

16/137

Wer pflegt, braucht Unterstützung!

Fokus Angehörige

Dokumentation der Dialogveranstaltung vom 22. Juli 2007 in Berlin

Uns geht's ums Ganze.
www.gruene-bundestag.de

BÜNDNIS 90
DIE GRÜNEN



Bundestagsfraktion

Impressum

Herausgeberin	Bündnis 90/Die Grünen Bundestagsfraktion Platz der Republik 1 11011 Berlin www.gruene-bundestag.de
Verantwortlich	Elisabeth Scharfenberg MdB Sprecherin für Pflegepolitik Bündnis 90/Die Grünen Bundestagsfraktion Platz der Republik 1 11011 Berlin E-Mail: elisabeth.scharfenberg@bundestag.de
Redaktion	Anja Ludwig, Fraktionsreferentin für Pflegepolitik Christian Hans, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Büro Elisabeth Scharfenberg MdB
Bezug	Bündnis 90/Die Grünen Bundestagsfraktion Info-Dienst Platz der Republik 1 11011 Berlin Fax: 030 / 227 56566 E-Mail: versand@gruene-bundestag.de
Schutzgebühr	€ 1,-
Redaktionsschluss	Juni 2008

Inhalt

Wer pflegt, braucht Unterstützung! Fokus Angehörige

Grußwort	
Dr. Thea Dückert MdB, Stellvertretende Fraktionsvorsitzende, Bundestagsfraktion Bündnis90/ Die Grünen	3

Teil 1

Inhaltliche Einleitung: Wer pflegt, braucht Unterstützung! Fokus Angehörige, Elisabeth Scharfenberg MdB, Sprecherin für Pflegepolitik.....	5
Belastungssituationen pflegender Angehöriger: Ursachen und Auswirkungen, Dr. Hanneli Döhner, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizin- Soziologie	8
"Hilfe, meine Eltern sind alt". Was pflegende Angehörige brauchen – ein Erfah- rungsbericht, Ilse Biberti, Autorin, Berlin	14
Diskussionsrunde zu Teil 1 (Moderation: Elisabeth Scharfenberg)	20

Teil 2

Handlungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige durch Unterstützungsangebote – Bestandsaufnahme und Bedarfe, Heike Nordmann, Verbraucherzentrale NRW, Düsseldorf	30
Diskussionsrunde zu Teil II (Moderation: Birgitt Bender MdB, Sprecherin für Gesundheitspolitik)	38

Grußwort

Dr. Thea Dücker MdB

Parlamentarische Geschäftsführerin, Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Freundinnen und Freunde, liebe Frau Dr. Döhner, liebe Frau Biberti, liebe Frau Nordmann, ich darf Sie herzlich zu unserem Fachgespräch „Wer pflegt, braucht Unterstützung! Fokus Angehörige“ begrüßen.

Wir freuen uns, so viel geballten Sachverstand aus ganz unterschiedlichen Feldern zu unserer Debatte hier zu haben und Interessierte aus vielen unterschiedlichen Bereichen der Pflege. Dass Sie alle hier sind und sich hoffentlich, das ist für uns wichtig, in die Debatte einbringen werden, ist natürlich die Voraussetzung dafür, dass diese Veranstaltung heute gelingt. Das Thema „Wer pflegt, braucht Unterstützung! Fokus Angehörige“ ist eines, das uns alle umtreibt, aber sehr selten wird es in den Vordergrund der Debatte gestellt. Meistens, das war ja auch in den letzten Wochen wieder so, wird natürlich nicht geleugnet, dass wir eine umfassende Pflegereform brauchen.

Aber was häufig vor allen Dingen in den Fokus gerückt wird, ist die Frage der Finanzierung. Was in der Debatte oft an zweiter Stelle steht, sind die Pflegebedürftigen. Wir haben das auch in der aktuellen Debatte gehabt, wo es z. B. um die Demenz als ein weiteres Kriterium der Pflegebedürftigkeit ging. Es geht auch oft um Pflegekräfte, aber das steht nicht von ungefähr, auch in meiner Aufzählung, an dritter Stelle. Es geht um die Qualifikation, um die Arbeitsbedingungen der Pflegenden. Ganz selten stehen die Angehörigen im Fokus der Debatte. Wobei wir alle wissen, dass gerade sie einer ganz ungeheuren Belastung ausgesetzt sind, mit der man sich auseinandersetzen muss und für die es sicherlich auch Hilfestellungen gibt, nicht nur geben muss, sondern auch geben kann.

Wie diese aussehen können, das ist heute ein Thema. Pflege ist ja ein Thema, bei dem fast jede und jeder mitredet, wenngleich man oft gar nicht große Kenntnisse über die Differenziertheit der Strukturen, über die unterschiedlichen nicht vorhandenen und vorhandenen Angebote hat. Das liegt einfach daran, dass wir im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel natürlich alle mit der Pflege sehr direkt in Kontakt kommen und zunehmend in Kontakt kommen werden, in der eigenen Familie, im eigenen Umfeld. Deswegen ist es auch ein Thema, das allen unglaublich auf den Nägeln brennt. Ich bin daher unserer pflegepolitischen Sprecherin Elisabeth Scharfenberg sehr dankbar, dass sie die Initiative für diese Veranstaltung ergriffen hat. Wir hoffen, dass Sie Ihre praktische Erfahrung, Ihre wissenschaftliche Expertise, aber vielleicht auch ganz viele Fragen, wie es weitergehen kann, wie die Weichenstellungen sein müssen, hier in die Debatte einbringen. Veranstaltungen dieser Art sollen Austausch ermöglichen. Wir wollen lernen, zuhören, es soll Raum geben für Beiträge und nicht einfach nur für Statements. Wenn man am Ende der heutigen Veranstaltung sagen kann, dass dieser Austausch zu Stande kam, dann ist es eine gelungene Veranstaltung gewesen.

Wir haben bereits im September 2006 ein neues Pflegekonzept unter dem Titel „Pflege menschenwürdig gestalten“ in die Debatte gebracht. Ein Konzept, das den Menschen in den Mittelpunkt stellt, also die zu Pflegenden, das Pflegepersonal,

aber eben auch die Angehörigen. Wir sind sehr davon überzeugt, dass eine nachhaltige Konzeption, die nicht so kurz springt, wie das, was die Bundesregierung jetzt vorgeschlagen hat¹, ein wirkliches Umdenken, grundsätzliche neue strukturelle Überlegungen notwendig macht. Es geht um ganz viel. Zum Beispiel geht es nicht nur um die Stärkung der ambulanten Pflege, sondern auch um das Möglichmachen anderer Wohnformen. Es geht auch um die Frage, wie diejenigen, die plötzlich in die Situation des Kümmerns kommen, weil jemand in ihrem Umkreis pflegebedürftig geworden ist, sich orientieren können. Es geht nicht nur darum, wie sie sich vom Job freistellen lassen können, sondern auch darum, welche Netze wir noch aufbauen müssen, damit sie überhaupt mit dieser plötzlichen Situation in irgendeiner Weise zurechtkommen.

¹ Dies bezieht sich auf die Eckpunkte der Bundesregierung zur Pflegereform vom Juni 2007.

Teil 1

Inhaltliche Einleitung: Wer pflegt, braucht Unterstützung! Fokus Angehörige,

Elisabeth Scharfenberg MdB

Sprecherin für Pflegepolitik, Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen

Vielen Dank an Thea Dückert für die Einführung. Ich möchte meine Eingangsbemerkung kurz halten, denn ich möchte das Wort möglichst schnell an unsere Referentinnen und auch an Sie als Mitdiskutanten übergeben.

Schon lange bevor die große Koalition auch nur annähernd soweit war, Eckpunkte für eine Pflegereform vorzulegen, hatten wir Grüne das von Frau Dückert erwähnte Gesamtkonzept für eine Reform bereits vorgelegt. Ebenfalls haben wir schon vor längerer Zeit beschlossen, eine Veranstaltung zur Unterstützung und zur Entlastung pflegender Angehöriger zu machen. Das Thema ist uns sehr wichtig. Warum? Ein grundsätzlicher Webfehler in der hiesigen pflegerischen Versorgungsstruktur ist, dass sie mehr oder weniger blind ist für die Belastungen, für die Bedürfnisse und auch für die Bedarfe pflegender Angehöriger. Angehörige werden rein strukturell kaum mitgedacht. Eigentlich ist das unvorstellbar, wenn wir bedenken, dass Angehörige in mindestens 90 Prozent aller häuslichen Pflegearrangements die Hauptbezugspersonen sind.

Schauen wir beispielsweise auf das Pflegegeld. Wir wollen diese Leistung überhaupt nicht in Frage stellen. Es ist jedoch ein Irrtum zu glauben, diese reine Geldleistung schaffe per se eine ausreichende Unterstützung für pflegende Angehörige. Sie ist ein kleines Mosaiksteinchen. Die gesamte Pflegeversicherung entspricht in ihrer jetzigen Form nicht mehr den Ansprüchen und Bedarfslagen unserer heutigen Gesellschaft. Es gibt immer weniger traditionelle Lebensformen im Bereich Familie. D.h. die vermeintlich klassische Pflegekonstellation: Pflegebedürftiger wird von Ehefrau, Tochter oder Schwiegertochter gepflegt, wird immer seltener.

Ich will nur ein paar Ursachen dafür stichwortartig in den Raum werfen: Erstens, der Rückgang der Geburtenziffern bzw. die Zunahme von kompletter Kinderlosigkeit; dann eine hohe Rate von Ehescheidungen; außerdem die Zunahme allein lebender und allein alternder Menschen; die steigende Mobilitätsforderung im Erwerbsleben, d.h. Kinder ziehen immer öfter vom Wohnort der Eltern weg; schließlich die erfreulicherweise zunehmende Erwerbstätigenquote von Frauen.

Dies schafft natürlich neue Herausforderungen. Das tradierte Muster von Pflege als Frauentätigkeit unterliegt zum Glück einem Wandel. Dadurch gewinnt aber auch die Frage der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf eine ganz neue Bedeutung. In diesem Zusammenhang sei nur auf die massive Abwanderung ostdeutscher junger Frauen ins alte Bundesgebiet hingewiesen, da passiert ein großer Wechsel und das schafft auch ziemliche Probleme dort vor Ort. Wenn wir familiäre und informelle Pflegepotenziale erhalten wollen und müssen, müssen wir auch neue Wege gehen. Dazu gehört, Angehörige als explizit unterstützungswürdige Gruppe anzuerkennen. Ihnen müssen also auch entsprechende Angebote gemacht werden. Wir haben es hier mit einem Strukturproblem und nicht mit Individualschicksalen zu tun. Pfl-

gende Angehörige sind extremen Belastungen ausgesetzt. Pflegende Angehörige geraten oft in soziale Isolation, pflegende Angehörige leiden oft unter körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen und pflegende Angehörige nehmen berufliche Nachteile in Kauf oder müssen sogar ganz ihre Arbeit aufgeben. Deshalb ist für uns der zentrale Punkt einer guten pflegerischen Versorgung, die konsequente Orientierung an den Bedürfnissen, Fähigkeiten und Ressourcen der Betroffenen und damit meinen wir auch ihre Bezugspersonen. Ich möchte ebenfalls nur stichwortartig in den Raum werfen, welche Forderungen wir dazu in unserem Konzept aufstellen. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff der Pflegeversicherung muss überarbeitet werden. Nicht nur körperliche Defizite, sondern der gesamte Pflegebedarf und die Fähigkeiten der Betroffenen müssen erfasst werden, dazu zählt auch sein soziales Umfeld. Wir fordern ein Case-Management als Regelangebot der Pflegeversicherung, und zwar als Angebot für Betroffene wie auch für ihre Angehörigen. Sie brauchen mehr professionelle Hilfe dabei, sich im System zurecht zu finden, die richtigen Leistungen auszuwählen, zu bekommen und überflüssige weglassen zu können. Das darf aber nicht auf der Einzelfallebene stehen bleiben, es muss zu einer Versorgungsstruktur werden. Jeder und jedem einzelnen kann so eine individuell passgenaue Pflege ermöglicht werden. Wir sprechen auch von Care-Management-Strukturen. Das können z. B. Pflegekonferenzen leisten, in denen die relevanten Akteure gemeinsam vereinbaren, was für sie für eine gute Pflege vor Ort nötig ist. Jede Region hat ihren eigenen Bedarf, ländliche Versorgungsstrukturen schauen beispielsweise komplett anders aus als urbane.

