

Ulrich Schneekloth
Hans-Werner Wahl (Hrsg.)

Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten

Pflegearrangements, Demenz,
Versorgungsangebote

2. Auflage

Kohlhammer

Ulrich Schneekloth
Hans-Werner Wahl (Hrsg.)

Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten

Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote

Mit Beiträgen von
Dietrich Engels, Marianne Heinemann-Knoch, Tina Knoch,
Elke Korte, Leonore Köhler, Frank Pfeuffer, Martina Schäufele,
Ulrich Schneekloth, Jan W. Schröder, Sandra Teufel,
Hans-Werner Wahl und Siegfried Weyerer

Verlag W. Kohlhammer

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

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2006

Alle Rechte vorbehalten

© 2006 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN-10: 3-17-019179-9

ISBN-13: 978-3-17-019179-2

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-026638-4

Inhalt

Teil 1: Einführung	11
1 Hintergrund und Positionierung des Projekts MuG III	13
<i>Hans-Werner Wahl und Ulrich Schneekloth</i>	
1.1 Einleitung und Überblick	13
1.2 Ausgangslage und Rahmenbedingungen	17
1.2.1 Zum Entstehungszusammenhang von MuG III	17
1.2.2 Zu den Sichtweisen von Alter und Hilfe- und Pflegebedürftig- keit	19
1.2.3 Elemente einer »neuen« Kultur des Alters und der Pflege	20
1.2.4 Bedeutung einer »produktiven Zukunftsarbeit« im Hinblick auf Alter und Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	22
1.3 Konzeptionelle Überlegungen zum Verständnis von Hilfe- und Pflege- bedürftigkeit im Alter	22
1.3.1 Die Erfahrung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit als Lebens- krise	25
1.3.2 Prozessmodell von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	26
1.3.3 Modell des »Active Aging« und die »International Classifi- cation of Functioning, Disability and Health« der Weltgesund- heitsorganisation	26
1.3.4 Modell der Person-Umwelt-Passung und Ökologische Alterns- theorie	28
1.3.5 Modell des Lebenslageansatzes	29
1.3.6 Modell der Belastung von pflegenden Angehörigen	29
1.3.7 Lebensqualitätsansätze bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	30
1.3.8 Hilfe-, Versorgungs- und Steuerungsmodelle	30
1.4 Zusammenschau und Implikationen für MuG III	31
1.5 Zum Stand der empirischen Forschung zu Hilfe- und Pflegebedürftig- keit: eine Orientierung	32
1.5.1 Vorläuferstudien mit Bedeutung für den heutigen Stand der Forschung zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	34

1.5.2 Internationaler und nationaler Forschungsstand zum Ausmaß an Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Privathaushalten	35
1.5.3 Befunde zu aktiver und inaktiver Lebenserwartung im Alter . . .	37
1.5.4 Historische Trends im Hinblick auf Gesundheit/Krankheit und Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter	38
1.5.5 Wesentliche Einflussfaktoren auf die Entwicklung und den Verlauf von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	41
1.5.6 Befunde zur Situation von pflegenden Angehörigen und zu zukünftigen Pflege- und Versorgungspotenzialen bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	43
1.6 Zentrale Fragestellungen von MuG III und Konzeption des Forschungsverbunds	45
Literatur	48
Teil 2: Ergebnisse der Einzelstudien	55
2 Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung	57
<i>Ulrich Schneekloth</i>	
2.1 Ziele der Teilstudie	57
2.2 Methodik	58
2.3 Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen häuslichen Lebensführung bei Seniorinnen und Senioren im zeitlichen Vergleich	63
2.4 Lebenslagen und Strukturmerkmale von Hilfe- und Pflegebedürftigen in Privathaushalten	69
2.4.1 Alter und Geschlecht	69
2.4.2 Haushalt und Familienformen	71
2.5 Beeinträchtigungsprofile	73
2.5.1 Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen	73
2.5.2 Kognitive Beeinträchtigungen und eingeschränkte Alltagskompetenzen	74
2.6 Situation und Entwicklung der häuslich-ambulanten Pflege und Versorgung	75
2.6.1 Familiäre Hilfeleistungen	77
2.6.2 Professionelle Pflege	82
2.6.3 Pflegegerechte Wohnungsausstattung	85
2.6.4 Gewünschter Vorrang der häuslichen Versorgung	86
2.7 Medizinische Betreuung, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Rehabilitation	87
2.8 Prekäre häusliche Pflegesituationen	88

2.8.1 Belastungen der Hauptpflegepersonen	88
2.8.2 Lücken in der häuslichen Versorgung	89
2.9 Zusammenfassung	91
Kapitelanhang	93
Literatur	102
3 Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Privathaushalten:	
Potenziale und Grenzen	103
<i>Martina Schäufele, Leonore Köhler, Sandra Teufel und Siegfried Weyerer</i>	
3.1 Ziele der Teilstudie	103
3.2 Methodik	104
3.3 Die Untersuchungsstichproben	107
3.3.1 Stichprobenbildung und -bearbeitung	107
3.3.2 Anzahl Demenzkranker und Ergebnisse des Screenings	108
3.4 Merkmale der demenziell Erkrankten	109
3.4.1 Soziodemographische Merkmale und Demenzschwere	109
3.4.2 Nicht-kognitive Symptome (Neuropsychiatrische Symptome und Verhaltensauffälligkeiten) bei Demenz	111
3.4.3 Körperliche Krankheiten und Beeinträchtigungen	115
3.4.4 Beeinträchtigungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens	115
3.5 Lebenslage und Wohnsituation	117
3.5.1 Familienstand und Hauptpflegeperson	117
3.5.2 Wohnsituation und Wohnqualität	118
3.6 Privates Helfernetz, Laienhelfer und Inanspruchnahme professioneller Hilfspersonen und -dienste	119
3.6.1 Häusliche Arrangements	119
3.6.2 Leistungen der Pflegeversicherung	120
3.7 Ärztliche Versorgung	121
3.7.1 Häufigkeit haus- und fachärztlicher Kontakte	121
3.7.2 Ärztliche Diagnose der demenziellen Symptomatik	122
3.7.3 Pharmakologische Behandlung der demenziellen Symptomatik	123
3.8 Private Hauptpflegepersonen	124
3.8.1 Soziodemographische Merkmale und Lebenssituation	124
3.8.2 Gesundheitliche Beeinträchtigungen	126
3.8.3 Subjektive Belastung	126
3.8.4 Depressive Symptome	128
3.8.5 Potentielle Ressourcen: Beziehung zur gepflegten Person, wahrgenommene Unterstützung durch andere, Vorerfahrungen und Einstellung zur Pflege	129

