mit Vermittlungsfunktion von spezifischen Unterstützungsleistungen wie hauswirtschaftliche Leistungen, Hausmeisterleistungen, Überbrückungsbetreuung bei Erwerbstätigkeit der häuslich Pflegenden: grundlegende Konzeption, lokale Ausformungen und Austausch • Betreuungsteams in der verbundenen ambulanten Pflege: grundlegende Konzeption, lokale Ausformungen und Austausch • Umstellung der Qualitätsorientierung von Prozess auf Ergebnisqualität
Modul 3 Primär grenzüberschreitende Themenfelder	<ul style="list-style-type: none"> • Fort- und Weiterbildung zu Themen in der Pflege, gespeist aus Fortbildungsaktivitäten beider Länder (gemeinsames Fort- und Weiterbildungsangebot für Professionell Pflegende und für die Laienpflege) • Arbeitgeberinitiativen: freiwillige Beteiligung, betriebsindividueller Umfang, regionale Transparenz zum Angebot („Leuchttum-Effekt“, aber auch z.B. als Orientierung für Job-Suchende) • Online-Vernetzung: Informationsmanagement (z.B. Rund-um-die-Uhr Abruf aktueller Information)

Tabelle 34: Länderspezifische und -übergreifende Bedarfe und Handlungsfelder

Die sich aus den Resultaten abzeichnenden Handlungsfelder und Lösungen können in der Mehrzahl landesspezifisch oder länderübergreifend ausgerichtet sein. In beiden Ländern besteht ein bereits hochentwickeltes Leistungssystem, das landesspezifisch an bestimmten Stellen der Ergänzung bedarf. Gleichzeitig gibt es jedoch viele Bereiche, so kann entnommen werden, mit gleichartiger Herausforderung und gleichgerichtetem Bedarf zur Weiterentwicklung. Für Modul 3 stellt sich ein grenzüberschreitender Ansatz als für beide Ländern nutzenstiftend und ressourcenschonend dar. Für einige Bereiche ist er gerade mit Blick auf den Ressourceneinsatz, bei begrenzten Ressourcen und zunehmend vielfältiger Problematik, eine Chance zur Umsetzung. Tab. 34 fasst Beispiele zusammen.

Ein Teil der für einen grenzüberschreitenden Ansatz vorgeschlagenen Aktivitäten kann bereits an Praktiziertes anknüpfen: z.B. Kooperationen zwischen Basler Spitälern und den deutschen Partnerinstitutionen zu Weiter- bzw. Fortbildungsveranstaltungen oder in Qualitätszirkeln im Rahmen der bisherigen Projektzusammenarbeit Deutschland –Schweiz im Gesundheitswesen. Hierzu und zur Bedeutung dieses Regionalmodells finden sich weitere Überlegungen im Kapitel Diskussion (10.4).

9.2. ROAD-MAP

Die modellhafte Zusammenarbeit in Richtung einer **grenzüberschreitend kooperierenden pflegerischen Versorgung** wird sich, vor dem Erfahrungshintergrund vergleichbarer Pilotprojekte im Bereich z.B. der akutstationären und rehabilitativen Versorgung, am ehesten **schrittweise** realisieren lassen. Eine Vielzahl von Hürden und Hemmnissen, die gleichfalls zutage traten bzw. benannt wurden, müssen dabei abgebaut bzw. einer Lösung zugeführt werden müssen. Dies ist für den grenzüberschreitenden Ansatz nicht ungewöhnlich, sondern Teil des Prozesses. Das Modell der Zusammenarbeit ist modular entwickelt und setzt sich aus Projekten und Initiativen zusammen, die ein immer stärker verbindendes Netzwerk an gemeinsamen Arbeitsfeldern aufbauen.

- Ein Portfolio von **Projekten**, d.h. **Modulen** dieser modellartigen grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Bereich Pflege, dient als Basis und ist in einem 10-Punkte-Plan zusammengefasst. Es ist empfehlenswert, bei der Umsetzung mit Projekten zu beginnen, für die auch aus der Region heraus am ehesten Machbarkeit erwartet wird und Bedarf besteht. Dies gilt beispielsweise für Aktivitäten zur Fortbildung. Die in der QM-Erhebung offengelegte Unterschiedlichkeit in den Fortbildungsthemen, die alle gleichermaßen wichtig für die pflegerische Versorgung sind, bietet sich hierfür geradezu an.
- **Initiativen** bieten den Vorteil eines umschriebenen Aktionsfelds. Die entsprechenden Aktivitäten genießen in aller Regel Aufmerksamkeit. Dies kann dem gemeinsamen Anliegen ebenso wie dem grenzüberschreitendem Verständnis und dem Aufbau von Kooperationsstrukturen förderlich sein. Dass der Aufbau von Verständnis in einer Grenzregion ein eigener Wert und Impuls für gemeinsame Aktivitäten ist, betonten in besonderer Weise die Beiträge von professioneller Seite. Im nachfolgenden 10-Punkte-Plan sind mögliche Themen besonders gekennzeichnet, die Inhalte wurden bereits vorgestellt (s.o., Kapitel 8).

Das Portfolio kann anlassbezogen oder periodisch (z.B. jährlich) erweitert werden (Road-Map).

Der anlassbezogene Ansatz birgt den Vorteil der Aktualität, wenn sich in der Region Änderungen ergeben oder ein Thema aus aktuellem Anlass konkreter Bearbeitung bedarf (s. Beispiel: Vorschlag Jahr 1) und erweist sich in diesen Fällen als ein bereitstehendes Instrument für regional abgestimmtes Handeln.

Für die Umsetzung wird empfohlen, Organisation und Koordination des Prozesses einer binationalen Arbeitsgruppe zu übertragen. Dieser kann auch Auswahl und Priorisierung von Projekten als Aufgabe zukommen. Eine wissenschaftliche evaluierende Begleitung des Prozesses ist empfehlenswert, um Wirkung und Zielerreichung bewerten zu können.

Die Beteiligung behördlicher Autoritäten beider Länder (kommunal, Landkreis, kantonal) und weiterer in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit aktiven Gremien, Expert_innen in der Sache, Selbsthilfegruppen, interessierter Bürgerinnen und Bürger u.a. sichert die Verankerung auf den unterschiedlichen Handlungsebenen.

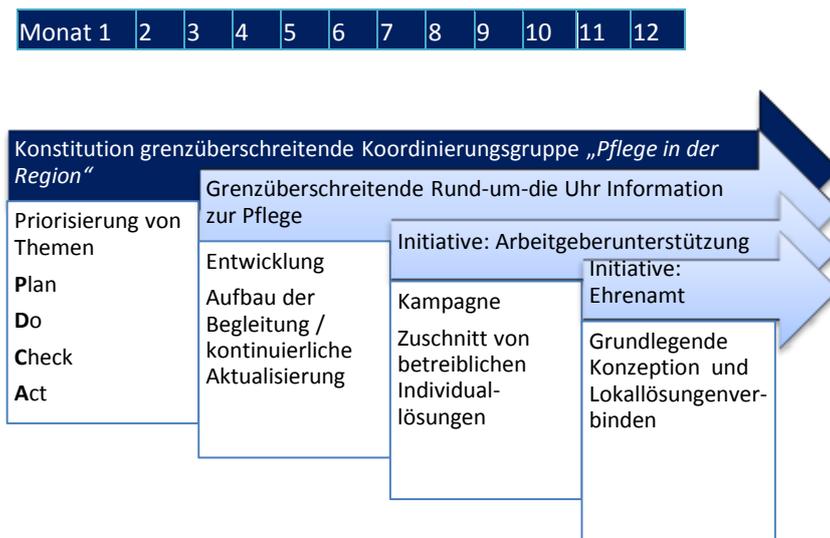


Tabelle 35:
Vorschlag
Road-Map
Jahr 1

9.3. 10 PUNKTE PLAN

Der hier vorgestellte Plan versteht sich als eine Empfehlung, die sich aus den Darlegungen zu den in Kapitel 8 aufgegriffenen Handlungsfeldern begründet. Die Einschätzung, ob beispielsweise ein primär grenzüberschreitendes Vorgehen in Betracht kommt, leitet sich ab aus der Zusammenschau der Resultate aus beiden Ländern: gleichgerichtet Problemlagen oder Lösungsansätze führen hier zur Empfehlung, die Erfahrung beider Länder heranzuziehen und dabei gleichzeitig die Option gemeinsamer, grenzüberschreitender Nutzung zu bahnen.

10 Punkte – Plan		
Maßnahmen	landesspezifisch	länderübergreifend
1) Erwerbstätige in Pflegeverpflichtung stützen		
i) <i>Initiative Arbeitgeberunterstützung</i> ■		▼
ii) Arbeitsplatzgestaltung	▼	
2) Qualifizierung für die Pflege erleichtern		
i) Verfahren zur Anerkennung von Qualifikationen	▼	
ii) Fort- und Weiterbildung		▼
3) Kreis der Betreuenden / Pflegenden erweitern		
i) Betreuungs- und Pflegeaufgaben differenzieren	▼	▼
ii) Neue Ressourcen in die Pflege	▼	▼
iii) <i>Initiative Ehrenamt / Freiwilligenarbeit</i> ■		▼
4) Co-Pflege / Verbundene Pflege – Schnittstellen gestalten – Lücken schließen		
i) Prozesskette umgestalten	▼	▼
ii) <i>Initiative für mehr Flexibilität</i> ■		▼
5) Push-Faktoren entgegentreten		
i) Wohnraum- / Umfeld-Gestaltung	▼	▼
ii) Altersarmut in den Blick nehmen	▼	▼
iii) <i>Initiative "Taschengeld"</i> ■		▼
6) Durch Information Barrieren abbauen		
i) <i>Initiative: die Richtige Information zur rechten Zeit</i> ■		▼
7) Kultur des Verständnisses schaffen		
i) <i>Initiative gegen Stigmatisierung</i> ■		▼
8) Für Hilfebedarf sensibilisieren		
i) <i>Initiative Prävention</i> ■		▼
9) Professionelle Pflege in der Region stärken		
i) Fachpersonal halten/ gewinnen	▼	▼
ii) Qualität optimieren	▼	▼
10) Rahmenbedingungen überdenken - anpassen		
i) Pauschalierung der Ambulanten Pflege prüfen	▼	
ii) Marktlogik – noch passgerecht?		▼
iii) Bedarfsorientierung bei der Ressourcenplanung	▼	

Tabelle 36: 10-Punkte-Plan

■ Details zu den Initiativen s. Tabelle 28. Die weiteren Handlungsempfehlungen sind in den verschiedenen themenbezogenen (gleichnamigen) Tabellen zusammengefasst (s. jeweiliges Kapitel des Textes).

10. DISKUSSION

In diesem Kapitel werden in der Zusammenschau der Resultate die Forschungsfragen nach Bedarfen und der Umsetzung von Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe beleuchtet. Es wird überprüft, inwieweit ihre Beantwortung möglich wurde und wo sich Grenzen ergaben. Außerdem wird das Vorhaben im Zusammenhang mit der internationalen Literatur zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität diskutiert und in Bezug gesetzt zu anderen regionalen grenzüberschreitenden Projekten im Rahmen der Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen.

Das Projekt und seine Ziele haben im Verlauf weiter an Bedeutung gewonnen. Die Erkenntnis, dass für den steigenden Bedarf an Pflege nur aus der Gesamtheit der Gesellschaft heraus eine Antwort gefunden und nicht ausschließlich auf professionelle Lösungen gesetzt werden kann, spiegelt sich in den Antworten sowie einer Vielzahl von Veröffentlichungen und Veranstaltungen zum Thema Pflege, auch in der Region und nicht zuletzt im Ergebnis der Schätzungen zur Zunahme von Pflegebedürftigkeit und zum Bedarf an Pflegekräften. Das Projekt, das darauf zielte, Befindlichkeit und Problembewusstsein in der Bevölkerung der Region aufzugreifen und zu bündeln, traf vor Ort auf Akzeptanz:

- ▶ „gut, dass man auch uns fragt“.

Das im Rahmen der Rekrutierung von Teilnehmenden, in den Gesprächen und im Spiegel der Online-Erhebung angetroffene Problembewusstsein korrespondiert zu einer Umfrage des IfD Allensbach (2012), die besagt, dass etwa jede fünfte Person der mittleren Generation (45-59 Jährige) in Deutschland in häuslicher Pflege beansprucht ist und etwa jede dritte Person eine solche Beanspruchung in den kommenden 5 – 10 Jahren erwartet. Auch das Anliegen des Projekts, Einzellösungen grenzüberschreitend zu sichten, daraus gemeinsame Optionen und Schritte aufzuzeigen, welche die zukunftsweisenden Elemente unterstützen, scheint der Bedürfnislage entgegengekommen zu sein. Wissenschaftliche Erkenntnisse bereits im Entstehen in die Praxis hineinzutragen, wie es das partizipative Vorgehen ermöglichte, wurde als Vorgehensweise gerne angenommen. Dies zeigte sich beispielsweise in den Diskussionen während der deutsch-schweizerischen Arbeitssitzungen: vorgetragene Ideen aus dem Nachbarland wurden von den anwesenden Expert_innen unmittelbar auf Übertragbarkeit geprüft und auch aufgegriffen.

Für die Bewältigung der zukünftigen Pflegeaufgaben, kommt große Bedeutung der Entwicklung von **regionalen Innovationen** zu, so fasst es ein Arbeitspapier im Rahmen des Strategieprojektes „Demografie und Innovation“ des Karlsruher Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung zusammen.¹⁶⁹ Dazu werden gezählt:

*unterstützende Maßnahmen, institutionelle und organisatorische Innovationen, Initiativen zur Förderung der Zukunftsstrategien, Mittel zur Förderung von Zukunftsanalysen und die Entwicklung von **Zukunftsvisionen in einer regionale Vorausschau.***

Ein Großteil dieser Elemente ist im Projekt aufgegriffen und verdeutlicht das Innovationspotenzial in der Region.

10.1. BESONDERHEITEN UND GRENZEN DER UNTERSUCHUNG

Dem Projekt zur Ausgestaltung eines grenzüberschreitenden verbundenen Angebots von professioneller und häuslicher Pflege durch pflegende Angehörige unter Berücksichtigung regionaler Pflegestrukturen und Abschätzungen mittels Szenarien kommt Modellcharakter zu durch die mit den Betroffenen gemeinsame Erarbeitung von Forschungsfragen, Erkenntnissen zu Haltungen und Bedarfen und zur Ausrichtung der zukünftigen Versorgungsstruktur mit dem Ziel der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung (partizipative gestaltende Versorgungsforschung). Der **multiperspektivische Ansatz** integrierte verschiedene Perspektiven und Interessenlagen, stellte die Zusammenschau her und bezog über das gemischt Design Erfahrungen, Rahmenbedingungen und pflegebezogene statistische Daten zweier Nationalstaaten ein. .

Beteiligung an den Erhebungen

Die Online-Erhebung war sehr umfangreich und detailliert. Grund hierfür ist zum einen, dass alle im Rahmen der zweijährigen Vorphase in der Region zusammengetragenen Frage und Problemfelder darin Niederschlag finden sollten. Alle Erhebungsinstrumente wurden der Region vor ihrem Einsatz vor- und zur Diskussion gestellt, im Sinne der Anregungen aus der Region vor ihrem Einsatz überarbeitet, so dass die Region den größtmöglichen Nutzen aus Ihren Beiträgen ziehen kann. Es war eine Erhebung im Sinne des Grundanliegens, das Wissen, die Erfahrung und Einschätzung aller Expert_innen in der Sache zusammenzutragen - für die Bewältigung der Zukunftsaufgabe Pflege.

Wenngleich die Erwartungen an die Teilnahme insgesamt übertroffen wurden, untersagt die unterschiedliche Beteiligung der Teilregionen den Vergleich. Die Aussagefähigkeit der Votes für sich genommen und ihr Beitrag zum Gesamtbild blieben davon unberührt. Gerade die zahlreichen und ausführlichen Beteiligungen über Freitexte in Ergänzung der Erhebungsfragen, aus beiden Ländern, erwiesen sich als wertvoll und zukunftsweisend, wie es dem Charakter eines „brainstorming“ zukommt.

Limitationen ergeben sich aus der Tatsache, dass die Personen, die an der Online-Erhebung teilnahmen, die Entscheidung zur Teilnahme selbst getroffen haben (Self-selected sample). In dieser Auswahl ist ein Bias begründet. Es wird davon ausgegangen, dass in der teilnehmenden Personengruppe eine größere Bereitschaft besteht, Einblick in das untersuchte Feld zu bieten (z.B. mehr Bereitschaft, die Zeit in eine Online-Umfrage zu investieren, offene Fragen eingehend zu beantworten). Den Nachteilen, dass es sich nicht um eine zufällige Stichprobe oder eine gezielte Auswahl handelt, steht der Vorteil gegenüber, dass gerade wenn es um die Erforschung von Haltungen, Einstellungen und Zukunftsvisionen geht, Personen mit besonderem Engagement, Kenntnissen und Erfahrungen in der Thematik erreicht werden, von denen ein fundierter Beitrag erwartet werden kann. Eine Erhebung mit dem Anspruch der Repräsentativität für die Gesamtbevölkerung war **im für die Untersuchung vorgegebenen Ressourcenrahmen** nicht möglich.

Morbiditätsorientierung

Aufgrund fehlender Daten für eine Verknüpfung von Morbidität, Ereignissen im Pflegeverlauf und Pflegebedarf, wie sie ausschließlich über eine Zusammenführung von Daten zu einzelnen pflegebedürftigen Personen, etwa aus dem zusammengeführten Datenbestand von Kranken- und Pflegekasernen mit dem Ziel einer Längsschnittanalyse möglich hätte sein können, konnte diesem Zusammen-

hang nicht nachgegangen werden. Mit Hinweis auf Datenschutzgründe wurden solche Daten nicht zur Verfügung gestellt.

Nach wie vor besteht das Anliegen, in zukünftige Untersuchungen Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen einzubeziehen, die diese besondere Perspektive erlauben. Es sollen Pflegeverläufe nach ihren finanziellen Komponenten und in ihrer zeitlichen Abfolge, analysiert werden können. Daraus soll die Grundlage entstehen für Schätzungen zum zukünftigen Finanzbedarf, den Pflegekassen, die öffentliche Hand, aber auch die pflegebedürftigen Personen und ihre Familien aufzubringen haben.

Datenlage

Ausführung zu den Begrenzungen durch die heterogene Datenlage in den beteiligten Ländern und Datensätzen, die aus unterschiedlichen Gründen zur Nutzung im Rahmen dieser Untersuchung nicht zugänglich gemacht wurden, s. Kapitel 7 (7.4).

10.2. CHANCEN, DIE SICH AUS DER GESAMTGESELLSCHAFTLICHEN SICHT ERGEBEN

In den Interviews und einzelnen Antworten in der Online-Erhebung traten Aspekte zutage, die im Zusammenhang mit diesem problematischen Themenfeld seltener Beachtung finden: Erkennen von Chancen - sehr unterschiedlicher Art. Wenige Studien beschreiben einen Benefit aus der Übernahme von Pflegeverantwortung im informellen Kontext.¹⁷⁰ Gleichwohl liegt gerade in der **Gestaltung positiver Elemente** ein wichtiger Teil der **Zukunftsfähigkeit dieser Säule**. Daher sollen die Chancen in der Zusammenschau diskutiert werden. Erleichterungen, die dadurch erzielt werden können, kommen angesichts der derzeitigen Verteilung von Pflegeverantwortung in der Gesellschaft besonders (aber nicht nur) Frauen zugute. Voraussetzungen dafür, dass Chancen Raum greifen können, sind eine wertschätzende gesamtgesellschaftliche Grundhaltung für informell Pflegende und die finanzielle Sicherung der in dieser Form Pflegenden und von ihnen gepflegten Personen.

10.2.1. VISUALISIERUNG EINER VERGESSENEN LEISTUNG

Ausgehend von den eingangs dargelegten hohen Kosten, welche der öffentlichen Hand entstehen würden, wenn die unbezahlte Pflege durch spezialisierte Fachkräfte erfolgen müsste, wendet sich der Blick auf einen Aspekt informeller Pflege, dem im Zusammenhang einer gesamtgesellschaftlichen Sicht grundlegende Bedeutung zukommt: Die Charta „*European Charter for Family Carers*“¹⁷¹ nennt es „The value of caring“ – und fasst damit die gesellschaftliche Wertschöpfung aus der im Rahmen von Sorgeverpflichtungen geleistete Arbeit, die ohne Bezahlung erbracht wird. Art und Zeitumfang dieser Leistungen sowie die Beschreibung der Personengruppen, welche diese hauptsächlich erbringen, können in der Schweiz in gewissem Maß aus dem Modul «Unbezahlte Arbeit» der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) erschlossen werden. Für Deutschland ist hierzu keine datenbasierte Aussage möglich. „Care“ ist ein Beitrag zum **Wohlstand** einer Gesellschaft bzw. Teil des Wohlstands einer Gesellschaft und verdient entsprechende Würdigung.

Eine OECD-Verlautbarung beschreibt, dass der Durchschnittsbürger im Schnitt fast dreieinhalb Stunden täglich unbezahlt arbeitet. *Frauen* arbeiten im OECD Schnitt 150 Minuten mehr *unbezahlt* pro Tag als Männer. Unbezahlte Arbeit komme häufig zu kurz, wenn der Wohlstand einer Gesellschaft gemessen werde, weil sie nicht in die Berechnung des Bruttoinlandsproduktes einfließe, hob die OECD hervor. Schätzungen der Studie zufolge würde sich das BIP eines durchschnittlichen Mitgliedslandes um 30-50 Prozent (je nach angesetzttem Stundenlohn) erhöhen, wenn unbezahlte Arbeit ein Teil der Rechnung wäre. Wäre dies der Fall, würde sich nach ihren [OECD] Schätzungen da BIP eines durchschnittlichen OECD-Landes, je nach angesetzttem Stundenlohn, um 30 – 50 Prozent erhöhen¹⁷².

Einen kleinen Beitrag zur Visualisierung kann dieser Bericht mit der Wiedergabe der in der Untersuchung aufgegriffenen Erfahrungen leisten und im besten Fall ein Katalysator sein, dass dieser Wert zukünftig die ihm zukommende Beachtung findet.

10.2.2. KOLLEKTIVE RECHTE BETONEN

Kollektive Rechte wirken der Individualisierung der Pflegeproblematik entgegen. An erster Stelle sind in diesem Zusammenhang rahmengesetzliche Maßnahmen und deren Weiterentwicklung zur Unterstützung von informell pflegenden Personen allgemein und von pflegenden Erwerbstätigen im Speziellen zu nennen. Betriebsvereinbarungen als rechtlicher Rahmen für flexible Einzelfalllösungen können dem Unterstützungsangebot einen einrichtungsspezifischen Charakter verleihen und zunehmend im Wettbewerb, auch um Arbeitskräfte, eine Bedeutung erlangen. In der betrieblichen Praxis stehen bisher noch informelle Absprachen und Einzelfalllösungen im Vordergrund.

Dies trifft auf beide Länder zu. Die Sensibilität einzelner Geschäftsführungen hängt offensichtlich eng zusammen mit persönlicher Betroffenheit, der Erfahrung von Pflegeverantwortung innerhalb der Familie oder des engeren sozialen Umfeldes.¹³⁶ Raum für weitere Gestaltung besteht, auch in der Region.

10.2.3. SORGEVERPFLICHTUNG UND ERWERBSTÄTIGKEIT ALS THEMA DER WIRTSCHAFT

Der Trend zu einer höheren Erwerbsbeteiligung von Frauen, welche nach wie vor die Hauptlast der Pfl egetätigkeit in der Gesellschaft tragen, lässt die Zahl derer, die Berufs- und Pfl egetätigkeit zu vereinbaren suchen, tendenziell steigen. Aus der Befassung mit dem Spannungsfeld von Sorgetätigkeit und Erwerbsleben kristallisieren sich Komponenten heraus, die das Profil von Arbeitsplätzen skizzieren, die eine Vereinbarkeit erhöhen und das Bemühen von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite, eine wertschöpfende Zusammenarbeit aufrechtzuerhalten, erleichtern können: Dazu zählen neben beispielsweise Flexibilität auch das Verständnis und die Sensibilität der Kolleg_innen und Vorgesetzten („Arbeitsklima“). Flexitime-Modelle, Job Sharing, Home Office-Lösungen und eine auf weniger Tage komprimierte Arbeitswoche sind weitere Möglichkeiten, die in manchen Betrieben angeboten werden.^{13,173} Die Nachfrage danach und das Interesse, so lassen die Antworten der Betroffenen schließen, ist hoch – bei noch sehr geringem Angebot. Betriebliche Serviceleistungen, wie organisatorische Unterstützung bei der Gestaltung von Pflegearrangements¹⁴⁶ bis hin zu Altenbetreuung in eigenen Tageszentren spielen regional offenbar ebenfalls noch eine geringe Rolle oder sind eher unbekannt. International sind auch *finanzielle Formen der Unterstützung* durch ArbeitgeberInnen, beispielsweise in Form von Fonds (betrieblich oder auch von außerhalb der Betriebe gespeist) sind dokumentiert.¹⁴⁸

Wenn sich Familie und Arbeit vereinbaren lassen, ist bei den betroffenen Personen ein höheres Maß an (Arbeits-)Zufriedenheit zu erwarten, was für Arbeitgeber und – nehmer günstige Wirkungen hat. Frauen mit einer hohen beruflichen Zufriedenheit bei gleichzeitig nicht zu hoher Belastung mit Pflegeaufgaben weisen beispielsweise deutlich weniger depressive Symptome auf als Frauen, die beruflich unzufrieden sind.¹⁰² Obgleich die Rentabilität von betrieblichem Entgegenkommen an vielen Stellen in der Literatur betont wird (e.g.¹⁶), ist Raum für den systematisierten Ausbau betrieblicher Maßnahmen gegeben.¹⁷⁴ Für die Zukunft scheint es sinnvoll, Maßnahmen zu treffen, welche der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege **in einem breiteren Ansatz dienlich sind**. Dabei sind demographische Unterschiede in der Pflegeneigung zu bedenken. Andernfalls könnten betriebliche Mehrangebote für ausgewählte Gruppen informell Pflegenden zu vermehrter Diskriminierung von Personengruppen am Arbeitsmarkt führen, die besonders häufig informell pflegen – dies wären vor allem **ältere Frauen**.

Neue Sichtweisen, dass Bereitstellung und Inanspruchnahme betrieblicher Leistungen zur Vereinbarkeit auch **Indikatoren von Jobprestige, Arbeitsplatzsicherheit oder Unternehmenskultur**¹⁴⁰ sowie Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung eines Unternehmens sein können, würden diese Angebote nicht länger zwangsläufig als Lösungsstrategie für Problemfelder informell pflegender Berufstätiger erscheinen lassen, sondern deutlich machen, dass - hinter dem Engagement von pflegenden Angehörigen und Unternehmen gleichermaßen - die gemeinsame Interpretation des Anspruchs „Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“^q steht.

10.2.4. EXPANSION HYPOTHESIS

Persönliche Optionen aus Reorganisation, Engagement und Erfahrung mit der Pflegesituation erkennen und konstruktiv in die aktuelle und prospektive Lebensgestaltung einbauen zu können, wäre ein hoher Gewinn für die einzelne Pflegenden als auch die Entwicklung der Gesellschaft. In der Literatur ist dieser Ansatz als „**Expansion Hypothesis**“¹⁰² vertreten. Sie geht aus von der Annahme eines multidimensionalen Ressourcenbudgets, das sich auch vergrößern kann, wenn eine Person „mit den Aufgaben wächst“. Gleichgerichtet stellen Gaugler und Kane et al.¹⁷⁵ fest, dass bei Pflegepersonen, die längere Zeit ihrer Pflgetätigkeit nachgehen, die psychische Belastung durch die Doppelrolle zurückgeht. Ob dieser Effekt auf Gewöhnung der Person an veränderte Umstände oder auf Reorganisation des Lebens der Betroffenen zurückzuführen ist, bleibt in der Arbeit offen.

Sehr früh in der Diskussion von Vereinbarkeit plädierte Scharlach 1994¹⁷⁶ dafür, die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege **nicht nur als Konflikt- und Problembereich** zu beleuchten, sondern auch unter dem Aspekt von Kompensations- und Erweiterungsmöglichkeiten zu sehen – und zwar in der beruflichen *und* pflegerischen Rolle. Die darin beinhaltete **Stärkung sozialer Kompetenzen** - für alle an diesem Prozess Beteiligten (aus Lebens- und Arbeitswelt) - kommt letztlich dem gesellschaftlichen Miteinander zugute.

^q (für Deutschland: SGB XI §8)

Es sind Denk- und Handlungsansätze wie die hier nur ansatzweise diskutierten, die sich in den herausgearbeiteten regionalen Aktivitäten zukünftig spiegeln und der gesamtgesellschaftlichen Bewältigung Vorschub leisten könnten. Hier bietet sich ein zukunftsfähiger Ansatz, Pflegeverantwortung als eine wertgeschätzte Aufgabe zu gestalten.

10.3. DAS FORSCHUNGSPROJEKT IM INTERNATIONALEN KONTEXT

10.3.1. STRATEGIEN - EIN BLICK INS AUSLAND

Nicht nur das Ziel einer verbesserten Vereinbarkeit von Beruf und Sorgeverpflichtung erfordert neue Formen des Zusammenwirkens von informell und professionell Pflegenden. Herausforderungen ergeben sich auch mit Blick auf die insbesondere im Ausland bereits stark thematisierte Orientierung von Pflegeausrichtung und -settings an der Individualität der zu Pflegenden¹⁷⁷. **Individuumzentrierten Pflege** ist am Wohlbefinden und der Lebensqualität orientiert, welche die gepflegte Person selbst definiert.¹⁷⁸ Das schließt auch Komponenten wie eigene Werthaltungen und den Erhalt einer Privatsphäre ein.¹⁷⁹ Der Stärkung informeller Pflege¹⁸⁰ kommt hierbei eine besonders wichtige Rolle zu.

Alternative **Finanzierungsmodelle** sind in Evaluation. Von Interesse sind besonders mit Blick auf **Frauen**, die viele Jahre selbst informelle Pflege geleistet haben, ihrerseits jedoch keine Unterstützung durch Angehörige zukünftig erwarten können, Anerkennungs- und Kontingentmodelle: Aus Japan ist eine Art „Pflegetätigkeit“ nach dem **Prinzip eines Zeitkontingents** bekannt. In diesem System werden die Stunden, die eine freiwillige Person mit der Pflege oder Unterstützung alter oder behinderter Menschen verbringt, auf einem Zeitkonto verbucht. Die Freiwilligen können das Guthaben für sich selbst (in Ergänzung zu konventionellen Versicherungsleistungen) oder für eine andere Person ihrer Wahl verwenden.¹⁸¹ Auch in der Schweiz sind Entschädigungsmodelle in der Diskussion, so beispielsweise das **Modell „Sozialzeit“**, bei welchem durch einen Sozialeinsatz eine Gutschrift für Betreuungseinheiten erworben wird, die man später einziehen kann.²⁴ In Deutschland orientieren sich einzelne regionale Ansätze in diese Richtung.

Fondslösungen, nicht nötiger Weise rein unternehmensfinanzierte Fonds, können finanzielle Engpässe lösen helfen. Wichtiger noch erscheinen mit Blick auf die bedrohliche Entwicklung der Altersarmut **nationale Regelungen, welche die finanziellen Grundlagen für Pflegende stabilisieren**. Eine Satzung in der Schweiz beispielsweise nimmt die längerfristigen Auswirkung von Einkommenseinbußen in den Blick: Erwerbstätige, die ihre Angehörigen zuhause pflegen und dadurch erhebliche Lohneinbußen erleiden, können bei der Renten- oder Invalidenversicherung eine **Kompensation** beantragen¹⁸².

Ein **Frühwarnsystem** wird auch in anderen Ländern als Notwendigkeit erkannt, um problematischen Pflegeverläufen im Ansatz entgegenzuwirken. Die eingesetzten Personalressourcen variieren, zumeist sind es Sozialarbeiter_innen und dem Bereich der Sozialen Dienste zugeordnete Professionelle. Ein Projekt in Belgien setzt auf vertraute Personen im alltäglichen Umfeld und qualifiziert z.B. Postboten ergänzend für den sozialen Einsatz.¹⁸³

Schließlich würde nach dem Vorbild anderer Länder eine **Ergänzung der nationalen statistischen Erhebungen** dahingehend, dass informelle Pflege und auch Aspekte von Erwerbstätigkeit und Pflege-

verpflichtung besser Abbildung finden, es erlauben, die nationalen Prävalenzen besser zu kennen und datenbasiert Problembereiche identifizieren sowie Maßnahmen initiieren zu können.

10.3.2. GESUNDHEITSPOLITISCHE BEDEUTUNG

Pflegebedürftigkeit, Pflege als Tätigkeit und Pflegeverantwortung in einem sozialen Setting berühren, wie aufgezeigt, das Thema Gesundheit in vieler Hinsicht. Eine Gesundheitspolitik, die dem Anliegen *Frauengesundheit* dient, steht in einer Linie mit dem aktuellen Vorstoß der United Nations „*Advancing the Global Health Agenda*“¹⁸⁴, der neben anderen e.g. wirtschaftlichen Komponenten von Gesundheit, die gesundheitliche Chancengleichheit als hohen sozialen Wert herausstellt. Dies erfordert den Blick auf die sozialen Determinanten von Gesundheit, die Sicherung von Zugänglichkeit zu medizinischen und (psycho-)sozialen Unterstützungsleistungen und die Förderung von Gesundheitsmündigkeit - und zwar im gendergerechten Ansatz. Auch vor diesem Hintergrund kommt dem Thema Pflege eine besondere Bedeutung zu: sie berührt Frauengesundheit und gesundheitliche wie gesellschaftlich soziale Chancengleichheit gleichermaßen und kann daher nicht ohne Blick auf die gesundheitspolitische und gesamtgesellschaftliche Perspektive der Thematik auskommen.

Unterstützung zur Pflege bedeutet heutzutage einen Beitrag zu gesundheitlicher Chancengleichheit.