Und wir müssen die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verbessern. Hier helfen Erleichterungen beim Teilzeitbefristungsgesetz oder aber die Schaffung einer zeitlich eng befristeten Pflegezeit. Während einer Pflegezeit findet der oder die Angehörige Zeit und Raum, Pflege zu organisieren oder aber einen Sterbenden zu begleiten. Das Angebot an Tagespflegeeinrichtungen muss dringend ausgebaut werden, ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeleistungen müssen flexibler an die individuellen Bedarfslagen des Pflegehaushaltes angepasst werden.

Nun komme ich zu Ihnen, die uns heute hier unterstützen in unserem Ansinnen, pflegende Angehörige und deren Bedarfe und Bedürfnisse näher anzuschauen. Den ersten Beitrag werden wir heute hören von Frau Dr. Hanneli Döhner. Frau Dr. Döhner, Sie sind Altersforscherin, Sie sind bereits seit 1975 Mitarbeiterin im renommierten Institut für Medizin-Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und leiten dort seit 1985 den Arbeitsschwerpunkt Sozial Gerontologie. Schon seit längerem beschäftigen Sie sich schwerpunktmäßig mit den vernachlässigten Belastungen pflegender Angehöriger, dabei u.a. mit der Frage, warum es hierzulande eigentlich gar keine Lobby für diese Personengruppe gibt und wie sich eine solche Lobby aufbauen könnte. Von Ihnen, Frau Dr. Döhner, möchten wir insbesondere wissen, was zeichnet eigentlich die Belastungssituation pflegender Angehöriger aus, welche Ursachen und auch Auswirkungen hat das und welche Versorgungslücken lassen sich daraus ableiten?

Danach freue ich mich auf den Beitrag von Ilse Biberti, die manche von Ihnen vielleicht kennen. Sie hat einen sehr interessanten Erfahrungsbericht mit dem Titel „Hilfe, meine Eltern sind alt, wie ich lernte, Vater und Mutter mit Respekt und Humor zu begleiten“ geschrieben. Das Buch ist 2006 im Ullstein-Verlag erschienen und ist sehr lesenswert. Frau Biberti, Sie sind studierte Theaterwissenschaftlerin, Publizistin und Politologin. Sie haben als Schauspielerin an diversen Theatern gearbeitet und wirkten in zahlreichen Fernsehproduktionen mit, u. a. moderierten Sie in den 80er Jahren die Sesamstraße. Sie waren Autorin bei RIAS Berlin und für diverse Zei-

tungen, haben als Drehbuchautorin genauso gearbeitet, wie als Regisseurin und sind seit einigen Jahren in eben diesen Berufsfeldern frei beruflich tätig. Wir sehen, Sie sind ein wahres Multitalent und seit ein paar Jahren betreuen Sie auch noch Ihre Eltern, sind also eine pflegende Angehörige aus Fleisch und Blut. Von Ihnen, Frau Biberti, möchten wir gerne aus der konkreten alltäglichen Praxis wissen, was pflegende Angehörige wirklich brauchen und welche Angebote sie brauchen. Was vermissen Sie im alltäglichen Leben und welche Unterstützungs- und Hilfeangebote bräuchten sie am meisten?

Belastungssituationen pflegender Angehöriger: Ursachen und Auswirkungen

Dr. Hanneli Döhner²

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizin-Soziologie

Ich hab mich sehr gefreut, dass auf bundespolitischer Ebene dieses Thema aufgegriffen wurde. Das war absolut überfällig und deshalb bin ich sehr gern hierher gekommen. Ich habe auch sehr gerne Ihr Konzept gelesen und mich sehr gefreut über die Ansätze, die ich dort gefunden habe. Die Frage, die Sie mir eben gestellt haben, ist so groß, dass ich in der begrenzten Zeit nur ganz kleine Teile davon beantworten kann.

Das Thema, das ich hier behandle, ist „Belastungssituationen pflegender Angehöriger – Ursachen und Auswirkungen“. Dahinter steht ein sehr großes europäisches Projekt, über das ich Ihnen ganz kurz etwas sagen will, um dann zu den Ursachen und Auswirkungen und den Unterstützungsangeboten zu kommen. Im Anschluss folgt ein kleiner Ausblick in Bezug auf Lobbyarbeit.

Das Projekt hatte zum ersten Mal auf der europäischen Ebene das Ziel, in verschiedenen europäischen Ländern einen vergleichenden Überblick über die Situation pflegender Angehörige zu geben und zwar zu den Stichworten Existenz, Bekanntheit, Verfügbarkeit, Nutzung und Akzeptanz von unterstützenden Maßnahmen. Das heißt, in der vorherigen Forschung stand immer sehr die Belastung im Vordergrund. Wir haben uns sehr viel stärker mit den unterstützenden, entlastenden Maßnahmen beschäftigt. In einem zweiten Schritt sind wir dazu gekommen, dass wir für die praktische Anwendung, für die politische Umsetzung, Typen von pflegenden Angehörigen finden müssen. Es gibt sehr viele unterschiedliche pflegende Angehörige und Situationen, in denen sich die pflegenden Angehörigen befinden. Es gibt eine Riesenkluft zwischen den Wünschen und Erwartungen der Angehörigen und dem, was ihnen geboten wird. Deshalb möchten wir nicht etwas für die Schublade produzieren, sondern einen Beitrag zum Wandel leisten.

Wir sind sehr praxisorientiert an die Fragestellung herangegangen. Im Zentrum steht ein partnerschaftlicher Ansatz. D.h. Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und professionelle Pflege müssen in Zukunft sicherlich sehr viel und sehr viel besser abgestimmt zusammen arbeiten. In der Studie haben wir vergleichbare Berichte zu 23 Ländern erstellt, die zum Teil im LIT-Verlag veröffentlicht wurden. Sie finden alle Berichte aber auch im Internet zum Download. Im Zentrum der Studie stand ein Sechs-Länder-Vergleich, eine Erhebung auf der Grundlage von persönlichen Interviews in jedem der Länder mit ca. 1.000 pflegenden Angehörigen.

Was sind eigentlich pflegende Angehörige? Herauszufinden, was das für eine Gruppe ist, ist ein Riesenproblem. Wir haben für unsere Studie gesagt: Vier Stunden pro Woche Pflege oder Unterstützung ist unser Ansatz, damit wir auch diejenigen

² Die Folien zu diesem Vortrag sind online eingestellt unter:
http://www.gruene-bundestag.de/cms/gesundheit/dokbin/193/193752.vortrag_dr_h_doehner.pdf

erreichen, die noch am Anfang und noch nicht so sehr belastet sind. Wir haben dann zwölf Monate später eine Anschlussuntersuchung durchgeführt und eine kleine Anbieterstudie verfasst, um nicht nur die pflegenden Angehörigen im Blick zu haben, sondern auch die Anbieter. Ich kann heute aber nur auf den ersten Teil eingehen. Alles andere wäre zu viel. Die beteiligten Länder waren Schweden, England, Italien, Griechenland, Polen und Deutschland. Partner waren die Universität Bremen, die den gesundheitsökonomischen Teil der Studie durchgeführt hat und dann, das war für uns ganz wichtig, AGE, the European Older People's Platform aus Brüssel. Das ist die größte europäische NGO für die Interessenvertretung älterer Menschen. Dort sind auch die ganzen nationalen Organisationen vertreten.

Ganz kurz jetzt zu den Belastungen. Da möchte ich an die Infrateststudie MUG 3 erinnern. Wer diese nicht kennt, es ist die zentrale Studie, die wir in Deutschland haben. Ich will nicht viel dazu sagen, nur erinnern, dass es ganz wichtig ist, zwischen den Pflegebedürftigen und den Hilfsbedürftigen zu unterscheiden. Das ist wichtig, nicht aus der Praxissicht, sondern aus der Gesetzgebungssicht, weil in der Pflegeversicherung ja nur die so genannten Pflegebedürftigen abgedeckt sind. Wir haben aber eine riesige Gruppe von Hilfsbedürftigen. Sind das die richtigen, die in der Gruppe sind oder sind das nicht eigentlich auch Pflegebedürftige, die auch einen rechtlichen Anspruch haben sollten? Das wird uns auch weiter beschäftigen, vor allem im Zusammenhang mit Demenzkranken. Hier nur noch mal als wichtige Botschaft: Es gibt eine ganz große Gruppe, die in der Pflegestufe 1 ist und dann werden es immer weniger in den Pflegestufen 2 und 3. Also diejenigen in Pflegestufe 3, die mit den großen Unterstützungen finanzieller Art, sind nur ein relativ kleiner Anteil. Auf der anderen Seite haben wir die Hilfsbedürftigen, die einen täglichen Bedarf haben, also an der Grenze zur Pflegebedürftigkeit sind. Das sind 1,3 Millionen nach dieser Untersuchung, d.h. eine Riesengruppe.

Ich will im Folgenden auf unsere Ergebnisse eingehen, wobei ich fast nur auf deutsche Ergebnisse eingehe. Das ist ja das, was uns hier im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung besonders interessiert. Wegen der Wichtigkeit der Gruppe der Hilfsbedürftigen, die nach dem Gesetz noch nicht pflegebedürftig sind, haben wir zwei Gruppen in der Untersuchung hinzugefügt. Die eine umfasst diejenigen, die bisher keinen Antrag gestellt haben, also keinen Bedarf gesehen haben. Die andere umfasst diejenigen, die subjektiven Pflegebedarf geäußert haben. Darunter verstehen wir die, die einen Antrag gestellt haben, der noch nicht entschieden ist oder der abgelehnt wurde. Jene also, die aus der eigenen Sicht meinen, dass sie einen Anspruch auf Pflegeunterstützung hätten.

Wir haben diese zwei für uns sehr wichtigen Gruppen mit hineingenommen und gefragt: „Wie viele Stunden pflegen sie eigentlich?“ Wir haben nur die Hauptpflegepersonen befragt. Im Schnitt haben wir 40 Stunden und in der Pflegestufe 3 80 Stunden ermittelt. Das muss man sich einmal auf der Zunge zergehen lassen. Eine Vollzeitbeschäftigung umfasst heute 38,5 Stunden. Bei der Gruppe der Sachleistungsempfänger haben wir fast doppelt viel, nämlich 77 Stunden pro Woche Pflege von den Hauptpflegenden. D.h., dass die pflegenden Angehörigen nichts abgeben an die Professionellen, sondern in einer hoch belasteten Situation sind, wo sie sich Hilfe von außen suchen, die noch mit unterstützten, Trotz der professionellen Pflege pflegen sie noch 77 Stunden selbst!

