

hochschule für angewandte wissenschaften hamburg

Fachbereich Sozialpädagogik

Studiengang Pflege

**Die lebensweltorientierte Beratung pflegebedürftiger älterer Menschen  
und ihrer Angehörigen – Aufgabe und Herausforderung für  
professionelle Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste -**

Diplomarbeit

**Tag der Abgabe:** 24. September 2005

**Vorgelegt von:** Brigitte Thurow  
Matrikelnummer 1548283  
Klosterhagen 22 b  
21029 Hamburg

**Betreuender Prüfender:** Prof. Dr. Peter Stratmeyer  
**zweiter Prüfer:** Prof. Dr. Wolfgang Schütte

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>III</b>
<b>Einleitung</b>	<b>01</b>
<b>1 Gesetzliche Rahmenbedingungen und Situation der ambulanten pflegerischen Versorgung älterer Menschen</b>	<b>04</b>
1.1 Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen und Leistungen der ambulanten Pflege und Versorgung	04
1.1.1 Pflegeversicherung	05
1.1.1.1 Begriff der Pflegebedürftigkeit, Zielsetzungen und Leistungskatalog des SGB XI	05
1.1.1.2 Wahloptionen und Zuschusslogik der Pflegeversicherung	07
1.1.2 Leistungen der Krankenversicherung und der Sozialhilfe bei Pflegebedürftigkeit	09
1.2 Empirische Daten und Befunde zur ambulanten pflegerischen Versorgung	10
1.2.1 Zusammensetzung häuslicher Pflegearrangements und Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen	11
1.2.2 Situation und Angebot ambulanter Pflegedienste	13
<b>2 Pflegebedürftigkeit im Kontext der Lebenswelt älterer Menschen</b>	<b>15</b>
2.1 Konzept der Lebenswelt	15
2.1.1 Begriff der Lebenswelt	16
2.1.2 Konstruktion von Lebenswelten	16
2.1.3 Individualität und Grenzen von Lebenswelten	17
2.2 Aspekte der Lebenswelt pflegebedürftiger älterer Menschen	18
2.2.1 Gesundheit als ein Aspekt der Lebenswelt älterer Menschen	19
2.2.1.1 Merkmale der Gesundheit älterer Menschen	19
2.2.1.2 Bedeutung subjektiver Gesundheitseinschätzungen	22
2.2.2 Die Wohnung als Mittelpunkt alltäglicher Lebensvollzüge	23
2.2.3 Soziale Beziehungen	25
2.2.3.1 Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung älterer Menschen	26
2.2.3.2 Bedeutung informeller Unterstützungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit	28
2.2.3.3 Belastungen pflegender Angehöriger	29

	<b>Seite</b>
<b>3 Professionelle Pflege und informelle Pflege</b>	<b>32</b>
3.1 Merkmale informeller Pflege	32
3.2 Merkmale professioneller Pflege	35
3.3 Barrieren der Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen	39
3.4 Konflikte und Kooperationsbarrieren in informell-formell gemischten Pflegearrangements	41
<b>4 Beratung im Kontext der Lebenswelt pflegebedürftiger älterer Menschen</b>	<b>44</b>
4.1 Sozialrechtliche Rahmenbedingungen der Beratung	45
4.2 Definitionen von Beratung	48
4.3 Ziele und Schwerpunkte der Beratung pflegebedürftiger älterer Menschen und ihrer Pflegepersonen	50
4.4 Beratung als Aufgabenbereich professioneller Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste	54
4.5 Stellenwert und Qualität von Beratung in der Pflegepraxis	57
4.6 Die Erstberatung in informell-formell gemischten Pflegearrangements	60
4.6.1 Erhebung und Vermittlung von Informationen im Erstberatungsgespräch	62
4.6.2 Die lebensweltorientierte Problemanalyse als Ausgangspunkt von Beratung	65
4.6.3 Haltung und Gesprächsverhalten des Beraters	67
4.6.4 Beratungsverlauf	69
4.6.4.1 Erstkontakt und Vorbereitungsphase	69
4.6.4.2 Erstberatungsgespräch	70
4.6.4.3 Nachbereitungsphase	73
4.6.5 Kompetenzen zur Pflegeberatung	74
<b>5 Schlussbetrachtung</b>	<b>76</b>
5.1 Zusammenfassung	76
5.2 Reflexion der Ergebnisse	79
5.3 Ausblick	81
<b>Quellenverzeichnis</b>	<b>83</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung</b>	<b>91</b>

## Abkürzungsverzeichnis

<b>AltPflG</b>	Altenpflegegesetz
<b>BGBI</b>	Bundesgesetzblatt
<b>BRI</b>	Begutachtungs-Richtlinien
<b>BMFSFJ</b>	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
<b>DGGG</b>	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie
<b>DZA</b>	Deutsches Zentrum für Altersfragen
<b>KrPflG</b>	Krankenpflegegesetz
<b>MDK</b>	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
<b>PfIRi</b>	Pflegebedürftigkeits-Richtlinien
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch
<b>SBG I</b>	Sozialgesetzbuch - Erstes Buch – Allgemeiner Teil -
<b>SGB V</b>	Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung -
<b>SGB XI</b>	Sozialgesetzbuch – Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung -
<b>SGB XII</b>	Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch – Sozialhilfe -

## Einleitung

Aufgrund der Tendenz zur Dezentralisierung und Deinstitutionalisierung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wird der ambulante Sektor zunehmend ein wichtiges Handlungsfeld professioneller Pflege. Für die Berufsgruppe der Pflegenden bedeutet dies nicht nur eine Schwerpunktverlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich, sondern auch veränderte arbeitsinhaltliche Aufgaben und Anforderungen. Die Rahmenbedingungen, unter denen professionelle Pflege im ambulanten Bereich erbracht wird, unterscheiden sich von den Arbeitsbedingungen der stationären Pflege im Akut- und Langzeitpflegesektor. Zu den wesentlichen Unterschieden gehören u.a. die Arbeit in der Privatsphäre der zu Pflegenden, die Notwendigkeit der kooperativen Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen und anderen informellen Helfern sowie die Überschneidung der Aufgaben von Pflegefachkräften mit Aufgaben pflegender „Laien“ und die daraus resultierenden Probleme bei der Zielbestimmung für die professionelle ambulante Pflege.

Im Rahmen der häuslichen Pflege wird ein Großteil der erforderlichen Pflege- und Versorgungsleistungen von Angehörigen oder anderen ehrenamtlichen Helfern<sup>1</sup> erbracht. Die Pflege, die nichtberuflich durch nahestehende Bezugspersonen geleistet wird, ist eine große gesellschaftliche Ressource, die weder in ihrer sozialen und emotionalen Bedeutung noch hinsichtlich ihrer Finanzierung durch professionelle Pflege ersetzt werden kann. Aufgabe der professionellen ambulanten Pflege ist es daher primär, bestehende Ressourcen häuslicher Pflegearrangements zu erhalten, zu fördern und nur da, wo diese fehlen, gezielt zu kompensieren und so weit wie möglich wiederherzustellen. Wesentliche Aufgaben für professionelle Pflegekräfte ergeben sich in diesem Zusammenhang u.a. im Bereich der Beratung und Begleitung von Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen.

Professionelle Pflege hat zur Zeit die Chance, sich im wachsenden Umfeld pflegender „Laien“, aber auch gegenüber anderen Berufsgruppen, durch die Wahrnehmung von Beratungsaufgaben und ein pflegespezifisches Beratungsprofil kompetent zu positionieren. Professioneller Pflege werden sozialrechtlich, vor allem durch das Leistungsrecht der Pflegeversicherung und begleitende Rahmenvereinbarungen, explizit oder implizit pflegefachliche Beratungskompetenzen zugeordnet. Ambulanten Pflegediensten, insbesondere den verantwortlichen Pflegefachkräften, werden diesbezüglich eigenständige Beratungsaufgaben übertragen. Eine umfassende Beratung durch ambulante Pflegedienste ist darüber hinaus grundlegende Voraussetzung, um sowohl pflegefachlich wie aus

---

<sup>1</sup> In der vorliegenden Arbeit wird bei Personen - allein aus Gründen der besseren Lesbarkeit - die männliche Form verwendet. Diese gilt stets für beide Geschlechter gleichermaßen.

der Betroffenenperspektive bedarfsgerechte und zufriedenstellende Pflegearrangements<sup>2</sup> auszuhandeln und den sich verändernden Bedingungen immer wieder neu anzupassen.

Im Rahmen dieser Arbeit soll, orientiert am Konzept der Lebenswelt, eine theoretische Auseinandersetzung mit der spezifischen Situation häuslich gepflegter älterer Menschen und dem sich daraus für sie und ihre pflegenden Angehörigen ergebenden Bedarf an beratender Unterstützung erfolgen. Ziel dieser Arbeit ist es, zu entwickeln, welche Aufgaben und Anforderungen sich in diesem Zusammenhang für professionelle Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste ergeben. Im Vordergrund dieser Arbeit steht dabei die inhaltliche und interaktive Gestaltung des bei Inanspruchnahme professioneller Pflegeunterstützung erfolgenden Erstberatungsgesprächs.<sup>3</sup> Hierfür sollen exemplarisch Anforderungen an eine den Zielsetzungen professioneller ambulanter Pflegearbeit entsprechende, lebensweltorientierte Pflegeberatung erläutert und ein konzeptioneller Rahmen zur Gestaltung des Beratungsprozesses entwickelt werden.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in fünf Kapitel:

Im **ersten Kapitel** wird zunächst ein Einblick in die für pflegebedürftige Menschen relevanten sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen, Leistungen und Zielsetzungen, insbesondere der Pflegeversicherung, gegeben. Leistungen und Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialhilfe werden kurz erläutert. Nachfolgend sollen Daten und Befunde zur Zusammensetzung häuslicher Pflegearrangements, zur Inanspruchnahme professioneller Pflegeunterstützung und zur Situation ambulanter Pflegedienste einen ersten Eindruck von der ambulanten pflegerischen Versorgung älterer Menschen vermitteln. Damit sollen der formelle Rahmen und die gesellschaftliche Relevanz der häuslichen Pflege und Versorgung herausgearbeitet werden, aus denen sich letztendlich auch Zielsetzungen und Anforderungen der Beratung privater Pflegehaushalte ergeben.

Die individuelle Situation älterer Menschen und ihrer privaten Pflegepersonen wird durch eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren determiniert, die sich wechselseitig beeinflussen. Die daraus resultierenden komplexen Problemlagen können von Außenstehenden nicht allein durch eine sachlich rationale Analyse anhand „objektiver“ Merkmale analysiert werden. Um dies zu erläutern, erfolgt im **zweiten Kapitel** eine Einführung in das Konzept der „Lebenswelt“, welches den grundlegenden theoretischen Bezugsrahmen dieser Arbeit bildet. Im Anschluss daran werden exemplarisch ausgewählte, zentrale Aspekte der Lebenswelt pflegebedürftiger älterer Menschen beschrieben.

---

<sup>2</sup> „Ein Pflegearrangement ist die auf die Versorgungsbedürfnisse einer Person abgestellte Kombination von Pflegeleistungen und Helfern“ (Blinkert/Klie 1999:20).

<sup>3</sup> Als Erstberatungsgespräch wird im Rahmen dieser Arbeit der die professionelle Pflege einleitende und vorbereitende Erstbesuch bezeichnet, der durch eine Pflegekraft des gewählten ambulanten Pflegedienstes erfolgt, wenn private Pflegehaushalte professionelle Pflegeunterstützung in Anspruch nehmen.

Im **dritten Kapitel** werden zunächst Merkmale und Bedeutung informeller<sup>4</sup> und professioneller Pflege in ihren wesentlichen Unterschieden dargestellt. Daraus werden Barrieren der Inanspruchnahme professioneller Pflegeunterstützung sowie Schwierigkeiten der kooperativen Zusammenarbeit zwischen professionellen und privaten Helfern abgeleitet, die das Interaktionsgeschehen maßgeblich beeinflussen.

Zu Beginn des **vierten Kapitels** werden sozialrechtliche Regelungen der Beratung pflegebedürftiger älterer Menschen und das der Arbeit zugrundeliegende Beratungsverständnis erläutert. Ferner werden die verschiedenen Funktionen und Schwerpunkte von Pflegeberatung, orientiert an den Ausführungen zur Lebenswelt, im Überblick dargestellt. Die Rolle und die möglichen Aufgaben professioneller Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste in Bezug auf die Beratung privater Pflegehaushalte werden aufgezeigt. Nachfolgend wird kurz beschrieben, inwieweit Aufgaben der Pflegeberatung derzeit zum beruflichen Selbstverständnis von Pflegekräften gehören und im Handlungsfeld der ambulanten Pflege praktisch umgesetzt werden. Im Anschluss werden Anforderungen an eine lebensweltorientierte Pflegeberatung am Beispiel des Erstberatungsgesprächs näher beschrieben. Es soll primär entwickelt werden, wie Beratungsprozesse und Beratungsbeziehungen von Seiten professioneller Pflegekräfte gestaltet werden müssten, um Barrieren bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfe entgegenzuwirken und die Ressourcen aller an einer Pflegesituation beteiligten Akteure in einem gemeinsamen Pflegearrangement optimal zu verknüpfen. Abschließend wird kurz auf die zur Pflegeberatung erforderlichen Kompetenzen des Beraters eingegangen.

Im **fünften Kapitel** erfolgt eine Schlussbetrachtung, in der die Ergebnisse der Arbeit zusammengefasst und reflektiert werden. Abschließend werden in einem Ausblick Möglichkeiten aufgezeigt, wie das bearbeitete Thema im Rahmen einer empirischen Untersuchung weiter vertieft werden könnte.

---

<sup>4</sup> Unter informeller Pflege wird im Rahmen dieser Arbeit die nichtberuflich geleistete Pflege durch Angehörige oder andere ehrenamtliche Helfer verstanden.

# **1 Gesetzliche Rahmenbedingungen und Situation der ambulanten pflegerischen Versorgung älterer Menschen**

Die Möglichkeiten älterer Menschen, trotz Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in ihrer gewohnten Umgebung ein weitgehend selbständiges Leben zu führen, werden u.a. durch sozialrechtliche Rahmenbedingungen determiniert. Sozialrechtliche Rahmenbedingungen beeinflussen Finanzierungsmöglichkeiten, Versorgungsstrukturen und Anforderungen der Leistungserbringung im Bereich der ambulanten Pflege und Versorgung. Sie bestimmen damit auch - neben anderen Faktoren - Orientierungen und Handlungsspielräume von ambulanten Pflegediensten und ihren Mitarbeitern sowie von Pflegebedürftigen und ihren privaten Pflege- und Bezugspersonen. Dieses Kapitel soll zunächst bestimmte Begrifflichkeiten erläutern und einen Einblick in den Bereich der ambulanten Pflege und Versorgung geben. Zu Beginn des Kapitels werden sozialrechtliche Finanzierungs- und Gestaltungsmöglichkeiten der häuslichen Pflege und Versorgung skizziert. Dabei wird vorrangig auf Zielsetzungen, Anspruchsgrundlagen und Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung eingegangen. Im Anschluss daran werden Daten und Befunde zur Zusammensetzung häuslicher Pflegearrangements, zur Inanspruchnahme professioneller Pflegeunterstützung und zur Situation ambulanter Pflegedienste vorgestellt.

## **1.1 Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen und Leistungen der ambulanten Pflege und Versorgung**

Steigende Lebenserwartung, erhöhte Multimorbidität, die Zunahme von chronischen Erkrankungen sowie veränderte Familienstrukturen und gesellschaftliche Bedingungen lassen für die Zukunft einen wachsenden Bedarf an Pflegeleistungen erwarten. Dabei stoßen konventionelle Versorgungsformen eines überwiegend kurativ und akutmedizinisch orientierten Gesundheitssystems schon jetzt zunehmend an ihre Grenzen. Vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen des Sozialstaats erfolgten als Antwort auf diese Entwicklungen in den letzten Jahren zahlreiche Reformen und Veränderungen des Gesundheits- und Sozialsystems mit Präferenz der ambulanten Leistungserbringung. Ziel war und ist es vor allem, die Kosten stationärer Kranken- und Pflegeversorgung zu reduzieren und durch Förderung von Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der Versicherten sowie durch die Übertragung marktwirtschaftlicher Prinzipien auf das Gesundheits- und Sozialwesen weitere Einsparpotentiale zu erschließen.

Gesundheitspolitische Grundsätze wie „Ambulant vor Stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ finden ihren Niederschlag in der Sozialgesetzgebung und entsprechen auch dem Wunsch vieler



hilfs- und pflegebedürftiger Menschen, so lange wie möglich in der häuslichen Umgebung ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben zu führen (vgl. Robert Bosch Stiftung 2000). Ältere Menschen, die in der Häuslichkeit pflegerische Hilfe und Unterstützung benötigen, haben, sofern bestimmte Mindestvoraussetzungen erfüllt sind, Anspruch auf Leistungen unterschiedlicher Systeme sozialer Sicherung, die jeweils für bestimmte leistungsauslösende Risikosituationen zuständig sind. Diese Systeme unterliegen jeweils eigenen gesetzlichen Regelungen und finanzieren lediglich bestimmte Anteile der erforderlichen Pflege- und Versorgungsleistungen.

### **1.1.1 Pflegeversicherung**

Die Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 führte zu weitreichenden Veränderungen der Finanzierungsgrundlagen und des Leistungsgeschehens in der ambulanten Versorgung von Pflegebedürftigen. Die Pflegeversicherung sichert das „Risiko“ der Pflegebedürftigkeit - nicht umfassend aber zum Teil - finanziell ab. Sie fördert und unterstützt die Selbsthilfe pflegebedürftiger Menschen durch familiäre, partner- oder nachbarschaftliche Unterstützung und eröffnet Wahlmöglichkeiten für die konkrete Ausgestaltung von Pflegearrangements (vgl. Klie 1999a:12 ff.). Die Pflegeversicherung ist im 11. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI)<sup>5</sup> geregelt und knüpft in vielen Bereichen an das Krankenversicherungsrecht an. Versicherungspflichtig sind alle gesetzlich oder privat Krankenversicherte. Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, welche organisatorisch den Krankenkassen unterstellt sind (vgl. Griep/Renn 2000:105).

#### **1.1.1.1 Begriff der Pflegebedürftigkeit, Zielsetzungen und Leistungskatalog des SGB XI**

Leistungen der Pflegeversicherung werden, von Einkommen und Vermögen unabhängig, auf Antrag gewährt, wenn der Antragsteller auf Grundlage eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) als mindestens erheblich pflegebedürftig im Sinne des SGB XI eingestuft wird. Begriff und Kriterien der Pflegebedürftigkeit werden in den §§ 14, 15 SGB XI definiert und erläutert (vgl. BMFSFJ 2001a:105). Eine weitere Konkretisierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgt im Rahmen der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien (PflRi) und der Begutachtungs-Richtlinien (BRi), welche bundeseinheitlich die Grundlage für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit sind (vgl. Klie 1999a:19).

---

<sup>5</sup> Der Begriff Pflegeversicherung und die Abkürzung SGB XI werden im Rahmen dieser Arbeit häufig synonym verwendet.

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI „sind Personen, 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 mind. 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen“ (§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit werden gemäß § 15 SGB XI drei Pflegestufen unterschieden, die sich an Art, Häufigkeit und Umfang des Hilfebedarfs des einzelnen Pflegebedürftigen orientieren. Maßgeblich für eine Eingruppierung ist jedoch nur der Hilfebedarf für bestimmte, vom Gesetzgeber in § 14 Abs. 4 SGB XI als gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen definierte Tätigkeiten aus den Bereichen der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung (vgl. §§ 14, 15 SGB XI).

Leistungen der Pflegeversicherung haben das zentrale Ziel, die Selbstbestimmung und Selbständigkeit pflegebedürftiger Menschen zu fördern. Hilfeleistungen sind so zu gestalten, dass die Fähigkeiten pflegeabhängiger Menschen soweit wie möglich erhalten oder wiederhergestellt werden (vgl. § 2 SGB XI, Klie 1999a:15)<sup>6</sup>. Pflegebedürftigkeit wird im Rahmen des Gesetzes nicht als statischer Zustand, sondern als eine problematische, sich verändernde Lebenssituation begriffen, die durch präventive, therapeutische oder rehabilitative Interventionen und aktivierende Pflege<sup>7</sup> positiv beeinflusst werden kann (vgl. PflRi Punkt 2; Klie 1999a:12, 15). Grundsätzlich gilt nach § 5 SGB XI der Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder nach ihrem Eintritt positiv zu beeinflussen (vgl. § 5 SGB XI). Leistungen der Pflegeversicherung sollen primär die Pflege und Betreuung von Menschen in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung ermöglichen und die Pflegebereitschaft von Angehörigen bzw. anderen nichtberuflichen Helfern fördern. Leistungen der häuslichen Pflege werden daher vorrangig gewährt (vgl. § 3 SGB XI).

---

<sup>6</sup> In Zusammenhang mit den Erläuterungen zum Begriff der Pflegebedürftigkeit werden die Methoden der Hilfe beschrieben. Diese bestehen „in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen“ (§ 14 Abs. 3 SGB XI).

<sup>7</sup> In den Begutachtungs-Richtlinien (BRi) vom 21. März 1997 heißt es unter 5.0 III. 5 (Hilfebedarf und Aktivierende Pflege): „Unter der aktivierenden Pflege ist eine Pflegepraxis zu verstehen, die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit des Patienten fördert. Diese berücksichtigt ständig die Ressourcen des Patienten, so daß dieser unter Beaufsichtigung bzw. Anleitung selbst aktiv sein kann. Sie hat die Erhaltung bzw. Wiedergewinnung der Selbständigkeit des zu pflegenden Menschen im Rahmen des medizinisch und pflegerisch Notwendigen zum Ziel. Aktivierende Pflege setzt eine bestimmte Geisteshaltung der Pflegenden voraus, nämlich die Abkehr vom Bild des passiven, zu verwahrenden pflegebedürftigen Menschen. Sie hat eine nachvollziehbare Pflegedokumentation und –planung zur Voraussetzung.“

Der Leistungskatalog der Pflegeversicherung umfasst bei häuslicher Pflege ausschließliche Pflegesachleistungen<sup>8</sup> („häusliche Pflegehilfe“), Geldleistungen („Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen“) oder eine Kombination von Geld- und Sachleistung („Kombinationsleistung“). Ergänzend werden Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson<sup>9</sup> sowie Pflegehilfsmittel, technische Hilfen und Zuschüsse zu Maßnahmen der Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewährt (vgl. §§ 36-40 SGB XI). Kann die häusliche Pflege nicht oder nicht im erforderlichen Umfang gewährleistet werden, besteht die Möglichkeit, Leistungen der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege und der vollstationären Pflege in Anspruch zu nehmen (vgl. §§ 41, 43 ff. SGB XI). Um die private häusliche Pflege durch Angehörige oder andere informelle Helfer<sup>10</sup> zu unterstützen und zu fördern, sieht das SGB XI darüber hinaus auch Leistungen zur sozialen Sicherung<sup>11</sup> und Kompetenzerweiterung (z.B. Leistungen der Renten- und Unfallversicherung, Pflegekurse) der Pflegepersonen vor (vgl. Klie 1999a:25; § 37 Abs. 3, §§ 44, 45 SGB XI).

### 1.1.1.2 Wahloptionen und Zuschusslogik der Pflegeversicherung

Das SGB XI eröffnet den Pflegebedürftigen Gestaltungs- und Entscheidungsspielräume, um ihre Pflege innerhalb bestimmter Grenzen selbst zu gestalten (vgl. Schmidt 1999:38). Wahlrechte bestehen in Bezug auf verschiedene Einrichtungen und Dienste, mit denen die Pflegekassen einen Versorgungsauftrag abgeschlossen haben und, wenn auch in engen Grenzen, hinsichtlich der Versorgungsform (ambulante, teil- oder vollstationäre Pflege) - (vgl. Griep/Renn 2000:118-119). Im Rahmen der ambulanten Pflege nach dem SGB XI haben Versicherte, wie unter Punkt 1.1.1.1 bereits angeführt, grundsätzlich die Wahl zwischen der ausschließlichen Sachleistung, dem Pflegegeld oder der Kombinationsleistung. Bei Wahl der Sachleistung obliegt es der Entscheidung des Pflegebedürftigen, welche konkreten Hilfen der ambulanten Dienste im Rahmen des anerkannten Hilfebedarfs in Anspruch genommen werden, wie Hilfen auf Pflegeeinsätze verteilt werden und wann diese erfolgen sollen (vgl. Griep/Renn 2000: 147-148). Alternativ zur Sachleistung kann vom Pflegebedürftigen ein Pflegegeld beantragt werden. Das Pflegegeld beträgt in Pflegestufe I etwas

---

<sup>8</sup> Aufgrund unterschiedlicher Verantwortlichkeiten und Finanzierungsquellen ergibt sich die Notwendigkeit, ambulante Pflege- und Versorgungsleistungen so aufzuteilen, dass sie den jeweils zuständigen Leistungsträgern zuzuordnen sind. Sozialrechtlich wird zwischen Grundpflege, Behandlungspflege und hauswirtschaftlicher Versorgung unterschieden. Je nach Leistungsträger sind mit den Begrifflichkeiten inhaltlich definierte Leistungskataloge oder -komplexe sowie unterschiedliche Qualifikationsanforderungen der Leistungserbringung verbunden (vgl. BMFSFJ 2001a:110). Im Rahmen der Pflegesachleistung des SGB XI werden Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung durch „geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsauftrag abgeschlossen hat, angestellt sind.“ Die Pflegesachleistung umfasst lediglich Hilfeleistungen bei den in § 14 SGB XI aufgeführten Verrichtungen (§ 36 SGB XI).

<sup>9</sup> Pflegepersonen im Sinne des SGB XI „sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen“ (§ 19 Satz 1 SGB XI).

<sup>10</sup> Informelle Helfer können neben den Angehörigen z.B. Freunde, Nachbarn oder andere nichtberufliche bzw. ehrenamtlich Pflegenden sein.

<sup>11</sup> Anspruch auf Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 SGB XI haben Pflegepersonen jedoch nur, wenn die erforderliche Pflege mindestens 14 Stunden wöchentlich beträgt (vgl. § 19 Satz 2 SGB XI).

mehr als die Hälfte, in Stufe II und III etwas weniger als die Hälfte des Gesamtgeldwerts der entsprechenden Sachleistung. Bedingung für den Bezug von Pflegegeld ist jedoch, dass hiermit die erforderliche Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise vom Versicherten selbst sichergestellt werden (vgl. § 37 Abs. 1 SGB XI). Eine diesbezügliche Stellungnahme muss bei Antrag auf Pflegegeld bereits im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK erfolgen (vgl. § 18 Abs. 6 Satz 2 SGB XI). Über die Verwendung des Pflegegeldes können die Pflegebedürftigen frei entscheiden (vgl. Griep/Renn 2000:154). Pflegesachleistung und Pflegegeld können auch kombiniert in Anspruch genommen werden. Dabei bleibt es der Entscheidung des Pflegebedürftigen überlassen, in welchem Verhältnis dies erfolgen soll (vgl. § 38 SGB XI). Pflegegeldempfänger sind jedoch verpflichtet, in festgelegten Intervallen Pflegeberatungseinsätze eines ambulante Pflegedienstes<sup>12</sup> abzurufen. Diese sollen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der Unterstützung und pflegfachlichen Beratung der häuslich Pflegenden dienen (vgl. § 37 Abs. 3 SGB XI).

Leistungen der Pflegeversicherung sollen die häusliche Pflege durch Angehörige, Nachbarn oder sonstige ehrenamtliche Helfer lediglich ergänzen bzw. Pflegebedürftige bei teil- und vollstationärer Pflege von pflegebedingten Aufwendungen entlasten (vgl. § 4 Abs. 2 SGB XI). Die Pflegeversicherung wurde daher von vornherein als Teilabsicherung konzipiert. Sie gewährleistet lediglich eine Grundsicherung auf einem in Gesetzen, Rechtsverordnungen und Richtlinien festgelegten Niveau und keine umfassende und bedarfsdeckende Pflege und Versorgung (vgl. Schmidt 1999:39; Klie 1999a:30). Die im SGB XI definierten Kriterien der Pflegebedürftigkeit sowie die Ausgestaltung des Leistungskataloges sind überwiegend defizitorientiert und bezogen auf bestimmte, in Gesetzen und Richtlinien detailliert beschriebene, körperliche Verrichtungen<sup>13</sup>. Leistungen werden, in Abhängigkeit von der jeweiligen Pflegestufe und der Versorgungsform gestaffelt, nur bis zu einem gesetzlich festgelegten monatlichen Gesamtbetrag gewährt. Die Pflegeversicherung berücksichtigt daher im Einzelfall häufig nicht alle pflegfachlich gebotenen oder aus Sicht der Betroffenen notwendigen Hilfebedarfe und Leistungen. Hilfebedarfe unterhalb der Pflegestufe I oder über den Leistungsrahmen der Pflegeversicherung hinaus zusätzlich benötigte oder individuell gewünschte Pflege- und Versorgungsleistungen müssen in eigener Verantwortung von den Betroffenen durch

---

<sup>12</sup> Ambulante Pflegedienste sind „selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen“ (§ 71 SGB XI).

<sup>13</sup> Hilfe- und Unterstützungsbedarfe aufgrund psychischer oder kognitiver Beeinträchtigungen oder im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen, Bedarfe an begleitender Beratung und Anleitung, sowie sozialkommunikative und präventive Bedarfe und Leistungen werden nur unzureichend berücksichtigt (vgl. BMFSFJ 2001a:107 ff.). Pflegebedürftigkeitsbegriff und Leistungskatalog des SGB XI stehen teilweise im Widerspruch zu den Zielsetzungen des SGB XI und einer kompetenzorientierten, primär an Selbständigkeit und Selbstbestimmung ausgerichteten, umfassenden Pflege. Entsprechende Fachdiskussionen sollen an dieser Stelle nicht aufgenommen werden. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff und die daran orientierte Ausgestaltung des Leistungskataloges des SGB XI dienen primär dazu, den Kreis der anspruchsberechtigten Versicherten angesichts begrenzter sozialstaatlicher Ressourcen einzugrenzen. Damit wird nicht festgelegt, was professionelle Pflege ist, oder leisten sollte (exemplarisch z. B. Enquête-Kommission 2005:29-44).

materielle oder immaterielle Ressourcen abgedeckt werden. Leistungen der ambulanten Pflege und Versorgung werden diesbezüglich nicht nur durch die gesetzliche Pflegeversicherung, sondern gegebenenfalls auch im Rahmen der Sozialhilfe und durch die Gesetzliche Krankenversicherung gewährt (vgl. Enquête-Kommission 2005:445-462)<sup>14</sup>. Entsprechende Möglichkeiten sollen nachfolgend kurz erläutert werden.

### **1.1.2 Leistungen der Krankenversicherung und der Sozialhilfe bei Pflegebedürftigkeit**

Reichen die privaten Mittel nicht aus, um die notwendige Pflege und Versorgung in vollem Umfang sicherzustellen, sind im Rahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII, bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen, bedarfsdeckend ergänzende Leistungen möglich. Das SGB XII (Sozialhilfe) sieht gemäß den §§ 61 bis 66 SGB XII „Hilfe zur Pflege“ vor. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff entspricht weitgehend dem des SGB XI. Es gelten die gleichen Kriterien und Verfahren der Begutachtung. Leistungsauslösend können jedoch auch andere als die in § 14 SGB XI aufgeführten Behinderungen und Verrichtungen sein. Nach § 61 Abs. 2 Satz 1 SGB XII umfasst die Hilfe zur Pflege: häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege. Inhalte der Leistungen richten sich nach den entsprechenden Regelungen der Pflegeversicherung für diese Leistungen. Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII kommt in Betracht, wenn notwendige Pflege- und Versorgungsleistungen nicht durch die Pflegekassen bzw. andere Sozialversicherungsträger oder den Einsatz privater Ressourcen der Betroffenen finanziert bzw. abgedeckt werden können. Leistungen werden in Abhängigkeit von Einkommen und Vermögen gewährt, wenn Pflegebedürftige z.B. nicht pflegeversichert sind, ein Hilfebedarf unterhalb der Schwelle der erheblichen Pflegebedürftigkeit („Pflegestufe 0“) besteht oder Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, um den Hilfebedarf quantitativ oder qualitativ abzudecken (vgl. §§ 61 ff. SGB XII). Neben Leistungen der Hilfe zur Pflege sind nach § 70 SGB XII Hilfen zur Weiterführung des Haushalts vorgesehen, wenn keiner der Haushaltsangehörigen den Haushalt weiterführen kann und dadurch eine stationäre Versorgung vermieden oder aufgeschoben werden kann. Hilfeleistungen werden in der Regel nur vorübergehend gewährt und sind nachrangig gegenüber entsprechenden Hilfeleistungen anderer Sozialleistungsträger (vgl. § 70 SGB XII).

---

<sup>14</sup> Darüber hinaus kommen auch Leistungsansprüche gegenüber der Unfallversicherung, der Versorgungsverwaltung nach dem sozialen Entschädigungsrecht, Ansprüche im Rahmen des Lastenausgleichsgesetzes für Beamte nach dem Beihilferecht und Leistungen in Bezug auf das Einkommenssteuerrecht in Betracht. Auch im Rahmen der Landespflegegesetze können über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehende Leistungsansprüche formuliert sein. Insgesamt sind diese Ansprüche jedoch in der Praxis von vergleichsweise geringer Bedeutung (vgl. Klie 1999a:14-15).

Im Rahmen der Behandlung einer Krankheit gewährt die gesetzliche Krankenversicherung auf ärztliche Anordnung Leistungen der „häuslichen Krankenpflege“ nach § 37 SGB V, sofern diese zur Vermeidung oder Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes oder zur Sicherstellung des Ziels der ärztlichen Heilbehandlung notwendig sind und eine im Haushalt lebende Person den kranken Menschen nicht im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann<sup>15</sup>. Die Leistungen der „Krankenhausvermeidungspflege“ (§ 37 Abs. 1 SGB V) umfassen die im speziellen Fall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung und werden zeitlich begrenzt, vorrangig vor Leistungen der Pflegeversicherung gewährt. Leistungen der „Sicherungspflege“ (§ 37 Abs.2 SGB V) werden zeitlich unbegrenzt neben den Leistungen der Pflegeversicherung finanziert. Sie umfassen jedoch lediglich die im Einzelfall erforderliche Behandlungspflege, sofern in den Satzungen der Krankenkassen nicht weitere Leistungen vorgesehen sind (vgl. § 37 SGB V). Weiterhin bestehen Ansprüche gegenüber den Krankenkassen auf Leistungen zur Rehabilitation, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. positiv zu beeinflussen (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie) und auf Hilfsmittel nach § 33 SGB V, die neben den unter § 40 SGB XI aufgeführten Hilfsmitteln zu gewähren sind (vgl. Klie 1999b:32 ff.).

## 1.2. Empirische Daten und Befunde zur ambulanten pflegerischen Versorgung

Aufgrund demographischer Entwicklungen verschiebt sich der Altersaufbau der Bevölkerung in Richtung des höheren Lebensalters. Dabei steigt insbesondere der Anteil der Hochaltrigen (80 Jahre und älter) überproportional an (vgl. BMFSFJ 2002:55). Das Risiko der Pflegebedürftigkeit steigt mit zunehmendem Alter und beträgt nach dem Erreichen des 80. Lebensjahrs ca. 32% (vgl. BMFSFJ 2002:99). Ende des Jahres 2003 waren laut dem Statistischen Bundesamt 2,08 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Davon war der überwiegende Anteil (81%) 65 Jahre alt oder älter, 32% der Pflegebedürftigen hatten ein Alter von 85 Jahren oder mehr. Die Mehrheit (68%) der Pflegebedürftigen waren Frauen. Insgesamt wurden 69,2% der Pflegebedürftigen in der privaten Häuslichkeit gepflegt und versorgt (vgl. Statistisches Bundesamt 2005)<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Dies steht im Widerspruch zu den Rahmenverträgen zwischen Krankenkassen und Pflegediensten nach § 132a SGB V, welche größtenteils die Durchführung der Behandlungspflege durch Pflegefachkräfte vorschreiben. Denn selbst wenn Haushalt des Versicherten eine Pflegeperson zur Verfügung steht, ist es fraglich, inwieweit diese - auch nach entsprechender Anleitung - im Einzelfall tatsächlich fähig ist, bestimmte Maßnahmen der Behandlungspflege fachkundig durchzuführen (vgl. Griep/ Renn 2000: 75-76).

<sup>16</sup> Ende des Jahres 2003 gehörten 90% der ambulant versorgten Pflegebedürftigen der Pflegestufe I und II an. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Stufe III war bei den stationär versorgten Pflegebedürftigen mit 21% deutlich höher als im Bereich der ambulanten Versorgung, wo lediglich 10% der Pflegebedürftigen als schwerstpflegebedürftig im Sinne des SGB XI eingestuft waren (vgl. Statistisches Bundesamt 2005).