Auch die Europäische Union sieht eine verbesserte Koordinierung von Langzeitpflege im Kontext von (gesundheitlicher) Chancengleichheit und betont die Bedeutung eines (gesundheits-)förderlichen Zusammenwirkens von häuslichen, kommunal und institutionell ausgerichteten Pflegearrangements. Damit schließt sich der Kreis zur Betrachtung von Pflege und Pflegenden unter den Aspekten der Gesundheitsförderung, wie sie die Ottawa Charta der WHO (1986) fordert: mehr Menschen selbstbestimmt zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Hier sind Elemente von Empowerment durch Wissensvermittlung und Beratung (beispielsweise durch Pflegestützpunkte und Gutachterdienste der Sozialversicherungsträger) und von Prävention, präventiven Hausbesuchen, innovativen geriatrischen Hausbesuchen (e.g. Schweizer Projekt EIGER¹⁸⁵) zu verorten.

Die gesellschaftliche **Befähigung zu selbstbestimmten Lösungen beim Eingehen einer Sorgverpflichtung** muss die Zielsetzung gesetzgeberischen und strategischen Handelns sein – auch und gerade mit Blick auf Frauen, die sich für eine informelle Pflegeaufgabe aus ganz unterschiedlichen Situationen heraus entscheiden (möchten).

10.4. DAS FORSCHUNGSPROJEKT IM RAHMEN DER ZUSAMMENARBEIT DEUTSCHLAND-SCHWEIZ IM GESUNDHEITSWESEN

Im Evaluationsbericht des OBSAN¹⁸⁶ „*Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen II - Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt/ Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach (Phase II)*“ wurde aufgezeigt, dass in der Grenzregion Basel-Lörrach seit über 20 Jahren vielfältige grenzüberschreitende Aktivitäten im Gesundheitsbereich bestehen. Es gibt in beide Richtungen eine grenzüberschreitende Patientenmobilität, die auch unabhängig vom Pilotprojekt GRÜZ stattfindet. Die Basler Patientinnen und Patienten nehmen neben den stationären

Rehabilitationen auch ambulante Behandlungen in Lörrach in Anspruch, während sich die Lörracher_innen für eine Vielzahl von stationären und ambulanten Behandlungen in die Basler Spitälern begeben. Wie alle bisherigen Projektphasen und deren Begleitevaluation aufgezeigt haben, sind die Patientinnen und Patienten im Pilotprojekt GRÜZ nur ein kleiner Teil der Patientenmobilität in der Grenzregion Basel–Lörrach. Dies weist auf eine interessengeleitete Inanspruchnahme der Einrichtungen im Nachbarland hin, die auf die Passung in den persönlichen Bedarf ausgerichtet ist¹⁸⁷. Die Ergebnisse der Interviews und Online-Erhebungen bestätigen diese Sichtweise.

Gleichwohl zeichnen sich in unseren Untersuchungen Wunsch und Bereitschaft ab, über die derzeit geübte Inanspruchnahme hinaus grenzüberschreitende Leistungen zu wählen, sofern bürokratische Hürden abgebaut bzw. politisch getragene Regelungen dies unterstützen. Das Pilotprojekt GRÜZ leistete - beispielhaft - einen Beitrag dazu, dass Behandlungen, für die offenbar eine Nachfrage besteht, nicht mehr Zusatzversicherten vorbehalten bleiben – und **unterstreicht, dass bei bestehendem Bedarf amtliche/ gesetzliche Regelungen die Basis bereiten müssen**. Dies konnte in den bisherigen Projekten der Grenzregion in einer gewissen Hinsicht tatsächlich erzielt werden¹⁸⁸:

- Änderungen in der Gesetzgebung beider Länder, um die Leistungsanspruchnahme im Nachbarland zu ermöglichen
- Regelungen, dass auch über die Sozialversicherungen die Leistungsanspruchnahme möglich wurde
- Verbesserungen in der grenzüberschreitenden Transparenz, zu Qualität und Sicherheit der Versorgung
- Transparenz hinsichtlich der wirtschaftlichen Bedeutung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im entsprechenden Gesundheitssektor
- Verbesserung der Rahmenbedingungen mit Blick auf die Vision einer grenzüberschreitenden Gesundheitsregion

Die beobachtete selektive Wahl von Behandlungen reiht sich ein in internationale Erfahrungen. Die Analyse von sieben Europäischen Fallstudien kommt zum Schluss, **dass grenzüberschreitende Patientenmobilität immer unter spezifischen Umständen** zustande kommt¹⁸⁹. Auf die Grenzregion Basel-Lörrach übertragen, sind für die grenzüberschreitende Nachfrage bisher wohnortsnahe, spezialisierte Rehabilitationen für Schweizer Patientinnen und Patienten, eine hochspezialisierte Akutmedizin und Spitzenmedizin für Deutsche Patientinnen und Patienten in der Schweiz ausschlaggebend. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen aber, dass der **steigende Bedarf an Pflege- und Betreuungsdienstleistungen und verspürte Defizite** bei den Leistungen auf beiden Seiten den Blick auf Angebote im Nachbarland richten lassen. Das Vorhandensein eines genuinen, lokalen Bedarfs wurde in den Europäischen Fallstudien denn auch als wesentlicher Erfolgsfaktor für die grenzüberschreitende Patientenmobilität identifiziert, da der Bedarf die Beteiligten motiviert und die Zusammenarbeit gegen außen rechtfertigt (s.o., Glinos und Baeten, 2014). Als weiterer Erfolgsfaktor gilt ein gemeinsames Interesse aller involvierten Akteure. Im Bereich Pflege könnte nicht zuletzt das Interesse der Betroffenen den Ausschlag geben. Gleichzeitig haben sich für die Patientenmobilität in der Grenzregion Basel-Lörrach seit der Jahrtausendwende sowohl in Deutschland wie auch in der Schweiz verschiedene Akteure mit der gemeinsamen Vision, dass die Region auch im Bereich der Gesundheitsversorgung zusammenwachsen kann, stark engagiert¹⁹⁰ und bestand zudem der politische Wille zu einer Vertiefung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit.

10.4.1. DISKUSSION DER ERGEBNISSE ZUM QUALITÄTSMANAGEMENT

Im Rahmen der Befragung zum Qualitäts- und Risikomanagement konnte festgehalten werden, dass der Thematik Qualität in der Pflege in beiden Systemen eine hohe Relevanz zukommt und viele Bereiche des pflegebezogenen QM grenzüberschreitend auf hohem Niveau realisiert wurden. In vielen Bereichen zeigen sich ähnliche Entwicklungen, in manchen Teilaspekten der Qualitätsbeurteilung waren aufgrund der unterschiedlichen normativen Vorgaben jedoch auch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen erkennbar, in denen beide Systeme von einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in deutlichem Ausmaß profitieren könnten.

Deutschland	Schweiz
	<ul style="list-style-type: none"> - Implementierung eines internen Qualitätsmanagements - Formulierung und Einhaltung von Hygienerichtlinien <ul style="list-style-type: none"> - Implementierung von Ablaufbeschreibungen - Durchführung von Komplikationsbesprechungen <ul style="list-style-type: none"> - Weiterbindung von Mitarbeitenden - Patienten_innen-/ Angehörigenarbeit
<ul style="list-style-type: none"> - Expertenstandards - Risikomanagement - Teambesprechungen - Qualitätszirkel - Verpflichtende externe Qualitätsprüfungen - Veröffentlichung der externen Qualitätsprüfungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Integrierte QM-Prozesse - Maßnahmen zur QM-Bewertung - Durchführung konkreter QM-Projekte - Durchführung von QM-Verbesserungsprojekten - Einbeziehung von konzeptionellen Vorstellungen - Fallsupervisionen

Tabelle 37: Pflegebezogenes Qualitätsmanagement: Gemeinsamkeiten und zentrale Unterschiede

Tabelle 37 zeigt die wichtigsten Gemeinsamkeiten und die wesentlichen Unterschiede des pflegebezogenen Qualitätsmanagements im grenzüberschreitenden Vergleich, die im Rahmen der Befragung identifiziert werden konnten. Es zeigte sich, dass sowohl in den deutschen Institutionen als auch auf Schweizer Seite die Umsetzung des internen Qualitätsmanagements, die Formulierung und Einhaltung von Hygienerichtlinien, die Implementierung von Ablaufbeschreibungen, die Durchführung von Komplikationsbesprechungen, das Weiterbildungsregime und die Patient_innen- bzw. Angehörigenarbeit zu den Kernaspekten des Qualitätsmanagements gehören. Auf deutscher Seite sind darüber hinaus Expertenstandards, das Risikomanagement, regelmäßige Teambesprechungen, Qualitätszirkel, die externe Qualitätsprüfung sowie die Veröffentlichung der daraus resultierenden Ergebnisse von großer Bedeutung, während sich bei den Schweizer Institutionen hohe Umsetzungsquoten bei den Aspekten Umsetzung eines Integrierten QM-Prozesses, Maßnahmen zur QM-Bewertung, Durchführung konkreter QM-Projekte und QM-Verbesserungsprojekte, Einbeziehung von konzeptionellen Vorstellungen und Fallsupervisionen zeigten. Unterschiede in der ambulant-stationär bzw. ländlich-städtisch-Verteilung weisen darüber hinaus auf unterschiedliche Bedarfslagen hin, was z.B. deutlich bei der Implementierung und Umsetzung von Pflegestandards auf Schweizer Seite ersichtlich war.

Diese Erhebung kann für die weitere Zusammenarbeit eine **Basis** der Transparenz sein. Wie auch die entsprechende Erhebung im Zusammenhang mit dem stationären Sektor zeigte, schafft Transparenz Vertrauen und kann die Diskussion um die Versorgungsqualität auf eine sachliche Grundlage stellen. Die beleuchteten Aspekte können nur ein Anfang sein. Eine **binationale Weiterentwicklung** von Qualitätskriterien in der Pflege würde dem vielfach geäußerten Anliegen nach mehr Qualität(transparent) nachkommen und gleichzeitig die Richtung der Weiterentwicklung in eine solche

lenken können, welche die Betroffenenansicht zunehmend integriert. Dass diese Richtung möglich und gewünscht ist, zeigen ergänzend die Resultate der weiteren Erhebungen im Rahmen des Projekts.

10.4.2. STELLENWERT DES PROJEKTS FÜR DIE REGION

Eine zentrale Beobachtung, die gleichzeitig einen wesentlichen Teil des Stellenwerts des grenzüberschreitenden Engagements auch im Rahmen dieser Studie darstellt, besteht darin, dass hier wie in früheren Projekten alle Beteiligten **Nutzen** im Projekt erkennen - unabhängig von dem Ausmaß aktueller grenzüberschreitender Aktivitäten oder Patientenströme im jeweiligen Bereich. Erkannter Nutzen ist, wie eingangs dargelegt, ein zentraler Aspekt für das Gelingen grenzüberschreitender Zusammenarbeit. Die Antworten zu diesem Bereich, insbesondere aus der Online-Erhebung, verdeutlichen, dass gerade in den für die Zukunft und Bewältigung der Pflegeaufgaben kritischen Bereichen wie **Finanzierbarkeit, Qualität und Erhalt von Pflegekräften** für die Region ein wichtiger und richtiger Schritt in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit gesehen wird.

In einer Nordamerikanischen Studie wurden die Heterogenität der gesetzlichen Regelungen und fehlende zwischenstaatliche Vereinbarungen zur Reziprozität als Barrieren der Patientenmobilität identifiziert¹⁹¹. Auf das Anliegen grenzüberschreitenden Pflegeangeboten übertragen bedeutet dies, dass bei vorhandenem Bedarf Anpassungen der gesetzlichen Regelungen die grenzüberschreitende Mobilität von Personen und Dienstleistungen erleichtern oder erst ermöglichen können. Die Ausgestaltung gesetzlicher Bestimmungen wird und soll den Bedarf nicht generieren – jedoch Raum schaffen, dass bestehender oder entstehender Bedarf gedeckt werden kann. Das Projekt kann und möchte Anregung dafür sein, wie für den stationären und ambulanten Sektor bereits erfolgt, perspektivisch **Regelungen und rechtliche Rahmenbedingungen** zu erarbeiten, um grenzüberschreitend auch Pflegeleistungen in Anspruch nehmen zu können – aber auch dafür, die Tätigkeit professionell Pflegenden in der Region zu harmonisieren und zu erleichtern.

- Dies sollte vor dem Hintergrund geschehen, der auch ein Anliegen der Projekte zur Zusammenarbeit in der stationären und ambulanten Akutversorgung war: **Wege der Zusammenarbeit zu suchen als Option für die Aufrechterhaltung von angemessener Gesundheitsversorgung auch im Fall einer zukünftigen Knappheit an finanziellen und personellen Ressourcen.**

Grenzregionen wird der Charakter von Laboratorien für die Ausgestaltung von Versorgungsthemen der Zukunft zugeschrieben. In der grenzüberschreitenden (Forschungs-)Zusammenarbeit werden neue Wege erkundet und vorbereitet. Daher sind die Projektergebnisse zum Thema Pflege und Pflegebedürftigkeit über die Region hinaus von Bedeutung - für andere Grenzregionen, für die Harmonisierung von Versorgungsstrukturen und -Prozessen in der Pflege und für die Weiterentwicklung der nationalen Systeme der sozialen Sicherung. Beispielweise spielte die **für neue Strategien** im Gesundheitswesen international immer wichtiger werdende **Betroffenensicht** im Projekt mit der Beleuchtung der Perspektive der Pflegebedürftigen und Pflegenden bereits eine entscheidende Rolle. Das Projekt betont außerdem die Implikationen, welche die Thematik Pflege und Pflegebedürftigkeit auf andere gesellschaftliche Bereiche hat und regt den Einbezug weiterer regionaler Politikbereiche in zukünftige Strategien ein.

11. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Die vorliegende Untersuchung bezog mit Blick auf die zukünftige Bewältigung der Pflegeaufgabe in einer Grenzregion zur Bestimmung von Bedarfen, Haltungen, zukünftigen Beanspruchungen und Risiken ganz unterschiedliche Perspektiven in einer Bündelung methodischer Ansätze aus dem Blickwinkel beider Länder ein.

Alle **Szenarien** der quantitativen Studie weisen eine gravierende Zunahme des Anteils der pflegebedürftigen Personen aus. Auffälliger Weise gibt es auch zwischen den drei betrachteten Regionen erhebliche Unterschiede. Noch dramatischer zeigt sich das auf demographischen Faktoren basierende Ungleichgewicht zwischen erwarteter und benötigter Anzahl an Pflegepersonal. Hier zeichnet sich ein erheblicher Handlungsbedarf ab.

Für Schätzungen in die Zukunft hinein und die darauf basierende Konzeption von Zukunftsstrategien ist auch ein Wissen um die aktuelle Beanspruchung in häuslichen Pflegeverpflichtungen, die Bereitschaft dazu und deren Stabilität vor dem Hintergrund der demographischen und weiterer zahlreicher Einflussfaktoren unabdingbar.

Wo tickt die Uhr? - Die in den qualitativen Untersuchungen offengelegten Bedarfe und Handlungsfelder öffnen den Blick auf **Problemzonen** und Schwachstellen der pflegerischen Langzeitversorgung in der Region. Dies kann als Chance für die **Auseinandersetzung** mit der Thematik und dem entsprechenden Verbesserungs- und Entwicklungspotenzial in diesem Bereich der Gesundheitsversorgung verstanden werden. Dabei sind die neu umrissenen und bereits bekannten strukturellen, ökonomischen, personellen und persönlichen

Spannungsfelder als Arbeitsbündel aufzugreifen und die Maßnahmen und Innovationen systematisiert anzustoßen. Hierfür eignet sich die Sichtweise, in das erfolgreiche Konzept von *Health in All Policies* bewußt auch den Bereich der Pflege aufzunehmen.

Dies bedingt allerdings, dass die politische und fachliche Aufmerksamkeit nicht wie bisher die individualisierte Situation fokussiert, sondern vermehrt eine gesamtgesellschaftlichen Sicht einnimmt, die durch konzeptionelle Lösungen das Gelingen individueller Pflegesituationen vorbereitet, diese stützt und rahmt. Auch die Europäische Union sieht eine verbesserte Koordinierung von Langzeitpflege im Kontext von (gesundheitlicher) Chancengleichheit und betont die Bedeutung eines (gesundheits-)förderlichen Zusammenwirkens von häuslichen, kommunal und institutionell ausgerichteten Pflegearrangements. Nicht zuletzt die OECD weist mit Studien in die Richtung, dass die Komplexität der Problematik in Zukunft eine gesamtgesellschaftliche Sicht erfordert (z.B. *„Help wanted – Providing and Paying for Long Term Care“*¹⁹²).

Vor diesem Hintergrund zielt die erste Empfehlung dahin, dass in der Region den drängenden Problemen in der Langzeitversorgung mit einer transnationalen Arbeits- und Koordinierungsgruppe „Pflege“ zu begegnen wäre. Damit wäre auch das Ziel zu verfolgen, eine regionale Strategie zu entwickeln und insbesondere folgende Problemlagen zu fokussieren: Perspektiven der Finanzierung, noch vorherrschende Individualisierung, Frauen- und Familienzentrierung. In allen diesen Bereichen, so das Ergebnis dieser Untersuchung, liegt erhebliches Verbesserungs- und Konzeptionspotenzial.

Nach dieser grundlegenden Empfehlung werden nun zur Versorgungspraxis, zur (Gesundheits-)Politik und zur Wissenschaft jeweils spezifische Schlussfolgerungen gezogen und Empfehlungen formuliert.

Dabei zeigen sich Überschneidungen: die wenigstens richten sich letztlich nur auf einen Bereich, sondern in aller Regel besteht eine intensive Verwobenheit aus Möglichkeiten praktischer Umsetzung und grundlegenden Entscheidungen auf anderen Ebenen. Für Lösungen ist der gemeinsame Beitrag nötig.

A. VERSORGUNGSPRAXIS UND FACHORGANISATIONEN

Die Versorgungspraxis umfasst in diesem Fall die Seite der professionellen Leistungserbringer, die weiteren Personen, die sich in der häuslichen Pflege engagieren, Fachverbände, die Sozialpartner und Einrichtungen der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Die Bedarfe der in unterschiedlichem Rahmen Pflegenden und der Pflegebedürftigen sind in ihrem drängenden Ausmaß als Ganzes möglicherweise nicht überall gleichermaßen im Focus. Nur wenig ist tatsächlich bisher bekannt, in beiden beteiligten Ländern, welchen Umfang informelle Pflege einnimmt und welche Leistung hier – auch für die Gesellschaft – eingebracht wird.

- In einem ersten Schritt ist die gesellschaftliche **Meinungsbildung**, Bündelung und Weitergabe von **Wissen** weiter voran zu treiben, z.B. in Form von runden Tischen und Veranstaltungen – regionaler Art. Die Zusammenarbeit im Rahmen dieser Untersuchung war dafür (erst) ein erster Schritt. So werden die Strukturbildung weiterentwickelt und informierte Entscheidungen für einzelne Themenfelder, z.B. für die Beschäftigungssituationen von professionell Pflegenden, die (Arbeits-)Bedingungen von häuslich Pflegenden, vorbe-

reitet. Basierend darauf können in einem zweiten Schritt Informationen und Daten weiter aufbereitet werden (z.B. in Form eines regionalen digitalen Informationssystems zur Pflege, dem weitere Aufgaben zugeordnet werden können, beispielsweise Einsatz als Manager innerhalb von Pflegesituationen, zwischen den Beteiligten, s..u.). Materialien wie Broschüren und Poster können in den jeweiligen Praxisorten, z.B. Sozialstationen/Spitex, Beratungsstellen) zur **Sensibilisierung** und **Aufklärung** benutzt werden. Hier wäre auch die Option von Ringveranstaltungen zu prüfen. Sie könnte nicht nur ein didaktisches Mittel sondern auch eine Verdeutlichung des grenzüberschreitenden Charakters der Problematik und einer Bereitschaft für gemeinsame Lösungen sein.

Zu empfehlende Inhalte sind etwa geltende Rechtsnormen, als Anliegen für *Mehr Wissen Wollen* immer wieder geäußert, oder auch grundlegende Informationen zu Ansprechpartner_innen in der Region. Das Defizit, keine 24h-Verfügbarkeit von Beratung und Information im Fall unerwartet auftretenden Bedarfs in kritischen Situationen zu kennen, wurde aus beiden Ländern geäußert.

Ein Standarddossier an Informationen (Sammlung von Standarddokumenten) wäre ebenso eine hilfreiche Neuerung, da die Unterschiedlichkeit der Beratung vielfach bemängelt wurde – gleichfalls grenzüberschreitend. Auch Standard-Formulare könnten beigefügt sein.

Dieses Standarddossier könnten auch Unternehmen zur Verfügung gestellt werden, die Mitarbeitenden, die sich in häuslicher Pflegeverantwortung befinden, von Arbeitgeberseite unterstützen wollen.

- Gerade dieser Weg des Einbeziehens der **Arbeitswelt**, von Arbeitgebern bzw. Unternehmen scheint noch nicht ausreichend begangen zu sein. Hierin ist jedoch in vieler Rich-

tung wertvolles Potenzial zu verorten, gerade mit Blick auf den weithin gewünschten Erhalt der Berufsbindung - insbesondere der vorwiegend häuslich pflegenden Frauen, zum Arbeitsklima und zu einer Kultur von Verständnis für Pflege(situationen). Modelle für eine verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und häuslicher Pflege könnten, (ausgerichtet an den in der Studie charakterisierten Anliegen Betroffener) in beiden Ländern gemeinsam und beispielsweise zusammen mit regional ansässigen, international tätigen Unternehmen erprobt und z.B. eine flexiblere Arbeitszeitgestaltung ausgebaut werden. Dies beinhaltet auch praktische Möglichkeiten der Vernetzung zu Anbietern von Dienstleistungen und Unterstützungsangeboten wie beispielsweise dem ambulanten Dienst oder der Pflegeberatung.

- Bisherige Bestrebungen zur **Qualitätssicherung** im Gesundheitswesen sollten mit Kriterien aus Nutzersicht ergänzt und insbesondere die Qualität der Pflege und Betreuung im häuslichen Setting fokussieren. Die im Rahmen dieser Untersuchung gestellten Fragen zur Zusammenarbeit in der Verbundenen Pflege förderten viele Schwachstellen zutage, zumeist länderübergreifend in vergleichbare Richtung weisend. Dies zeigt, dass Qualität durchaus von den Betroffenen wahrgenommen und beurteilt werden kann. Das bedeutet aber auch, dass Betroffene (Pfleger und Pflegebedürftige) bei der Entwicklung neuer Qualitätsinstrumente für die häusliche Gesundheitsversorgung mitwirken sollten. Denn in der häuslichen Care-Situation haben nicht nur die Selbstbestimmung, die Wahlmöglichkeiten und die persönlichen Präferenzen einen besonderen Stellenwert, sondern auch die Bedürfnisse, die sich aus der häuslichen Situation selbst ergeben, beispielsweise die zuverlässige Einhaltung von zeitlichen Arrangements für berufstätige Pfleger oder die Flexibilität von Angeboten.

- Um die Thematik grenzüberschreitender Versorgung bei Gesundheitsprofessionen und ausbildenden Einrichtungen zu fokussieren, ist in Aus- und Weiterbildungen auf allen Stufen die grenzüberschreitende Wertigkeit und Nutzbarkeit von **Qualifikationen** zu überprüfen. Transnationale Flexibilität des Einsatzes bedeutet nicht nur eine wertvolle Option für die Auszubildenden selbst. Es ermöglicht der Region, als ein gesamter Arbeitsmarkt aufzutreten und den - wie sich in der Untersuchung herausstellte, äußerst inter- und über die Lebenszeit sogar intraindividuellen - Belangen von Fachkräften zu entsprechen. Dem „guten Verdienst“ für sich genommen kommt kein uneingeschränktes Primat zu, wie auch Studien aus anderen Regionen mit Gehaltsgefälle bestätigen. Darin bestehen Chancen für *alle* Bereiche der Gesamtregion und auf Bindung von Pflegekräften in der Region. Die konkret geäußerten Anliegen bieten Anlass zur Reflexion in einzelnen Einrichtungen aber auch auf übergeordneter Ebene (s. u.). Konkrete Vorschläge, wie beispielsweise grenzüberschreitende „Springer“-Pools“, sollten hier und dort zum Überdenken anregen.

- Konzeptionell wäre anzugehen, wie konkret und in welchen Anteilen ergänzende Kompetenzen/ Fähigkeiten aus anderen Berufen in Situationen zur häuslichen Langzeitversorgung einbezogen werden könnten. Einen ersten Schritt stellt die **Differenzierung** des Unterstützungsbedarfs dar. Dies erfordert zunächst auch ein Einbeziehen von Forschung und der Kompetenzen weiterer Ebenen. In der Praxis ist für die Differenzierung in jedem konkreten Einzelfall ein erweitertes Assessment und darauf aufsetzen eine koordinierende Vertrauensperson benötigt. Beides ist in den Care-Situationen, aus denen berichtet wurde, bislang nicht der Fall. Dieses Handlungsfeld berührt auch politische Ebenen (s.u.). Ein **Kompetenzmix**, der in einer Care-Situation zur (bezahlbaren) Deckung der Versorgungsbedarf-

fe herangezogen wird, unterstreicht die Notwendigkeit an kompetenter Koordination. Bislang wird diese von den häuslich pflegenden Personen (zumeist in pflegerischer Hinsicht Laien) selbst geleistet und führt in vielen Fällen zu Überforderung, aber auch Unter- und Fehlversorgung, weil zustehende Leistungen und Chancen nicht gewusst und wahrgenommen werden. Wo Personen alleine leben, führen mangelnder Zugang und fehlende Koordination bislang zudem oft zu verfrühter Unterbringung in stationärer Langzeitpflege.

- Im Wesentlichen zielen beide Ländern zwar auf die aktivierende Pflege und Selbstpflege, jedoch ohne sie praktisch ausreichend zu vertiefen (vertiefen zu können). Für die Beachtung und Schaffung der Rahmenbedingung von **Prävention** und Gesundheitsförderung sind wiederum übergeordnete Ebenen gleichermaßen gefragt. Kompetenzen und Ressourcen in der Pflege können so gestärkt werden, die den Pflegebedürftigen eine soweit als möglich autonome Bewältigung des Alltages (vor)bereiten und kommt der **Selbstbestimmung** als Anliegen Pflegebedürftiger entgegen.

Um die Relevanz der Gesundheitsförderung und deren Konzepte in der Pflege mehr in den Mittelpunkt zu stellen, bedarf es einer Weiterentwicklung der Kompetenzen professionell Pflegenden, u.a. im Bereich von **Vermittlungs- und Kommunikationskompetenz**. Die regionalen Resultate vermitteln eine herausgehobenen Bedeutung der Kommunikation nicht zuletzt aus Sicht der pflegenden Angehörigen, die beispielweise übereinstimmend in beiden Ländern den Gesprächen zu Beginn eines Verbundenen Pflege-/Co-Pflege-Arrangements eine richtungsweisende (!) Bedeutung für die gesamte Pflegesituation beimessen. Wissenschaftliche Studien über Effekte pflegerischer Gesundheitsförderung sind flankierend notwendig.

- Die Situation häuslich Pflegenden ist auch aus Expertensicht überwiegend geprägt von Überlastung, Überforderung, Mangel an Wissen und Unterstützung. Das erfordert eine konzeptionelle Umgestaltung dahingehend, dass die **individuelle Belastungs- und Lebenssituationen** von Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen stärker im Beratungs- und Versorgungsprozess Berücksichtigung finden - mit dem Ziel, rechtzeitig und präventiv einer Unterversorgung und Überlastung vorzubeugen und **Gesunderhaltung** der Personen (auch der Pflegenden) im Care-Setting und dessen Stabilität zu fokussieren. Der Blick auf den gesamten Haushalt und die Auswirkungen einer dort verorteten Pflegeverantwortung zählt jedoch auch zu den konzeptionellen Aufgaben der für die Rahmenbedingungen verantwortlich Entscheidenden (s.u.).

- Vertraute Personen, die nicht unmittelbar in der häuslichen Versorgung tätig sind, aber durch ihren häufigen Kontakt mit Pflegebedürftigen und Angehörigen eine **Vermittlerfunktion** übernehmen könnten [z. B. Mitarbeiter_innen einer Kommune, kirchlicher oder privater Vereinigungen, oder andernorts Postbote (belgisches Modell)] bieten sich an, in ein Frühwarnsystem einbezogen zu werden, das im Vorfeld von problematischen Verläufen eines Pflegewegs neue Weichenstellungen bahnt und zum Erkennen von „*Pushfaktoren*“ für eine verfrühte Heimunterbringung (wie etwa eine mangelgeprägte Finanzlage, ungeeignete Wohnsituation, Änderung im Unterstützungsgeflecht). Die Niederschwelligkeit beim Kontakt zu einer solchen Personengruppe soll Hemmnisse abbauen, so dass auch Menschen mit körperlichen Einschränkungen und wenig sozialen Kontakten erreicht werden. Auch könnte eine neues Berufsprofil mit stärkerer Ausrichtung auf **Koordination und Schnittstellenmanagement** in der Pflege ein wichtiger Anker im häuslichen Pflegesetting sein, das

einer individuell angemessenen und die Würde der in der Care-Situation sich befindenden Personen den nötigen **Raum** schafft.

- Für eine **verbesserte Transition** und Verzahnung zwischen den Sektoren, (ambulant, stationär, Pflege, Akutmedizin, Rehabilitation und weitere) könnte auch die digitale Technologie nutzbar gemacht werden, etwa in Form einer pflegebezogene „App“, sofern nutzerfreundlich und altersangepasst konzeptualisiert. Neben einer Informations- und „Lotsenfunktion“ kommen bei geeigneter Förderung weitere Applikationen in Betracht wie beispielsweise eine interaktive Managementfunktion, Optionen der Vernetzung bis hin zu e-Health-Anwendungen mit interaktiver körpernaher Medizintechnik - jeweils in Ausrichtung auf die Grenzregion und unter Einbezug regionaler Partner.

- Wenige wissenschaftliche Arbeiten, jedoch viele Aussagen aus der Region, skizzieren einen Benefit aus der Übernahme von Pflegeverantwortung im informellen Kontext. Genannt werden u.a. die Aufrechterhalten von sozialen Strukturen und ein Reifen der Kultur des Zusammenhalts. Gerade in der **Gestaltung positiver Element** liegt jedoch - neben wertschätzender gesellschaftlicher Honorierung und finanzieller Sicherung - ein wichtiger Teil der Zukunftsfähigkeit dieser für die Bewältigung der Pflegeaufgabe insgesamt unverzichtbaren Säule. Die Untersuchung macht deutlich, dass in der Region hierfür ein Problembewusstsein besteht, das allerdings eher in individuellen Engagements zutage tritt. Die Resultate ermutigen zu einem systematisierten Handeln, da die vorrangigen Bedarfe fassbar gemacht werden konnten.

Gerade hierfür bietet sich die **Gesamtregion als Handlungsfeld** an: sie ermöglicht den Wandel von Haltungen, Sicht- und Herangehensweisen voranzutreiben, weil hier die Ver-

flochtenheit der Problematik in vielen Feldern gleichzeitig aufscheint: von der einzelnen Pflegesituation bis hin zu Auswirkungen auf die regionale Wirtschaft und dem zukünftigen Tragen von sozialen Sicherungssystemen.

B BEHÖRDEN UND POLITIK

Anhand der Diskussionen im Verlauf des Projekts und in einzelnen Experteninterviews zeigte sich bereits, dass auf politischer Ebene verschieden Ideen zwar in der Diskussion sind, auf Basis der in der Untersuchung vorgelegten Bedarf nun weiter konkretisiert werden könnten:

- Als Adressat für die Schaffung von Regelungen und Sicherheiten, aber auch für die Koordination und als Anlaufstellen für den Einsatz weiterer Personenkreise in häuslichen Pflegesituationen, beispielsweise ehrenamtlich bzw. freiwillig Helfenden, sind lokale Strukturen wie die Kommunen, gegebenenfalls im Verbund mit Vereinen oder anderen örtlichen Einrichtungen zu sehen. Dahinterstehende rahmenrechtliche Regelungen, beispielsweise für besondere Personenkreise wie Pflegemigrant_innen, erfordern Entscheidungen auf nationaler Ebene.

- Auf Landkreis-/ kantonaler Ebene und in Zusammenarbeit mit Gemeinden und Bundesbehörden wäre zu diskutieren, wie die Differenzierung von Hilfebedarf und -leistungen so gestaltet werden kann, dass neue Berufsfelder einerseits der häuslichen Aufgabenbewältigung und dem Erhalt der Finanzierbarkeit dienen. Im Rahmen einer Gesundheitsbildungs- und Arbeitspolitik ist in diesem Zusammenhang auch an die Qualifizierung von vormalig pflegenden Angehörigen, aber auch von Arbeitssuchenden aus anderen Berufen, die zum Unterstützungsbedarf in Haushalten

korrespondieren, zu denken (z.B. Arbeitssuchende aus Handwerksberufen, Menschen im Rentenalter ohne auskömmliche Finanzmittel oder Strukturierungsbedarf). Schweizer Spix-Organisationen können hierzu bereits erste Erfahrungen beitragen.

- Die konkret geäußerten Anliegen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege geben Anlass zur Lösungssuche in jeder einzelnen Einrichtung, die pflegerische Dienstleistungen anbietet, und bei deren Trägerschaft (z.B. spezielle Dienstarrangements für Menschen in Sorgeverpflichtung). Aber auch die Ebene der prüfenden Instanzen, der Finanzträger und der Gesetzgeber sind gefragt, örtliche Vorgaben der kritischen Prüfung zu unterziehen wie „Pflegeschlüssel“, Regelungen für das Abfangen von Überlastungszeiten. Auf ein internationales Engagement weisen etwa Anregungen wie „Springer“-Pools“ hin.