Eben wurde auch schon das ganz wichtige Thema Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege angesprochen. Deshalb habe ich mal unterschieden zwischen Teilzeit und Vollzeit und dann denjenigen, die über 65 Jahre alt sind oder aus anderen Gründen nicht arbeiten. D.h. sie haben drei Gruppen: Teilzeit, Vollzeit und Nicht-

Arbeitende. Über 40% der Vollzeitbeschäftigten und über 60% der Teilzeitbeschäftigten pflegen ihre Angehörigen mit schwerer Hilfebedürftigkeit mehr als 25 Stunden die Woche. Es sind also enorme Leistungen, die dort vollbracht werden trotz Erwerbstätigkeit.

Ich komme nun zu den Auswirkungen. Wir sprechen immer von den negativen Auswirkungen. Deshalb haben wir uns ganz bewusst entschieden, auch die positiven Seiten mit ins Auge zu fassen. Denn man kann sich ja nicht vorstellen, wie die Leute es überhaupt verkraften, wenn da nicht auch positive Seiten sind. Auf der negativen Seite ergaben sich folgende Ergebnisse:

- In der Rolle des Pflegenden gefangen fühlen sich: 21 Prozent
- Betreuung zu anstrengend: 18 Prozent; eigenes Wohlbefinden: 18 Prozent
- eigene körperliche Gesundheit: 16 Prozent
- Verhältnis zu Freunden: 14 Prozent
- Probleme innerhalb der Familie: 7 Prozent
- finanzielle Probleme: 6 Prozent

Und das ganze, das geht durch die komplette Studie durch, wird noch mal unterstrichen, wenn Sie sich nur diejenigen anschauen, die Angehörige mit Verhaltensauffälligkeiten pflegen. Ich spreche jetzt nicht nur von Demenz, da ist alles noch massiv schlimmer. Die Belastungen in dieser Gruppe sind also sehr hoch und deshalb ist es ganz wichtig, dass wir in diesem Bereich etwas tun. Da sind sich die Parteien wohl auch alle einig. Hier ein kleiner Einblick in das, was das auch an Einkommensverlusten bedeutet: Die monatliche Einkommenseinbuße pflegender Angehöriger, die aufgrund der familiären Pflege ihre Arbeit aufgegeben hatten, betrug im Schnitt 1.000 Euro. Da kann man natürlich viel darüber spekulieren, was das eigentlich im Einzelfall bedeutet, was es aber auch für gesellschaftliche Konsequenzen hat.

Es gibt aber durchaus auch die positiven Dinge. Das hat uns zum Teil auch überrascht, wie deutlich die positiven Anteile waren. 94 Prozent haben gesagt, sie hätten ein gutes Verhältnis zu ihrer betreuten Person. 89 Prozent haben gesagt, sie kämen mit der Rolle als Betreuende gut zurecht (das muss man noch mal so in Frage stellen, was wirklich dahinter steckt, wenn der Anteil so hoch ist.) Betreuung sei für sie eine lohnenswerte Aufgabe, haben 69 Prozent gesagt, sie erführen Wertschätzung meinten 66 Prozent. Man kann das auch umdrehen. Wenn nur 66 Prozent sagen, dass sie eine Wertschätzung erfahren, bleiben 34 Prozent, die überhaupt keine Wertschätzung erfahren. Diese Prozentzahlen umfassen jeweils die Anzahl der Antworten „häufig“ und „immer“. Aber ich finde, es ist fast wichtiger, dass eben ein Drittel Wertschätzung überhaupt nicht erfährt. Hier ist die Situation für Angehörige, die Pflegebedürftige mit Verhaltensauffälligkeiten pflegen, wieder ganz extrem. Wir haben auch die Frage nach der allgemeinen Lebensqualität gestellt. Wie zu erwarten zeigt sich ganz deutlich, dass in der Pflegestufe 3 die Lebensqualität besonders schlecht ist. Das spiegelt sich wider in der Gruppe der Sachleistungen, d.h. wir haben einen starken Zusammenhang zwischen der Pflegestufe 3 und den Sachleistungen. Bei der Gruppe der Sachleistungen haben wir bei 70 Prozent eine tendenziell schlechte Lebensqualität. Das ist schon ziemlich bedenklich. Etwas weniger an schlechter Lebensqualität finden wir in der Pflegestufe 3.

Nun zu den Unterstützungsangeboten. Es gibt ja in Deutschland, im Vergleich zu anderen Ländern, ein sehr gutes Angebot zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen. Aber es wird sehr wenig genutzt. Woran liegt das? Darüber sollten wir dis-

kutieren. 78 Prozent der pflegenden Angehörigen haben gesagt, dass sie überhaupt keine entlastenden Angebote in Anspruch nehmen. Bei denen, die Angebote in Anspruch genommen haben, steht an erster Stelle mit 9 Prozent die medizinische Beratung bezogen auf das Krankheitsbild. Andere Angebote der Pflegeversicherung, wie Angehörigengruppen oder Schulungskurse, die ja entlastend sein sollen, werden kaum genutzt. In unserem Sample nahmen von den 1.000 pflegenden Angehörigen 4 Prozent Angehörigengruppen in Anspruch und nur 2 Prozent besuchten Schulungskurse.

Das muss man noch mal diskutieren, was da los ist. Wenn es schon diese Angebote gibt, die zum Teil ja auch sehr gut sind, warum ist der Zugang dann so schwer? Wie kann man das ändern? Und ein ganz wichtiger Punkt, der uns sehr beschäftigt hat, ist, dass viele pflegende Angehörige sich gar nicht als solche verstehen. Das ist ein ganz zentraler Punkt, über den man nachdenken muss. Wie kann man die Selbst- und Fremdidentifikation verbessern? Eine wichtige Frage, um auch zu pflegenden Angehörigen einen Zugang zu bekommen.

Wir haben dann gefragt: Durch wen fühlen Sie sich eigentlich am besten unterstützt? Die Frage nach der Unterstützung haben wir in Bezug auf drei Gruppen gestellt: Die Familie, die Angehörigen, die Nachbarn und die professionellen Gesundheits- und Sozialdienste. Eine hohe Unterstützung wird durch die Familie empfunden. Die empfundene Unterstützung durch Freunde und Nachbarn ist schon schlechter. Ganz schlecht ist sie, wenn wir auf die Gruppe der Gesundheits- und Sozialdienste kommen. Die Tendenz ist also, dass die Unterstützung in der Familie sehr positiv eingeschätzt wird, die durch die Nachbarn auch noch als ganz gut, aber das Kritische sind die professionellen Dienste, da hapert es.

Wir haben diese Frage zwei Gruppen gestellt. Zu Gruppe 1 gehören alle, die bereit sind, uneingeschränkt Pflege weiter häuslich zu führen und nicht bereit sind, den Angehörigen in ein Pflegeheim zu geben. Zu Gruppe 2 gehören alle, die nur unter bestimmten Bedingungen bereit sind, Pflege weiter häuslich zu führen. Und da sieht man: Wenn die Familie gut unterstützt, dann ist man sehr viel eher bereit, das auch zu machen. Man sieht auch, dass die Angehörigenunterstützung ganz wichtig ist, damit man weiter pflegt. Bei den Gesundheits- und Sozialdiensten, sind wir dann auf so einem niedrigen Niveau, dass die Unterschiede nicht mehr so da sind. Ganz zentral für die Aufrechterhaltung der Pflege ist also das, was wir auch bürgerschaftliches Engagement nennen können.

Wir haben dann untersucht, wo Hilfsbedarf besteht. Wir haben die unterschiedlichen Bereiche untersucht und analysiert nach der Art der Unterstützung. Dabei haben wir unterschieden nach „kein Bedarf“, „keine Hilfe“, „informelle Hilfe“, „professionelle Hilfe“ und „beide Hilfsarten“. Des Weiteren haben wir unterschieden nach „ohne Arbeit“ und „arbeitend“.

Im Bereich der schweren Hilfsbedürftigkeit zeigt sich sehr deutlich, dass diejenigen, die die Pflege mit der Berufstätigkeit zu vereinbaren suchen, in erheblichem Maße auf informelle Unterstützung angewiesen sind. Wenn diese Unterstützung nicht da ist, dann sinkt die Pflegebereitschaft rasant. Dass die Pflegebereitschaft eigentlich sehr hoch ist, ist eine ganze zentrale Aussage. Besonders hoch ist sie in der Pflegestufe 3. Woran liegt das? Meine Interpretation ist, dass diejenigen häufig schon absehen, dass der Angehörige irgendwann sterben wird und sie in dieser Phase natürlich nicht aufhören wollen mit der Pflege. D.h. da ist die Bereitschaft sehr hoch, weiter zu pflegen und das Pflege-Setting zu lassen wie es ist. Im Grunde genommen zeigt das hier auch noch mal sehr deutlich, dass die Bereitschaft zu pflegen wirklich

sehr hoch ist und dass es an den Rahmenbedingungen liegt, ob das ermöglicht wird oder nicht.

Barrieren für die Nutzung der Angebote liegen vor allem im Bereich der persönlichen Vorbehalte. Ganz oft sagen ältere Menschen, dass sie nur die familiäre Pflege wollen und nichts anderes. Kosten sind natürlich immer ein Thema. Zu den Unterstützungsformen ist die Aussage, dass Informationen über die verfügbaren Hilfen und Krankheiten fehlen, ganz zentral. Wegen der Diskussion um das Pflegezeitgesetz würde ich hier gern noch mal darauf hinweisen, dass dies – wir haben es erfragt – ganz extrem ein Frauenproblem ist. Das sollte man im Auge behalten, wenn man dieses Gesetz angeht. Für die Bereitschaft zur Pflege hat die Auszeit eine ganz wichtige Funktion.

Zentral ist der Punkt Informationsbedarf. In fast allen Ländern dient der Hausarzt als zentrale Anlaufstelle, von der auch pflegende Angehörige etwas wissen wollen. Viele sind sehr enttäuscht, weil sie dort nicht die Antworten finden, die sie brauchen.

Stichwort Beratungsstelle: Es gibt, das ist die gute Nachricht, eine DEGAM-Leitlinie „Pflegerische Angehörige“, die aus meiner Sicht sehr gut ist, aber bisher kaum umgesetzt wird.

Stichwort Assessment: Da ist mir ganz wichtig, dass man bei der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit, also den Assessments, über Maßnahmen wie Case-Management nachdenken sollte und dass es zentral ist die Pflegepersonen gleich mit im Auge zu haben. Die Anbieter sind nicht ausreichend nutzerorientiert, sie müssen sehr viel stärker die Bedürfnisse der Angehörigen einbeziehen. Wenn sie dies nicht tun, dann wird das heute bereits verbreitete Problem der illegalen oder legalen Pflege von ausländischen Kräften zunehmen. Wir haben in Italien bereits die Situation, dass die ausländischen Hilfskräfte am Rande der Legalität schon die Hauptpflegepersonen sind. Die sind uns in dieser Hinsicht weit voraus. Es gibt dazu allerdings kaum Untersuchungen.

Jetzt zum Abschluss ein kurzer Ausblick. Die Aufmerksamkeit für pflegende Angehörige zu unterstreichen ist ganz wichtig. Wenn man politisch argumentiert, muss man natürlich betrachten, was das auch ökonomisch bedeutet. Wenn man umrechnet, was familiäre Pflege ökonomisch bedeutet, wird klar: Wenn wir sie nicht hätten, dann würde unser Land zusammenbrechen. Der monetäre Gegenwert pro familialen Pflegefall beträgt in Deutschland um die 2.000 Euro pro Monat.