### **1.2.1 Zusammensetzung häuslicher Pflegearrangements und Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen**

Die häusliche Pflege und Versorgung älterer Menschen erfolgt in der Regel hauptsächlich durch private Pflegepersonen, primär Familienangehörige, seltener durch Freunde oder Nachbarn (vgl. Enquête-Kommission 2005:103-104). Fast alle Pflegebedürftigen in Privathaushalten verfügen über mindestens eine private Pflegeperson. Darüber hinaus haben mehr als zwei Drittel der häuslich Gepflegten weitere Helfer, die informelle Pflege- und Unterstützungsleistungen erbringen. Im Durchschnitt sind zwei bis drei private Pflegepersonen in die häusliche Pflege einbezogen. Lediglich 4% der Pflegebedürftigen haben keine private Pflegeperson. Dabei sind es mit 80% vor allem Frauen, meist die (Ehe-)Partnerin, Mutter, Tochter, aber auch Schwiegertochter, welche die Pflege und Versorgung hauptverantwortlich übernehmen. Ungefähr die Hälfte der Hauptpflegepersonen ist 40 bis 64 Jahre alt. Etwa ein Drittel ist 65-jährig und älter und gehört meist der gleichen Generation wie die zu pflegende Person an. Lediglich 15% der Pflegepersonen sind jünger als 40 Jahre (vgl. Schneekloth/Müller 2000: 51 ff.). Ältere Menschen werden in der Regel zunächst durch den (Ehe-)partner gepflegt. Mit zunehmendem Alter der Pflegeperson verlagert sich die Pflege mehr und mehr auf die Kinder (vgl. BMFSFJ 2002:196).

Bei der im Rahmen der Pflegeversicherung geschaffenen Wahlmöglichkeit zwischen Geld-, Sach- oder Kombinationsleistungen entscheiden sich die Pflegebedürftigen in Privathaushalten überwiegend für die Beantragung der Geldleistung (vgl. BMFSFJ 2002:252). Das Pflegegeld wird größtenteils verwendet, um Hilfeleistungen informeller Pflegepersonen zu honorieren und um die alltäglichen Haushaltskosten zu bestreiten (vgl. Blinkert/Klie 1999:199; Schneekloth/Müller 2000:75). Im Dezember 2003 bezogen rund 69% der häuslich Gepflegten die ausschließliche Pflegegeldleistung. Nur etwa 31% der Pflegebedürftigen wurden im Rahmen der Kombinations- oder Sachleistung teilweise oder vollständig durch ambulante Pflegedienste in der Häuslichkeit versorgt (vgl. Statistisches Bundesamt 2005)<sup>17</sup>. Auch ist die Bereitschaft, über den Leistungsrahmen der Pflegeversicherung hinaus zusätzliche Pflegeleistungen durch ambulante Pflegedienste privat zu finanzieren, eher gering ausgeprägt. Dies gilt selbst dann, wenn Privathaushalte über entsprechende finanzielle Ressourcen verfügen (vgl. Blinkert/Klie 1999:211; Schneekloth/Müller 2000:75 ff., 107; Schmidt 2002:200).

---

<sup>17</sup> Bezogen auf die Gesamtzahl der Leistungsempfänger nach SGB XI bezogen 47,5% der Pflegebedürftigen die ausschließliche Pflegegeldleistung, 21,7% wurden im Rahmen der Sach- oder Kombinationsleistung ganz oder teilweise durch ambulante Pflegedienste gepflegt, 30,8% der Pflegebedürftigen wurden in stationären Pflegeeinrichtungen gepflegt und betreut (vgl. Statistisches Bundesamt 2005).

Der hohe Anteil von Pflegebedürftigen, die sich für Pflegegeldleistungen der Pflegeversicherung entscheiden und die geringe Bereitschaft, private Zuzahlungen für eine bedarfsangemessene Pflege- und Versorgung zu leisten, spricht dafür, dass die Akzeptanz professioneller Pflegeleistungen im Rahmen der häuslichen Pflege eher gering ausgeprägt ist und finanzielle Entlastungsmöglichkeiten bevorzugt werden. Der überwiegende Anteil privater Pflegehaushalte hat lediglich in Begutachtungssituationen durch den MDK und im Rahmen der verpflichtend vorgeschriebenen Pflegeberatungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI Kontakt mit dem formellen ambulanten Pflegesystem (vgl. Jansen 1999:621). Der Bedarf an Unterstützung durch ambulante Pflegedienste steigt mit zunehmender Schwere der Pflegebedürftigkeit (bzw. Umfang der zu erbringenden Hilfen) und dem Grad der Instabilität des informellen Unterstützungsnetzwerkes<sup>18</sup> (vgl. Gräbel 1998a:52; Blinkert/Klie 1999: 196). Im Vergleich zu pflegenden Frauen übernehmen Männer seltener direkte Pflegetätigkeiten und zeigen tendenziell eine höhere Bereitschaft zur Inanspruchnahme von professionellen Pflegeleistungen (vgl. Jansen 1999:624; Blinkert/Klie 1999:136).

Die Entscheidungen für ein bestimmtes Pflegearrangement sind relativ stabil. Die überwiegende Mehrheit privater Pflegehaushalte zieht trotz teilweise hoher Belastungen<sup>19</sup> keinerlei Änderung einmal gewählter Pflegearrangements - bzw. einen Wechsel der Leistungsart - in Betracht (vgl. Schneekloth/Müller 2000: 65ff; Evers 1997:512). Obwohl in den vergangenen Jahren tendenziell mehr Sach- und Kombinationsleistungen in Anspruch genommen wurden, hat sich das Verhältnis von Geld- zu Sachleistungsempfängern der Pflegeversicherung grundsätzlich nicht wesentlich verändert (vgl. Schneekloth/Müller 2000: 21 ff.; BMFSFJ 2002:252). Demographische Entwicklung, Wertewandel, steigende Frauenerwerbstätigkeit sowie zunehmende Individualisierung und Pluralisierung von Lebensformen und Lebensstilen haben bislang noch zu keiner Abnahme informeller Pflegepotentiale geführt. Ob und in welchem Umfang zukünftig weiterhin informelle Pflegepotentiale zur Verfügung stehen, wird kontrovers diskutiert. Die Demographische Entwicklung und gesellschaftliche Veränderungen lassen jedoch erwarten, dass professionelle Pflegeleistungen zunehmend an Bedeutung gewinnen werden (vgl. Robert Koch Institut 2004:45 ff.; BMFSFJ 2002:193 ff.; Blinkert/Klie 1999:87 ff.). Mittelfristig deutet jedoch noch wenig auf einen deutlichen Strukturwandel häuslicher Pflegearrangements hin (vgl. Schneekloth/Müller 2000:66).

---

<sup>18</sup> Informelle Unterstützungsnetzwerke pflegebedürftiger älterer Menschen „bestehen aus anderen, die im Falle einer vorübergehenden oder dauerhaften Notsituation zur privaten also nicht beruflich organisierten Hilfe bereit und fähig sind“ (Blinkert/Klie 1999:82).

<sup>19</sup> Auf z.B. körperliche und psychosoziale Belastungen, mit denen die häusliche Pflege - insbesondere für die Hauptpflegeperson - verbunden sein kann, wird im zweiten Kapitel dieser Arbeit noch ausführlich eingegangen.



### 1.2.2 Situation und Angebot ambulanter Pflegedienste

Das SGB XI verzichtet auf eine Regulierung des Angebotes an professionellen Pflegeanbietern im Rahmen einer Bedarfsplanung. Unabhängig vom Bedarf und auch bedarfsüberschreitend haben alle Anbieter professioneller Pflegeleistungen den Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags mit den Pflegekassen nach § 72 SGB XI, sofern sie bestimmte Mindestanforderungen nach § 71 SGB XI erfüllen und eine wirtschaftliche und qualitätsgesicherte pflegerische Versorgung gewährleisten können (vgl. BMFSFJ 2001b:19 ff.; § 72 SGB XI). Mit Einführung der Pflegeversicherung ist die Zahl der zugelassenen Leistungserbringer stark angestiegen. Dabei stieg insbesondere die Zahl der privaten Anbieter (vgl. BMFSFJ 2001a:108). Die ambulante pflegerische Infrastruktur zur Versorgung der pflegebedürftigen Bevölkerung kann quantitativ als ausreichend bezeichnet werden. Teilweise regional bestehende Überkapazitäten führen zu einem zunehmenden Konkurrenzdruck zwischen den Leistungserbringern (vgl. Schneekloth/Müller 2000:121; BMFSFJ 2001a:108 ff.).

Die Vergütung sozialstaatlich finanzierter professioneller Pflege- und Versorgungsleistungen ist gesetzlich reglementiert und ergibt sich nicht aufgrund marktwirtschaftlicher Steuerungsmechanismen<sup>20</sup>. In Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip werden im SGB XI „leistungsgerechte“ Vergütungen postuliert, welche jedoch nach wie vor gewährleisten müssen, dass Pflegedienste bei wirtschaftlicher Betriebsführung ihrem Versorgungsvertrag nachkommen können (vgl. BMFSFJ 2001b:21-25)<sup>21</sup>. Sinkende Einnahmen infolge einer Abnahme von im Rahmen des SGB V finanzierten Pflegeleistungen, das gesetzlich festgelegte, seit Einführung der Pflegeversicherung konstante Finanzierungsvolumen für Leistungen nach dem SGB XI und die mangelnde Bereitschaft der Versicherten, bedarfsdeckend zusätzliche Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen, stellt viele Pflegedienste vor wirtschaftliche Schwierigkeiten (vgl. Schmidt 2002:200). Die Wettbewerbssituation bereitet vor allem kleineren Anbietern zunehmend Probleme (vgl. BMFSFJ 2001a:108). Darüber hinaus bieten zunehmend nicht zugelassene Pflegeanbieter außerhalb des gesetzlich reglementierten „Pflegemarkts“ ihre Leistungen zu geringeren Preisen oder im Rahmen von Schwarzarbeit an (vgl. Enquête-Kommission 2005:290).

---

<sup>20</sup> Gemäß § 89 SGB XI werden Vergütungsvereinbarungen zwischen den Trägern der Pflegedienste und – einrichtungen, den Pflegekassen, weiteren Sozialversicherungsträgern und Trägern der Sozialhilfe nach einheitlichen Gesichtspunkten getroffen.

<sup>21</sup> Die Vergütung ambulant erbrachter Pflege- und Versorgungsleistungen nach dem SGB XI erfolgt größtenteils unabhängig vom Zeitaufwand nach Leistungskomplexen, deren Bewertung ein auf Landesebene meist einheitliches Punktwertsystem zu Grunde liegt (vgl. Schneekloth/Müller 2000: 117). Im Rahmen der Leistungskomplexe werden verschiedene Verrichtungen, die im Alltag pflegebedürftiger Menschen oder nach pflegefachlichen Standards meist miteinander in Verbindung stehen, zusammengefasst (vgl. Klie 1999b:67).

Die Hauptklientel ambulanter Pflegedienste bilden alte und hochbetagte Menschen, mehrheitlich Frauen. Häufig liegen multifunktionelle Beeinträchtigungen in Verbindung mit chronischen Erkrankungen vor, aus denen ein mehrschichtiger Pflege- und Versorgungsbedarf resultiert (vgl. BMFSFJ 2001a: 122 ff.). Insbesondere die Aufteilung pflegerischer Arbeit in Grund- und Behandlungspflege führt in der Praxis zu zahlreichen Abgrenzungs- und Definitionsproblemen, da sich Pflegeleistungen nicht immer eindeutig der einen oder der anderen Leistungsart zuordnen lassen (vgl. BMFSFJ 2001a: 110). Das Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste ist bundesweit relativ einheitlich und eng begrenzt. Das Leistungsspektrum umfasst hauptsächlich Leistungen der Grund- und Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Leistungen sowie Leistungen der Schulung und Beratung, die in den Leistungskatalogen der Kranken- und Pflegekassen und des Sozialhilfeträgers enthalten sind. Es werden überwiegend standardisierte Leistungspakete angeboten, die eine flexible Berücksichtigung individueller Problemlagen und Hilfebedarfe erschweren. Eine Spezialisierung ambulanter Dienste auf spezifische Problem- und Bedarfslagen ist bislang - bis auf wenige Bereiche (z.B. Demenz, Betreuung von AIDS-Kranken, Sterbebegleitung), die teilweise speziell gefördert werden - eher nicht erfolgt (vgl. BMFSFJ 2001a: 122 ff.). Angebotsprofile sind somit überwiegend eher an sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Refinanzierung als an pflegfachlichen Kriterien und individuellen Bedarfslagen Pflegebedürftiger bzw. ihrer Pflegepersonen orientiert (vgl. BMFSFJ 2001a: 108-113; Enquête-Kommission 2005:135).

Sozialrechtliche Impulse zur Stärkung der Position pflegebedürftiger Menschen führen sowohl für diese selbst als auch für die ambulanten Pflegedienste zu neuen Anforderungen. Angesichts erweiterter Wahlmöglichkeiten und einer segmentierten und fragmentierten gesundheitlichen und sozialpflegerischen Versorgung stehen die Betroffenen vor der Aufgabe, informierte und eigenverantwortliche Entscheidungen zur Gestaltung ihrer häuslichen Pflege und Versorgung zu treffen. Ambulante Pflegedienste sind dagegen zunehmend gefordert, fachliche Definitionen von Hilfebedarfen sowie Notwendigkeit und Nutzen professioneller Pflegeunterstützung für die Betroffenen nachvollziehbar zu begründen (vgl. Schmidt 1999:46 ff.; Braun 1997). Hierzu müssen Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste - sowohl inhaltlich als auch auf der Beziehungsebene - an die individuelle häusliche Pflegesituation anknüpfen. Nachfolgend soll, orientiert am Konzept der Lebenswelt, erläutert werden, wie die von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen ihre alltägliche „Realität“ erfahren und auf dieser Grundlage handeln oder bestimmte Entscheidungen treffen.

## 2 Pflegebedürftigkeit im Kontext der Lebenswelt älterer Menschen

Die individuelle körperliche und psychosoziale Situation älterer Menschen ergibt sich aus dem Zusammenspiel unterschiedlicher Dimensionen ihres alltäglichen Lebens, die sich wechselseitig beeinflussen (vgl. Scheffel 200:61-65). Entscheidend sind diesbezüglich weniger die von anderen Menschen beobachtbaren, messbaren und quantifizierbaren Merkmale der Person und ihrer jeweiligen Lebensbedingungen, sondern wie diese subjektiv selbst wahrgenommen und gedeutet werden. Daraus resultieren individuelle Definitionen dessen, was in einer bestimmten Situation möglich, notwendig und sinnvoll ist, die von professionellen Definitionen u.U. erheblich abweichen können (vgl. Zeman 1988:168-173; Kruse 1991:155-160). Im Rahmen dieses Kapitels erfolgt zunächst eine Einführung in das Konzept der Lebenswelt. Im weiteren Verlauf werden exemplarisch Merkmale und Bedeutung der gesundheitlichen Situation, der Wohnsituation und der sozialen Beziehungen im Alter als zentrale Aspekte der Lebenswelt pflegebedürftiger älterer Menschen beschrieben. Die Ausführungen zum Gliederungspunkt „soziale Beziehungen“ gehen in diesem Zusammenhang auch ausführlich auf Situation, Belastungen und Leistungen von pflegenden Angehörigen bzw. anderen privaten Pflegepersonen ein.

### 2.1 Das Konzept der Lebenswelt

In Abgrenzung zu theoretisch abgeleiteten Erklärungsmodellen objektivistischer Wissenschaft versuchen Konzepte der Lebenswelt zu beschreiben, wie Menschen ihre alltägliche Welt selbst wahrnehmen und interpretieren und wie sie auf dieser Grundlage zu bestimmten Entscheidungen und praktischen Handlungen kommen. Der Begriff der Lebenswelt wurde erstmals von Edmund HUSSERL (1859-1938), dem Begründer der phänomenologischen Philosophie, verwendet und von verschiedenen Vertretern der Philosophie und Soziologie aufgegriffen und unter Berücksichtigung jeweils unterschiedlicher Dimensionen und Schwerpunkte theoretisch weiterentwickelt (vgl. Scheffel 2000:15 ff.; Treibel 1997:116 ff.)<sup>22</sup>. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich hauptsächlich auf den phänomenologisch-soziologischen Ansatz von Alfred SCHÜTZ (1899-1959), der an den Lebenswelt-Begriff von Edmund HUSSERL und die Arbeiten von Max WEBER anknüpft.

---

<sup>22</sup>Einen Überblick und Vergleich über ausgewählte Theorien der Lebenswelt gibt SCHEFFEL (2001) auf den Seiten 15 bis 60.

### 2.1.1 Begriff der Lebenswelt

SCHÜTZ und LUCKMANN<sup>23</sup> verstehen unter Lebenswelt die selbstverständlich vorausgesetzte und fraglos gegebene Welt, in der Menschen alltäglich leben, handeln, ihre Ziele verfolgen und mit anderen Lebewesen in Beziehung stehen. Menschen haben eine bestimmte Vorstellung von der Welt, in der sie leben, und von sich selbst als Person in dieser Welt. In diese Welt sind sie hineingeboren und sie orientieren sich in ihr auf der Grundlage ihrer bisherigen Erfahrungen. Lebewesen, Objekte und Ereignisse, die ihnen alltäglich begegnen, haben eine ganz bestimmte Bedeutung für sie und sie handeln auf der Grundlage dieser Bedeutung. Sie verfolgen mit ihren Handlungen bestimmte Ziele oder Absichten, haben bestimmte Prioritäten und müssen alltäglich Entscheidungen treffen und Probleme lösen, um ihren Alltag zu bewältigen. Menschen verändern in diesem Rahmen die Gegebenheiten ihrer Lebenswelt, ebenso wie diese wiederum ihr Handeln und Erleben beeinflussen. Lebenswelt existiert nicht nur, sondern konstituiert sich im Rahmen sozialer Interaktion durch die Interpretation ihrer physischen und soziokulturellen Aspekte. Sie wird nicht als eine private, individuelle Welt, sondern als intersubjektive Konstruktion alltäglicher Realität erfahren, deren Grundstruktur allen an einer Lebenswelt teilhabenden Menschen gemeinsam ist. Aufgrund des gemeinsamen, historisch verankerten Bezugsrahmens, der den Mitgliedern einer sozialen Gruppe bereits in seinen grundlegenden sozialen und kulturellen Dimensionen vorgegeben ist, können Menschen miteinander handeln, aufeinander wirken und sich verständigen. Lebenswelt ist sowohl Ort und Ziel als auch Bezugsrahmen alltäglichen menschlichen Handelns, Verhaltens und Erlebens. Sie ist zugleich Bedingung wie Ergebnis menschlichen Seins und als selbstverständlicher Erfahrungshorizont für die in ihr handelnden Menschen immer, wenn auch meist nicht bewusst, vorhanden (vgl. Schütz/Luckmann 1991:25-29).

### 2.1.2 Konstruktion von Lebenswelten

Das alltägliche Leben vollzieht sich im Modus der Auslegung. Um ihren Alltag zu bewältigen, müssen Menschen ihre Lebenswelt in einem bestimmten Ausmaß verstehen. Das heißt, sie müssen bestimmte Zusammenhänge zwischen z.B. Dingen, Menschen, Handlungen und Ereignissen erfassen, um sich in einer konkreten Situation zu orientieren und auf dieser Grundlage Entscheidungen zu treffen. Erst dadurch, dass vergangene Erfahrungen gedeutet werden, erhalten sie für den Menschen einen Sinn (vgl. Schütz/Luckmann 1991:28, 39).

---

<sup>23</sup> SCHÜTZ entwickelte seine Begrifflichkeiten und Arbeiten zum Thema Lebenswelt Zeit seines Lebens weiter. Die Gesamtheit seiner Gedanken ist im Buch „Strukturen der Lebenswelt“ zusammengefasst. Es wurde in zwei Bänden nach seinem Tode veröffentlicht. SCHÜTZ selber konnte die Arbeit zu diesem Buch nicht vollständig beenden. Er hinterließ jedoch umfangreiche Notizen und eine detaillierte Gliederung. Die „Strukturen der Lebenswelt“ wurden von Thomas LUCKMANN, einem Schüler von SCHÜTZ, vollendet und in Zusammenarbeit mit Ilse Schütz, der Ehefrau des Verstorbenen, herausgegeben (vgl. Schütz/Luckmann 1991:11-19).

Hierzu greifen sie auf sowohl auf direkte eigene als auch auf tradierte Erfahrungen anderer Menschen zurück. Dabei wird darauf vertraut, dass vergangene Erfahrungen weiterhin gültig bleiben, bestimmte Situationen gleich oder ähnlich verlaufen und bestimmte Handlungen zu bestimmten Ergebnissen führen (vgl. Schütz/Luckmann 1991:29). Im Rahmen von Wechselbeziehungen und -wirkungen des Einzelnen mit seinen Mitmenschen und den Gegebenheiten seiner Lebenswelt werden im Laufe der Lebensgeschichte auf diese Weise spezifische Sinnzusammenhänge, Handlungs- und Verhaltensmuster entwickelt oder übernommen, die im Rahmen neuer Erfahrungen immer wieder aktualisiert werden. Sie dienen den Menschen in ihrer Gesamtheit als Bezugsschema, um sich in ihrer jeweiligen Alltagswelt zu orientieren und ihre Identität und Handlungsfähigkeit zu erhalten. Sie fließen in Form alltäglicher Routinen, Regeln und Interpretationsschemata in das Alltagshandeln ein und werden erst dann hinterfragt oder modifiziert, wenn sie sich zur Bewältigung einer spezifischen Situation als ungeeignet erweisen. Lebensweltliches Erfahrungswissen, von Schütz als verfügbarer „Wissensvorrat“ bezeichnet, wird im Einklang mit den jeweiligen Wissensbeständen und Rahmenbedingungen der historischen Zeit, Gesellschaft und Kultur, in der Menschen leben und aufwachsen, immer wieder verändert und erweitert und ist niemals abgeschlossen. Die Aneignung neuer oder die Modifikation bestehender Wissens Elemente erfolgt jedoch nur insoweit, als diese in das bereits bestehende Bezugsschema lebensweltlichen Wissens zu integrieren sind und es nicht grundsätzlich in Frage stellen (vgl. Ebenda:30-37, 139-145).

### **2.1.3 Individualität und Grenzen von Lebenswelten**

Erfahrungen können nicht unabhängig von der Situation, in welcher der Einzelne sich befindet, interpretiert werden, da jede Erfahrung leiblich vermittelt und somit situativ verankert ist. Eine Situation ist in zahlreichen Aspekten erfahrbar. Jede Situation hat räumliche, zeitliche, soziale, kulturelle und physische Dimensionen, welche Denken, Fühlen und Handeln des Einzelnen ermöglichen aber auch beschränken (vgl. Schütz/Luckmann 1991:63 ff., 135 ff.). Der Wissensvorrat des einzelnen Menschen konstituiert sich durch eine einzigartige Abfolge unterschiedlicher Erfahrungen und Situationen im Laufe seines Lebens. Jede neue Erfahrung greift auf frühere Erfahrungen zurück und erhält ihre besondere Bedeutung durch den Zeitpunkt, an dem sie gemacht und in die Lebensgeschichte integriert wurde (vgl. Ebenda:86-87). Der Mensch ist zu jedem Zeitpunkt seines Lebens in konkrete Situationen eingebunden. Er befindet sich in einer bestimmten raum-zeitlichen und sozialen Position und verfügt lebensgeschichtlich über ganz bestimmte Überzeugungen, Wertmaßstäbe, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Er verfolgt konkrete Ziele, die in Abhängigkeit von situativen Gegebenheiten und seiner Biographie einen ganz bestimmten Sinn und Priorität für ihn haben (vgl. Schütz 1971:10 ff.). Von diesem „Standort“ aus werden vergangene und gegenwärtige Situationen, einschließlich der individuellen physischen und psychosozialen Befindlichkeit, im

Laufe des Lebens intra- und interindividuell unter jeweils spezifischen Aspekten unterschiedlich wahrgenommen und interpretiert. Dem Einzelnen ist seine Lebenswelt in einer Situation nur in dem konkreten Ausschnitt gegeben, der seiner unmittelbaren Erfahrung zugänglich ist. Dieser Wirklichkeitsbereich ist von weiteren Ausschnitten umgeben, die in potentieller Reichweite des Menschen liegen. Die Lebenswelt eines jeden Menschen weist daher Bereiche auf, die er nicht verändern kann, bzw. die von ihm als unveränderbar erfahren werden. Begrenzungen ergeben sich aus den grundsätzlich unveränderbaren strukturellen Elementen einer Situation sowie den individuell unterschiedlichen Wahrnehmungs-, Deutungs-, Handlungs- und Kommunikationsmöglichkeiten eines jeden Menschen (vgl. Schütz/Luckmann 1991:133 ff.; Schütz 1971:87 ff.).

## **2.2. Aspekte der Lebenswelt pflegebedürftiger älterer Menschen**

Antizipierte oder gegenwärtig erlebte, gravierende Veränderungen der Lebenssituation, wie z.B. der Eintritt von Pflegebedürftigkeit, unterbrechen den Ablauf unproblematischer lebensweltlicher Erfahrungen und können bislang selbstverständliche und vertraute Sinnzusammenhänge und Routinen in Frage stellen oder gar zusammenbrechen lassen (vgl. Zeman 1988:172). Sowohl die Betroffenen als auch die ihnen nahestehenden Menschen müssen Orientierungen oder Strategien neu entwickeln oder entsprechend anpassen, um die Kontinuität ihrer Lebenswelt und die persönliche Identität aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen (vgl. Zeman 1988:172-174). Die Möglichkeiten hierzu werden unterschiedlich erfahren und gedeutet und sind insgesamt durch die Einbindung in konkrete Situationen begrenzt. Begrenzungen können als so dominant erlebt werden, dass eine Kontrolle oder Veränderung der persönlichen Lebensbedingungen nicht mehr möglich scheint. Resignation, Passivität, Depression, Hilflosigkeit und generelle Zweifel am Sinn des weiteren Lebens können die Folge sein (vgl. Saup 1993:88; Zeman 1988:172-174).

Die individuellen Fähigkeiten, definierte Alltagsaktivitäten von fremder Hilfe und Unterstützung unabhängig durchführen zu können, sind in diesem Zusammenhang lediglich ein Aspekt der Lebenswelt älterer Menschen. Weitere Aspekte sind beispielsweise gesundheitliche, sozioökonomische (z.B. finanzielle Mittel, Bildungsstand) und sozialräumliche Merkmale (z.B. Grad der sozialen Integration, Art und Umfang informeller und professioneller Hilfe- und Unterstützungsleistungen, Wohnsituation) der Lebenswelt (vgl. Scheffel 2000:61-65). Nachfolgend sollen exemplarisch die Aspekte Gesundheit, Wohnsituation und soziale Beziehungen als Ausschnitte der Lebenswelt pflegebedürftiger älterer Menschen beschrieben werden, da diese die Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung maßgeblich mitbestimmen und innerhalb bestimmter Grenzen auch dem Einfluss professioneller Pflege unterliegen.

## **2.2.1 Gesundheit als ein Aspekt der Lebenswelt älterer Menschen**

Wahrnehmung, Kommunikation, Orientierung und jegliche menschliche Aktivität sind grundlegend an Bedingungen und Position des menschlichen Körpers gebunden. Der Körper ist der zentrale Ausgangspunkt, um den und durch den sich die Lebenswelt eines Individuums anordnet (vgl. Schütz/Luckmann 1991:63 ff., 135 ff.). Krankheits- oder altersbedingte Veränderungen körperlicher oder geistiger Funktionen und die daraus resultierenden Emotionen, Symptome (z.B. Schmerzen) und u.U. irreversiblen Veränderungen der Lebenssituation unterbrechen den Ablauf unproblematischer lebensweltlicher Erfahrungen. Sie können die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung lebensweltlicher Kontinuität und personaler Identität gravierend - und im Fall von z.B. fortgeschrittenen Hirnabbauprozessen irreversibel - beeinträchtigen (vgl. Scheffel 2000:66 ff., 91 ff.). Merkmale der Gesundheit beeinflussen über die gesamte Lebensspanne die Lebenssituation eines Menschen und sind insbesondere im Alter eine wesentliche Determinante von Lebensqualität, Wohlbefinden sowie Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (Faltenmeier et al. 2002:204).

Der Gesundheitszustand älterer Menschen kann zum einen anhand „objektiver“ Indikatoren, die auf professionellen Einschätzungen oder gesundheitsrelevanten Daten beruhen, beschrieben werden (z.B. Art und Häufigkeit von Krankheitsdiagnosen, beobachtbare oder messbare körperliche oder psychische Symptome oder Funktionseinschränkungen, Zahl der ärztlich verordneten Medikamente). Neben der Erfassung des objektiven Gesundheitszustands sind zum anderen vor allem subjektive Gesundheitseinschätzungen, d.h. die durch den Betroffenen selbst wahrgenommenen Merkmale der körperlichen und geistigen Verfassung sowie deren subjektive Bewertung, ein wesentlicher Aspekt der individuellen gesundheitlichen Situation im Alter (vgl. Schönemann-Gieck et al. 2003:430).

### **2.2.1.1 Merkmale der Gesundheit älterer Menschen**

Die individuelle gesundheitliche Situation älterer Menschen ist das Resultat von Wirkzusammenhängen verschiedenster biologischer, psychischer, materieller und soziokultureller Umwelt- und Lebensbedingungen im Laufe des Lebens, wobei dem Alter an sich kein eigenständiger Krankheitswert zugeordnet werden kann (vgl. Görres 1992:33). Mit zunehmendem Alter steigt jedoch die Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen, Gesundheitsstörungen und Funktionsbeeinträchtigungen (vgl. BMFSFJ 2001a:104). Erkrankungen und gesundheitliche Krisen im Alter führen häufig zu komplexen Problemlagen, die sich durch eine enge Verflechtung von somatischen, psychischen und sozialen Aspekten auszeichnen. Sie können, eher als in jüngeren Jahren, dauerhafte

Einschränkungen oder Verluste körperlicher oder geistiger Funktionen zur Folge haben (vgl. Garms-Homolová/ Schaeffer 1998:538; Steinhagen-Thiessen et al. 1994:125).

Insgesamt führen physiologische Altersprozesse zu einer verminderten Leistungs- und Anpassungsfähigkeit von Organen und Organsystemen. Physiologische Altersveränderungen betreffen alle Menschen gleichermaßen, weisen jedoch große individuelle Unterschiede bezüglich Verlauf und Ausprägung auf. Sie werden sowohl durch endogene Faktoren (z.B. genetische Anlagen) als auch äußere Faktoren (z.B. Lebensweise, Umweltbedingungen) positiv oder negativ beeinflusst. Altersveränderungen haben an sich zwar noch keinen Krankheitswert, können jedoch in ihrer Kombination oder dem Zusammenwirken mit anderen Faktoren (z.B. Wohnbedingungen, Verlust sozialer Unterstützung) das Risiko akuter Erkrankungen erhöhen. Sie können die Manifestation chronischer Krankheiten und die Entwicklung von Funktionseinschränkungen begünstigen und im Krankheitsfall zu vermehrten Komplikationen und einem schwereren und längeren Krankheitsverlauf mit möglicherweise dauerhaften Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen führen (vgl. BMFSFJ 2001a:71; Schwartz/Walter 1998:135 ff.).

Charakteristisch für das Krankheitsspektrum im Alter sind Multimorbidität und die Dominanz chronischer Erkrankungen. Ältere Menschen leiden häufig an mehreren, meist chronischen Krankheiten gleichzeitig, die unabhängig voneinander oder auch in einem kausalen Zusammenhang stehen und sich häufig wechselseitig beeinflussen und in ihren Symptomen überlagern (vgl. BMFSFJ 2001a:72; Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1999:151)<sup>24</sup>. Psychische Erkrankungen und Störungen treten allgemein in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren nicht häufiger auf als im frühen oder mittlerem Erwachsenenalter. Sie können sowohl Ursache als auch Folge körperlicher Erkrankungen und Funktionsstörungen sein. Die häufigsten psychiatrischen Krankheitsgruppen des höheren Lebensalters sind Demenzen und Depressionen. Während die Häufigkeit dementieller Erkrankungen mit zunehmendem Alter exponentiell ansteigt, weisen Depressionen keine eindeutige Altersabhängigkeit auf. Demenzerkrankungen führen häufig, unabhängig von anderen Faktoren, zu erheblichem Unterstützungs- und Betreuungsbedarf in der alltäglichen Lebensführung (vgl. Helmchen et al. 1999; Häfner 1994). In der 1998 durchgeführten Infrateststudie zu den Auswirkungen der Pflegeversicherung zeigten, nach Auskunft der befragten Haushaltsangehörigen oder Pflegedienste, insgesamt 46% der Pflegebedürftigen in Privathaushalten psychische Auffälligkeiten

---

<sup>24</sup> Insgesamt gibt es bezüglich Gesundheit, Krankheit, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter nicht genug differenzierte, die gesamte Altenbevölkerung umfassende aktuelle Daten. Insbesondere Datenbestände und Informationen zur gesundheitlichen Situation pflegebedürftiger älterer Menschen in Privathaushalten sowie zu Ursachen und Bedingungen der Entwicklung von Pflegebedarfen sind in Deutschland unzureichend vorhanden. Die vorliegenden Daten sind häufig nicht aktuell und wurden nur regional oder bezogen auf bestimmte Leistungsträger erhoben (vgl. Garms-Homolová 2001:89).



oder kognitive Beeinträchtigungen, aus denen gravierende Beeinträchtigungen bei der Ausführung alltäglicher Verrichtungen resultierten (vgl. Schneekloth/Müller 2000:47)<sup>25</sup>.

Mit Ausnahme von gerontopsychiatrischen Erkrankungen, wie Demenz, besteht nach Ergebnissen der Berliner Altersstudie kein eindeutig monokausaler Zusammenhang zwischen Morbidität und Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter (vgl. Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1999:178). Erkrankungen sind jedoch ein wesentlicher Risikofaktor für die Entwicklung von sensorischen, sensomotorischen, motorischen und kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen, aus denen Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens resultieren können (vgl. Mayer et al. 1999:608). Hilfe- und Pflegebedarfe resultieren diesbezüglich in aller Regel nicht aus Einschränkungen spezifischer Einzelfähigkeiten. Sie ergeben sich aus einer Kombination verschiedener Beeinträchtigungen aus dem Gesamtspektrum alltäglicher Aktivitäten, die individuell nicht kompensiert werden können (vgl. Schneekloth/Müller 2000:47-48).

Bestimmte Krankheitsdiagnosen und objektiv bestehende altersphysiologische Leistungsveränderungen, Symptome oder Funktionseinschränkungen können in der Regel weder isoliert noch in ihrer Gesamtheit das Ursachen- und Bedingungsgefüge individueller Gesundheit und Selbständigkeit im Alter erklären. Menschen verfügen über individuell unterschiedliche Kompensationsmöglichkeiten von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die maßgeblich auch durch andere extra- und intraindividuelle Faktoren (z.B. psychosoziale Ressourcen und Risiken, Lebensweise, Wohnbedingungen und Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung) beeinflusst werden (vgl. Mayer et al. 1999:608 ff.; Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1999:171 ff.).

Im Rahmen der medizinischen und pflegerischen Versorgung und Rehabilitation älterer Menschen, welche durch chronische Krankheiten oder altersbedingte Einschränkungen in ihren Selbstversorgungsfähigkeiten beeinträchtigt sind, stehen nicht die Kuration und die Beherrschung somatischer Prozesse, sondern der Erhalt und die Förderung von Gesundheitszustand, Autonomie und Lebensqualität unter Berücksichtigung psychosozialer Voraussetzungen und individueller Lebensziele im Vordergrund. Viele im Alter auftretende Beeinträchtigungen und Symptome von Erkrankungen sowie die Entwicklung funktioneller Behinderungen lassen sich innerhalb bestimmter Grenzen durch Ausschaltung bekannter Risikofaktoren, durch eine gesundheitsförderliche Lebensweise sowie durch gezielte medizinische und sozialpflegerische Interventionen vermeiden, abmildern oder hinauszögern (vgl. Steinhagen-Thiessen et al 1994). Dies erfordert von älteren Menschen oftmals weitreichende Veränderungen des Lebensstils und eine langfristige, kontinuierliche und aktive

---

<sup>25</sup> Auch in der Studie von Blinkert und Klie zeigten insgesamt 47% der häuslich versorgten Pflegebedürftigen Anzeichen kognitiver Beeinträchtigungen. Wie auch in der erwähnten Infrateststudie nahm der Umfang kognitiver Beeinträchtigungen mit ansteigender Pflegestufe zu (vgl. Blinkert/Klie 1999:72).

Mitarbeit bei medizinischen und pflegerischen Interventionen. Hierzu müssen auf Seiten der Betroffenen jedoch die notwendige Motivation und die erforderlichen Informationen, Kenntnisse und Handlungskompetenzen vorhanden sein (vgl. Gerok/Brandstätter 1994:379 ff.).

### 2.2.1.2 Bedeutung subjektiver Gesundheitseinschätzungen

Diagnostizierte Erkrankungen führen nicht zwangsläufig zu Beeinträchtigungen des subjektiven Wohlbefindens. Viele Erkrankungen sind zwar aus medizinischer Sicht behandlungsbedürftig, jedoch für den Betroffenen nicht oder kaum mit unmittelbaren Beschwerden oder äußerlich erkennbaren Krankheitssymptomen verbunden. Krankheit ist so gesehen nicht gleichbedeutend mit der Erfahrung des Krankseins (vgl. Mayer et al. 1999:607)<sup>26</sup>. Insbesondere mit zunehmendem Alter weichen objektive Befunde einerseits und Art und Ausmaß subjektiver Beschwerden andererseits teilweise erheblich voneinander ab (vgl. Gerok/Brandstätter 1994:368; Brandenburg 1996:125 ff.; Borchelt et al 1999:469 ff.).