- Der Blick auf die komplexen Implikationen von Pflegeverantwortung für einen gesamten Haushalt und nachfolgende Generationen zählt zu den dringlichen konzeptionellen Aufgaben der (Gesundheits- und Sozial)-Politik in beiden Ländern, dabei auch der statistischen Landes- und Bundesämter. Auch die Institutionalisierung erweiterter Beratungsangebote in Bezug auf die Organisation von häuslicher Langzeitversorgung, der Einsatz neuer Kommunikationsformen und -mitteln richtet sich als Anliegen an die Entscheiderebene in der Gesundheits- und Sozialpolitik. Andere Politikbereiche (z.B. für die Vorhaltung geeigneten Wohnraums in ausreichendem Maß) oder auch Finanzdienstleister, die sich in der Unterstützung von Wohnumfeldgestaltung engagieren, sind um ihren Beitrag gefragt. Auf politischer Ebene werden Unterstützungsmaßnahmen und die soziale Sicherung weitergehenden gesetzlicher Regelungen bedürfen, soll sich häusliche Pflege zukünftig nicht als Risikofaktor für sozialen Abstieg und eine nicht aus-

kömmliche Alterssicherung etablieren. Das würde die Bereitschaft zu häuslicher Pflege sinken lassen.

Nach wie vor zählt, nicht nur am Arbeitsplatz, häusliche Pflegeverantwortung zu den Tabuthemen in beiden Ländern.

- Schließlich war es - nicht nur aber besonderes - ein Anliegen der Professionellen zum Ausdruck zu bringen, dass die Bahnung eines länderübergreifenden Weges für die Bewältigung der Pflegeaufgabe in die richtige Richtung weist, dass eine Enttabuisierung des Bereichs Pflege und die Realisierung der Vision eines würdigen Alters in der Region vor allem aus der Gesamtregion heraus gelingen können.

- Nach dem Vorbild vorangegangener Projekte der Zusammenarbeit Deutschland Schweiz im Gesundheitswesen, in denen Regulierungen gefunden wurden, die eine Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Nachbarland nicht nur auf privatfinanzierter Basis ermöglichen, wird angeregt, dass in die Zukunft hinein solche auch für den Bereich Pflege angestrebt werden

- und zwar frühzeitig und vor folgendem Hintergrund, der auch ein zentrales Anliegen der bisherigen Projekte war:

*geregelt Wege der Zusammenarbeit zu suchen als **Option für die Aufrechterhaltung** von angemessener Gesundheits- und Pflegeversorgung auch im Fall einer zukünftigen Knappheit an finanziellen und personellen Ressourcen.*

Dieser Regelungsbedarf gilt in entsprechender Weise für die Reduzierung bürokratischer Hürden und die transnationale Anerkennung von einschlägigen Qualifikationen.

C. WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

Die vorliegende Studie hat neben vielen Hinweisen auch neue Fragen aufgeworfen, die von der Wissenschaft und Forschung weiter zu bearbeiten sind.

- Zunächst ist die **Datenlage** zu verbessern – in besonders dringlicher Weise für den Sektor informell Pflegender – damit Behörden, Politik und Leistungserbringer, aber auch Angehörige und Betroffene, datengestützte Entscheidungen treffen können. Interessant wären u.a. auch Daten zu den Kosten, die nicht nur unmittelbar sondern auch mittelbar für alle in eine Care-Situation einbezogenen Generationen, entstehen und wie sie gedeckt werden. Dabei würde mit Blick auf die Bedeutung und Nachhaltigkeit neuer Finanzierungskonzepte gerade die Konsequenzen auf z.B. Gesundheit, Karriere und Bildung pflegender und nachfolgender Generationen interessieren müssen. Aus Gründen des Datenschutzes und der Heterogenität der Dateninhaber lassen sich derzeit kaum differenzierte hoch valide Planungszahlen generieren, selbst unter Verwendung modernster statistischer Methoden. Daher wäre es sinnvoll wenn alle Seiten inklusive Datenschutz und statistisch methodischer Wissenschaft gemeinsam ein Monitoringsystem entwickeln, das wesentlich bessere Planungen für regional differenzierte Pflege in Bezug auf Angebot und Nachfrage ermöglicht.

- In der Mehrzahl der bisherigen Studien war die Stimme der betroffenen Pflegebedürftigen eher mittelbar vertreten. In dieser Untersuchung traten mit den Interviews mit Betroffenen wichtige Aspekte zutage, die die Problemzonen der derzeitigen Versorgungssituation sehr deutlich werden lassen. Die Frage der Selbstbestimmung, Ängste nicht mehr „für voll genommen zu werden“ oder in unumkehrbare Versorgungssituationen durch Dritte gebracht

zu werden, müssen Anlass sein zu einer Auseinandersetzung mit diesen Befindlichkeiten – auch kritisch die Systemgepflogenheiten reflektierend. Dass es gerade die Betroffenen sind, die konsequent auf die Belastung für nachfolgende Generationen hinwies, wirft ein ernüchterndes Bild auf die öffentliche Wahrnehmung von Belastungen in Pflegesituationen. Die **Perspektive der Pflege- und Unterstützungsbedürftigen** bedarf systematischen Einbezugs in die weitere Forschung zur Versorgungsgestaltung.

- Aufgrund der herausgehobenen Bedeutung der Kommunikation aus Sicht der pflegenden Angehörigen, die beispielweise übereinstimmend in beiden Ländern den Gesprächen zu Beginn einer Verbundenen Pflege/ Co-Pflege eine richtungsweisende (!) Bedeutung für die gesamte Pflegesituation zumisst, wäre der Frage nachzugehen, wie es um die Kommunikationskompetenz und damit einhergehend der Informationsaustausch zwischen den Personengruppen in einem häuslichen Pflegearrangement bestellt ist. Hier entsteht erweiterter Bedarf an Kompetenz nicht zuletzt durch Aufgaben in der familienersetzenden Funktion von professioneller Pflege, wie sie beispielsweise für immer mehr allein lebende Pflegebedürftige nötig werden wird. Es wurde sehr deutlich, dass sich das Befinden der Pflegenden auf die Stabilität der Pflegesituation ebenso auswirkt, wie das der Betroffenen. Eine stabilisierende Wirkung auch auf den Gesundheitszustand der Betroffenen ergibt sich aus einem stabilen, gut kooperierenden Umfeld. Prekäre Rahmenbedingungen schaffen Ängste und Instabilitäten – mit ungünstigen Folgen für die Gesundheit der Betroffenen, auch für das Gesundheitssystem und dessen Finanzlage. Vertiefte Erkenntnisse zur Verflechtung von Kommunikation, Befinden und Rahmenbedingungen würden das weitere Anstoßen von Verbesserungen erwarten lassen.

- **Frauen** sind in herausgehobenem Maße von der gesellschaftlichen Problematik „Pflege“ betroffen. Sie bedürfen aufgrund ihrer Bedeutung für den Arbeitsmarkt, ihrer sozialen und gesellschaftlichen Verantwortung in der **Stabilisierung der regionalen Arbeits- und Lebenswelt** geeigneten Supports, um die im gesamtgesellschaftlichen Interesse stehende Aufgabe informeller, häuslicher Pflege im nötigen Umfang schultern zu können.

Da Frauen in der informellen wie in der professionellen Pflege weit überwiegen und andererseits Frauen mit steigendem Alter den Großteil an Pflegebedürftigen ausmachen, für einen immer größer werdenden Teil die Situation im Alter von Isolation und finanziellem Prekariat gekennzeichnet sein wird, erfordert dieser Komplex eine Betonung der frauenspezifischen Forschung.

Versorgungsforschung und Projekte mitten in der Gesellschaft sollten Hand in Hand gehen. Hierbei geht darum, den Lernprozess der Gesellschaft, dass Pflege(bedürftigkeit) den öffentlichen Raum berührt, zu fördern und zu einer ergebnisorientierten Pflege - und Verständniskultur hinzuführen, in Übernahme der gemeinsamen Verantwortung. Es empfiehlt

sich eine evaluierende Begleitung im Falle einer Umsetzung von Modulen des vorgestellten Modells zum Aufbau einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in der Pflege. Auch hierfür ist der länderübergreifende (Forschungs-)Raum die geeignete Plattform.

- Nötig ist, neben der Forschung für Konzepte zur Bewältigung für Menschen, die von Behinderung und Krankheit betroffen werden, auch Versorgungsforschung zu den Lebens- und Bewältigungs-Konzepten für Menschen, die „mit hinein genommen werden“ in die Lebenssituation der Betroffenen.

- Schließlich bleibt zu prüfen, welche Alternativen innerhalb und zur häuslichen Versorgungssituation sich entwickeln lassen. Die in der Untersuchung eingebrachten Ideen zu Selbsthilfekonzepten, aber auch Lösungen, die einen Kompetenzmix von Personen, die in verschiedenen Care-Situationen mit ihren jeweiligen Fähigkeiten zum Einsatz kommen, erhalten durch evaluierende Beleuchtung bereits vor ihrem verbreiteten Einsatz die Chance, ihre Stärken zu zeigen, Schwächen abzubauen und für die gesamtgesellschaftliche Bewältigung der Pflegeaufgabe nutzbar zu machen.

ANHANG

s. gesonderte Datei

Anlage A: Autor_innen

Anlage B: Anschreiben zu den qualitativen Experteninterviews

Anlage C: Anschreiben zur Online-Erhebung

Anlage D: Online-Fragebogen: Tabellarische Darstellung

Anlage E: Ergebnisse der Schätzungen

Anlage F: Fragebogen zum Einrichtungsbezogenen pflegerischen Qualitätsmanagement

Anlage G: Poster

12. LITERATUR

12.1. REFERENZEN AD 7.1.

- Babel, Bernhard (2007): „Bevölkerungsvorausrechnungen unter besonderer Berücksichtigung von Unsicherheiten“. In: *Quantitative Ökonomie*. Hrsg. von Eckart Bomsdorf; Wim Kösters; Winfried Matthes. Bd. 150. Amt für Raumplanung, Kanton Basel-Landschaft (2011): *Bevölkerungsprognose für den Kanton Basel-Landschaft bis ins Jahr 2035*, URL: <https://www.baselland.ch/fileadmin/baselland/files/docs/bud/arp/daten/bevoelkerungsprognose2035.pdf>
- Bundesamt für Statistik (2010): *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz: 2010-2060*. Office fédéral de la statistique.
- Hackmann, T. und Moog, S. (2009): “Die Auswirkungen der steigenden Lebenserwartung auf die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in Deutschland”. In: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 98, S. 73-89.
- Schmidt H. und Hochstetter B. (2014): Von der Vergangenheit in die Zukunft – Rahmenbedingungen und methodische Herausforderungen der regionalen Bevölkerungsvorausrechnung auf Basis 2012. In: *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* 11.2014, S. 11-18.
- Statistisches Bundesamt (2011): *Modell der Bevölkerungsvorausrechnungen*. URL: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausrechnung/VorausrechnungsModell.pdf?__blob=publicationFile.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2009): *Der demografische Wandel in Baden-Württemberg: Herausforderungen und Chancen*.
- Statistisches Amt Kanton Basel-Landschaft (2011): *Demografiebericht 2011*.
- Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt (2011): *Bevölkerungsprognose 2011*. Statistischer Bericht.
- Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt (2015): *Wanderungsanalyse 2015*.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2014): *Pressemitteilung vom 30.12.2014*. URL: <http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Pressemitt/2014423.asp>.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2015): *Struktur- und Regionaldatenbank*. URL: <http://www.statistik-bw.de/SRDB/home.asp>.

12.2. REFERENZEN AD 7.2.-7.4.

- Bundesamt für Statistik 2015: Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2013 - Standardtabellen. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=6330>
- Bundesamt für Statistik 2015: Spitex-Statistik 2013. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/05/data/01.html>
- Fries, J. F. 1980: Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med*. 1980, 303: 130-135.
- Hackmann, T. und Moog, S. (2009): “Die Auswirkungen der steigenden Lebenserwartung auf die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in Deutschland”. In: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 98, S. 73-89.
- Verbrugge LM. 1984: Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 62, 475-519.

- Statistisches Bundesamt (2011): Modell der Bevölkerungsvorausberechnungen. URL: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/VorausrechnungsModell.pdf?__blob=publicationFile.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2009): Der demografische Wandel in Baden-Württemberg: Herausforderungen und Chancen.
- Statistisches Amt Kanton Basel-Landschaft (2011): Demografiebericht 2011.
- Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt (2011): Bevölkerungsprognose 2011. Statistischer Bericht.
- Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt (2015): Wanderungsanalyse 2015.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2014): Pressemitteilung vom 30.12.2014. URL: <http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Pressemitt/2014423.asp>.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2015): Struktur- und Regionaldatenbank. URL: <http://www.statistik-bw.de/SRDB/home.asp>.

12.3. ZITIERTE LITERATUR

- ¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Sondergutachten 2009: Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Absatz 119. URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm>
- ² Bundesrat. Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (05.025) vom 16. Februar 2005, S.2039 URL: <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2005/2033.pdf>.
- ³ Initiativkreis Metropolitane Grenzregionen // Positionsbestimmung 2012. URL: http://www.metropolitane-grenzregionen.eu/public/filecache/imeg_positionsbestimmung_de.pdf
- ⁴ Martin M, Moor, C Sutter, C. Kantonale Alterspolitiken in der Schweiz: Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen (Beiträge zur Sozialen Sicherheit No. 11/10). Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen. 2010
- ⁵ Von Holten K, Jähne A, Bischofberger I. Care Migration – transnationale Sorgearrangements im Privathaushalt. Obsan Bericht 57. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. 2013
- ⁶ Colombo F, Lena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: OECD. 2011
- ⁷ Institut für Demoskopie Allensbach. Monitor Familienleben 2010: Einstellungen und Lebensverhältnisse von Familien. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. Berichtsband. 2010. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung2/Pdf-Anlagen/familienmonitor-2010,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
- ⁸ François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn. Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Verlag Hans Huber, Bern 2011 ISBN 978-3-456-84957-7 (E-Book-ISBN 978-3-456-9457-4) <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Pflege-im-Alter2011.pdf>
- ⁹ Lichte T, Beyer M, Mand P, Fischer C. Die neue DEGAM-Leitlinie Nr. 6 „Pflegerische Angehörige“. Zeitschrift für Allgemeine Medizin 2005; 81(2): 79-84. doi: 10.1055/s-2005-836320. URL: http://www.degam.de/leitlinien/LL_PA_web.pdf;
- ¹⁰ Katholischer Deutscher Frauenbund. PRESSEMITTEILUNG. Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. KDFB fordert verbesserte politische und strukturelle Rahmenbedingungen Köln, 19.3.2012. URL: http://www.frauenbund.de/fileadmin/user_upload/PM/2012/PM_KDFB_zu_Pflege_als_gesamtgesellschaftliche_Aufgabe.pdf

- ¹¹ Landesfamilienrat Baden-Württemberg (2010): Rund um die Uhr... Angehörige zwischen Beruf und Pflege. Rahmenbedingungen verbessern für Erwerbstätige mit Verantwortung für Betreuung und Pflege von Familienangehörigen. Unter Mitarbeit von Ingrid Bregenzer, Rosemarie Daumüller und Birgit Faigle et al. Online verfügbar unter <http://www.kompetenzzentrum-bw.de/FFBetr/Infomaterial/Datenbank/20101028.1.pdf>
- ¹² Perrig-Chiello P. Forschungsprojekt SwissAgeCare-2010. Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Deutschschweiz, Strapazierte Generationensolidarität? – Pflegende Töchter und Söhne zwischen Sollen und Können. Universität Bern. URL: <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/OCDC636B60/D5E509D9C3.pdf>
- ¹³ Arksey H, Morée M. Supporting working carers: do policies in England and The Netherlands reflect 'doulia rights'? *Health Soc Care Community* 2008; 16(6):649-57
- ¹⁴ Kinsella KG, Velkoff VA. An aging world. U.S. Dept. of Commerce, Economics and Statistics Administration, U.S. Census Bureau. 2001
- ¹⁵ Kronenthaler A. Die Konzeption: Demographic risk management im Gesellschaftsbezug. SOZIALMEDIZINISCHES FORUM ZUR AKTUELLEN GESUNDHEITSPOLITIK. Pflegebedürftigkeit – Privatsache? Vortrag am 26.1.2011. Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen.
- ¹⁶ Mühlmann R, Ludescher M, Trukeschitz B, Schneider U. Auswirkungen informeller Pflegtätigkeit auf das Erwerbsverhalten und Konsequenzen für ArbeitgeberInnen - Ein Literatursurvey . Forschungsbericht des Forschungsinstituts für Altersökonomie. No. 1.2007. URL: [http://epub.wu.ac.at/210/;](http://epub.wu.ac.at/210/)
- ¹⁷ Simoes E. Frauen in informeller Pflegeverpflichtung. In: Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung 3. Aufl. Gaertner T et al. (Hrsg.) Walter de Gruyter, Berlin/Boston
- ¹⁸ Geister C. Die Belastungen der Angehörigen als Herausforderung für die professionelle Pflege .*Public Health Forum* 2008; 16(4): 7.e1-7.e3
- ¹⁹ Simoes E. Regionales Demographic Change Management: Pflege und Pflegebedürftigkeit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Workshop „Pflege als Element des regionalen Demographic Change Management“, Vortrag am 2.8.2011, Landratsamt, Lörrach
- ²⁰ Bundesministerium für Gesundheit. Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. 2009. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/uploads/publications/Umsetzungsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff_200905.pdf; Zugang am 27.01.2013
- ²¹ Kraus C. Pflege älterer und alter Menschen in Österreich – Stellenwert und Problemfelder der informellen Leistungserbringung. Grin Verlag. 2008; ISBN 978-3-638-94755-8
- ²² Kanton Zürich Gesundheitsdirektion Projekte & Entwicklung. Betreuung und Pflege zu Hause durch Angehörige: Analyse der aktuellen Situation und der Unterstützungsmöglichkeiten im Kanton Zürich. Dezember 2013. URL: http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/unsere_direktion/veroeffentlichungen
- ²³ Sozialverband VdK e.V. Gemeinsame Presseinfo Pflegeversicherung. URL: <http://www.vdk.de/kv-tettngang-bodensee/ID89825>;
- ²⁴ Blanc J. Gesundheit im hohen Alter – Aspekte zukünftiger Herausforderungen. In: Zenger C, Jung T. (Hrsg.). Management im Gesundheitswesen und der Gesundheitspolitik. Bern: Verlag Hans Huber.2003
- ²⁵ Schön-Bühlmann J. Unbezahlte Pflegeleistungen von Privatpersonen und –haushalten, Soziale Sicherheit (CHSS) 2005; 5: 274-280
- ²⁶ Mühlberger U. Langzeitpflege in Österreich. In: ÖKSA (Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit). In: Trukeschitz B. Informelle Pflege: Ansichten, Einsichten & Aussichten, Dokumentation der Jahreskonferenz 2008: Finanzierung der Pflege in Österreich - Bedarf- Modelle – Perspektiven. URL: http://www.oeksa.at/files/publikationen/OEKSA_BUCH_09_Online.pdf.
- ²⁷ Yoo BK, Bhattacharya J, McDonald KM, Garber AM. Impacts of informal caregiver availability on long-term care expenditures in OECD countries. *Health Serv Res* 2004; 39(6 Part II):1971-92

- ²⁸ Simoes E, Zink J. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen am Beispiel der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. 1. Zwischenbericht zum Pilotprojekt. Lahr/Schwarzwald: Kompetenz-Centrum Qualitätsmanagement (KCQ). 2008
- ²⁹ Simoes E, Zink J. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen am Beispiel der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach. Lahr/Schwarzwald: Kompetenz-Centrum Qualitätsmanagement (KCQ). 2009
- ³⁰ Zumbrunn A, Bayer-Oglesby L, Roth M. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach (Phase I). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). 2010
- ³¹ Bayer-Oglesby L. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen II. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach (Phase II) (Obsan Dossier 49). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. 2015
- ³² Simoes E, Zumbrunn A, Zisselsberger G, Schmahl FW. Länderspezifische Unterschiede bei den Inanspruchnahmeprofilen grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung weisen auf differenzierte Interessenlage und selektive Nutzung hin. [Country-Specific Differences in the Utilisation Profiles of Cross-Border Health Care Point to Differentiated Degrees of Interest and Selective Use] *Das Gesundheitswesen* 2011; 73: e61-e67
- ³³ Simoes E, Zisselsberger G, Schmahl FW. Grenzüberschreitende Gesundheitsregionen – Gefahr oder Chance? Cross-border health care regions - risk or chance? Evaluation of a pilot project at the German - Swiss border]. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 2009; 44: 20-8
- ³⁴ Simoes E, Zisselsberger G, Schmahl FW. [Quality transparency and development of trust in cross-border health care - Implications of a first binational quality survey in the context of the cross-border health care pilot project Germany/Switzerland] *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 2010; 45: 19–25
- ³⁵ DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2015): ICD-10-GM Version 2015, Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99); Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09), URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f00-f09.htm>
- ³⁶ RKI (Robert-Koch-Institut) (Hrsg.) (2005): Altersdemenz, GBE Band 28, Berlin, URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/altersdemenz.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 29.01.2016).
- ³⁷ Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Im Internet: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf.
- ³⁸ Schweizerische Alzheimervereinigung. Zahlen und Fakten zur Demenz. Im Internet: <http://www.alz.ch/index.php/zahlen-zur-demenz.html>.
- ³⁹ Werner P. Wer pflegt wen wann und wo? Die Beziehung zwischen formal und informal care. Grin Verlag 2010; ISBN: 978-3-656-17316-8
- ⁴⁰ Lilly M, Laporte A, Coyte P. Labor market work and home care's unpaid caregivers: a systematic review of labor force participation rates, predictors of labor market withdrawal, and hours of work. *Milbank Quarterly* 85. 2007; 4: 641 – 690.
- ⁴¹ Schneider N, Häuser J, Ruppenthal S, Stengel S. Familienpflege und Erwerbstätigkeit – Eine explorative Studie zur betrieblichen Unterstützung von Beschäftigten mit pflegebedürftigen Familienangehörigen. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz. Johannes Gutenberg Universität, Institut für Soziologie. Mainz, 2006.
- ⁴² BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Kohlhammer, Stuttgart, 1997b

-
- ⁴³ Deutsche Sozialversicherung. Pflegeversicherung. <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/pflegeversicherung/index.html>
- ⁴⁴ Neal M, Wagner D, Bonn K, Niles-Yokum K. Caring from a distance: contemporary issues. In: Martin Matthews, A.; Phillips, J. (Eds.): Aging and Caring at the intersection of work and home life – blurring the boundaries. Lawrence Erlbaum Associates. London. 2008; 107 – 128
- ⁴⁵ Arpagaus J, Höglinger M. Freiwilliges Engagement, Sozialkapital und Alterspflege in der Schweiz. Kalaidos Fachhochschule Schweiz. Zürich. 2006.
- ⁴⁶ Bundeszentrale für politische Bildung. Soziale Sicherungen. Im Internet: <http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/politiklexikon/18226/soziale-sicherung>. Stand: 04.11.2015
- ⁴⁷ Simoes E. Elemente der privaten und gesetzlichen Versicherung in Deutschland und ihr Stellenwert im System der sozialen Sicherung. Internationaler Masterstudiengang Versicherungsmedizin, Auslandsmodul Deutschland 2014, Tübingen.
- ⁴⁸ Schweizerische Eidgenossenschaft. Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH)(01.01.2013). Im Internet: www.bsv.admin.ch/vollzug/storage/documents/3950/3950_11_de.pdf.; Stand: 16.07.2013
- ⁴⁹ Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG). Im Internet: <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19590131/201301010000/831.20.pdf>. Stand: 01.01.2013
- ⁵⁰ Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung. Im Internet: <https://www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2009/3517.pdf>. Stand: 09.11.2015
- ⁵¹ Spitex Verband Schweiz. Zusätzliche Spitex-Dienstleistungen. Im Internet: <http://www.spitex.ch/NPO-Spitex/Dienstleistungen/Zusaetzliche-Dienstleistungen/P8y2z/>. Stand: 06.11.2015
- ⁵² Basel-Stadt. Verordnung betreffend Beiträge an die unentgeltliche Pflege und Betreuung von dauernd pflegebedürftigen Personen zu Hause (Pflegebeitragsverordnung). Im Internet: <http://www.gesetzessammlung.bs.ch/frontend/versions/2392?locale=de>. Stand: 09.11.2015
- ⁵³ Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt. Pflegeheimliste. Im Internet: <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/gesundheitsfachpersonen/langzeitpflege/pflegeheime.html>. Stand: 09.11.2015
- ⁵⁴ Mitteilung der nationalen Steuergruppe Tarifstrukturen II über den Abschluss der Phase 1 – Kalibrierung von BESA und RAI/RUG. Im Internet: http://www.curaviva.ch/files/QOIGBXI/2011_09_14-Adaptierte-Tabellen-der-Tarifstrukturen.pdf. Stand: 31.08.2011
- ⁵⁵ Adullam-Siftung Basel. Aufnahmebedingung und Taxen. Im Internet: <http://www.adullam.ch/aufnahmebedingungen-taxen-heim.html>. Stand: 10.11.2015
- ⁵⁶ Wendelin Pflegeheim. Entlastungs- oder Ferienbetten. Im Internet: <http://www.aph-wendelin.ch/Pflegeheim/Wohnen/Entlastungs-Ferienbett/PlsdY/>. Stand: 11.11.2015
- ⁵⁷ Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_14.html Stand: 1.10.2015
- ⁵⁸ Geissbühler J, Michaelis B. Soziales in der Schweiz. Eine praxisorientierte Darstellung mit zahlreichen Repetitionsfragen und Antworten. Zürich: Compendio Bildungsmedien AG, 8. Auflage, S. 58. 2012
- ⁵⁹ Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1994/2015): Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/201501010000/832.10.pdf>. Stand: 1.10.2015.
- ⁶⁰ Der Schweizerische Bundesrat (1995/ 2015): Verordnung über die Krankenversicherung, URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950219/201506010000/832.102.pdf>. Stand: 1.10.2015

-
- ⁶¹ Großer Rat des Kantons Basel-Stadt (2012): Gesundheitsgesetz (GesG), URL: <http://www.gesetzessammlung.bs.ch/frontend/versions/1982> Stand: 1.10.2015
- ⁶² Basel Stadt (2011): Pflege-Rahmenvertrag zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Verband der gemeinnützigen Basler Alters- und Pflegeheime (VAP), URL: <http://www.gesetzessammlung.bs.ch/frontend/versions/3563> Stand: 1.10.2015
- ⁶³ Landrat Kanton Basel-Landschaft (2008): Gesundheitsgesetz (GesG), URL: <http://bl.clex.ch/frontend/versions/1205?locale=de>
- ⁶⁴ Landrat Kanton Basel-Landschaft (2004): Gesetz über die Betreuung und Pflege im Alter (GeBPA), URL: https://www.baselland.ch/fileadmin/baselland/files/docs/parl-lk/berichte/2004/2004-164_lex.pdf Stand: 1.10.2015.
- ⁶⁵ Qualitätskommission Verband Basel Landschaftlicher Gemeinden (2013): Reglement für die Qualitätskommission, URL: http://www.bap-bl.ch/fileadmin/docs/oeffentlich/qualitaet/2013-03-11_Reglement_Q-Kommission__sig_.pdf Stand 1.10.2015
- ⁶⁶ Zeman P. Pflege in familialer Lebenswelt. In: K.R. Schroeter & Th. Rosenthal (Hrsg.). *Soziologie der Pflege*. Weinheim und München: Juventa Verlag, 2005
- ⁶⁷ Blinkert B, Klie T. Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen, in: *Sozialer Fortschritt*, Band 53, 11/12, 2004, S. 319 - 325.
- ⁶⁸ Lammnek S. *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz; 2010
- ⁶⁹ Witzel A. The Problem-Centered Interview. *FQS Forum: Qualitative Social Research*. URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/%201132/2519>
- ⁷⁰ Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 11. aktual. und überarb. Aufl. Weinheim: Beltz; 2010
- ⁷¹ Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*, Weinheim: Juventa; 2012
- ⁷² Kruse J. *Einführung in die qualitative Interviewforschung*. Weinheim: Juventa; 2013
- ⁷³ Krohwinkel M. *Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber; 2013
- ⁷⁴ Juchli L. *Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege*. 7. Aufl. Stuttgart: Thieme. 1994
- ⁷⁵ Welling K. Der personen-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood. – ein bedeutender Bezugsrahmen für die Pflege von Menschen mit Demenz. In: *Unterricht Pflege*, 2004; Band 9, Heft 5, URL: http://www.prodos-verlag.de/pdf/personenzentrierung_kitwood_0070.pdf (Zugriff: 1.10.2015).
- ⁷⁶ Sommerbauer S (2003): Schlüsselbegriffe und deren Bedeutung. Das Pflegemodell nach Dorothea Orem. In: *Österreichische Pflegezeitschrift* 2003; 8-9: 36-9
- ⁷⁷ Prell M. Das Psychobiographische Pflegemodell nach Prof. Böhm. – Eine kurze Vorstellung des Modells. 2011. URL: http://pflegen-online.de/download/artikel_prell.pdf
- ⁷⁸ Messer B. *Pflegeplanung für Menschen mit Demenz. Was sie schreiben können und was sie schreiben sollen*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft. 2007. S. 61-65.
- ⁷⁹ Bose A, Terpstra J. Modell der transkulturellen und kultursensiblen Pflege. In: *Dies: Muslimische Patienten pflegen. Praxisbuch für Betreuung und Kommunikation*. Frankfurt/ Main, Berlin u.a.: Springer Verlag, 2007. S. 12-19.
- ⁸⁰ Kaucher M, Jacob R, Kopp J. *Berufsmonitoring Pflege 2015. Ergebnisse einer Online-Befragung von Pflegeschülern*. Workshop Universität Trier 2015
- ⁸¹ O'Connor D. "Self-identifying as a caregiver: exploring the positioning process". *Journal of Aging Studies*, 2007; 21: 165-174

- ⁸² Couch K, Daly MC, Wolf DA. "Time? Money? Both? The Allocation of Resources to older Parents", in: Demography 1999, 36 (2). 219-232.
- ⁸³ Perrig-Chiello P, Hutchison S, Höpflinger F. Pflegende Angehörige von älteren Menschen. Forschungsbericht. URL: <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/5DC6FA8BB2/BCEFE020E7.pdf>
- ⁸⁴ C Emrich, MA Rieger, E Simoes. Häusliche Pflegearrangements. Eine explorative Analyse auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels, Wellen 2002-2009. Gesundheitswesen 2012; 74 - A27. DOI: 10.1055/s-0032-1322013
- ⁸⁵ Müller R., Unger R., Rothgang H. (2010). Reicht eine zweijährige Familien-Pflegezeit für Arbeitnehmer. Soziale Sicherheit 2010; 6-7:230-237
- ⁸⁶ Koppelin F. Soziale Unterstützung pflegender Angehöriger. Theorien, Methoden, Forschungsbeiträge. Bern: Verlag Hans Huber. 2008
- ⁸⁷ Bevölkerung, Erwerbstätige, Erwerbslose, Erwerbspersonen, Nichterwerbspersonen [jeweils im Alter von 15 bis unter 65 Jahren]: Deutschland, Jahre, Geschlecht; Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2011; URL: www.destatis.de
- ⁸⁸ Emrich C, Simoes E, Münnich R. Pflegende Angehörige im Spannungsfeld zwischen Berufstätigkeit, Krankheit und Armut. Welche Daten eignen sich für eine Ist- und Bedarfsanalyse? Posterpräsentation und Vortrag, 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 18. GAA-Jahrestagung vom 20. bis 22. Oktober 2011. Köln
- ⁸⁹ Schneekloth U. Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege. Zentrale Ergebnisse der Studie Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG III). [Tendency of development and perspectives of domestic care. Core results of the Potential and Limits of Independent Living (MuG III) study]. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2006; 39: 6, DOI: 10.1007/s00391-006-0413-3
- ⁹⁰ Höpflinger F. Angehörigenpflege - Bedeutung und Entwicklung. Managed Care 2006; 3: 4-5, URL: [Hoepflinger_Angehoerigenpflege_2004.pdf](http://www.hoepflinger.de/Angehorigenpflege_2004.pdf)
- ⁹¹ von der Leyen U. Zur Vereinbarkeit von Beruf und Familien. Festrede anlässlich der Eröffnung des 59. DGGG-Kongresses. München. 9.10.2012. Der Frauenarzt 2012; 53(12)-1148-1152
- ⁹² Bischofberger I, Lademann J, Radvanszky A. „work & care“ – Erwerbstätigkeit und Pflege vereinbaren: Literaturstudie zu Herausforderungen für pflegende Angehörige, Betriebe und professionelle Pflege. Pflege. 2009. 22: 277-286. Huber Verlag URL: [work_and_care_huber.pdf](http://www.huber.de/work_and_care_huber.pdf)
- ⁹³ Robert Koch-Institut. Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts de Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2009 URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alter_gesundheit.html
- ⁹⁴ Fuchs J. Die Situation von Pflegenden. NDV 1999; 10
- ⁹⁵ Stefan H, Eberl J, Allmer F, Hansmann R, Jedelsky E, Schalek K, Michalek A, Pandzic R, Tomacek D. Rolle als Pflegende/r, Belastung, Risiko. POP® – PraxisOrientierte Pflegediagnostik. 2009. S. 764-769, doi: 10.1007/978-3-211-79910-9_144
- ⁹⁶ Burton W, Chen C, Conti D. et al. Caregiving and its association with employee health risks and productivity. Journal of Occupational and Environmental Medicine 2004; 46: 1048-56.
- ⁹⁷ Hundt M. Den Pflegenden eine Stimme geben. In: Döbler J, Hundt M, Schlegel P, Terhürne G. (Hrsg). Demenz - Angehörige im Dialog. Braunschweig. 2005
- ⁹⁸ EUROFAMCARE. URL: http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_de.pdf
- ⁹⁹ Meyer M. Pflegende Angehörige in Deutschland: Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen. 2007. URL: http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_germany_de_final_a4.pdf; Zugang am 26.01.2013