3.8.6 Einflussfaktoren auf die subjektive Belastung und das Vorliegen depressiver Symptome bei der Hauptpflegeperson	131
3.9 Einstellung gegenüber Pflegeheimenriten und Stabilität des häuslichen Versorgungsarrangements	134
3.10 Zusammenfassung	136
Kapitelanhang	141
Literatur	143
4 Hilfe- und Pflegearrangements älterer Menschen in Privathaushalten	146
<i>Marianne Heinemann-Knoch, Tina Knoch und Elke Korte</i>	
4.1 Ziele der Teilstudie	146
4.2 Methodik	147
4.3 Einschätzung der Qualität häuslicher Hilfe und Pflege	151
4.3.1 Prozessqualität	151
4.3.2 Ergebnisqualität	158
4.4 Leitlinien der häuslichen Versorgung	162
4.5 Exkurs: Karrieren von Hilfebedürftigkeit	166
4.6 Grenzen der häuslichen Versorgung	168
4.7 Zusammenfassung	170
Literatur	171
5 Analyse der pflegerischen Versorgungsstrukturen in ausgewählten Regionen	172
<i>Dietrich Engels und Frank Pfeuffer</i>	
5.1 Ziele der Teilstudie	172
5.2 Methodik	172
5.3 Regionale Pflegebedarfe und Versorgungsarten	174
5.3.1 Pflegebedarf in den Regionen	174
5.3.2 Arten der Versorgung	175
5.4 Bedarfsgerechtigkeit und Zielgenauigkeit	177
5.4.1 Quantitative Bedarfseinschätzungen	177
5.4.2 Qualitative Bedarfseinschätzungen	186
5.5 Regionale Beratungsstrukturen	191
5.5.1 Zentrale, trägerunabhängige Beratung	191
5.5.2 Bedarfseinschätzungen	194
5.5.3 Umsetzung von Case Management	195
5.5.4 Umsetzung von Care Management	198

5.6 Zusammenfassung	200
Literatur	201
6 Wirkungsorientierte Steuerung lokaler Angebote der häuslichen Altenhilfe und -pflege	203
<i>Jan W. Schröder</i>	
6.1 Ziele der Teilstudie	203
6.2 Methodik	204
6.3 Wirkungsorientierte Steuerung – Stand und Entwicklungsperspek- tiven im Überblick.	210
6.3.1 Wirkungsorientierte Ansätze in der Steuerung der häuslichen Altenhilfe und -pflege – zusammenfassende Würdigung des Stands der Dinge	210
6.3.2 Die Weiterentwicklung Wirkungsorientierter Steuerung aus Sicht der Praktiker/innen vor Ort	214
6.4 Empfehlungen zur weiteren Vorgehensweise	218
6.4.1 Soforteinstieg in die Weiterentwicklung Wirkungsorientierter Steuerung	220
6.4.2 Modellvorhaben zur Schaffung von Einstiegshilfen in die Weiterentwicklung Wirkungsorientierter Steuerung	222
6.4.3 Ergänzende Analysen zur Qualifizierung der Weiter- entwicklung Wirkungsorientierter Steuerung	223
6.5 Zusammenfassung	225
Literatur	226
Teil 3: Ergebnisse, Trends und Perspektiven im Zusammenhang	227
7 Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privat- haushalten im Lichte der Ergebnisse von MuG III	229
<i>Ulrich Schneekloth und Hans-Werner Wahl</i>	
7.1 Entwicklungen im Bereich der Fähigkeiten zur Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung im hohen Lebensalter	229
7.2 Grundlegende Möglichkeiten und Grenzen der häuslichen Pflege	230
7.3 Tragfähigkeit des familiären Hilfenetzes – Entwicklungstrends und Perspektiven.	232
7.4 Rolle der professionellen ambulanten Versorgungssysteme	236
7.5 Aspekte der Qualität der häuslich-ambulanten Pflege	238

7.6 Kooperation und Vernetzung der Leistungsangebote	240
7.7 Ansätze zu einer regionalen Wirkungsorientierung	240
Literatur	242
8 Schlussfolgerungen, sozialpolitische Implikationen und Ausblick	243
<i>Ulrich Schneekloth und Hans-Werner Wahl</i>	
Summary	249
Stichwortverzeichnis	253

Teil 1: Einführung

1 Hintergrund und Positionierung des Projekts MuG III

Hans-Werner Wahl und Ulrich Schneekloth

1.1 Einleitung und Überblick

Belastbare wissenschaftliche Daten zum Ausmaß und zur Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sind eine der wesentlichen Grundlagen für eine evidenzbasierte Sozialpolitik im Dienste älterer Menschen und ihrer Familien. Zwar gab es diesbezüglich bereits in den 1970er und 1980er Jahren Untersuchungen bei älteren Menschen in Privathaushalten mit dem Anspruch von Repräsentativität, jedoch ist dieser Anspruch entweder in nachfolgenden Diskussionen massiv in Frage gestellt worden (so bei der 1980 publizierten sog. Socialdata-Studie mit ihrer Datenerhebung 1978; kritisch dazu z.B. Lehr, 1985) oder die Datenbasis war auf Grund der relativ geringen Anzahl an Älteren bzw. Hochaltrigen begrenzt (so bei Auswertungen auf der Basis des Sozio-ökonomischen Panel; Thiede, 1988). Erst relativ spät, nämlich im Jahre 1991, sind in Deutschland zum ersten Mal Repräsentativdaten zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Privathaushalten für das gesamte Bundesgebiet (also für Ost- und Westdeutschland nach der Wiedervereinigung) erhobene und vertiefende Untersuchungen zu den Bedingungen und Konsequenzen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit unternommen worden (Schneekloth & Potthoff, 1993; Themenheft der Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, Dezember 1995; integrierte Darstellung der Befunde in Wahl & Wetzler, 1998). Diese Studien haben – im Sinne einer Abkürzung des Titels »Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung« – zwischenzeitlich als »MuG«-Studien in die sozialpolitische wie wissenschaftliche Diskussion in Deutschland Eingang gefunden. 1994 sind dann zum ersten Mal in Deutschland auch Repräsentativdaten zum Ausmaß und zur Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen in Heimen erhoben worden (MuG II; Schneekloth & Müller, 1997; integrierte Darstellung der Befunde in Häußler-Sczepan, 1998).