Ein Hauptproblem bei der Behandlung chronischer Erkrankungen besteht u.a. darin, dass medizinisch oder pflegerisch sinnvolle Maßnahmen und Verhaltensempfehlungen häufig nicht akzeptiert oder umgesetzt werden<sup>27</sup>. In der Akzeptanz eines bestimmten professionellen Versorgungssystems von Seiten gesundheitlich beeinträchtigter Menschen können mehrere Elemente identifiziert werden. Eines bezieht sich auf die Ebene subjektiver Bedeutungs- oder Erklärungsmuster (vgl. Petermann 1998:9 ff.). Kognitive und motivationale Prozesse der Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen werden neben professionellen Gesundheitseinschätzungen und Informationen wesentlich durch subjektive Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse beeinflusst. Diese bestimmen, in welchem Umfang sich eine Person selbst als krank, beeinträchtigt, kompetent oder belastbar erlebt, welche Bedeutung dies für sie persönlich und ihr gegenwärtiges und zukünftiges Leben hat und wie gesundheitliche Beeinträchtigungen und Krisen bewältigt werden (vgl. Petermann/Mühlig 1998:75 ff.). Verschiedene gerontologische Studien konstatieren eine eigenständige, vom objektiven Gesundheitszustand unabhängige Bedeutung subjektiver

---

<sup>26</sup> Nach Schätzungen der „Berliner Altersstudie“ besteht, ohne Berücksichtigung des Krankheitsschweregrades, bei 88% der Personen im Alter von 70 Jahren und älter Multimorbidität, wobei 30% dieser Altersgruppe an mindestens fünf mittel- bis schwergradigen Erkrankungen leiden. Jedoch nur 6% der Betroffenen fühlen sich subjektiv von mehr als vier Krankheiten betroffen, die mit deutlichen bis erheblichen subjektiven Beschwerden einhergehen. Während „objektiv“ aus medizinischer Sicht die mit einer deutlich erhöhten Mortalität verbundenen Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Häufigkeitsspektrum verschiedener mittel- bis schwergradiger Erkrankungen im Vordergrund stehen, sind in Bezug auf den subjektiven Beschwerdegrad, also aus Sicht der Betroffenen, chronisch degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates vorrangig von Bedeutung (vgl. Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1999:154 ff.).

<sup>27</sup> Dieses Verhalten wird auch als mangelnde Compliance oder Non-Compliance bezeichnet. Der Ausdruck „Non-Compliance“ steht für verschiedene Phänomene, wie z.B. „fehlende Krankheitseinsicht oder –akzeptanz des Patienten, Therapieverweigerung, mangelnde Medikationsdisziplin oder Wissens- und Kompetenzdefizite im Umgang mit der Erkrankung“ (Petermann/Mühlig 1998:73).

Gesundheitseinschätzungen älterer Menschen, z.B. in Bezug auf das allgemeine Wohlbefinden (vgl. Perrig-Chiello et al. 1996, Smith et al 1999) oder Persönlichkeitsvariablen wie Aktivität, Stimmungslage, Zukunftsbezug, Selbstbild und Zufriedenheit (vgl. Lehr 1997).

Vor dem Hintergrund individueller lebensweltlicher Erfahrungen und Prioritäten und der Eingebundenheit in konkrete Situationen werden „objektiv“, z.B. aus medizinischer oder pflegerischer Sicht, bestehende Beeinträchtigungen, Gefährdungen und Ressourcen von Mensch zu Mensch aber auch intraindividuell (z.B. in Bezug auf verschiedene Gesundheitsprobleme und über die Lebensspanne hinweg) unterschiedlich wahrgenommen und interpretiert. Auch haben Menschen lebensgeschichtlich eigene Vorstellungen und Überzeugungen über Ursachen, Verlauf, Beeinflussbarkeit und Konsequenzen von Krankheiten, Funktionsbeeinträchtigungen sowie von Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit entwickelt, die wissenschaftlichen Erklärungsmodellen nicht unbedingt entsprechen müssen (vgl. Kruse 1991:156-160). Ältere Menschen, die aus medizinischer Sicht einen ähnlichen Gesundheitsstatus aufweisen, können sich daher erheblich im Ausmaß erlebter Beeinträchtigungen, erfahrener Handlungsspielräume sowie in ihrem Gesundheits- bzw. Krankheitsverhalten unterscheiden. Entsprechend unterschiedlich sind z.B. Akzeptanz und Grad der Umsetzung professioneller Verhaltensempfehlungen sowie die Bereitschaft, professionelle Hilfe und Unterstützung in Anspruch zu nehmen und eigenverantwortlich und aktiv bei therapeutischen Interventionen mitzuwirken (vgl. Wahl 1991:58 ff.; Smith et al. 1999:498)

### **2.2.2 Die Wohnung als Mittelpunkt alltäglicher Lebensvollzüge**

Menschliche Existenz vollzieht sich zu jeder Zeit in räumlich-sozialen Kontexten, die in wechselseitigen Beziehungen und Wirkungen zum menschlichen Erleben und Verhalten stehen (vgl. Saup 1993:10). Die Wohnung ist ein zentraler Handlungs-, Wahrnehmungs- und Gefühlsraum, in der eine Vielzahl unterschiedlicher und komplexer Aktivitäten ausgeführt werden (vgl. Ebenda:94-96). Sie ist der Ort alltäglicher körperlicher Verrichtungen, kreativer Beschäftigung und der Begegnung und Kommunikation mit Familienmitgliedern, Freunden oder Nachbarn. Die Wohnung ist der persönliche intime Bereich, den der Mensch nach seinem Geschmack und Bedürfnissen gestalten kann und der unter dem besonderen Schutz des Grundgesetzes steht. Hier kann der Mensch entscheiden, wem er Einlass gewährt. Er kann sich zurückziehen, von außerhäuslichen Aktivitäten regenerieren und von der Öffentlichkeit abgrenzen. Räume, Einrichtungsgegenstände, persönliche Dinge sowie häusliche Gewohnheiten sind mit individuellen Bedeutungen und Emotionen verknüpft und von grundlegender Bedeutung für die Erfahrung von Geborgenheit, Schutz und Sicherheit, aber auch persönlicher Autonomie und Identität sowie lebensweltlicher Kontinuität (vgl. Ebenda:9 ff., 98 ff.).

Wohnen umfasst sowohl alltägliches Verhalten als auch existentielles Erleben und hat in allen Phasen des menschlichen Lebenslaufs, insbesondere jedoch mit zunehmendem Alter, einen zentralen Einfluss auf das psychische und physische Wohlbefinden sowie soziale Einbindung und Partizipation (vgl. BMFSFJ 1998:17). „Alltag im Alter heißt vor allem Wohnalltag“ (Saup 1993:18). Einschränkungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Kompetenzen, aber auch soziale Veränderungen, wie z.B. der Übergang in den Ruhestand oder der Verlust sozialer Unterstützung, beschränken die Bandbreite der Möglichkeiten, Orte und Objekte der räumlichen Umwelt zu nutzen. Die Wohnung und das Wohnumfeld werden im Alter, insbesondere bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, zum Mittelpunkt alltäglicher Lebensvollzüge (vgl. Ebenda:12). Das alltägliche Leben und die erfahrene Lebensqualität werden häufiger und direkter als in früheren Lebensabschnitten durch die Wohngegebenheiten beeinflusst (vgl. Ebenda:90). Der überwiegende Anteil älterer Menschen möchte auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit verbleiben. Die eigene Wohnung und der eigene Haushalt sowie die damit verbundenen Möglichkeiten subjektiv befriedigender Alltagsgestaltung fördern das Gefühl der Selbstwirksamkeit und Umweltkontrolle und sind für viele ältere Menschen Ausdruck von erhaltener Autonomie und Selbstbestimmung (vgl. BMFSFJ 1998:20).

Ältere Menschen haben oftmals kreative Lösungen entwickelt oder ihre Ansprüche verändert, um die gegebenen Wohnbedingungen sowie ihre individuellen Kompetenzen und Bedürfnisse aufeinander abzustimmen. Objektive Wohnungsmängel können jedoch gerade bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit die individuell gegebenen Möglichkeiten der Alltagsbewältigung und Alltagsgestaltung beschränken. Unangemessene Wohnbedingungen können darüber hinaus (z.B. durch erhöhte Unfallgefahr, mangelhafte sanitäre Ausstattung, Begünstigung unphysiologischer Bewegungsabläufe) eine der Ursachen dafür sein, dass Pflegebedürftigkeit entsteht oder weiter fortschreitet (vgl. BMFSFJ 1998:24 ff.)<sup>28</sup>. Maßnahmen der individuellen Wohnraumanpassung (z.B. Beseitigung von Barrieren, ausreichende Bewegungsflächen) und technische Hilfen (z.B. Pflegebett, Haltegriffe, Lifter) können körperliche Funktionseinschränkungen kompensieren und zur Unterstützung und Aufrechterhaltung bestehender Kompetenzen beitragen. Sie können darüber hinaus die häusliche Pflege erleichtern oder gar erst ermöglichen.

---

<sup>28</sup> Ergebnisse der im 2. Altenbericht beschriebenen Untersuchung: „Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung im Alter“ weisen darauf hin, dass die objektive Wohnqualität (z.B. Lage und Größe der Wohnung, Infrastruktur des Wohnumfeldes, sanitäre und technische Ausstattung der Wohnung, Barrieren innerhalb und außerhalb der Wohnung) in Zusammenhang mit dem Grad der Selbständigkeit steht. Nur ca. 14% der relativ selbständigen Menschen, aber 34% der Hilfebedürftigen und 45% der pflegebedürftigen, lebten unter ungünstigen oder schlechten Wohnbedingungen. Demgegenüber konnte die Wohnqualität bei 43% der relativ selbständigen Menschen, 24% der Hilfebedürftigen und 11% der Pflegebedürftigen als eher gut oder gut bezeichnet werden. Subjektiv wurde die Wohnqualität von den Betroffenen selber jedoch deutlich besser bewertet. Insgesamt waren nur 4,3% der Bewohner eher oder sehr unzufrieden mit der gegebenen Wohnsituation (vgl. BMFSFJ 1998:165 ff.).

Gegebene Wohnbedingungen sollten jedoch nicht allein nach ihrer Funktionalität und Effizienz in Hinblick auf eine Förderung der Selbständigkeit oder eine Erleichterung der pflegerischen Versorgung beurteilt und verändert werden (vgl. BMFSFJ 1998:162 ff.). Wohnbedürfnisse, Wohnverhalten und die Gestaltung der materiellen Wohnumwelt sind geprägt durch Bedeutungszusammenhänge und Gewohnheiten, die im Laufe lebensgeschichtlicher Erfahrungen und Sozialisation entwickelt oder von anderen übernommen wurden. Wohnumwelten können Eigenaktivitäten, soziale Kontakte und die Aufrechterhaltung des Spektrums vertrauter Interessen und Tätigkeiten stimulieren oder Passivität, sozialen Rückzug und Resignation befördern. Sie können die sinnliche Wahrnehmung anregen und damit Orientierung und positive Erfahrungen ermöglichen, aber auch Gefühle der Monotonie, Einsamkeit, Angst und Unsicherheit auslösen (vgl. Saup 1993:82 ff.). Wohnumwelten haben darüber hinaus mit zunehmendem Alter eine wachsende Bedeutung für die Erfahrung persönlicher Identität und lebensweltlicher Kontinuität. Ältere Menschen wohnen meist schon sehr lange, im Durchschnitt über 20 Jahre, in ihrer Wohnung und möchten häufig auch ihr Leben in der vertrauten Umgebung beenden. Sie sind meist in besonderer Weise um die Kontinuität ihrer Wohnbedingungen bemüht. Räume, Einrichtungsgegenstände, persönliche Dinge und andere Merkmale des Wohnumfelds sind mehr als bei jüngeren Menschen mit zahlreichen lebensgeschichtlich entstandenen Bedeutungen besetzt und ein sichtbarer Ausdruck der individuellen Biographie und Lebensgewohnheiten. Die vertraute Wohnung ist in dieser Hinsicht für viele ältere Menschen ein zentraler Bereich der Erinnerung an frühere Lebensabschnitte und Ort der Reflexion und Bilanzierung des eigenen Lebens (vgl. Saup 1993:85, 92-93).

Maßnahmen der Wohnraumanpassung, Empfehlung und Beschaffung von Hilfsmitteln sowie Veränderungen von Wohnumwelten und Alltagsroutinen im Rahmen der häuslichen Pflege müssen daher subjektive Bewertungen und Bedeutungszusammenhänge eines älteren Menschen in besonderer Weise berücksichtigen. Nicht alles, was aus Expertensicht der Sicherheit oder der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen oder der Erleichterung der Pflege dient, ist auch aus Sicht des Betroffenen sinnvoll, hilfreich oder akzeptabel (vgl. Jansen 1997:84 ff.).

### **2.2.3 Soziale Beziehungen**

Der Mensch ist zu jedem Zeitpunkt seines Lebens notwendigerweise auf andere Menschen bezogen. Menschliche Existenz ist stets Koexistenz. Sie konstituiert und vollzieht sich im Rahmen interpersonaler Beziehungen und wird durch diese wesentlich geprägt (vgl. Kruse 1991:160-165). Sichtweisen, Überzeugungen, Normen und Regeln der Gesellschaft, Kultur und Bezugsgruppen, in denen Menschen leben und aufwachsen, bilden den Bezugsrahmen, in dem sich individuelle lebensweltliche Orientierungen und Handlungsmöglichkeiten ausbilden. Der Mensch erfährt die

sozialen Strukturen seiner Lebenswelt als eine auf ihn bezogene Auswahl an Verhaltenserwartungen, als Möglichkeiten und Grenzen, um seine Ziele, Bedürfnisse und Lebenspläne zu verwirklichen (vgl. Schütz/Luckmann 1991:127). In der Interaktion mit anderen Menschen werden immaterielle und materielle Hilfen und Leistungen ausgetauscht und Bedürfnisse nach emotionaler Nähe, Kommunikation und sozialer Anerkennung befriedigt. Soziale Beziehungen und Kontakte sind notwendige Voraussetzungen für Sinnstiftung, Handlungsorientierung und Erhalt des emotionalen Gleichgewichts (vgl. Badura 1993:74). Sie determinieren, neben anderen Faktoren, die Handlungsspielräume, die einem Menschen offen stehen und seine Möglichkeiten, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Fehlende oder subjektiv unbefriedigende soziale Beziehungen können die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung lebensweltlicher Kontinuität oder persönlicher Identität beeinträchtigen bzw. unmöglich machen. Sie können neben anderen Faktoren Ursache dafür sein, dass Pflegebedürftigkeit entsteht oder weiter fortschreitet. Einschränkungen körperlicher oder geistiger Fähigkeiten können wiederum Art, Umfang und Qualität sozialer Beziehungen entscheidend beeinflussen (vgl. Scheffel 2000:81 ff.).

### **2.2.3.1 Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung pflegebedürftiger älterer Menschen**

Die Gesamtheit sozialer Einheiten, wie z.B. Personen oder Personengruppen, die über ein Beziehungsgeflecht miteinander verbunden sind, werden als soziales Netzwerk bezeichnet (vgl. Künemund/Hollstein 2000: 214 ff.)<sup>29</sup>. Eine zentrale Position im Beziehungsgeflecht pflegebedürftiger älterer Menschen haben die näheren Angehörigen, vor allem Ehe- bzw. Lebenspartner, Kinder und Enkelkinder. Sie sind die Netzwerkmitglieder, zu denen ältere Menschen am häufigsten Kontakt haben und denen sie sich in der Regel emotional eng verbunden fühlen (vgl. BMFSFJ 2001a:211). Darüber hinaus können auch zu anderen Verwandten, Freunden, Bekannten und Nachbarn subjektiv bedeutsame oder häufige Kontakte bestehen (vgl. BMFSFJ 2001a:230 ff.). Größe und Struktur eines Netzwerks machen noch keine Aussagen zur Qualität und emotionalen Intensität der sozialen Beziehungen. Soziale Netzwerke eröffnen einerseits Möglichkeiten für subjektiv befriedigende Kontakte und den Austausch von Hilfeleistungen, können jedoch ebenso eine Quelle für Konflikte und Belastungen sein (vgl. Schwarzer 1996:175). BLINKERT und KLIE unterscheiden in ihrer empirischen Untersuchung zur „Pflege im sozialen Wandel“ in Bezug auf die Unterstützungswahrscheinlichkeit stabile, labile und prekäre Unterstützungsnetzwerke. Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass der überwiegende Anteil pflegebedürftiger älterer Menschen in

---

<sup>29</sup> Indikatoren für die Integration einer Person in soziale Netzwerke sind z.B. Familienstand, Zahl, räumliche Nähe und Art der Kontaktpartner (z.B. Verwandte, Freunde, Bekannte, Nachbarn) und die Kontakthäufigkeit zu diesen Personen. (vgl. Schwarzer 1996:175).

Privathaushalten nach wie vor in stabile informelle (familiäre) Unterstützungsnetzwerke<sup>30</sup> eingebunden ist. Lediglich 15% der Pflegebedürftigen haben ein labiles oder prekäres Unterstützungsnetzwerk (vgl. Blinkert/Klie 1999:83 ff.)

Während das Konzept des sozialen Netzwerks die formalen Strukturen von Beziehungsgeflechten beschreibt, bezieht sich das Konzept der sozialen Unterstützung auf die qualitativen oder funktionalen Aspekte von sozialen Beziehungen (vgl. Künemund/Hollstein 2000: 214 ff.)<sup>31</sup>. Eine in der Literatur häufige Differenzierung sozialer Unterstützung ist die Unterscheidung in emotionale, instrumentelle und informationelle Unterstützung (vgl. Schwarzer 1996:176; Waller 1996:89)<sup>32</sup>.

Forschungsergebnisse zur Bedeutung sozialer Beziehungen im Alter belegen positive Auswirkungen sozialer Unterstützung auf z.B. das subjektive Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Gesundheitsverhalten sowie auf Entwicklung und Verlauf von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit.

Verschiedene empirische Arbeiten belegen jedoch auch, dass sich unerwünschte, ineffektive oder überprotektive Hilfeleistungen negativ auf z.B. bestehende Kompetenzen, Kompetenzerleben sowie das subjektive Wohlbefinden und Selbstbild älterer Menschen auswirken können (vgl.

Kruse/Wahl 1999:335 ff.).

Ältere Menschen sind nicht ausschließlich Empfänger von Hilfeleistungen, sondern unterstützen auch im hohen Alter noch andere Personen, z.B. durch finanzielle Zuwendungen, Enkelbetreuung oder Pflege des Partners (vgl.: Wagner et al 1999; Borchers 1998:183 ff.). Möglichkeiten, soziale Unterstützung zu leisten oder zu empfangen, können - ebenso wie Inhalt und Wirksamkeit der erhaltenen oder geleisteten Hilfen - von Interaktionspartnern unterschiedlich wahrgenommen und interpretiert werden (vgl. Schwarzer 1996:177 ff.). Soziale Beziehungen werden vor allem dann positiv bewertet, wenn geleistete und erhaltene Unterstützung im allgemeinen als ausgewogen erlebt wird. Die subjektive Erfahrung mangelnder Reziprozität kann sowohl auf Seiten des Hilfeempfängers als auch der unterstützenden Person als konfliktbesetzt und belastend erlebt werden und zu Störungen oder Destabilisierung der gemeinsamen Beziehung führen (vgl. Zeman 2000:180 ff.).

---

<sup>30</sup> Informelle Unterstützungsnetzwerke pflegebedürftiger älterer Menschen „bestehen aus anderen, die im Falle einer vorübergehenden oder dauerhaften Notsituation zur privaten also nicht beruflich organisierten Hilfe bereit und fähig sind“ (Blinkert/Klie 1999:82). 85 % der pflegebedürftigen älteren Menschen verfügen über ein stabiles Unterstützungsnetzwerk. Sie leben mit Angehörigen im gleichen Haushalt oder im näherem Wohnbereich zusammen und haben häufig noch weitere, in der Nähe lebende Verwandte, auf deren Hilfe sie im Bedarfsfall zurückgreifen können. Die Unterstützungswahrscheinlichkeit in dieser Netzwerkkonfiguration beträgt ca. 90%. Blinkert und Klie definieren Unterstützungswahrscheinlichkeit als: „den Anteil von Pflegebedürftigen in einer Netzwerkkonfiguration, die davon überzeugt sind, „regelmäßig Hilfe“ zu erhalten“ (Ebenda 1999:83). Die Wahrscheinlichkeit sozialer Unterstützung wird sowohl durch die räumliche als auch die soziale Nähe bzw. Distanz der Kontaktpartner maßgeblich beeinflusst (vgl. Ebenda 1999:82). Die Unterstützungswahrscheinlichkeit macht keine Aussagen zu Effizienz und Qualität der Hilfeleistungen. Auch stimmen subjektive Einschätzungen nicht zwangsläufig mit objektiv beobachtbaren Hilfeleistungen oder Hilfpotentialen überein (vgl. Ebenda:85).

<sup>31</sup> Soziale Unterstützung kann verstanden werden „als ein Austausch von Leistungen und Ressourcen zwischen (mindestens zwei) Individuen, die von dem Leistenden oder dem Empfänger als das Wohlergehen des Empfängers fördernd wahrgenommen werden“ (Zeman 2000:179).

<sup>32</sup> Im Rahmen emotionaler Unterstützung werden z.B. Trost, Zuspruch und emotionale Nähe kommuniziert. Instrumentelle Unterstützung besteht in praktischen Hilfeleistungen. Im Rahmen informationeller Unterstützung werden z.B. Rat und Informationen übermittelt (vgl. Schwarzer 1996:176).

### 2.2.3.2 Bedeutung informeller Unterstützungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit

Der weitaus größte Anteil der insgesamt erforderlichen häuslichen Hilfe und Pflegeleistungen wird durch Mitglieder privater Netzwerke, primär Familienangehörige, informell geleistet (vgl. BMFSFJ 2002:193; siehe auch Punkt 1.2.1)<sup>33</sup>. Informelle Unterstützungsleistungen sind häufig eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass ältere Menschen trotz Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können (vgl. Jansen 1999:607). Angehörige leisten nach STEINER-HUMMEL umfassende „Sorgearbeit“. Sie sind Experten für die Bedürfnisse und Gewohnheiten des Pflegebedürftigen und gestalten die Bedingungen, unter denen häusliche Pflege stattfindet. Familiäre Pflege ist sozial verankert und ermöglicht die Erfahrung von Wertschätzung, Zugehörigkeit, Individualität und lebensweltlicher Kontinuität (Steiner-Hummel 2000a:43 ff.).

Angehörige leisten nicht nur umfassende praktische Hilfen der Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung. Sie vermitteln auch Rat und Informationen, ermöglichen sozialen Austausch und soziale Partizipation und tragen zur Förderung und Aufrechterhaltung des sozialen Netzwerks bei. Sie treffen gemeinsam mit dem zu Pflegenden oder auch stellvertretend Entscheidungen über die Gestaltung häuslicher Pflegearrangements, wie z.B. die Wahl der Leistungsart oder den Zukauf von ergänzenden beruflichen Pflege- und Versorgungsleistungen. Auch sind es überwiegend die Angehörigen, welche die häusliche Pflege organisieren und die Interessen des Pflegebedürftigen gegenüber öffentlichen Einrichtungen und Diensten vertreten. Sie erschließen notwendige Ressourcen, übernehmen Behördengänge und Schriftverkehr und koordinieren medizinische und sozialpflegerische Hilfen. Zentraler Aspekt familiärer Hilfeleistungen ist vor allem das Ausmaß emotionaler Unterstützung, das Pflegebedürftige durch subjektiv bedeutsame Bezugspersonen erfahren. Angehörige vermitteln Trost, Mitgefühl, Anerkennung, emotionale Nähe und Zuwendung und dadurch das Gefühl, von anderen geliebt, geschätzt und gebraucht zu werden (vgl. BMFSFJ 2002:197; Zeman 2000:177, 189 ff.).

Im Rahmen informeller Pflege verändern sich gewohnte Beziehungsstrukturen, Alltagsroutinen und Aufgaben sowohl für Pflegenden und zu Pflegenden als auch für andere Mitglieder des informellen sozialen, insbesondere familiären, Netzwerkes (vgl. Zeman 1997:97). Die Notwendigkeit, gewohnte Beziehungen und Alltagsroutinen auf einem neuen Niveau zu stabilisieren, wird insbesondere zu Beginn einer Pflegebeziehung oder bei Veränderungen bestehender Pflegearrangements von den beteiligten Akteuren als konfliktbesetzt und belastend erlebt (vgl. Zeman:2000:156, 192). Häufig fehlen verlässliche Orientierungen, die Art und Umfang der erforderlichen Hilfen regeln, sowie

---

<sup>33</sup> In der Untersuchung von Blinkert und Klie (1999) betrug der Anteil professioneller Hilfeleistungen lediglich 13% aller Hilfen die Pflegebedürftige erhielten. 10 % wurden von professionellen Pflegekräften und 3%, überwiegend hauswirtschaftliche Hilfen, von anderen beruflichen Helfern erbracht (vgl. Blinkert/Klie 1999:114). Dieses Ergebnis entspricht weitgehend den Befunden anderer Studien (vgl. BMFSFJ 2002:204).



pflegefachliche Kompetenzen. Sowohl die zu Pflegenden als auch die Pflegenden müssen veränderte Rollen bis hin zu einer Rollenumkehr akzeptieren und neue Alltagsroutinen und Regeln im Umgang miteinander entwickeln. Individuelle Erwartungen, Wahrnehmungen und Bedürfnisse werden von den Betroffenen meist nicht offen artikuliert, was zu Konflikten und Fehlinterpretationen von Pflegesituationen führen kann (vgl. BMFSFJ 2002:197 ff.). Beziehungskonflikte und Spannungen ergeben sich nicht allein aus der konkreten Pflegesituation. Die Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds führt häufig zu einer Aktualisierung vergangener oder latent vorhandener Konflikte zwischen z.B. Geschwistern, Partnern, Eltern und Kindern, Pflegenden und Gepflegten (vgl. Hedtke-Becker 1999:35 ff.).

Private Pflegepersonen verfügen über individuell unterschiedliche Möglichkeiten und Kompetenzen, Pflegeaufgaben und dadurch bedingte Veränderungen der Alltagssituation zu bewältigen. Sie benötigen die erforderlichen Deutungs- und Handlungskompetenzen, um einen älteren Menschen seinem Krankheitsbild und seiner Pflegesituation entsprechend zu begleiten und zu versorgen. Sie müssen diesbezüglich jedoch auch fähig sein, die eigene Gesundheit aufrechtzuerhalten, eine Überforderung zu vermeiden und ggf. rechtzeitig Hilfe in Anspruch zu nehmen. Aus längerfristigen Überforderungssituationen oder eventuellen Wissens- und Kompetenzdefiziten können sowohl eine unzureichende Pflege und Versorgung der zu Pflegenden als auch selbstschädigende Verhaltensweisen der Pflegepersonen resultieren (vgl. BMFSFJ 2001a:115). Auch können bewusste oder unbewusste Motive, Prioritäten oder Ziele pflegender Angehöriger dazu führen, dass diese nicht in jedem Fall im Interesse des Pflegebedürftigen handeln und entscheiden (vgl. Zeman 2000:180; Evers 1997:511 112).

### **2.2.3.3 Belastungen pflegender Angehöriger**

Die längerfristige Pflege eines älteren Familienmitglieds ist vor allem für die Hauptpflegeperson mit hochgradigen körperlichen, psychosozialen, zeitlichen und teilweise finanziellen Beanspruchungen verbunden, oft begleitet vom Verlust persönlicher Freiräume und sozialer Außenkontakte (vgl. BMFSFJ 2002: 198 ff.; Hedtke-Becker1999; Gräbel 2000). Demgegenüber können als Gewinn erlebte Aspekte der Pflegeübernahme stehen, wie z.B. die Erfahrung von Zuwendung, Kompetenz und Selbstbestätigung, die Möglichkeit, Dankbarkeit oder Zuneigung auszudrücken oder die Erwartung, im Gegenzug bei Bedarf ebenfalls Unterstützung zu erhalten (vgl. Zeman 2000: 179). Allgemeine Aussagen über „die“ Situation pflegender Angehöriger können jedoch nicht getroffen werden (vgl. Kruse/Wahl 1999:342; Brandenburg 1996:48). Pflegesituationen sind Ausdruck und Teil der Lebenswelt von Pflegenden und zu Pflegenden. Entscheidend sind weniger die objektiv bestehenden Belastungen, sondern wie diese von den Betroffenen individuell selbst wahrgenommen und gedeutet werden (vgl. Hedtke-Becker 1999:29; Zeman 2000: 253).

Besondere Belastungsmomente ergeben sich vor allem durch den hohen Zeitaufwand, den Pflege und Betreuung erfordern. Hauptpflegepersonen müssen häufig ständig anwesend oder für den Pflegebedürftigen zumindest verfügbar sein (vgl. Schneekloth/Müller 2000:55 ff.). Die zeitliche Einbindung geht zu Lasten des Engagements in anderen Lebensbereichen. Eigene Bedürfnisse und Lebenspläne können häufig nur noch eingeschränkt realisiert werden. Mehrfachbelastungen bestehen - vor allem für pflegende (Ehe)Partner - im Falle eigener Alters- oder Gesundheitsbeeinträchtigungen. Für pflegende Kinder und Schwiegerkinder ergeben sich zusätzliche Belastungen aus Verpflichtungen gegenüber der eigenen Familie oder Partnerschaft und einer evtl. Berufstätigkeit (vgl. Zeman 2000:151; BMFSFJ 2002:198 ff.). Aufgabe oder Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, Rückzug von Familie, Freunden und Bekannten sowie eingeschränkte Möglichkeiten, soziale Kontakte weiter aufrechtzuerhalten, führen häufig zu einer erheblichen Reduktion des sozialen Netzwerks mit der Gefahr sozialer Isolation (vgl. Scheffel 2000:84). Konflikte in der dyadischen Pflegebeziehung oder zu anderen Familienangehörigen, physisch anstrengende, körpernahe Pflegeaktivitäten, Verhaltensweisen und Krankheitssymptome der zu Pflegenden, die Konfrontation mit Leiden und Sterben, die Erfahrung eigener Hilflosigkeit, Schuldgefühle, fehlende Anerkennung, Angst und Unsicherheit bezüglich Dauer und weiterer Entwicklung der Pflegesituation, unzureichende pflegfachliche Kompetenzen und mangelnde soziale Unterstützung sind Beispiele für weitere Belastungsfaktoren (vgl. Zeman 2000:152 ff.; Gräbel 2000:19 ff., Hedtke-Becker 1999:29 ff.).

Das Belastungserleben ist vor allem dann signifikant höher, wenn die Pflege auf Druck von außen übernommen wurde und keine positive emotionale Beziehung zum Pflegebedürftigen besteht (vgl. Halsig 1995:255). Auch ist die Pflege Demenzkranker, im Vergleich zur Pflege von kognitiv uneinträglichen älteren Menschen, mit subjektiv höheren Belastungen verbunden (vgl. Gräbel 1998b:61, Schneekloth/Müller 2000:74)<sup>34</sup>. Insgesamt fühlen pflegende Frauen sich durchschnittlich stärker belastet als pflegende Männer (vgl. BMFSFJ 2002: 201). Vor allem pflegenden Frauen gelingt es häufig nicht, reflektiert und geplant mit den eigenen Ressourcen hauszuhalten und gegebenenfalls Unterstützung aus ihrem informellen Netzwerk oder durch professionelle Helfer zu mobilisieren. Sie geratenen in eine Situation, in der es ihnen nicht mehr gelingt, eigenen Ansprüchen und von außen an sie herangetragenen Anforderungen gerecht zu werden (vgl. Hedtke-Becker 2000a:13 ff.).

---

<sup>34</sup> Die Pflege Demenzkranker ist im Vergleich zu kognitiv uneinträglichen Menschen mit besonderen zeitlichen und psychosozialen Belastungen verbunden und führt häufiger zu physischen Beschwerden. Pflegenden Angehörige leiden unter dem fortschreitenden Identitätsverlust sowie krankheitsbedingten Persönlichkeits- und Verhaltensveränderungen des Pflegebedürftigen, dem Verlust der gemeinsamen Biographie und den bisher in der Familie oder Beziehung gültigen Normen und Regeln. Störungen der Nachtruhe und der allgemein hohe Zeitaufwand, den Pflege und Betreuung erfordern, Hilflosigkeit in Bezug auf emotionale Zustände und Verhaltensweisen des Pflegebedürftigen und Schamgefühle gegenüber Außenstehenden sowie Schuldgefühle (z.B. durch den Wunsch Pflegeverantwortung abzugeben) sind weitere Belastungsfaktoren (vgl. BMFSFJ 2002: 201 ff.; siehe auch Gräbel 1998b)

Chronische (Über)Belastung erhöht das Risiko von Erkrankungen und subjektiven Beschwerden. Pflegende Angehörige geben im Vergleich zu alters- und geschlechtsentsprechenden Gruppen der Allgemeinbevölkerung signifikant mehr und ausgeprägtere körperliche Beschwerden an (vgl. Gräbel 2000:25)<sup>35</sup>. Permanente Überforderung kann zum Abbruch der Pflegebeziehung, „gefährlicher“ Pflege, Gleichgültigkeit aber auch aggressiven Verhaltensweisen<sup>36</sup> gegenüber den zu Pflegenden führen. Überforderung und die damit einhergehenden Schuldgefühle, Ängste oder Unsicherheiten können bei pflegenden Angehörigen jedoch auch zu Überfürsorglichkeit, übertriebenem Aktionismus und zur Vernachlässigung oder Missachtung eigener körperlicher oder psychosozialer Bedürfnisse führen (vgl. Zeman 2000 152 ff.).

---

<sup>35</sup> Die am häufigsten genannten Beschwerdekomplexe sind Erschöpfung, Gliederschmerzen, Magenbeschwerden und Herzbeschwerden (vgl. Gräbel 2000: 24).

<sup>36</sup> Pflegende und zu Pflegende befinden sich häufig in einer als ausweglos erlebten und sozial isolierten Situation, in der sie durch gegenseitige Abhängigkeit und ambivalente Gefühle miteinander verbunden sind (vgl. BMFSFJ 2001a:228). Im Rahmen der Eigendynamik von Pflegebeziehungen können sich Überforderung, Angst, Unsicherheit und Konflikte auf beiden Seiten in emotionaler und körperlicher Gewaltanwendung entladen (vgl. Kruse/Wahl 1999:342).

### 3 Professionelle Pflege und informelle Pflege

Um einer Überlastung informeller Unterstützungsnetzwerke vorzubeugen, informelle Pflegepotentiale langfristig aufrechtzuerhalten und die Qualität häuslicher Pflege zu sichern, müssen private Pflegehaushalte bei Bedarf auf professionelle Unterstützungsangebote zurückgreifen können. Sie müssen darüber hinaus befähigt und motiviert werden, diese rechtzeitig und zielgerichtet in Anspruch zu nehmen (vgl. Zeman 2000:120 ff.; BMFSFJ 2001a:115). Förderlich könnten sich u. a. Pflegearrangements auswirken, die entsprechend der individuellen Situation Pflegebedürftiger und den Ressourcen ihres privaten Netzwerkes aus professionellen und informellen Helfern zusammengesetzt sind (vgl. Zeman 2000:158; Klie 1998:27). Informelle und formelle Pflege lassen sich jedoch nicht voraussetzungslos miteinander verknüpfen. Sie folgen unterschiedlichen Orientierungen und Steuerungsmechanismen und unterscheiden sich in ihren Kompetenzen, Schwerpunkten und Kontextbedingungen. Aus den jeweils spezifischen Merkmalen und Perspektiven informeller und formeller Pflegesysteme resultieren strukturelle Kompatibilitäts- sowie wechselseitige Kooperations- und Akzeptanzprobleme. Diese führen, neben anderen Faktoren, nicht nur zu Barrieren der Inanspruchnahme professioneller Pflegedienste. Sie verhindern oder erschweren in informell-formell gemischten Pflegearrangements häufig auch die Aushandlung und Umsetzung von fachlich und lebensweltlich optimalen Unterstützungslösungen, die von allen Beteiligten getragen werden (vgl. Zeman 2000:251 ff.). Nachfolgend werden Merkmale informeller und professioneller Pflege in ihren wesentlichen Unterschieden beschrieben und mögliche Gründe für den Verzicht auf professionelle Hilfe und Unterstützung sowie für Konflikte in einem gemeinsamen Pflegearrangement aufgeführt.