-
- ¹⁰⁰ Dierks M. Karriere!- Kinder, Küche? Eine explorative Studie zur Verrichtung der Reproduktionsarbeit in Familien mit qualifizierten berufsorientierten Müttern aus der Perspektive von Frauen nach Beendigung ihrer Erwerbsarbeit. Diss. Universität Hamburg. 2005. Unveröffentlicht
- ¹⁰¹ Dautzenberg, MGH, Diederiks JP M, Philipsen H, Stevens FCJ, Tan FES, Vernoij-Dassen, MJFJ. The competing demands of paid work and parent care. Middle-aged daughters providing assistance to elderly parents. *Research on Aging* 2000; 22 (2): 165-187.
- ¹⁰² Martire LM, Stephens MAP. Juggling Parent Care and Employment Responsibilities: The Dilemmas of Adult Daughter Caregivers in the Workforce. *Sex Roles* 2003; 48 (3 / 4): 167 - 173.
- ¹⁰³ Korczak D, Kister C, Huber B. Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.). Schriftenreihe Health Technology Assessment. Bd. 105. 1. Auflage 2010. Köln. doi: 10.3205/hta000087L
- ¹⁰⁴ Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. *Applied Preventive Psychology* 1998; 7
- ¹⁰⁵ Maslach C, W. B. Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Review of Psychology* 2001; 52:397–422
- ¹⁰⁶ Wolf-Ostermann K, Gräske J. *Public Health Forum*. Heft 16. 2008. Seite(n) 15-16
- ¹⁰⁷ Simoes E, Wallwiener D, Ueding E, Münnich R, Brucker SY. Gesundheit von Frauen in Sorgeverpflichtung. *Geburtsh Frauenheilk* 2014; 74: 28-32
- ¹⁰⁸ Schneider N, Häuser J, Ruppenthal S, Stengel S. Familienpflege und Erwerbstätigkeit – Eine explorative Studie zur betrieblichen Unterstützung von Beschäftigten mit pflegebedürftigen Familienangehörigen. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz. Johannes Gutenberg Universität, Institut für Soziologie. Mainz, 2006.
- ¹⁰⁹ Schenk M. Pflegende Angehörige als Patienten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2009; 134(14): p13. doi: 10.1055/s-0028-1124066
- ¹¹⁰ Statistische Ämter des Bundes und der Länder, *Demografischer Wandel in Deutschland*, Heft 2, 2010
- ¹¹¹ Simoes E, Brucker SY, Wallwiener D. Werden Zentren ihrem Auftrag (noch) gerecht? Stellung von medizinischen Zentren in der Versorgungsgestaltung der Zukunft. *Geburtsh Frauenheilk* 2012; 72(10): 893-897
- ¹¹² Schneider T, Drobnic S, Blossfeld H. Pflegebedürftige Personen im Haushalt und das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen. *Zeitschrift für Soziologie* 2001; 30: 362-83.
- ¹¹³ Chorn Dunham C, Dietz B. "If I'm not allowed to put my family first": challenges experienced by women who are caregiving for family members with dementia. *Journal of Women and Aging* 2003; 1: 55 – 69
- ¹¹⁴ Krentz A. Armutgefährdung von Frauen in Baden-Württemberg - Daten aus der amtlichen Statistik. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Vortrag am 4.5.2012, Stuttgart. Öffentlicher Fachtag des Landesfrauenrates Baden-Württemberg. Arme Frauen - Reiches Land. Wege aus der Frauenarmut.
- ¹¹⁵ Forbes DA, Jansen SL, Markle-Reid M, Hawranik P, Morgan D, Henderson S, Leipert B, Peacock S, Kingston D. Gender differences in use and availability of home and community-based services for people with dementia. *Can J Nurs Res*. 2008 Mar; 40(1):39-59
- ¹¹⁶ Emrich 2012 Emrich C, Rieger MA, Simoes E. Häusliche Pflegearrangements. Eine explorative Analyse auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels, Wellen 2002-2009. *Gesundheitswesen* 2012; 74 - A27. doi: 10.1055/s-0032-1322013
- ¹¹⁷ Williams AM, Forbes DA, Mitchell J, Essar M, Corbett B. The influence of income on the experience of informal caregiving: policy implications. *Health Care Women Int*. 2003; 24(4):280-91
- ¹¹⁸ Deutsches Ärzteblatt. Nachrichten: Minister planen Maßnahmen gegen Pflegekräftemangel. 8.02.2011. URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/44620/Minister-planen-Massnahmen-gegen-Pflegekraeftemangel>; Zugang am 26.01.2013

- ¹¹⁹ Simoes E. Pflege in der Familie und Armut. Vortrag am 21.11.2013, 22. Wissenschaftliches Kolloquium von Destatis gemeinsam mit der Deutschen Statistischen Gesellschaft „Armutsmessung“. Wiesbaden
- ¹²⁰ Sozialverband VdK e.V. Gemeinsame Presseinfo Pflegeversicherung. URL: <http://www.vdk.de/kv-tettnang-bodensee/ID89825>;
- ¹²¹ Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 1, 2011.
- ¹²² Neue Züricher Zeitung. Siegeszug der Einpersonenhaushalte. Ausgabe vom 08.08.2015
- ¹²³ Deutsche Bundesregierung. Lebenslagen in Deutschland. Entwurf des 4. Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung. 21.11.2012. URL.: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Einkommen-Armut/Dokumente/ARB_der_BR_vom_%2021112012.pdf; Zugang am 26.01.2013
- ¹²⁴ Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2. 2010
- ¹²⁵ Gosman-Hedström G, Claesson L. Gender perspective on informal care for elderly people one year after acute stroke. *Aging Clin Exp Res.* 2005. 17(6):479-85
- ¹²⁶ MEDIZINISCHER DIENST DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN e.V. (2007): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2005, Essen.
- ¹²⁷ Höflinger F, Bayer-Oglesby L, Zumbunn Z. Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz Verlag Hans Huber, Bern 2011 ISBN 978-3-456-84957-7 (E-Book-ISBN 978-3-456-9457-4)URL: <http://www.hoepflinger.com/fhftp/Pflege-im-Alter2011.pdf>
- ¹²⁸ Richter C, Böher P, Stumpf M. Sozial- und Jugendamt der Stadt Konstanz. Bericht zur Pflege 2014. Altenhilfe-Beratung, Pflegestützpunkt 02.10.2014
- ¹²⁹ Yeandle S, Bennett C, Buckner L, Shipton L, Suokas A. Who cares wins: the social and business benefits of supporting working carers. Action for Carers and Employment, Sheffield Hallam University, Centre for Social Inclusion, London, Sheffield, 2006.
- ¹³⁰ Schneekloth U, Wahl HW. Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III): Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht, 2005. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/mug3-ingetrierter-gesamtbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
- ¹³¹ Moser V, Pinhard I. (Hrsg.): Care - wer sorgt für wen? Jahrbuch der Frauen- und Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft - Folge 6. Opladen, Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich. 2010
- ¹³² Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2002
- ¹³³ Heitmueller A. The Chicken or the Egg? Endogeneity in labour market participation of informal carers in England. *Journal of Health Economics* 2007; 26: 536 - 559
- ¹³⁴ Carmichael F, Charles S. The opportunity costs of informal care: does gender matter? *Journal of Health Economics* 2003; 22: 781-803.
- ¹³⁵ Hammer R. Pflegende Angehörige – Frauen zwischen Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege. *Pflegezeit-schrift* 2008. Band 57. Heft 11. Seite(n) 1-8; ISSN 0945-1129
- ¹³⁶ Böttcher S, Selinger Y, Hauss F. Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege im Land Brandenburg: Studie, 2009. URL: <http://www.esf.brandenburg.de/sixcms/media.php/bb3.c.208819.de>; Zugang am 26.01.2013
- ¹³⁷ Henz U. The effects of informal care on paid-work participation in Great Britain: a lifecourse perspective. *Ageing and Society* 2004; 24 (6). 851-80
- ¹³⁸ Henz U. Informal Caregiving at Working Age: Effects of Job Characteristics and Family Configuration. *Journal of Marriage and Family* 2006; 68 (2). 411-29.

-
- ¹³⁹ Rosenzweig J, Brennan E, Ogilvie A. Work-family fit: voices of parents of children with emotional and behavioral disorders. *Social Work* 2002; 47: 415-24.
- ¹⁴⁰ Chesley N, Moen P. When workers care. Dual-earner couples' caregiving strategies, benefit use, and psychological well-being. *The American Behavioral Scientist* 2006; 46:1248-1269.
- ¹⁴¹ Emrich C. Familienfreundliche Betriebe/ Krankenhäuser und ihr Beitrag zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe „Pflegebedürftigkeit“. Workshop, Landratsamt Lörrach. 02.03.2011.
- ¹⁴² Hoskins I. Combining work and care for the elderly: An overview of the issues. *International Labour Review* 1993; 132: 347- 369.
- ¹⁴³ Goodstein J. Employer involvement in Eldercare: An organizational adaptation perspective. *Academy of Management Journal* 1995; 38 (6). 1657-1671.
- ¹⁴⁴ Becker S, Janousek L. Eltern pflegen. So können Arbeitgeber Beschäftigte mit zu pflegenden Angehörigen unterstützen – Vorteile einer familienbewussten Personalpolitik. Frankfurt/Main: berufundfamilie gGmbH. 2007
- ¹⁴⁵ Emrich C. Das Konzept Familienfreundliches Krankenhaus / Familienfreundlicher Betrieb und sein Beitrag zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe „Pflegebedürftigkeit“. Vortrag am 26.1.2011. SOZIALMEDIZINISCHES FORUM ZUR AKTUELLEN GESUNDHEITSPOLITIK, Universität Tübingen
- ¹⁴⁶ Scharlach AE, Boyd S. Caregiving and Employment: Results of an Employee Survey. *The Gerontological Society of America* 1989; 29: 382-7.
- ¹⁴⁷ Smith P. Elder care, gender, and work: The work-family issue of the 21st century. *Berkeley Journal of Employment and Labor Law* 2004; 25:352-99.
- ¹⁴⁸ Arksey H. Combining informal care and work: supporting carers in the workplace. *Health and Social Care in the Community* 2002; 10: 151-61.
- ¹⁴⁹ MASGF. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg. Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflegeaufgaben in der Familie. Dokumentation der Fachtagung am 16. November 2006 in Potsdam 2006.
- ¹⁵⁰ Simoes E. Pflegebedürftigkeit und ihre vielen Gesichter - im Spiegel von Wahrnehmung und Sozialgesetzgebung. Vortrag am 26.1.2011. SOZIALMEDIZINISCHES FORUM ZUR AKTUELLEN GESUNDHEITSPOLITIK. Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen.
- ¹⁵¹ Roewekamp B. Frauenspezifische Aspekte der Pflege aus Sicht von pflegenden Angehörigen. URL: <http://www.frauenbildungsnetz.de/gaf/Download/Redemanuskript.pdf>.
- ¹⁵² Dräger D, Budnick A, Kummer K, Seither C, Blüher S. Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. *Public Health Forum* 2012; 20 (1): 31.e1 -31.e3
- ¹⁵³ Gröning K, Kunstmann AC, Röwenkamp B, Müller H. Geschlechtsspezifische Dimensionen in der Lebensphase der Verantwortung für pflegebedürftige Eltern – Interviews mit pflegenden Familien als Lerngeschichten. Dokumentation einer Weiterbildung mit Mitarbeitenden aus Krankenhäusern. *Journal Netzwerk Frauenforschung NRW* 2006; 20.
- ¹⁵⁴ Gröning K, Kunstmann AC, Rensing E, Röwekamp B. Pflegegeschichten. Pflegende Angehörige schildern ihre Erfahrungen. Frankfurt a. M. 2004
- ¹⁵⁵ Vickers M. Bounded grief at work: working and caring for children with chronic illness. *Illness, Crisis & Loss* 2005; 13: 201-18.
- ¹⁵⁶ Neves ET, Cabral IE. The clinical and social vulnerability of children with special healthcare needs. *Rev Gaucha Enferm.* 2008; 29:182-90
- ¹⁵⁷ Neufeld A, Harrison MJ, Stewart MJ, Hughes KD, Spitzer D. Immigrant women: making connections to community resources for support in family caregiving. *Qual Health Res.* 2002; 12):751-68

- ¹⁵⁸ Zielke-Nadkarni A. Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Eine ethnografische Studie mit türkischen und deutschen Frauen. Reihe Pflegewissen. Bern: Huber. 2003
- ¹⁵⁹ Wright DJ. Home care in Kanye, Botswana. *Home Healthcare Nurse* 2011;29:402-7
- ¹⁶⁰ Karakayali J. Die Regeln des Irregulären – Häusliche Pflege in Zeiten der Globalisierung. *Transnationale Sorgearbeit* 2010. doi: 10.1007/978-3-531-92516-5_7
- ¹⁶¹ Karacay K, Devecioglu Z, Kronenthaler A, Eissler M, Batra A, Wernz F. Überblick und Verbreitung in der ambulanten und stationären Pflege von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund bei psychischen Beschwerden. Dt. Kongress für Versorgungsforschung 2012
- ¹⁶² Kruse A, Schmitt E. Zur Veränderung des Altersbilds in Deutschland. *APuZ* 2005; 49/50:9-16
- ¹⁶³ Gulliford M. What does “access to health care” mean? *J Health Serv Res Policy* 2002; 186-8
- ¹⁶⁴ Deutsche Bundesregierung. Lebenslagen in Deutschland. Entwurf des 4. Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung. URL.: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Einkommen-Armut/Dokumente/ARB_der_BR_vom_%2021112012.pdf
- ¹⁶⁵ SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. URL: <http://www.share-project.org/>
- ¹⁶⁶ ELSA. English Longitudinal Study of Ageing. URL: <http://www.natcen.ac.uk/elsa/>
- ¹⁶⁷ Deutsche Bundesregierung. Lebenslagen in Deutschland. Entwurf des 4. Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung. 21.11.2012. URL.: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Einkommen-Armut/Dokumente/ARB_der_BR_vom_%2021112012.pdf;
- ¹⁶⁸ Nebe K. Der Vorrang häuslicher Pflege und die Genderfrage - Risiken und Chancen sozial- und arbeitsrechtlicher Regelungen. In: Hohmann-Dennhardt Ch, Körner M, Zimmer R. (Hrsg.). *Geschlechtergerechtigkeit*. Baden-Baden: Nomos, S. 416–429. 2002
- ¹⁶⁹ Dönitz EJ. Bestandsaufnahme demografiebezogener Innovationsindikatoren zur Untersuchung der Wechselwirkungen zwischen Demografie und Innovationen, Arbeitspapier im Rahmen des Strategieprojektes „Demografie und Innovation“. Karlsruhe: Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung 2013
- ¹⁷⁰ Perrig-Chiello P und Hutchison S. Familial caregivers of elderly persons. A differential perspective on stressors, resources, and well-being. *Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry* 2010; 23:195-206.
- ¹⁷¹ Confederation of family organisations in the European Union. Charter for family carers. URL: <http://www.coface-eu.org/en/Publications/Charter-for-Family-Carers/>
- ¹⁷² Die Welt. Putzen und Kochen ist meistens Frauensache. 12.04.2012. URL: <http://www.welt.de/politik/deutschland/article13150162/Putzen-und-Kochen-ist-meistens-Frauensache.html>,
- ¹⁷³ Emrich E. Das Konzept Familienfreundliches Krankenhaus / Familienfreundlicher Betrieb und sein Beitrag zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe „Pflegebedürftigkeit“. Vortrag am 26.1.2011. Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen.
- ¹⁷⁴ MASGF, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (2006): Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflegeaufgaben in der Familie. Dokumentation der Fachtagung am 16. November 2006 in Potsdam.
- ¹⁷⁵ Gaugler J, Kane RL, Kane RA, Clay T, Newcomer RC. The effects of duration of caregiving on institutionalization. *The Gerontologist* 2005; 45:78-89.
- ¹⁷⁶ Scharlach A. Caregiving and employment: competing or complementary roles? *Gerontologist* 1994; 34: 378 - 85
- ¹⁷⁷ Forte R, Boreham CA, Costa Leite J, De Vito G, Brennan L, Gibney ER, Pesce C. Enhancing cognitive functioning in the elderly: multicomponent vs resistance training. *Clinical Interventions in Aging* 2013; 8:19-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S36514>
- ¹⁷⁸ Aronson J. You need them to know your ways: service users' views about valued dimensions of home care. *Home Health Care Serv Q* 2003; 22: 85-98

- ¹⁷⁹ Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical Interventions in Aging* 2013; 8: 1–10
- ¹⁸⁰ Brazil K, Bainbridge D, Ploeg J, Krueger P, Taniguchi A, Marshall D. Family caregiver views on patient-centred care at the end of life. *Scand J Caring Sci* 2011; doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00956.x.
- ¹⁸¹ Litaer B. Das Geld der Zukunft. Über die destruktive Wirkung des existierenden Geldsystems und die Entwicklung von Komplementärwährungen. Riemann Verlag 1999.
- ¹⁸² Latzel G, Andermatt C. Personen mit einer Hilflosenentschädigung IV: Vergütung von Pflege und Betreuung durch die Ergänzungsleistungen - Bericht im Rahmen des mehrjährigen Forschungsprogramms zu Behinderung und Invalidität. Forschungsbericht 6/08. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung. 2008.
- ¹⁸³ Bericht aus Brüssel. Belgiens neue Sozialarbeiter. WDR. Sendung am 5. März 2014.
- ¹⁸⁴ Kickbusch I. UN, Advancing the Global Health Agenda. URL: http://www.un.org/wcm/content/site/chronicle/cache/bypass/home/7billionpeople1unitedntions/advancingtheglobalhealthagenda?ctnscroll_articleContainerList=1_0&ctnlistpagination_articleContainerList=true; Zugang am 20.01.2013
- ¹⁸⁵ Wettstein A. Mythen und Fakten zum Alter. 3. ergänzte und überarbeitete Auflage 2009. URL: http://www.zfg.uzh.ch/publikat/zfg/schriften/mythen_teaser.pdf
- ¹⁸⁶ Bayer-Oglesby L. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland–Schweiz im Gesundheitswesen II. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach (Phase II)(Obsan Dossier 49). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. 2015
- ¹⁸⁷ Simoes E, Zumbrunn A, Zisselsberger G, Schmahl FW. Länderspezifische Unterschiede bei den Inanspruchnahmeprofilen grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung weisen auf differenzierte Interessenlage und selektive Nutzung hin. *Gesundheitswesen* 2011; 73: e61-e6
- ¹⁸⁸ Simoes E, Zumbrunn A, Zisselsberger G, Schmahl FW, Faller A. Basel - Lörrach: Swiss-German pilot region for cross-border health care in the Trinational Eurodistrict Basel. EUREGIO II – Meeting. Wien, 22.11.2010
- ¹⁸⁹ Glinos IA, Baeten R. Dream vs. reality: Seven case-studies on the desirability and feasibility of cross-border hospital collaboration in Europe. In: *Social Science & Medicine* 2014; 117: 18-24
- ¹⁹⁰ Faller A. Das Basler Pilotprojekt. In: Odendahl, K., Tschudi, H. & Faller, A. (Hrsg.). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Ausgewählte Rechtsfragen am Beispiel des Basler Pilotprojektes. Bd. 3. Zürich/St. Gallen: Dike, Nomos. S. 1-20.2010
- ¹⁹¹ Bustamante AV. Globalization and medical tourism: the North American experience Comment on «Patient mobility in the global marketplace: a multidisciplinary perspective». In: *Int J Health Policy Manag* 2014; 3:47-49.
- ¹⁹² Colombo F, Lena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: OECD. 2011

Schlussbericht

«Pflege und Pflegebedürftigkeit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – Wo tickt die Uhr?» -Anhang-

Eine grenzüberschreitende Untersuchung im Rahmen der
Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz im Gesundheitswesen

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Autor_Innen.....	3
Anhang B: Anschreiben zu den qualitativen Experteninterviews	4
Anhang C: Anschreiben zur Online-Erhebung	7
Anhang D: Online-Fragebogen: Tabellarische Darstellung.....	10
Anhang E: Ergebnisse der Schätzungen	13
Anhang F: Fragebogen zum Einrichtungsbezogenen pflegerischen Qualitätsmanagement	30
Anhang G: Poster.....	32

Autor_innen

Sara Y. Brucker	Ärztliche Direktorin Forschungsinstitut für Frauengesundheit, Stv. Geschäftsführende Direktorin Department für Frauengesundheit, Universitätsklinikum Tübingen
Joachim Graf, M.A.	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Forschungsinstitut für Frauengesundheit, Department für Frauengesundheit, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen
Joscha Krause	Mitarbeiter am Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialstatistik Universität Trier, Trier
Aiko Kühn	Mitarbeiter am Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialstatistik Universität Trier, Trier
Siegfried Mohr	Mitarbeiter am Forschungsinstitut für Frauengesundheit, Universitätsklinikum Tübingen (bis 2014)
Prof. Dr. Ralf Münnich	Lehrstuhlinhaber für Wirtschafts- und Sozialstatistik Universität Trier, Trier
Prof. Dr. med. Elisabeth Simoes	Stv. Direktorin Forschungsinstitut für Frauengesundheit, Department für Frauengesundheit, Universitätsklinikum Tübingen, Leitung Stabsstelle Sozialmedizin des Universitätsklinikum Tübingen
PD Dr. Alexander Sokolov	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Forschungsinstitut für Frauengesundheit, Department für Frauengesundheit, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen
Esther Ueding, Dipl.-Pflegerin	Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Forschungsinstitut für Frauengesundheit, Department für Frauengesundheit, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen

ANHANG B: ANSCHREIBEN ZU DEN QUALITATIVEN EXPERTENINTERVIEWS

Wir suchen Sie

Pflegende Angehörige, Pflegebedürftige und Berater_innen in Pflege-
stützpunkten für ein Interview

Wir suchen Sie

Pflegende Angehörige, Pflegebedürftige und Berater_innen in Pflegestützpunkten für ein Interview

Gemeinsames Modellprojekt des Landkreises Lörrach und des Kantons Basel

*„ Studie zu Pflege und Pflegebedürftigkeit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe -
Wo tickt die Uhr?“ unter Kostenbeteiligung des Landes gemeinsam mit den
Pflegekassen im Rahmen eines Modellvorhabens zur Weiterentwicklung von
Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepten für Pflegebedürftige in
häuslicher Pflege nach § 45c SGB XI*

Zählen Sie zu dem genannten Personenkreis und sind Sie bereit, uns von Ihren Erfahrungen aus der Pflegesituation zu erzählen?

Das Projekt „Studie zu Pflege und Pflegebedürftigkeit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ sucht Antworten auf Fragen, die auf eine Verbesserung der häuslichen pflegerischen Versorgung in der grenzüberschreitenden Region Lörrach-Basel abzielen. Deshalb würden wir gerne im Rahmen eines Interviews von Ihnen erfahren, welche Erfahrungen Sie in Ihrer Situation haben

- mit der Betreuung und Versorgung Ihrer/Ihres pflegebedürftigen Angehörigen,
- bzw. als zu Pflegenden_r mit der Betreuung durch Ihre Angehörige und weitere Personen,
- bzw. mit den Versorgungssituationen, die Gegenstand Ihrer Beratung sind.

Auch interessiert uns, wie die Pflegesituation organisiert ist, und wie Sie diese erleben. Wir sind an Ihrer konkreten Umständen, an Ihren Erfahrungen und Ansichten hinsichtlich der Organisation und Sicherstellung einer zufriedenstellenden häuslichen Versorgungssituation interessiert. Mit Ihrer Teilnahme am Gespräch tragen Sie wesentlich dazu bei, neue Entwicklungen in der häuslichen Versorgung in der Grenzregion aus der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer anzustoßen. Zusätzlich ermöglicht es Ihnen, Ihre Probleme, Anliegen, aber auch die Vorstellungen und Wünsche hinsichtlich der zukünftigen Gestaltung von Pflegeangeboten in der Region ausführlich darzulegen.

Worum geht es im Forschungsprojekt?

Angehörige von Pflegebedürftigen übernehmen in Deutschland und der Schweiz eine bedeutende Rolle in der häuslichen Pflege und Betreuung. Ihre Lösungsstrategien zur Realisierung einer persönlich geprägten, stabilen und qualitativ guten häuslichen Pflege und Betreuung sind von großer Bedeutung für das Versorgungssystem und die Gesellschaft insgesamt, jedoch besonders für die Region. Im Alltag begegnet dieses häusliche Versorgungsmodell bei Krankheit und Behinderung unterschiedlichen Problemen finanzieller, personeller und struktureller Art: - unterschiedliche Versorgungsarrangements, beispielsweise unter Hinzuziehung von professionellen Dienstleistern, bieten nicht immer die gewünschte Pflege bzw. Entlastung, - Grenzen der Vereinbarkeit von Pflegeverpflichtung und Berufstätigkeit werden erkennbar, - Leistungen des sozialen Sicherungssystems reichen nicht aus. Deshalb sind für die Betreuung von pflegebedürftigen Menschen zu Hause neue Möglichkeiten zu suchen und erschließen, die sich an den Bedürfnissen und Erfahrung, aber auch den Ideen der von der Situation betroffenen Personen ausrichten. Das Projekt soll einen

gemeinsamen Lernprozess in der Region anstoßen und begleiten. In diesem Verständnis sucht eine Forschungskoooperation zwischen der Universität Tübingen und der Universität Trier im Zusammenwirken mit Betroffenen und Personen, die in besonderen Weise durch Ihre Profession mit der Thematik befasst sind, als Expert_innen aus der Region, die Eckpunkte neuer zukunftsweisender Versorgungsarrangements im häuslichen Bereich zu erfassen, die sich an der Vision einer verbundenen Pflege (Co-Pflege) in der Grenzregion orientieren. Mit dem Ziel, neue Wege aus der Perspektive der Betroffenen zu erschließen, werden Interviews mit Personen durchgeführt, die selbst die Betreuung einer/s pflegebedürftigen Angehörigen übernommen haben, von Angehörigen bzw. anderen Personen ihres nahen Umfelds gepflegt werden oder für solche Versorgungssituationen beratend wirken.

Weitere Informationen zum Projekt finden Sie im Informationsblatt «Gemeinsames Modellprojekt des Landkreises Lörrach und des Kantons Basel „Studie zu Pflege und Pflegebedürftigkeit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe - Wo tickt die Uhr?»

Grundsätzliches zum Datenschutz:

Alle Angaben, die Sie erkennbar machen könnten, werden bei der Abschrift der Aufzeichnung des Interviews vertraulich behandelt und so anonymisiert, dass keine Rückschlüsse auf Sie möglich sind. Das Forschungsteam steht unter Schweigepflicht.

Was geschieht bei der Teilnahme am Gespräch?

Teilnahme: Das Gespräch findet zwischen Ihnen und einer_m Wissenschaftler_in statt. Sie werden vor Beginn des Gesprächs gebeten, eine Einverständniserklärung zu unterschreiben. Am Schluss werden Sie um einige sozio-biographische Angaben gebeten (z.B. Wohnort, Alter etc.).

Alter: Die befragte Person muss mindestens 18 Jahre alt sein.

Dauer/Ort: Das Gespräch dauert erfahrungsgemäß ca. eine Stunde. Es findet bei Ihnen zuhause oder an einem anderen von Ihnen gewünschten Ort in der Region Lörrach-Basel statt. Der Raum sollte ruhig sein, damit das Gespräch aufgenommen werden kann.

Sprache: Hochdeutsch (sofern im Einzelfall gewünscht, auch auf Schweizerdeutsch).

Gesprächsaufnahme: Damit das Gespräch verschriftlicht werden kann, wird es aufgenommen. Ihr Name erscheint weder in der schriftlichen Abfassung des Gesprächs, noch in Veröffentlichungen.

Welches sind Ihre Rechte?

Die Teilnahme ist freiwillig.

Das Ziel des Kooperationsprojektes wird dargelegt. Ihre Fragen werden vor Beginn des Gesprächs zufriedenstellend beantwortet. Sie können die Einwilligung *jederzeit* widerrufen. Sie können das Gespräch ohne Angabe von Gründen frühzeitig beenden. Einzelne Fragen können unbeantwortet bleiben. Ihre Angaben werden nicht weiter verwendet, wenn Sie dies wünschen. Sie können jederzeit die Vernichtung der Datenaufnahmen verlangen. Sie werden nach Abschluss des Kooperationsprojekts auf Wunsch über die Ergebnisse der Studie informiert. In diesem Fall wird eine Mail- oder Postadresse festgehalten.

Welches ist Ihr Ertrag aus dem Gespräch?

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Sichtweise und Erfahrung zum Thema häusliche Pflege in der Region Lörrach-ausführlich darzulegen. Sie tragen damit für Ihre Region zu einer besseren Datenlage rund um diese Thematik bei. Sie können mit Ihren Vorstellungen die zukünftige Ausrichtung häuslicher Versorgungssituationen in der Grenzregion Lörrach-Basel mitgestalten. Risiken aus einem solchen Interview, das Sie - wie bereits gesagt - jederzeit abbrechen können, sind nicht bekannt.

Herzlichen Dank für Ihr Interesse!

Bitte melden Sie sich bei Interesse an einem Gespräch oder für weitere Informationen bei:

Prof. Dr. med. E. Simoes (Projektleitung), Forschungsinstitut für Frauengesundheit, Universitätsklinikum Tübingen, Calwer Str. 7, D-72076 Tübingen, Koordinierungsstelle Tübingen esther.ueding@med.uni-tuebingen.de oder bei der Regionalen Koordinierungsstelle Lörrach: Leitung: Elke Zimmermann-Fiscella (Sozialdezernentin), Robert Müller, Tanja Zimmermann, Palmstr. 3, D-79539 Lörrach, Tel. 07621 / 410-5001, eMail: carmen.meier@loerrach-landkreis.de oder im Gesundheitsdepartment Basel

ANHANG C: ANSCHREIBEN ZUR ONLINE-ERHEBUNG

Fragebogenerhebung im Rahmen des grenzüberschreitenden Modellprojekts

Studie zu Pflege und Pflegebedürftigkeit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Modellvorhaben zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepten für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege nach § 45c SGB XI

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen des obengenannten *Gemeinsamen Modellprojekts des Landkreises Lörrach und der Kantone Basel* führen wir zurzeit eine Befragung zur Situation in der Pflege in der Region Lörrach - Basel durch. Dabei geht es vor allem um die Situation der Verbundenen Pflege / Co-Pflege, deren Stabilität bzw. Verbesserungsmöglichkeiten. Im Zentrum stehen die Chancen, die sich aus einer grenzüberschreitenden Pflege-Versorgung in der Region entstehen können. Ziel der Untersuchung ist die Erstellung eines Meinungsbildes der in unterschiedlicher Hinsicht mit Pflege befassten Expert_innen aus der Region.

Dies ist eine Erhebung im Sinne des Grundanliegens unseres regionalen Projekts: das Wissen, die Erfahrung und Einschätzung *aller Expert_innen in der Sache zusammenzutragen* - für die Bewältigung der Zukunftsaufgabe Pflege.

Dies bedarf der gemeinsamen Anstrengung. Daher ist diese Erhebung sehr umfangreich und detailliert, so dass die Region den größtmöglichen Nutzen aus Ihren Beiträgen ziehen kann.

Alle Ihre Erfahrungen sollen in gute zukünftige Entwicklungen und Lösungen eingehen. Daher bitten wir Sie herzlich, Ihre Erfahrungen durch Ihre Teilnahme an der Erhebung mit uns und der Region zu teilen.

Wir sind an Ihrer Meinung sehr interessiert und würden uns freuen, wenn Sie den Fragebogen beantworten würden. Das Ausfüllen des Fragebogens wird ca. 60 min Minuten in Anspruch nehmen. Sie erhalten diese Anfrage zur Teilnahme von Personen Ihres privaten oder dienstlichen Umfelds, die bereits in das Projekt eingebunden und / oder an dessen Ausrichtung beteiligt sind. Informationen zu Zielen und Inhalten dieses Projektes, das Teil der Grenzüberschreitenden Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen ist, entnehmen Sie bitte dem beigefügten separaten Informationsblatt. Es beschreibt das Projekt als Ganzes. Die Fragebogenerhebung, an der wir Sie bitten teilzunehmen, ist als Teil des Projekts darin ebenfalls aufgeführt.

Studie zu Pflege und Pflegebedürftigkeit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Ihre Angaben werden anonym behandelt, d. h. die Antworten werden ohne Namen und Adresse ausgewertet. Die Forschungsarbeit unterliegt den Regelungen der Datenschutzgesetzgebung. Es ist absolut sichergestellt, dass Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden.

Alternativ können Sie einen Fragebogen in Papierversion ausfüllen. Gerne senden wir Ihnen diesen zu. Bitte teilen Sie uns dazu Ihre Anschrift mit (Adressen s. Informationsblatt zum Projekt).

Wir bitten Sie dann, den anonymen Fragebogen bis zum 01. 12. 2014 unter Verwendung des beiliegenden **Freiumschlages** an uns zurückzusenden. Bitten senden Sie in diesem Fall auch die beiliegende **Postkarte** mit Ihrem Namen an uns zurück. Diese Postkarte, die nicht mit Ihrem ausgefüllten Fragebogen in Verbindung gebracht werden kann, dient lediglich der Rücklaufkontrolle. Wir erhalten so einen Überblick, wer uns den Fragebogen zurückgeschickt hat.

Wenn Sie diesen Fragebogen in Papierversion ausfüllen möchten und Hilfe beim Ausfüllen bzw. Lesen benötigen, kommen wir auch gerne zu Ihnen und unterstützen Sie. Bitte teilen Sie uns diesen Wunsch ggfs. mit.

Für Ihre Bereitschaft zur Mitwirkung im Projekt bedanken wir uns ganz herzlich.
Mit freundlichen Grüßen,

Für das Projektteam:

Prof. Dr. med. Elisabeth Simoes,
Universität Tübingen, Projektleitung

Dezernentin Elke Zimmermann-Fiscella,
Landratsamt Lörrach

Prof. Dr. Ralf Münnich, Universität Trier

Felix Bader
Leiter Abteilung Langzeitpflege
Gesundheitsdepartment Basel

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen welche Expert_innen-Gruppe mit der jeweiligen Frage angesprochen ist, da nicht alle Fragen sich an alle Gruppen gleichermaßen richten.

Selbstverständlich können Sie auch zu den Fragen Stellung nehmen, die an andere Gruppen gerichtet sind.

Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird, ist selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.