Im Jahre 2002 (Stichtag Ende 2002) sind im Rahmen des Folgeprojekts MuG III eine neue Repräsentativerhebung sowie vertiefende Zusatzstudien zur Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen in Privathaushalten durchgeführt worden. Eine solche neue Serie von Studien ist aus einer ganzen Reihe von Gründen notwendig gewesen: Zum Ersten galt es, die Repräsentativdaten aus dem Jahre 1991 auf der Grundlage einer vergleichbaren Erhebungsmethodologie zu aktualisieren, denn zwischenzeitlich ist die demografische Dynamik unserer Gesellschaft, insbesondere der Anstieg des Anteils der Älteren in der Bevölkerung und der Anstieg der Hochaltrigen, weiter vorangeschritten. Zum Zweiten war auf Grund von entsprechenden Befunden aus Deutschland sowie aus dem internationalen

Raum zu fragen, ob es seit 1991 zu spürbaren Verbesserungen im Gesundheitszustand der Altenbevölkerung gekommen ist, die dann auch auf die Alltagsselfständigkeit durchschlagen könnte. Solche Verbesserungen besitzen, ebenso wie die grundlegenden demografischen Veränderungen generell, erhebliche Auswirkungen auf die Abschätzung von zukünftigen Entwicklungen hinsichtlich des Hilfe- und Pflegebedarfes und der damit verbundenen Kosten. Zum Dritten waren zwischenzeitlich neue Versorgungsherausforderungen sichtbar geworden, die zwar auch schon 1991 bestanden, aber erst in den letzten Jahren in ihrer vollen Tragweite erkannt worden sind. Gemeint ist hier insbesondere die Situation von an Demenz erkrankten Menschen und jene von Alleinlebenden (gesprochen wurde auch von der »Singularisierung« des Alters und von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit; z.B. Tews, 1993). Zum Vierten wurde immer wieder argumentiert, es gäbe substantielle Anzeichen einer »neuen Kultur des Helfens«, die sich etwa darin ausdrücken könnte, dass sich zunehmend auch nicht-familiäre bzw. ehrenamtlich tätige Personen im Rahmen bestehender Hilfe- und Pflegearrangements engagieren. Eine solche »neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung« ist tatsächlich auch bereits im Pflegeversicherungs-Gesetz (PflegeVG; Soziale Pflegeversicherung; SBG XI, § 8, Absatz 2) aus dem Jahre 1994 angesprochen. Wissen über die Bedingungen und Möglichkeiten von solch »neuen«, das familiäre System entlastenden Hilfe- und Unterstützungsleistungen sind bedeutsam, um diese systematisch weiterzuentwickeln und dauerhaft fördern zu können. Schließlich ist fünftens daran zu erinnern, und dies schließt nahtlos an den zuvor genannten Aspekt an, dass im Jahre 1994 die Pflegeversicherung in Privathaushalten und dann 1996 auch in stationären Einrichtungen in Kraft getreten ist. Es war zu erwarten, dass die flächendeckende Einführung einer versicherungsrechtlichen Leistung im Hinblick auf den Umgang und die Gestaltung des Pflegebedürftigkeitsrisikos sowie die Pflegequalität neuartige Auswirkungen im Vergleich zur Situation im Jahre 1991 aufweisen sollte.

In diesem ersten Kapitel wird in die für das Projekt MuG III zentrale Thematik Hilfe- und Pflegebedürftigkeit eingeführt. Dabei soll Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter ganz bewusst vor dem Hintergrund einer umfassenderen Altersperspektive betrachtet und verortet werden. Insbesondere geht es uns darum zu zeigen, dass die individuell wie gesellschaftlich wichtige Diskussion zu Potenzialen eines (neuen) Alterns auch bedeutsame Implikationen im Hinblick auf den individuellen wie gesellschaftlichen Umgang mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit besitzt. Dies soll anhand eines Überblicks zu aktuellen Konzeptionen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie des gegenwärtigen Stands der Forschung zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit geschehen. Erst auf diese Weise werden die Ausgangs- und Ansatzpunkte sowie die Bedeutung der Befunde von MuG III deutlich.

Die Befunde des Projektes sind vielfältig. Sie sind es auch deshalb, weil sie auf der Grundlage von unterschiedlichen methodischen Zugängen gewonnen worden sind. Repräsentativdaten wurden kombiniert mit vertiefenden Studien zur Situation von Demenzkranken in Privathaushalten sowie mit qualitativen Analysen von häuslichen Hilfe- und Pflegearrangements. Zusätzlich wurde – auf der Meso- und Makroebene – die Bedeutung regionaler Versorgungsstrukturen anhand ausgewählter Zielgebiete untersucht, und es wurden Fragestellungen zur Wirkung

der eingesetzten Hilfe- und Pflegeangebote bearbeitet. In dem vorliegenden Bericht geht es insbesondere darum, diese unterschiedlichen Befundlagen aus MuG III miteinander zu verschränken und sie in einer synergetischen Weise dahingehend zu untersuchen, inwieweit sie in komplementärer Weise auf Grundfragen der Versorgung von Hilfe- und Pflegebedürftigen, die sich heute und wohl auch morgen stellen, Antworten geben können (deshalb ist auch von einem »integrativen Bericht« die Rede).

Wenn im Folgenden der Begriff der Pflegebedürftigkeit benutzt wird, dann ist in der Regel die Konzeption des PflegeVG gemeint. Pflegebedürftigkeit liegt nach § 14 dem PflegeVG (Zweites Kapitel, Leistungsberechtigter Personenkreis) bei Personen vor, »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 sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen«. In § 15 werden sodann bekanntlich drei Pflegestufen eingeführt, welche mit unterschiedlich hohen Geld- und/oder Sachleistungen verbunden sind (je höher desto mehr; darauf wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen). Diese seien nachfolgend im Wortlaut zitiert:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

In der Studie MuG III, speziell in ihrem Repräsentativteil, erfolgte die Einstufung als pflegebedürftig sowie die Zuordnung zu den drei Pflegestufen auf der Grundlage einer Selbst- und Fremdeinschätzung von insgesamt 24 Aktivitäten (ADL) bzw. instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL; vgl. dazu im Detail weiter unten, Kapitel 2). Bei ADL handelt es sich um grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens wie Anziehen und Waschen, während bei IADL komplexere Aktivitäten des täglichen Lebens wie Mahlzeitenzubereitung oder die Erledigung von Bankangelegenheiten angesprochen sind. Erhoben wurde jeweils, ob die betreffende Aktivität alleine unmöglich oder, sofern bei einer Aktivität Schwierigkeiten bei der Ausführung angegeben wurden, hierfür regelmäßig fremde Hilfe in Anspruch genommen wurde. Diese Vorgehensweise erlaubt auch einen Vergleich mit den 1991 im Rahmen von MuG I erhobenen Daten. Wichtig ist, dass in MuG III (wie auch in MuG I) neben der Legaldefinition Pflegebedürftige auch Personen mit Hilfebedürftigkeit gesondert erfasst wurden. Hierbei handelt es sich um Per-

sonen mit vorrangig hauswirtschaftlichem Hilfebedarf, die nicht den Pflegestufen des PflegeVG zuordenbar sind.

Überblick über das Buch:

Die vorliegende Veröffentlichung präsentiert die Ergebnisse der Studie im Zusammenhang und diskutiert einige zentrale Schlussfolgerungen.