#### 3.1 Merkmale informeller Pflege

Häusliche Pflegearrangements konstituieren sich, wenn gewohnte Alltagsabläufe durch Hilfe- und Pflegebedürftigkeit unterbrochen werden (vgl. Zeman 2000:196). Dies kann plötzlich z.B. infolge akuter Erkrankungen geschehen. Häufig entwickeln sich Pflegesituationen jedoch über einen längeren Zeitraum aufgrund allmählich fortschreitender Funktions- bzw. Gesundheitsbeeinträchtigungen des älteren Menschen. Pflegeverantwortung wird in beiden Fällen meist übernommen, ohne dass ein bewusst reflektierter Entscheidungsprozess vorausgegangen wäre (vgl. BMFSFJ 2002:197). In Untersuchungen zur Motivation pflegender Angehöriger wird vielfach auf die fast immer geäußerte Selbstverständlichkeit der Pflegeübernahme verwiesen. Hinter dieser können sich jedoch verschiedene, teilweise widersprüchliche Motive verbergen. Neben familiärer Solidarität und Zuneigung können z.B. auch das Bedürfnis nach Anerkennung, Pflichtgefühl, die geschlechtsspezifische Sozialisation von Frauen, Erwartungen der Familienangehörigen, gesellschaftliche Normen sowie

moralische, religiöse oder finanzielle Motive die Übernahme von Pflegeverantwortung beeinflussen (vgl. BMFSFJ 2002:194 ff.; Hedtke-Becker 1999:26 ff.).

Informelle Pflege ist maßgeblich durch die im Laufe der gemeinsamen Beziehung und Biographie entstandenen Emotionen, wechselseitigen Erwartungen und Solidaritäten geprägt. In Pflegesituationen stehen daher primär Aspekte der Beziehung und weniger die sach- und fachgerechte Gestaltung und Durchführung konkreter Pflegetätigkeiten im Vordergrund (vgl. Zeman 2000:254-255). Pflegerelevante Kenntnisse und Fertigkeiten werden überwiegend durch die alltäglichen Erfahrungen im Laufe der Pflegetätigkeit erworben (vgl. Steiner-Hummel 1998:23). Sie sind eher auf den individuellen Einzelfall bezogen und basieren nicht auf einem systematischen, wissenschaftlich fundierten Wissensbestand (vgl. Entzian:1998: 172). Nur ein geringer Teil informeller Pflegepersonen wurde im Rahmen pflegfachlicher Schulung und Beratung auf die Durchführung von Pflegetätigkeiten vorbereitet (vgl. BMFSFJ 2002:205).

Primäre Zielsetzung informeller Pflegearrangements ist vor allem die (Re-) Normalisierung und Stabilisierung der gesamten Lebenssituation und nicht vorrangig die Wiederherstellung, Verbesserung oder der Erhalt der Gesundheit oder Selbständigkeit des hilfeabhängigen Angehörigen. Die alltägliche Pflege und Selbstpflege ist lediglich ein Aspekt der Lebens- und Alltagsbewältigung und steht in Konkurrenz zu anderen Alltagsanforderungen, die gleichfalls gemeistert werden müssen (vgl. Zeman 2000:254). Die beteiligten Akteure sind bemüht, gewohnte Alltagsabläufe weiter aufrechtzuerhalten und pflegebedingt notwendige Veränderungen auf ein Minimum zu begrenzen. Sie folgen dabei lebensweltlichen Deutungs- und Verhaltensmustern. Diese erschließen sich Außenstehenden häufig nur unvollständig und unterscheiden sich von Orientierungen und Handlungsweisen professioneller Pflege (vgl. Zeman 1997:97 ff.).

Sofern sich die Bedingungen nicht grundlegend ändern, stellt sich für die beteiligten Akteure im Laufe der Zeit eine gewisse Normalität ein. Pflegerische Aufgaben und die damit verbundenen Veränderungen werden in den Alltagsablauf integriert und zur Routine. Es entwickeln sich mehr oder weniger stabile, häufig hochkomplexe Pflegearrangements. Diese beruhen nicht auf einer systematischen Analyse der Pflegesituation. Eindeutige Vereinbarungen bezüglich Art und Umfang erforderlicher Unterstützungsleistungen und entsprechende Aufgabenverteilungen werden meist nicht getroffen. Informelle Pflegearrangements sind selten Resultat rationaler Diskurse, sondern eher das Ergebnis unausgesprochener Übereinkünfte und familienbiographisch und lebensgeschichtlich entstandener Beziehungs- und Verhaltensmuster (vgl. Zeman 2000: 192-196).

Informelle Pflege erfolgt vor dem Hintergrund einer lebensgeschichtlich gewachsenen Beziehung. Pflegende und zu Pflegende sind daher durch positive wie negative Erfahrungen und Ereignisse der Vergangenheit miteinander verbunden. Sie wissen um die Stärken, Schwächen und Vorlieben des Anderen und haben bestimmte Routinen im Umgang miteinander entwickelt. Dies kann in aktuellen Pflegesituationen sowohl günstige wie ungünstige Auswirkungen auf die Effektivität informeller Unterstützung und die Beziehungsqualität haben (vgl. BMFSFJ 2002:275). Im Rahmen informeller Pflege erfolgt oft auch aus pflegfachlicher Sicht eine adäquate Pflege und Versorgung älterer Menschen. Der Verzicht auf professionelle soziale Unterstützung hat jedoch nur dann keine negativen Konsequenzen für Pflegende und zu Pflegende, wenn die Ressourcen eines privaten Pflegearrangements ausreichen, um alle mit der Pflegesituation verbundenen Anforderungen zu bewältigen (vgl. Zeman 2000:209, 214).

Werden professionelle Pflegeleistungen in Anspruch genommen, geschieht dies in der Regel weniger, um die Pflegequalität zu verbessern, sondern primär mit der Intention, pflegende Angehörige zu entlasten (vgl. Giese/Wiegel 2000:1034). Private Pflegehaushalte, die ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen, beurteilen diese in der Regel positiv (vgl. Schneekloth/Müller 2000: 69 ff.; Jansen 1999:622; Evers/Olk 1996:365)<sup>37</sup>. Evers und Olk nennen fünf Entlastungswirkungen der Unterstützung durch ambulante Pflegedienste, die zur Zufriedenheit privater Pflegehaushalte beitragen:

1. Entlastung durch die Übernahme von Pflegetätigkeiten, welche die Intimsphäre des Pflegebedürftigen verletzen und die persönliche Beziehung beeinträchtigen,
2. Erweiterung persönlicher Freiräume durch Dienstleistungsangebote, die eine zeitliche Entlastung der privater Pflegepersonen ermöglichen,
3. Möglichkeiten der Rückversicherung und fachlichen Begleitung durch regelmäßige und erwartbare professionelle Pflegeeinsätze,
4. emotionale Unterstützung und Möglichkeiten von sozialem Austausch und sozialer Teilhabe durch persönliche Gespräche,
5. Möglichkeiten, im Rahmen der Pflegeeinsätze pflege- und gesundheitsrelevante Kenntnisse und Fertigkeiten zu erwerben, die von Pflegekräften – häufig nebenbei – vermittelt werden (vgl. Evers/Olk 1996: 366 ff.).

---

<sup>37</sup> Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass pflegende Angehörige oftmals nicht genau wissen, welchen Beitrag professionelle Dienste leisten könnten oder sollten. Da sie vorab meist allein für die Pflege des älteren Familienmitglieds verantwortlich waren, stehen ihnen Vergleichsmöglichkeiten nicht zur Verfügung (vgl. Evers/Olk 1996:365). Auch verfügen die Betroffenen häufig nicht über die erforderliche pflegfachliche Kompetenz, um die Qualität professioneller Pflegeleistungen angemessen beurteilen zu können (vgl. Zeman 2000:240; Dangel/Korporal 2002:44).

### 3.2 Merkmale professioneller Pflege

Im Gegensatz zur informellen Pflege erfolgt berufliche Pflege nicht aus Motiven, die in einer gewachsenen familiären, partnerschaftlichen, freundschaftlichen, nachbarschaftlichen oder sonstigen privaten Beziehung zum Pflegebedürftigen wurzeln. „Pflege als berufliche Tätigkeit bedeutet, dass eine Person ihrer Qualifikation entsprechend in einer organisierten Arbeitsform tätig ist und hierdurch ihren Lebensunterhalt bzw. den Lebensunterhalt der Familie sichert“ (DGGG 1996:198). Arbeitsplatz in der ambulanten Pflege ist die private Häuslichkeit des Pflegebedürftigen. Pflegekräfte erhalten notwendigerweise Einlass und Einblick in persönliche Lebensbereiche, die ansonsten in der Regel ausschließlich Personen vorbehalten sind, zu denen enge private Beziehungen unterhalten werden. Darüber hinaus umfasst Pflege Aufgaben und Tätigkeiten, welche die sozial oder individuell gewohnte physische Distanz zu anderen Menschen und ihren natürlichen Lebensäußerungen überschreiten (vgl. Entzian:1999:105 ff.).

In der ambulanten Pflege treten Pflegekräfte als neue Akteure in bestehende Beziehungsstrukturen und Alltagsroutinen. Sie müssen sich häufig nicht nur mit den Erwartungen und Bedürfnissen des pflegebedürftigen älteren Menschen, sondern auch mit denen seiner Bezugs- oder Pflegepersonen sowie ggf. ihren gemeinsamen Beziehungskonflikten auseinandersetzen (vgl. BMFSFJ 2002:205). Professionelle Pflegekräfte sind bei der direkten Erbringung von Pflegeleistungen, anders als z.B. im Krankenhaus, primär auf sich allein gestellt. Sie haben in konkreten Pflegesituationen nicht unmittelbar die Möglichkeit, sich Rat, Hilfe oder Bestätigung durch andere berufliche Helfer (z.B. Pflegefachkräfte, Ärzte) zu suchen (vgl. Garms-Homolová 2004:60). Sie sind häufig mit Wohnbedingungen konfrontiert, welche die Pflegearbeit erschweren, behindern oder Gefahren für den älteren Menschen bergen (z.B. räumliche Enge, ungünstige Arbeitshöhen, Stolperquellen). Auch entsprechen Lebensgewohnheiten, Haushaltsführung und Pflegeroutinen der lebensweltlichen Akteure u. U. nicht den eigenen persönlichen oder pflegefachlichen Standards (vgl. Ebenda:55-56).

Beruflich Pflegende sind von den durch die Pflegebedürftigkeit eines ältern Menschen ausgelösten Veränderungen häuslicher Lebenszusammenhänge nicht primär persönlich betroffen. Während die informellen Helfer eine Vielzahl unterschiedlicher Aufgaben bewältigen müssen, um ihr gewohntes Alltagsleben weiter aufrechtzuerhalten, können berufliche Helfer ihre Aufmerksamkeit vorrangig auf die mit der Pflege zusammenhängenden Aufgaben richten. Deren bestmögliche Erfüllung hat Priorität vor anderen Aspekten häuslicher Lebenswelten (vgl. Zeman 2000:254). Auch haben beruflich Pflegende in der Regel nicht ausschließlich einen einzigen, sondern mehrere Menschen in ihrer jeweils eigenen häuslichen Lebenswelt in einer zeitlich festgelegten Abfolge zu betreuen und zu pflegen. Sie müssen dabei sowohl die stets wechselnden Bedingungen des individuellen Einzelfalls als auch die Belange der zu versorgenden Gesamtgruppe berücksichtigen (vgl. Entzian/Klie 1996:406).

Sind professionelle Pflegedienste involviert, sind diese auch dann für eine adäquate pflegerische Versorgung und die Sicherheit des Pflegebedürftigen verantwortlich, wenn Pflegeleistungen nicht primär selbst, sondern durch informelle Helfer erbracht werden. Die verantwortliche Pflegekraft hat diesbezüglich lebensweltliche Gegebenheiten und Orientierungen, fachliche und berufsethische Selbstansprüche sowie einrichtungsinterne und gesetzliche Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Deckung zu bringen (vgl. Zeman 2000:255).

Professionelle Pflegekräfte verfügen über ein berufsspezifisches Fach- und Erfahrungswissen sowie berufsbezogene Handlungsrouninen, Werte und Normen. Diese wurden durch die berufliche Aus- und Weiterbildung und im Rahmen nachfolgender Berufstätigkeit erworben. Sie bilden den Bezugsrahmen, an dem sich Wahrnehmung und Interpretation von Pflegesituationen sowie die daraus abgeleiteten Ziele, Prioritäten und Handlungsstrategien maßgeblich orientieren. Im Rahmen der Professionalisierung und Akademisierung der Pflege verfügt professionelle Pflege dabei zunehmend über eine systematische, wissenschaftlich fundierte Wissensbasis und eigene Handlungskonzepte<sup>38</sup>. Professionelle Pflegeleistungen erfolgen theoriegeleitet und zielgerichtet, auf der Grundlage eines individuellen Pflegeplans und entsprechend dem Stand pflegerelevanter wissenschaftlicher Erkenntnisse (vgl. DGGG 1996:199 ff.). Pflegemodelle und –theorien beschreiben Pflege aus ihrer spezifischen Perspektive jeweils unterschiedlich. Sie haben konzeptionell jeweils eigene Schwerpunkte und unterscheiden sich in Reichweite, Kontextbedingungen und in ihrer philosophischen Ausrichtung (vgl. Kim 1999:9 ff.). Gemeinsam ist jedoch den verschiedenen Theorien und Modellen, „dass der Menschen als komplexes „biopsychosoziales Wesen“ begriffen wird, das sich in seinem Lebenslauf in einer Spannung zwischen Autonomie und Abhängigkeit, zwischen gesund und krank befindet“ (Robert Bosch 2000:99).

Professionelles Planen und Handeln in der Pflege beruht auf einer strukturierten Analyse der Pflegesituation und orientiert sich an einem systematischen Problemlösungsprozess. Im Problemlösungsprozess erfolgen in Form eines kybernetischen Regelkreises nacheinander üblicherweise folgende Handlungsschritte: Analyse der Istsituation (Datensammlung, Problemdefinition, Zielformulierung), Maßnahmenplanung, praktische Umsetzung der Maßnahmen, Evaluation der Ergebnisse. Die wiederkehrende Abfolge dieser Schritte wird im Rahmen der Pflege allgemein üblich als Pflegeprozess bezeichnet und sollte anhand einer entsprechenden Pflegedokumentation

---

<sup>38</sup> Dabei ist jedoch zu bedenken, dass diese gegenwärtig nur unvollständig im Praxisfeld Pflege rezipiert, umgesetzt und evaluiert werden und die Berufsgruppe der Pflegenden im ambulanten Bereich relativ inhomogen zusammengesetzt ist. Unterschiedliche Berufsabschlüsse, Qualifikationsniveaus und Vorerfahrungen in individuell verschiedenen Handlungsfeldern der Pflege führen dazu, dass Wissens- und Kompetenzprofile beruflich Pflegenden erheblich differieren und sich bislang noch kein einheitliches Pflege- und Berufsverständnis in der Praxis ausgebildet hat (vgl. Enquête-Kommission 2005:301; Garms-Homolová 2004:53 ff.; BMFSFJ 2002:273 ff.). In den weiteren Ausführungen wird nicht auf die berufspolitische Professionalisierungsdebatte Bezug genommen. Unterschiedliche Standpunkte, was Pflege ist, worin die Aufgaben professioneller Pflege bestehen und inwieweit ambulante berufliche Pflegearbeit in diesem Kontext „professionell“ erfolgt, werden nicht erörtert. Es sollen lediglich die besonderen Merkmale beruflicher Pflege beschrieben werden, um Unterschiede zum informellen Pflegesystem zu verdeutlichen.



nachzuvollziehen sein (vgl. Herold 2001:165-169). Der Pflegeprozess ist nicht allein ein zweckrationales Instrument zur analytischen und strukturierten Gestaltung beruflicher Pflegearbeit. In seiner Umsetzung ist er zwingend an eine dialogorientierte Verständigung zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen gebunden, da erst durch die Berücksichtigung der Deutungen und Prioritäten des Pflegebedürftigen eine Pflegesituation in ihrer Gesamtheit professionell erfasst, gestaltet und bewertet werden kann. Der Pflegeprozess ist in diesem Sinne sowohl insgesamt wie auch in seinen einzelnen Handlungsschritten primär Ergebnis der Interaktion zwischen Pflegenden und zu Pflegenden und kann nicht auf einen sachlich-rationalen Problemlösungsansatz reduziert werden (vgl. Nestler et al 2001:132 ff.; Bräutigam 2003:117 ff.).

Professionelle Pflege beschäftigt sich mit den Auswirkungen von Gesundheitsproblemen<sup>39</sup> auf alltagsrelevante Kompetenzen und Handlungen des Menschen. Primäre Ziele ambulanter Pflegearbeit sind die Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung von Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Wohlbefinden des älteren Menschen im Kontext seiner individuellen Biographie und Lebenswelt (vgl. Enquête-Kommission 2005:32-33). In einer geriatrischen oder gerontopsychiatrischen Pflegesituation besteht die vorrangige Aufgabe beruflicher Pflege in der Konzeption, Umsetzung, Dokumentation und Evaluation eines Hilfeangebots, das geeignet ist, lebensweltliche Kontinuität und Identität wieder herzustellen, aufrechtzuerhalten oder das Leben angemessen zu beenden. In diesem Sinne leistet professionelle Pflege durch emotionale, instrumentelle und informationelle Unterstützung primär Hilfe zur Selbsthilfe (vgl. Entzian/Klie 1996:406 ff.).

Die Gestaltung der Pflegesituation erfolgt im Spannungsfeld zwischen den aus Sicht der Pflegekraft gebotenen Hilfe- und Pflegeleistungen und dem Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen, der u.U. andere Bedürfnisse und Prioritäten hat (vgl. Klie 1997:11)<sup>40</sup>. Die Qualität professioneller ambulanter Pflegeunterstützung ist dabei grundlegend an die Akzeptanz und aktive Mitarbeit von Pflegebedürftigen und ihren informellen Helfern gebunden (vgl. Garms-Homolová: 2004:51; Jansen 1998:109). Nur wenn Unterstützungsangebote den Betroffenen selber sinnvoll, notwendig und durchführbar erscheinen, werden sie diese in Anspruch nehmen oder sich aktiv an der Umsetzung beteiligen (vgl. Zeman 1988:172). Pflegekräfte sind diesbezüglich gefordert, ihre Entscheidungen und Handlungen für die Betroffenen nachvollziehbar zu begründen und Pflegebeziehungen so zu gestalten, dass Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Betroffenen im Pflegeprozess

---

<sup>39</sup> Gesundheitliche Probleme sind nicht gleichzusetzen mit Krankheiten im Sinne medizinischer Diagnosen. Im Rahmen dieser Arbeit sind damit die objektiven und subjektiven Auswirkungen von z.B. altersbedingten Veränderungen, Funktionseinschränkungen oder Krankheitssymptomen auf das alltägliche Verhalten und Erleben gemeint (vgl. Punkt 3.2.2.).

<sup>40</sup> Vor dem Hintergrund schwerwiegender Erkrankungen oder begrenzter Lebenszeit kann die Akzeptanz (relativer) Unselbstständigkeit aus Sicht der Betroffenen sinnvoller sein als die Anstrengungen, die damit verbunden sind, diese partiell zu überwinden. So kann ein älterer Mensch z. B. „aktivierende“ oder rehabilitative Hilfen ablehnen, bzw. sich nicht aktiv daran beteiligen, wenn diese u.U. schmerzhaft oder „unbequem“ für ihn sind. Auch kann die erhaltene Zuwendung und Aufmerksamkeit im Rahmen informeller oder professioneller Hilfeleistungen u.U. eine höhere Priorität für ihn haben als die Möglichkeit, bestimmte Aktivitäten wieder weitgehend selbständig ausführen zu können.

weitestgehend erhalten und gefördert werden. Professionelle Pflege, die Pflegebedürftige und ihre Pflegepersonen als „Ko-Produzenten“ der häuslichen Pflege begreift, muss sich mit allen an der Pflegesituation Beteiligten in einen Aushandlungsprozess begeben, in dem wechselseitige Erwartungen, Rollen, Ziele und Aufgaben geklärt werden (vgl. Schaeffer 2001:51-52). Professionelle Pflege kann sich diesbezüglich weder auf ihren Expertenstatus berufen noch kann sie sich den gewohnten häuslichen Gegebenheiten kritiklos anpassen. Sie ist gefordert, Orientierungen der Betroffenen sinnverstehend nachzuvollziehen, zu respektieren und unterschiedliche Erwartungen, Sichtweisen und Kompetenzen in einem sowohl fachlich wie lebensweltlich akzeptablen Pflegearrangement zu vereinbaren. Hierzu benötigen professionelle Pflegekräfte u.a. ein hohes Maß an Sensibilität und kommunikativer Kompetenz (vgl. Zeman 1997:108 ff.).

Eine aus lebensweltlicher und professioneller Sicht zufriedenstellende und gemeinsame Gestaltung des Pflegeprozesses gelingt nur, wenn die daran Beteiligten einander genügend Vertrauen entgegenbringen (vgl. Evers/Olk 1996:366; Zeman 2000:235). Beziehungsstrukturen sind in den meisten Pflegesituationen asymmetrisch, da Möglichkeiten der Kontrolle und Einflussnahme, Wissen und Kompetenzen ungleich verteilt sind. Der Aufbau einer tragfähigen, durch gegenseitige Wertschätzung geprägten Beziehung zum pflegebedürftigen Menschen und zu seinen informellen Helfern ist diesbezüglich notwendige Voraussetzung und wesentlicher Bestandteil beruflicher Pflegearbeit (vgl. BMFSFJ 2002:275; Evers/Olk 1996:347; Entzian/Klie 1996:407). Vertrauen muss einerseits in die fachliche Kompetenz der Helfer, vor allem jedoch in ihre „menschlichen“ und sozialen Fähigkeiten und Orientierungen bestehen<sup>41</sup>. Der Pflegebedürftige muss die Gewissheit haben, dass er den Pflegenden trotz Hilfeabhängigkeit nicht wehrlos ausgeliefert ist und er, so weit es ihm möglich ist, weiterhin selbst über die eigenen persönlichen Belange und sein Leben bestimmen kann<sup>42</sup>. Dies gilt grundsätzlich auch für die informellen oder professionellen Helfer. Auch die Helfer müssen darauf vertrauen können, dass ihre Privatsphäre sowie ihre alltäglichen Leistungen und Grenzen respektiert werden und Pflegenden und zu Pflegenden sich nicht zu ihren Lasten einen Vorteil aus der gegebenen Situation verschaffen (vgl. Zeman 2000:237-249). Pflegebeziehungen müssen diesbezüglich mit der notwendigen professionellen Distanz, aus dem beruflichen Selbstverständnis

---

<sup>41</sup>Pflegebedürftige ältere Menschen, aber auch ihre Bezugs- oder Pflegepersonen, sind häufig nicht ohne weiteres in der Lage, die fachliche Qualität professioneller Pflegeleistungen angemessen zu beurteilen. Entsprechende Maßstäbe sind in der Regel nicht Bestandteil lebensweltlicher Wissensbestände. Im Allgemeinen ist jedoch mit der Berufsrolle selbst ein gewisser fachlicher Vertrauensvorsprung verbunden. Es gehört zu den nicht hinterfragten Selbstverständlichkeiten der Lebenswelt, dass Wissen ungleich verteilt ist und das Experten über ein spezifisches Fachwissen verfügen, das sich vom Alltagswissen unterscheidet (vgl. Zeman 2000:240).

<sup>42</sup>Dies gilt sowohl für informelle als auch für berufliche Pflegebeziehungen. Merkmal informeller Pflege ist jedoch, dass sich Pflegenden und zu Pflegenden bereits kennen und ein gewisses Vertrauensverhältnis in der Regel bereits besteht. Wäre dies nicht der Fall, hätten die Beteiligten sich möglichst für eine andere Pflegeform entschieden (vgl. Zeman 2000:241). Vertrauen, vor allem als Ausdruck affektiver Solidarität, ist in informellen Pflegearrangements, die ja maßgeblich durch Beziehungsaspekte geprägt sind, ein wesentlicher Steuerungsmechanismus, der die gesamte Beziehung stabilisiert (vgl. Ebenda:181 ff.).

heraus, pflege theoretisch und pflege ethisch begründet und reflektiert gestaltet werden (vgl. DGGG 1996:199 ff.).

Professionelle Pflege kann informelle Pflege quantitativ und qualitativ nicht ersetzen, wohl aber gezielt ergänzen und unterstützen (vgl. Jansen 1999:607-608). Sie kann durch die Übernahme von organisatorischen, koordinierenden, beratenden und pflegepraktischen Aufgaben und durch eine begleitende emotionale Unterstützung gezielt zur Kompetenzerweiterung, Stabilisierung und Entlastung privater Pflegehaushalte beitragen. Diesbezügliche Möglichkeiten ergeben sich insbesondere im Rahmen von informell-formell gemischten Pflegearrangements. Diese sind jedoch gegenwärtig eher die Ausnahme (vgl. Punkt 1.2.1).

### **3.3 Barrieren der Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen**

Der Bereich der ambulanten Pflege und Versorgung weist eine Vielfalt nebeneinander stehender oder sich überschneidender Unterstützungsangebote für ältere Menschen oder pflegende Angehörige auf, die diese allein aus Gründen der Übersichtlichkeit und Komplexität überfordern können. Neben präventiven, kurativen oder rehabilitativen Gesundheitsdienstleistungen unterschiedlicher Berufsgruppen stehen ihnen zahlreiche ergänzende Dienstleistungsangebote, wie z.B. hauswirtschaftliche Hilfen (Einkaufs, Reinigungs- und Mahlzeitendienste), Fahrdienste, Hausnotrufsysteme etc. zur Verfügung. Fragmentierung der gesundheitlichen Versorgung, unterschiedliche Finanzierungsgrundlagen, Kostenträger und Leistungserbringer, sowie mangelnde Transparenz von Preisen und Leistungen miteinander konkurrierender Pflegedienste erschweren zusätzlich Orientierung und Entscheidung (vgl. Wissert 2001:179-180). Professionelle Unterstützung durch ambulante Pflegedienste wird in der Regel erst dann in Anspruch genommen, wenn kein privates Unterstützungsnetzwerk zur Verfügung steht oder aufgrund zunehmender Versorgungsbedürfnisse des Pflegebedürftigen oder einer längerfristigen Überforderung der pflegenden Angehörigen bereits erhebliche Belastungssituationen eingetreten sind (vgl. Jansen 1999:621; BMFSFJ 2001b: 62 ff.; BMFSFJ 2002:204; Schmidt 2002:196).

Informationsdefizite über professionelle Unterstützungsangebote sowie über leistungsrechtliche Anspruchsgrundlagen und Wahlmöglichkeiten können ein Grund für die Nichtinanspruchnahme professioneller Hilfe sein. Auch verfügen die Betroffenen teilweise nicht über genügend Kompetenz oder Selbstvertrauen, um die erforderlichen Kontakte zu Behörden Einrichtungen und Diensten aufzunehmen, Leistungen zu beantragen und bedarfsentsprechend auszuwählen. Vielfach halten Pflegepersonen oder Pflegebedürftige professionelle Pflegeleistungen auch für unnötig. Professionelle ambulante Pflegeleistungen lassen sich von vielen potentiellen informellen Hilfeleistungen

nicht eindeutig abgrenzen. Der fachliche Beitrag, den berufliche Pflege leisten kann, wird daher von den Mitgliedern privater Pflegehaushalte oftmals als gering eingeschätzt. Sie vertreten die Einstellung, dass im Rahmen privater Pflege eine gleichwertige oder sogar bessere Pflege und Versorgung gewährleistet werden kann. Die eher kurzzeitigen, punktuellen professionellen Pflegeeinsätze sind aus Sicht privater Pflegepersonen darüber hinaus häufig auch keine Hilfe im Sinne einer signifikanten zeitlichen Entlastung. Auch entsprechen Angebote ambulanter Pflegedienste oftmals nicht den Wünschen oder Bedürfnissen privater Pflegehaushalte oder sie werden als zu teuer beurteilt. Vorurteile oder Vorbehalte gegenüber dem formellen pflegerischen Versorgungssystem, z.B. aufgrund von negativen Vorerfahrungen oder Berichten Dritter, können weitere Gründe dafür sein, dass ambulante Pflegedienste nicht in Anspruch genommen werden (vgl. Evers 1997:511 ff.; BMFSFJ 2002 204 ff.; Zeman 2000:205 ff.).

Wesentliche Voraussetzung für die Inanspruchnahme beruflicher Hilfen ist die Bereitschaft, familiäre Pflegebeziehungen zu öffnen und individuelle Verantwortlichkeiten und Aufgaben abzugeben oder zu teilen (vgl. Jansen 1999:622 ff.). Persönliche Überzeugungen oder normative Erwartungen des familiären oder weiteren sozialen Umfeldes, die Pflege älterer Menschen sei primär eine Familien- bzw. Privatangelegenheit, verhindern häufig die Einbeziehung professioneller Helfer und sind, wenn überhaupt, nur schwer zu beeinflussen (vgl. Schneekloth/Müller 200: 64-65). Vielfach bestehen auch Vorbehalte und Ängste, Fremden Zutritt in die private Wohnung und Einblick in häusliche Lebenszusammenhänge zu gewähren. Die Inanspruchnahme professioneller Pflegedienste ist häufig mit der Befürchtung verbunden, dass die lebensweltliche Pflege und die Alltagsorganisation kritisiert oder in Frage gestellt wird und Kontroll- und Einflussmöglichkeiten auf die häusliche Situation verloren gehen (vgl. Evers 1997:513). Pflegenden Angehörigen erfahren darüber hinaus ein hohes Maß an Selbstbestätigung durch die Erfahrung, die Pflegeaufgabe allein bewältigen zu können (vgl. Steiner-Hummel 2000:48). Die Notwendigkeit oder das Bedürfnis, Hilfe in Anspruch zu nehmen, wird vielfach als persönliches Versagen oder Verrat erlebt. Letztendlich können persönliche Überzeugungen, Ängste, Unsicherheiten, Schuldgefühle, aber auch das Gefühl, unersetzlich zu sein, dazu führen, dass professionelle Hilfe und Unterstützung selbst in erheblichen Belastungssituationen nicht in Betracht gezogen oder aufgeschoben wird (vgl. Hedtke-Becker 1999:71-72).

Professionelle Pflege und Unterstützung erhält Sinn und Wertigkeit erst in der subjektiven Deutung der Betroffenen. Sind Orientierungen und Handlungsmuster professioneller Helfer nicht mit denen des informellen Pflegearrangements zu vereinbaren, wird professionelle Pflege nicht in Anspruch genommen und falls dies dennoch geschieht, gestaltet sich die Kommunikation und Kooperation der beteiligten Akteure häufig als schwierig und unbefriedigend (vgl. Zeman 2000:208-209).

### **3.4 Konflikte und Kooperationsbarrieren in informell-formell gemischten Pflegearrangements**

Die Einbeziehung ambulanter Pflegedienste erweitert das informelle Hilfe- und Beziehungsnetz und erfordert eine Neustrukturierung der Pflegesituation. Gewohnte Aufgaben, Routinen und Beziehungskonstellationen verändern sich. Wie zu Beginn der informellen Pflegebeziehung kommt es zu Irritationen und Störungen der Normalität häuslicher Lebenswelten mit den schon beschriebenen Folgen. In einer zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme professioneller Hilfe häufig ohnehin als krisenhaft empfundenen Situation resultiert daraus zunächst ein zusätzlicher Stabilitätsverlust häuslicher Pflegearrangements. Professionell Pflegenden muss bewusst sein, dass sie auch bei hoher fachlicher Qualifikation lediglich ergänzende Helfer sind. Professionelle Pflege kann nur zur Entlastung und Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements beitragen, wenn sie lebensweltliche Normalität nicht unnötig beeinträchtigt und Selbstbilder der Betroffenen nicht beschädigt werden. Professionelle Unterstützungsangebote haben sich dabei gezielt, soweit dies fachlich verantwortbar ist, in lebensweltliche Gewohnheiten und Hilfenetze einzupassen und nicht umgekehrt (vgl. Zeman 1997).

Konflikte und Kooperationsprobleme entstehen, wenn Pflegekräfte durch ihre Haltung und Verhalten die Privat- oder Intimsphäre der Betroffenen verletzen (vgl. Zeman 1998:117 ff.). Sie entstehen aber auch dann, wenn ihre Deutungs- und Handlungsmuster lebensweltliche Pflegearbeit in ihrem Wert herabsetzen und Selbstbilder der Beteiligten beschädigen. Die ist z.B. der Fall, wenn beruflich Pflegenden informelle Pflegepersonen lediglich als „Laien“ in der Pflege betrachten und ihre Kompetenzen, Bedürfnisse und Ansprüche auf Definition und Kontrolle der Pflegesituation nicht anerkennen oder nicht in das pflegerische Unterstützungsangebot mit einbeziehen. Konflikte entstehen auch dann, wenn Pflegepersonen als Ressource oder „Mitarbeiter“ des professionellen Pflegesystems gesehen werden. Informelle Pflegepersonen sind lediglich eine Ressource für den zu Pflegenden und ihre alltägliche Sorgearbeit hat andere Qualitäten und Motive als die berufliche Pflegearbeit gegen Entgelt. Auch die Etikettierung der informellen Helfer als zusätzliche „Klienten“ ambulanter Pflegedienste ist häufig problematisch. Eine Entlastung der Hauptpflegeperson ist oftmals am ehesten indirekt durch gezielte professionelle Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen zu erreichen. Gerade in hochbelasteten, symbiotischen Pflegebeziehungen wird die Identität der Pflegeperson jedoch maßgeblich durch die Helferrolle geprägt und die mit dieser Position verbundenen Aufgaben und Routinen werden häufig heftig verteidigt. Wird professionelle Hilfe notwendig, um häusliche Lebenszusammenhänge weiter aufrechtzuerhalten, können informelle Helfer häufig nur schwer Pflegeverantwortung abgeben und bestehen oftmals darauf, dass die professionellen Helfer die Pflege genauso wie sie selbst bisher organisieren und durchführen. Hilfe für die informellen Helfer erfordert diplomatisches Geschick. Auch wenn Pflegepersonen selbst in

hohem Maße Hilfe und Unterstützung benötigen, darf ihnen die Helferrolle nicht generell abgesprochen werden (vgl. Zeman 2000:210 ff.).

Konflikte und Kooperationsbarrieren entstehen jedoch auch, wenn professionelle Pflegekräfte sich von den oftmals widersprüchlichen Anforderungen und Erwartungen lebensweltlicher Akteure überfordert fühlen. Häufig berichten beruflich Pflegende, dass sie den unterschiedlichen Ansprüchen von Pflegebedürftigen und ihren Bezugs- oder Pflegepersonen nicht in gleicher Art und Weise gerecht werden können. Dies führt, ebenso wie der Versuch, professionelle Pflegekräfte in häusliche Beziehungskonflikte einzubeziehen, zwangsläufig zu Konflikten (vgl. Evers/Olk:1996:360).

Auch können Pflegekräfte häufig nicht damit umgehen, wenn informelle Pflegepersonen Pflege- und Versorgungsleistungen kontrollieren oder sich während des Pflegeeinsatzes - im Rahmen ihrer Möglichkeiten - aktiv an der Pflege beteiligen. Sie fühlen sich dadurch in ihrer Arbeit gestört oder in ihrer pflegerischen Kompetenz oder Person nicht respektiert. Auch ein Rückzug informeller Pflegepersonen während des professionellen Pflegeeinsatzes kann von beruflich Pflegenden sowohl als Anerkennung wie auch als Gleichgültigkeit gegenüber der eigenen Arbeit interpretiert werden. Die subjektive Deutung von Verhaltensweisen lebensweltlicher Akteure z.B. als Misstrauen, Kontrolle, Gleichgültigkeit oder Ablehnung kann - bei fehlender professioneller Rollendistanz - als persönliche Kränkung empfunden werden und Kooperation und Beziehungen im erweiterten Hilfenetz nachhaltig beeinträchtigen (vgl. Zeman 2000:217 ff.; Evers/Olk:1996:358-359).

Um lebensweltliche und professionelle Pflegeressourcen in einem informell-formell gemischten Pflegearrangement sinnvoll und nutzbringend zu verknüpfen, sind Anpassungsleistungen aller beteiligten Akteure erforderlich. Fachkompetenz zeigt sich dabei nicht allein in einer rationalen Analyse der Pflegesituation anhand „objektiver“ Kriterien oder der isolierten fachkompetenten Durchführung konkreter Pflegetätigkeiten. Sie umfasst weitaus mehr als die Orientierung an abstrakten normativen Leitbildern und Standards. Sie zeigt sich vor allem in der Fähigkeit und Bereitschaft, die spezifischen Steuerungsmechanismen und Qualitäten informeller Pflegearrangements wahrzunehmen, zu respektieren daran anknüpfend den Pflegeprozess gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen und seinen informellen Helfern zu gestalten (vgl. Zeman 2000:210). Nur wenn beruflich Pflegende in der Lage sind, die Perspektive der Betroffenen sinnverstehend nachzuvollziehen und dies zu kommunizieren, können sie diese gezielt unterstützen und gegebenenfalls Anregungen geben, um selbst- oder fremdschädigende Dimensionen häuslicher Lebenswelten zu beeinflussen, bzw. sozialräumliche und gesundheitliche Situation zu verbessern. Neben theoretischem Fachwissen und berufsspezifischen Fertigkeiten benötigen Pflegende hierzu vor allem hermeneutische sowie sozialkommunikative und pädagogische Kompetenzen, die Fähigkeit zur Selbstreflexion und

ein klares Verständnis der eigenen beruflichen Rolle und Aufgabe (vgl. BMFSFJ 2002:275, 282 ff.; Entzian/Klie 1996:407).