ANHANG D: ONLINE-FRAGEBOGEN: TABELLARISCHE DARSTELLUNG

**Online-Fragebogenerhebung
im Rahmen des
grenzüberschreitenden Modellpro-
jekts „Wo tickt die Uhr“**

	Items	Adressaten
Gruppenzugehörigkeit der Befragten	Eigenangabe der Befragten bzgl. Zugehörigkeit zu ei- nem/ mehrerer der folgenden Bereiche: <ul style="list-style-type: none"> • Pflegekassen (A) • Betriebe/Unternehmen (B) • professionell Pflegende (C) (einschließl. Pflegeschü- ler_in) • Senioren (D) • Weitere Bereiche (E) • Pflegende (F) (aus allen Gruppen) 	Alle Bereiche
Allgemeine Fragen zum Sozialstatus	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zum Geschlecht • Wohnort • Familienstatus • Bildungsstatus • Arbeitsstatus 	Alle Bereiche
Professionelle Pflege - „Pflege- Migration“	<ul style="list-style-type: none"> • Herkunft, • Migrationsstatus • Arbeit in der Pflege (Land, Dauer, etc.) • grenzüberschreitende Pflege (Erfahrungen, Hin- dernisse, etc.), • Hindernisse für Flexibilität in der Pflege allgemein/ für die Zusammenarbeit • Angebote/ Maßnahmen um Pflegekräfte zu halten 	Professionell Pfle- gende (C)
Einstellungen, Bedarfe und Wünsche von Pflegekräften, Pflegedienst-, Heimleitungen, Ärzten, Verantwortli- chen in Verwaltung etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben/ Erfahrungen zu Verbundener Pflege/ Co-Pflege, • Bedarfe • Wünsche 	Alle Bereiche (A-E)
Wer pflegt in der Region? Profile von Pflegerinnen	<ul style="list-style-type: none"> • Erwerbstätigkeit (Umfang/ Dauer) • Arbeitscharakteristik (z.B. Schichtdienst Home- office, etc.) • finanzielle Lage • Familienstand • Einfluss Pflege auf Berufstätigkeit • Wissen um Angebote (z.B. „Familienpflegezeit“) • gesundheitliche Probleme/ Belastungen durch Pflege 	Fragen an alle Berei- che, die sich in einer häuslichen Pflegesi- tuation als informell (nicht professionell) Pflegerinnen befinden
Angebotsnutzung, Angebotsgestal- tung	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur Einschätzung bzgl. Rückstellung eige- ner Bedürfnisse/ Gesundheit für Ausübung der Pflege • eigene häusliche Pflegeverpflichtungen • Erwartungen an die (Regional-) Politik • Nutzung von professionellen Pflegeangeboten (Gründe, Bedarfe) • Nutzung von formalen ehrenamtlichen Angeboten • Unterstützung seitens Gemeinde/ Landkreis • Angebote für pflegende Frauen • Vergleich von GKV & PKV bzgl. Pflegeangeboten • Akzeptanz grenzüberschreitender Pflegeangebote 	Fragen an Bereiche A – F, auch wenn diese nicht selbst in eine Pflegeverpflichtung eingebunden sind
Zukunftskonzept „Verbundene Pfl- ege“: Strukturierung der Angebote in Basel und Lörrach / Grenzüberschreitend Potentiale nutzen	<i>Focus Grenzüberschreitende Angebote und Lösungen:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Wissen/ Maßnahmen/ Hindernisse/ Nutzen bzgl. grenzüberschreitender Zusammenarbeit in der Pflege 	Alle Bereiche

*Focus bürgerschaftliches Engagement zur gemeinschaft-
lichen Bewältigung von Pflegeaufgaben*

Betriebe und Pflegeverpflichtung von Mitarbeitenden	<i>Focus Selbsthilfe in Pflegesituationen:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Fragen zu Selbsthilfe-Ansätzen und Ausbau • Selbsthilfelingen - Ideen 	
	<i>Focus Verbunden Pflege:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vorteile von Pflege durch Angehörige professioneller Pflege und Co-Pflege • neue/ verbesserte Ansätze • Aktivitäten zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Wissen/ Erfahrungen/ Wünsche/ Auswirkungen zu betrieblicher Unterstützung Pflegenden Angehöriger 	Alle Bereiche	
	<i>Focus Wissen aufseiten von Betrieben:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Wissen bzgl. Belastung der Mitarbeiter durch häusliche Pflegeverpflichtungen • Gesundheitsmanagement im Unternehmen 	

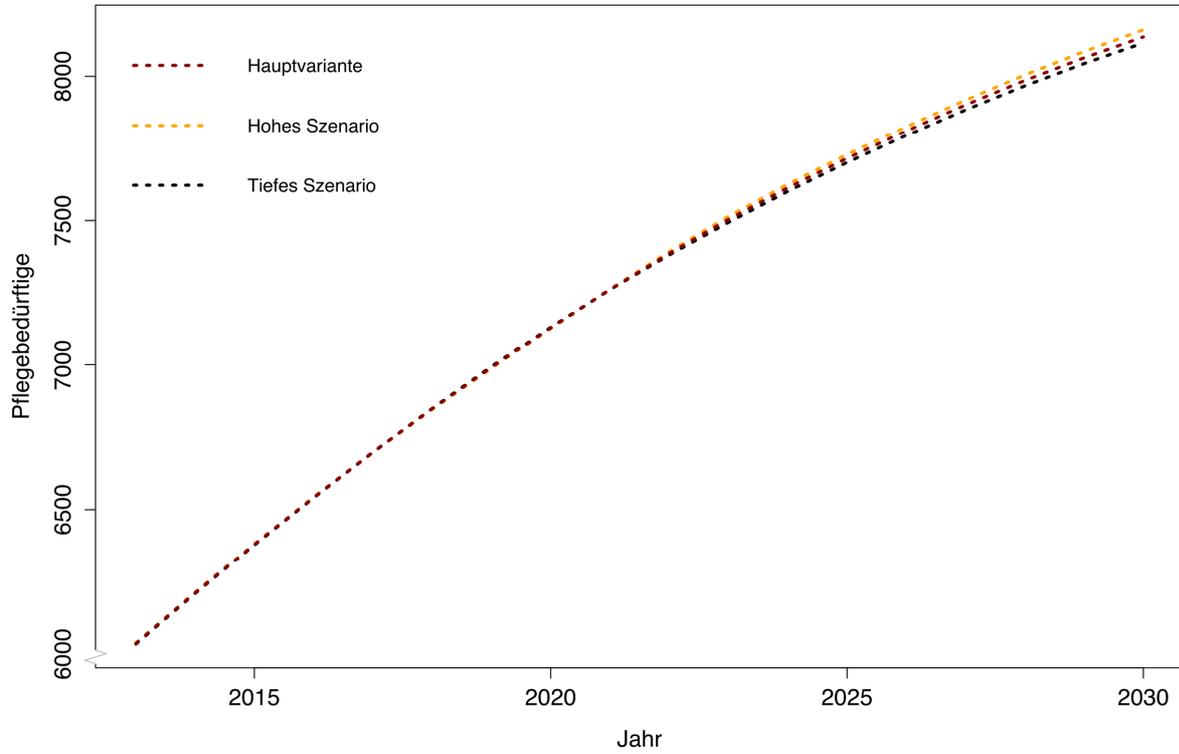
Resultate der Pflegeszenarien

Die verschiedenen Pflegeszenarien für den Landkreis Lörrach, Basel Stadt sowie Basel Landschaft wie nachfolgend aufgeführt in den nächsten Abschnitten grafisch dargestellt:

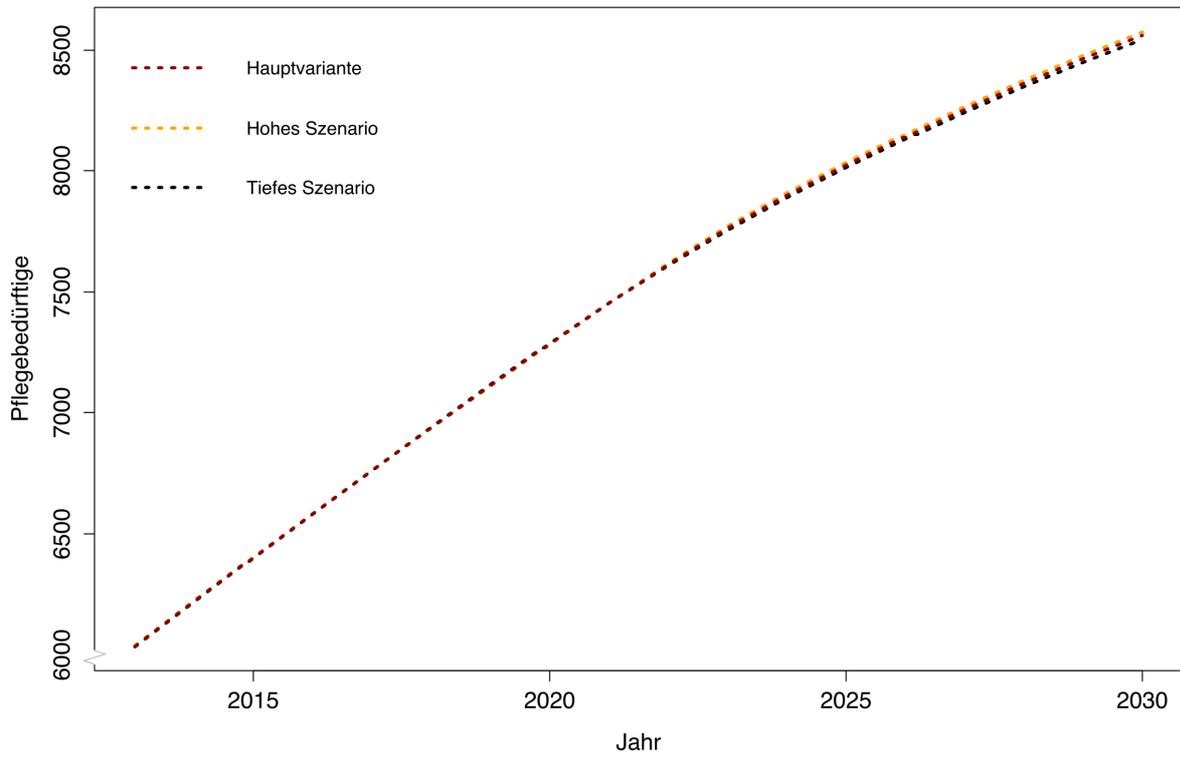
- Pflegebedarf nach Demografie, Status Quo
- Pflegebedarf nach Demografie, Medikalisierung
- Pflegebedarf nach Demografie, Antimedikalisierung
- Pflegebedarf nach Demografie, Kompression
- Pflegebedarf nach Pflegeszenarien, Hauptvariante
- Pflegebedarf nach Pflegeszenarien, Hohes Szenario
- Pflegebedarf nach Pflegeszenarien, Tiefes Szenario
- Pflegebedürftigkeit: Entwicklungskorridor

1. Pflegebedarf im Landkreis Lörrach

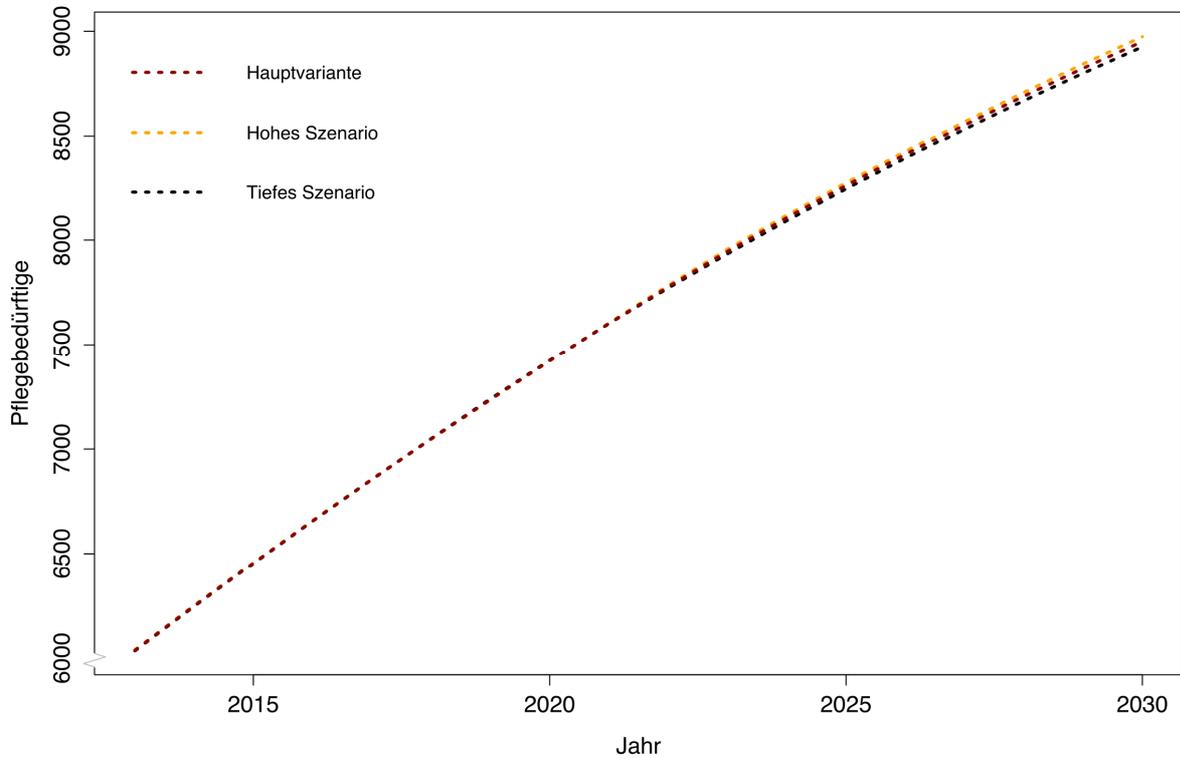
Pflegebedarf Landkreis Lörrach nach dem. Szenarien, Status Quo



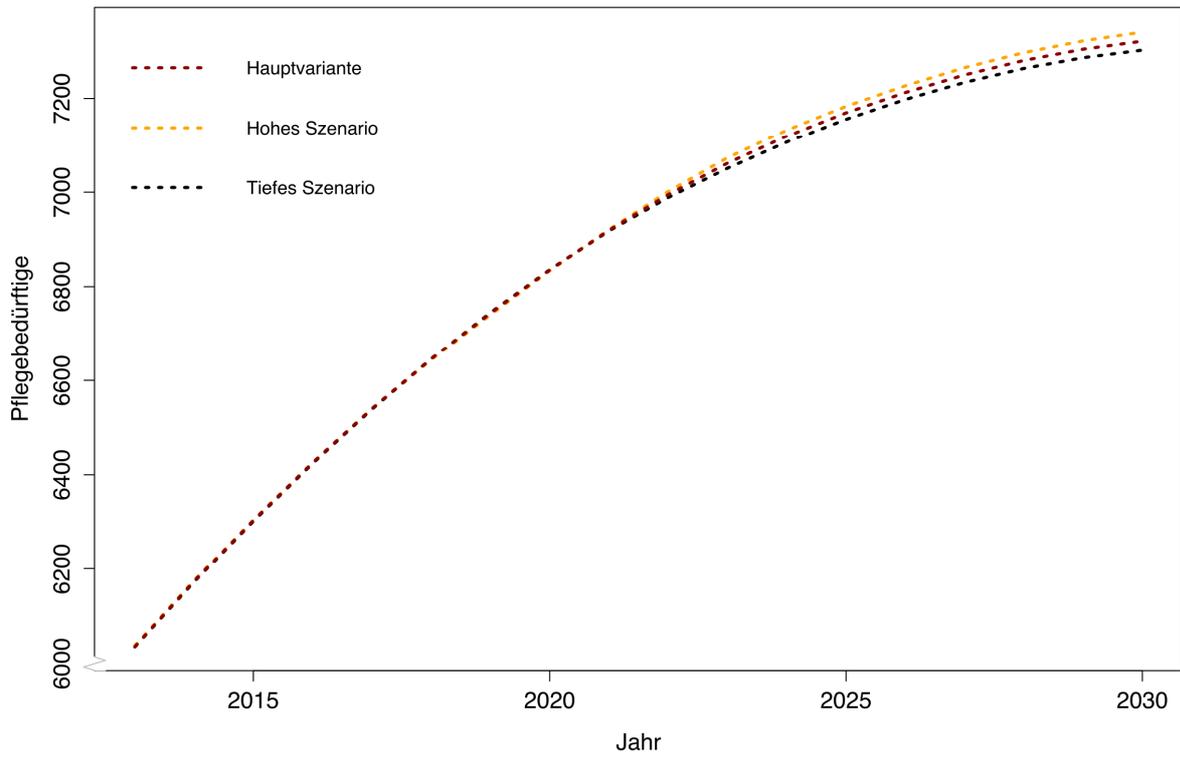
Pflegebedarf Landkreis Lörrach nach dem. Szenarien, Kompression



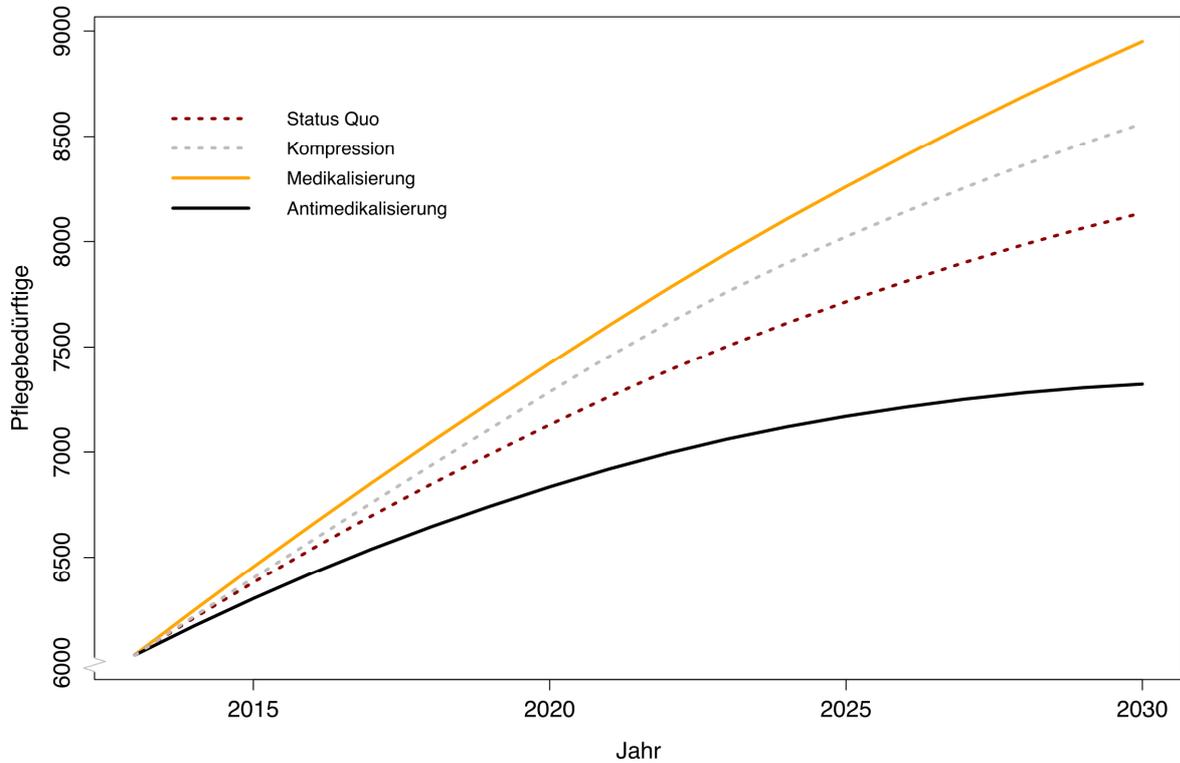
Pflegebedarf Landkreis Lörrach nach dem. Szenarien, Medikalisierung



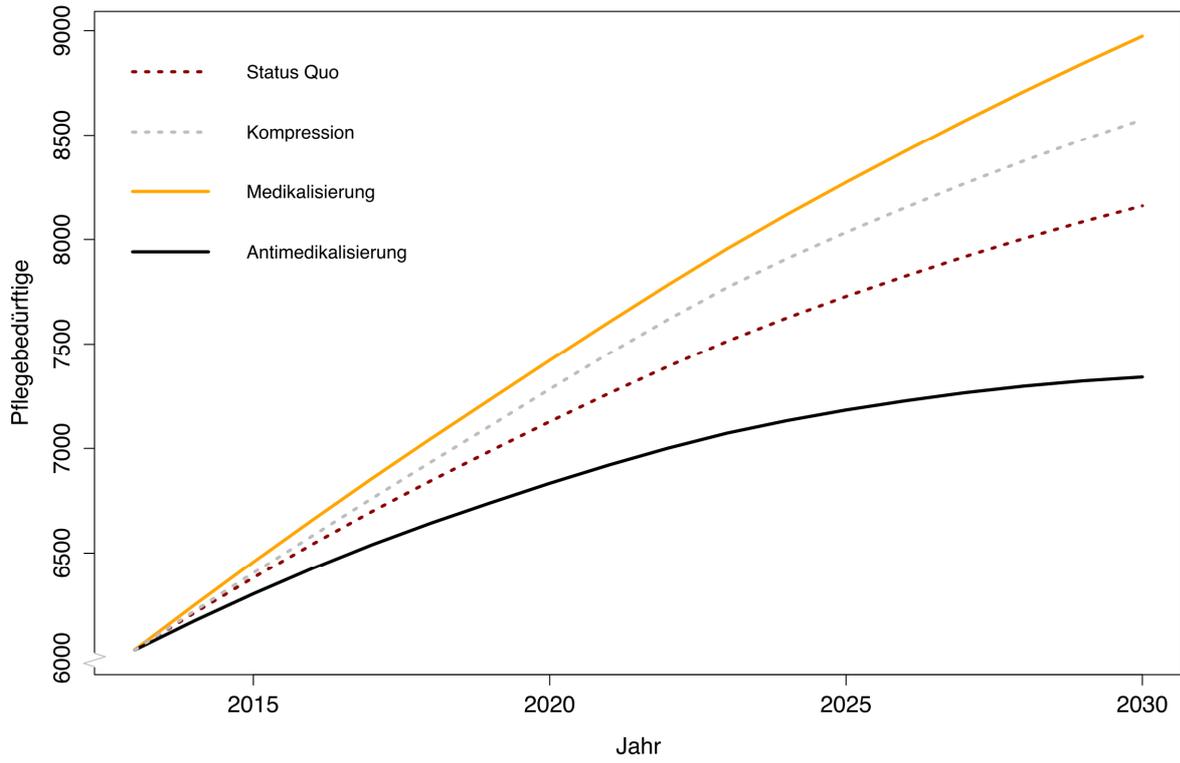
Pflegebedarf Landkreis Lörrach nach dem. Szenarien, Antimedikalisierung



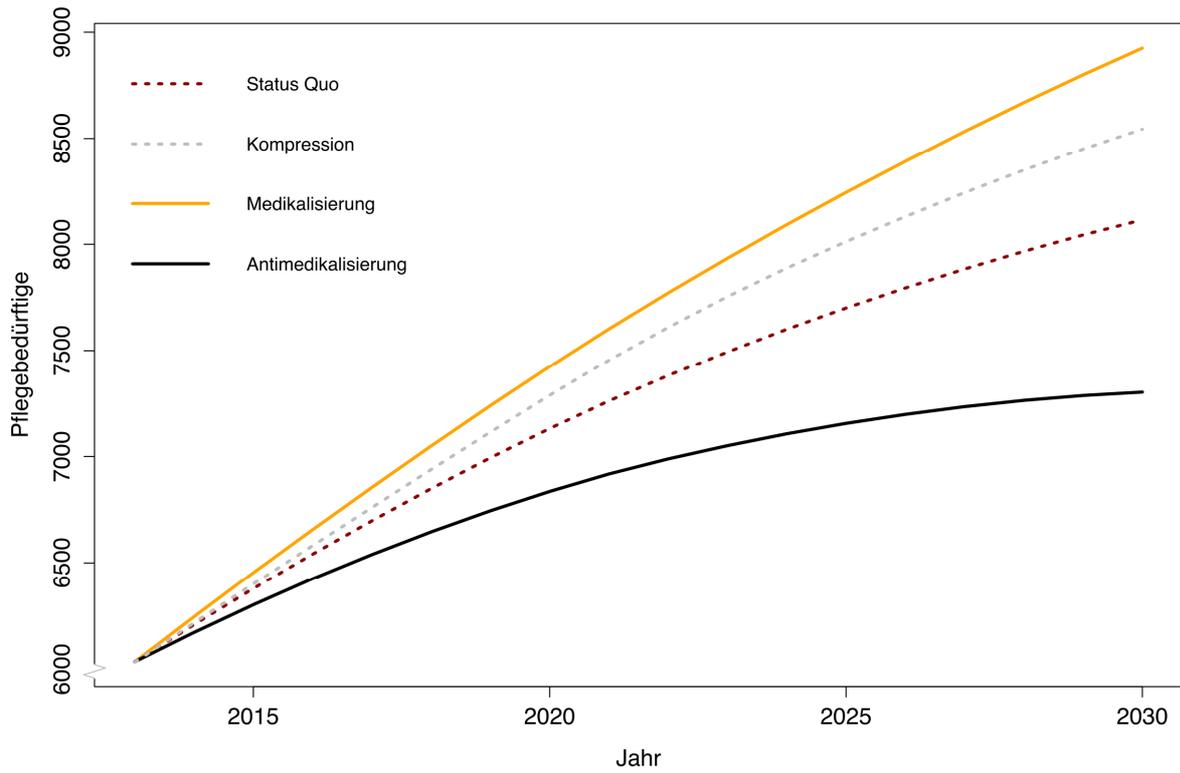
Pflegebedarf Landkreis Lörrach nach Szenarien, Hauptvariante



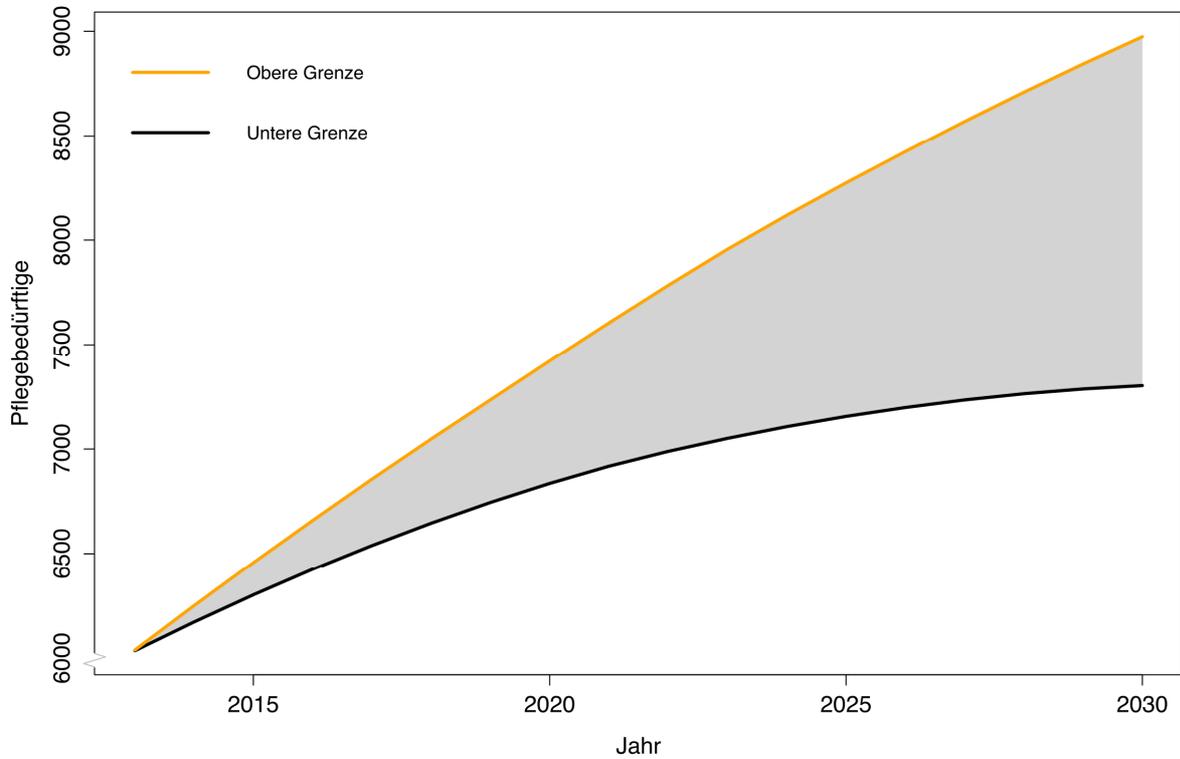
Pflegebedarf Landkreis Lörrach nach Szenarien, Hohes Szenario



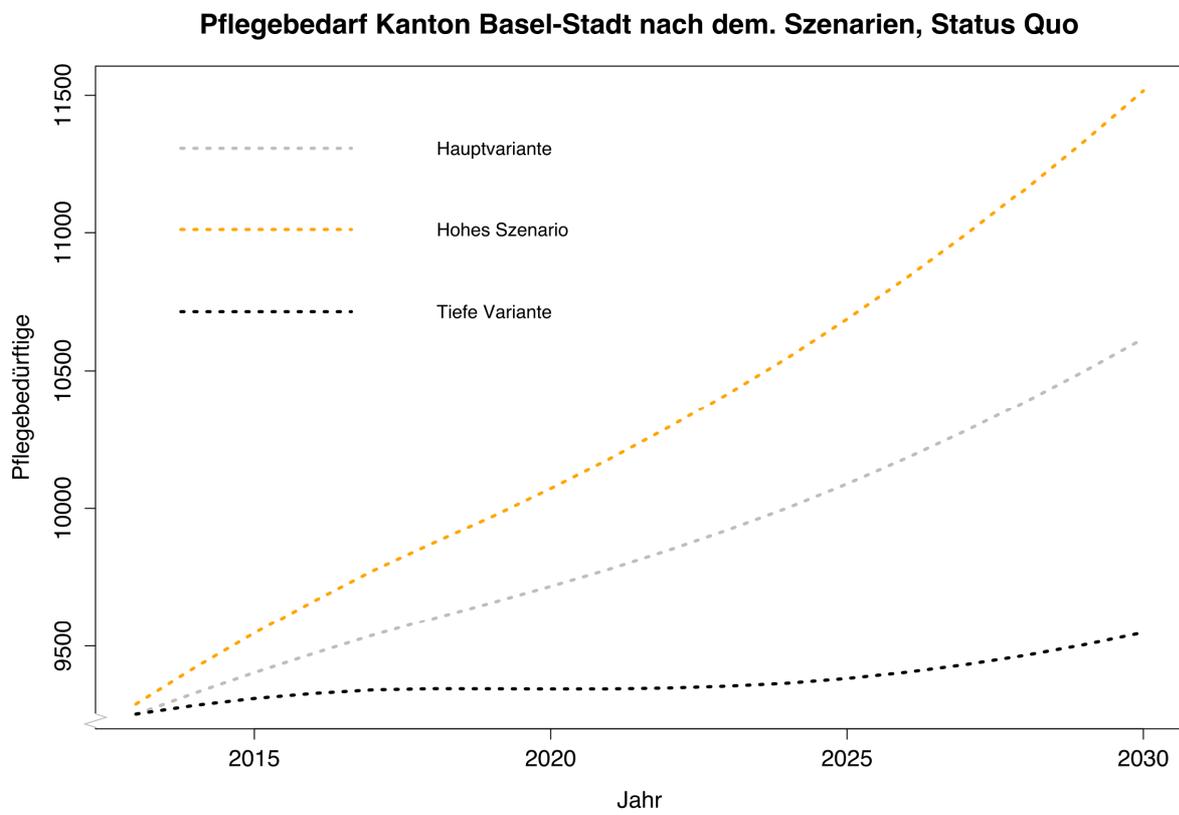
Pflegebedarf Landkreis Lörrach nach Szenarien, Tiefes Szenario



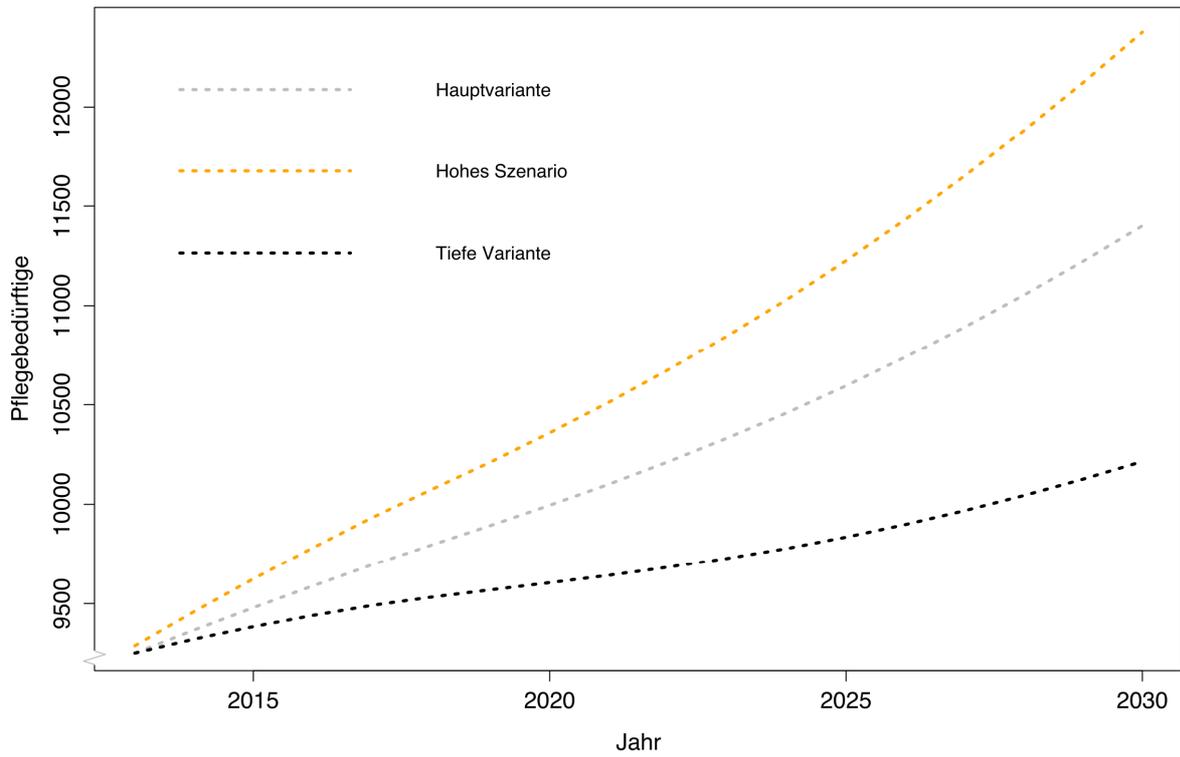
Entwicklungskorridor des Pflegebedarfs im Landkreis Lörrach bis 2030