Noch kurz einige praxisrelevante Sachen, die wir untersucht haben. Wir haben gute Praxisbeispiele aus den Ländern zusammengestellt, eine europäische Dachorganisation für pflegende Angehörige – Eurocarers – gegründet und erste Ansätze für eine „European Carer’s Charta“ für pflegende Angehörige entwickelt. Dazu liegt ein Entwurf vor mit zehn Leitlinien. Wir beabsichtigen des Weiteren, einen „European Carer’s Day“ oder ein „European Carer’s Year“ zu schaffen und den Aufbau nationaler Dachorganisationen zur Interessenvertretung der pflegenden Angehörigen zu unterstützen. In verschiedenen Ländern gibt es solche bereits, in Deutschland leider noch nicht. Wir sind auf dem Wege, das voranzutreiben und ich wäre Ihnen allen, auf politischer und praktischer Ebene, sehr dankbar, wenn wir dafür Unterstützung kriegen würden. Für Oktober 2007 planen wir einen Workshop und da fehlt uns noch ein bisschen Geld – aber auch die pflegenden Angehörigen. Zentrales Anliegen ist, uns mit diesem ersten Workshop wirklich die pflegenden Angehörigen, die sich engagieren können und möchten, zu erreichen. Die Idee ist, dass wir nicht als Professionelle oder gar als Uni so eine Interessenvertretung vorantreiben, sondern dass

wir es schaffen, dass die pflegenden Angehörigen es zu ihrer Sache machen, auch wenn sie Unterstützung brauchen an dieser Stelle. Pflegende Angehörige sind ein Thema, das nicht nur die Bereiche Gesundheit oder Soziales betrifft, sondern alle Lebensbereiche.

"Hilfe, meine Eltern sind alt". Was pflegende Angehörige brauchen – ein Erfahrungsbericht

Ilse Biberti

Autorin, Berlin

Ich möchte Sie als erstes von meinen Eltern grüßen. Meine Mutter hat eine Aphasie, sie kann nicht richtig sprechen und sagte zu mir: „Geh da mal hin, mach es gut da, das sollen die mal wissen und besser machen.“ Mein Vater hat gefragt, ob ich da hingehen müsse, hier sei es doch viel besser und er brauche mich doch. Wenn ein Angehöriger hierher kommt, dann muss er Geld ausgeben. Jetzt bin ich nicht bei meinen Eltern, also muss jemand dort sein, den ich bezahle. Das führt uns direkt ins Thema und vielleicht dazu, warum Angehörige sich nicht so zur Verfügung stellen können. Sie haben einfach nicht die Möglichkeit. Und nebenbei bemerkt, es ist auch ganz nett, wenn ich mal von zuhause weggehe und mit diesem Thema gar nichts zu tun habe.

Was kann ich erzählen? Bis zum 11.5.2005 habe ich ein komplett anderes Leben gelebt. Dann hatte meine Mutter von jetzt auf gleich einen Schlaganfall und ich habe sie ins Krankenhaus begleitet. Ich habe sozusagen Karriere als Altersmanagerin gemacht, denn ich pflege meine Eltern nicht, sondern ich lebe mit ihnen. Das ist ein entscheidender Unterschied. Ich habe keinen so schönen Ablauf vorbereitet, aber einen zentralen Punkt möchte ich machen: Wir brauchen einen Wertewandel bezogen auf die Worte „Pflege“ und „Leben mit älteren Menschen“. Denn alt sein ist keine Krankheit. Wenn man hochbetagt ist und Unterstützung braucht und dann sicher auch irgendwann Pflege, dann ist das ein langer Weg, auf dem viel geändert werden kann. Sprich: Reißt die Türen auf, kommt wieder zueinander, es geht um gemeinsame Verantwortung.

Wie fing es an? Ich habe meine Mutter in die Notaufnahme gebracht. Sie wurde da sehr professionell und auch freundlich aufgenommen und musste dann stationär dort bleiben. Ab diesem Moment hatte ich mir gewünscht, dass jemand gekommen wäre und gesagt hätte: „Die Dame ist 85, sie hat einen Schlaganfall, jetzt müssen wir ein paar Sachen voraus denken. Haben Sie schon mal vorausgedacht oder haben Sie nicht?“ Wir hatten es immer weggeschoben. Ja, natürlich wusste ich, dass man eine Patientenverfügung macht, natürlich wusste ich, dass man einen Notfallumschlag haben sollte, wo die Medikamente drin sind. Fakt ist, ich habe die Medikamente so eingepackt und mitgenommen usw.

Es wäre mir sehr lieb gewesen, wenn nach der ersten strengen Aufforderung am Counter der Aufnahme, wo die Chipkarte sei und wo die zehn Euro, man mir auch gesagt hätte: „Wenn sie jetzt hier aufgenommen ist, kommt jemand und bespricht das mit Ihnen.“ Meine Idee war natürlich, sie ist im Krankenhaus und hier wird sie im weitesten Sinne wieder gesund. Wir wissen, ich weiß es jetzt auch, davon kann man nicht ausgehen. Nach fünf Tagen bekam ich dann eine Aufforderung bei dem sozialen Dienst zu erscheinen. Die Dame dort war sehr nett, sehr überarbeitet und fragte als erstes: „Wo wollen Sie Ihre Mutter denn jetzt hin haben?“ „Wie hin haben, was?“, antwortete ich. Sie sagte: „Naja, wo soll sie hin? Mark Brandenburg ist billiger, oder Berlin. Sie müssen sie aber öfter besuchen.“ Ich sagte: „Ich weiß eigentlich gar nicht, wovon Sie sprechen.“ „Naja, sie ist doch jetzt ein Pflegefall, das ist doch

klar“, erwiderte sie. Mir war das nicht klar. Und ich sagte auch, dass ich darüber jetzt erst mal nachdenken müsse.

Was ich zum Beispiel auch nicht wusste, ist, dass wenn man in Aussicht stellen kann, dass der Pflegebedürftige wieder nach Hause kommt, dass dann ein ganz anderer Maßnahmenkatalog einsetzt. Dann kommt man nicht von der neurologischen Überwachungsstation gleich in ein Pflegeheim, sondern vielleicht in eine Gerontologie. So war das bei meiner Mutter in der Woche drauf. Da wurde ich dann wieder gefragt: „Wo wollen Sie Ihre Mutter denn hin haben?“, etwas netter als beim ersten Mal, muss ich zugeben. Die Dame hatte etwas mehr Zeit, aber letztlich war es der gleiche Tenor. Ich antwortete: „Nein, sie kommt nach Hause. Das ist unser Ziel und alles was dann nicht erreicht wird, werden wir diskutieren müssen, aber das ist erst mal das Ziel, das ich hier vorgebe.“ Damit habe ich wieder etwas in Gang gesetzt. Ich wusste zum Beispiel nicht, dass eine Reha-Maßnahme für jemanden mit 85 durchaus möglich ist und aus meiner Sicht natürlich auch notwendig. In dieser Situation hätte ich also schon gerne mehr Hilfe gehabt. Diese gab es so nicht und die beiden Damen, die ich zitiert habe, konnten auch gar nicht mehr geben. Sie hatten riesige Aktenordner zu bearbeiten, ununterbrochen ratterten die Mails rein, die Faxanfragen – sie konnten es nicht leisten. Ich würde mir wünschen, dass ein besseres Angebot für diese da wäre und auch, dass sie eine Supervision bekämen. Denn sie müssen auch mit Angehörigen umgehen, die nicht in der Lage sind so kommunizieren wie ich.

Dann kam meine Mutter in die Reha. Ich habe meinen Vater mit hingeschickt. Auch hier hatte ich keine größeren Informationen, außer einem sehr guten Buch – „WISO Pflegeversicherung. Einstufung, Leistungen, Streitfälle“ -, das ich nur empfehlen kann! Da stand drin: Wohnung vorbereiten usw. Ich habe mir diesen ganzen Ritt durch den Parcours dann angetan. Ich habe die Wohnung altersgerecht hergestellt, natürlich ohne die Kosten dafür irgendwo einreichen zu können. Das muss man im Vorhinein machen, im Nachhinein geht es nicht. Wenn man es im Vorhinein macht, dauert es aber Monate, bis man vielleicht eine Zusage bekommt. Meine Mutter war zu diesem Zeitpunkt in Pflegestufe 1. Und natürlich war im Krankenhaus schon die nächste, also Pflegestufe 3, beantragt worden. Aber ich glaube, diese wurde neun Monate später bewilligt. Also wir waren in einem vollkommen freien Raum. Wie entscheiden wir jetzt? Wie verteilen wir das Geld, das wir haben? Wir wollten dieses natürlich auch gern einsetzen, das ist ja klar. Dann kamen beide wieder zurück. Ich hätte es auch da gut gefunden, wenn mich jemand informiert hätte, was denn dann passiert. Ich hatte eine Information aus dem Haus: Man bestellt einen Pflegedienst. Gut, das habe ich gemacht. Ich musste den Pflegedienst nach drei Wochen wieder entlassen, weil dort vollkommen unausgebildete Menschen angestellt waren, die sich sehr seltsam benommen haben. Dann habe ich einen anderen Pflegedienst engagiert und ein Patchwork ausgearbeitet. Morgens kam für eine oder eine halbe Stunde der Pflegedienst für die Morgentoilette meiner Mutter und das Frühstück. Dann kam irgendwann dreimal die Woche eine Zugehfrau. Drumherum war ich, aber es sah noch so aus, als wenn sie mal zwei, drei Stunden alleine sein könnte. Bis ich mir den Fuß brach.

Das war eigentlich das Beste, was mir passieren konnte. Nun konnte ich die drei Treppen nicht mehr hochkommen. Also musste ich da bleiben und jetzt hat sich mir erst das wahre Ausmaß gezeigt. Denn natürlich wollen alte Menschen möglichst lange selbstständig sein. Das heißt, für die Zeitfenster, wo ich da war, haben sie eine Stärke und eine Selbstständigkeit demonstriert, die sie sich schwer erkaufte haben, weil sie zwischen den Zeiten wahrscheinlich platt in der Ecke lagen. Als ich

nun 14 Tage ununterbrochen da war, habe ich gesehen, was sie wirklich an Unterstützung brauchen. Zusätzlich begann mein Vater sich immer merkwürdiger zu verhalten. Das haben wir erst weggeschoben. Naja, er ist eh schwerhörig, er ist eh sehr introvertiert, er liest eben lieber und ist nicht so kommunikativ, wenn fremde Leute kommen, dachten wir. Ich verkürze das: Er hat Alzheimer Stufe 1 gehabt.

Damit stand ich vor einer neuen großen Herausforderung. Auch meiner Mutter ging es zunehmend schlechter und der mobile Pflegedienst sagte: „Jetzt kostet es aber eine Stunde Zeit morgens, das sind dann 1.300 Euro.“ 1.400 Euro gibt es ja in der Pflegestufe 3. Ich hatte auch für meinen Vater die Pflegeeinstufung beantragt, aber der Termin beim Medizinischen Dienst hatte noch nicht stattgefunden. Also, es war unklar, ob wir überhaupt eine Einstufung kriegen und wenn ja, welche es sein wird. Aus der Presse hatte ich entnommen, dass es bei Demenz/Alzheimer ein großes Fragezeichen gibt. So, da stand ich also erneut da. Dann habe ich erst mal den Pflegedienst entlassen. Ich habe mir gesagt, wenn der Tag 23 Stunden hat, dann sind 600 Euro in der Hand mehr als eine Stunde Pflegedienst im Wert von 1.300 Euro.