Zu den wesentlichen Aufgaben einer ressourcen- und kompetenzorientierten professionellen ambulanten Pflege, die primär „Hilfe zur Selbsthilfe“ leisten will, gehört insbesondere die pflegfachliche und psychosoziale Beratung und Begleitung von Pflegebedürftigen und ihren informellen Helfern. Auf Bedeutung und Aspekte einer Beratung privater Pflegehaushalte, die die Einbindung in individuelle lebensweltliche Kontexte mitreflektiert, sowie diesbezügliche Aufgaben und Anforderungen für Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste soll im nächsten Kapitel ausführlich eingegangen werden.

## 4 Beratung im Kontext der Lebenswelt pflegebedürftiger älterer Menschen

Impulse zur Stärkung von Autonomie, Eigenverantwortung und Steuerungskraft kranker oder pflegebedürftiger Menschen sowie die Übertragung marktwirtschaftlicher Prinzipien auf das Gesundheits- und Sozialwesen haben den souveränen Verbraucher von Gesundheitsdienstleistungen zum Ziel, der selbstbewusst und eigenverantwortlich unter Ausnutzung gesetzlich eingeräumter Gestaltungsoptionen die alltägliche Pflege und Versorgung bewältigt (vgl. Reibnitz et al 2001:14). Normative Vorgaben und gesetzliche Regelungen allein werden jedoch nicht die angestrebten Veränderungen von Handlungsmustern bei der Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit bewirken.

Die Idealvorstellung eines souveränen Verbrauchers von Gesundheitsdienstleistungen setzt einen rational handelnden Menschen voraus, der bereit und fähig ist, als Experte für die eigenen Belange informierte Entscheidungen hinsichtlich seiner medizinischen und pflegerischen Versorgung zu treffen und diese aktiv mitzugestalten. Ältere Menschen und ihre Pflegepersonen haben, im Gegensatz zu den Gesundheitsexperten, jedoch überwiegend keinen vollständigen Überblick über die Gesamtheit der zur Verfügung stehenden professionellen Hilfeangebote. Auch verfügen sie in der Regel nicht über die Kompetenz, diese aus fachlicher Sicht zu beurteilen und zu vergleichen. Meist fehlen, zumindest in der Anfangsphase konkreter Pflegesituationen, pflegerelevante Fachkenntnisse und Fertigkeiten, um die häusliche Pflege in eigener Verantwortung selbst zu gestalten und durchzuführen. Darüber hinaus befinden sich Menschen, die auf medizinische oder pflegerische Hilfe angewiesen sind, meist in einer persönlichen Notlage, die durch autonom nicht zu bewältigende Beeinträchtigungen und daraus erwachsener Hilflosigkeit und Abhängigkeit gekennzeichnet ist. Ihre Fähigkeit, rational zu handeln und zu entscheiden, ist eingeschränkt und wird überlagert durch Ängste und Unsicherheiten sowie dem Wunsch nach Hilfe, Fürsorge und Betreuung (vgl. Schäffer 2001:57 ff.; Rosenbrook 2001:30).

Die Forderung nach Eigenverantwortung und Autonomie ist für alle Beteiligten mit einer Veränderung von Rollenvorstellungen verbunden und führt zu neuen Aufgaben und Anforderungen. So müssen die Betroffenen selber zu einem eigenverantwortlichen Pflege- und Krankheitsmanagement bereit sein und ggf. entsprechende Kompetenzen erwerben. Die professionellen Akteure hingegen haben ältere Menschen und ihre informellen Helfer als „Experten“ für ihre individuellen Belange anzuerkennen und sie auf dem Weg zu einer weitestgehend selbstbestimmten und selbständigen Bewältigung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu begleiten und zu unterstützen. Die Beratung hilfe- oder pflegebedürftiger älterer Menschen sowie ihrer Bezugs- und Pflegepersonen ist



diesbezüglich eine zentrale Aufgabe aller an Pflege und gesundheitlicher Versorgung beteiligten Berufsgruppen und ein wesentlicher Bestandteil ihrer Arbeit (vgl. Müller-Mundt et. al. 2000:43).

In diesem Kapitel werden zunächst sozialrechtliche Regelungen zur Beratung in Fragen der Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit beschrieben. Anschließend sollen das der Arbeit zugrundeliegende Beratungsverständnis sowie die unterschiedlichen Funktionen und Schwerpunkte der Beratung pflegebedürftiger älterer Menschen und ihrer Pflegepersonen erläutert werden. Nachfolgend werden die Rolle und die Aufgabenbereiche professioneller Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste hinsichtlich der Beratung privater Pflegehaushalte kurz dargestellt. Nach einem Einblick, inwieweit Aufgaben der Pflegeberatung von Pflegekräften gegenwärtig als berufliche Herausforderung begriffen und im beruflichen Alltag umgesetzt werden, wird exemplarisch das bei Inanspruchnahme professioneller Pflegeunterstützung erfolgende Erstberatungsgespräch näher betrachtet. Als mögliche Handlungsorientierung für professionelle Pflegekräfte soll für diese spezielle Beratungssituation ein Rahmenkonzept skizziert und Anforderungen an eine lebensweltorientierte Beratung verdeutlicht werden. Abschließend wird kurz auf die für eine professionelle Pflegeberatung erforderlichen Kompetenzen eingegangen.

#### **4.1 Sozialrechtliche Rahmenbedingungen der Beratung**

Rechte und Pflichten einer Beratung in Fragen der Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit werden im Sozialrecht an verschiedenen Stellen formuliert. Insbesondere die §§ 13ff. SGB I<sup>43</sup> gewähren dem Bürger Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftsansprüche, die in Anbetracht der Unübersichtlichkeit und schweren Verständlichkeit des Sozialrechts von Bedeutung sind. Die Verpflichtung zur Aufklärung und Beratung wird in den einzelnen Gesetzbüchern aufgenommen und näher ausgeführt. Im Sozialrecht wird mehrfach die Eigenverantwortung der Versicherten angesprochen, durch ihr Gesundheitsverhalten und aktive Mitarbeit bei therapeutischen Interventionen zur Vermeidung oder Überwindung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen beizutragen (vgl. § 1 Satz 2 SGB V; § 5 SGB XI, allgemein § 1 SGB XII). In diesem Zusammenhang sind alle an der Pflege und Versorgung älterer Menschen beteiligten Institutionen und Berufsgruppen zu

---

<sup>43</sup> Die Sozialleistungsträger sind nach §§ 13 ff. SGB I zur Aufklärung, Auskunft und Beratung der Bevölkerung verpflichtet. Die Verpflichtung zur Aufklärung gemäß § 13 SGB I besteht in einer allgemeinen planmäßigen Information der Bevölkerung über ihre Rechte und Pflichten durch z.B. Broschüren und Veröffentlichungen oder Berichte in Presse und anderen Medien. Die Verpflichtung zur Beratung nach § 14 SGB I bezieht sich auf eine ausführliche Unterrichtung über Hilfen, die in den eigenen Zuständigkeitsbereich fallen sowie Rechte und Pflichten der Leistungsberechtigten (vgl. Klie 1997:219 ff.). Die Auskunftspflicht erstreckt sich auf die „Benennung der für die Sozialleistungen zuständigen Leistungsträger sowie alle Sach- und Rechtsfragen, die für die Auskunftssuchenden von Bedeutung sein können und zu deren Beantwortung die Auskunftsstelle im Stande ist. Darüber hinaus sind Auskunftsstellen verpflichtet, untereinander und mit den anderen Leistungsträgern mit dem Ziel zusammenzuarbeiten, eine möglichst umfassende Auskunftserteilung durch eine Stelle sicherzustellen“ (§ 15 SGBI).

einer entsprechenden Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen verpflichtet, ohne dass dies ausdrücklich in konkreten Beratungsregelungen normiert wird (vgl. Klie 2003:67). Die Krankenkassen haben die Versicherten diesbezüglich „durch Aufklärung, Beratung und Leistungen“ zu unterstützen (§ 1 SGB V Satz 3). Als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation kann die Krankenkasse darüber hinaus „wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen“. Sofern es medizinisch geboten ist, sind Mitglieder des informellen Unterstützungsnetzwerkes in Schulungsprogramme einzubeziehen (§ 43 SGB V). Auch sind die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, im Rahmen von Modellvorhaben neutrale und unabhängige Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung finanziell zu fördern, die sich „die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben“ (vgl. § 65b SGB V).

Auch die Pflegekassen haben „die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Beratung über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung zu unterstützen und auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken“ (§ 7 Abs. 1 SGB XI). Ferner sind die Pflegekassen verpflichtet, „die Versicherten und ihre Angehörigen in allen mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, zu unterrichten und zu beraten“ (§ 7 Abs. 2 Satz 1 SGB XI). Zur Förderung der Konsumentensouveränität, des Wettbewerbs und der Transparenz des Angebotes haben die Pflegekassen den Pflegebedürftigen spätestens mit dem Leistungsbescheid eine Leistungs- und Preisvergleichsliste der zugelassenen Pflegeeinrichtungen des wohnlichen Einzugsbereichs zukommen zu lassen (vgl. § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Darüber hinaus hat die Pflegekasse den Pflegebedürftigen auch darüber zu beraten, „welche Pflegeleistungen für ihn in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen“ (§ 7 Abs. 3 Satz 3 SGB XI). Die Pflegekassen sind haushaltsrechtlich ermächtigt, ihrem Beratungsauftrag nachzukommen, indem sie sich „an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsangeboten anderer Träger beteiligen“. In diesem Zusammenhang muss jedoch eine neutrale und unabhängige Beratung der Versicherten sichergestellt werden (§ 7 Abs. 4 SGB XI). Die Landespflegegesetze sehen darüber hinaus teilweise zusätzliche Beratungsregelungen vor. So ist z.B. in Nordrhein-Westfalen die Einrichtung trägerunabhängiger Pflegeberatungsstellen vorgeschrieben. Diese befinden sich bis auf wenige Ausnahmen in kommunaler Trägerschaft (vgl. Enquête-Kommission 2005:144).

Bei Bezug von Pflegegeld schreibt das SGB XI verpflichtend in festgelegten Intervallen die Inanspruchnahme eines mittlerweile kostenfreien Beratungsbesuchs durch einen zugelassenen Pflegedienst eigener Wahl vor. Ambulante Pflegeeinrichtungen haben diesbezüglich u.a. den Auftrag,

informelle Pflegepersonen zu unterstützen und zu beraten (vgl. § 37 Abs. 3 SGB XI)<sup>44</sup>. In diesem Zusammenhang werden Beratungsaufgaben erstmalig in einem Gesetzestext explizit professioneller Pflege übertragen, wobei die konkreten Funktionen und Inhalte der Beratung sowie Möglichkeiten der praktischen Umsetzung nicht näher erläutert werden (vgl. Klein et. al 2001:165). Auch bei Inanspruchnahme der Pflegesachleistung des SGB XI ist, gemäß den gemeinsamen Qualitätsvereinbarungen zur ambulanten Pflege nach § 80 SGB XI, ein Erstberatungsgespräch durch den gewählten ambulanten Dienst zwingend vorgeschrieben (vgl. Herold 2002:712). Aufgaben der Beratung gesundheitlich beeinträchtigter oder gefährdeter Menschen sowie ihrer pflegenden Angehörigen werden darüber hinaus auch an anderen Stellen des SGB XI und in begleitenden Rahmenvereinbarungen und Richtlinien sowie im SGB V explizit oder implizit beruflich Pflegenden zugeordnet<sup>45</sup>.

Auch die Pflegekassen haben einen Auftrag zur Beratung informeller Pflegepersonen. So haben sie pflegenden Angehörigen oder an ehrenamtlicher Pflege interessierten Personen unentgeltliche Schulungskurse anzubieten. Durch diese sollen die häusliche Pflege und Betreuung erleichtert und verbessert, pflegebedingte physische und psychische Belastungen reduziert sowie Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermittelt werden. Pflegekurse können in Form von Gruppenschulungen oder als individuelle Schulung in der häuslichen Umgebung durchgeführt werden. Die Pflegekassen können diese selbst oder in Kooperation mit anderen Pflegekassen organisieren. Möglich ist jedoch auch eine Delegation an geeignete andere Einrichtungen, wie z.B. ambulante Pflegedienste (vgl. § 45 SGB XI).

Pflegeberatungsaufgaben bestehen im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI auch für den MDK. So sind die Pflegebedürftigen u.a. über Möglichkeiten der Rehabilitation zu informieren. Ferner ist vom MDK eine individuelle Pflegeplanung zu erstellen, die nicht als verbindliche Vorgabe, „sondern vielmehr als Empfehlung und Beratungsergebnis verstanden werden kann“ (Enquête Kommission 2005:217)<sup>46</sup>.

---

<sup>44</sup> Die Beratung erfolgt in der privaten Häuslichkeit des Pflegebedürftigen. Sie ist bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich, bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich vorgeschrieben. Die Kosten (Pflegestufe I und II: bis zu 16 Euro, Pflegestufe III: bis zu 26 Euro) werden von der zuständigen Pflegekasse getragen. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf gemäß § 45a SGB XI besteht, können einen zweiten Beratungseinsatz im vorgeschriebenen Intervall abrufen (vgl. § 37 Abs. 3).

<sup>45</sup> Auch in den gemeinsamen Qualitätsvereinbarungen zur ambulanten Pflege heißt es unter Punkt 3.2.5: „Im Rahmen der pflegerischen Versorgung werden Angehörige vom Pflegedienst beraten und in gesundheitsfördernden und – sichernden Arbeits- bzw. Pflegetechniken unterstützt“ (Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10. Juni 1995). Auch in den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien und Begutachtungs-Richtlinien werden - in Zusammenhang mit den Methoden der Hilfe und aktivierender Pflege - Beratung, Schulung oder Anleitung pflegebedürftiger Menschen als Aufgaben beruflich Pflegenden beschrieben (z.B. PflRi. Punkt 3.5 bis 3.5.4; BRi Punkt 5.II, 5.III).

<sup>46</sup> Gleiches gilt letztendlich auch für die individuelle Pflegeplanung, die gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen bei Inanspruchnahme der Pflegesachleistung durch den ambulanten Pflegedienst zu erstellen ist.

Auch im Sozialhilferecht finden sich Leistungen und Verpflichtungen des Sozialhilfeträgers zur Beratung der leistungsberechtigten Versicherten (vgl. z.B. §§ 10, 11 SGB XII). Besondere Beratungsaufgaben werden dem Sozialhilfeträger darüber hinaus im Rahmen der Altenhilfe übertragen. Dazu gehört u.a. „Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Aufnahme in eine Einrichtung, die der Betreuung alter Menschen dient, insbesondere bei der Beschaffung eines geeigneten Heimplatzes“ sowie „Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste“ (§ 71 SGB XII). Im Rahmen der Hilfe zur Pflege gem. §§ 61 ff. SGB XII übernimmt der Sozialhilfeträger darüber hinaus die Kosten für eine im Einzelfall gebotene Beratung der Pflegeperson (vgl. § 65 SGB XII).

Insbesondere das Leistungsrecht der Pflegeversicherung reflektiert die Notwendigkeit einer Beratung pflegebedürftiger Menschen einschließlich ihrer Pflege- oder Bezugspersonen (vgl. Becker 1997:76 ff.). Eine unabhängig von anderen Aufgaben (z.B. der Kontrolle häuslicher Pflege) kontinuierliche, begleitende Beratung und psychosoziale Unterstützung privater Pflegehaushalte ist im SGB XI jedoch nicht vorgesehen. KLIE und SCHMIDT merken an, dass Beratung im SGB XI „in sich inkonsistent“ konzipiert ist und Beratungsregelungen sich in der Praxis als unzureichend erweisen. Die Pflegeberatungsangebote stehen häufig zueinander in Konkurrenz und werden von den entsprechenden Anbietern oftmals eher als Möglichkeit der „institutionsspezifischen Profilierung“ betrachtet. Synergieeffekte, die sich durch Kooperation und Abstimmung der unterschiedlichen Anbieter von Beratungsleistungen ergeben könnten, bleiben in der Praxis daher meist ungenutzt (Klie/Schmidt 1999:24). Insgesamt sind sozialrechtliche Zuständigkeiten und Aufgaben der verschiedenen Versicherungsträger und Leistungserbringer hinsichtlich der Beratung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen lediglich allgemein formuliert. Es bleibt offen, inwieweit Beratungsaufträge mehr als die zweckrationale Vermittlung von Informationen, Wissen und Fertigkeiten umfassen und wie Pflegeberatung inhaltlich und konzeptionell konkret gestaltet werden soll (vgl. Klein et al. 2001:166; Becker 1997:79 ff.).

## **4.2 Definitionen von Beratung**

Beratung ist ein multidimensionales Phänomen, für das weder eine allgemeingültige Begriffsdefinition noch eine allumfassende Beratungstheorie existiert, die auf die gesamte Spannbreite menschlicher Problemlagen anzuwenden wäre (vgl. Franke 2000:88; Koch-Straube 2001:63 ff.). Definitionen von Beratung versuchen häufig zu beschreiben, was Beratung von z.B. einer allgemeinen sachbezogenen Information, hilfreicher Alltagsunterstützung, Bildung, Erziehung oder Therapie unterscheidet. In der Praxis überschneiden sich jedoch die entsprechenden Aktivitäten und lassen sich nicht immer eindeutig voneinander abgrenzen.

Beratung unterscheidet sich von „hilfeorientierten Alltagsgesprächen“<sup>47</sup>, die in informellen oder professionellen Hilfebeziehungen geführt werden, durch das reflektierte, zielgerichtete und methodische Vorgehen des professionellen Beraters (Koch-Straube 2001:67). Effekte der Beratung resultieren dabei weniger aus dem Einsatz einer speziellen Methode sondern aus einer der individuellen Problemsituation entsprechenden und bewussten Gestaltung der Beratungsbeziehung (vgl. Koch-Straube 2001:190; Belardi et al. 1999:55). In Abgrenzung zur (Gesprächs-)Psychotherapie steht jedoch ein aktuelles, umschriebenes Problem der Lebensführung im Vordergrund und nicht die Bearbeitung von innerpsychischen Störungen oder Konflikten, die u.U. tief in der individuellen Biographie verankert sind (vgl. Koch-Straube 2001:70).

Im Kontext sozialer Arbeit umfasst Beratung nach der Definition von BIERMANN-RATJEN et al.: „alle – nichtpsychotherapeutischen – Maßnahmen berufsmäßig vollzogener Hilfe bei der Lösung menschlicher Probleme (...). Zur so verstandenen Beratung gehören eine Vielzahl von Maßnahmen, z.B. pädagogische, übende Verfahren ebenso wie Pflege, stützende bzw. tröstende Hilfen usw.. Für alle diese Maßnahmen ist kennzeichnend, dass mit ihnen dem Klienten ein ganz bestimmtes Beziehungsangebot gemacht wird; dieses Beziehungsangebot bleibt während der Dauer der Beratung aufrechterhalten – das kann auch für den Rest des Lebens des Klienten sein - und wird selbst nicht Thema des Beratungsprozesses“ (Biermann-Ratjen et al. 1997:185).

Während BIERMANN-RATJEN et al ein weit gefasstes Verständnis von Beratung haben und Pflege allgemein als beratende Maßnahme begreifen, versteht ABT-ZEGELIN - aus der Perspektive der Pflegewissenschaft - Beratung als einen von drei Ansätzen der Patienten- und Familieneducation in der Pflege. Sie unterscheidet zwischen Information, Schulung und Beratung, wobei sie davon ausgeht, dass in der Praxis eher fließende Übergänge bestehen (vgl. Abt-Zegelin 2003a:103-104). Unter Information subsumiert ABT-ZEGELIN die „gezielte Mitteilung“, die „Bereitstellung von Medien“ und die Vermittlung von Fakten und Hilfen bei der Recherche (Ebenda:103). Schulung wird als „zielorientiertes, strukturiertes und geplantes Vermitteln von Wissen/Fertigkeiten“ definiert. Beratung hingegen ist ein „ergebnisoffener, dialogischer Prozess, in dem eine individuelle und bedürfnisgerechte Problemlösung vorbereitet wird“ (Ebenda:104).

Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit kann als eine Grenzsituation verstanden werden, die mit erhöhten Anforderungen verbunden ist, Bedürfnisse, Aktivitäten, Interessen und Ziele aufrechtzuerhalten oder anzupassen, die für die persönliche Identität und die subjektive Lebenszufriedenheit zentral

---

<sup>47</sup> Unter hilfeorientierten Alltagsgesprächen versteht KOCH-STRAUBE spontane und intuitive Formen emotionaler oder informationeller (beratender) Unterstützung durch Mitglieder privater sozialer Netzwerke oder professionelle Helfer (z.B. Pflegekräfte, Ärzte, Sozialpädagogen), die primär durch die situativen und subjektiven Wahrnehmungen und Interessen der unterstützenden Person geprägt sind (vg: Koch-Straube 2001:66f; vgl. auch Belardi et al. 1999:34f)

sind. Dies gilt sowohl für den von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen als auch für diejenigen, die ihn im Rahmen informeller Hilfe pflegen und begleiten. (vgl. Scheffel 2000:78 ff.; siehe auch Punkt 2.2). Pflegekräfte können durch die Vermittlung von Informationen, Fachkenntnissen, Fertigkeiten und Verhaltensstrategien sowie durch orientierende, problemlösende oder entlastende Gespräche die Betroffenen darin unterstützen, ihre Entscheidungs- und Handlungsspielräume zu erweitern und neue subjektiv befriedigende Zukunftsperspektiven zu entwickeln.

Erwachsene sind zwar ein Leben lang lernfähig, das heißt sie können durch direkte eigene oder von anderen übermittelte Erfahrungen ihren verfügbaren Wissensvorrat anpassen oder erweitern. Sie sind jedoch nicht grundsätzlich belehr- oder instruierbar. Wie bereits erwähnt, erfolgt die Anpassung oder Erweiterung „verfügbarer Wissensvorräte“ nur insoweit, als neue (Lern-) Erfahrungen in das bereits bestehende Bezugsschema lebensweltlichen Wissens zu integrieren sind und es nicht grundsätzlich in Frage stellen (vgl. Punkt 2.1.2). Berater können anderen Menschen lediglich ihr Wissen und ihre Erfahrungen im Rahmen einer professionell gestalteten Beratungsbeziehung zur Verfügung stellen. Sie können nur Impulse zur Reflexion, Modifikation oder Erweiterung subjektiver Deutungsmuster und alltäglicher Verhaltensstrategien setzen. Professionelle Helfer müssen sich bewusst sein, dass sie Lern-, Entscheidungs- und Problemlösungsprozesse lediglich vorbereiten und begleiten aber nicht erzeugen können (vgl. Steiner-Hummel 2000b:111).

Pflegeberatung soll im Rahmen dieser Arbeit als reflektiertes, professionell gestaltetes Beziehungsangebot verstanden werden, das gesundheitlich beeinträchtigte oder gefährdete Menschen und die Mitglieder ihres informellen Unterstützungsnetzwerks darin unterstützt, lebensweltliche Kontinuität aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen. Beratung umfasst neben der zielgerichteten Vermittlung von Informationen, Kenntnissen und Kompetenzen auch die Vorbereitung von individuell befriedigenden und selbstverantworteten Entscheidungen bzw. Problemlösungen sowie Hilfen bei ihrer anschließenden praktischen Umsetzung. Wesentlicher Bestandteil von Beratung ist darüber hinaus die emotionale Begleitung und Unterstützung der Betroffenen bei der Bewältigung krankheits- und pflegebedingter Belastungen im Rahmen einer wertschätzenden und stützenden Beziehung.

### **4.3 Ziele und Schwerpunkte der Beratung pflegebedürftiger älterer Menschen und ihrer Pflegepersonen**

Pflegeberatung soll ältere Menschen und ihre Bezugs- oder Pflegepersonen dazu befähigen, die gegebene Pflegesituation einzuschätzen und zu verstehen und diesbezüglich individuell angemessene und selbstverantwortete Entscheidungen zu treffen oder Problemlösungen zu entwickeln. Im Rahmen von Beratung sollen die erforderlichen Deutungs- und Handlungskompetenzen für ein

weitestgehend eigenverantwortliches Selbstmanagement gesundheitlicher Beeinträchtigungen und der daraus resultierenden Veränderungen alltäglicher Lebenspraxis vermittelt werden. Dazu gehört auch die Befähigung, physische oder psychosoziale Krisensituationen oder Überforderungen zu vermeiden bzw. zu erkennen und rechtzeitig professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Beratungsbedarfe pflegebedürftiger älterer Menschen und ihrer Pflege- bzw. Bezugspersonen resultieren - ähnlich wie BELARDI et al. es für die Klienten der sozialpädagogischen Beratung beschreiben - aus z.B. alltagspraktischen, sozialen, psychischen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Problemen (vgl. Belardi et al. 1999:32). Das Spektrum der zu beratenden Menschen reicht dabei vom traditionellen Empfänger von Sozial- und Pflegeleistungen, der in erster Linie Fürsorge und Entlastung von Entscheidungen oder Aufgaben erwartet, bis zum selbstbewussten „Kunden“, der Beratungsangebote nutzt, um Dienstleistungen den individuellen Ansprüchen entsprechend zusammenzustellen oder um gezielt Kenntnisse und Fertigkeiten zu erwerben (vgl. Schmidt 1997:42).

In Anlehnung an die von BELARDI et al. aufgeführten Funktionen der sozialpädagogischen Beratung umfasst Pflegeberatung folgende zentrale, sich in der Praxis häufig überschneidende, Aspekte:

- **Information und Aufklärung**

Vermittlung von individuell benötigten und differenzierten Kenntnissen zu z.B.: Krankheitsbild, Pflegebedürftigkeit, einer gesundheitsförderlichen Lebensweise, zur Sekundärprävention von Krankheitskomplikationen und -krisen oder zunehmender Pflegebedürftigkeit, Möglichkeiten therapeutischer Interventionen und ambulanter Versorgungsgestaltung, Möglichkeiten der Hilfsmittelversorgung, Wohnraumanpassung, Entlastung und Unterstützung informeller Pflegepersonen;

- **Anleitung**

Vermittlung spezieller Fertigkeiten oder Techniken zur Selbst- bzw. Fremdpflege (z.B. Blutzuckerkontrolle, Insulininjektionen, Stomaversorgung, Anwendung von Hilfsmitteln, Entspannungsübungen, spezielle Pflegemethoden, ergonomisch günstige Pflorgetechniken etc.);

- **Unterstützung**

Hilfestellung und Begleitung bei der Umsetzung von Informationen, Kenntnissen, Fertigkeiten und Verhaltensstrategien in die Praxis (z.B. durch Unterstützung bei der Entwicklung von Problemlösungen und Entscheidungen, durch Erklärungen und Hilfestellungen zur Beantragung von Sozialleistungen oder zum Begutachtungsverfahren durch den MDK, aber auch, indem bspw. - über eine punktuelle Anleitung hinaus - Verhaltensstrategien geübt oder notwendige Veränderungen der Lebensweise im Pflegealltag begleitet werden;

- **Rückmeldung**

Reflexion der gegebenen Pflegesituation und des bisherigen Pflegeverlaufs, indem der Pflegeberater gemeinsam mit den Betroffenen z.B. analysiert, inwieweit Pflegeziele bisher realisiert werden konnten, welche Probleme zusätzlich aufgetreten sind oder weiterhin bestehen, inwieweit das zur Zeit bestehende Pflegearrangement geeignet ist, krankheits- und pflegebedingte Aufgaben und Belastungen zu bewältigen oder ob ggf. zusätzliche, andere oder weniger beratende oder instrumentelle Hilfen benötigt werden;

- **Vermittlung**

z.B. die Vermittlung und Koordination der im individuellen Einzelfall benötigten Gesundheits-, Pflege-, Versorgungs-, Betreuungs- und Beratungsleistungen von unterschiedlichen Leistungsanbietern des Gesundheits- und Sozialsystems;

- **Hilfeplan**

Entwicklung einer der individuellen Pflegesituation entsprechenden Hilfe- und Pflegeplanung, in der Ziele, Art und Umfang von benötigten oder gewünschten Unterstützungsleistungen und die Aufgaben von professionellen Helfern sowie die von privaten Pflegepersonen oder vom Pflegebedürftigen selbst zu übernehmenden Aufgaben festgelegt werden (vgl. Belardi et al. 1999:32).

- **emotionale Begleitung und Unterstützung**

z.B. durch ein Gesprächsverhalten, das den zu Beratenden Möglichkeiten eröffnet, belastende Emotionen auszudrücken und Trost, Zuspruch, Anteilnahme, Wertschätzung etc. zu erfahren.

Eine einseitig an der Forderung zu Selbständigkeit und Autonomie orientierte Beratung pflegebedürftiger älterer Menschen und ihrer Pflegepersonen birgt die Gefahr, dass Abhängigkeiten, emotionales Leiden und das Eingebundensein in individuelle lebensweltlich Kontexte nicht mitreflektiert werden. Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind, werden dann u.U. Entscheidungen und Aufgaben zugemutet, die sie autonom nicht bewältigen können. Sie fühlen sich allein gelassen oder überfordert, was letztendlich dazu führen kann, dass eine ohnehin als problematisch empfundene Lebenssituation zusätzlich destabilisiert wird (vgl. Evers 1999:574 ff.; Schäffer 2001:57 ff.). Die emotionale Begleitung und Unterstützung der Betroffenen bei der Bewältigung krankheits- und pflegebedingter Probleme und Belastungen im Rahmen einer wertschätzenden und stützenden Beziehung ist daher - neben der Befähigung zu einem eigenverantwortlichen Selbstmanagement der häuslichen Pflege und Versorgung – immer mit ein wesentlicher Aspekt von Beratung (vgl. Belardi et al. 1999:46 ff., 71, 75ff; Nestler et. al 2001:131-132; Koch-Straube 2002:80 ff.; 111 ff.; Entzian 2001).



Abhängig davon, ob Beratung in einer von den Betroffenen als krisenhaft empfundenen häuslichen Pflegesituation oder ohne akuten Handlungsdruck zur Lösung eines speziellen, genau umschriebenen Problems in Anspruch genommen wird, stehen unterschiedliche Aspekte von Beratung im Vordergrund. Frage- und Problemstellungen variieren darüber hinaus im zeitlichen Verlauf der häuslichen Pflege (vgl. Hedtke-Becker 1999:50-62; Becker 1997:100).

- So steht vor Eintritt einer Pflegesituation eher eine allgemeine, orientierende Information und Aufklärung über relevante Aspekte der Pflege und Versorgung älterer Menschen und Möglichkeiten der Prävention und Kompensation von gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Vordergrund der Beratung.
- Bei und unmittelbar nach Eintritt einer Pflegesituation benötigen die Betroffenen primär beratende Unterstützung, um ihre - häufig als krisenhaft empfundene Lebenssituation - zu verstehen und diesbezüglich reflektierte und individuell befriedigende Entscheidungen zu treffen und im Alltag umzusetzen. Um gesundheitliche Beeinträchtigungen und die daraus resultierenden Veränderungen ihrer Lebenswelt zu bewältigen, benötigen sowohl Pflegebedürftige als auch ihre Pflegepersonen insbesondere in dieser Phase krankheits- und pflegerelevante Informationen, Kenntnisse, Fertigkeiten und emotionale Unterstützung.
- Auch wenn sich im Langzeitverlauf der häuslichen Pflege Alltags- und Pflegeroutinen ausbilden und stabilisieren, ist Beratung erforderlich, um die Selbsthilfepotentiale privater Pflegehaushalte zu erhalten und zu fördern. Beratungsaktivitäten während einer längerfristigen Pflegesituation erfolgen primär mit dem Ziel der Prävention oder Bearbeitung von Überforderungs- und Konfliktsituationen oder gelten der Hilfestellung bei speziellen Pflege- oder Alltagsproblemen.
- Auch nach und zum Ende einer Pflegesituation (z.B. durch den Tod des Pflegebedürftigen oder seinen Übergang in eine stationäre Pflegeeinrichtung) benötigen die Betroffenen häufig vermehrt beratende Unterstützung. Sowohl Pflegebedürftige als auch ihre Pflege- und Bezugspersonen benötigen beratende Hilfen beispielsweise im Rahmen der Sterbebegleitung oder zur Entscheidung und Organisation einer stationären Pflege. Nach dem Ende einer Pflegesituation können für informelle Helfer oder andere nahestehende Bezugspersonen der Abschied vom Pflegebedürftigen oder der Pflegesituation, die Bewältigung von Trauer- und Verlustgefühlen sowie die Entwicklung von neuen Zukunftsperspektiven im Vordergrund der Beratung stehen (vgl. Hedtke-Becker 1999:50-62; Becker 1997:100).

Ähnlich wie im Kontext der sozialpädagogischen Beratung erlaubt die Komplexität häuslicher Pflegesituationen nicht eine ausschließliche Orientierung des Beraters an einer spezialisierten Beratungsrichtung (z.B. Psychotherapie) oder einer speziellen Beratungskonzeption oder Methodik (vgl. Belardi et al. 1999:62-63). Je nachdem, wie Berater Erwartungen der Hilfesuchenden oder konkrete Problemsituationen deuten, variieren Schwerpunkte und Zielsetzungen der Beratung. Pflegeberatung kann sich diesbezüglich verschiedenster didaktischer Methoden und Gesprächstechniken bedienen und sich an unterschiedlichen Beratungsansätzen oder -konzepten orientieren. Die unterschiedlichen Ansätze oder Konzepte von Beratung bieten je nach theoretischem Bezugsrahmen (z.B. Humanistische Psychologie, Didaktik, Behaviorismus, Phänomenologie, Systemtheorie) unterschiedliche Erklärungen für Entstehung und Lösung menschlicher Problemlagen. Entsprechend variieren Inhalte, Strategien und Ziele der Beratung sowie die Rolle des Beraters. Dabei werden in der Praxis häufig Elemente unterschiedlicher Beratungsansätze oder auch –konzepte verwendet. Beratung ist für die Hilfesuchenden jedoch nur dann hilfreich, wenn Beratungsstrategien der individuellen Problemsituation entsprechend reflektiert und zielgerichtet eingesetzt werden. Ob Inhalte der Beratung akzeptiert und verarbeitet werden und für die Betroffenen letztendlich handlungsleitend sind, wird neben anderen Faktoren<sup>48</sup> wesentlich dadurch bestimmt, inwieweit Beratung an lebensweltliche Sinnzusammenhänge, Prioritäten, Bedürfnisse und Ressourcen der zu Beratenden anknüpft. Im Rahmen des Erstkontaktes zwischen Berater und zu Beratenden ist daher eine umfassende, gemeinsame und lebensweltorientierte Analyse der individuell gegebenen Pflege- oder Problemsituation und daraus resultierender Unterstützungsbedarfe erforderlich. Erst auf dieser Grundlage können dann Zielsetzungen und inhaltliche Schwerpunkte des weiteren Beratungsprozesses geklärt werden (vgl. Belardi et al. 1999:62-74; Koch-Staube 2001:108-120).

#### **4.4 Beratung in der ambulanten Pflege als Aufgabenbereich professioneller Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste**

Pflegeberatung erfolgt in der Praxis durch unterschiedliche Berufsgruppen (z.B. Pflegekräfte, Ärzte, Sozialpädagogen, Angestellte von Versicherungen und Behörden) und Institutionen bzw. Einrichtungen (z.B. MDK, Pflege- und Krankenkassen, Einrichtungen der Altenhilfe, Krankenhaus, Arztpraxen, Sanitätshäuser, ambulante Pflegedienste, Verbraucherzentralen, Patientenberatungsstellen, Selbsthilfegruppen.). Pflegekräfte sind in allen Bereichen der stationären und ambulanten gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen als Berufsgruppe vertreten (vgl. Schäffer 2001:49). Ihre tägliche Arbeit vollzieht sich - in körperlicher wie psychosozialer Hinsicht - meist in großer Nähe zum älteren Menschen. Pflegekräfte haben im Vergleich zu anderen

---

<sup>48</sup> Weitere Faktoren sind z.B. Freiwilligkeit der Beratung, Ort, Dauer oder Zeitpunkt der Beratung; Qualität der Beratungsbeziehung, pädagogische und sozialkommunikative Fähigkeiten des Beraters (vgl. Belardi et al. 1999:55 ff.).

Berufsgruppen über weite Strecken des Krankheits- und Pflegeverlaufs oftmals einen häufigeren und unmittelbaren Kontakt zu kranken oder pflegebedürftigen Menschen und Mitgliedern ihres sozialen Netzwerkes. Die besonderen Merkmale beruflicher Pflegearbeit eröffnen Pflegekräften Einblicke in Lebenswelten älterer Menschen und Möglichkeiten einer beratenden Begleitung und Unterstützung, die sich anderen Berufsgruppen meist nicht so direkt erschließen (vgl. Stratmeyer 2005:43; Müller-Mundt et al 2000:44; Koch-Straube 2001:76-77).