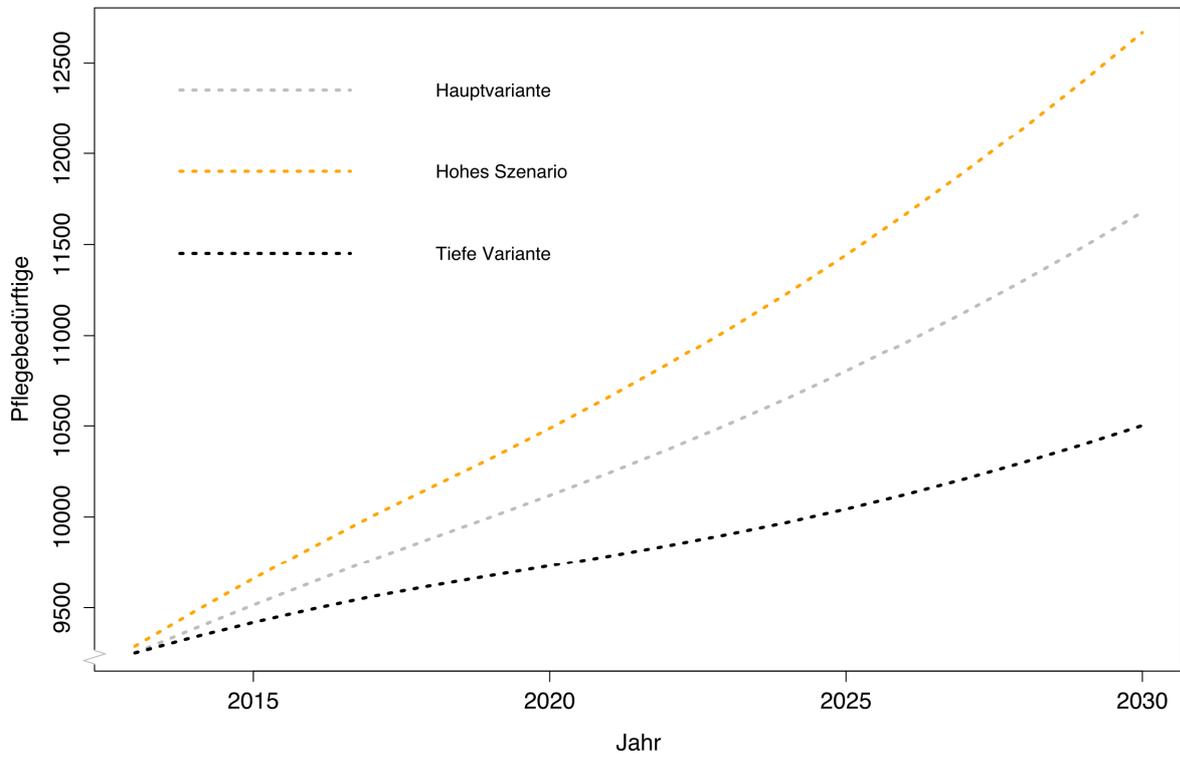
2. Pflegebedarf im Kanton Basel-Stadt



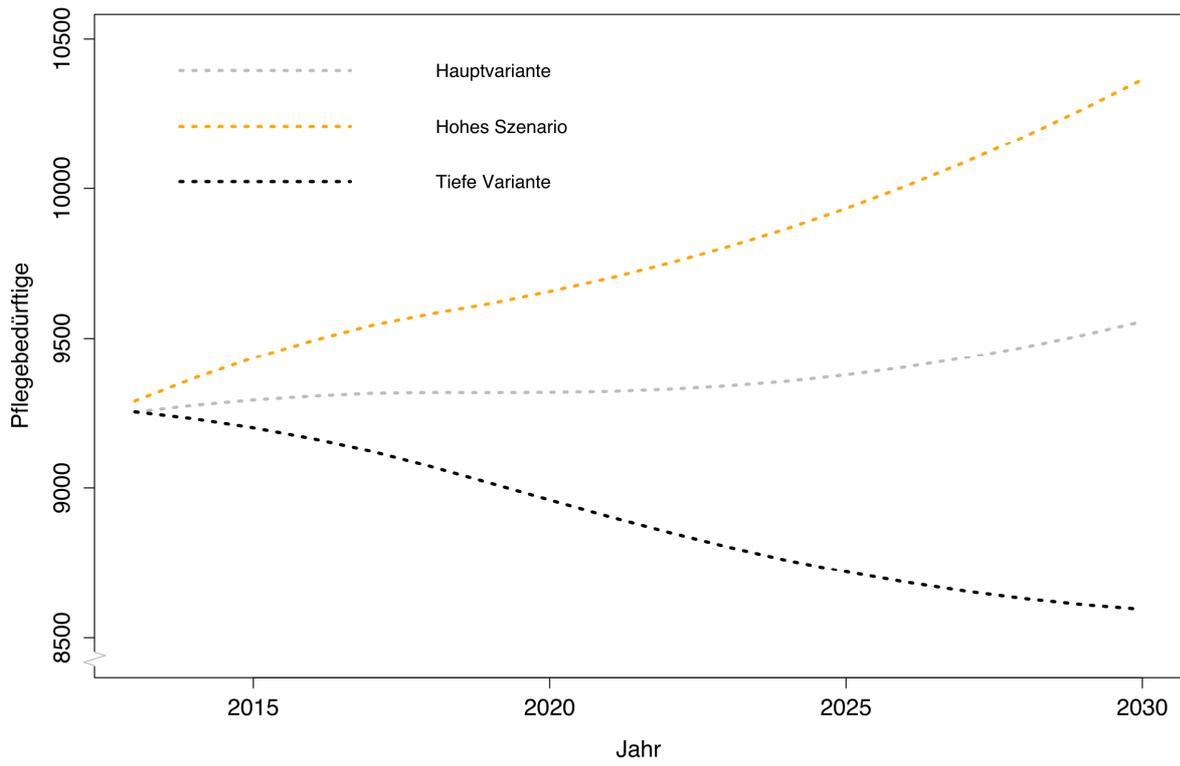
Pflegebedarf Kanton Basel-Stadt nach dem. Szenarien, Kompression



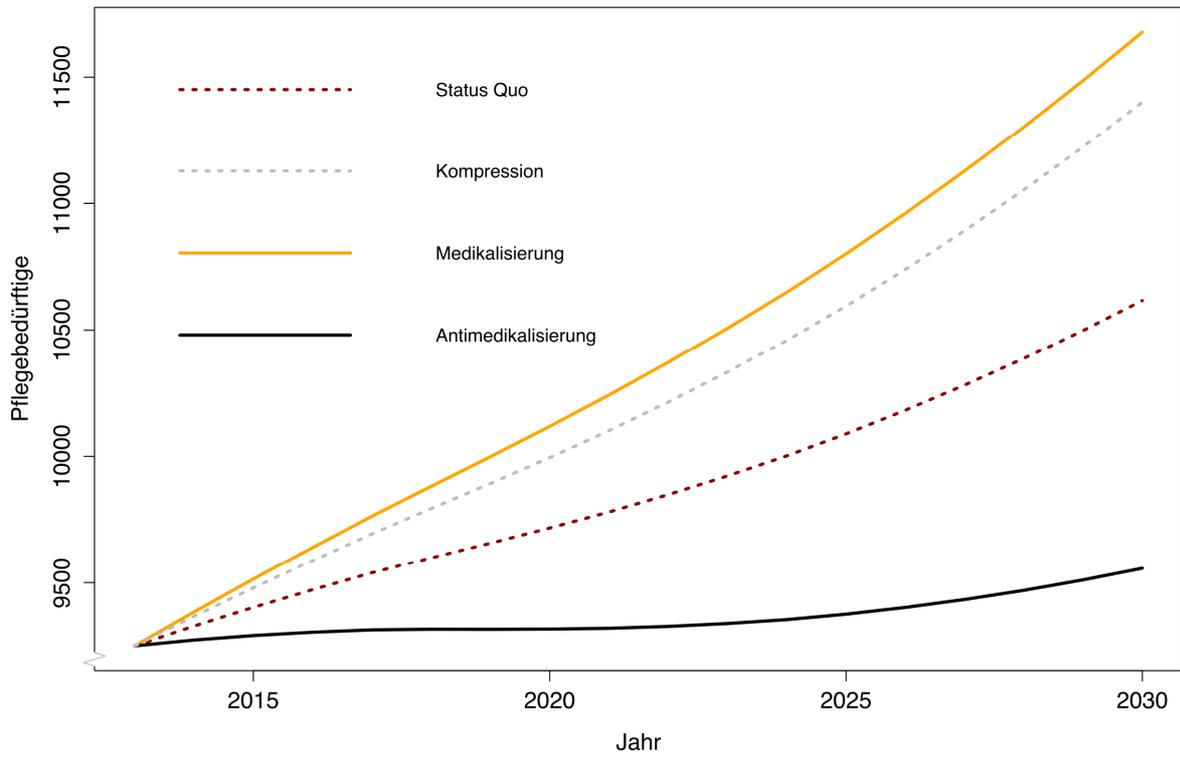
Pflegebedarf Kanton Basel-Stadt nach dem. Szenarien, Medikalisierung



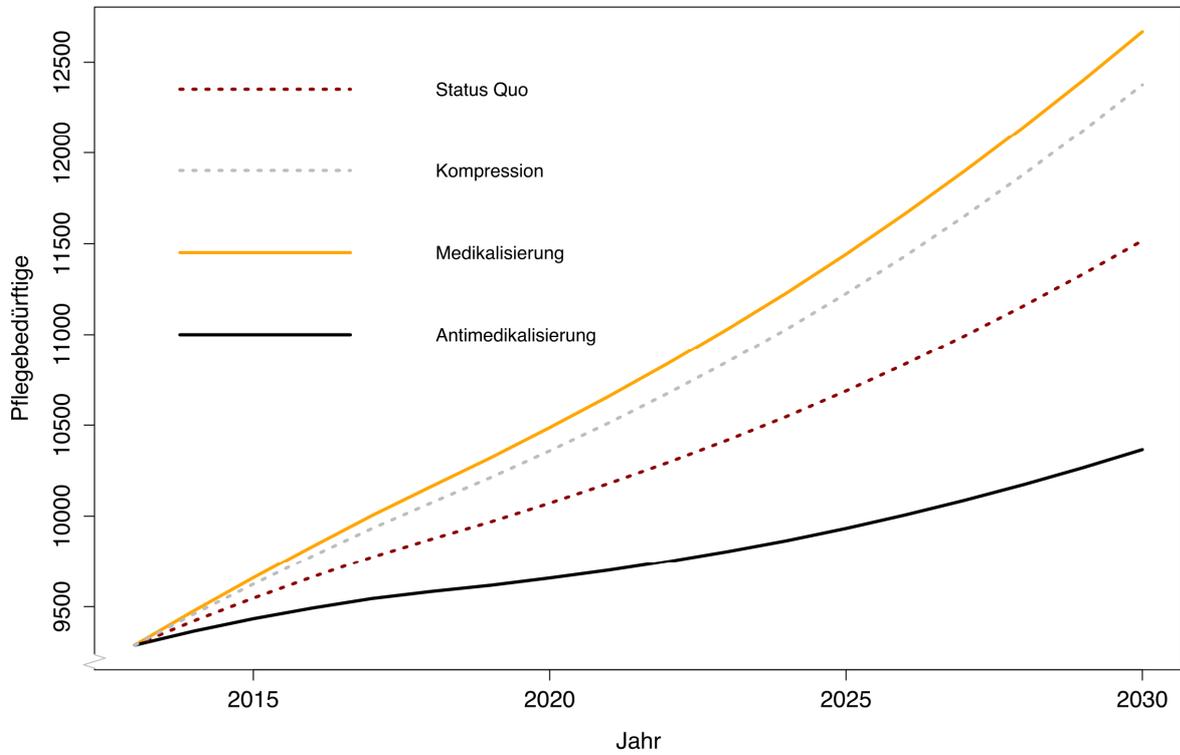
Pflegebedarf Kanton Basel-Stadt nach dem. Szenarien, Antimedikalisierung



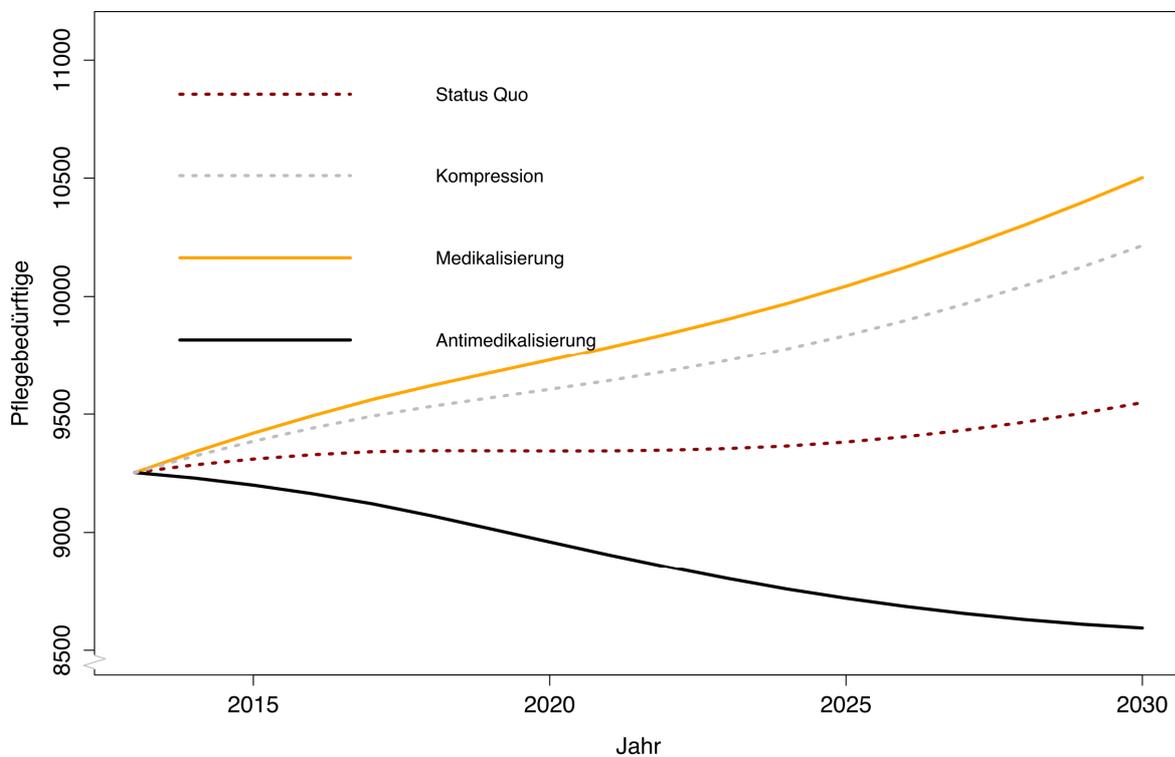
Pflegebedarf Kanton Basel-Stadt nach Szenarien, Hauptvariante



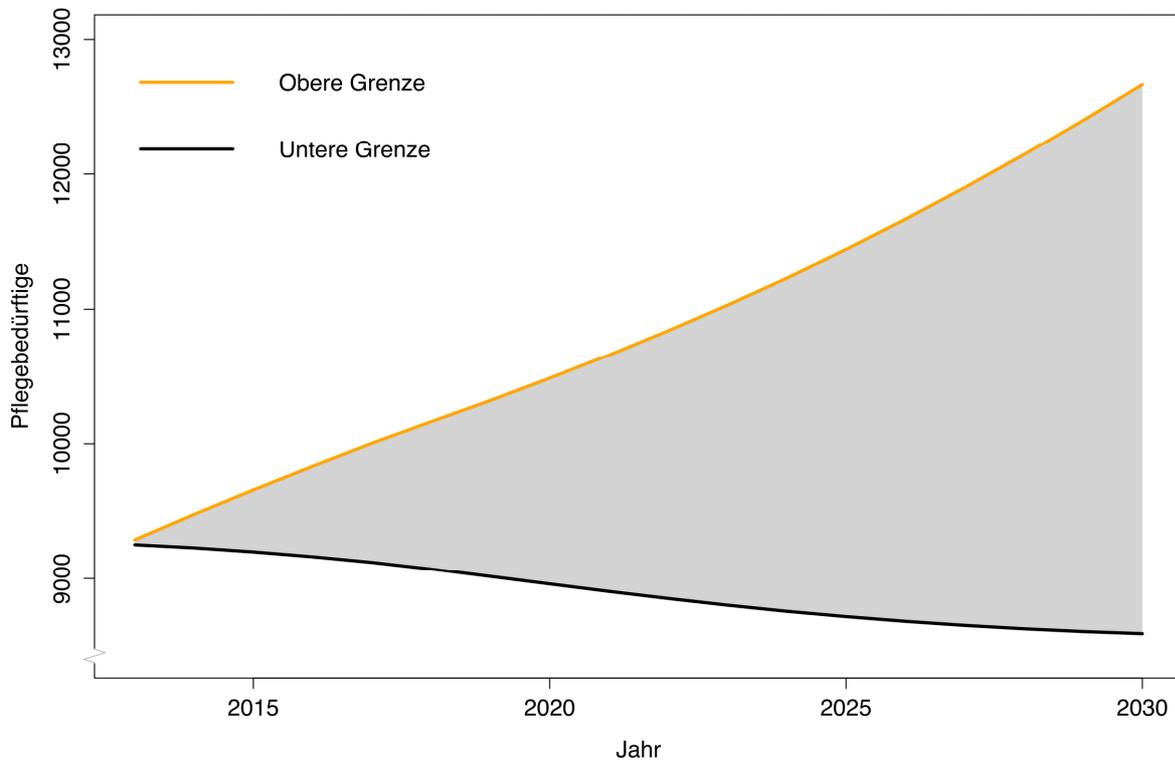
Pflegebedarf Kanton Basel-Stadt nach Szenarien, Hohes Szenario



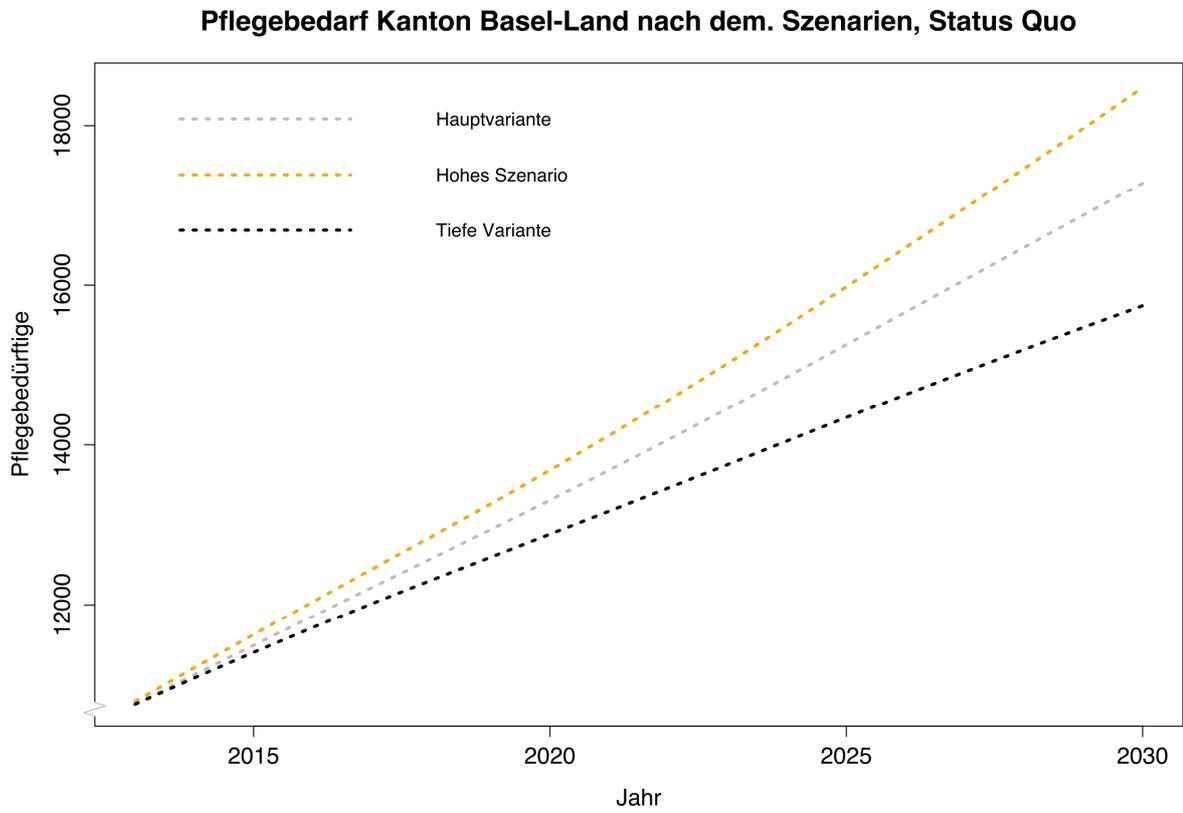
Pflegebedarf Kanton Basel-Stadt nach Szenarien, Tiefes Szenario



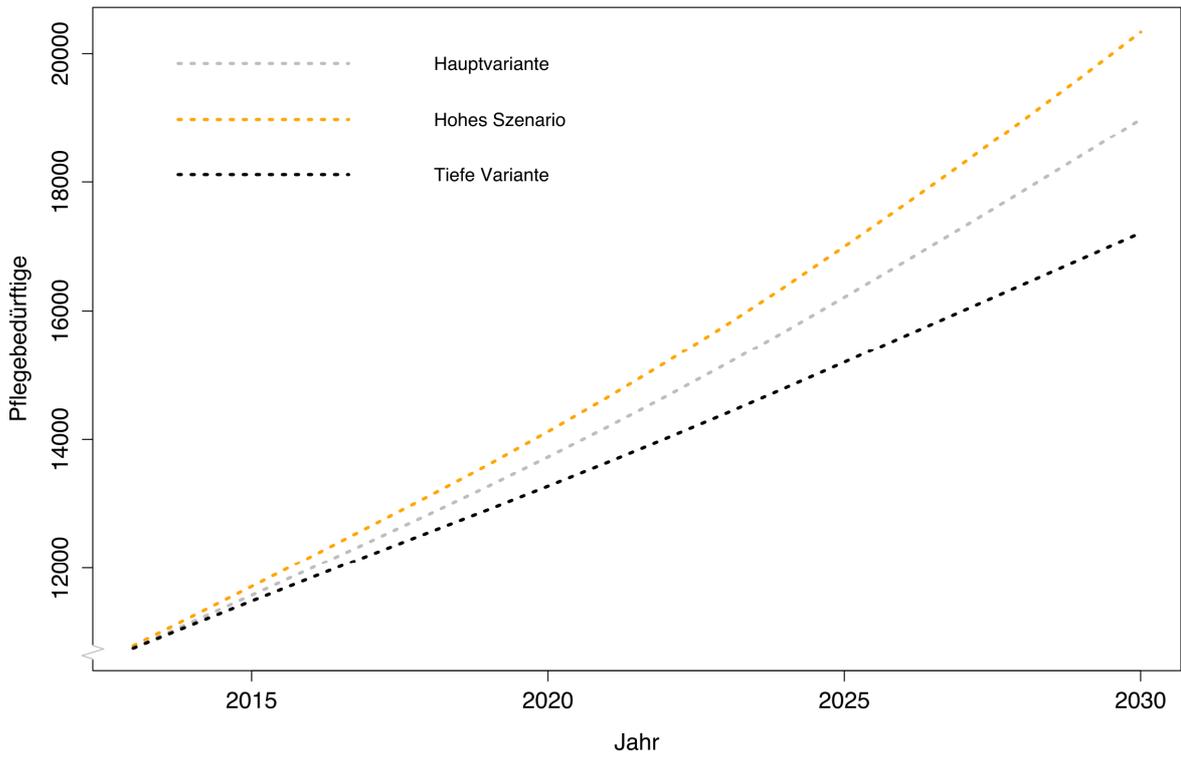
Entwicklungskorridor des Pflegebedarfs im Kanton Basel-Stadt bis 2030



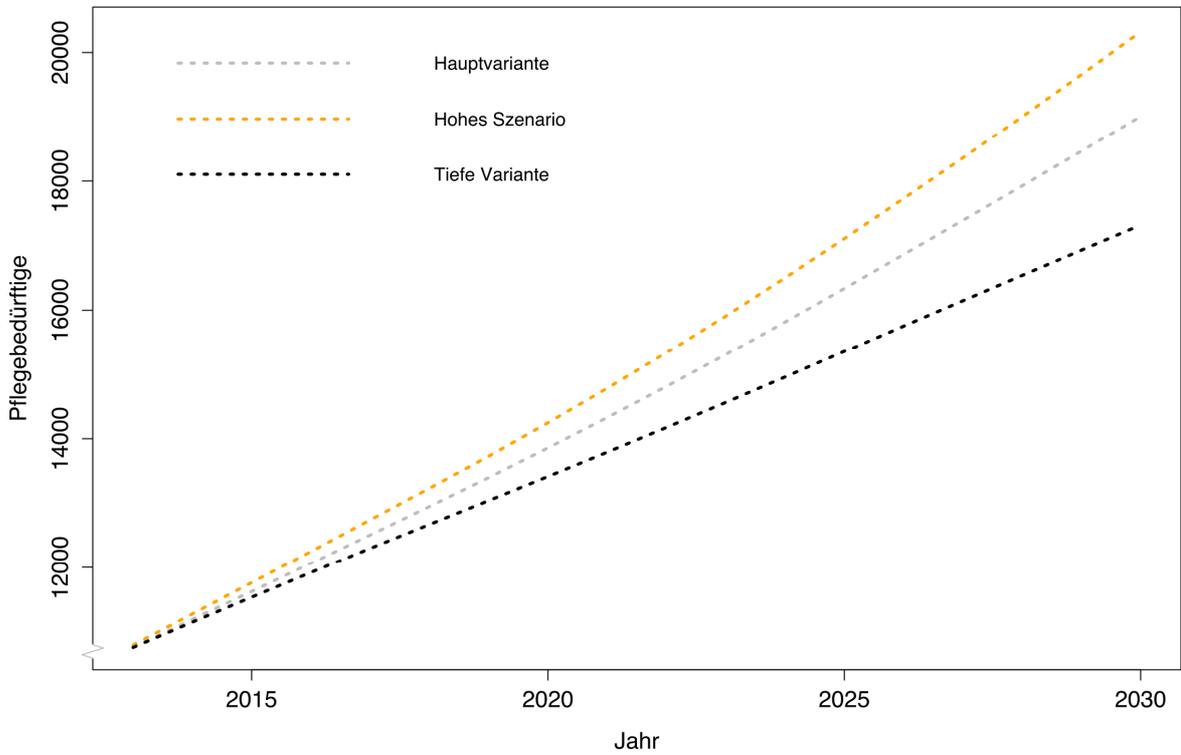
3. Pflegebedarf im Kanton Basel-Landschaft



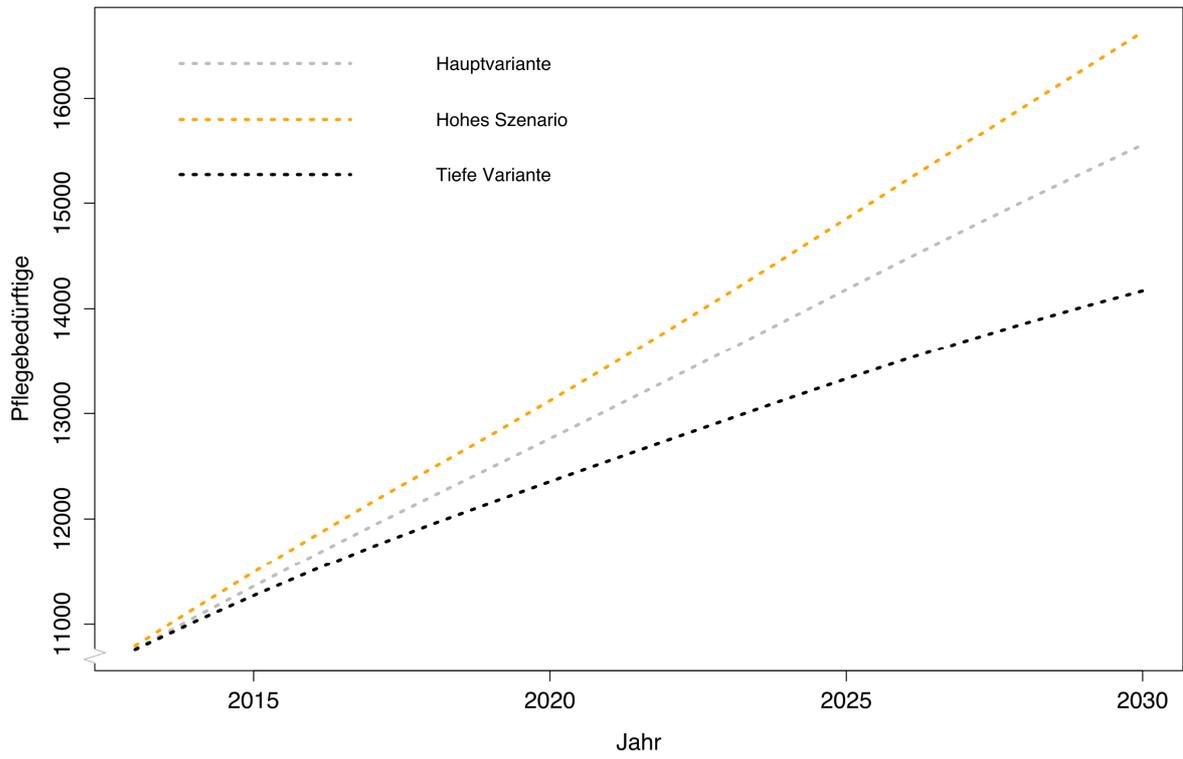
Pflegebedarf Kanton Basel-Land nach dem. Szenarien, Kompression



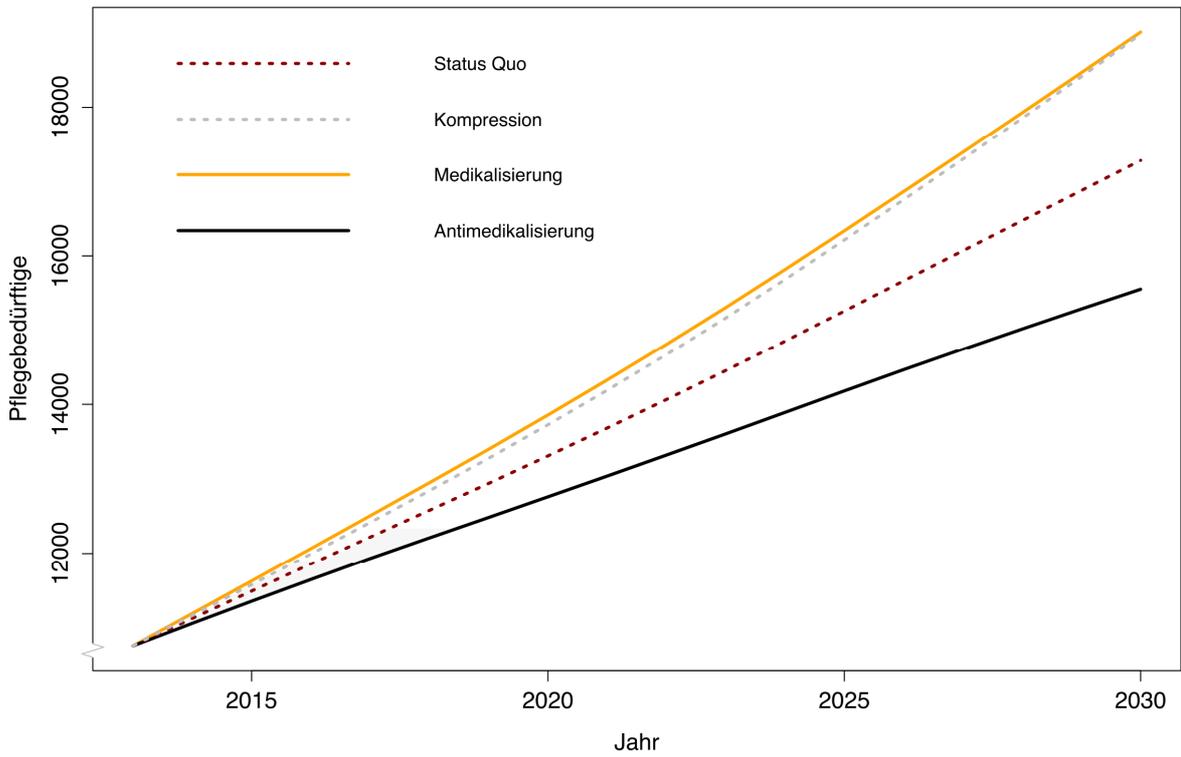
Pflegebedarf Kanton Basel-Land nach dem. Szenarien, Medikalisierung