Wie ist die Situation heute? Mein Tag sieht wie folgt aus: Um 7.00 Uhr morgens kommt eine junge Frau, die Langzeitarbeitslose ist. Sie hat eine Ausbildung als Pflegehelferin. Sie hat in einem mobilen Pflegedienst gearbeitet und ist dort sehr depressiv geworden. Jetzt ist sie Hartz-IV-Empfängerin und darf dann ja einen bestimmten Geldsatz dazu verdienen. Den verdient sie bei uns dazu. Sie kommt 15 Tage im Monat von 7.00 bis 9.00 Uhr, macht die Morgentoilette von meiner Mutter und das Frühstück für beide Eltern. Sie legt auch meinem Vater die Sachen zurecht und sagt ihm, was er bitte tun möchte und wenn wir Glück haben, tut er es auch. Von 11.00 bis 12.00 Uhr kommt dann meistens eine Therapeutin. Ich bin übrigens natürlich anwesend. Viermal die Woche kommt eine Logopädin zu meiner Mutter und zweimal für meinen Vater und meine Mutter ein Physiotherapeut, der Maßnahmen in den Bereichen Mobilität und Physiotherapie durchführt. Anschließend koche ich mit meiner Mutter, meinem Vater oder mit beiden. Das ist sozusagen unsere Mobilitäts- und Wirtauschen-uns-aus-Phase in der Küche. Um 13.00 Uhr essen wir zu Mittag. Anschließend legen sich beide hin und schlafen. Ich mache dann meine Telefonate, da ich ungestört telefonieren kann. Unpraktisch ist allerdings, dass viele Leute in dieser Zeit ihre Mittagspause machen. Um 16.00 Uhr treffen wir uns zum Kaffeetrinken. Nachmittags sehen sie entweder fern, es kommt ein Freund vorbei oder sie gucken mir bei der Arbeit zu, denn ich arbeite am Mittagstisch. Um 19.00 Uhr gibt es Abendbrot. Natürlich sind die Essensphasen immer kommunikative Phasen. So gegen 21.00 Uhr gehen meine Eltern schlafen, wobei natürlich beiden geholfen werden muss, damit sie ins Bett kommen können. Beide sind mobil. Meine Mutter nutzt einen Rolator. So weit, so gut. Ab 21.00 Uhr fange ich dann an zu arbeiten, wobei meine Mutter zweimal in der Nacht auf die Toilette muss und mein Vater aufgrund seines Alzheimerleidens extrem nachtaktiv ist und verschiedene „Phantasien“ auslebt. Entweder will er seinen Beruf noch fortführen oder er muss gerade in den Schützengraben etc. Was mache ich noch zusätzlich? Zweimal die Woche kommt eine Putzfrau für die Grundreinigung. Aber den Haushalt mache ich. Vorher hatte ich keine Familie, jetzt habe ich eine. Ich wusste nicht, was es bedeutet, fünf Mahlzeiten am Tag herzustellen mit allem Drumherum.

Und dann gibt es natürlich noch diese Bürokratie. Jedes Rezept muss beim Arzt ja angefordert werden. Wie viel steht auf dem Rezept? Wenn nur ein Medikament draufsteht, ist es mit der Rezeptzuzahlungsgebühr ineffektiv. Also muss man sehen, dass man drei Medikamente auf das Rezept kriegt. Dann hat das wieder was mit seinem Kontingent zu tun - bla, bla, bla. Hier könnte ich Hildebrandt'sche Kabarett-

tistische Nummern einfügen. Dann hat meine Mutter eine Inkontinenzstufe 3. D.h. sie muss alle 45 Minuten zur Toilette geführt werden. Mit einer kompletten Arthrose und mit einem Rolator braucht das bis zu 15 Minuten. So, das sind die Dinge, die ich am Tag mache.

Unterstützung habe ich jetzt, wie gesagt, morgens, meistens montags bis freitags, manchmal auch am Wochenende. Für diese zwei Stunden kommt jemand, das kostet mich rund 600 Euro. Das hat aber eine ganz andere Qualität als diese eine Stunde professioneller Dienst, die ich vorher hatte. Der professionelle Dienst ist nicht schlecht, wie wir wissen, aber dort gibt es diese getakteten Zeitmodule, die dazu führen, dass die Arbeit wie am Fließband gemacht werden muss. Die Menschen, die ich da kennengelernt habe, sind entweder richtig gut, weil sie eine Herzensbildung haben und diese erhalten konnten – da kann ich nur sagen: Chapeau – oder sie machen es eben, wie sie es machen und sind nicht mehr interessiert. Die Hauptpflegerin – so war es bei uns – kriegt ein ganz gutes Gehalt. Die Menschen, die sonst kommen, sind auf 400-Euro-Basis angestellt und bekommen runtergebrochen 6 Euro die Stunde. Deshalb kam ich auch auf diese private Idee, um eine andere Qualität da zu haben. Inzwischen leiste ich mir zwei Medizinstudentinnen, da ich jetzt 15 Nächte wieder in meiner Wohnung schlafe.

Denn ich habe festgestellt, nach 1½ Jahren, in denen ich das komplett so durchgezogen habe, dass auch ich an meine Grenzen kam. Mein Alzheimer-Vater entwickelt manchmal die Energie eines pubertierenden Kindes. Ich fand mich irgendwann mit dem Bratenheber auf die Spüle schlagend und ihn auch anbrüllend, zurückbrüllend wieder und wusste, dass ich ja eigentlich nicht die Spüle, sondern ich ihn schlage. Auch in seinen Augen war zu sehen: „Ich weiß, Du meinst mich.“ Das war ein echter Tiefpunkt und ich dachte: „Okay, das nächste Flugzeug ist meins“. Es musste ein Flugzeug sein, sonst wäre ich wieder zurückgekommen. Deshalb schlafe ich jetzt auch außerhalb.

D.h. wir haben jetzt die Situation, dass beide in der Pflegestufe 3 sind. Wir haben also 1.200 Euro steuerfrei zur Verfügung, die wir weitergeben, natürlich plus Geld aus der eigenen Schatulle. Wie lange kann ich das noch weitermachen? Ich weiß es nicht. Das hängt natürlich auch davon ab, wie sich der Krankheitsverlauf meines Vaters entwickelt. Dieser ist der Schwierigere, meine Mutter ist ein äußerst freudiger Mensch. Auch in dieser sehr schwierigen Situation für sie, kann sie dem Leben noch einen Genuss abringen, das erleichtert vieles. Das Positive ist, wir sind eine Familie geworden, noch mal in ganz anderer Form als vorher. Ich habe sehr viel gelernt für das eigene Alter und ein neues Thema gefunden. Es war die Idee meines Vaters unsere Pflegegeschichte aufzuschreiben. Sonst schreibe ich ja Krimis. „Bring nicht immer Menschen um, sondern zeig mal, wie das auch anders geht“, sagte mein Vater.

Wichtig ist, dass wir die Hierarchie einhalten. Auch wenn mein Vater mir sozusagen die Geschäfte der Familie übergeben hat, bleibt er der Vater und meine Mutter die Mutter. Ich bin nicht über ihnen, ich bin die Tochter und ich bin der Gast, der dort die Sachen regelt. Und zwar jetzt so regelt, dass ich damit selbst klar komme. Natürlich habe ich auch den Fehler gemacht, erst einmal so in die neue Situation reinzulaufen. Meine Haltung war: Jetzt mache ich das und stelle das irgendwie auf gute Beine und dann kommen schon nette Menschen und helfen mir. Dann habe ich gemerkt, so ist es erstmal nicht, das muss anders gehen. Aber wenn ich unzufrieden bin, dann ist zu Hause auch nichts mehr los. Ich bringe das Leben rein und es wird reflektiert und so haben wir Freude. Deshalb muss ich natürlich auch ganz stark

darauf achten, wie ich fröhlich bleiben und Leben reinbringen kann. Das ist eine echte Lernerfahrung, sicher eine gute für das gesamte Leben.

Zur Frage nach konkreten Hilfen für Angehörige: Jegliche Art von Informationen sollte da sein und zwar frühzeitig. Ich werde überraschenderweise nächstes Jahr 50. Und ich kenne auch Leute, die 70 und 75 Jahre alt und noch topfit sind, die sich aber nicht vorbereiten auf den möglichen Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Sie werden auch nicht an die Hand genommen, dies zu tun. Also, man müsste da irgendetwas anbieten, vielleicht mit Fragebögen und Rückläufen oder so: „Wie haben Sie sich das denn gedacht? Haben sie schon XY besprochen? Wo haben sie Information abgelegt? Gibt es eine Pflegeverfügung? Gibt es eine Patientenverfügung?“ Ein ganz wichtiger Punkt – Demenz ist ja auch ein Hauptthema von uns – ist, eine eigene kleine Biografie aufzuschreiben, die man dann mitbringen kann. Ich konnte das für meine Mutter machen. Sofort war die Behandlung, in der Reha-Klinik zum Beispiel, viel besser. Denn das Pflegepersonal wusste, wer die Dame ist. Ich habe zum Beispiel auch gleich im Krankenhaus Bilder von ihr, wie sie normal und gut aussieht, an die Wand geklebt: Das ist Frau Pfeifer. Denn im Bett lag natürlich eine kleine, verhunzelte, alte Frau, verschwitzt mit hässlichen Haaren und ohne Gebiss. Empathie aufzubauen, ist da erst mal schwierig. Besonders, wenn man im Krankenhaus alle halbe Stunde solche Fälle hereinbekommt und nie sieht, wie es besser wird – das sind ja unsägliche Belastungen.

Ich bin ein Verfechter des Pflegebudgets, dann hätte ich ja 2.400 Euro, die ich legal weitergeben könnte. Mein Leben wäre um einiges leichter und ich würde nicht immer an der Illegalität entlangschrammen und manchmal, ganz klar, auch drin landen. Ich hätte eine Unabhängigkeit von diesen Pflegediensten. Das absolut Grauensvollste sind diese Zeitmodule für Tätigkeiten, das ist entsetzlich, für alle Beteiligten im Übrigen. Eine vereinfachte Bürokratie wäre auch sehr schick.

Zur Frage welcher Arzt ins Haus kommt: Ich hatte extra schon, bevor meine Eltern pflegebedürftig wurden, einen Arzt mit hausärztlicher Praxis ausgesucht. Ich muss da wirklich bitten und betteln, dass er mal kommt. Fakt ist, dass ich seit einem Jahr keine Blutuntersuchung von meinen Eltern machen lassen konnte, weil er keine Angestellte mehr hat und er nur mittags kommen kann. Wenn er mittags das Blut abnimmt, dann ist es für eine aussagekräftige Untersuchung nicht mehr brauchbar. Das ist doch einfach grauenvoll, oder? Das ist eine kleine Sache, aber ganz wichtig für die Lebensqualität, gerade bei Alzheimer am Anfang, um festzustellen ob jemand Kalium braucht etc. Auch um Therapien zu Hause zu bekommen, muss man wirklich Schleiertänze machen. Da ich mir privat noch eine Privatkasse leiste, mache ich es so, dass ich sozusagen zum Orthopäden als Patient gehe und meine Eltern im Huckepack habe und sage: „Ich bleibe hier nur, wenn ich für meine Eltern bitte ein Hausrezept bekomme zur Mobilität und Massage.“ Das ist doch mit einem Wort: Scheiße. Das muss einfach besser werden. Und ehrenamtliche Begleitung würde ich wirklich sehr gut finden. Denn für meine Eltern ist es natürlich auch nicht gut, dass sie hauptsächlich mit mir zusammen sind. Nun haben wir ein gutes, zumindest ein dynamisches Verhältnis. Wir leben miteinander und da krachen wir uns auch mal und setzen uns auseinander, nicht nur weil sie alt sind. Natürlich adäquat zu dem, wie es verstehbar ist für meine Eltern. Mit meinem Alzheimer-Vater, werde ich mich natürlich nicht über etwas auseinandersetzen, das er gar nicht kommunizieren kann, das wäre ja Quatsch.