Zunächst wird in diesem Einführungskapitel (**Kapitel 1**) eine Reihe von Hintergrundinformationen gegeben, und es werden Rahmenbedingungen beschrieben, um die Befunde aus MuG III einordnen und bewerten zu können. Dabei geht es beispielsweise um Wandlungen in Lebensstilen in der Altenbevölkerung, die auch Hilfe- und Pflegebedürftige bzw. den Umgang mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nicht unberührt lassen. Danach werden konzeptionelle Überlegungen zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit angestellt. Angesprochen sind etwa Wandlungen (bzw. Stabilität) in den Anschauungen von Alter und Altern, die damit eng verknüpfte Fragen nach den Potenzialen alter Menschen (auch dann, wenn sie hilfe- und pflegebedürftig sind) und wissenschaftliche Modelle und Theorien, welche Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in einen größeren Kontext von vorausgehenden und nachfolgenden Bedingungen stellen. Danach werden ausgewählte Befunde zum Stand der nationalen und internationalen Forschung zusammengestellt, welche den Hintergrund für die nun vorliegende Studie MuG III und ihre Ergebnisse bilden. Schließlich werden – nicht zuletzt anknüpfend an wesentliche Forschungslücken in Deutschland – die forschungsleitenden Fragestellungen des MuG III Projektverbundes samt seiner Arbeitskonzeption beschrieben.

Abschnitt 2 des Berichts ist Einzeldarstellungen der Ergebnisse der einzelnen Projektpartner gewidmet. Um einen schnelleren Zugang zu ermöglichen, ist den Teilkapiteln einheitlich am Ende eine Zusammenfassung beigefügt worden. In **Kapitel 2** werden die Befunde der Repräsentativdatenerhebung von MuG III, die 2002 erhoben wurden, zusammenfassend dargestellt. In dieser von Infratest Sozialforschung, München (Projektleitung: Ulrich Schneekloth) durchgeführten Erhebungs-komponente von MuG III geht es vor allem um eine quantitative Charakterisierung der aktuellen Situation von hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen in Deutschland. Hierbei werden auch Vergleiche zur Erhebung aus dem Jahre 1991, also zur Studie MuG I vorgenommen. In **Kapitel 3** werden dann erstmals in Deutschland Daten zur Versorgungssituation von an Demenz erkrankten älteren Menschen in Privathaushalten in Deutschland vorgelegt. Dieser Studienarm ist vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim (Projektleitung: Dr. Martina Schäufele) realisiert worden. Auf der einen Seite steht hierbei die Beschreibung der vielfältigen Beeinträchtigungen dieser quantitativ vor allem bei Hochaltrigen substantiellen Gruppe von Personen im Vordergrund. Auf der anderen Seite geht es um die Anforderungen und Belastungen der in der Hilfe und Versorgung engagierten Angehörigen und Professionellen. In **Kapitel 4** wird über die Befunde einer qualitativen Tiefenanalyse von unterschiedlichen Hilfe- und Pflegearrangements unter den Gesichtspunkten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berichtet. Dieser Studienteil ist von Heinemann & Partnerinnen, Berlin (Projektleitung: Dr. Marianne Heinemann) erarbeitet worden. Mit **Kapitel 5** wird ein

Perspektivenwechsel hin zu den Versorgungsstrukturen, auf die Hilfe- und Pflegebedürftige und deren Angehörige zurückgreifen können, vorgenommen. Dazu wurden beispielhafte Untersuchungen durch das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Köln (Projektleitung: Dr. Dietrich Engels) in den urbanen Regionen Dresden, Münster und Nürnberg und in den ländlichen Regionen Landkreis Ludwigslust, Ortenaukreis und Landkreis Uelzen durchgeführt. In **Kapitel 6** stehen die auf Basis der kommunalen Versorgungsstrukturen erzielten Wirkungen bei Hilfe- und Pflegebedürftigen im Mittelpunkt. Beispielsweise geht es um Fragen mangelnder Abstimmung und Koordination zwischen Diensten und Defiziten in der Gesamtsteuerung von Versorgungssystemen. Diese Zusatzstudie wurde von der Jan Schröder Beratungsgesellschaft, Bonn (Projektleitung: Dr. Jan W. Schröder) erstellt.

Im **Abschnitt 3** des Berichts erfolgt eine vertiefende Integration und zusammenfassende Bewertung der Befunde. In dem zugehörigen **Kapitel 7** haben wir den Ansatz gewählt, von grundlegenden Fragen, die sich derzeit in Bezug auf Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Deutschland stellen bzw. die derzeit intensiv in der Diskussion stehen, auszugehen. Diese beziehen sich auf allgemeine Entwicklungstrends und vorhandene Selbständigkeitspotenziale, auf Wandlungsaspekte der häuslichen Pflege, auf besondere Problemlagen und Herausforderungen wie vor allem die Situation von Demenzzkranken und auf die Bedeutung von regionalen Besonderheiten und kommunalen Ausgestaltungen. Zu jedem dieser Bereiche wird ein Fächer von aus unserer Sicht besonders relevanten Fragen geöffnet, und es werden jeweils die aus den jeweiligen Untersuchungskomponenten von MuG III möglichen Antwortaspekte in integrativer Weise zusammengestellt. In **Kapitel 8** werden dann allgemeine Schlussfolgerungen getroffen, und es werden die sozialpolitischen Implikationen der MuG III-Befunde zusammenfassend diskutiert. Am Ende steht ein Ausblick sowie eine Zusammenfassung der MuG III-Studie in englischer Sprache.

1.2 Ausgangslage und Rahmenbedingungen

1.2.1 Zum Entstehungszusammenhang von MuG III

Im April 2001 erfolgte eine Ausschreibung seitens des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zur Durchführung der »Studie über die Möglichkeiten einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen« (MuG III). Als Gesamtziel der Studie wurde genannt, »einen Überblick zu geben über Hilfe- und Unterstützungsbedarf älterer Menschen; die aktuellen Daten zu Hilfe und Pflege im ambulanten Bereich sowie einen Überblick über Entwicklung, Situation und Qualität der häuslichen Hilfe und Pflege zur Verfügung zu stellen; eine Grundlage für die Einschätzung des Handlungsbedarfs im ambulanten Bereich zu schaffen, wozu auch die Weiterentwicklung und Förderung der Qualität der ambulanten Pflege gehört; Besonderheiten des Hilfe- und

Pflegebedarfs Demenzerkrankter im häuslichen Bereich zu erfassen; gesetzgeberische Aktivitäten des BMFSFJ im Bereich der Altenhilfestrukturen zu unterstützen.«