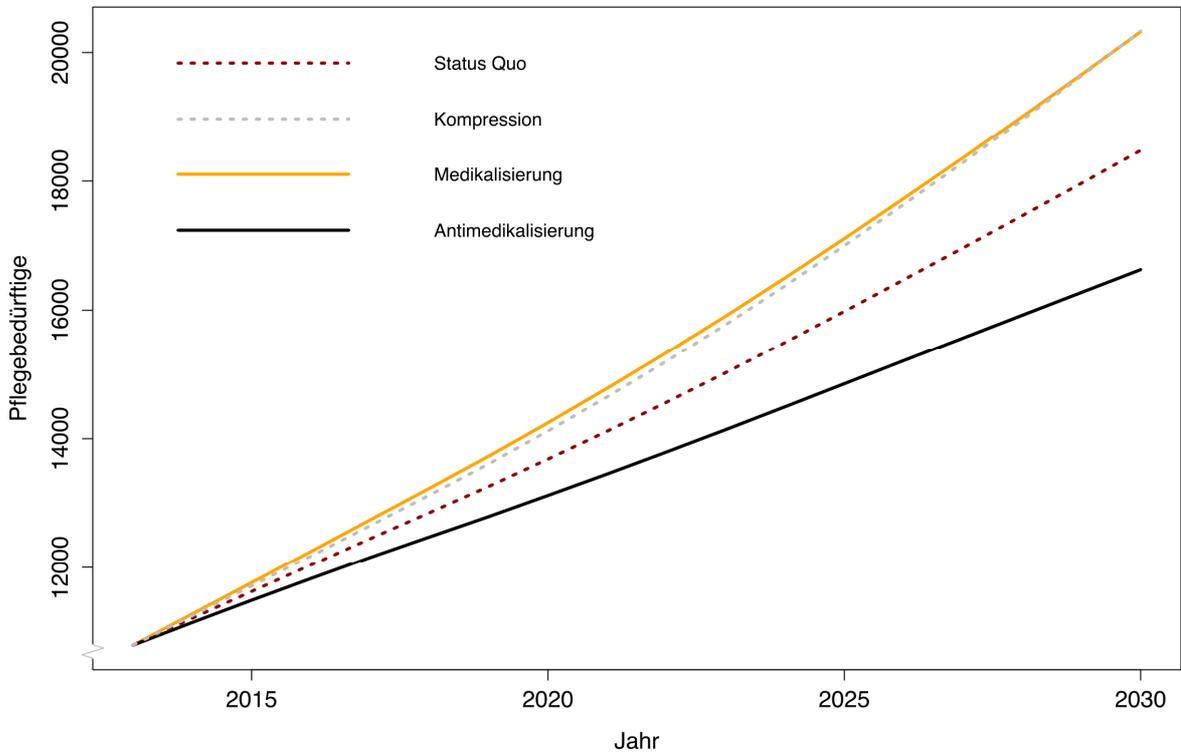
Pflegebedarf Kanton Basel-Land nach dem. Szenarien, Antimedikalisierung



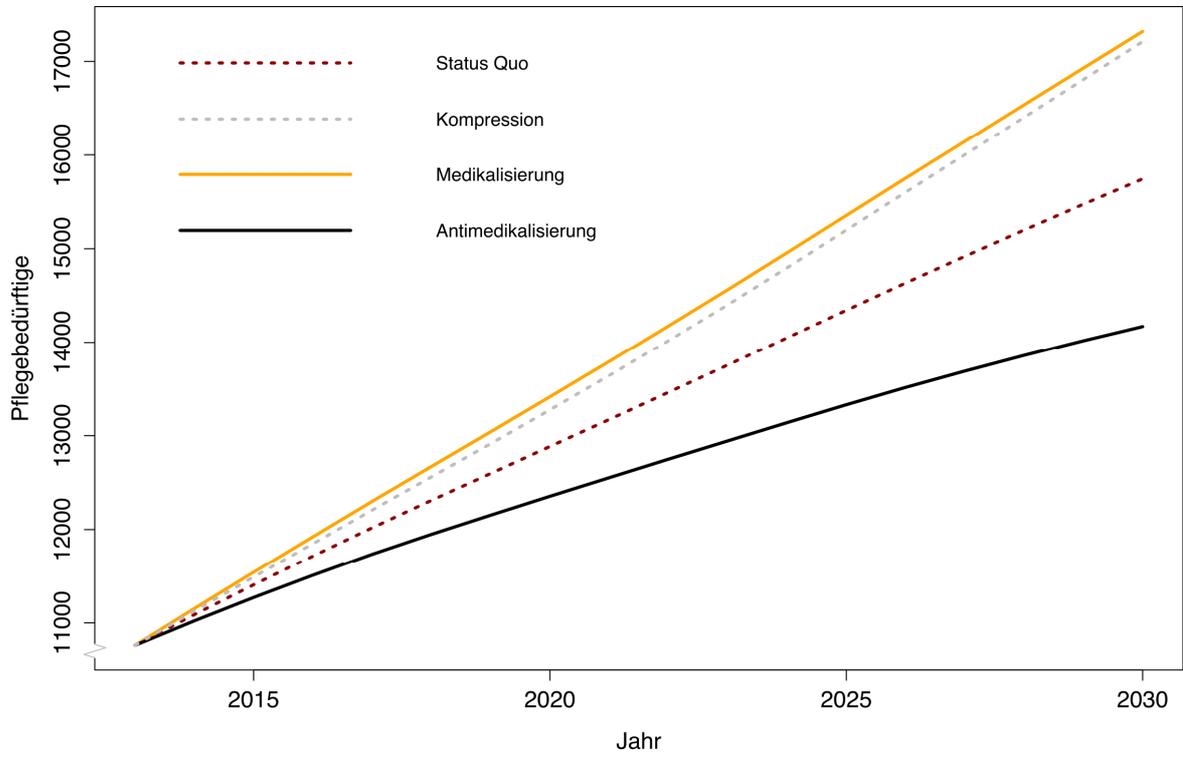
Pflegebedarf Kanton Basel-Land nach Szenarien, Hauptvariante



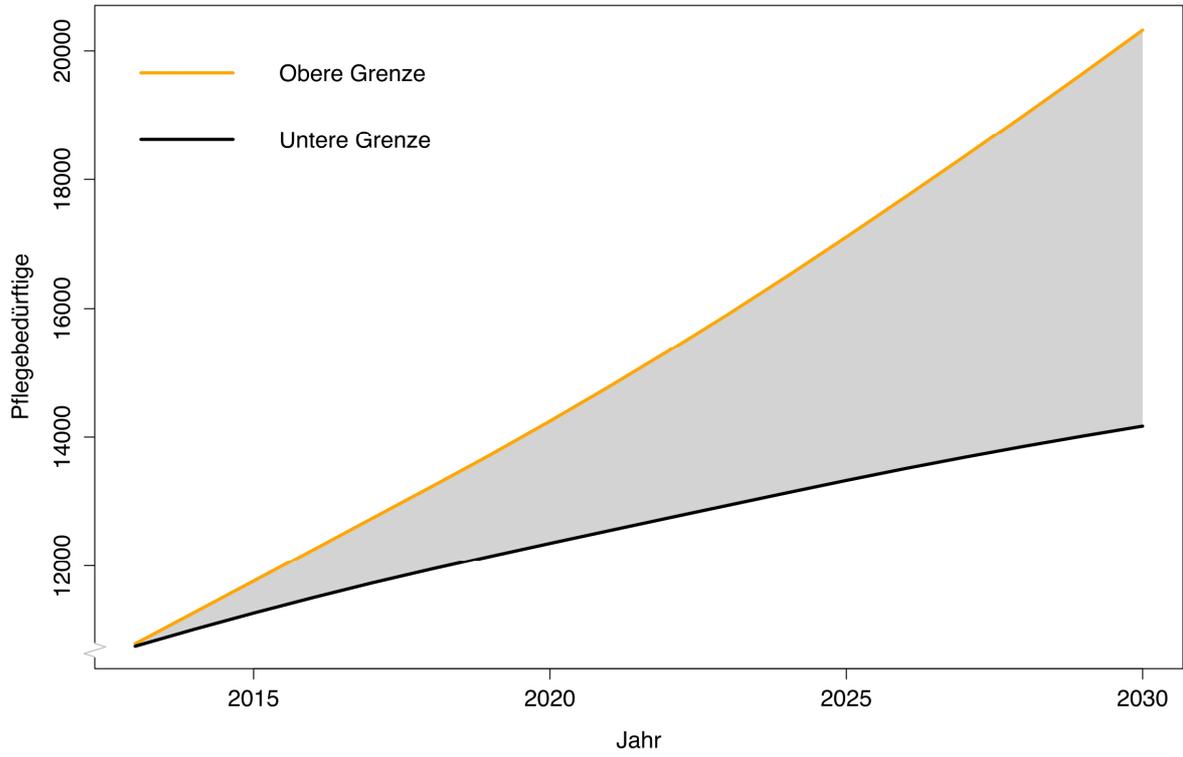
Pflegebedarf Kanton Basel-Land nach Szenarien, Hohes Szenario



Pflegebedarf Kanton Basel-Lane nach Szenarien, Tiefes Szenario



Entwicklungskorridor des Pflegebedarfs im Kanton Basel-Land bis 2030



ANHANG F: FRAGEBOGEN ZUM EINRICHTUNGSBEZOGENEN PFLEGERISCHEN QUALITÄTSMANAGEMENT

Einrichtungbezogenes pflegerisches Qualitätsmanagement

Thema	Inhalt/ Fragen	Erläuterung
1. Um welche Form der Einrichtung handelt es sich bei der pflegerischen Versorgung der Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulant vs. Stationär • Pflegeschwerpunkt(e) • Standort (Land; Stadt) 	
2. Qualitätspolitik und -strategie	<ul style="list-style-type: none"> • Integrierter Qualitätsmanagement-Prozess (Organisationsentwicklung/ -bewertung; Stabsstelle/ Qualitätsmanagement-Beauftragte) 	
3. Interne qualitätssichernde Maßnahmen	<p>3.1 Sicherheit in der Institution</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expertenstandards/ Handlungsrichtlinien? • spezielle konzeptionelle Vorstellungen (Pflegekonzepte/ -modelle) • Regelung von Verantwortlichkeiten; Teambesprechungen, Kommissionen • Organisations-, Risiko- und Notfallmanagement • Fuhrpark (nur für den ambulanten Dienst) • Qualitätsbezogene System- und Prozessanalyse • Sicherung der Dokumentationsqualität <p>3.2 Patientenorientierung/ Angehörigenarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientenorientierung • Patientensicherheit • Patientenmitwirkung • Patienteninformation/ -beratung / Angehörigenarbeit <p>3.3 Mitarbeiterorientierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen • Arbeitsschutzmaßnahmen <p>3.4 Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationsprozessen (intern/extern) • Informationsmanagement • Möglichkeiten für Erfahrungsaustausch • Qualitätszirkel 	Welche Grundelemente und Instrumente des Internen Qualitätsmanagements sind in der Einrichtung realisiert?
4. Extern vergleichende Qualitätssicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsvertrag zwischen Einrichtung und Pflegekassen (§ 72 SGB XI) • Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (§ 114 SGB XI) • Veröffentlichung der Ergebnisse (§115 Abs. 1 a SGB XI) • Qualitätssicherungsmaßnahmen & Zertifizierung 	An welchen extern vergleichenden Qualitätssicherungsmaßnahmen nehmen Sie mit ihrer Einrichtung teil?
5. Ausblick	<ul style="list-style-type: none"> • Aktuelle Planungen bzgl. Qualitätsmanagement • Wichtige Aspekte der Qualitätssicherung für grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Pflegebereich 	

ANHANG G: POSTER

Im Rahmen des Projektworkshops zu Pflege und Pflegebedürftigkeit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe am 30.10.2015 in Basel vorgestellte Poster (Auswahl)



Ambulante und stationäre Pflege-Institutionen in der Grenzregion Landkreis Lörrach, Basel-Stadt und Basel-Landschaft - geographische Verteilung -

Joachim Graf^{1,2}, S. Mohr^{1,2}, Esther Ueding^{1,2}, Alexander Sokolov^{1,2}, Sara Y Brucker^{1,2}, Elisabeth Simoes^{1,2,3}

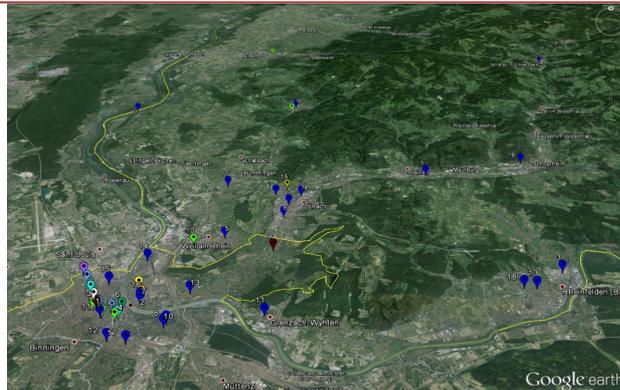
¹ Department für Frauengesundheit (Geschäftsführender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Diethelm Wallwiener), Universitätsklinikum Tübingen

² Forschungsinstitut für Frauengesundheit (Ärztliche Direktorin Prof. Dr. Sara Y. Brucker), Universitätsklinikum Tübingen

³ Stabstelle Sozialmedizin (Leitung Prof. Dr. Elisabeth Simoes), Universitätsklinikum Tübingen (Leitender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Michael Bamberg)

Ambulante Dienste: räumliche Verteilung in der Gesamtregion

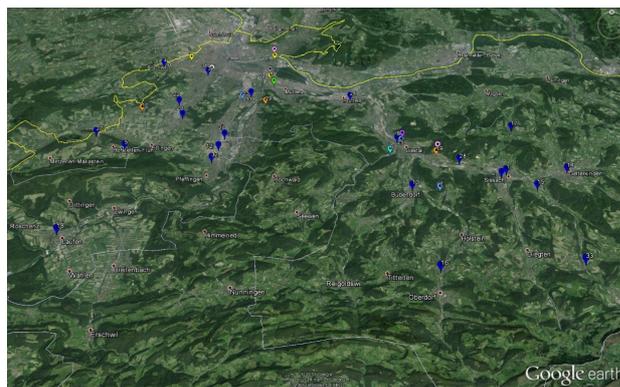
- allgemeine Pflege
- Tagesstätte/ Tagespflege
- Notfall-Spitex
- Schwerpunkt Demenz
- Schwerpunkt Onkologie
- Schwerpunkt Palliative Care
- Schwerpunkt Psychiatrie
- Schwerpunkt Wundberatung
- Bezugspflege/ Primary Nurse
- Angehörigenberatung



Legende: ambulante- / Spitex-Institutionen in Lörrach und Basel-Stadt

Lörrach: 1=Alten- und Krankenpflegedienst Herbrich; 2=Ambulanter Dienst Schloss Rheinweiler; 3= Ambulanter Pflegedienst Monika Braun; 4=Deutsches Rotes Kreuz - Kreisverband Müllheim e.V. - Ambulanter Pflegedienst / Sozialstation; 5= Diakoniestation Weil am Rhein - Vorderes Kandertal e.V.; 6= Evangelische Diakoniestation Lörrach e.V.; 7=Evangelisches Altenwerk Lörrach e.V. - Häuslicher Pflegedienst; 8= GEVITA Zuhause - Ambulanter Dienst der GEVITA Residenz Lörrach; 9=kath. Sozialstation e.V. - Ambulante Krankenpflege / Hauswirtschaftliche Versorgung; 10= Katholische Sozialstation Weil am Rhein; 11= Kirchliche Sozialstation Grenzschach-Wyhlen e.V. - Ambulanter Pflegedienst; 12= Kirchliche Sozialstation Oberes Wiesental gGmbH; 13= Kirchliche Sozialstation Rheinfeldern; 14= Kirchliche Sozialstation Südliches Markgräflerland e.V.; 15= leben + wohnen gGmbH - Ambulanter Dienst / Individuelle Schwerbehindertenssistenz; 16= Pflegedienst Lebenszeit; 17= Pflegedienst Rhein; 18= Pflegemobil Friedrichs - Ambulanter Alten- und Krankenpflegedienst; 19=Sozialstation-Diakoniestation-Schopheim e.V.

Basel-Stadt: 1= Curavis; 2= Haus und Pflege Maquat GmbH; 3= Hausbetreuungsdienst für St. Land AG; 4= Permed Care AG; 5= Perspecta AG; 6= Private Spitex Pilatus GmbH; 7= PSAG Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft; 8= Ruth Vogel Betreuung zuhause; 9= Spitex Riehen-Bettingen; 10-16= Spitex Basel: Geschäftsstelle (11) und sieben Niederlassungen (10-16); 17= Sunneschyn GmbH



Legende: Spitex-Institutionen Basel-Landschaft

1= Acasa Spitex Suisse AG; 2= Ambulante Betreuung Schweizer + Sutter; 3= CURADomizil AG; 4= Esvo GmbH; 5= Gutwind GmbH; 6= Kindertagesklinik (KTK); 7= Pallicare - Verein für Palliativpflege; 8= Spitalexterne Onkologiepflege Baselland (SCOP BL); 9= Spitex Alschwil-Binningen-Schönenbuch; 10= Spitex Biel-Benken; 11= Spitex Birsfelden, Tagesstätte; 12= Spitex Birstal; 13= Spitex Bubendorf; 14= Spitex Gelterkinden und Umgebung; 15= Spitex Haus- & Krankenpflegeverein Thürnen-Diepfingen; 16= Spitex Haus- und Krankenpflegedienste Waldenburgerthal; 17= Spitex Kranken- und Hauspflegereisen, Wintersingen; 18= Spitex Laufenburg; 19= Spitex Lausen plus; 20= Spitex Mittleres Leimental/ Stiftung Blumenrain; 21= Spitex Muttern; 22= Spitex Oberwil plus; 23= Spitex Organisation Schwaiger; 24= Spitex Pratteln; 25= Spitex Regio Liestal; 26= Spitex Reinach; 27= Spitex Solothurnisches Leimental/ Stiftung Blumenrain; 28= Spitex Sisach und Umgebung; 29= Spitex Organisation Tschauggskays; 30= Spitex-Zentrum Birsick, Münchenstein; 31= Spitex-Zentrum, Binningen; 32= Spitexorganisation Pflege nach Mass GmbH; 33= Spitexverein Oberes Homburgertal; 34= Wund-Praxis Seitzinger GmbH

Stationäre Dienste: räumliche Verteilung in der Gesamtregion

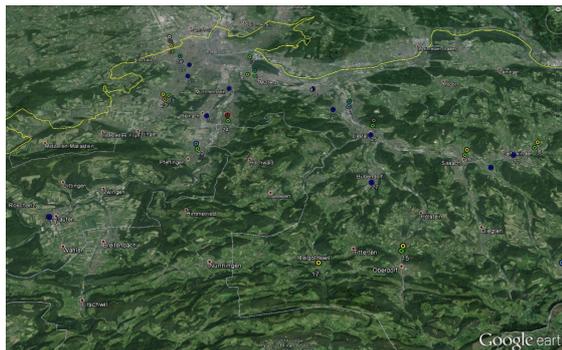
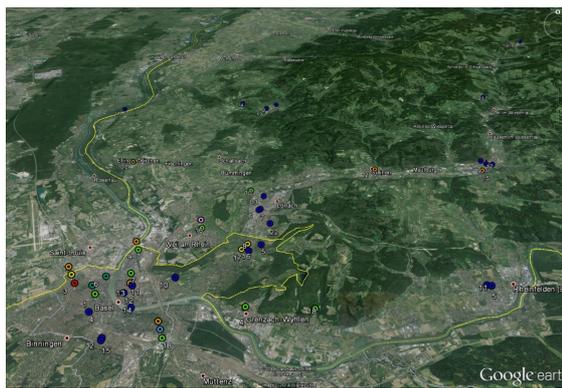
Legende: stationäre Institutionen in Lörrach und Basel-Stadt

Lörrach: 1=Alten- und Pflegeheim Kandererhof; 2= Alten- und Pflegeheim Luit-Klaiber-Haus; 3= Alten- und Pflegeheim Todtnau; 4= AWO Seniorenzentrum Emilienpark; 5= Bürgerheim Rheinfeldern; 6= Evangelisches Altenwerk Lörrach e.V., Margaretenheim; 7= Evangelisches Altenwerk Lörrach e.V., Martinshaus; 8= Gemeinnützige ProCurand GmbH & Co. KGaA; 9= Georg-Reinhard-Haus gemeinnützige GmbH; 10= GEVITA Residenz Lörrach; 11= Haus am Park Pflegeheim; 12= Haus Columban - Alten- und Pflegeheim der AUG; 13= Haus der Altenpflege der Evang. Stadtmission Freiburg e.V.; 14= Landhaus im Schorner; 15= Markus-Plieger-Heim Alten- und Pflegeheim; 16= Pflegeheim Markgräflerland; 17= Pflegeheim Schloss Rheinweiler; 18= Seniorenheim Himmelsforde Wyhlen; 19= Seniorenpflegeheim im Wohnpark an der Kander; 20= Seniorenzentrum Efringen-Kirchen; 21= Seniorenzentrum Mühlenhof; 22= Seniorenzentrum St. Fridolin; 23= Seniorenzentrum Zell im Wiesental

Basel-Stadt: 1= Alters- und Pflegeheim Adullam; 2= Alters- und Pflegeheim Gundelägen; 3= Alters- und Pflegeheim Hegehörnerstrasse - Felix Platter Spital; 4= Alters- und Pflegeheim Holbeinhof; 5= Alters- und Pflegeheim Humanitas Genossenschaft; 6= Alters- und Pflegeheim Johanner; 7= Alters- und Pflegeheim Marienhaus; 8= Alters- und Pflegeheim Riehen Ökumenische Stiftung; 9= Alters- und Pflegeheim St. Christophorus; 10= Alters- und Pflegeheim St. Elisabethenheim; 11= Alterszentrum Wesley-Haus; 12= Alterszentrum zum Lamm Bürgerspital Basel; 13= Gustav Benz Haus Alters- und Pflegeheim; 14= Ländliheim Privates Altersheim; 15= Pflegewohnheim Am Bruderholz; 16= Sternhof-Leben und Wohnen im Alter; 17= Stiftung Dominikushaus; 18= TERTIANUM St. Jakob-Park

Legende: stationäre Institutionen Basel-Landschaft

1= Alters- und Pflegeheim Brunnmatt eine Stiftung der Bürgergemeinde Liestal; 2= Alters- und Pflegeheim Schönlhal Föllinsdorf/Frenkenhof; 3= Alters- und Pflegeheim Binningen; 4= Alters- u. Pflegeheim Homburg; 5= Alters- u. Pflegeheim zum Park; 6= Alters- und Pflegeheim Hofmatt; 7= Alters- und Pflegeheim Jakobshaus; 8= Alters- und Pflegeheim Käppeli; 9= Alters- und Pflegeheim Madle; 10= Altersheim Nägeli-Stiftung; 11= Altersheim Stiftung der Bürgergemeinde Gelterkinden; 12= Birsfelden Alterszentrum; 13= Dreilinden, Leben und Wohnen im Alter; 14= Eben-Ezer begleitet Wohnen im Alter; 15= Gritt Seniorenzentrum Waldenburgerthal; 16= Regionales Alters- und Pflegeheim Ergolz; 17= Regionales Alters- und Pflegeheim Moosmatt; 18= Rosengarten Seniorenzentrum Laufenburg; 19= Seniorenstiftung Aumatt Reinach; 20= Stiftung Alters- und Pflegeheim Binningen; 21= Stiftung Alterszentrum Am Bachgraben Allschwil/Schönenbuch; 22= Stiftung Alterszentrum im Brühl Aesch-Pfeffingen; 23= Stiftung Blumenrain; 24= Stiftung Obesonne; 25= Stiftung Regionales Alters- und Pflegeheim Frenkenbündten; 26= Stiftung Regionales Alters- und Pflegeheim Müllmatt; 27= Stiftung Wohn- und Pflegeheim am Weiher; 28= Verein Pflegewohnungen Binningen.



- allgemeine Pflege (ohne Schwerpunkt)
- Schwerpunkt Demenz
- Schwerpunkt Palliative Care
- Schwerpunkt Akutgeriatrie
- Schwerpunkt Psychiatrie
- Schwerpunkt Parkinson & Multiple Skl.
- Tagesstätte/ Tagespflege
- Bezugspflege/ Primary Care



Pflegebezogene Aspekte der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland und in der Schweiz

Joachim Graf^{1,2}, Esther Ueding^{1,2}, Alexander Sokolov^{1,2}, Sara Y Brucker^{1,2}, Elisabeth Simoes^{1,2,3}

¹ Department für Frauengesundheit (Geschäftsführender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Diethelm Wallwiener), Universitätsklinikum Tübingen

² Forschungsinstitut für Frauengesundheit (Ärztliche Direktorin Prof. Dr. Sara Y. Brucker), Universitätsklinikum Tübingen

³ Stabstelle Sozialmedizin (Leitung Prof. Dr. Elisabeth Simoes), Universitätsklinikum Tübingen (Leitender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Michael Bamberg)

Soziale Sicherung – zum Begriff: Gesamtheit staatlicher Maßnahmen zum Schutz gegen Risiken wie Krankheit, Unfall, Alter, Tod oder Arbeitslosigkeit. Soziale Sicherungssysteme können nach den Prinzipien der Versicherung, der Versorgung oder der Fürsorge organisiert sein [1].

Das Sozialversicherungssystem in Deutschland

- **Typus:** seit 1883 bestehendes beitragsfinanziertes Sozialversicherungssystem (ursprgl. aus Kranken-, Renten- und Unfallversicherung bestehend, 1927 um die Arbeitslosenversicherung und 1995 um die Pflegeversicherung ergänzt)

Krankenversicherung stellt ältesten Teil der Sozialversicherung dar.

- **Normengeber:** Sozialgesetzbuch (§GB I-XI)

- **Kenzeichen:**

→ **5 zentrale Säulen (Kranken-, Renten-, Unfall-, Arbeitslosen-, Pflegeversicherung):** Abbildung [2]

→ weitere Aspekte der sozialen Sicherung steuerfinanziert (Hilfe f. Arbeitssuchende; Kindergeld; Sozialhilfe; Gewaltopfer-/Kriegsopferfürsorge, Wohngeld etc.)

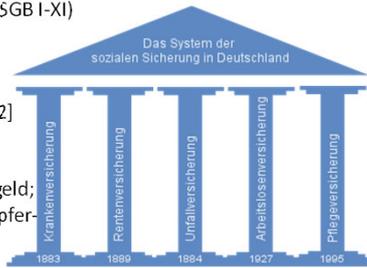
- **Finanzierung:** über Beiträge der

Solidargemeinschaft (bei Einkünften oberhalb Selbstbehalt) und Bundeszuschüssen; **Beiträge paritätisch aufgeteilt zw. AG und AN;** Gesamtkosten für AN: ca. 21% Bruttoverdienst

→ **Beitragshöhe:** GKV: 14,6% (AG/AN je 7,3%); PV: 2,35% (AG/AN je 1,17%); RV: 18,7% (AG/AN je 9,35%); ALV: 3% (AG/AN je 1,5%); UV: nur AG, über Umlageverfahren ermittelt

- **Kenzeichen Kranken-/Pflegeversicherungssystem:** dualistisches System aus gesetzlichen (GKV) und privaten Kassen (PKV): ca. 70 Mio. (85%) GKV-versichert, die als Familienversicherung konzipiert ist; PKV für Beamte, Selbstständige und Angestellte mit Jahresgehalt >53.000 Euro

→ **hohes Leistungsniveau der GKV:** einheitlicher, gesetzlich festgelegter Leistungskatalog, **nur geringes Zuzahlungsniveau;** Sachleistungsprinzip; aufgrund umfassender Leistungen spielen **private Zusatzversicherungen** nur untergeordnete Rolle



Das System der sozialen Sicherung in der Schweiz

- **Typus:** drei-säulige Sozialversicherung zur Absicherung gegen Alter, Invalidität und Tod wurde nach dem 2. Weltkrieg eingeführt (Rentenversicherung AHV (Alters- und Hinterlassenen-Versicherung) 1947, Invalidenversicherung IV 1959, Unfallversicherung 1981)

Krankenversicherung erst 1994 eingeführt und daher nicht Teilaspekt des 3-Säulen-Prinzips, grundsätzlich aber zur 1. Säule gehörig

- **Normengeber:** Schweiz. Bundesverfassung (Art. 111-114, 116f.)

- **Kenzeichen:** **3-Säulen-Prinzip** zur Vorsorge von Alter, Tod und Erwerbsausfall: Abbildung [3]

1. Säule: Rentenversicherung, Invalidenversicherung, für Gesamtbevölkerung, beitragsfinanziert: 10,3% (AG/AN je 5,15%) (ggf. Krankenversicherung)

2. Säule: u.a. Unfallversicherung für Erwerbstätige; AG-finanziert

3. Säule: Schließung Versorgungslücken + Erhöhung Lebensstandard



Krankenversicherung: obligatorische Krankenpflegeversicherung (KV) (öffentliche und private mit kantonalen Unterschieden)

→ **Normengeber:** Krankenversicherungsgesetz (KVG)

→ **Kenzeichen/ Finanzierung:** freie Versicherungswahl, Unterschiede bei zugrundeliegendem Versorgungsmodell (freie Arztwahl vs. Hausarztmodell vs. Health Maintenance Organization Modell); **keine Familienversicherung, Beiträge einkommensunabhängig, werden relativ frei ausgehandelt (Prämiensystem),** allerdings rechtliche Restriktionen („Kopfpauschalen in Prämiensystemen“); **Kostenerstattungsprinzip; nicht umfassendes Leistungsniveau** mit Franchise und Selbstbeteiligung; **private Zusatzversicherungen** spielen wichtige Rolle

Pflegebezogene Aspekte im Systemvergleich

- **Pflegebedürftigkeit (deutsches System) vs. Hilflosigkeit (Schweizer System)**

- **Pflegebedürftigkeit:** Als pflegebedürftig gilt, wer „die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen“ (SGB XI, § 14) [4]

- **Hilflosigkeit:** Als hilflos gilt, wer „für alltägliche Lebensvorrichtungen (Ankleiden, Toilette, Essen etc.) dauernd auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und dauernder Pflege oder persönlicher Überwachung bedarf“ (nach 9 ATSG, 42,3 IVG) [5]

Kenzeichen Deutschland:

- ausdifferenziertes Pflegeversicherungssystem (SGB XI), **Pflegeversicherung eigene Säule des Sozialversicherungssystems, Gesetzliche Pflegeversicherung bei den Trägern der GKV verortet,** daneben auch private Anbieter

- Pflegeversicherung anders als GKV **keine Vollversicherung,** da **Zahlungen nur bis zu bestimmter Höchstgrenze** übernommen werden → **private Zuzahlungen notwendig, steigende Anzahl privater Zusatzversicherungen**

- Pflegebedürftigkeit und Grad derselben wird **durch Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) festgestellt;** 3 Pflegestufen (1-3), Stufe „0“ für Demenzpatienten

- **Pflege-Leistungen werden für alle Pflegestufen vom Gesetzgeber festgelegt** und sind bundesweit gültig; **unterschiedliches Leistungsniveau bei familiärer, ambulanter und stationärer Pflege** (→ Tabelle)

- **private Zuzahlungen** (v.a. bei stationärer Pflege) **i.d.R. hoch,** wengleich Zusatzleistungen beantragt werden können (z.B. Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, Maßnahmen zur Wohnfeldverbesserung); (Pflege-)Hilfsmittel werden von den Pflegekassen gewährt

Kenzeichen Schweiz:

- **Keine eigenständige Pflegeversicherung,** Pflege gehört teils zum Leistungsspektrum der **Krankenpflegeversicherung**

- **keine einheitlichen Pflegesätze** bezogen auf die Gesamtschweiz, die Leistungssätze werden auf kantonalen Ebene ausgehandelt

- **3 Grade d. Hilflosigkeit (ambulant) bzw. 12 Pflegestufen (stationäre Pflege),** Grad der Hilflosigkeit/ Pflegestufe wird ärztlicherseits bestimmt

- **Pflegekosten werden in der anfallenden Höhe** (und nicht bis zu einem Höchstsat) **übernommen** (KV und Kantonale Zuschüsse); nach 1 Jahr wird zusätzlich **Hilflosenentschädigung** in Abhängigkeit von Grad der Hilflosigkeit/ Pflegestufe gewährt; Kosten für Unterkunft/ Verpflegung (stationäre Pflege), Hauswirtschaft und z.T. Hilfsmittel müssen privat getragen werden; **ggf. bedarfsabhängige Zusatzleistungen der AHV oder IV**

Stand: 2015	Pflegegeld (familiär Pflegenden)	Pflege-Sachleistungen (ambulant)	Leistungen vollstationäre Pflege
Stufe 0	123 Euro	231 Euro	-
Stufe 1	244 Euro	468 Euro	1.064 Euro
Stufe 1 (mit Demenz)	316 Euro	689 Euro	1.064 Euro
Stufe 2	458 Euro	1.144 Euro	1.330 Euro
Stufe 2 (mit Demenz)	545 Euro	1.298 Euro	1.330 Euro
Stufe 3	700 Euro	1.612 Euro	1.612 Euro
Stufe 3 (mit Demenz)	-	1.612 Euro	1.612 Euro
Härtefall	-	1.995 Euro	1.995 Euro
Härtefall (Demenz)	-	1.995 Euro	1.995 Euro

Quellenangaben:

[1] Altbarner, J (2002): Soziale Sicherungssysteme. In: Becker, W, Buchstab G, Doering-Manteuffel A, Morsey R(Hrsg.); Lexikon der Christlichen Demokratie in Deutschland. Sankt Augustin: Schöningh Verlag, S. 648f.

[2] http://2.bp.blogspot.com/ZYp4mdQNs/W21r8BVPf/AAAAAAAAAAs/DrKumZUweg/s1600/index.png

[3] http://www.bonus.ch/img/Financel/39/Prevoavance-3erne-piller-1.png

[4] http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_11_1_34.html

[5] Geissbühler J, Michaelis B (2012): Soziales in der Schweiz. Eine praxisorientierte Darstellung mit zahlreichen Repetitionsfragen und Antworten. Zürich: Compendio Bildungsmedien AG, 8. Auflage, S. 58.