Ich habe eine sehr gute Erfahrung gemacht. Meine Mutter lag vor drei Monaten auf dem Sterbebett und der Arzt sagte: „Sie stirbt jetzt, nun machen wir keine Infusion. Sie wollten doch und auch mit der Patientenverfügung, dass sie gut stirbt und zu-

hause. Jetzt trinkt sie eben nur noch einen $\frac{1}{4}$ Liter und halluziniert, sie ist schon wundgelegen, damit müssen Sie jetzt fertig werden.“ Ja, aber ich habe sie sozusagen immer ins Leben getragen, habe immer Schleiertänze aufgeführt – bitte trinken, bitte das, bitte hier, bitte hilf mir - plötzlich, aha, nicht mehr trinken. Gut, wie macht man das? In meiner Not habe ich in einem Hospiz angerufen und das war wirklich die großartigste Erfahrung, die ich in den zwei Jahren gemacht habe. Es war eine supernette Dame da, die hat sofort die Adresse aufgenommen und gefragt: „„Passt es Ihnen morgen Mittag um 12.00?““. „Mir passt es, ich bin immer da, mir passt es zu jeder Zeit.“ Sie war da, sie hat in einer Qualität hingehört und dann auch mit meiner Mutter ein Gespräch, eigentlich eher ein fühlendes Gespräch geführt und dann vorgeschlagen, dass sie uns eine ehrenamtliche Begleitung zur Verfügung stellt. Diese war wirklich innerhalb von 48 Stunden da. Das war eine extreme Erleichterung, weil ich diese Phase ja noch nicht erlebt habe und es war ja meine Mutter, die da im Sterben lag. Also auf der einen Seite musste ich sagen: „Wenn Du es jetzt schaffst, ist es ganz wunderbar“, auf der anderen Seite wollte ich sie natürlich behalten.

Es hat uns beide entspannt und es hat auch meinen Vater entspannt und sie ist wieder aufgestanden vom Sterbebett. Es war eine gute Übung für uns alle. Es klingt makaber, aber es ist nicht makaber, denn Sterben gehört zum Leben dazu. Ich komme nicht aus einer Großfamilie, es gibt nur uns drei. Ich habe zwar irgendwann den Tod meiner Großmutter im Krankenhaus miterlebt, mit zehn Jahren vielleicht, aber da war ich ja nur punktuell da. Wir alle werden sterben. Diese Wahrheit wissen wir und wir brauchen eine Kultur des Sterbens, auch des damit Umgehens. Ich wollte fröhlicher enden. Nein, ich ende so, es ist ganz gut. Danke.

Diskussionsrunde zu Teil I

Frage aus dem Publikum:

Ich bin selbst auch pflegende Angehörige und kann das, was Frau Biberti gerade geschildert hat, fast 100%ig nachvollziehen. Meine Mutter hat das gleiche Krankheitsbild, sitzt allerdings im Rollstuhl und ist ziemlich sprachbehindert. Sie bekommt aber trotzdem noch alle Therapien. Ich möchte jetzt nichts wiederholen, die Abläufe im Krankenhaus, in der Reha, da ist ganz, ganz viel verbesserungswürdig. Ich möchte aber noch eine Nachfrage an Frau Dr. Döhner stellen. Sie haben Ihre Interviews erwähnt. Wie sind Sie an diese Leute herangekommen? Also, ich pflege meine Mutter im siebten Jahr mit unterschiedlichen Erkrankungen, seit zwei Jahren jetzt auch mit Schlaganfall. Mich hat noch nie jemand interviewt. Wie kommt man an solche Interviews heran? Sie sagten dann einmal in Ihrem Vortrag, es gäbe in Deutschland vergleichsweise gute Angebote. Man muss sie sich wirklich erarbeiten. Das ist ein großes Defizit, was sich auch mit Frau Bibertis Erfahrung deckt. Die Sozialarbeiter in diesen Einrichtungen sind wirklich überfordert, die müssen zu viele Fälle bearbeiten und können sich um das Einzelschicksal überhaupt nicht kümmern. Man wird nur zugemüllt mit hunderten von Broschüren, die zu lesen man überhaupt keine Zeit hat. Eine Frage zu den gesundheitlichen Auswirkungen auf die Angehörigen: gibt es da schon Erhebungen, Untersuchungen und wie repräsentativ sind diese? Und auch hier wieder die Frage, wie kommen Sie an diese zu untersuchenden Angehörigen eigentlich heran?

Ingrid Borretty

GRÜNE ALTE:

Was mich am meisten bei Ihrem Vortrag verblüfft hat, ist die Tatsache, dass bestehende Angebote nicht erkannt oder nicht wahrgenommen werden. Nach meiner Kenntnis gibt es, zumindest in den Großstädten, doch auch von Seiten der Kommunen, meistens Beratungsangebote in diesem Bereich. Und wenn die Kommunen nicht selber eine Beratungsstelle haben, dann können diese zumindest weiterhelfen. Haben Sie selbst mal daran gedacht, in Ihrer Kommune anzurufen oder ist Ihnen das bekannt? Oder haben Sie es gemacht und es hat nichts getaugt?

Ilse Biberti:

Ja, ich bin zu einer Beratungsstelle gegangen. Diese ist in Berlin der Diakonie angeschlossen, aber trägerfrei. Da hat man mir gesagt: „Über die Pflegeversicherung wissen Sie schon Bescheid. Sie haben ja bereits Pflegestufe 3. Lange werden Sie das wohl nicht mehr schaffen. Sie müssen über ein Heim nachdenken. Hier sind Broschüren für Heime.“ Ich antwortete: „Auch wenn ich mit dem Kollegen, der das Buch „abgezockt und totgepflegt“ geschrieben hat, nicht einer Meinung bin, reicht mir das, was ich durch meinem Pflegedienst von diesen Tätigkeitsmodulen kennengelernt habe. Diese gibt es ja auch in Altersheimen. Selbst wenn ein Altersheim sehr gut ist, muss sich der Pflegebedürftige natürlich in den Tagesablauf, in das, was da stattfindet, einordnen. Wenn es woanders einmalig nicht so sein sollte, freue ich

mich und Sie können mir sofort die Adresse geben, ich werde das dann gerne aufnehmen.“

Meine Mutter ist seit 86 Jahren zahlendes Mitglied der Evangelischen Kirche und war in dieser Gemeinde auch sehr aktiv, mein Vater ist Atheist und ich bin ausgetreten – so groß ist die Spannbreite in unserer Familie. Ich habe natürlich dort angerufen und gefragt, ob es da vielleicht Menschen gäbe, die mal zu uns kommen könnten – einfach nur um da zu sein, Fotos anzugucken oder ähnliches. Daraufhin wurde eine Dame von dem Geburtstagsbesuchsdienst geschickt, die sagte: „Ja, ich weiß nicht warum ich hier bin, Ihre Mutter hat ja gar nicht Geburtstag.“ Ich erwiderte, dass ich eigentlich auch den Pfarrer oder eben jemanden, der Ehrenamtliche koordiniert, sprechen wollte. „So etwas haben wir nicht, nein, das geht gar nicht.“, antwortete sie. Wir haben im Freundeskreis einen katholischen Pfarrer, der sich darüber so aufgeregt hat, dass er den evangelischen Pfarrer intern anrief. Dieser kam dann auch vorbei und sagte: „Ja, das können wir alles nicht leisten“. Ich hatte ihm gesagt, dass meine Mutter sich nicht gegenüber ihrer Tochter für den Tod entlasten könne, da gäbe es doch Dinge, die mich gar nichts angingen, da brauche sie doch jemand anderen. Ich war der Meinung, wenn sie für die Kirche gerne so viel Geld gezahlt hat, das ihr Glaube ist und sie die Leute dort auch kennt, dann wäre er doch der richtige Ansprechpartner. Das ist nicht vorgesehen. Bei einem Neurologen habe ich dann versucht, einen Gerontopsychologen zu bekommen, ich dachte an vielleicht zehn Stunden oder so. Das gibt es auch nicht. Wir wissen aber, dass viele Menschen mit ihrem Kriegstrauma etc. sterben. Wenn sie sich vorher entlasten könnten, könnten sie anders, möglicherweise auch schneller, sterben.

Hanneli Döhner:

Ich versuche die einzelnen Fragen kurz zu beantworten. Wer ist interviewt worden und wie sind wir an die Leute rangekommen? Das war mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Unser zentrales Einstiegsproblem der ganzen Studie war, dass wir die pflegenden Angehörigen nicht erreicht haben. Wir haben in vier Regionen in Deutschland versucht, pflegende Angehörige zu rekrutieren mit einem System, das ich Ihnen jetzt nicht erläutern möchte. Aber wir sind im Prinzip gescheitert. Wir haben diese 1.000 Leute nicht gefunden. Ich hatte in dem Vortrag die Frage, wie sich pflegende Angehörige überhaupt verstehen, ja angesprochen. Wenn ich sage: „pflegende Angehörige“, fühlen Sie sich angesprochen? Sie vielleicht jetzt gerade noch, aber nicht alle und das ist so ein ganz zentraler Punkt. Wir haben es mit allen Mitteln versucht: Rundfunk, Mund-zu-Mund-Propaganda. Alles, was Sie sich vorstellen können, haben wir versucht und sind letztendlich gescheitert. Wir mussten dann ein zentrales Markt- und Meinungsforschungsinstitut in Deutschland einschalten, die einen Interviewer-Stab hatten, der über Deutschland verteilt war. Wenn sie da 1.000 Interviewer haben, dann kennt schon jeder einen Angehörigen, den er da reinholen kann ins Boot. Also das ist ein ganz zentrales Problem: Wie verstehen sich eigentlich die Angehörigen, die diese Arbeit leisten? Wie kann ich die ansprechen?

Nun zur Frage, wie man sich Angebote erarbeitet. In dem Moment, wo man noch keinen Kontakt zum Pflegedienst oder zu einer Beratungsstelle hat, ist das Zentrale der Hausarzt. Er ist eine ganz zentrale Person, an die man eine Erwartungshaltung hat. Wir planen jetzt ein Projekt, für das ich mir sehr wünschen würde, dass das irgendjemand bezahlt. Es geht darum, dass wir diesen Ansatz, bei dem der Hausarzt als erste zentrale Anlaufstelle fungiert, weiter ausbauen wollen. Die Arzthelferinnen spielen ja eine ganz große Rolle, nicht unbedingt der Arzt selbst. Diese könnten in

der Arztpraxis eine sehr viel mehr vermittelnde Tätigkeit wahrnehmen. Dazu müssten Sie vielleicht später noch etwas sagen, Frau Nordmann [Beitrag Heike Nordmann s.u., Anm. d. Red.]. Wenn der Hausarzt ein bisschen mehr Sensibilität für diesen Bereich hat, das auch systematischer in seine Arbeit integriert und die Arzthelferin einbezieht, die sowieso immer viele Gespräche führt, dann könnte er ein solches Wissen haben, damit es gut läuft und sie letztendlich bei Frau Nordmann in der Beratungsstelle landen. Ich weiß von anderen Beratungsstellen, dass der Kontakt zu Hausärzten schlecht ist.