In diesem Ausschreibungsziel kommt der grundlegende Ansatz der aktuellen altenpolitischen Ausrichtung der Bundesregierung, insbesondere das Streben nach evidenz-basiertem politischen Handeln anhand eines Denkens in Termini von Potenzialen und weniger von »Problemen« des Alters zum Ausdruck. Sicher existieren Problemlagen alter Menschen und diese finden nicht zuletzt in Situationen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ihren Ausdruck. Es ist jedoch ein grundlegender Unterschied, ob solche Problemlagen primär als Ausdruck eines Defizitbildes von Alter und damit primär als Belastung der Gesellschaft durch das Alter gesehen werden – oder als politisch hochbedeutsame Anforderung, verbliebene Selbstständigkeitspotenziale selbst in der Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu fokussieren und einer systematischen Förderung zuzuführen. Darüber hinaus ist es entscheidend, die unterschiedlichsten Ebenen mit Einfluss auf die Qualität der pflegerischen Versorgung von älteren Menschen in Privathaushalten im Auge zu behalten und damit Qualität als vielfach determiniertes Geschehen zu betrachten (vgl. auch Naegele, 2003; Schnabel & Schönberg, 2003). Hier geht es um Forschungswissen hinsichtlich der weiterhin bestehenden Möglichkeiten, aber auch der Grenzen des nach wie vor wichtigsten Unterstützungssystems in Deutschland, eben der Familie, und um eine differenzierte Sicht der Belastungen von pflegenden Angehörigen. Es geht um die Rolle und die teilweisen Reibungsverluste in der Abstimmung und Koordination professioneller Anbieter von Hilfe- und Pflegeversorgung und um eine wohl noch nicht genügend ausgeprägte Kundenorientierung auf Seiten der älteren Betroffenen. Es geht aber auch um Ungleichheiten der Versorgungsqualität auf Grund von großen Unterschieden in den regionalen Angebotsstrukturen mit deutlichen Auswirkungen auf die Qualität der individuellen Versorgungsmöglichkeiten. Ein typisches Beispiel sind hier sicherlich die Tagespflegeeinrichtungen, die nur dann eine Entlastung vor allem bei Demenzerkrankten und ihren Angehörigen bringen, wenn sie in der Nähe vorhanden und regelmäßig erreichbar sind.

Die Orientierung an Potenzialen des Alters selbst in der Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, die auch diesem Bericht im Sinne einer grundlegenden Menschenbildleitlinie zugrunde liegt, steht in Einklang mit den bisherigen Berichten zur Lage der älteren Generation der Bundesregierung, insbesondere dem Dritten, Vierten und dem 2006 erscheinenden Fünften Altenbericht. Besonders bedeutsam ist im Zusammenhang mit MuG III der 2002 veröffentlichte Vierte Bericht, welcher der Versorgung von Hochaltrigen und Demenzerkrankten gewidmet war (BMFSFJ, 2002). Hervorgehoben wurde dort vor allem die Notwendigkeit der Erfassung von Ressourcen gerade in der Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, die in der Person wie in ihrer Umwelt lokalisiert sein können. Im Extremfall ist eine »Pflegebedürftigkeit« eben keine Pflegebedürftigkeit, weil genügend Selbsthilfepotenziale und Ressourcen im Sinne einer Kompensation vorhanden sind.

Zu fragen ist in diesem Zusammenhang auch, inwieweit das Regelwerk der Pflegeversicherung dazu beigetragen hat bzw. beiträgt, eine solche Ressourcen-

und damit letztlich auch Präventionsorientierung zu fördern. Hierbei ist eine »Wirkungsbeurteilung« (etwa im Hinblick auf die finanzielle Situation der Pflegebedürftigen) gegenüber dem früheren Zustand ohne Pflegeversicherung schwierig, da kaum entsprechende Daten vorhanden sind. Insgesamt hat aber die Pflegeversicherung wohl zu einer deutlichen Stabilisierung des in unserer Gesellschaft vor allem auf familiäre Ressourcen ausgerichteten Umgangs mit dem Lebensrisiko Hilfe- und Pflegebedürftigkeit beigetragen (BMFSFJ, 2002). Dies gilt insbesondere für den Bereich der ambulanten Versorgung bzw. den Umgang mit dem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit in privaten Haushalten. Zudem scheinen die zwischenzeitlich etablierten Versorgungsstrukturen insgesamt dem Bedarf im Wesentlichen angemessen (vgl. die weiteren Kapitel dieses Berichts zu notwendigen Differenzierungen dieser Aussage), und die Versorgungsqualität wird von den Betroffenen überwiegend positiv bewertet (Schneekloth & Müller, 2000). Das Bild im Hinblick auf stationäre Einrichtungen – für diesen Bericht weniger relevant – ist demgegenüber vielschichtiger und auch weniger gleichsinnig als im ambulanten Bereich von überwiegend positiven Entwicklungen geprägt (dazu ebenfalls Schneekloth & Müller, 2000). Insgesamt scheint allerdings bis heute der Grundansatz der Pflegeversicherung als Teilsicherungsbeitrag (und nicht als Vollversicherung) und damit »nur« ihre (wenngleich substantielle) Ergänzungsfunktion zu familiären und sonstigen Hilfeleistungen bzw. weiteren Eigenleistungen der unterschiedlichsten Art noch nicht voll bei den Betroffenen und ihren Angehörigen »angekommen« zu sein (z.B. Schmidt, 2002).

1.2.2 Zu den Sichtweisen von Alter und Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit, Hilfebedürftigkeit und Alter werden in unserer Gesellschaft nach wie vor zu schnell als synonym gesetzt. In der aktuellen gesellschaftlichen Debatte über die Auswirkungen des demografischen Wandels wird vor allem diese Gleichsetzung benutzt, um drohende Finanzierungsengepässe und den (angeblich) unaufhaltsamen »Krieg der Generationen« heraufzubeschwören.

In der sozialgerontologischen Diskussion gehört die Auseinandersetzung mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu den klassischen Forschungsbereichen, auch wenn sich diese Diskussion lange Zeit stark auf alte Menschen in Institutionen konzentrierte. Auf der einen Seite ging es dabei nicht zuletzt auch darum, die Situation von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen angesichts starker Strömungen in der Gerontologie in Richtung einer Fokussierung des »normalen« Alterns nicht aus dem Auge zu verlieren (Dieck, 1991). Auf der anderen Seite wurde der Begriff der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, vor allem aber der Begriff des »Pflegefalles« zunehmend dahingehend hinterfragt, inwieweit er dazu führt, vorhandene Potenziale zu ignorieren und ausschließlich auf »Wartung« der Ist-Situation einer eingetretenen Hilfe- und Pflegebedürftigkeit abzustellen (Schmitz-Scherzer, 1990).

In wissenschaftlichen Diskussionen zu Altern ist demgegenüber in den letzten Jahren der Diskurs im Hinblick auf die notwendige Unterscheidung eines Dritten Alters von einem Vierten Alter auch für die Erörterung von Hilfe- und Pflegebe-