Die Vermittlung von pflegerelevanten Informationen, Kenntnissen, Fertigkeiten sowie von Rat, Zuspruch, Trost und Anteilnahme - im Rahmen von Gesprächen oder einer praktischen Anleitung – ist für die meisten Pflegekräfte ein selbstverständlicher Bestandteil ihres beruflichen Alltags. Auch in Pflege-theorien oder -konzepten wird die Befähigung gesundheitlich beeinträchtigter oder gefährdeter Menschen zur Erhaltung, Förderung oder Wiederherstellung ihrer Selbstpflegekompetenzen als eine Aufgabe professioneller Pflege beschrieben. Die verschiedenen Pflege-theorien und -konzepte integrieren, orientiert am jeweiligen theoretischen Bezugsrahmen und mit jeweils spezifischen Schwerpunkten und Zielsetzungen, in unterschiedlichem Ausmaß Aspekte pflegerischer Beratung und Beziehungsgestaltung (vgl. Koch-Straube 2001:15-33). Auch in § 3 Abs. 2 des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) wird die „Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit“ als eigenverantwortlich auszuführende Aufgabe und Ausbildungsziel in der Krankenpflege formuliert (BGBl Jg. 2003 Teil I Nr. 36:1444). Ebenso soll die Altenpflegeausbildung nach § 3 des Altenpflegegesetzes (AltPflG) u.a. die Kompetenzen vermitteln, „die zur eigenständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind“ (BGBl Jg. 2003 Teil 1 Nr. 44:1692). Die systematische Analyse und Definition von Beratungsbedarfen, die Formulierung von Beratungszielen, die Planung und praktische Umsetzung entsprechender beratender Interventionen sowie eine Evaluation ihrer Wirkungen ist zudem ein spezifischer Teil des Problemlösungsprozesses professioneller Pflege. Zugleich sollte dieser Problemlösungsprozess insgesamt - wie auch in seinen einzelnen Teilschritten - Ergebnis einer kommunikativen und dialogorientierten Verständigung aller an einer Pflegesituation beteiligten Personen sein (vgl. Nestler et al:2001:132 ff.; Bräutigam 2003:117 ff.). Beratung ist somit zentraler Bestandteil und Methode des Pflegeprozesses (vgl. Koch-Straube 2000:3).

Die Wahrnehmung von Beratungsaufgaben kann Prozesse der Professionalisierung der Pflege wesentlich befördern. Hierzu müssen Pflegekräfte jedoch Beratung als integralen Bestandteil ihrer beruflichen Aufgabe begreifen und über die entsprechende Bereitschaft und Kompetenz verfügen, die sich ihnen bietenden Möglichkeiten auch bewusst zu nutzen (vgl. Müller-Mundt et al. 49f). Insbesondere in der ambulanten Pflege haben Pflegekräfte die Möglichkeit, Probleme der Bewältigung von Alltag, Krankheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Lebensumfeld und Alltag zu

erschließen und Betroffene diesbezüglich durch beratende Interventionen zu unterstützen (vgl. Koch-Straube 2001:77). Beratung kann sich dabei auf alle unter Punkt 4.3 bereits genannten Aspekte beziehen.

Explizit der Beratung dienende Situationen ergeben sich vor allem beim Pflegebesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI, beim Erstberatungsgespräch sowie im Rahmen der Durchführung von Pflegekursen oder einer häuslichen Pflegeberatung nach § 45 SGB XI. Außerhalb der gesetzlich normierten Beratungsregelungen ergeben sich Beratungssituationen, wenn ältere Menschen - oder häufiger ihre Angehörigen - telefonisch Auskunft oder Hilfe suchen bzw. beim ambulanten Pflegedienst persönlich erscheinen. Darüber hinaus ergeben sich Beratungssituationen für Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste vor allem in informell-formell gemischten Pflegearrangements. Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit, eine präventive Beratung anzubieten, um Krankheit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden<sup>49</sup>.

Die Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI bieten prinzipiell die Möglichkeit einer Art supervisorischen Begleitung und einer gezielten, edukativen Unterstützung privater Pflegehaushalte. Eine offene, auf Freiwilligkeit beruhende und vertrauensvolle Beratungssituation ist jedoch nicht gegeben, da diese Pflegeeinsätze gleichzeitig der Kontrolle der Qualität informeller Pflege dienen und festgestellte Mängel zu Leistungsrestriktionen der Pflegekassen führen können (vgl. Müller-Mundt et. al 2000:46; Klein et. al 2001:171-173). Auch besteht grundsätzlich die Möglichkeit, dass ambulante Pflegedienste die Betroffenen aufgrund eigener ökonomischer Interessen nicht immer pflegefachlich objektiv beraten (vgl. BMFSFJ 2001b:32). Insgesamt verbinden private Pflegehaushalte mit der „Pflegepflichtberatung“ jedoch eher positive Wirkungen (Giese/Wiegel 2000:1039).

In Deutschland mangelt es zur Zeit an fachlich fundierten, aufeinander abgestimmten und speziell an Teilnehmerbedürfnissen orientierten Schulungsprogrammen. Auch fehlt es an Konzepten für die Durchführung von individuellen Einzelschulungen in der privaten Häuslichkeit. Insgesamt werden die angebotenen Gruppenschulungen, aber auch die Möglichkeiten der häuslichen Beratung und Schulung, von informellen Pflegepersonen selten beantragt<sup>50</sup>. Mögliche Gründe hierfür sind bereits unter Punkt 3.3 dieser Arbeit erläutert worden. Pflegekurse außerhalb der häuslichen Umgebung können von informellen Pflegepersonen darüber hinaus oftmals nicht aufgesucht werden, weil die häusliche Pflege ihre ständige Anwesenheit erfordert oder es ihnen nicht möglich ist, regelmäßig festgelegte Termine wahrzunehmen (vgl. Abt-Zegelin 2003a:113-114; Wolf 2000). Die Pflegekassen sind vermehrt bereit, Pflegeschulungen in der häuslichen Umgebung zu finanzieren, da sich

---

<sup>49</sup> Auf die Notwendigkeit einer präventiven Beratung und entsprechende Modellprojekte kann im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden.

<sup>50</sup> Das Angebot von Seiten der Pflegekassen, einen Schulungskurs in Anspruch zu nehmen, nutzen insgesamt nur 10% der informellen Pflegepersonen (vgl. Schneekloth/Müller 2000:57).

zunehmend die Erkenntnis durchsetzt, dass es nicht ausreicht, Pflegepersonen außerhalb der eigenen Situation lediglich theoretisch auf die Pflege vorzubereiten. Ambulanten Pflegediensten bietet sich hier die Möglichkeit, Beratungsleistungen anzubieten, die auf die individuelle häusliche Pflegesituation zugeschnitten sind (vgl. Abt-Zegelin 2003b; Wolf 2000). Darüber hinaus können allgemeine oder themenspezifische Schulungskurse, Informationsveranstaltungen oder Gesprächskreise allein oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen, Diensten oder Berufsgruppen außerhalb der häuslichen Umgebung angeboten werden (vgl. Hedke-Becker 2000:62 ff.).

Möglichkeiten einer kontinuierlichen pflegefachlichen und psychosozialen Begleitung privater Pflegehaushalte, aber auch einer gezielten punktuellen Hilfestellung in Krisensituationen oder bezüglich eines umschriebenen Problems, ergeben sich vor allem in informell-formell gemischten Pflegearrangements. Pflegekräfte können in diesem Rahmen Ressourcen, Veränderungen, Überforderungssituationen und Konfliktpotentiale häuslicher Pflegearrangements kontinuierlich - in der Langzeitpflege oft über Jahre hinweg - registrieren. Beratungs- und Anleitungssituationen ergeben sich dabei häufig situativ während des Pflegeeinsatzes in Zusammenhang mit anderen beruflichen Aufgaben. Beratung sollte jedoch auch über den gesamten Pflegeverlauf hinweg - in bestimmten Zeitintervallen oder aufgrund eines konkreten Anlasses - gezielt und geplant erfolgen.

#### **4.6 Stellenwert und Qualität von Beratung in der Pflegepraxis**

Während z.B. in angloamerikanischen Ländern Beratung als eine zentrale Kernaufgabe professioneller Pflege verstanden und praktiziert wird, hat Beratung in der bundesdeutschen Pflegepraxis einen vergleichsweise geringeren Stellenwert. Beruflich Pflegende sind häufig noch einem traditionellen Pflege- und Rollenverständnis verhaftet. Oftmals werden eher körperbezogene direkte Pflegetätigkeiten als vorrangige berufliche Aufgabe begriffen. Beratung erfolgt dabei häufig „nebenbei“ als selbstverständlicher Bestandteil beruflicher Pflegepraxis, ohne ihr eine besondere Bedeutung zuzumessen oder wird im Extremfall nicht als ein Aufgabenbereich beruflicher Pflege begriffen. Auch subsumieren viele Pflegekräfte unter Beratung primär informierende und anleitende Aktivitäten. Ob und inwieweit Beratungswünsche oder -bedarfe von zu Pflegenden oder ihren Angehörigen registriert und aufgegriffen werden, bleibt häufig der Intuition der jeweiligen Pflegekraft, ihrem individuellen beruflichen Selbstverständnis und ihrer überwiegend „on the Job“ erworbenen Beratungskompetenz überlassen (vgl. Knelange/Schieron 2000, Müller Mundt et al 2000; Koch-Straube 2001).

Beratung und Beziehungsgestaltung erfolgen in der pflegerischen Praxis oftmals unreflektiert und wenig zielgerichtet. Beratungsaktivitäten sind selten konzeptionell verankert. Eine genaue und gemeinsame Analyse des Beratungsbedarfs sowie eine Dokumentation und Evaluation von Beratungsaktivitäten ist eher die Ausnahme (vgl. Abt-Zegelin 2003a:107-108). Die Auseinandersetzung mit Beratung als eigenständige, theoretisch fundierte Aufgabe professioneller Pflege, die praktisch systematisch umgesetzt und evaluiert wird, hat in Deutschland erst ansatzweise begonnen (vgl. Müller/Mundt et al 2000:44 ff.). Auch sind Pflegende durch ihre berufliche Aus-, Fort- und Weiterbildung nur unzureichend auf Aufgaben der Beratung vorbereitet. Sie fühlen sich in Bezug auf eine professionelle Beratung überfordert oder glauben, dass hierfür keine speziellen Kompetenzen erforderlich sind (vgl. Abt-Zegelin 2003a:108; Koch-Straube 2001:177 ff.).

Speziell im Bereich der ambulanten Versorgung älterer Menschen ist das Thema Pflegeberatung - insbesondere die Beratung pflegender Angehöriger - mittlerweile jedoch zunehmend Gegenstand von Fachdiskussionen und Fachpublikationen sowie von Modell- und Forschungsprojekten, auch der Pflegewissenschaft. Diesbezügliche Anstöße gingen u.a. vom Leistungsrecht der Pflegeversicherung aus, das den verantwortlichen Leistungsträgern Aufgaben der Pflegeberatung überträgt und der professionellen Pflege hinsichtlich der pflegfachlichen Beratung eigene Kompetenzen zuordnet (vgl. Müller-Mundt et al. 2000:45 ff.). „Kaum ein anderes Thema hat in den letzten Jahren in der pflegfachlichen Diskussion derart an Bedeutung zugenommen wie Pflegeberatung“ (Stratmeyer 2005:42). Dabei geht es jedoch primär um die Entwicklung und Implementation von Konzepten der Patienten- und Angehörigenschulung in die Pflege und Fragen des Verbraucherschutzes hinsichtlich der leistungerschließenden Information und Aufklärung. Bislang liegen allgemein nur wenig empirisch gesicherte Informationen zur geleisteten Qualität in der ambulanten professionellen Pflege vor (vgl. BMFSFJ 2001b:345)<sup>51</sup>. Die Frage, in welchem Umfang und welcher Qualität Beratungsaufgaben speziell durch professionelle Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste wahrgenommen werden und welches Beratungsverständnis handlungsleitend Beratungsprozesse bestimmt, ist bislang kaum untersucht und kann anhand der verfügbaren Informationen noch nicht beantwortet werden.

Auf einer von der Universität Witten/Herdecke initiierten Fachtagung wurde konstatiert, dass Aufgaben der Pflegeberatung auch im Bereich der ambulanten Pflege nicht im erforderlichen Umfang und Qualität wahrgenommen werden (vgl. Abt-Zegelin 2003a:113-114). In einer im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführten Untersuchung zur

---

<sup>51</sup> Empirische Befunde sind in der Mehrheit auf den Bereich der stationären Pflege und häufig speziell die akutmedizinischen Versorgung bezogen (vgl. BMFSFJ 2001b:348).

Qualität in der ambulanten professionellen Pflege<sup>52</sup> wurden u.a. auch Befunde zur Qualität der Beratung privater Pflegehaushalte erhoben. Ergebnis der in diesem Rahmen erfolgten Literaturanalyse war u.a., dass viele Pflegekräfte die in der Ausbildung vermittelten Qualifikationen zur Bewältigung neuer und komplexer Aufgaben in der ambulanten Pflege als unzureichend ansehen. Zu den häufig genannten Defiziten gehören auch mangelnde Kompetenzen zur Beratung und Gesprächsführung (vgl. BMFSFJ 2001b:110 ff.). In den durchgeführten Intensivinterviews mit Experten der sozialen Praxis<sup>53</sup> wurde die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen durch ambulante Pflegedienste als unzureichend beurteilt. Als Gründe hierfür wurden sowohl ökonomische Eigeninteressen der ambulanten Dienste als auch mangelnde Beratungsqualifikationen und eine Überforderung der Pflegekräfte genannt. In Bezug auf die leistungerschließende Information und Aufklärung wird daher die Etablierung unabhängiger Stellen der Verbraucherberatung als dringend notwendig erachtet. Betont wurde auch, dass die Abrechnung nach Leistungskomplexen eher den Abruf standardisierter Leistungspakete und eine diesbezügliche Beratung fördert als eine differenzierte Orientierung von Beratung und Leistungsangebot am individuellen Hilfebedarf. Erstberatung und Pflegeplanung seien daher häufig primär an Refinanzierungsmöglichkeiten der Pflege durch die Kostenträger orientiert (vgl. BMFSFJ 2001b:351 ff.). Die ebenfalls im Rahmen der Untersuchung durchgeführte standardisierte schriftliche Befragung von Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste ergab hingegen, dass lediglich 6% der Befragten die Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen durch den ambulanten Pflegedienst als mangelhaft beurteilen (vgl. Ebenda:359)<sup>54</sup>.

Professionelle Pflege hat zur Zeit die Chance, sich auf dem Gebiet der Beratung privater Pflegehaushalte gegenüber anderen Berufsgruppen, aber auch im Umfeld der informellen Pflege und Anbietern außerhalb des gesetzlich reglementierten Pflegesystems, durch ein pflegespezifisches Beratungsprofil kompetent zu positionieren. Darüber hinaus ist eine umfassende und an die individuelle Pflegesituation anknüpfende Beratung erforderlich, um Barrieren der Inanspruchnahme professioneller Pflegeunterstützung entgegenzuwirken und informelle und professionelle Pflege optimal zu vernetzen. Für die unterschiedlichen Beratungsanlässe und Beratungsaufgaben, die sich im Rahmen ambulanter Pflegearbeit ergeben, sind wissenschaftlich fundierte Beratungskonzepte und Kriterien ihrer Evaluation noch zu entwickeln. Bereits vorliegende Konzepte anderer Fachdisziplinen sind hinsichtlich ihrer Eignung für den Bereich der ambulanten Pflege zu überprüfen und ggf. entsprechend anzupassen.

---

<sup>52</sup> Die Untersuchung wurde von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie in Dortmund durchgeführt. Sie war in erster Linie explorativ und deskriptiv angelegt. Sie umfasste sowohl eine Literaturanalyse und Experteninterviews als auch zwei bundesweite anonyme schriftliche Befragungen von Pflegekräften ambulanter Pflegedienste (vgl. BMFSFJ 2001b:345 ff.).

<sup>53</sup> Befragt wurden Mitarbeiter von: Beratungsstellen, Angehörigen- und Selbsthilfegruppen, Seniorenvertretungen, Verbraucherzentralen, Kommunal-/Sozialverwaltung, Pflegekassen, MDK in vier ausgewählten Regionen (vgl. BMFSFJ 2001b:13).

<sup>54</sup> Aufgrund der geringen Rücklaufquote von ca. 10% der kontaktierten Dienste ist dieses Ergebnis jedoch nur begrenzt aussagekräftig (vgl. BMFSFJ 2001b:346).

Nachfolgend soll das bei Inanspruchnahme professioneller Pflegeunterstützung erfolgende Erstberatungsgespräch durch Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste als ein wesentlicher Aspekt häuslicher Pflegeberatung näher betrachtet werden. Exemplarisch sollen Anforderungen an eine lebensweltorientierte Pflegeberatung aufgezeigt und ein möglicher konzeptioneller Rahmen als Handlungsorientierung für diese spezielle Beratungssituation skizziert werden. Das Erstberatungsgespräch wurde als Beispiel gewählt, da es sich hier um eine - sowohl für ambulante Pflegedienste als auch für private Pflegehaushalte - zentrale Beratungssituation handelt, die Entscheidungen, ob und in welchem Umfang instrumentelle und beratende professionelle Unterstützung in Anspruch genommen und akzeptiert wird, maßgeblich beeinflusst.

#### **4.5 Die Erstberatung in informell-formell gemischten Pflegearrangements**

Entscheiden sich private Pflegehaushalte für die Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen, erfolgt zu Beginn der Pflege ein Erstberatungsgespräch durch den ambulanten Pflegedienst. In der Regel wird dieses Gespräch durch eine Pflegefachkraft geführt, welche die nachfolgende Pflege nicht selbst übernimmt (z.B. Pflegedienstleitung, ihre Stellvertretung, Einsatzleitung). Bei professionellen Pflegeleistungen nach dem SGB XI ist ein Erstberatungsgespräch gemäß den gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI verpflichtend vorgeschrieben. An dieser Stelle sind auch allgemeine, den Pflegekassen wesentlich erscheinende Ziele und Inhalte der Beratung aufgeführt<sup>55</sup>. Die konkrete Gestaltung der Beratung bleibt jedoch dem jeweiligen Pflegedienst überlassen. Im Erstberatungsgespräch erfolgt eine Analyse der häuslichen Problemsituation, aus der nachfolgend eine individuelle Hilfeplanung und konkrete Unterstützungsmöglichkeiten durch den ambulanten Pflegedienst abgeleitet werden. Die Hilfeplanung bezieht sich nicht nur auf mögliche Leistungen des ambulanten Pflegedienstes, sondern umfasst auch darüber hinaus benötigte Hilfen anderer Anbieter. Entscheiden sich die Hilfesuchenden für die Inanspruchnahme von Leistungen des Pflegedienstes, ist der Abschluss eines entsprechenden

---

<sup>55</sup> In der Bekanntmachung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 31. Mai 1996 heißt es:

„Der Pflegedienst führt zur Feststellung des Hilfebedarfs und der häuslichen Pflegesituation einen Erstbesuch beim Pflegebedürftigen durch. Dabei sind Möglichkeiten der aktivierenden Pflege und die beim Pflegebedürftigen vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zur Einbeziehung in den Pflegeprozess herauszuarbeiten. Soweit der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung empfohlene Pflegeplan vorliegt, ist dieser beim Erstbesuch heranzuziehen. Der Pflegebedürftige, seine Angehörigen und andere an der Pflege Beteiligte sind einzubeziehen. Der Pflegedienst stellt fest, welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch den Pflegebedürftigen, Angehörige, den Pflegedienst und andere Pflegepersonen erbracht werden können. Den angemessenen Wünschen des Pflegebedürftigen ist dabei Rechnung zu tragen. Darüber hinaus ist die soziale und kulturelle Integration des Pflegebedürftigen in das gesellschaftliche Umfeld zu beachten. Soweit sich die Notwendigkeit des Einsatzes von Pflegehilfsmitteln und der Anpassung des Wohnraumes ergibt, informiert der Pflegedienst hierüber die Pflegekasse, die das Weitere veranlasst“. Auch in der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI werden im Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung beim Pflegebedürftigen Kriterien für eine individuelle Pflegeberatung aufgeführt (vgl. Dangel/Korporal 2002:54).



Pflegevertrags<sup>56</sup> gemäß § 120 SGB XI gesetzlich vorgeschrieben. Die nachfolgende professionelle Pflege hat auf der Grundlage einer individuellen Pflegeplanung zu erfolgen. Diese wird in der Praxis häufig erst nach dem Erstberatungsgespräch vom Berater oder der verantwortlichen Pflegekraft, welche die Pflege übernimmt, erstellt (vgl. Herold 2002:71 ff.). Eine Vergütung der Erstberatung erfolgt lediglich bei Abschluss eines Pflegevertrages und ist in den Bundesländern jeweils unterschiedlich<sup>57</sup>.

Zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme professioneller Pflegeunterstützung befinden sich die Hilfesuchenden mehrheitlich in einer Krisensituation, die autonom nicht bewältigt werden kann (vgl. Punkt 3.3). Es ist davon auszugehen, dass die Betroffenen in der Regel grundsätzlich bereit sind, Pflegeverantwortung zu teilen bzw. abzugeben. Der Entscheidung, einen ambulanten Pflegedienst einzubeziehen, sind meist umfassende Reflektionsprozesse vorausgegangen, in denen die Hilfesuchenden ihre jeweils eigenen Vorstellungen und Überzeugungen hinsichtlich der häuslichen Problemsituation, Möglichkeiten der Problemlösung und Möglichkeiten der Unterstützung durch den ambulanten Pflegedienst entwickelt haben (vgl. Hedtke-Becker 1999:49).

Die beratende Pflegekraft steht vor der Aufgabe, den Pflegebedürftigen und ggf. seine Pflege- und Bezugspersonen - in einer für die Betroffenen meist hochproblematischen Situation - ethisch und pflegfachlich adäquat zu beraten. Zugleich ist sie gefordert, die wirtschaftlichen Interessen des Pflegedienstes zu vertreten. Hierzu muss sie möglichst viele Dienstleistungen aus dem Leistungsspektrum des Pflegedienstes, die im individuellen Einzelfall benötigt werden, „verkaufen“. Auch wenn ein Teil der zu beratenden Personen mittlerweile über Anspruchs- und Finanzierungsgrundlagen der häuslichen Pflege gut informiert ist, haben insbesondere ältere Menschen sich häufig nicht auseinandergesetzt, dass zum Teil hohe finanzielle Eigenleistungen für eine qualitativ gute und umfassende häusliche Pflege erforderlich sind. Sie können oft nicht verstehen oder akzeptieren, dass sie Teile ihrer Ersparnisse oder ihres Vermögens investieren müssen. Auch auf Seiten der beratenden Pflegekraft lässt sich die Realisierung des Ziels „Verkaufen“ nicht immer mit den eigenen persönlichen und beruflichen Orientierungen vereinbaren. Sie sollte in dieser Hinsicht eine reflektierte eigene Sichtweise entwickelt haben, um Unsicherheiten und Konflikte in Bezug auf die berufliche Rolle und Aufgabe zu erkennen und zu bewältigen (vgl. Herold:202:713 ff.).

---

<sup>56</sup> Im Pflegevertrag werden Art, Dauer und Umfang der vom Pflegedienst zu erbringenden Leistungen verbindlich geregelt und es wird dem Leistungnehmer eine zuverlässige und qualifizierte Versorgung, den gesetzlichen Bestimmungen entsprechend, zugesichert. Darüber hinaus werden Vergütung von Pflegeleistungen, Aspekte der Schweigepflicht und des Datenschutzes sowie Kündigungsbedingungen und besondere Vereinbarungen (z.B. Überlassen des Wohnungsschlüssels) geregelt (vgl. Herold 2002:720 ff.).

<sup>57</sup> Eine Vergütung erfolgt nur, wenn es nach dem Gespräch zum Abschluss eines Pflegevertrags kommt. In Hamburg beträgt die Punktzahl für den Leistungskomplex 17 (Erstbesuch: einschließlich Anamnese und Pflegeplanung) 700 Punkte. Der Punktwert beträgt bspw. für die Sozialstation Eppendorf 0,0420 Euro, d.h. der Erstbesuch wird mit 29,40 Euro vergütet (vgl. Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI (häusliche Pflegehilfe) der Sozialstation Eppendorf vom 01.09.2005).

Ziel des Erstberatungsgesprächs ist eine sowohl pflegfachlich wie lebensweltlich getragene Vereinbarung, ob und in welcher Art und Weise lebensweltliche und professionelle Ressourcen in einem gemeinsamen Pflegearrangement möglichst optimal verknüpft werden können, welche Ressourcen und Kompetenzen darüber hinaus erforderlich sind und wie diese erschlossen bzw. vermittelt werden können. Die Gestaltung der Erstberatung ist von entscheidender Bedeutung für die Frage, inwieweit es gelingt, die pflegfachliche und die lebensweltliche Perspektive zur Deckung zu bringen und ein von allen Beteiligten getragenes Pflegearrangement auszuhandeln<sup>58</sup>. Das Erstberatungsgespräch sollte nur durch eine hierfür ausreichend qualifizierte Fachkraft mit beruflicher Erfahrung in der ambulanten Pflege durchgeführt werden.

#### 4.5.1 Erhebung und Vermittlung von Informationen im Erstberatungsgespräch

Die Übernahme oder auch Delegation von Pflegeverantwortung und die nachfolgende Gestaltung häuslicher Pflegearrangements sollte Ergebnis eines reflektierten Entscheidungsprozesses sein. Dies gilt sowohl für die Mitglieder privater Pflegehaushalte als auch für die professionellen Helfer. Um durchdachte, individuell angemessene Entscheidungen und Problemlösungen zu entwickeln, müssen Berater und zu Beratende u.a. über alle hierfür relevanten Informationen verfügen.

Die beratende Pflegekraft benötigt diesbezüglich von den zu Beratenden z.B. Informationen:

- zu ihrer gesundheitlichen, sozialen und finanziellen Situation;
- zur Wohnsituation;
- über ihre gesundheits-, krankheits-, pflege- und versorgungsrelevante Kenntnisse und Fertigkeiten zur Gestaltung und Durchführung der häuslichen Pflege;
- über ihre Biographie und Zukunftserwartungen sowie ihre individuellen Bedürfnisse, Wünschen und Prioritäten etc.;
- über Entwicklung, Verlauf und Probleme des privaten Pflegearrangements etc..

Informationen können anhand von Beobachtung, durch aufmerksames Zuhören sowie durch allgemeine oder spezielle Fragen erhoben werden (vgl. Herold 2001:121 ff., 148). Informationen sollten orientiert an den unterschiedlichen Dimensionen häuslicher Lebenswelten systematisch und theoriegeleitet erfasst, analysiert und entsprechend dokumentiert werden (vgl. Ebenda:168 ff.). Entscheidend ist nicht nur, was die Gesprächsteilnehmer inhaltlich – also auf der Sachebene – äußern,

---

<sup>58</sup> Unterschiedliche Perspektiven der lebensweltlichen und professionellen Akteure in einer Pflegesituation sind bereits im Kapitel 3 dieser Arbeit „Professionelle Pflege und informelle Pflege“ beschrieben worden. In diesem Zusammenhang wurde bereits ausführlich auf Barrieren der Inanspruchnahme professioneller Hilfe und die bei Einbeziehung professioneller Pflegeunterstützung entstehenden Probleme sowie Möglichkeiten, diesen entgegenzuwirken, eingegangen.

sondern auch wie sie sich artikulieren. Oftmals werden z.B. Fragen, Probleme oder Vorbehalte nicht offen ausgesprochen. So muss der Berater z.B. auch Tonfall oder Gesprächspausen sowie nonverbale Signale (Mimik, Körperhaltung) der zu Beratenden registrieren und ggf. daran anknüpfen (vgl. Belardi et al. 1999:46, 65; Koch-Straube 2001:96-97).

Ältere Menschen und ihre Pflege oder Bezugspersonen benötigen Informationen über:

- unterschiedliche Möglichkeiten der Gestaltung der häuslichen Pflege und Versorgung und die damit für sie verbundenen Aufgaben und Belastungsmomente (dazu gehören auch Informationen und Deutungshilfen zur Einschätzung der gegebenen Pflegesituation und den individuell benötigten Unterstützungsleistungen);
- Leistungsangebot, Preise der angebotenen Leistungen, Organisation und Arbeitsweise, relevante Ansprechpartner, Pflegevertrag etc. des gewählten Pflegedienstes;
- weitere zur Verfügung stehende Einrichtungen und Dienste in ihrem wohnlichen Einzugsbereich sowie Inhalt, Umfang und Preise der angebotenen Leistungen;
- Möglichkeiten der Hilfsmittelversorgung und der Wohnraumanpassung;
- Möglichkeiten der Rehabilitation;
- Möglichkeiten der Kompetenzerweiterung und Entlastung pflegender Angehöriger (z.B. Schulungskurse, häusliche Pflegeberatung, teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege etc.);
- spezielle oder weitergehende Beratungsangebote (Patientenberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, Stellen der Wohnberatung, Familien- oder Konfliktberatung, psychotherapeutische Angebote);
- Finanzierung der häuslichen Pflege und Versorgung (Leistungsrechtliche Anspruchsgrundlagen und sozialstaatlich Finanzierungsmöglichkeiten, Antrags- und Begutachtungsverfahren, notwendige finanzielle Eigenleistungen etc. );
- rechtliche Vorsorge (gesundheitliche Beeinträchtigungen können dazu führen, dass ältere Menschen ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbständig regeln können. Betroffene oder nahestehende Bezugspersonen benötigen diesbezüglich Informationen über Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Einrichtung einer Betreuung, Testament etc.).

Darüber hinaus benötigen die Betroffenen u.U. auch Hilfestellung bei der Beantragung von Leistungen, der Kontaktaufnahme zu Einrichtungen, Diensten, Behörden und Beratungsstellen und bei der Koordination der unterschiedlicher Hilfen.

In Abhängigkeit von der individuellen Pflegesituation (z.B. Zeitpunkt der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung, individuelle Problemsituation, Wissenstand der zu Beratenden) benötigen die Betroffenen jeweils unterschiedliche Informationen. Die Informationen müssen am Empfänger orientiert sein und entsprechend ausgewählt, aufbereitet und vermittelt werden.

- Informationen sollten in einer verständlichen Sprache erfolgen und häufig wiederholt werden (vgl. Herold 2001:146). Der Berater hat sich dabei in seinem sprachlichen Ausdruck am Bildungsstand und den Kommunikationsfähigkeiten der zu Beratenden zu orientieren (vgl. Belardi et al. 1999:58).
- Informationen müssen an die individuelle häusliche Pflegesituation anknüpfen und fachlich richtig - dem aktuellen Stand der Erkenntnisse entsprechend - vermittelt werden (vgl. Herold 2001:146f).
- Es ist weniger wichtig, möglichst viele Informationen zu vermitteln, sondern eher diese so darzubieten, dass sie im Gedächtnis geordnet verfügbar gehalten werden können. Merkblätter, Broschüren und graphische Darstellungen können diesbezüglich zu einem besseren Verständnis beitragen (vgl. Herold 2001:146). Hilfreich ist in diesem Zusammenhang eine Broschüre zu z.B. Pflegephilosophie, Zielen, Leistungsangebot, Organisation, Sprechzeiten, Ansprechpartnern etc. des ambulanten Pflegedienstes. Darin sollten möglichst auch Hinweise auf weitere Informationsmaterialien, Beratungs- und Unterstützungsangebote enthalten sein.
- Rückfragen von Seiten des Beraters sind notwendig, um zu erkennen, was an Informationen verstanden wurde und wie diese von den Hilfesuchenden interpretiert worden sind (vgl. Herold 2001:146). Die zu Beratenden sollten darüber hinaus ermutigt werden, Fragen zu stellen.
- Entscheidend ist nicht nur eine den individuellen Bedürfnissen der zu Beratenden entsprechende sachliche Information, sondern auch die Art und Weise, wie Informationen vermittelt werden. So können das Gesprächsverhalten oder die Körpersprache des Beraters z.B. als mangelndes Interesse oder Überheblichkeit interpretiert werden. Dies kann den Beratungsprozess erheblich beeinträchtigen und dazu führen, dass Beratungsinhalte nicht akzeptiert oder umgesetzt werden (vgl. Herold 2001:124f, 147). In dieser Hinsicht kommt dem emotionalen Gehalt der Mitteilung von Informationen - wie z.B. Anteil- und Rücksichtnahme, Verständnis, Interesse und Wertschätzung - eine große Bedeutung zu. Hierauf wird unter Punkt 4.5.3 dieser Arbeit noch näher eingegangen.

#### 4.5.2 Die lebensweltorientierte Problemanalyse als Ausgangspunkt von Beratung

Professionelle und lebensweltliche Akteure deuten Pflege- oder Problemsituation im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten aus ihrer jeweils spezifischen Perspektive. Dabei unterscheiden sie sich in Reichweite und Struktur verfügbarer Wissensvorräte und ihren Kontextbedingungen. Lebensweltliche und professionelle Definitionen von Hilfenotwendigkeiten und der Angemessenheit von Hilfeformen und –mitteln sind daher selbst angesichts „objektiver“ Problemlagen häufig nicht deckungsgleich (vgl. Kapitel 3). Das Erstberatungsgespräch erfordert daher, neben einer systematischen und rationalen Analyse der gegebenen Pflegesituation umfassende Klärungsprozesse darüber, wie die individuelle Problemsituation von allen Beteiligten wahrgenommen wird und welche Problemlösungen diesbezüglich möglich, sinnvoll und akzeptabel sind. Dies gilt nicht nur in Bezug auf Notwendigkeiten und Möglichkeiten professioneller pflegepraktischer Unterstützung, sondern auch z.B. in Fragen der Hilfsmittelversorgung, Wohnraumanpassung oder für die Empfehlung bzw. Einleitung weitergehender Beratungs- oder Entlastungsangebote. Die beratende Pflegekraft muss sich bewusst sein, „dass erst aus der Sichtweise, Gewichtung und Bewertung der Betroffenen heraus, eine Pflegesituation in ihrer Gesamtheit erfasst werden kann“ (Entzian 2001:13).

DEWE et. al unterscheiden diesbezüglich im Kontext der Sozialarbeit zwischen „entmündigender Problemlösung durch den Experten“ und „stellvertretender Deutung“ durch den professionellen Helfer (Dewe et. al 1993:13). Sie verstehen „professionelles Handeln (...) als ein Unterstützungsangebot für die Bewältigung lebenspraktischer Krisen, das keine perfekten Lösungen anzubieten hat, sondern die Fähigkeit des Klienten zur Problembearbeitung ergänzt“ (Ebenda:14). Eine professionelle Beratung zeichnet sich im Sinne DEWES et. al nicht durch die starre Anwendung regelgeleiteten Wissens aus. Der professionelle Berater ist bereit und fähig, die Perspektive lebensweltlicher Akteure sinnverstehend nachzuvollziehen, anzuerkennen und auf dieser Grundlage sein systematisch fundiertes Fachwissen sowie sein berufliches Erfahrungswissen dem individuellen Einzelfall entsprechend anzuwenden (vgl. Ebenda:13-14). Der Berater ist in diesem Zusammenhang gefordert, zwischen den eigenen beruflichen und persönlichen Orientierungen und Problemdefinitionen und den subjektiven Erfahrungswelten bzw. Deutungsmustern der lebensweltlichen Akteure zu vermitteln.

- Hierzu muss er lebensweltliche Orientierungen zunächst erschließen, indem er z.B. die Gesprächsteilnehmer auffordert, die Situation aus ihrer Sicht zu schildern, aufmerksam beobachtet und zuhört sowie ggf. gezielte Fragen stellt. Im Anschluss muss der Berater sein Verständnis darüber, wie die Situation aus Sicht der zu Beratenden gedeutet wird, im Dialog mit den zu Beratenden überprüfen und ggf. revidieren (vgl. Bräutigam 2003:121).