Dann zu der Frage, warum Angebote nicht angenommen werden. Das ist nicht nur eine Informationsfrage, sondern oft spielt auch Unzufriedenheit mit verschiedenen Dingen eine Rolle. Ich habe das vorhin kurz angerissen, zum einen sind da die Kosten und zum anderen sind die Angebote oft nicht so, wie man sie sich wünscht. Ein ganz wichtiger Punkt beim Thema Beratung ist, dass pflegende Angehörige nicht die Zeit haben, sich alle Informationen zu holen. D.h. zugehende Beratung ist ein ganz zentraler Punkt in diesem Bereich. Vorhin habe ich die Zahl der wenigen genannt, die überhaupt Schulungskurse in Anspruch genommen haben. Daraus hat man ja jetzt schon die Konsequenz gezogen, indem man sagt, dass die Schulungskurse zuhause durchgeführt werden müssen. D.h. man muss nach Hause gehen und das Angebot dort machen, was die Krankenkassen inzwischen ja auch tun. Das ist eine gute Konsequenz. Ich habe eine kurze Frage an Sie, Frau Biberti. Die Grünen vertreten ja das Konzept des Case-Managements. Wenn ich Ihre Geschichte höre, dann wäre sie ein klassisches Beispiel, wo wir sagen würden, da muss eigentlich ein Case-Management ansetzen. Hätte Ihnen das geholfen oder wären sie lieber selbst der Case-Manager, der Sie ja sind, geblieben?

Ilse Biberti:

Das hätte mir geholfen, ich kann auch den Beruf wechseln jetzt.

Maria Kathmann

Deutscher Gewerkschaftsbund:

Ich habe eine Frage an Frau Dr. Döhner. Gibt es in der Studie auch eine Auskunft darüber, in welchem Alter die pflegenden Angehörigen waren? Das ist mir ziemlich wichtig, auch die Aussage zur Arbeitszeit. Kann man sich die Studie in der Tat im Internet herunterladen?

Hanneli Döhner:

Ja, wir haben auch altersspezifische Aussagen. Wir haben verschiedene Altersgruppen, sowohl die Ehepartner, die im höheren Alter sind, als auch diese typische Gruppe um 50 rum. Letztere ist ja die ganz zentrale Gruppe und deshalb ist die Vereinbarkeit von Pflege mit Erwerbstätigkeit so wichtig an dieser Stelle.

Meldung aus dem Publikum:

Ich habe noch eine Anmerkung zur Frage des Ehrenamts oder warum sich die Menschen nicht als pflegende Angehörige outen. Unsere Erfahrung ist, dass sie sich in

den Betrieben als solche nicht outen, weil sie nicht in fortgeschrittenem Alter auch noch zu einer Problemgruppe im Betrieb werden wollen, die man lieber gerne los wird als nach Vereinbarkeitslösungen zu suchen. Das muss man mit bedenken, wenn man über Lösungsansätze nachdenkt.

Zum Ehrenamt. Ich denke, das ist eine sehr wichtige Frage. Das Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement etc. definieren gerne selbst, wie sie ihre Ehrenämter ausführen. Wenn man das auf Pflege übersetzt, kann ich nur davor warnen. Es gibt eine ganze Reihe an guten Projekten, wo Ehrenamtliche mit potenziellen Pflegebedürftigen, Familienangehörigen und professionellen Dienstleistern in einen Abstimmungsprozess getreten sind und gemeinsam überlegt haben, wer vor Ort, in der Region oder Kommune, was leisten kann. Dann hat man ein abgestimmtes Konzept, das zur Zufriedenheit aller, der Professionellen, der Ehrenamtlichen und auch der Familien, beitragen kann. Ich glaube, dass es ganz gut wäre, wenn man diese Projektbeispiele viel stärker publizieren würde.

Denn diese vernetzte Arbeit kann auch eine Anregung für viele sein, sei es für Verbände, die sich gern engagieren wollen, sei es für die professionellen Dienste, die etwas bewegen wollen, zum Nachahmen. In dem Pflegekompromiss, der kürzlich geschlossen wurde, ist ja Ähnliches angedeutet, das Ehrenamt in der Pflege zu stärken. Ich glaube, da muss man sehr, sehr, sehr aufpassen. Ich würde dafür plädieren, ein abgestimmtes Konzept zu entwickeln. Nicht, dass die Ehrenamtler alleine losmarschieren und dann ganz leicht in die Pflegetätigkeit ohne Kenntnisse abrutschen.

Hanneli Döhner

Nur ganz kurz eine Anmerkung zur Situation der Arbeitgeber. Es gibt inzwischen ganz gute Studien, die nachweisen, dass es eigentlich unberechtigt ist, dass die Angehörigen sich nicht outen. Denn es gibt gute Ansätze von Arbeitgebern, die da auch Angebote vorhalten und die auch davon profitieren, wenn sie wissen, dass ihre Mitarbeiter zu pflegende Angehörige haben. Sonst gibt es nämlich einen hohen Anteil an Krankmeldungen und die Arbeitgeber wissen nicht, warum. Wenn sie aber gute Systeme im Betrieb etablieren, und da gibt es wirklich gute Beispiele, dann können die Arbeitgeber durchaus auch einen Wert darin sehen. Das will ich nur so anschneiden. Es gibt ja auch diese Initiative „Beruf und Familie“ von der Hertie-Stiftung u.a. Also da gibt es einiges, was in Bewegung ist.

Ilse Biberti:

Bei mir war das genau umgekehrt. Man kann das ja auch gerne nachlesen. Der Anruf, dass meine Mutter diesen Schlaganfall hatte, unterbrach ein Produzentengespräch für ein neues Buch. Der Produzent hat mich dann drei Tage später entlassen: „Das kann ich Ihnen doch nicht zumuten, wo Ihre Mutter so krank ist, dass Sie jetzt noch schreiben.“

Und natürlich muss das Ehrenamt koordiniert werden. Derjenige, der zu einem kommt, sollte ja irgendwie geprüft werden. Ehrenamtliche Helfer sind mir hoch willkommen, aber sie müssen natürlich irgendwo eine Anbindung haben, damit ich weiß, dass sie seriös sind. Da kann ich Ihnen auch gegenteilige Geschichten erzählen.

Angelika Winkler

Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg:

Noch einmal zum Hausärzte-Modell. Es gibt ja Beispiele dafür, z.B. in Nürnberg über die Uni Erlangen. Da sind ja schon Erfahrungen gemacht worden, auf die man erst einmal zurückgreifen sollte. Hausärzte sind ganz klar ein Problem. Auch in Brandenburg wird versucht, durch spezielle Qualifizierung der Hausärzte einen stärkeren Fokus drauf zu legen. Also, das ist sicher ein Ansatzpunkt. Das zweite sind die Pflegekurse, die tatsächlich in der Regel – gerade die nach § 45 SGB XI von den Pflegekassen finanzierten – sehr schlecht genutzt werden. Das liegt einerseits am System, wie es in der Pflegeversicherung angelegt ist, andererseits aber auch daran, wie es von den Pflegekassen umgesetzt wird. Pflegekassen haben mit speziellen Anbietern ihre Verträge und können da nicht übergreifen. Das ist ein völlig eingegrenztes System, welches sich in den ländlichen Strukturen gar nicht rentiert, wenn überhaupt, dann in den Städten. Aber auch dort trägt es wegen diesem ganzen Aufwand überhaupt keine Früchte. Hier müsste unbedingt konzeptionell und auch in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Pflegekassen an anderen Modellen gearbeitet werden.

Wir von den Alzheimer-Gesellschaften machen das Programm „Hilfe beim Helfen“ und wir haben, auch im Land Brandenburg, stetigen und starken Zulauf. Dieses Programm ist speziell für Angehörige von Menschen mit Demenz, da läuft es immer besser. Ich sage noch nicht, dass es gut läuft, aber wir merken eindeutig die Nachfrage. Wir können sehr zielorientiert arbeiten und auch ins Flächenland gehen. Ich denke, das hilft da schon. Für uns ist es ein Riesenproblem, an die Angehörigen heranzukommen. Ich vermute, wir erfassen nur einen ganz geringen Prozentsatz. Wir versuchen das Programm jetzt auch noch mal im Rahmen der Pflegeinitiative im Land Brandenburg irgendwo in den ländlichen Regionen zu starten, um überhaupt herauszukriegen, woran es liegt, dass zum Beispiel in den ländlichen Regionen so wenig Nachfrage kommt. Das müssen wir ganz gezielt verfolgen. Ein Dachverband, der sich irgendwo gründet, hilft uns da nicht weiter, weil das dann genau wieder die Angehörigen wären, die sich selbst schon sehr bewusst als solche erleben. Das hilft uns noch nicht, an jene 80 Prozent ranzukommen, die man heute nicht erreicht.

Ein grundsätzliches Problem möchte ich noch ansprechen. Ich bin selber Angehörige von einer noch leicht pflegebedürftigen Mutter. Gott sei Dank habe ich ein hausinternes Modell: Eine junge Familie lebt bei uns, die Ehefrau ist im Augenblick im Mutterschutz und übernimmt die Pflege und Betreuung, wofür sie natürlich auch Geld erhält. Aber das sind alles interne Lösungen und natürlich sind diese Zeitkontingente und Zeitraster ein Riesenproblem. Auf der anderen Seite muss man einfach sagen, dass die Pflegedienste immerhin noch sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse haben. Es gibt da ein grundsätzliches Dilemma, das für mich nur schwer zu lösen ist: Einerseits Leute zu finden, die einen relativ großen Stundenumfang abdecken, natürlich gegen Entgelt, andererseits aber die Frage, ob sie dann auch versichert sind und genügend Rente bekommen, wenn sie selbst in das entsprechende Alter kommen. Darauf habe ich auch noch keine Antwort. Das sind alles individuelle Lösungen. Wenn sie klappen, ist es wunderbar. Man liest ja auch immer häufiger in den Zeitungen, dass Menschen sich outen, auch illegal zu beschäftigen. Aber ich glaube, das ist wirklich ein Thema, das uns noch sehr detailliert beschäftigen müsste.

Beate Lisofsky, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker:

Ich möchte das Augenmerk auch noch mal auf die Gruppe von Angehörigen richten, die chronisch psychisch Kranke pflegt. Diese hat manchmal ganz andere Bedarfe, einfach aus der Situation heraus. Es sind gerade bei Schizophreniekranken vielfach die Eltern, die pflegen. Für diese spielt die Frage „Was wird, wenn wir nicht mehr können, wenn wir nicht mehr sind?“ eine wichtige Rolle. Es gibt die Kinder von psychisch kranken Eltern, die in sehr jungen Jahren einfach total überfordert sind, sich um ihre Eltern auch als Angehörige kümmern zu müssen, weil das Hilfesystem vielfach noch nicht so ist, wie es sein sollte. Und das ist keine kleine Gruppe. Man schätzt, dass es ungefähr 300.000 chronisch psychisch kranke Menschen in Deutschland gibt. Und ganz viele von denen werden eben in den Familien versorgt. Diese Gruppe muss bei den Überlegungen mitberücksichtigt werden. Ganz oft haben sie keine Pflegestufe. Wir hoffen, dass sie jetzt über die Demenzdebatte, weil die Probleme vielfach ganz ähnlich sind, mit in die Pflegeversicherung hineinkommen.

Elisabeth Scharfenberg:

Das war ein ganz wichtiger Einwurf. Wir werden nicht müde, das immer wieder zu sagen, dass uns Grünen es nicht genug ist, nur Demenzkranke als Extragruppe zu bedenken, sondern dass eben auch behinderte, alt werdende und psychisch kranke Menschen berücksichtigt werden müssen. Also, wir haben das auf dem Schirm.