dürftigkeit als sehr bedeutsam anzusehen (dazu auch Wahl & Rott, 2002). Vor allem P. Baltes (z.B. 1997) und Laslett (z.B. 1995) haben argumentiert, dass das Dritte Alter, chronologisch in etwa die Zeit zwischen 65 und 80 Jahren, heute mehr Ähnlichkeit mit dem mittleren Erwachsenenalter als mit dem »eigentlichen« Alter habe. Diese Lebensphase ist heute und damit historisch zum ersten Mal überhaupt mehrheitlich von hoher Gesundheit, hoher funktionaler Kompetenz, hoher außerhäuslicher Mobilität, kurz, einem aktiven Lebensstil gekennzeichnet. Hilfe- und Pflegebedürftigkeit steigen in diesem Lebensabschnitt zwar gegenüber früheren Lebensphasen spürbar an, jedoch sind diese weit unterhalb jener Margen, die jenseits von 80 Jahren, also im Vierten Alter zu verzeichnen sind. Baltes (1997) hat von der unvollendeten Architektur der menschlichen Ontogenese gesprochen und damit gemeint, dass die Spezies Mensch im Zuge der unauffalt-samen und kontinuierlich weiter ansteigenden mittleren Lebenserwartung (dazu vor allem Oeppen & Vaupel, 2002) im letzten Teil ihrer Lebensspanne immer stärker in einen Grenzbereich, eben extreme Hochaltrigkeit, zu geraten droht, für den sie über die Evolution keine Optimierungen erfahren hat bzw. erfahren konnte. Die Evolution arbeitet, nach allem was wir bislang wissen, eben nicht im Sinne einer Anpassungsverbesserung von Lebewesen in der postreproduktiven Lebensphase. Die Rolle von Kultur, nach Baltes im Gegensatz zur Biologie die »Freundin« des Alters, wird vor allem im hohen Alter und dort vor allem in der Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit extrem gefordert, bisweilen sogar überfordert: Familiäre und professionelle Hilfesysteme, so eine weitere Konsequenz der qualitativen Unterscheidung zwischen einem Dritten und Vierten Alter, werden gerade im Vierten Alter nicht selten bis an ihre Leistungsmöglichkeiten geführt, wengleich sie in den meisten Fällen hocheffizient funktionieren, beschützende Wohnformen stehen vor ihrem Härtest und neue Technologien (z.B. Tele-Rehabilitation, Überwachungssysteme für Demenzerkrankte) könnten immer wichtiger werden. Nicht von ungefähr hat sich deshalb in den letzten Jahren auch die Diskussion über Hilfe- und Pflegebedürftigkeit immer wieder an der Frage entzündet, ob die, wie Imhof schon 1981 schrieb, »gewonnenen« und zukünftig immer weiter zu gewinnenden Jahre (Oeppen & Vaupel, 2002) letztlich verlorene Jahre im Sinne von »inaktiven« Jahren und bestehendem Hilfe- und Pflegebedarf seien. Die wissenschaftliche Diskussion hierzu (in größerem Detail weiter unten) ist offen, teilweise kontrovers, wengleich sich zumindest die Anzeichen mehren, dass es in den zurückliegenden 30 bis 40 Jahren zu deutlichen Verbesserungen im Gesundheitszustand und zumindest teilweise auch in den alltagsfunktionalen Kompetenzen der Älteren gekommen ist.

1.2.3 Elemente einer »neuen« Kultur des Alters und der Pflege

Parallel zu diesen Entwicklungen hat sich sowohl auf der Ebene einer »neuen« Kultur des Alters wie der bereits angesprochenen »neuen« Kultur von Versorgungs- und Unterstützungsdiensten in unserer Gesellschaft in den zurückliegenden zwei Jahrzehnten viel getan. Bei den Älteren hat sich, allerdings ungleich verteilt (z.B. je nach Bildungsressourcen), ein neuer Lebensstil herausgebildet, der

sich vor allem dadurch auszeichnet, nicht so sehr an »Alter«, sondern an einer Kontinuität des bisherigen Lebens, vor allem des mittleren Erwachsenenalters, ausgerichtet zu sein. Alter in diesem neuen Verständnis ist eine in der Regel beruhsfreie Phase, welche die Fortschreibung, ja, sogar die weitere Ausdifferenzierung bisheriger Interessen ermöglicht. Alter ist damit eher ein fortgeschrittenes, mittleres Erwachsenenalter, verbunden mit einem stark ausgeprägten Selbstbewusstsein (nicht zuletzt im Hinblick auf die verbliebene Marktkraft) und einer hohen Sensibilität für negative Altersbilder und Altersdiskriminierung. Im Wachsen ist ferner nicht nur das Bewusstsein, sondern auch das Handeln im Sinne einer präventiven Vermeidung gesundheitlicher, vor allem chronischer Erkrankungen und den damit häufig einhergehenden Alltagskompetenzverlusten. Bedeutsam sind hierbei vor allem gut gesicherte Erkenntnisse, dass präventives Handeln (z.B. Bewegungstraining, kognitives Training, Krafttraining, Aufgabe des Rauchens) in allen Altersphasen und in allen Lebenskontexten (beispielsweise auch in Heimen) zu relativ rasch messbaren gesundheitlichen Verbesserungen führt (Fries, 1990; Kruse, 2002; Rowe & Kahn, 1998). Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang dem präventiven Hausbesuch zu (Stuck et al., 2002). Auch ist zu erwarten, dass insbesondere bei den »Babyboomern«, den heute etwa 50- bis 60-jährigen, Lebensstilveränderungen zu gesundheitlich positiven Auswirkungen in ihrem Alter und überhaupt zu einem neuen Selbstbewusstsein des Alters führen (Silverstone, 1996).

Eine der Schlüsselfragen bleibt, ob solche neuen Lebensstilelemente und neue Grundhaltungen dem Alter gegenüber auch dann »durchgehalten« werden bzw. durchzuhalten sind, wenn es trotz aller Anstrengungen und ständig sich verbessernder Rahmenbedingungen (etwa im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung) dennoch zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit kommt. Dies würde zu einer Kundenorientierung führen, die Hilfe- und Pflegebedarf nicht zuletzt auch als »Management« (gesprochen wird insgesamt auch von »New Public Management«; Klie, 1997, S. 197) einer eingetretenen schwierigen Lebenslage betrachten würde. In dieser Lebenslage gälte es dann vor allem, aus dem verfügbaren Fächer an Hilfe- und Versorgungsangeboten nach Qualitätsgesichtspunkten den für das eigene Beeinträchtigungsprofil optimalen Versorgungsmix zusammenzustellen und daran das weitere Leben mit einer längerfristigen bzw. dauerhaften Beeinträchtigung auszurichten.

Noch sind diesbezüglich deutliche Fragezeichen zu setzen, auch wenn die Entwicklung insgesamt in diese Richtung zu weisen scheint und »Kundenentscheidungen« auch heute schon auf dem »Altenhilfemarkt« zumindest prinzipiell möglich sind. In der Praxis jedoch stehen der Umsetzung einer solchen Kundenorientierung noch manche Hindernisse im Wege, aber der strategische Wert des Kundenbegriffs im Hinblick auf die Veränderung der bestehenden Verhältnisse wird vielfach anerkannt (Klie, 1997). Als Pendant der Entwicklung hin zu einer solchen Kundenorientierung kann eine sich spürbar entfaltende neue Kultur des professionellen Helfens gesehen werden, die auch den alten Menschen zunehmend als »Kunde« mit einem Qualitätsanspruch versteht. Auch hier sind allerdings noch vielfach deutliche Fragezeichen zu setzen, jedoch scheint wiederum die Entwicklung auch aus dieser Warte gesehen in diese Richtung zu zeigen (vgl.

auch die angelaufenen Modellversuche zum persönlichen Budget bei älteren pflegebedürftigen Menschen).