Qualitätsmanagement in der Pflege – normative Vorgaben im Ländervergleich

Joachim Graf^{1,2}, Esther Ueding^{1,2}, Alexander Sokolov^{1,2}, Sara Y Brucker^{1,2}, Elisabeth Simoes^{1,2,3}

¹ Department für Frauengesundheit (Geschäftsführender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Diethelm Wallwiener), Universitätsklinikum Tübingen

² Forschungsinstitut für Frauengesundheit (Ärztliche Direktorin Prof. Dr. Sara Y. Brucker), Universitätsklinikum Tübingen

³ Stabstelle Sozialmedizin (Leitung Prof. Dr. Elisabeth Simoes), Universitätsklinikum Tübingen (Leitender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Michael Bamberg)

Vorbemerkungen

Allgemein: keine explizite Definition von Pflegequalität in den Gesetzestexten

Qualitätsdefinition im Deutschen System: „Der Begriff der Pflegequalität bezeichnet das Maß der Übereinstimmung tatsächlicher Pflege mit festgelegten Kriterien anspruchsvoller Pflege [...]. Pflegequalität ist danach gegeben, wenn Versorgungsleistungen dem aktuellen Wissensstand in Medizin- und Pflegewissenschaft entsprechen, wirtschaftlich erbracht werden und die Präferenzen der Verbraucher berücksichtigen“ [1].

Qualitätsdefinition im Schweizer System: „Qualität ist ein Mass dafür, wie sehr Leistungen des Gesundheitswesens für Individuen und Bevölkerungsgruppen a) die Wahrscheinlichkeit erwünschter Gesundheitsergebnisse erhöhen und b) dem aktuellen Fachwissen entsprechen. [...] Die Leistungserbringung soll sicher, wirksam, patientenzentriert, rechtzeitig und effizient sein und der Zugang zu den Leistungen soll für alle chancengleich erfolgen“ [2].

Normengeber Deutschland

- Gesetzgebende Initiativen erfolgen auf Bundesebene im Rahmen der Sozialgesetzgebung
- Sozialgesetzbuch (SGB) XI [3]: Vorschriften für die Pflegeversicherung, Kapitel 11 (§112-120), festgelegt durch das
- Pflegequalitätssicherungsgesetz 2001, 2015

Normengeber Schweiz

- Gesetzgebende Initiativen erfolgen auf Bundes- und auf Kantonalebene
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Artikel 58 [4]
- Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), Artikel 77 [5]
- Basel-Stadt: Gesundheitsgesetz [6], Pflegeheim-Rahmenvertrag [7]
- Basel-Landschaft: Gesundheitsgesetz [8], Gesetz über die Betreuung und Pflege im Alter (GeBPA) [9]; Reglement für die Qualitätskommission [10]

Deutschland: rechtliche Vorgaben (SGB XI; §112-120)

- verantwortlich für Qualitätssicherung: Träger der Pflegeeinrichtungen
- Pflegedokumentation Pflicht für alle Pflegeeinrichtungen
- Entwicklung und Einführung von Pflegestandards
- Einrichtung einer „Schiedsstelle Qualitätssicherung“
- jährliche externe Qualitätsprüfung aller Pflegeeinrichtungen durch Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)
- Veröffentlichung der externen Qualitätsprüfung (vollständiger Bericht)
- Vollstationäre Einrichtung: Offenlegung der ärztlichen, zahnärztlichen Versorgung und der Arzneimittelversorgung (Kooperationsverträge)
- ambulante Einrichtungen: Pflegeverträge: Pflegedienste verpflichten sich, Pflegebedürftige „nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit, entsprechend den von ihm in Anspruch genommenen Leistungen, zu pflegen und hauswirtschaftlich zu versorgen. Bei jeder wesentlichen Veränderung des Zustandes ist dies der zuständigen Pflegekasse unverzüglich mitzuteilen“ (SGB XI, §120,1)

rechtliche Vorgaben enthalten konkrete Handlungsanweisungen zur Qualitätsdarlegung für die Leistungserbringer der Altenpflege

Schweiz: rechtliche Vorgaben

- Qualitätskonzepte werden von Leistungserbringern auf Kantonebene erarbeitet und in Tarif-/ Qualitätssicherungsverträgen festgehalten (KVV, Art.77, 1).
- Die Qualitäts-Bestimmungen „haben den allgemein anerkannten Standards zu entsprechen, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen“ (ebenda).
- Berichterstattung an das Bundesamt für Gesundheit über die Ausgestaltung der Qualitätskonzepte (KVV, Art 77, 2).
- Bund kann Berichterstattung über Durchsetzung der selbst definierten Qualitätskonzepte verlangen (KVV, Art 77, 2).
- Bei Verdacht auf Missbrauch kann es zu systematischen externen Qualitätsüberprüfungen kommen (KVG, Art 58).
- Basel-Stadt: Einrichtung einer Qualitätskommission, die Qualität der stationären Pflege überwacht und evaluiert; stationäre Einrichtung sind angehalten, ihre Qualität mittels der 24 RAI-Indikatoren (Resident Assessment Instrument) zu messen und jährlich ans VAP/ kantonale Gesundheitsdepartment zu übermitteln (RAI-Indikatoren sind z.B. Sturzprävalenz oder Prävalenz von Gewichtsverlust)
- Basel-Landschaft: Alters- und Pflegeheime müssen Leistungsvereinbarung mit Gemeinden schließen, die konkrete Maßnahmen der Qualitätssicherung enthalten müssen (GeBPA, §16); Einrichtung einer Qualitätskommission, die für Umsetzung/ Organisation der Qualitätskontrolle des Kantons verantwortlich ist, Prüfungsfirmen für Kontrollen auswählt; bei Weiterentwicklung von Qualitätsstandards berät (insb. Qualivista)

rechtliche Vorgaben des Bundes regeln Rahmenbedingungen der Pflege. Genaue Ausgestaltung der Qualitätsdarlegung in der Altenpflege obliegt den Kantonen und den Leistungserbringern

Ausblick und Umsetzung

- Qualitätssicherung in der Pflege wird in beiden Systemen ein großer Stellenwert eingeräumt, jedoch teilweise unterschiedliche Schwerpunktsetzungen aufgrund systembedingter Unterschiede
- Interne Qualitätssicherung als grenzüberschreitender Schwerpunkt mit unterschiedlicher Akzentuierung: Pflegestandards (D.) vs. softwarebasierte Qualitätserfassung (RAI/ Qualivista) (CH)
- v.a. in D. bestehen auch dezidierte Vorgaben im ambulanten Bereich
- In D. bestehen dezidierte Vorgaben in der Sozialgesetzgebung, in CH werden die Maßnahmen des Qualitätsmanagements auf kantonaler Ebene zwischen den Akteuren/ Verbänden ausgehandelt

Quellenangaben:

- [1] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Grundlagen der Qualitätssicherung. In: Ders.: Erster Bericht des Bmfsfj über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, URL: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/6/6-1-Grundlagen-der-qualitaetsicherung/6-1-1-zu-den-begriffen-qualitaet-und-qualitaetsicherung.html>
- [2] Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2009): Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen, URL: http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/14793/index.html?lang=de&download=NHHL2e7LInp68NTU0421226In1ac4Zn4Z2qZn02Yuz226gnlCHYf8f2ym162epYhg2c_JjkbNokS6A--
- [3] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1994/2015): Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung, URL: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sbg_11/gesamt.pdf
- [4] Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1994/2015): Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950219/201506010000/832.102.pdf>
- [5] Der Schweizerische Bundesrat (1995/ 2015): Verordnung über die Krankenversicherung, URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950219/201506010000/832.102.pdf>
- [6] Großer Rat des Kantons Basel-Stadt (2012): Gesundheitsgesetz (GesG), URL: <http://www.gesetzessammlung.bs.ch/frontend/versions/1982>
- [7] Basel-Stadt (2011): Pflege-Rahmenvertrag zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Verband der gemeinnützigen Basler Alters- und Pflegeheime (VAP), URL: <http://www.gesetzessammlung.bs.ch/frontend/versions/3563>
- [8] Landrat Kanton Basel-Landschaft (2008): Gesundheitsgesetz (GesG), URL: <http://bl.clex.ch/frontend/versions/1205?locale=de>
- [9] Landrat Kanton Basel-Landschaft (2004): Gesetz über die Betreuung und Pflege im Alter (GeBPA), URL: https://www.baseland.ch/fileadmin/baseland/files/docs/parl-ik/berichte/2004/2004-164_lex.pdf
- [10] Qualitätskommission Verband Basel-Landschaftlicher Gemeinden (2013): Reglement für die Qualitätskommission, URL: http://www.bap-bl.ch/fileadmin/docs/oeffentlich/qualitaet/2013-03-11_Reglement_Q-Kommission_sig_.pdf

Zur Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Angeboten

Esther Ueding^{1,2}, Joachim Graf^{1,2}, Alexander Sokolov^{1,2}, Sara Y. Brucker^{1,2}, Elisabeth Simoes^{1,2,3}

¹ Department für Frauengesundheit (Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. D. Wallwiener), ² Forschungsinstitut für Frauengesundheit (Ärztliche Direktorin Prof. Dr. med. S. Brucker), ³ Stabstelle Sozialmedizin des Universitätsklinikums Tübingen (Leitender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. M. Bamberg)

Einführung und Methode:

Aufgrund der geographischen Lage des Landkreises Lörrach und der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft kann von einer Inanspruchnahme von **grenzüberschreitenden Angeboten** gesprochen werden. Offen bleibt jedoch die **Art der Inanspruchnahme und die Intensität**. Um Erkenntnisse darüber zu erhalten, wurden **leitfadengestützte Interviews mit Berater_innen und informell Pflegenden in beiden Ländern** geführt. **Die Interviews beinhalteten u. a. folgende Fragen:**

- Was gibt es bereits an grenzüberschreitenden Angeboten? Welche sind bekannt?
- Welche Barrieren liegen vor, die eine Inanspruchnahme verhindern?

Angebotsnutzung

Angebotsnutzung

Bekannte und genutzte Angebote aus Schweizer Perspektive:

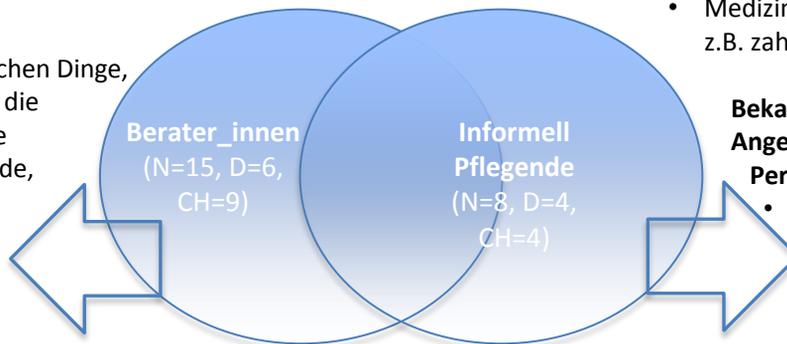
- Medizinische Versorgung, z. B. Hilfsmittel, Arztbesuche, Medikamente
- Angebote für die alltäglichen Dinge, z. B. Pediküre, Hilfen für die Hauswirtschaft, Einkäufe
- Praktika für Auszubildende, sowie Arbeitsstellen für Pflegefachkräfte
- Stationäre Aufenthalte z. B. Reha, Akutversorgung

Bekannte und genutzte Angebote aus Schweizer Perspektive:

- Medizinische Versorgung, z.B. zahnärztliche Versorgung

Bekannte und genutzte Angebote aus deutscher Perspektive:

- Medizinische Versorgung, z. B. Augenklinik, Abklärung von Demenz, stationärer Aufenthalt in einer Psychiatrie



Barrieren

Beschriebene Barrieren für eine grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Angeboten:

- Emotionale Bindung
- Unterschiedliche soziale Sicherungssysteme
- Mangelnde Transparenz von möglichen Angeboten
- Persönliche Einstellungen und Überzeugung:

„...möglicherweise sind aber Vorurteile da, oder, dass man immer meint, ja was billiger ist, ist schlechter.“(CH)

„Die zahlen Prämien für Pflegekräfte in Krankenhäusern. Und so zahlen die Pflegeheime Prämien für Deutsche, die in ihr Pflegeheim gehen. Und jetzt sollen wir eigentlich zusammenarbeiten.“(D)

Beschriebener Nutzen aus Schweizer Perspektive:

- Monetäre Anreize

Beschriebener Nutzen aus deutscher Perspektive:

- Gute Versorgung
„Und die NN ist eine ziemlich anerkannte Klinik.“(D)

Bekannte und genutzte Angebote aus deutscher Perspektive:

- Medizinische Versorgung, z. B. stationäre Aufenthalte

Beschriebener Nutzen aus Schweizer Perspektive:

- Monetärer Anreiz
„Da gibt es viele Schweizer, die lassen sich in Deutschland behandeln, es ist billiger.“(CH)

Beschriebener Nutzen aus deutscher Perspektive:

- Gute Versorgung
„...wir wollen möglichst gut versorgt sein, wir gehen lieber nach Basel in die Klinik...“(D)

Schlussfolgerung: Sowohl Schweizer als auch Deutsche nutzen grenzüberschreitende Angebote bezogen auf die Primärversorgung. Häufig wirken Vorurteile (Patientenebene) und die Budgetierung (Systemebene) als Hürden.



Ergebnisse aus den Interviews der Berater_innen zu geschlechterspezifischen Angeboten in der Pflege

Esther Ueding^{1,2}, Joachim Graf^{1,2}, Alexander Sokolov^{1,2}, Sara Y. Brucker^{1,2}, Elisabeth Simoes^{1,2,3}

¹ Department für Frauengesundheit (Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. D. Wallwiener), ² Forschungsinstitut für Frauengesundheit (Ärztliche Direktorin Prof. Dr. med. S. Brucker), ³ Stabstelle Sozialmedizin des Universitätsklinikums Tübingen (Leitender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. M. Bamberg)

Einführung und Methode:

Zur Verbesserung von informeller Pflege- und Sorgearbeit wurde nach geschlechterspezifischen Unterstützungsangeboten gefragt. Hierzu wurden leitfadengestützte Interviews mit insgesamt 15 Beratern_innen beider Länder geführt:

Deutschland

Erwerbstatus, Profession und Geschlecht der Berater_innen:
N=1 Geschäftsführer i. R. einer gesetzlichen Krankenkasse (m)
N=2 Pflegestützpunkt (w) und Demenzberatungsstelle (m)
N=3 katholischen Sozialstation (w), Beraterin einer Privaten Krankenkasse (w), Fachstelle für Planung & Steuerung in der Altenhilfe (m)

Schweiz

Erwerbstatus, Profession und Geschlecht der Berater_innen:
N=1 Geschäftsführer i.R. einer obligatorischen Krankenpflegekasse (m)
N=3 Fachstelle Alter (2 x w), Spitex – Pflegefachkraft (w)
N=1 Alzheimervereinigung – Beraterin (w)
N=4 Spitex-Geschäftsleiterin (w), Geschäftsleiterin der Pro Senectute (w), Gesundheitsdepartment – Bereichsleitung -Langzeitpflege (m), Gesundheitsdepartment - Langzeitpflege / Qualitätssicherung – Gesundheitsversorgung (w)

Bekannte und genutzte Angebote:

- Geschlechterbezogene Beratung
- Geschlechterbezogene Pflege, z. B. Pflegefachfrau pflegt Pflegebedürftige
- Keine weiteren bekannt

Nutzen und Akzeptanz von Angeboten:

- Angebote zum Austausch werden stärker von Frauen genutzt, z. B. Betreuungsgruppen
- Es gibt kaum geschlechterbezogene Angebote:
„Es liegt wohl in der Natur der Sache, dass Menschen unterschiedliche Bedürfnisse haben und auch die Frau ist nicht so eine homogene Gruppe wie auch der Mann nicht eine homogene Gruppe ist.“(CH)
- Frauen nehmen Hilfe später an, z. B. Beratungsgespräche, Hilfe zur Selbsthilfe
„Ich habe vielleicht höchstens das Gefühl, aber auch nicht immer, dass ein Teil Männer eher anders umgehen damit, dass die schneller Hilfe holen.“(CH)

Folgende fehlende Angebote werden genannt:

- Unterstützungsangebote, z. B. zur Prävention
- Spezifische Angebote für die Alltagsgestaltung:

„Es wäre denke ich schon sinnvoll, wenn es auch noch so eine Betreuungsgruppe speziell für Männer gäbe. Mit so einem Männerangebot, ja zum Beispiel dass man irgendwie zusammen in der Werkstatt was zusammenbastelt.“(D)

Zusammenfassung:

- Es konnte in beiden Ländern kaum Hinweise für eine geschlechterspezifische Pflege gefunden werden.
- Spezifische Angebote für die Alltagsgestaltung bestehen nicht bzw. sind nicht bekannt.



Qualitative Befragung von Pflegeberater_innen I: Wer pflegt, was kennzeichnet Pflegebedürftige?

Joachim Graf^{1,2}, Esther Ueding^{1,2}, Alexander Sokolov^{1,2}, Sara Y Brucker^{1,2}, Elisabeth Simoes^{1,2,3}

¹ Department für Frauengesundheit (Geschäftsführender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Diethelm Wallwiener), Universitätsklinikum Tübingen

² Forschungsinstitut für Frauengesundheit (Ärztliche Direktorin Prof. Dr. Sara Y. Brucker), Universitätsklinikum Tübingen

³ Stabstelle Sozialmedizin (Leitung Prof. Dr. Elisabeth Simoes), Universitätsklinikum Tübingen (Leitender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Michael Bamberg)

Methodisches Vorgehen/ Befragungskollektiv

- Leitfaden gestützte ExpertInnen-Interviews
- Befragt wurden n= 15 Pflegeberater_innen
- Geschlechtsverteilung: 10w, 5m
- System: 9 aus CH (7w, 2m), 6 aus D (3w, 3m)
- Durchschnittsalter: 44,3 Jahre (R= 37 Jahre; Min= 30; Max= 67)
- **Codebaum:** zugeordnet wurden 966 Codes zu 16 Kategorien



Pflegeberatung: selbstberichtet Kennzeichen/ Charakteristika

- Anbieter für Pflegeberatung:
Deutschland: überwiegend „öffentlich-rechtlich“ organisiert (Akteure: Pflegestützpunkte, Kranken-/Pflegekassen; Stabstelle Altenhilfe; Sozialstationen...) → **Pflegestützpunkte:** bundesweite Anlaufstellen zur Beratung von Pflegebedürftigen (§ 7a SGB XI); aktuell in 370/ 402 Landkreisen realisiert
- Schweiz:** Pflegeberater mit öffentl. Auftrag (Spitex, Fachstelle Alter) und privater Trägerschaft (Senectute)
- findet auch „aufsuchend“ statt, häufig aber **Zugangsschwierigkeiten**
- **Besonderheit CH:** Pflegeberatung in obligate Überprüfung des Grads der Pflegebedürftigkeit vor Heimaufnahme miteinbezogen
- **Reichweite:** Bezugspersonensystem (CH) vs. landkreisbezogene Zuständigkeit (D.)
- deutsche Pflegeberater_innen beraten auch in Unternehmen (zur besseren Vereinbarkeit von Job und Pflegeverantwortung) und in der CH
- **Kompetenz:** in beiden Systemen beratend zuständig für Vermittlung von Pflegediensten, Pflegeplätzen, Kurzzeitpflege, jur. + finanz. Belange, Vernetzung, Case Management
- **Besonderheit CH:** interkulturelle Kompetenz und Suchtberatung/ Suchtmanagement (Alkohol-/Medikamentenabusus bei vielen Pflegebedürftigen)

Was zeichnet Pflegebedürftige aus (aus Sicht der Pflegeberater_innen)?

- **Geschlecht:** in beiden Systemen deutlich mehr pflegebedürftige Frauen, aber in Pflegeberatung ausgeglichenes Geschlechtsverhältnis → kaum geschlechtsspezifische Pflegebedürfnisse erkennbar: „Es gibt die Frau nicht. Es gibt auch nicht den Mann und es gibt nicht den Alten. Also sind ganz unterschiedlich“. (CH)
- Wunsch nach Pflege durch Pflegenden des gleichen Geschlechts; Frauen häufig selbstständiger, aber deutlich später bereit, Hilfe anzunehmen
- **Soziale Schicht:** Pflegebedürftige aus allen soz. Schichten; Schwerpunkt in Beratung: Mittelschicht, da bildungsferne Schichten nicht erreicht werden
- **Migrationsstatus:** immer mehr Pflegebedürftige mit Migrationsstatus; können in CH besser von Pflegeberatung erreicht werden
- **Lebensweltlichkeit:** Primat der Selbstständigkeit; Wunsch nach Privatsphäre; beginnender Wertewandel durch Generationenwechsel: „Es kommt eine andere Generation ins Altern wie eben die 68er. Heterogenität wird in Frage gestellt. Was ist mit all jenen die 40, 50 Jahre in versteckten Lebensgemein(..), gleichgeschlechtlichen Gemeinschaften leben? Die kommen ins Altern, die fragen sich auch wohin mit uns?“ (CH)
- **Präferierte Themen in Pflegeberatung:** Coping-Anfragen (zur Abdeckung konkreter Bedürfnisse, wie Freizeitangebote, Verlauf von Demenzen etc.)

Was zeichnet Pflegenden aus (aus Sicht der Pflegeberater_innen)?

- Familiäre Pflege ist in beiden Systemen weiblich: Hauptpflegenden sind (Ehe-)partnerinnen; Töchter/ Schwiegertöchter
- Männer unterrepräsentiert, im Einzelfall engagiert pflegend (v.a. (Ehe-)Partner): „Da gibt es ja Ehemänner die über Jahre, jahrzehntelang sehr fürsorglich zum Teil schwer chronisch erkrankte Partnerinnen pflegen. Das gibt es auch“ (CH).
- Familiär Pflegenden sind stark überlastet (durch Doppelbelastungen)
- Zu geringe Inanspruchnahme von Hilfeleistungen: im Mittel nehmen 2/3 der familiär Pflegenden keine Hilfe in Anspruch
- Nur geringer Wissenstand über mögliche Hilfsangebote: Sind die Angebote der Beratungsinstitutionen nicht niederschwellig genug?
- „Es ist oftmals, dass sie sagen, jetzt kann ich nicht mehr. Und der Pflegestützpunkt greift natürlich vieles auf, aber wenn man da so die statistischen Zahlen anschaut, es sind viele Leute, die sich natürlich schlau machen, was, was Vorsorgevollmacht anbelangt, Patientenverfügung etc. [...] Aber gerade so pflegende Angehörige, die viel auffangen, also es ist ja, eigentlich ist das ja der größte Pflegedienst Deutschlands.“ (D)
- **Präferierte Themen in Pflegeberatung:** keine Coping-Anfragen sondern auf konkrete Pflegesituation/ Pflegemanagement bezogen
- **Motive, Angehörige zu pflegen:** Verantwortungsbewusstsein, Wunsch nach Privatsphäre, zeitliche Verfügbarkeit des Ehepartners, finanz. Abhängigkeit der Frau, finanzielle Aspekte (professionell. Pflege zu teuer), hohe Anspruchshaltungen/ Misstrauen gegenüber Pflegediensten
- **Motive, Angehörige nicht zu pflegen:** Überforderung, veränderte Wertevorstellungen in jüngerer Generation, berufliche Verpflichtungen/ mangelnde berufliche Flexibilität, hohe Ansprüche der Pflegebedürftigen (dauerhafte zeitliche Verfügbarkeit; Generationen-Konflikte etc.)

Wer pflegt?

- Frauen (bei familiärer Pflege)
- Ehrenamtliche zur stundenweisen Betreuung von Demenzkranken
- Professionell Pflegenden (ambulant und stationär)
- **Deutschland:** „Geringverdiener“ zur stundenweisen Betreuung von Demenzkranken (z.B. vermittelt über Pflegestützpunkte): Das ist sehr bunt gemischt. Es sind Leute, die zum Beispiel ALG II-Empfänger sind, die sagen, sie möchten noch ein bisschen was dazuverdienen. Das dürfen sie ja bis zu 175 Euro im Monat. Dann zum Beispiel Hausfrauen, die sagen, ich bin eigentlich nicht aufs Geld angewiesen, aber ich möchte einfach auch noch ein bisschen was machen. Dann sind es Leute, die in der Rente sind, aber ihre Rente aufbessern müssen oder möchten. Die sagen, sie haben ein paar Stunden Zeit in der Woche und sagen, das möchten sie auch sinnvoll nutzen“. (D)
- **Deutschland:** nicht-professionelle Pflegenden im ambulanten Sektor (z.B. vermittelt durch Pflegestützpunkte): „Und ja, natürlich gibt es auch welche, die einfach sagen, ich habe halt vielleicht lange meine eigenen Eltern gepflegt und ich habe da einfach gewisse Fähigkeiten und mache das halt“. (D)



Qualitative Befragung von Pflegeberater_innen II: Herausforderungen und Perspektiven einer (grenzüberschreitenden) Pflege -Systemreflexion-

Joachim Graf^{1,2}, Esther Ueding^{1,2}, Alexander Sokolov^{1,2}, Sara Y Brucker^{1,2,3}, Elisabeth Simoes^{1,2,3}

¹ Department für Frauengesundheit (Geschäftsführender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Diethelm Wallwiener), Universitätsklinikum Tübingen

² Forschungsinstitut für Frauengesundheit (Ärztliche Direktorin Prof. Dr. Sara Y. Brucker), Universitätsklinikum Tübingen

³ Stabstelle Sozialmedizin (Leitung Prof. Dr. Elisabeth Simoes), Universitätsklinikum Tübingen (Leitender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Michael Bamberg)

Systemreflexion: Hauptprobleme der Pflegesysteme aus Sicht der Pflegeberater_innen

Institutionelle Aspekte:

- **Komplexität der Systeme der sozialen Sicherung** erschwert Beratungen und für Pflegende/ Pflegebedürftige die Inanspruchnahme von Hilfsleistungen: „Aber, ja, es ist oft undurchsichtig, sage ich mal für die Menschen: Was für Hilfen gibt es? Welche Leistungen aus der Pflegeversicherung? Weil es ja auch so viele Töpfe sind und unterschiedlich zu kombinieren. Das macht es halt auch ein bisschen schwierig dann.“ (D)
- **Bürokratische Hürden:** „Also ich merke es ja schon wenn ich recherchiere im Internet. Ich muss mindestens eine Stunde, wenn nicht länger einrechnen. Dann muss ich trotzdem noch ein Telefon führen. Und dann ist die Person wo ich jetzt irgendetwas will mir zuschicken lassen, weil man es nicht runter laden kann, dann ist die nicht da. Und dann rufe ich noch mal an. Also das ist es auch für mich wo mit der Technologie vertraut ist. Es ist ein Riesenaufwand. Und Angehörige, die sind dann unter Umständen sind sie auch berufstätig wie ich und dann müssen sie das auch noch irgendwie machen. Also da sehe ich eigentlich, ich weiß nicht ob man es einen Mangel nannte, einfach wirklich eine Herausforderung.“ (CH)
- **Schnittstellenprobleme** durch mangelnde Koordinierung der Einzelakteure
- **Schweizspezifisch: mangelnde Koordination bei zu hohem Angebot:** „Also was nicht so gut oder nicht so gut, es läuft, es gibt sehr viel; vielleicht ist es das: Es gibt fast zuviel. Es ist ein Dschungel. Und sogar ich als Profi muss mich immer wieder neu orientieren.“ (CH); **zu wenige Institutionen; Nichtberücksichtigung des Pflegemehraufwands bei Demenzkranken** („Stufe 0“ und zusätzliche Betreuungsleistungen in Deutschland)

Finanzielle Aspekte:

- **Abrechnungspraxis der Kassen immer rigider: viele Leistungen werden nur unzureichend bezahlt** (Hilfsmittel werden nicht immer genehmigt; Leistungen der Kassen reichen nicht zur Vollfinanzierung der Pflegeleistungen; Pflegeeinrichtungen fehlt Geld für Personal)
- Fallpauschalensystem: Patienten nach KH-Aufenthalt häufig noch sehr krank
- **Schweizspezifisch:** Hilfsmittel zu teuer (müssen oft gemietet werden)
- **Deutschlandspezifisch: Kurzzeitpflege(für pflegerische Notfälle) werden aus finanziellen Gründen zu wenig unterstützt:** „In Baden-Württemberg wird ein Dauer-, ein ganzjähriger Kurzzeitpflegeplatz nur mit einem 5%-igen Aufschlag gegenüber einem Langzeitpflegeplatz honoriert. Und da sagen die Träger das reicht nicht. Und bieten deshalb keine Kurzzeitpflegeplätze an, keine dauerhaften, ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätze.“ (D)

pflegebezogene Probleme

- 1.) familiäre Pflege:** - Unterstützung von familiär Pflegenden zu gering
- zu geringe Wertschätzung in der Gesellschaft
- rechtl. Problematik: wer haftet bei Unfällen?
- 2.) ambulante Pflege:** völlig ausgelastet; Personalnotstand;
- 3.) stationäre Pflege/ Spitex:**
- zu wenig stationäre Pflegeplätze (v.a. in CH), z.T. Unterversorgung und lange Wartezeiten; kaum Personal
- medizinische Versorgung mangelhaft, da zu wenig Ärzte
- CH: viele privat organisierte Heime, die Patienten ablehnen können; sehr teure Luxus-Heime → **Trend zur Unterversorgung und zur „2-Klassen-Versorgung“**

grenzüberschreitende Zusammenarbeit: Trends

- Grenzüberschreitende Zusammenarbeit durch Inkompatibilitäten beider sozialen Sicherungssysteme und Abrechnungssysteme erschwert
- Von geographischer Lage profitieren einzelne Arbeitnehmer und Pflegebedürftige, **nicht aber Pflegesysteme:** deutsche Pflegekräfte arbeiten in CH; Schweizer Pflegebedürftige in deutschen Heimen

(gesellschaftliche) Herausforderungen und Trends

- **Demographischer Wandel:** steigende Anzahl an Pflegebedürftigen
- Steigende Anzahl an benötigten Pflegeplätzen für Demenzpatienten
- **Fachkräftemangel:** auf Zuwanderer angewiesen (sprachliche Barrieren!)
v.a. in Deutschland gravierend: „Wir haben jetzt hier ein neues Heim bekommen, das konnte gar nicht alles belegen, weil sie einfach kein Personal hatten. [...] Von überall mussten sie ihre Leute abziehen, damit sie hier überhaupt mal anfangen können mit belegen.“ (D)
- **Geringere Pflegebereitschaft** bei junger Generation
- „**Tendenz zur Voraussicht**“: immer mehr Beratungen von Menschen, die fürchten, einmal pflegebedürftig werden zu können
- **CH: häusliche Pflege sehr stark tabuisiert**
- **Versorgungslücken und Fehlversorgung im Pflegebereich, Unklarheit über vorliegenden Bedarf:** „Und Versorgungslücken, weil Sie jetzt gerade eben gesprochen haben, Versorgungslücken – in dem Fall eine flächendeckende Versorgung herzustellen. [...] Eben zum Beispiel, genügt das heute im Demenzbereich? Bräuchte es da noch mehr? Oder auch Überversorgung. Wie sieht das jetzt zum Beispiel aus: Genügen die Tagesstätten die wir haben im Kanton Basel-Land und wo bräuchte es noch – und nicht quasi, das heute das ist so ein bisschen Wildwuchs oder jede Institution kann sich da noch für so etwas entscheiden. Und dann untergräbt man sich gegenseitig das Angebot.“ (CH)

Zukunftsvisionen und Schlussfolgerungen

- Gleiche Probleme und Herausforderungen gemeinsam lösen und dabei **von einander lernen:** Vertreter beider Systeme (Berater_innen) betonen die **Wichtigkeit einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit** v.a. im ambulanten Sektor
- Bessere Verzahnung aller an der Pflege beteiligten Akteure und Institutionen (**Schnittstellenoptimierung**)
- **Niederschwelligkeit** der Angebote **erhöhen**, um den tatsächlichen Hilfebedarf besser abzudecken → **Trend zur häuslichen Pflege, die komplexer wird**
- Erhöhung der **Flexibilität** (grenzüberschreitend), **Vereinbarkeit von Pflege und Beruf;** Teilzeit-/Übergangs-/ **Kurzzeitpflege** als dritte Säule etablieren
- **Fokussierung der Ergebnisqualität:** passgenauere Orientierung an tatsächlichen Pflegebedarfen: „Also ich denke da müsste man mehr die Ergebnisqualität im Blick haben, dass die Leute am Schluss mit Geld vernünftig versorgt sind und weniger, was sie genau an Leistungen in Anspruch nehmen“ (D)
- Höhere gesellschaftliche Wertschätzung für Pflegeleistungen
- **Enttabuisierung von Pflege/ Pflegebedürftigkeit** (v.a. in CH): Pflegebedürftige nehmen aus Scham keine Hilfe an, **Schaffung von Vor-Ort-nahen-Strukturen, die regelmäßig des gesundheitlichen Status überprüfen** (Bsp. NL: **Funktion wird von Postboten wahrgenommen**)
- Dekonstruktion der Pflegeökonomisierung: „Also von daher denke ich müssen wir, ja, also die Triebfeder muss sein: **Lass uns eine menschenwürdige Pflege, für eine menschenwürdige Pflege sorgen, denn wir werden die ersten sein, die sie brauchen**“ (D)
- Pflegebedürftige als „Mitmenschen“: „Was würden Sie sich denn wünschen für die Zukunft? Dass das Alter nicht mehr zum Beispiel vor Wohnung, Alterswohnung, Alterssiedlung, Altersdienst heißt, sondern dass wir in einer Gesellschaft leben wo das Alter, dieses Attribut nicht mehr davorsteht“ (CH)



Handlungsfelder: Übersicht (Ergebnisse im Teilprojekt an der Universität Tübingen)

Esther Ueding ^{1,2}, Joachim Graf ^{1,2}, Alexander Sokolov ^{1,2}, Sara Y. Brucker ^{1,2}, Elisabeth Simoes ^{1,2,3}

¹ Department für Frauengesundheit (Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. D. Wallwiener), ² Forschungsinstitut für Frauengesundheit (Ärztliche Direktorin Prof. Dr. med. S. Brucker), ³ Stabstelle Sozialmedizin des Universitätsklinikums Tübingen (Leitender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. M. Bamberg)