- Daran anknüpfend kann er den zu Beratenden in einem nächsten Schritt alternative Deutungsmöglichkeiten anbieten, indem er seine professionelle Wahrnehmung der Situation in den Beratungsprozess einbringt (vgl. Ebenda:137-138). Unangemessene subjektive Sichtweisen sollten in diesem Rahmen nicht durch Konfrontation korrigiert, sondern behutsam in Frage gestellt und angemesseneren Sichtweisen angenähert werden. Berater sind diesbezüglich weder befugt noch in der Lage, „falsche“ Deutungen der zu Beratenden durch „richtige“ Deutungen zu ersetzen. Auch steht es ihnen nicht zu, die Bemühungen lebensweltlicher Akteure zur Aufrechterhaltung der Normalität ihres Alltags oder die Art und Weise, wie sie Pflege und Selbstpflege, gemeinsame Beziehungen oder ihre Wohnumgebung gestalten, allein nach den eigenen persönlichen oder beruflichen Maßstäben zu beurteilen und eine diesbezügliche Kritik offen zum Ausdruck zu bringen.
- Auch im Verlauf der weiteren Beratung muss der Berater die eigenen Deutungen immer wieder überprüfen, um sich zu vergewissern, inwieweit sein Verständnis der Situation den subjektiven Wahrnehmungen der zu Beratenden entspricht. Dabei muss er auch selbst bereit und fähig sein, eigene Deutungsmuster und Prioritäten zu korrigieren oder anzupassen, sofern dies fachlich und ethisch verantwortbar ist (vgl. Bräutigam 2003:119).
- Beratung ist primär ein kommunikativer, dialogischer Prozess der Verständigung, in dem unterschiedliche Wahrnehmungen, Interpretationen, Ressourcen und Prioritäten der beteiligten Gesprächsteilnehmer geklärt werden. Am Ende dieses Prozesses sollte eine reflektierte Entscheidung aller Beteiligten stehen, ob und in welcher Art und Weise eine weitere Zusammenarbeit sinnvoll und hilfreich ist. So können sowohl Berater als auch Ratsuchende feststellen, dass sich unterschiedliche Orientierungen nicht vereinbaren lassen oder Anpassungsleistungen bzw. Kompromisse erforderlich sind. Auch kann der Berater zu der Erkenntnis kommen, dass er den zu Beratenden in ihrer speziellen Problemsituation nicht helfen kann und die Vermittlung andersgearteter oder weitergehender Beratungsangebote sinnvoll ist (vgl. Koch-Straube 2001:180).
- Erst wenn geklärt ist, dass lebensweltliche und professionelle Vorstellungen hinsichtlich der weiteren Pflege und Betreuung im Grundsatz zu vereinbaren sind, kann in einem nächsten Schritt gemeinsam eine Hilfeplanung entwickelt und eine Vereinbarung über die vom Pflegedienst zu erbringenden oder gegebenenfalls zu vermittelnden Unterstützungsleistungen getroffen werden.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen können jedoch kognitive oder kommunikative Kompetenzen so weit beeinträchtigen, dass eine dialogische oder verbale Verständigung

nur eingeschränkt möglich ist. Auch muss beachtet werden, dass lebensweltliche Orientierungen Außenstehenden nicht ohne weiteres zugänglich sind und meist nur unvollständig erschlossen werden können (vgl. Punkt 2.1.3). Insbesondere in Belastungs- oder Krisensituationen verfügen die Betroffenen oftmals nicht über verlässliche Deutungs- und Handlungsmuster (siehe Punkt 2.2). Sie sind dann häufig nicht bereit oder fähig, eine Situation bzw. ihr Handeln zu reflektieren, Informationen aufzunehmen oder bestimmte Entscheidungen zu treffen. Sie erwarten u.U. dass ihnen Verantwortung und Entscheidungen zunächst einmal abgenommen werden und sie sich vertrauensvoll „fallen lassen“ können. Berater müssen durch ihre kommunikative Kompetenz häufig erst die notwendigen Voraussetzungen schaffen, die eine weitergehende Beratung ermöglichen. Der Aufbau einer vertrauensvollen, stützenden Beratungsbeziehung ist diesbezüglich eine notwendige Voraussetzung, um z.B. lebensweltliche Orientierungen soweit wie möglich zu erschließen oder die zu Beratenden zunächst von akutem Handlungs- und Entscheidungsdruck emotional zu entlasten (vgl. Belardi et. al. 1999; Koch-Straube 2001). Nachfolgend wird das hierzu erforderliche Gesprächsverhalten des Beraters näher erläutert.

#### **4.5.3 Haltung und Gesprächsverhalten des Beraters**

Beratungsprozesse, einschließlich der praktischen Umsetzung von Beratungsinhalten, können durch z.B. widersprüchliche Emotionen, Unsicherheiten sowie bewusste oder unbewusste Vorbehalte gegenüber dem professionellen Hilfesystem wesentlich beeinträchtigt werden. Eine vertrauensvolle, hilfreiche Beziehung zwischen Ratsuchendem und Berater ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Informationen und Instruktionen verstanden, angenommen und verarbeitet werden und Betroffene sich mit ihren Belastungen, Problemen und Fragen offenbaren können. Das erfordert von Seiten des Beraters eine Haltung, die durch Zuwendung, Verständnis und Wertschätzung gekennzeichnet ist und zur Bewältigung belastender Emotionen und zur Wiedergewinnung eines positiven Selbstbildes beiträgt (vgl. Koch-Straube 2001:80-92, 100 ff.; Belardi et al. 1999:55-76; Nestler et. al 2001:131-132; Klein et al. 2001:168).

Hierzu ist eine offene Form der Kommunikation erforderlich, die sich an den Grundsätzen der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie orientiert. Das Gesprächskonzept setzt von Seiten des Beraters empathisches Verstehen, das heißt den Klienten in seiner Wirklichkeit verstehen, Wertschätzung in Form von bedingungsfreier positiver Zuwendung zum Klienten und Kongruenz und Echtheit in Bezug auf die eigenen Gefühle und Äußerungen voraus. Die Kommunikation bedient sich der Methoden des aktiven Zuhörens, des Spiegeln und des Verbalisierens emotionaler Erlebnisinhalte. Wesentlich ist das aufmerksame und sensible Registrieren von verbalen und nonverbalen Äußerungen des Gesprächspartners. Dabei sollen vor allem die zugrundeliegenden Emotionen

wahrgenommen und zurückgespiegelt werden. Geäußerte oder wahrgenommene Emotionen werden vom Berater akzeptiert, wobei eigene Ängste und Projektionen registriert und als solche identifiziert werden (vgl. Biermann-Ratjen et al 1997; Belardi et al. 1999:46 ff.; Herold 2001:128 ff.).

Beratung hat diesbezüglich einen humanistisch-altruistischen Ansatz, versteht sich als Angebot von Fürsorge, Beistand, Empathie, Zuwendung und Verständnis und hat emotionale und Rollenentlastung zum Ziel. Die im Rahmen "helfender" Gespräche vermittelte Fürsorge und emotionale Zuwendung trägt zur Entwicklung und Erhalt des emotionalen Gleichgewichts und dem Gefühl der Wertschätzung bei und ist wesentlich für Wiederherstellung und Erhalt von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl. Der Fokus der Beratung liegt dabei auf dem emotionalen Erleben des Betroffenen. Hierbei wird davon ausgegangen, dass der offenen Äußerung von belastenden Emotionen ein therapeutischer Effekt zukommt. Durch die Artikulation der eigenen Gedanken und Emotionen können Menschen sich vorübergehend von ihrer individuellen Situation distanzieren. Sie erhalten die Möglichkeit zur Reflektion und ggf. Neuinterpretation der eigenen Situation und gewinnen u.U. Klarheit darüber, wie sie bestehende Probleme selbst lösen können (vgl. Koch-Straube 2001:100ff.).

Auch wenn aus dem Erstberatungsgespräch u.U. psychotherapeutische Effekte resultieren, erfolgt es nicht mit dem Ziel, innerpsychische Konflikte oder Störungen zu bearbeiten. Die Orientierung an den beschriebenen Grundsätzen dient primär dazu, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, lebensweltliche Deutungsmuster und Handlungsorientierungen nachzuvollziehen und zu signalisieren, dass diese wahrgenommen und respektiert werden. Der Berater kann sich darüber hinaus nicht allein nondirektiver Gesprächstechniken bedienen. Er muss den Gesprächsverlauf auch aktiv steuern, um im gegebenen Zeitrahmen gemeinsam mit den zu Beratenden eine Entscheidung zur Problemlösung zu treffen (vgl. Koch-Straube 2001:101-102; Belardi et al. 1999:41-142, 63; Biermann-Ratjen et al. 1997:181-196)<sup>59</sup>.

---

<sup>59</sup> Einen allgemeinen Überblick über verschiedene Methoden der Gesprächsführung und ihre Bedeutung für eine fachkompetente Pflegeberatung gibt z.B. Herold (2001) auf den Seiten 123-149.



#### **4.5.4 Beratungsverlauf**

Im Folgenden wird idealtypisch entwickelt, wie der Beratungsprozess in seinen einzelnen Phasen von der beratenden Pflegekraft bzw. dem ambulanten Pflegedienst konkret gestaltet werden kann, um die vorab beschriebenen Aspekte einer lebensweltorientierten Pflegeberatung in die Praxis umzusetzen.

##### **4.5.4.1 Erstkontakt und Vorbereitungsphase**

Werden ambulante Pflegeleistungen benötigt, muss zunächst Kontakt zu einem ambulanten Pflegedienst aufgenommen werden. Die Kontaktaufnahme erfolgt in aller Regel telefonisch durch z.B. den Sozialdienst des Krankenhauses, den Hausarzt oder den Pflegebedürftigen, bzw. häufiger seine Angehörigen. Im Rahmen des Erstkontaktes müssen das Hilfeansuchen registriert und erste Informationen zur häuslichen Pflegesituation und dem voraussichtlichen Hilfe- und Pflegebedarf erhoben werden. Von Seiten des Pflegedienstes erfolgt ggf. eine erste Entscheidung, ob die gewünschten oder benötigten Leistungen erbracht werden können. Ist dies der Fall, werden Ort und Termin bzw. ein Rückruf zur Terminabsprache für das Erstberatungsgespräch vereinbart. An diesem sollten neben dem Pflegebedürftigen möglichst auch seine relevanten Pflege- oder Bezugspersonen teilnehmen. Kann der Pflegedienst dem Hilfeansuchen nicht nachkommen, muss dies für den Anrufer nachvollziehbar begründet werden und es erfolgt, soweit dies möglich ist, eine Weiterleitung an geeignete andere Einrichtungen oder Dienste. Der Pflegedienst sollte für die Mitarbeiter eindeutig regeln, wer für Hilfeanfragen zuständig ist, welche Informationen erhoben und erteilt werden müssen, wann eine Hilfeanfrage abgelehnt wird und an welche Stellen der Anrufer u.U. weiterzuleiten ist. Informationen und Vereinbarungen eines Gesprächs sind entsprechend zu dokumentieren.

Wünschenswert wäre ein speziell für den Erstkontakt konzipiertes Formular, das demjenigen, der ein Hilfeansuchen entgegen nimmt, als Gesprächsleitfaden und Dokumentationshilfe dient (vgl. Herold 2002:710 ff.).

Die für das Erstberatungsgespräch verantwortliche Pflegekraft bereitet sich anhand der zur Verfügung stehenden Informationen auf das Erstberatungsgespräch vor. Das Erstberatungsgespräch sollte in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen oder ggf. schon während des Krankenhausaufenthaltes stattfinden. Ist letzteres der Fall, sollten auch relevante professionelle Bezugspersonen (z.B. verantwortliche Pflegekraft, Mitarbeiter des sozialen Dienstes) und möglichst auch informelle Helfer oder andere wichtige Bezugspersonen des Pflegebedürftigen am Gespräch teilnehmen.

Wünschenswert wäre vor Aufnahme der professionellen Pflege ein Einblick in die häusliche Wohnsituation. Das Beratungsgespräch sollte, sofern dies möglich ist, in einem geeigneten Raum

in entspannter und störungsfreier Atmosphäre stattfinden. Beratungsverlauf, relevante Daten und Informationen sowie die im Rahmen der Beratung getroffenen Vereinbarungen sind vom Berater zu dokumentieren. Auch für das Erstberatungsgespräch sollte ein Instrument zur Verfügung stehen, das dem Berater als Gesprächsleitfaden, Assessment- und Dokumentationshilfe dient.

#### 4.5.4.2 Erstberatungsgespräch

Das Erstberatungsgespräch wird in der Praxis meist unterschiedlich verlaufen, da der Berater flexibel auf die individuell gegebene Situation eingehen muss. Im Beratungsprozess müssen jedoch im Grundsatz verschiedene Beratungs- bzw. Handlungsschritte aufeinander aufbauen und nacheinander erfolgen, um die Betroffenen bei der Problemlösung und Entscheidungsfindung hilfreich zu unterstützen. Nachfolgend wird eine diesbezüglich geeignete generelle Abfolge vorgestellt, wie das Erstberatungsgespräch schrittweise gestaltet werden kann.

- **Kontakt aufnehmen, Vertrauen schaffen**

Die beratende Pflegekraft begrüßt die Gesprächsteilnehmer, stellt sich vor und nimmt Bezug auf den Erstkontakt. Sie bemüht sich der individuellen Gesprächssituation entsprechend, Kontakt zum Pflegebedürftigen und weiteren am Gespräch beteiligten Personen aufzunehmen und eine vertrauensvolle Atmosphäre zuzuschaffen. In diesem Rahmen sollte auch eine Orientierung zum voraussichtlichen Zeitrahmen und Ablauf des Beratungsgesprächs gegeben werden. Im Allgemeinen kann davon ausgegangen werden, dass eine Gesprächsdauer von mehr als 45-60 Minuten sowohl Berater wie zu Beratende meist überfordert (vgl. Herold 2001:158)<sup>60</sup>.

- **Problemsituation klären, Beratungs- und Pflegeziele formulieren**

Im Rahmen einer gemeinsamen lebensweltorientierten Analyse der Problemsituation erfolgt eine:

- Erfassung der Merkmale der individuell gegebenen Pflegesituation,
- Verständigung über Ressourcen und Probleme, Informationsstand von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen unter Berücksichtigung ihrer Wohnsituation und Alltagspraxis,
- Verständigung über Ziele und Schwerpunkte benötigter oder gewünschter Unterstützung zur Entlastung, Stabilisierung oder Kompetenzerweiterung des gegebenen Pflegearrangements (vgl. Punkt 4.5.2).

---

<sup>60</sup> Um eine umfassende Erstberatung durchzuführen, sollte jedoch mindestens eine Gesprächsdauer von 60 Minuten eingeplant werden. In der im Auftrag des BMFSFJ durchgeführten Untersuchung zur Qualität der ambulanten Pflege wurde im Rahmen der Befragung von Pflegekräften ambulanter Pflegedienste eine Gesprächsdauer von 56 Minuten – im Durchschnitt der Nennungen - angegeben (vgl. BMFSFJ 2001b:275).

- **Information über individuell relevante Aspekte der häuslichen Pflege**

Nachdem sich die beteiligten Gesprächsteilnehmer über die gegebene Pflegesituation, den Hilfe- und Beratungsbedarf sowie die Pflege- und Beratungsziele verständigt haben, können die im Problemzusammenhang noch fehlenden Informationen zu den unter Punkt 4.5.1 genannten Aspekten vermittelt werden. In diesem Zusammenhang werden den zu Beratenden auch die im individuellen Einzelfall in Betracht kommenden Problemlösungsmöglichkeiten aufgezeigt. Vorstellungen der Betroffenen zur Problemlösung werden vorab erfragt, oder, sofern diese im Gesprächsverlauf bereits deutlich wurden, aufgegriffen. Vor- und Nachteile der verschiedenen Alternativen und die daraus für die Mitglieder privater Pflegehaushalte resultierenden Konsequenzen werden erläutert. Individuell relevante Angebote des Pflegedienstes werden umfassend erklärt und ihr Nutzen für Pflegbedürftige und private Pflegepersonen – orientiert an der lebensweltlichen Perspektive - dargestellt. Informationen werden letztendlich kontinuierlich im Gesprächsverlauf gesammelt, vermittelt bzw. ausgetauscht. Um die zu Beratenden gezielt und ihren individuellen Bedürfnissen entsprechend zu beraten und das Gespräch nicht mit unnötigen Informationen zu überfrachten, muss sich der Berater jedoch vorab ein Bild vom Wissensstand und Beratungsbedarf der Gesprächsteilnehmer verschafft haben. Eine umfassende Information über die unter Punkt 4.5.1 genannten Aspekte sollte daher erst in dieser Phase der Beratung erfolgen.

- **Reflexion und Zusammenfassung des bisherigen Beratungsverlaufs**

In dieser Phase sollte der Berater kurz innehalten, den Beratungsverlauf und sein vorläufiges Ergebnis für sich selbst reflektieren und den zu Beratenden Zeit einräumen, um die erhaltenen Informationen zu verarbeiten. Anschließend fasst der Berater den bisherigen Gesprächsverlauf für die am Gespräch teilnehmenden Personen kurz zusammen. Er spricht nochmals an, wie die Problemsituation von allen am Gespräch beteiligten Personen wahrgenommen wird und welche Problemlösungen aus lebensweltlicher oder professioneller Sicht sinnvoll, möglich und akzeptabel erscheinen. Die Betroffenen werden ermutigt, noch offene Fragen zu klären, Sichtweisen des Beraters zu korrigieren oder Ängste, Vorbehalte, enttäuschte Erwartungen etc. auszusprechen.

- **Hilfeplanung und Verständigung über Unterstützungsleistungen des ambulanten Pflegedienstes**

In dieser Phase erfolgt eine Verständigung auf eine möglichst von allen Gesprächsteilnehmern getragene Problemlösung, einschließlich der dadurch entstehenden Kosten und Möglichkeiten ihrer Finanzierung. In diesem Zusammenhang wird auch geklärt, ob z.B. Hilfsmittel, Maßnahmen der Wohnraumanpassung oder weitergehende Beratungsangebote benötigt werden. Art, Umfang und Inhalt von Hilfe- und Unterstützungsleistungen, die erforderlich sind, um definierte Ziele zu erreichen, werden festgelegt und eine entsprechende Hilfeplanung gemeinsam entwickelt und

dokumentiert. Dabei werden auch die Aufgaben von professionellen Helfern sowie die von privaten Pflegepersonen oder vom Pflegebedürftigen selbst zu übernehmenden Aufgaben und die Einleitung bzw. Beschaffung von benötigten Hilfen oder Hilfsmitteln geklärt und festgelegt.

- **Entscheidung treffen, Pflegevertrag abschließen**

Der Pflegebedürftige oder ggf. sein Stellvertreter muss nun entscheiden, ob er Leistungen des Pflegedienstes, der die Beratung durchführt, in Anspruch nimmt. Ist dies der Fall, erfolgt eine Aushandlung welche konkreten Leistungen der Pflegedienst erbringen soll. Zeitpunkt, Frequenz und Dauer der Pflegeeinsätze werden vereinbart. Der Berater erklärt, falls dies noch nicht erfolgt ist, den Pflegevertrag, der anschließend vom Pflegebedürftigen bzw. seinem Stellvertreter unterschrieben wird. Der Pflegevertrag kann von Seiten des Pflegebedürftigen innerhalb von 14 Tagen nach dem ersten pflegepraktischen Einsatz, ohne die Angabe von Gründen, fristlos gekündigt werden (vgl. Herold 2002:721). Wünschenswert wäre es, wenn der Pflegedienst den Betroffenen vor Abschluss des Pflegevertrags einige Tage Bedenkzeit einräumen würde. Falls jedoch akut professionelle Pflegeunterstützung benötigt wird, ist dies ohne Abschluss eines Pflegevertrages problematisch. Der Pflegevertrag ist gesetzlich vorgeschrieben und dient letztendlich der leistungs- und haftungsrechtlichen Absicherung des Pflegeverhältnisses. Der Berater ist diesbezüglich gefordert, die Problematik für die Betroffenen verständlich zu erläutern und kann in diesem Zusammenhang nochmals auf die Kündigungsfrist von 14 Tagen hinweisen.

Abschließend werden Fragen zum ersten Pflegeeinsatz (z.B. ist die Pflegeperson anwesend; benötigt der Pflegedienst einen Hausschlüssel; Ablauf des Einsatzes; Informationen zur Pflegekraft, die den Einsatz durchführt etc.) geklärt. Es ist nochmals auf relevante Ansprechpartner, Telefonnummern, Sprechzeiten und die im Rahmen des Gesprächs übergebenen Informationsmaterialien hinzuweisen. Auch sollte schon jetzt der Termin für ein Evaluationsgespräch vereinbart werden, in dem z.B. besprochen wird, inwieweit vereinbarte Leistungen dem Bedarf und den Wünschen der Betroffenen entsprechen, ob Probleme aufgetreten oder Änderungen erforderlich sind und ob eine weitere Zusammenarbeit gewünscht wird. Das Evaluationsgespräch sollte möglichst vor Ablauf der Kündigungsfrist für den Pflegevertrag stattfinden. Auch im weiteren Verlauf der Pflege ist immer wieder zu klären, wie informelle, professionelle und institutionelle Ressourcen möglichst optimal im gemeinsamen Pflegearrangement verknüpft werden können (vgl. Hedtke- Becker 2000b:67). Um das Hilfeangebot der sich verändernden Pflegesituation flexibel anzupassen und evtl. aufgetretene Probleme, Konflikte oder Missverständnisse abzuklären, sind daher in regelmäßigen Abständen Folgegespräche zur Reflektion der Pflegesituation erforderlich. Hierzu müssen die an der Pflege beteiligten Mitarbeiter pflege- und beratungsrelevante Informationen weitergeben und dokumentieren. Ambulante Pflegedienste müssen diesbezüglich über geeignete Kommunikationsstrukturen und Dokumentationssysteme verfügen.

Entscheiden sich die Betroffenen gegen die Inanspruchnahme des Pflegedienstes, muss dies vom Berater akzeptiert werden. Er sollte den Betroffenen signalisieren, dass ihre Entscheidung respektiert wird und dass das Dienstleistungsangebot des Pflegedienstes auch weiterhin aufrechterhalten wird.

- **Abschied**

Nachdem der Berater sich vergewissert hat, dass alle Fragen geklärt sind und signalisiert hat, dass bei später auftretenden Fragen oder Problemen Rückfragen gewünscht und jederzeit möglich sind, verabschiedet er sich von seinen Gesprächspartnern.

#### **4.5.4.3 Nachbereitungsphase**

Nach dem Gespräch reflektiert der Berater abschließend den Beratungsverlauf und das Beratungsergebnis. Er dokumentiert bzw. ergänzt die im Beratungsverlauf ermittelten Daten und Informationen. Hierzu gehört auch die Dokumentation eventueller Differenzen zwischen dem fachlich Gebotenen und den aus Sicht der Betroffenen notwendigen oder gewünschten Hilfe- und Unterstützungsleistungen. Nachfolgen werden entsprechende Informationen an diejenigen Mitarbeiter des Pflegedienstes weitergegeben, die für die Organisation und Durchführung der vereinbarten Dienstleistungen relevant sind (z.B. Pflegedienstleitung; stellvertretende Leitung; Einsatzleitung; Pflegekräfte, welche die weitere Pflege verantwortlich übernehmen sollen etc.). Auch wenn es nicht zum Abschluss eines Pflegevertrags gekommen ist, sollten mögliche Gründe hierfür analysiert und dokumentiert werden. Entsprechende Informationen können Hinweise darüber liefern, wie Leistungsangebote und Beratung angenommen werden, in welchen Punkten und warum sie nicht akzeptiert werden und inwieweit Leistungsangebot und Gestaltung der Beratung evtl. verändert, angepasst oder neu konzipiert werden müssen.

Die lebensweltorientierte Beratung pflegebedürftiger älterer Menschen und ihrer informellen Helfer ist eine komplexe, eigenständige Dienstleistung, die - inhaltlich wie auf der Beziehungsebene - verantwortungsvoll und reflektiert zu gestalten ist. Beratung ist im Sinne dieser Arbeit keine hierarchische Interaktion zwischen professionellen Experten und zu Pflegenden oder pflegenden „Laien“, sondern primär ein wechselseitiger Verständigungs- bzw. Entwicklungsprozess, in den sowohl der Berater als auch die zu Beratenden ihr spezifisches Wissen einbringen, um eine gemeinsame Problemlösung zu entwickeln oder voneinander „zu lernen“. Eine so verstandene Beratung kann nicht „nebenbei“ durchgeführt werden und erfordert eine entsprechende Qualifikation des Beraters. Nachfolgend soll lediglich kurz auf die für eine Pflegeberatung erforderlichen Kompetenzen des Beraters eingegangen werden.

## 4.6 Kompetenzen zur Pflegeberatung

Eine professionelle Pflegeberatung erfordert nicht nur ein umfangreiches pflegerisches und medizinisches Fachwissen, sondern auch beratungsrelevantes Grundlagenwissen aus den Bezugsdisziplinen der Pflege (z.B. Psychologie, Soziologie, Sozialpädagogik, Pädagogik, Recht, Ethik). Insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege benötigen Pflegeberater umfassende Kenntnisse über Funktion und Strukturen des Gesundheitswesens, die zur Verfügung stehenden regionalen Therapie-, Hilfe- und Unterstützungsangebote, Möglichkeiten der Hilfsmittelversorgung und Wohnraumanpassung und die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen der medizinischen und sozialpflegerischen Versorgung. Aufgrund der Komplexität von häuslichen Problemsituationen benötigt der Berater Kenntnisse über unterschiedliche Konzepte, Strategien und Methoden der Beratung und Gesprächsführung. Der Berater muss darüber hinaus über die erforderliche Kompetenz, Intuition und Erfahrung verfügen, um dieses Wissen dem individuellen Einzelfall entsprechend flexibel anzuwenden (vgl. Belardi et al. 1999: 63). Dazu gehört auch ein klares Verständnis der beruflichen Rolle und Aufgabe sowie die Fähigkeit, die eigenen Kompetenzen realistisch einzuschätzen und ggf. angemessenere oder weitergehende Beratungsangebote einzuleiten (vgl. Koch-Straube 2001:180). Hierzu sind z.B. interaktive, pädagogische, problemlösende, hermeneutische, strategische und selbstreflexive Fähigkeiten ebenso erforderlich (vgl. Ebenda:183 ff.) wie die Bereitschaft, mit anderen Berufsgruppen, Personen und Institutionen kooperativ zusammenzuarbeiten (vgl. Knelange/Schieron 2001:161). Unabdingbar ist darüber hinaus ein Beratungs- bzw. Pflegeverständnis, das gesundheitlich beeinträchtigte Menschen und ihre Pflege- bzw. Bezugspersonen als Experten für ihre individuellen Belange begreift, ihre Bemühungen zur Aufrechterhaltung des alltäglichen Lebens respektiert und das Eingebundensein in individuelle lebensweltliche Kontexte mitreflektiert (vgl. Koch-Straube 2001:77 ff.; Nestler et al 2001:132; Entzian 2001:13-14).

Pflegeberatung ist eine multidimensionale interaktive Dienstleistung, die professionell ausgeübt eine entsprechende Qualifizierung der beratenden Pflegekraft - möglichst im Rahmen einer akademischen Ausbildung - erfordert. Im Verlauf der beruflichen Pflegeausbildung kann diesbezüglich lediglich eine Sensibilisierung hinsichtlich der Bedeutung von Beratung erfolgen sowie ein humanistisch- und lebensweltorientiertes Pflegeverständnis und elementare Grundlagen der Beratung vermittelt werden. Die für eine fundierte professionelle Pflegeberatung benötigten Kompetenzen können darüber hinaus auch nicht ad hoc durch punktuelle Fortbildungsveranstaltungen erworben werden (vgl. Stratmeyer 2005:55). In diesem Zusammenhang wäre eine grundlegende strukturelle Reform der beruflichen Pflegeausbildung wünschenswert, die entsprechende Möglichkeiten der Weiterqualifizierung auch auf akademischem Niveau eröffnet und erleichtert (vgl. Müller-Mundt et al 2000:49).

Insgesamt muss jedoch zwischen einer umfassenden Pflegeberatung, wie sie z.B. im Rahmen des Erstbesuchs oder im Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI erforderlich ist und den sich situativ oder hinsichtlich konkreter Beratungsbedarfe geplant ergebenden Beratungssituationen im laufenden Pflegeprozess unterschieden werden. So können Teilfunktionen von Beratung (z.B. die Vermittlung pflegepraktischer Fertigkeiten oder pflegerelevanter Kenntnisse) auch durch Pflegekräfte übernommen werden, die nicht über eine akademische Qualifikation verfügen, sofern sie die hierfür erforderlichen Kompetenzen besitzen und Handlungs- und Entscheidungsspielräume konkret definiert sind (vgl. Stratmeyer 2005:55). Auch ist Beratung, im Sinne einer dialogorientierten Verständigung, Teil und Methode des Pflegeprozesses. Ebenso ist die emotionale Begleitung und Unterstützung von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen und ihren Angehörigen auf Basis einer vertrauensvollen, stützenden Beziehung integraler Bestandteil beruflicher Pflegearbeit (vgl. Punkt 3.2).

Insbesondere im Rahmen pflegepraktischer Einsätze ergeben sich Beratungssituationen häufig situativ. Beruflich Pflegende müssen in der Lage sein, diese wahrzunehmen und aufzugreifen. Dabei müssen sie einschätzen können, ob ihre Kompetenzen oder die situativen Bedingungen (z.B. Zeitdruck) geeignet sind, die Betroffenen beratend zu unterstützen (vgl. Herold 2001:155). Gegebenenfalls muss ein ausführliches Gespräch oder eine praktische Anleitung geplant zu einem späteren Zeitpunkt durch die entsprechende Pflegekraft selbst oder, falls diese damit überfordert ist, durch eine andere hierfür qualifizierte Fachkraft erfolgen. Registrierte Bedarfe an beratender Unterstützung von Pflegebedürftigen bzw. ihren Pflegepersonen sind, ebenso wie bereits eingeleitete Beratungsaktivitäten und ihre Effekte, zu dokumentieren und im Pflgeteam z.B. in regelmäßigen Fallbesprechungen zu thematisieren.

Eine umfassende professionelle Pflegeberatung erfordert - ebenso wie die Integration von Beratung in die alltägliche Pflegearbeit - neben theoretischem Wissen und sozial-kommunikativen Fähigkeiten einen reflexiven Umgang mit den eigenen Wahrnehmungen, Orientierungen und Gefühlen, die handlungsleitend den Beratungs- bzw. Pflegeprozess mitbestimmen. Konflikte, Probleme und Unsicherheiten in Beratungssituationen müssen erkannt sowie außerhalb des Beratungssettings kommuniziert und bearbeitet werden. Professionelle Helfer, die andere Menschen beraten, begleiten und pflegen wollen, benötigen daher auch selbst professionelle Beratung und Begleitung in Form von z.B. Supervision oder auch im Rahmen von Fort- und Weiterbildung (vgl. Knelange/Schieron 2000:9 ff.; Koch-Straube 2001:187). Eine Reflexion und Evaluation der eigenen Arbeit sollte darüber hinaus auch in regelmäßigen Mitarbeitergesprächen, Team- oder Fallbesprechungen erfolgen.

## 5 Schlussbetrachtung

Nachfolgend erfolgt eine Zusammenfassung und Reflektion der wesentlichen Inhalte dieser Arbeit. Abschließend werden in einem Ausblick Möglichkeiten aufgezeigt, wie das bearbeitete Thema im Rahmen einer empirischen Untersuchung weiter vertieft werden könnte.

### 5.1 Zusammenfassung

Seit Einführung der Pflegeversicherung ist das „Risiko“ Pflegebedürftigkeit zumindest teilweise finanziell abgesichert. Die Pflegeversicherung gewährt vorrangig Leistungen der ambulanten Pflege und eröffnet Wahlmöglichkeiten für die konkrete Ausgestaltung häuslicher Pflegearrangements. Leistungsempfänger der Pflegeversicherung haben grundsätzlich die Wahl zwischen Pflegesachleistungen (d.h. Pflege- und Versorgungsleistungen durch einen selbst gewählten Pflegedienst), Pflegegeldleistungen oder einer Kombination von Sach- und Geldleistungen. Dabei entscheiden sich die weitaus meisten Pflegebedürftigen für den Bezug von Pflegegeld. Das heißt, sie werden durch Mitglieder ihres privaten sozialen Netzwerks, meist Familienangehörige, gepflegt und betreut. Auch wenn professionelle Pflegeunterstützung in Anspruch genommen wird, ist ein Verbleib in der häuslichen Umgebung oftmals nur möglich, wenn informelle Helfer einen Großteil der erforderlichen Pflege- und Betreuungsleistungen übernehmen.

Wahlmöglichkeiten der Pflegeversicherung zur konkreten Gestaltung der häuslichen Pflege und vermehrte Eigenverantwortung, diese den individuellen Bedürfnissen entsprechend selbst sicherzustellen, sowie die Übertragung marktwirtschaftlicher Prinzipien auf den ambulanten Pflegebereich lassen professionelle Pflege zunehmend zu einem Aushandlungsprozess werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn finanzielle Eigenleistungen für eine bedarfsdeckende Pflege und Versorgung erforderlich sind. Ambulante Pflegedienste sind diesbezüglich gefordert, nicht nur pflegfachliche Kriterien und sozialrechtliche Vorgaben mit den Bedürfnissen, Wünschen und Erwartungen privater Pflegehaushalte in Einklang zu bringen, sondern müssen verstärkt auch ökonomische Kriterien und Konsequenzen berücksichtigen, um die eigene wirtschaftliche Existenz sicherzustellen.

Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit führt sowohl für den davon betroffenen Menschen als auch für diejenigen, die mit ihm zusammenleben oder privat Pflegeverantwortung übernehmen, zu grundlegenden Veränderungen der Lebenssituation. Die damit verbundenen Anforderungen und Belastungen - insbesondere der Hauptpflegeperson - können langfristig zur Überlastung und Überforderung privater Pflegearrangements führen. Ein wesentlicher Aufgabenbereich professioneller Pflege ist in



diesem Zusammenhang die Beratung und Begleitung von Pflegebedürftigen und ihren informellen Pflegepersonen bei der Bewältigung krankheits- und pflegebedingter Aufgaben und Probleme.

Entwicklung und Verlauf von Pflegebedürftigkeit, ebenso wie die daraus resultierenden Auswirkungen auf Identität und Möglichkeiten der Alltagsbewältigung eines älteren Menschen, werden durch eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren determiniert, die im Laufe seines Lebens und zu einem gegebenen Zeitpunkt in Wechselbeziehung und Wechselwirkung zueinander stehen. Handlungsleitend sind für die Betroffenen in Situationen der Pflegebedürftigkeit nicht die aus professioneller Sicht bestehenden Beeinträchtigungen, Gefährdungen, Ressourcen, Hilfe- und Unterstützungsnotwendigkeiten, sondern wie diese subjektiv selbst wahrgenommen und gedeutet werden.

Mit der Intention, Normalität und Kontinuität des Alltagslebens weitestgehend zu (re)stabilisieren, folgen private Pflegearrangements dabei Mustern und Routinen des Erlebens und Verhaltens, die das Denken und Handeln der beteiligten Akteure und ihre wechselseitigen Beziehungen lebensgeschichtlich in bewährter Weise ausgerichtet haben. Diese können sich sowohl förderlich wie negativ auf Entwicklung und Verlauf von Pflegebedürftigkeit, Möglichkeiten der Alltagsbewältigung und die gemeinsamen Beziehungen auswirken. Auch unterscheiden sich informelle und professionelle Pflege hinsichtlich ihrer Orientierungen, Prioritäten und Handlungslogiken. Dies kann nicht nur zu Barrieren der Inanspruchnahme oftmals dringend benötigter professioneller Pflegeunterstützung, sondern auch zu Kooperations- und Akzeptanzproblemen in informell-formell gemischten Pflegearrangements führen.

Pflegeberatung kann durch die Vermittlung von individuell benötigten Informationen, Kenntnissen und Fertigkeiten sowie durch orientierende, problemlösende und entlastende Gespräche zur Kompetenzerweiterung und (Re-)Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements beitragen sowie Barrieren der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung entgegenwirken. Pflegeberatung hat diesbezüglich unterschiedliche Zielsetzungen und Schwerpunkte und erfordert einen multidimensionalen, eher generalistischen Beratungsansatz. Der Berater ist gefordert, die gegebene Pflegesituation aus unterschiedlichen Perspektiven (z.B. aus psychologischer, somatischer, sozialer, ökologischer, rechtlicher oder finanzieller Sicht) zu analysieren und Methoden und Strategien unterschiedlicher Beratungskonzepte und -theorien der individuellen Situation entsprechend flexibel anzuwenden.

Beratungsinhalte und Beziehungsgestaltung müssen jedoch subjektiv „anschlussfähig“ sein. Das heißt, der Berater muss an die Lebenswelt der zu Beratenden – an ihre Sichtweisen, Präferenzen, Alltagsroutinen und Kompetenzen – anknüpfen. Hierzu ist eine am Alltagsleben und –verhalten orientierte Analyse der individuell gegebenen Pflegesituation und eine Haltung erforderlich, die die zu Beratenden als „Experten“ für ihre alltäglichen Belange respektiert.

Deutungs-, Verhaltens- und Beziehungsmuster von Pflegebedürftigen und informellen Helfern, die sich im Alltag ausgebildet und bewährt haben, sind - ebenso wie z.B. vertraute Merkmale der Wohnumwelt - emotional besetzte, biographisch und sozial verankerte Bestandteile der Identität eines Menschen. Beratung, die Handlungsorientierungen der Betroffenen nicht respektiert und aufgreift, stößt nicht nur auf aktiven oder passiven Widerstand der zu Beratenden, sondern kann letztendlich auch zu unreflektierten Entscheidungen und Problemlösungen führen, die private Pflegearrangements zusätzlich destabilisieren oder Selbstbilder der Betroffenen beschädigen. Der Berater muss daher auch selbst bereit und fähig sein, die eigenen Deutungen und Vorstellungen zur Problemlösung zu hinterfragen und gegebenenfalls anzupassen. Beratung ist in diesem Sinne kein einseitiger, sondern immer auch ein wechselseitiger Lern- und Entwicklungsprozess.

Pflegekräften eröffnen sich durch die besonderen Merkmale beruflicher Pflegearbeit Möglichkeiten, Beratungsbedarfe gesundheitlich beeinträchtigter Menschen und ihrer Pflege- und Bezugspersonen zu erschließen und diese entsprechend gezielt zu unterstützen, die sich für andere Berufsgruppen häufig nicht so unmittelbar ergeben. Beratung ist darüber hinaus eine Aufgabe, die dem Selbstverständnis einer primär an Selbständigkeit und Autonomie von zu Pflegenden orientierten professionellen Pflege entspricht und die im Rahmen des Sozialrechts – implizit oder explizit – der professionellen Pflege übertragen wird. Insbesondere im ambulanten Bereich hat professionelle Pflege zur Zeit die Möglichkeit, sich gegenüber anderen Berufsgruppen oder der „Laienpflege“ durch die Ausbildung einer pflegespezifischen Beratungs- und Begleitungskompetenz eindeutig zu positionieren. Die zur Zeit vorliegenden Informationen deuten jedoch darauf hin, dass Aufgaben der Pflegeberatung von der professionellen Pflege in Deutschland noch nicht in dem Umfang und der Qualität wahrgenommen werden, wie es erforderlich oder möglich wäre.