1.2.4 Bedeutung einer »produktiven Zukunftsarbeit« im Hinblick auf Alter und Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

Bedeutsam ist also, mit einem Blick nach vorne, insgesamt eine »produktive Zukunftsarbeit« auch und gerade in Bezug auf Altern in unterschiedlichen Lebenslagen. Es gilt, die Situation von heute in differenzierter Weise, auch mit wissenschaftlichen Befunden wie jenen aus MuG III, im Blick zu behalten, und es gilt gleichzeitig, Zukunftsszenarien zu entwickeln und im Ensemble durchzuspielen. Wie Wahl und Naegele (2004) argumentieren ist es hierbei besonders wichtig, nicht nur auf ein Szenario des Alters (dieses ist dann in der öffentlichen Diskussion in der Regel eher stark ein negativ getöntes Horrorszenario) fixiert zu sein, sondern die Gesamtheit von bedeutsamen Zukunftsszenarien etwa der Gesundheit (Schulz-Nieswandt, 2004), der »Wirtschaftskraft Alter« (Gerling, Naegele & Scharfenorth, 2004), des Wohnens (Mollenkopf, Oswald & Wahl, 2004), der politischen Partizipation (Künemund, 2004), der Teilhabe an der Arbeitswelt (Clemens, 2004) und natürlich auch der Hilfe und Pflege (Blinkert & Klie, 2004) im Blick zu behalten. Es gilt also nicht, vorhandene Herausforderungen, und Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter gehören sicherlich zu den Schlüsselherausforderungen unserer Gesellschaft, schönzureden oder zu verniedlichen. Es erscheint aber auch problematisch, die Zukunft des Alters und damit die Zukunft des Gemeinwesens vor allem in Termini von Horrorszenarien und einseitigen Belastungsdiskursen auszurichten. Diese allgemeine Feststellung ist uns für die Einordnung und Bewertung der Befunde von MuG III besonders wichtig.

1.3 Konzeptionelle Überlegungen zum Verständnis von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter

Konzeptionelle Überlegungen sind bedeutsam, um die Richtung der zu generierenden empirischen Befunde zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit vorzugeben und um die gesammelten Daten bzw. vorhandenen Ergebnisse umfassend und ausgewogen einschätzen zu können. Sie sind aber auch in der »Praxis« wichtig, weil sie als »Bilder in den Köpfen« der unterschiedlichen Akteure in der Altenhilfe Planungsprozesse, Entscheidungen, Handlungen, Erlebensweisen und die Bewertung von kurz- und längerfristigen Folgen und Wirkungen von Verhalten in wesentlicher Weise beeinflussen. Konzeptionelle Überlegungen zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sind deshalb auch nicht losgelöst zu sehen von Menschenbildannahmen und Altersbildern der Vielfalt an Akteuren im Altenhilfereich. Obgleich hier manches dafür spricht, dass sich »auf der Oberfläche« die stark negativ und defizitär getönten Altersbilder der 1960er und 1970er Jahre hin zu eher positiv getönten

und stärker differenzierenden Altersbildern verändern haben (BMFSFJ, 2001; Filipp & Mayer, 1999), so scheinen sich in der »Tiefenstruktur« der langfristig verankerten kulturellen Kodierungen unserer Gesellschaft negative Altersbilder weiterhin hartnäckig zu halten. Dies trifft besonders auf Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu, denn hier finden diese kulturellen Kodierungen – bei weitgehender Ignoranz der relativ niedrigen Auftretenshäufigkeit solcher Phänomene bei über 65-jährigen Menschen (dazu mehr weiter unten in diesem Bericht) – ihre reichhaltigste Nahrung. Zudem spricht manches dafür, dass trotz veränderter Ausbildungsinhalte, etwa in der Altenpflegeausbildung, auch bei Professionellen weitgehend pauschal negative Altersbilder vorherrschen (neuere Untersuchungen hierzu liegen allerdings nicht vor). In diesem Zusammenhang darf allerdings auch das weiterhin schlechte Image der Altenpflegeberufe selbst nicht unbeachtet bleiben (Deutscher Altenpflege-Monitor, 2004). Ebenso ist wenig über die Altersleitbilder von Planern und Entscheidern auf der administrativen und politischen Ebene bekannt, jedoch ist anzunehmen, dass diese zwar nicht einseitig nur negativ getönten Altersbildern, jedoch noch vielfach stark traditionellen Altersvorstellungen verhaftet sind. Dabei können dann beispielsweise hohe Selbstständigkeitsansprüche der Älteren anerkannt werden, jedoch wird kein Wert darauf gelegt, diese an Planungsentscheidungen zu beteiligen und hierzu unterschiedliche Partizipationsformen auszutesten oder die Wirkung getroffener Maßnahmen systematisch bei älteren Menschen als »Kunden« zu überprüfen.

Offensichtlich spielt bei diesem ganzen Themenkreis auch das grundlegende Verständnis von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit eine große Rolle. Es ist nämlich ein großer Unterschied, ob Hilfe- und Pflegebedürftigkeit als unausweichliches »Altersschicksal« oder als ausschließliche Folge einer nicht oder nur in engen Grenzen behandelbaren Alterserkrankung angesehen wird oder als mehrdimensionales Geschehen, bei dem unterschiedliche Ebenen in Wechselwirkung treten und je nach Art dieser Wechselwirkungen zu recht unterschiedlichen Auswirkungen in objektiver (z.B. Qualität der erhaltenen Pflege; Ausmaß erhaltener Versorgungselemente; Endpunkte wie nötige oder unnötige Übersiedlung in ein Heim) wie subjektiver Hinsicht (z.B. Zufriedenheit der hilfe- und pflegebedürftigen Zielperson, aber auch von Angehörigen oder professionellen Helfern) führen können.

Ein Rahmenmodell von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter

Im Folgenden werden Modelle eines solch mehrdimensionalen Verständnisses von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit beschrieben. In Abbildung 1.1 ist dazu zunächst ein Rahmenmodell wiedergegeben, das anhand der sich anschließenden Konzeptionen in unterschiedlichen Richtungen weiter ausdifferenziert wird. Dieses Rahmenmodell folgt in wesentlichen Elementen Überlegungen des Vierten Altenberichts (BMFSFJ, 2002).

Wie in Abbildung 1.1 schematisch dargestellt, stehen dauerhaften und medizinisch schwer zu beeinflussenden Fähigkeitsstörungen, die zu einer Pflegediagnose führen, stets bestimmte Ressourcen bzw. Ressourcenbegrenzungen im Bereich der materiellen Umwelt (einschließlich Hilfsmittel) und sozialen Umwelt gegenüber.

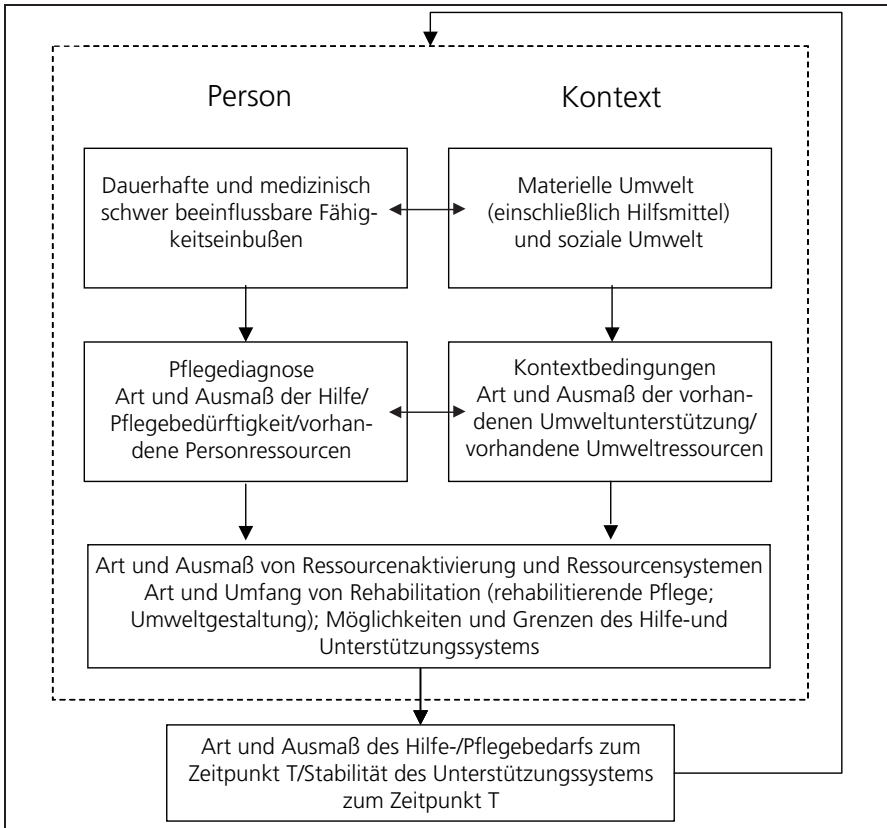


Abb. 1.1: Ein Rahmenmodell von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter (modifiziert nach Viertem Altenbericht, BMFSFJ, 2002, S. 273)

Entscheidend für Pflegequalität und den tatsächlichen Hilfe- und Pflegebedarf sind die je spezifische Art und das je spezifische Ausmaß möglicher Ressourcenaktivierungen auf Seiten der Person und der Umwelt bzw. die entsprechenden Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt. Diese führen dann letztendlich erst zu einer bestimmten Art und einem bestimmten Ausmaß an Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie zu einer je spezifischen Stabilität bzw. Vulnerabilität des gegebenen Unterstützungssystems zu einem bestimmten Zeitpunkt T. Die Berücksichtigung der Zeitdimension ist wichtig, denn sie impliziert ein prozesshaftes und dynamisches Geschehen hinsichtlich Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, bei dem es in Wechselwirkung mit unterschiedlichen Randbedingungen (z.B. Verschlechterungen des gesundheitlichen Allgemeinzustands, Rehabilitationsangebote, neue Hilfsmittel, Neueröffnung einer Tagesklinik in der Nähe, Schließung des »Tante Emma Ladens« um die Ecke) zu Stabilität, Verschlechterungen und Verbesserungen des Pflegebedarfs kommen kann.

Die im Folgenden vor diesem allgemeinen Hintergrund zu beschreibenden Konzeptionen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sind nicht als exklusive, sondern

als sich gegenseitig überlappende und teilweise komplementäre Ansätze zu verstehen. Sie sind zudem in der Darstellungsabfolge so organisiert, dass sie zunächst primär die Mikroebene individueller Hilfe- und Pflegebedürftigkeit adressieren und dann zunehmend stärker auch Kontextbedingungen in unterschiedlicher Weise (z.B. infrastrukturelle, soziale Umwelt) und auf unterschiedlichen Ebenen (über die Mikro- und Meso- zur Makroebene) einbeziehen.

1.3.1 Die Erfahrung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit als Lebenskrise

Zunächst erscheint es überaus bedeutsam, die Erfahrung eines Hilfe- und Pflegebedarfs im Alter als ein krisenhaftes Ereignis anzusehen, das die psychischen Bewältigungsressourcen der Betroffenen und ihrer Angehörigen bis an die Grenzen fordert. Krisenhafte Entwicklungen haben als existentielle Eigenart, dass vielfach und in früheren Lebensabschnitten bewährte Routinemuster der Lebensbewältigung nicht ohne weiteres greifen und deshalb der »Ausgang« der erfahrenen Belastungssituation offen ist (Kruse, 1987; Wahl & Kruse, 1999). Einer der grundlegenden Stressoren dieser Lebenserfahrung besteht in dem durch den Eintritt des Hilfe- und Pflegebedarfs erlebten Verlust einer selbständigen Lebensführung und der Infragestellung der, wie Heckhausen und Schulz (1995) es nennen, »primären Kontrolle« als eine der fundamentalen menschlichen Motivationslagen mit großer Bedeutung für die Verfolgung bedeutsamer Lebensziele und einer positiv getönten Zukunftssicht. Es gilt, Anpassungen auf der psychischen Ebene vorzunehmen, und eine der wichtigsten psychischen Leistungen in dieser Beziehung ist wohl das Akzeptieren der eingetretenen Einschränkungen und die Suche nach neuen Lebensperspektiven (Kruse, 1987).

Dabei ist solches Akzeptieren nicht gleichzusetzen mit passivem »Laufen-Lassen« oder Verantwortungsabgabe; im Gegenteil handelt es sich dabei um einen aktiven, oft lange Zeit in Anspruch nehmenden Prozess der Auseinandersetzung mit den eingetretenen Grenzen und den verbliebenen Möglichkeiten des Lebens angesichts einer in der Regel in dieser Form in früheren Lebensabschnitten noch nicht erfahrenen massiven Fähigkeitseinschränkung von unabsehbarer Dauer. Es ist zu erwarten, dass angesichts eines entstehenden »neuen Alters« mit hohen Selbständigkeits- und Kompetenzerwartungen (vgl. weiter oben) die psychische Auseinandersetzung mit und Versuche der Bewältigung von Hilfe- und Pflegebedarf in der Zukunft nicht einfacher, sondern eher noch schwieriger werden. Besonders vielschichtig stellt sich zudem das Verständnis der psychischen Dynamik des Eintritts von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Zuge einer Demenzerkrankung dar. Ein erster Schlüssel zum Verständnis dieser Erfahrung für die Betroffenen wie ihre Angehörigen liegt wohl darin, dass Hilfe- und Pflegebedarf erst allmählich eintritt und diese Entwicklung in sehr unterschiedlicher Weise von den Beteiligten verarbeitet wird. Dies hat aber möglicherweise viel mit der psychischen Bewältigung der später eintretenden Veränderungen der Betroffenen und des damit assoziierten ausgeprägten Hilfe- und Pflegebedarfs zu tun. Ein weiterer Schlüssel der psychischen Verarbeitung liegt wahrscheinlich darin, ob es gelingt, trotz der einge-