In diesem Zusammenhang wurde exemplarisch für das Erstberatungsgespräch ein möglicher konzeptioneller Rahmen entwickelt. Als Handlungsorientierung für die beratende Pflegekraft wurden Beratungsprozess und Gesprächsablauf in ihren verschiedenen Phasen beschrieben und Anforderungen an die inhaltliche und interaktive Gestaltung einer lebensweltorientierten Pflegeberatung sowie die hierfür erforderlichen Kompetenzen des Beraters erläutert.

## 5.2 Reflexion der Ergebnisse

Diese Arbeit soll primär einen Einblick in die Komplexität der Problemlagen pflegebedürftiger älterer Menschen geben und die Notwendigkeit einer an Alltagsleben und -verhalten orientierten Pflegeberatung durch Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste verdeutlichen. Im Vordergrund der Arbeit stand dabei das bei Inanspruchnahme ambulanter Pflegeunterstützung erfolgende Erstberatungsgespräch als eine - sowohl für private Pflegehaushalte als auch ambulante Pflegedienste - zentral bedeutsame Beratungssituation. Auf für das Erstberatungsgespräch geeignete Instrumente, die zur strukturierten Erfassung, Analyse und Dokumentation von pflegerelevanten Informationen und Gesprächsverlauf oder zur Orientierung des Beraters erforderlich sind, konnte nicht näher eingegangen werden. Gleiches gilt für ergänzende Informationsmaterialien, die privaten Pflegehaushalten zur Verfügung gestellt werden sollten. Inwieweit in der Praxis bereits z.B. Assessmentinstrumente, Gesprächsleitfäden, Gesprächsprotokolle, Broschüren oder andere Informationsmedien eingesetzt werden und ob diese für den in der Arbeit beschriebenen Beratungsprozess geeignet sind oder ggf. angepasst oder noch entwickelt werden müssen, sollte an anderer Stelle genauer untersucht werden.

Um eine den individuellen Bedarfslagen privater Pflegehaushalte entsprechende pflegfachliche und psychosoziale Beratung und Begleitung zu gewährleisten, ist - über punktuelle Beratungsgespräche und Schulungen hinaus - auch eine Integration von Beratung in die alltägliche Pflegepraxis erforderlich. Beratung muss vor allem von den in der direkten Pflege tätigen Pflegekräften als eine wesentliche berufliche Aufgabe begriffen und sowohl auf der Beziehungsebene wie auch auf der Ebene konkreter Pflegehandlungen praktisch umgesetzt werden. Das heißt nicht, dass jede Pflegekraft in der Lage sein muss, eine umfassende Pflegeberatung durchzuführen oder Beratung immer und zu jeder Zeit notwendig und sinnvoll ist. Damit ist vor allem die Bereitschaft gemeint, die berufliche Pflege so zu gestalten, dass Selbständigkeit und Autonomie von Pflegebedürftigen und von privaten Pflegepersonen weitestgehend wiederhergestellt, erhalten und gefördert wird. Hierzu müssen lebensweltliche Orientierungen, Wünsche und Hilfebedarfe sensibel registriert und die Auswirkungen von Pflegehandlungen auf Erleben und Verhalten der zu Pflegenden und häusliche Lebenszusammenhänge reflektiert und verantwortungsvoll berücksichtigt werden.

Menschen, die im Rahmen ihrer beruflichen Arbeit andere Menschen ihren individuellen Bedürfnissen entsprechend fachlich kompetent und achtsam beraten, pflegen und fördern sollen, benötigen über eine entsprechenden Aus-, Fort- und Weiterbildung hinaus auch eine kontinuierliche fachliche und psychosoziale Beratung und Begleitung. Auch können sie nur sensibel, verantwortungsvoll und wertschätzend anderen Menschen begegnen, wenn sie dies auch in Bezug auf sich selbst erfahren. Kompetenzen und Haltung, die für eine lebensweltorientierte Beratung und Pflege

erforderlich sind, können nur entfaltet und gefestigt werden, wenn Pflegekräfte im Arbeitsalltag auch selbst unterstützt und gefördert sowie hinsichtlich ihrer Person und Arbeitsleistung grundsätzlich respektiert und wertgeschätzt werden. Letztendlich müssen Grundsätze und Leitlinien, die für die berufliche Arbeit der Mitarbeiter formuliert sind, auch in der Einrichtung selbst „gelebt“ und umgesetzt werden. Der Arbeitgeber ist diesbezüglich gefordert, geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen. Auch hat er für ein Arbeitsklima Sorge zu tragen, das die Zufriedenheit, Kooperationsbereitschaft sowie den fachlichen und persönlichen Austausch der Mitarbeiter fördert. Hierzu sind entsprechende Konzepte der Personalentwicklung, Führungs- und Kommunikationsstrukturen zu entwickeln.

Letztendlich ist jedoch auch unsere Gesellschaft insgesamt bzw. der Gesetzgeber gefordert, Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege und Versorgung so zu gestalten, dass professionelle Pflege ihrem Beratungsauftrag in der geforderten Breite und Qualität nachkommen kann. Eine kompetenz- und ressourcenorientierte Pflege und Versorgung, die primär Hilfe zur Selbsthilfe leisten soll, kann nur umgesetzt werden, wenn hierfür auch entsprechende Anreize geschaffen werden. Sozialrechtliche Regelungen der ambulanten Pflege und Versorgung und die geringe Bereitschaft privater Pflegehaushalte, über den Leistungsrahmen der Pflegeversicherung hinaus benötigte oder gewünschte Pflegeleistungen privat zu finanzieren, sind u.a. ein Grund dafür, dass Spektrum und Zielsetzungen von Beratungsangeboten ambulanter Pflegedienste sich oftmals eher an Möglichkeiten der Refinanzierung durch Kostenträger der Sozialversicherung als an den individuellen Bedarfslagen privater Pflegehaushalte oder pflegfachlichen Kriterien orientieren.

Auch wenn Pflegekräfte bereit und fähig sind, Beratung als zentrale berufliche Aufgabe praktisch umzusetzen und Beratung auch im Eigeninteresse der Pflegedienste erforderlich ist, um die Akzeptanz professioneller Pflegeunterstützung – bzw. die Kooperation und Kommunikation in gemischten Pflegearrangements – zu fördern, ist eine fachkompetente und umfassende Pflegeberatung nicht zum Nulltarif zu leisten. Pflegeberatung erfordert die Entwicklung entsprechender Konzepte, begleitender Instrumente und Informationsmaterialien sowie den Einsatz qualifizierter Pflegekräfte. Die hierfür erforderlichen zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen müssen entweder durch öffentliche Kostenträger oder durch die privaten Pflegehaushalte selbst, zumindest teilweise, refinanziert werden können. Darüber hinaus soll eine umfassende Pflegeberatung u.a. auch dazu führen, dass private Pflegehaushalte von professioneller Pflegeunterstützung weitgehend unabhängig werden. Dies kann letztendlich nur dann im Interesse ambulanter Pflegedienste sein, wenn Leistungen der Beratung gegenüber direkten körperbezogenen Pflegeaktivitäten aufgewertet und angemessen honoriert werden, da die Pflegedienste sonst die eigene wirtschaftliche Existenz gefährden.

### 5.3 Ausblick

Pflegeberatung ist mittlerweile zu einem zentralen Thema geworden, das in Pflegeaus- und Weiterbildung sowie in Pflegestudiengängen und in pflegewissenschaftlichen Diskussionen, Publikationen und Forschungsprojekten zunehmend aufgegriffen und bearbeitet wird. Die Frage, in welchem Umfang und welcher Qualität ambulante Pflegedienste ihrem gesetzlich formulierten Beratungsauftrag nachkommen und welches Beratungs- und Pflegeverständnis von professionellen Pflegekräften handlungsleitend Beratungsprozesse bestimmt, wurde bislang jedoch erst im Ansatz empirisch untersucht. Die vorliegende Arbeit soll in dieser Hinsicht auch als theoretischer Bezugsrahmen verstanden werden, der es ermöglicht, das Thema Pflegeberatung, insbesondere die Situation der Erstberatung, vertiefend empirisch zu untersuchen.

Um den Forschungsgegenstand in seiner Komplexität angemessen zu erfassen, ist jedoch ein multiperspektivischer und mehrdimensionaler Forschungsansatz, in dem sowohl qualitative wie quantitative Forschungsmethoden eingesetzt werden, erforderlich. Diesbezüglich kommen unterschiedliche Zugänge in Frage:

- Beobachtung und Analyse des Gesprächsablaufs, der vermittelten Inhalte und der direkten Interaktion zwischen Berater und Pflegebedürftigen - bzw. weiteren Gesprächsteilnehmern - im Erstberatungsgespräch
- Befragung von Pflegebedürftigen, ihren Pflege- oder Bezugspersonen
- Befragung von Pflegekräften der unterschiedlichen Berufsgruppen, die Beratungsaufgaben in der ambulanten Pflege im Schwerpunkt oder im Zusammenhang mit anderen beruflichen Aufgaben übernehmen
- Befragung der ambulanten Dienste z.B. zu ihrem Beratungsangebot, organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen der Beratung, Klientel etc.
- Befragung von Experten der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung
- Analyse von Gruppendiskussionen unterschiedlicher Personen- oder Berufsgruppen, die gemischt oder nach Zielgruppen getrennt zusammengesetzt sein können

Fragestellungen ergeben sich nicht nur hinsichtlich einer Analyse der Beratungsbedarfe älterer Menschen oder ihrer pflegenden Angehörigen sondern auch in Bezug auf die Entwicklung und Evaluation von entsprechenden Beratungskonzepten. Darüber hinaus sollte jedoch auch die Untersuchung der Praxis ambulanter Pflegeberatung durch beruflich Pflegende zukünftig vermehrt ein Schwerpunkt pflegewissenschaftlicher Forschung sein.

Mögliche Fragestellungen zur Praxis ambulanter Pflegeberatung wären z.B.:

- Welchen Stellenwert hat Pflegeberatung für die in der ambulanten Pflege tätigen Pflegekräfte und welches Beratungsverständnis bestimmt handlungsleitend Beratungsprozesse: z. B. nach welchen Kriterien und mit welchem Ziel wird beraten; was sind Indikatoren für eine gelungene Pflegeberatung; wie wird das Erstberatungsgespräch konkret gestaltet; wie werden Möglichkeiten und Grenzen von Pflegeberatung eingeschätzt?
- Gibt es Unterschiede in Bezug auf das Pflege – und Beratungsverständnis sowie die konkrete Gestaltung von Beratungsprozessen zwischen den unterschiedlichen Pflegeberufen oder zwischen leitenden oder den in der direkten Pflege tätigen Pflegekräften?
- Inwieweit werden Aufgaben der Pflegeberatung in der direkten Pflege von Pflegekräften übernommen und inwieweit wird der Pflegeprozess auch als Instrument zur Gestaltung einer professionellen Pflegebeziehung verstanden und umgesetzt?
- Welche Beratungsleistungen werden von ambulanten Diensten insgesamt angeboten; gibt es Folgegespräche, Fallbesprechungen, Pflegevisiten, Richtlinien, Beratungskonzepte, Gesprächsleitfäden etc.; wer berät mit welchen Qualifikationen?
- Wie schätzen die beratenden Pflegekräfte den Beratungsbedarf von Pflegebedürftigen oder informellen Pflegepersonen ein?
- Welche Kompetenzen sind für eine Pflegeberatung erforderlich, inwieweit verfügen die in der ambulanten Pflege tätigen Pflegekräfte über entsprechende Kompetenzen, wie haben sie diese Kompetenzen erworben (z.B. Ausbildung, Weiterbildung, Studium, berufliche Erfahrung etc.)?

Letztendlich können die in der Praxis tätigen Pflegekräfte für die Übernahme von Beratungsaufgaben nur motiviert und qualifiziert werden, wenn ihre Einstellungen, Handlungsorientierungen, Bedürfnisse und Kompetenzen umfassend erfasst und berücksichtigt werden. Entscheidend ist in dieser Hinsicht nicht nur eine sachlich-rationale Analyse der Rahmenbedingungen oder Praxis ambulanter Pflegeberatung, sondern eine Vorgehensweise, die sich auch am individuellen beruflichen Erleben und Verhalten von Pflegekräften, sozusagen an der „beruflichen Lebenswelt“, orientiert.

## Quellenverzeichnis

**Abt-Zegelin, Angelika (2003a):** Patienten und Familienedukation in der Pflege. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.): Das Originäre der Pflege entdecken, beschreiben, erfassen, begrenzen. Fachtagung 2002. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 103-115.

**Abt-Zegelin, Angelika (2003b):** Häusliche Pflegeschulung. Höchste Zeit für fundierte Programme. In: Forum Sozialstation Nr. 120, Februar 2003, S. 22-24.

**Badura, Bernhard (1993):** Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz, S. 63-87.

**Becker, Regina (1997):** Häusliche Pflege von Angehörigen. Beratungskonzeptionen für Frauen. Frankfurt am Main: Mabuse.

**Begutachtungs-Richtlinien (BRi):** Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 21.03.1997, in der Fassung vom 22.08.2001.

**Belardi, Nando et al. (1999):** Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. 2. Auflage. Weinheim; Basel: Beltz.

**Biermann-Ratjen, Eva-Maria/Eckert, Jochen/Schwartz, Hans-Joachim (1997):** Gesprächspsychotherapie: Verändern durch verstehen. 8. Auflage. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.

**Blinkert, Baldo/Klie, Thomas (1999):** Pflege im sozialen Wandel. Eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg. Hannover: Vincentz.

**Borchelt, Markus/Gilberg, Reiner/Horgras, Ann L./Geiselman, Bernhard (1999):** Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter. In: Mayer, Karl U./Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. 2. Auflage. Berlin: Akademieverlag, S. 449-474.

**Borchers, Andreas (1998):** Soziale Netzwerke älterer Menschen. In: DZA (Hrsg.): Wohnbedürfnisse, Zeitverwendung und soziale Netzwerke älterer Menschen. Expertenband 1 zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung. Frankfurt; New York: Campus, S.176-200.

**Brandenburg, Hermann (1996):** Formen der Lebensführung im Alltag bei hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen: Zusammenhänge zur Gesundheit und zum sozial-räumlichen Kontext. Regensburg: Roderer.

**Braun, Ute (1997):** Einleitung. Lebensweltbezug und professionelle Pflege. In: Braun, Ute/Schmidt, Roland (Hrsg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg: Transfer, S. 1-6.

**Bräutigam, Christoph (2003):** Situationsverstehen im Pflegeprozess. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.): Das Originäre der Pflege entdecken, beschreiben, erfassen, begrenzen. Fachtagung 2002. Frankfurt am Main: Mabuse, S.117-146.

**Bundesgesetzblatt (2003):** Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze vom 16. Juli 2003. Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG). In: BGBl Jg. 2003 Teil I Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 21. Juli 2003, S. 1442-1458.

**Bundesgesetzblatt (2003):** Bekanntmachung der Neufassung des Altenpflegegesetzes vom 25. August 2003. Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) In: BGBl Jg. 2003 Teil I Nr. 44, ausgegeben zu Bonn am 4. September 2003, S. 1690-1696.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1998):** Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alter. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001a):** Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend- (Hrsg.) (2001b):** Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 226. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002):** Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltiger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin.
- Dangel, Bärbel/Korporal, Johannes (2002):** Konzept und Verfahren der Qualitätssicherung im Rahmen der Pflegeversicherung. In: Igl, Gerhard/Schiemann, Doris/Gerste, Bettina/Klose, Joachim (Hrsg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart: Schattauer, S. 35-63.
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, Fachbereich IV, Soziale Gerontologie und Altenarbeit (1996):** Professionelle Pflege alter Menschen. Positionspapier. In: Klie, Thomas (Hrsg.): Pflegeversicherung und Qualitätssicherung in der Pflege. 2. Auflage. Melsungen: Bibliomed, S.193-215.
- Dewe, Bernd/Ferchhoff, Wilfried/Scherr, Albert/Stüwe, Gerd (1993):** Professionelles soziales Handeln. Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis. Weinheim; München: Juventa.
- Enquête-Kommission (2005):** Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. 1. Auflage. Düsseldorf: o. Verl..
- Entzian, Hildegard (1998):** Perspektiven der Professionalisierung der Pflege. In: Schmidt, Roland/Thiele, Albert (Hrsg.): Konturen der neuen Pflegelandschaft: Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Regensburg: Transfer, S. 171-182.
- Entzian, Hildegard (1999):** Die Pflege alter Menschen und die professionelle Pflege: Pflegewissenschaft und Lebensweltorientierung. In: Klie, Thomas/Schmidt, Roland (Hrsg.): Die neue Pflege alter Menschen. 1. Auflage. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber, S.93-119.
- Entzian, Hildegard (2001):** Respektieren, nicht bestimmen. In: Forum Sozialstation Nr. 112, Oktober 2001, S. 12-16.
- Entzian, Hildegard/Klie, Thomas (1996):** Professionalisierung der Pflege älterer Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., H.6 1996, S. 404-410.
- Evers, Adalbert (1997):** Geld oder Dienste? Zur Wahl und Verwendung von Geldleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung. In: WSI Mitteilungen, 50. Jg., H.7, S. 510-518.
- Evers, Adalbert (1999):** Neue Leitbilder für Dienste im Gesundheits- und Sozialbereich. In: Jansen, Birgit/Karl, Fred/Radebold, Hartmut./Schmitz-Scherzer, Reinhard (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim; Basel: Beltz, S. 569-578.
- Evers, Adalbert/Olk, Thomas (1996):** Von der pflegerischen Versorgung zu hilfreichen Arrangements. Strategien der Herstellung optimaler Beziehungen zwischen formellem und informellem Hilfesystem im Bereich der Pflege älterer Menschen. In: Evers, Adalbert/Olk, Thomas (Hrsg.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen: Westdt. Verl., S. 348-372.
- Faltenmeier, Toni/Mayring, Philipp./Saup, Winfried (2002):** Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters. 2. Auflage. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.
- Franke, Luitgard (2000):** Psychosoziale Beratung für Angehörige Demenzkranker. Kassel: Gesamthochschul-Bibliothek.



**Garms- Homolová, Vjenka/Schaeffer, Doris (1998):** Ältere und Alte. In: Schwartz, Friedrich W./ Badura, Bernhard/Leidl, Reiner/ Raspe, Heiner/ Siegrist, Johannes (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München; Wien; Baltimore: Urban und Schwarzenberg; S. 536-549.

**Garms- Homolová, Vjenka (2001):** Unterstützungssysteme für Hilfe und Pflege im Alter. In: BMFSFJ (Hrsg.): Das Altern der Gesellschaft als globale Herausforderung – Deutsche Impulse. Schriftenreihe des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 201. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer, S. 83-108.

**Garms- Homolová, Vjenka (2002):** Qualität in der ambulanten Pflege. In: Igl, Gerhard/ Schiemann, Doris/ Gerste, Bettina/Klose, Joachim (Hrsg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart: Schattauer, S.243-255.

**Garms- Homolová, Vjenka (2004):** Professionalisierung der Pflege im ambulanten Versorgungssektor. In: Hasseler, Martina/Meyer, Martha (Hrsg.): Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Hannover: Schlütersche, S.50-65.

**Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung:** Bekanntmachung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10. Juli 1995, in der Fassung vom 31. Mai 1996.

**Gerok, Wolfgang/Brandstätter, Jochen (1994):** Normales, krankhaftes und optimales Altern: Variations- und Modifikationsspielräume. In: Baltes, Paul B./Mittelstraß, Jürgen/Staudinger, Ursula M. (Hrsg.): Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. – Sonderausg. des 1992 erschienenen 5. Forschungsberichts der Akad. der Wiss. zu Berlin. Berlin: de Gruyter, S. 356-385.

**Giese, Reinhard/Wiegel, Dieter (2000):** Die häusliche Pflege und die Wirksamkeit von SGB XI. Gesetzliche Qualitätssicherung aus der Perspektive der Pflegehaushalte. In: Zeitschrift für Sozialreform, 46. Jg., H.12., S. 1023-1047.

**Görres, Stefan (1992):** Geriatrie Rehabilitation und Lebensbewältigung: alltagsbezogene Faktoren im Rehabilitationsprozess und in der Nachsorge chronische kranker älterer Menschen. Weinheim: Juventa.

**Gräbel, Elmar (1998a):** Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31. Jg., H.1, S. 52-56.

**Gräbel, Elmar (1998b):** Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31. Jg., H.1, S. 57-62.

**Gräbel, Elmar (2000):** Psychische und physische Belastungen pflegender Angehöriger. In: Arnold, Karin/ Hedtke-Becker, Astrid (Hrsg.): Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen – Experten im System häuslicher Pflege. Frankfurt am Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, S.19-26.

**Griep, Heinrich/Renn, Heribert (2000):** Pflegesozialrecht. Ein Handbuch für Betroffene und Pflegeeinrichtungen. Bd. 1, Pflegesozialleistungen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

**Häfner, Heinz (1994):** Psychiatrie des höheren Lebensalters. In: Baltes, Paul B./Mittelstraß, Jürgen/ Staudinger, Ursula M. (Hrsg.): Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Sonderausg. des 1992 erschienenen 5. Forschungsberichts der Akad. der Wiss. zu Berlin. Berlin: de Gruyter, S. 151-179.

**Halsig, Norbert (1995):** Hauptpflegepersonen in der Familie: Eine Analyse ihrer situativen Bedingungen, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie, 8. Jg., H.4, S. 247-262.

**Hedtke-Becker, Astrid (1999):** Die Pflegenden pflegen. Gruppen für Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen. Eine Arbeitshilfe. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

- Hedtke-Becker, Astrid (2000a):** Deutschlands größter Pflegedienst: Pflegende Angehörige. In: Arnold, Karin/Hedtke-Becker, Astrid (Hrsg.): Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen – Experten im System häuslicher Pflege. Frankfurt am Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, S. 12-18.
- Hedtke-Becker, Astrid (2000b):** Pflegende Angehörige – Gesetzliche Rahmenbedingungen und Leistungen. In: Arnold, Karin/Hedtke-Becker, Astrid (Hrsg.): Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen – Experten im System häuslicher Pflege. Frankfurt am Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, S. 52-70.
- Helmchen, Hanfried/Baltes, Margret M./Geiselmann, Bernhard et al. (1999):** Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer, Karl U./Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Alterstudie. 2. Auflage. Berlin: Akademie-verlag, S. 185-219.
- Herold, Eva E. (2001):** Theoretische und methodische Grundlagen für die ambulante Pflege. In: Brunen, Helgard/Herold, Eva E. (Hrsg.): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Band 1, 2. Auflage. Hannover: Schlütersche, S. 58-206.
- Herold, Eva E. (2002):** Die Organisation der Pflege – Management der konkreten Interaktion mit den Klienten. In: Herold, Eva E. (Hrsg.): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. 2. Auflage. Hannover: Schlütersche, S. 706-748.
- Jansen, Birgit (1997):** Lebensweltorientierung und Häuslichkeit. In: Braun, Ute; Schmidt, Roland (Hrsg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg: Transfer Verlag, S. 77-95.
- Jansen, Birgit (1998):** Lebensweltorientierung und ambulante Pflege aus sozialgerontologischer Perspektive. In: Schmidt, Roland/Braun, Helmut/Giercke, Klaus I./Klie, Thomas/Kohnert, Monika (Hrsg.): Neue Steuerungen in Pflege und Sozialer Altenarbeit. Regensburg: Transfer, S. 99-113.
- Jansen, Birgit (1999):** Informelle Pflege durch Angehörige. In: Jansen, Birgit/Karl, Fred/Radebold, Hartmut/Schmitz-Scherzer, Reinhard (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim; Basel: Beltz, S. 604-628.
- Kim, Suzie H. (1999):** Einleitung. In: Kollak, Ingrid/Kim, Suzie, H. (Hrsg.): Pflege-theoretische Grundbegriffe. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Hans Huber, S. 9-13.
- Klein, Ilona/Schieron, Martin/Thormann, Anja (2001):** Beratung als Auftrag des Pflegeversicherungsgesetzes. In: Koch –Straube, Ursula (Hrsg.): Beratung in der Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber, S. 163-173.
- Klie, Thomas (1997):** Normative Optionen. Die Stellung des Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen im SGB XI. In: Braun, Ute/Schmidt, Roland (Hrsg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg: Transfer, S. 9-22.
- Klie, Thomas (1998):** Freiburger Pflegestudie. Der Pflegemix kommt. Was sich für Pflegebedürftige durch die Leistungen der Pflegeversicherung verändert hat. In: Forum Sozialstation Nr. 94, Oktober 1998, S.24-27.
- Klie, Thomas (1999a):** Sicherung der Pflege und Pflegeversicherung. In: Klie, Thomas/Schmidt, Roland (Hrsg.): Die neue Pflege alter Menschen. 1. Auflage. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber, S. 11-31.
- Klie, Thomas (1999b):** Pflegeversicherung: Einführung, Lexikon, Gesetzestext SGB XI, Nebengesetze, Materialien. 5. Auflage. Hannover: Vincentz.
- Klie, Thomas (2003):** Expertise zu den rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen der Pflege. Im Auftrag der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtags Nordrhein-Westfalen. Freiburg. Veröffentlicht im Internetangebot des Landtags NRW unter URL: [http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB\\_I/I.1/EK/EKALT/13\\_EK3/Gutachten/Finanzielle\\_und\\_rechtliche\\_Rahmenbedingungen.pdf](http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Gutachten/Finanzielle_und_rechtliche_Rahmenbedingungen.pdf) (letzter Zugriff: 17. 09.2005)

**Klie, Thomas/Schmidt, Roland (1999):** Dimensionen und Perspektiven der Modernisierung der Pflege alter Menschen. In: Schmidt, Roland/Entzian, Hildegard/Giercke, Klaus/Klie, Thomas: Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 9-26.

**Knelange, Christel/Schieron, Martin (2000):** Beratung in der Pflege – als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt? Darstellung zweier qualitativer Studien aus stationären Bereichen der psychiatrischen und somatischen Krankenpflege. In: Pflege & Gesellschaft, 5. Jg., H.1, S. 4-11.

**Knelange, Chistel/Schieron, Martin (2001):** Beratung im Kontext der Pflegeüberleitung. In: Koch–Straube, Ursula (Hrsg.): Beratung in der Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber, S. 254-162.

**Koch-Straube, Ursula (2000):** Beratung in der Pflege –eine Skizze. In: Pflege & Gesellschaft, 5.Jg., H.1, S. 1-3.

**Koch–Straube, Ursula (2001):** Beratung in der Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber.

**Koch-Straube, Ursula (2002):** Beratung in der Pflege. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.): Das Originäre der Pflege entdecken, beschreiben, erfassen, begrenzen. Das Originäre der Pflege entdecken, beschreiben, erfassen, begrenzen. Fachtagung 2002. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 81-88.

**Kruse, Andreas (1991):** Zum Verständnis des Alternsprozesses aus psychologisch-anthropologischer Sicht. In: Oswald, Wolf D./Lehr, Ursula M. (Hrsg.): Altern. Veränderung und Bewältigung. 1. Auflage. Bern; Stuttgart; Toronto: Huber, S. 149-170.

**Kruse, Andreas/Wahl, Hans-W. (1999):** Soziale Beziehungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 32 Jg., H.5, S. 333-347.

**Künemund, Harald/Hollstein, Betina (2000):** Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke. In: Kohli, Martin/Künemund, Harald (Hrsg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen: Leske & Budrich, S. 212-276.

**Lehr, Ursula M. (1997):** Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie, 10. Jg., H.4, S. 277-287.

**Mayer, Karl U./Baltes, Paul B./Baltes, Margret M. et al. (1999):** Wissen über das Altern(n): Eine Zwischenbilanz der Berliner Alterstudie. In: Mayer, Karl U./Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Alterstudie. 2. Auflage. Berlin: Akademieverlag, S. 599-634.

**Müller-Mundt, Gabriele/Schaeffer, Doris/Pleschberger, Sabine. et al. (2000):** Patientenedukation – (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? Pflege & Gesellschaft, 5. Jg., H.2, S. 42-53.

**Nestler, Nadja/Prietz, Angela/Uhlmann, Bärbel (2001):** Beratung im Pflegeprozess. In: Koch –Straube, Ursula: Beratung in der Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber, S.128-135.

**Perrig-Chiello, Pasqualina/Perrig, Walter J./Stähelin, Hannes B. et al. (1996):** Autonomie, Wohlbefinden und Gesundheit im Alter: Das Baseler IDA-Projekt. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., H.2, S. 95-109.

**Petermann, Franz (1998):** Einführung in die Themenbereiche. In: Petermann, Franz (Hrsg.): Compliance und Selbstmanagement. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe, S. 9-17.

**Petermann, Franz/Mühlig, Stephan (1998):** Grundlagen und Möglichkeiten der Compliance-Verbesserung. In: Petermann, Franz (Hrsg.): Compliance und Selbstmanagement. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe, S. 73-102.

**Pflegebedürftigkeits-Richtlinien (PflRi):** Richtlinien der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien – PflRi) vom 07.11.1994, geändert durch Beschlüsse vom 21.12.1995 und vom 22.08.2001.

- Reibnitz, Christine/Schnabel, Peter-E./Hurrelmann, Klaus (2001):** Auf dem Weg zum „souveränen“ Patienten. Möglichkeiten und Grenzen der Patientenberatung. In: Reibnitz, Christine/Schnabel, Peter E./Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim; München: Juventa, S. 13-21.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2000):** Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart: Schattauer.
- Robert Koch Institut (Hrsg.) (2004):** Pflege. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rosenbrock, Rolf (2001):** Verbraucher, Versicherte und Patienten als handelnde Subjekte. In: Reibnitz, Christine/Schnabel, Peter E./Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim; München: Juventa, S. 25-33.
- Saup, Winfried. (1993):** Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.
- Schaeffer, Doris (2001):** Patientenorientierung und –beteiligung in der pflegerischen Versorgung. In: Reibnitz, Christine/Schnabel, Peter E./Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim; München: Juventa, S. 49-59.
- Scheffel, Friedhelm (2000):** Lebenswelt in der Pflege: Anforderungen an die berufliche Pflege. Lage: Jacobs.
- Schmidt, Roland (1997):** Die Modernisierung der Pflege: Der Umgang mit Selektivität und normativer Vagheit. In: Braun, Ute/Schmidt, Roland (Hrsg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg: Transfer, S. 23-51.
- Schmidt, Roland (1999):** Pflege als Aushandlung: Die neuen pflegeökonomischen Steuerungen. In: Klie, Thomas/Schmidt, Roland (Hrsg.): Die neue Pflege alter Menschen. 1. Auflage. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber, S. 33-91.
- Schmidt, Roland (2002):** Unterstützung der Laienpflege. Die Schnittstelle zwischen Laienpflege und professioneller Pflege. In: Igl, Gerhard/Schiemann, Doris/Gerste, Bettina/Klose, Joachim (Hrsg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart: Schattauer, S. 191-202.
- Schneekloth, Ullrich/Müller, Udo (2000):** Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 127. Baden-Baden: Nomos.
- Schönemann-Gieck, Petra/Rott, Christoph H/Martin, Mike et al. (2003):** Übereinstimmungen und Unterschiede in der selbst- und fremdeingeschätzten Gesundheit bei extrem Hochaltrigen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36. Jg., H.6, S.429-436.
- Schütz, Alfred (1971):** Gesammelte Aufsätze I. Das Problem der sozialen Wirklichkeit. Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Schütz, Alfred/ Luckmann, Thomas (1991):** Strukturen der Lebenswelt. Band 1, 4. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schwartz, Friedrich W./Walter, Ulla (1998):** Altsein – Kranksein? In: Schwartz, Friedrich W./Badura, Bernhard/Leidl, Reiner/Raspe, Heiner/Siegrist, Johannes (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München; Wien; Baltimore: Urban und Schwarzenberg, S. 124-140.
- Schwarzer, Ralf (1996):** Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 2. Auflage. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe.
- SGB (Sozialgesetzbuch).** Sozialgesetzbuch. Textausgabe mit ausführlichem Sachregister und einer Einführung von Professor Dr. Schulin. 32. Auflage. Stand: 30. Januar 2005. München: Beck-Texte im dtv.

**Smith, Jaqui/Fleeson, Will/Geiselman, Bernhard et al. (1999):** Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung. In: Mayer, Karl U./Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Alterstudie. 2. Auflage. Berlin: Akademie Verlag, S. 497-523.

**Statistisches Bundesamt (2005):** Bericht: Pflegestatistik 2003 – Deutschlandergebnisse-, Statistisches Bundesamt. Veröffentlicht im Internetangebot des Statistisches Bundesamtes unter URL: <http://www.destatis.de/download/d/soleil/bericht03deutschl.pdf> (letzter Zugriff: 14.09.2005)

**Steiner-Hummel, Irene (1998):** Alltagsmanagement von Pflege in der Sorgearbeit der Familien. In: Schmidt, Roland/Thiele, Albert (Hrsg.): Konturen der neuen Pflegelandschaft: Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Regensburg: Transfer, S.23-39.

**Steiner-Hummel, Irene (2000a):** Angehörige beteiligen – Der partnerschaftliche Auftrag für die Angehörigenarbeit. In: Arnold, Karin/Hedtke-Becker, Astrid (Hrsg.): Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen – Experten im System häuslicher Pflege. Frankfurt am Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, S. 41-51.

**Steiner-Hummel, Irene (2000b):** Angehörige stützen. In: Arnold, Karin/Hedtke-Becker, Astrid (Hrsg.): Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen – Experten im System häuslicher Pflege. Frankfurt am Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, S. 104-111.

**Steinhagen-Thiessen, Elisabeth/Gerok, Wolfgang/Borchelt, Markus (1994):** Innere Medizin und Geriatrie. In: Baltes, Paul B./Mittelstraß, Jürgen/Staudinger, Ursula M. (Hrsg.): Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Sonderausg. des 1992 erschienenen 5. Forschungsberichts der Akad. der Wiss. zu Berlin. Berlin: de Gruyter, S. 124-150.

**Steinhagen-Thiessen, Elisabeth/Borchelt, Markus (1999):** Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer, Karl U./Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Alterstudie. 2. Auflage. Berlin: Akademie Verlag, S. 151-183.

**Stratmeyer, Peter (2005):** Orientierungen und Ansätze der Pflegeberatung. In: Pflegemagazin, 6. Jg., H.2, S. 42-56.

**Treibel, Annette (1997):** Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart. 4. Auflage. Opladen: Leske & Budrich.

**Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI (häusliche Pflegehilfe) der Sozialstation Eppendorf (2005):** Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI (häusliche Pflegehilfe) zwischen der Pflegekasse der AOK Hamburg, zugleich für die Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Hannover, dem BKK-Landesverband NORD, zugleich für die Pflegekasse für den Gartenbau, in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes für die Landwirtschaftliche Pflegeversicherung, der Pflegekasse der Innungskrankenkasse Hamburg, die See-Pflegekasse Hamburg, dem Verband der Angestellten-Krankenkasse e.V., Landesvertretung Hamburg, dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Landesvertretung Hamburg, - handelnd als Landesverbände der Pflegekassen – dem Sozialhilfeträger Hamburg und Sozialstation Eppendorf, Martinstr. 41, 20251 Hamburg – Ambulante Pflegeeinrichtung – (gültig seit 01.09.2005).

**Wagner, Michael/Schütze, Yvonne/Lang, Frieder R. (1999):** Soziale Beziehungen alter Menschen. In: Mayer, Karl U./Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Alterstudie. 2. Auflage. Berlin: Akademie Verlag, S. 301-319.

**Wahl, Hans W. (1991):** “Das kann ich allein!“. Selbständigkeit im Alter: Chancen und Grenzen. 1. Auflage. Bern; Göttingen; Toronto: Huber.

**Waller, Heiko (1996):** Gesundheitswissenschaft: eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 2. Auflage. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.

**Wissert, Michael (2001):** Unterstützungsmanagement als Rehabilitations- und Integrationskonzept bei der ambulanten Versorgung älterer, behinderter Menschen. 1. Auflage. Aachen: Fischer

**Wolf, Christiane (2000):** Konzept für Häusliche Pflegeberatung. In: Forum Sozialstation Nr. 102, Februar 2000, S. 38-41.

**Zeman, Peter (1988):** Hilfebedürftigkeit und Autonomie – Zur Alterskultur und Kultur der Altenhilfe. In: Zeman, Peter (Hrsg.): Hilfebedürftigkeit und Autonomie – zur Flankierung von Altersproblemen durch kooperationsorientierte Hilfen. Berlin: DZA, S. 152-180.

**Zeman, Peter (1997):** Häusliche Altenpflegearrangements. Interaktionsprobleme und Kooperationsperspektiven von lebensweltlichen und professionellen Helfersystemen. In: Braun, Ute/Schmidt, Roland (Hrsg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg: Transfer, S. 97-112.

**Zeman, Peter (1998):** Vernetzung von Lebenswelten und Professionen in der Pflege. In: Schmidt, Roland/Thiele, Albert (Hrsg.): Konturen der neuen Pflegelandschaft. Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Regensburg: Transfer, S. 111-120.

**Zeman, Peter (2000):** Alter(n) im Sozialstaat und die Mikropolitik der Pflege. Regensburg: Transfer.

## **Eidesstattliche Erklärung**

*„Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.“*

Hamburg, den 19. September 2005

---

Brigitte Thurow