Biggi Bender:

Ich hab aus Ihrer Befragung, Frau Dr. Döhner, als für mich besonders eindrucksvolles Ergebnis in Erinnerung, dass sich ein relativ hoher Anteil der pflegenden Angehörigen in der Pflege gefangen fühlt. Ich glaube, das war der am häufigsten genannte Nachteil. Dann war ja noch ein Ergebnis, dass diejenigen, die Sachleistungen in Anspruch nehmen, selber noch so viel pflegen, als wenn sie Pflegestufe 3 hätten und dass pflegende Angehörige bei der Pflegestufe 3 am wenigsten überlegen, ihre Angehörigen ins Heim zu geben. Wenn man das kombiniert mit dem Sichgefangen-fühlen, dann ist mir jedenfalls dabei nicht so arg wohl. Von Frau Biberti hören wir natürlich auf eindrucksvolle Weise, welche Schwierigkeiten Sie haben, diese aber reflektieren und dann auch für sich sorgen, z.B. indem sie sich jetzt auch wieder Nächte außerhalb des Hauses sichern. Ich nehme an, dass das nicht alle schaffen. Deswegen würde ich bei Ihnen gerne noch mal nachfragen, ob Sie uns dazu noch ein bisschen Fleisch drangeben können? Wäre das Case-Management ein Weg, den pflegenden Angehörigen Entlastungsmöglichkeiten aufzuzeigen?

Euphemia Benninghaus:

Ich arbeite seit fünf Jahren ehrenamtlich im Bezirksamt Berlin-Charlottenburg/ Wilmersdorf und leite dort eine Abteilung für den ehrenamtlichen Besuchsdienst mit ca. 25 Leuten. Das ist jetzt leider nicht ambulant, aber diese Leute gehen regelmäßig – dazu muss man sich verpflichten – mindestens einmal in der Woche in die Pflegeheime und besuchen die Leute. Es verhält sich ja so, dass Betreuung im Pflegesatz nicht abgedeckt ist. Alles, was außerhalb der pflegerischen Tätigkeit ist, wird also von diesen Leuten ergänzend gemacht. Es herrscht dort ein großes Engagement. Das ist eine vertragliche Tätigkeit. Es gibt eine kleine Aufwandsentschädigung, damit

die Fahrtkosten erstattet werden können. Diese Leute sind sehr engagiert und wir machen regelmäßig, ein- bis zweimal im Jahr, eine Fortbildung und einen Erfahrungsaustausch, damit wir auch wissen, welche Probleme dort auftauchen und wie man diese bearbeiten und wie man diese Leute unterstützen kann. Denn man darf nicht vergessen, dass es auch in diesen Pflegeheimen ein verhältnismäßig großes Defizit gibt, was die persönliche Betreuung betrifft.

Harald Wölter:

Ich bin Mitarbeiter der Grünen Landtagsfraktion in NRW und habe in der Enquete-Kommission „Zukunft der Pflege“ in NRW mitgearbeitet. Dort hatten wir auch dieses Modell des präventiven Hausbesuchs. Mich hat das ein bisschen erinnert an das, was Frau Dr. Döhner zuletzt vorgestellt hat. Auch da hatte ich den Eindruck, eigentlich eine gute Idee, aber da waren schon wieder die unterschiedlichen Ansprüche, wie die Ärzte das so sehen und dann die pflegenden Angehörigen oder Pflegebedürftige. Sehr schnell wurde deutlich, dass die Ärzte einen neuen Abrechnungsbereich für sich gesehen haben: Die Leute müssen in die Praxen kommen und nicht das, was eben Frau Biberti dargestellt hat. Es wäre gut, wenn die Hausärzte sich nicht nur in dem Bereich qualifizieren und dann ihre Praxis ein bisschen öffnen, sondern sich auch mal angucken, wie das vor Ort bei den Leuten aussieht. Einfach so, wie der Name schon sagt – präventiver Hausbesuch. Deswegen würde mich dieses Modell interessieren. Ob der Wert dann wirklich darauf liegt, dass die Ärzte mal wieder lernen, auch zu den Leuten zu kommen? Oder läuft das nur innerhalb der Praxen, wo sie dann ein bisschen besser mit dem Personenkreis umgehen können, aber nicht der Einblick in die Häuslichkeit und das, was eigentlich getätigt werden muss, gegeben ist?

Brigitte Faber, Deutscher Frauenrat:

Mich hat bei der Befragung eine Zahl verblüfft, und zwar diese 6 Prozent bei den finanziellen Problemen. Dass nur 6 Prozent sagen, dass sie mit der finanziellen Situation nicht zufrieden sind, das verblüfft mich, weil viele Frauen ja einfach in Teilzeit gehen oder den Job ganz aufgeben, um die Pflege leisten zu können.

Das andere, was mich umtreibt, ist Folgendes. Wir werden ja einen steigenden Bedarf an ambulanter Versorgung haben, da die Pflegeversicherung nur eine Teilkaskoversicherung ist. Das heißt, dass ein großer Teil irgendwie über Ehrenamt oder pflegende Angehörige aufgefangen werden muss. Ich frage mich, wie kriegen wir es bei einem steigenden Bedarf hin, dass nicht wieder in erster Linie Frauen – derweil sind es drei Viertel – diesen steigenden Bedarf auffangen, indem sie eben in Teilzeit gehen oder ihren Beruf ganz aufgeben? Ich denke, da helfen uns Beratungsangebote nicht weiter. Dann kann ich mich zwar erkundigen, wie könnte ich meine Pflege organisieren, wenn ich sie bezahlen könnte? Aber wenn ich nicht in der komfortablen Situation bin, eben das, was mir fehlt, privat draufzulegen, hilft mir das nicht weiter.

Sabine Ponikau, Katharinenhof am Dorfanger:

Ich komme aus dem Land Brandenburg. Frau Biberti schilderte die plötzliche Situation des sich Wiederfindens als Kümmerer. Ich würde mir einen Rechtsanspruch auf ein Case-Management vor Ort wünschen. Ein Case-Management bei dem Betroffenen, wo der Arzt, der gerontologisch ausgebildet ist, mit allen am Tisch sitzt, auch

die Pflege. Die alten Menschen, die Betroffenen haben eine Würde. Und da hat nicht jemand zu entscheiden, der ganz woanders sitzt, sondern jemand, der vor Ort bei den Menschen ist, die es betrifft. Und dann wird ein maßgeschneidertes, ganz individuelles Netz gewoben für den Betroffenen. Das muss finanziert sein und das muss ein Rechtsanspruch sein. Beratungsstellen, Frau Biberti hat es genau gezeigt, wo ich erst hinfahren muss, wo ich zuhause die Pflege absichern muss, das geht schief. Das sind meine jahrelangen Erfahrungen. Deshalb sagen wir beispielsweise, dass es immer möglich ist, zur Beratung den Betroffenen mitzubringen, oder wir gehen zu dem Betroffenen in die Wohnung. Anders läuft es nicht. Das ist ganz wichtig und ohne Rechtsanspruch werden die Leute nicht kommen.

Noch immer ist Pflege ein Tabu, insbesondere Demenz. An dieser Einstellung muss sich etwas ändern. Und da hat jeder von uns, der hier sitzt, eine große Aufgabe. Wir sollten nicht sagen, das ist das bittere Ende, sondern das ist eine andere Lebensqualität. Das auszustrahlen, so fröhlich und freundlich wie möglich, ist unsere Aufgabe und zu sagen: Leute, nutzt euren Anspruch und tut was für die Menschen, heute für euch und morgen bitte ihr für uns.

Ilse Biberti:

Hausärzte – das Wort sagt es ja schon – müssen ins Haus kommen. Ich kann meine Eltern gar nicht zu ihnen bringen. Wenn ich das wollte, müsste Folgendes passieren: Ich müsste einen Krankenwagen bestellen, man müsste meine Mutter herunter tragen, sie müsste im Krankenwagen dorthin hingebacht werden und da wahrscheinlich wieder hoch getragen werden, weil es keinen Lift gibt oder ähnliches. Dort würde sie einer Untersuchung von vielleicht sieben Minuten unterzogen und dann müsste sie den ganzen Weg wieder zurück gebracht werden. D.h. für mich aber, dass ich wenigstens drei Tage Unruhe habe und eine Situation, die vor- und nachzubereiten ist. Das ist gar nicht möglich und unglaublich viel teurer, als wenn der Arzt einfach kommt. Ja, und vielleicht auch eine Krankenschwester, die Blut abnehmen kann.

Dann das Gefangensein. Na klar, fühle ich mich auch gefangen. Ich gebe ja mein Leben auch Eins zu Eins dahin. Ich sage meinem Vater immer: "In meinem Alter habt ihr mich bei der Oma abgegeben und Weltreisen gemacht. Was ist jetzt eigentlich mit mir, bitte?" Dann lachen wir. Das ist natürlich alles nicht möglich, weil nicht so viel Geld da ist. Wir sind jetzt nicht gerade verarmt, aber ich muss ja mit dem Budget oder mit dem Kapital, das meine Eltern haben, haushalten bis zu dem Punkt, von dem ich nicht weiß, wann er wie eintritt und das belastet mich ja auch. Ich kann nicht sagen „Schnipp“ und dann hole ich zwei Kräfte, die kriegen mal locker 3.000 Euro mit allen Nebenkosten und sind fröhlich. Es ist eben schwierig, es ist eine Geldfrage. Ich selber habe zwar dieses reizende Buch geschrieben. Wir wissen, das Buch wird sehr gut verkauft, doch deshalb verdient man noch nichts. Also eigentlich sitze ich unter der Brücke und bin Hartz-IV-abhängig, oder wie nennt man das? Hartz-IV-Bekommer? Ich habe mich nicht gemeldet – ich weiß nicht, wie das heißt. Beziehlerin bin ich nicht. Also, ich könnte Hartz IV beziehen, die Grundlagen dafür würde ich erfüllen. Was ja auch ziemlich schrecklich wäre mit 50, wo eigentlich die Karriere noch einen weiteren Sprung nach oben macht.

Und was Sie gesagt haben, ist ganz wichtig. Pflege, Pflege, Pflege – alles schön und gut. Es geht um menschliche Wesen und die brauchen nicht nur Pflege, die brauchen Anerkennung und einen Dialog und eine Resonanz. Das sind weiche Faktoren, die, das habe ich jetzt zum ersten Mal gehört, Betreuung genannt werden und des-

halb in diesem Kostenkatalog nicht drin sind. Das ist aber das A und O. Man kann schneller, kompakter pflegen, wenn am Tag dann noch jemand kommt, der die Hand hält und Zeit hat und ein lächelndes Auge. Also, da muss man unterscheiden und ich denke, die Diskussion hat noch gar nicht begonnen. Danke.

Hanneli Döhner:

Ich habe jetzt so viele Punkte, so viele Fragen - ich versuche es kurz zu machen. Das Modell in Erlangen kenne ich natürlich sehr gut und das, was wir vorhaben, baut im Grunde genommen darauf auf. Das machen wir mit Herrn Kresse zusammen.

Zur Frage nach dem Dachverband. Dazu hatten Sie etwas Kritisches angemerkt. Der Dachverband hat natürlich eine ganz bestimmte Aufgabe. Und zwar auf hoher politischer Ebene Lobbyarbeit zu machen und eben nicht auf individueller Ebene zu agieren. Das halte ich für sehr wichtig. Da kann man jetzt viel zu sagen, das lasse ich aber mal so stehen.

Ich war so dankbar, dass der Bundesverband psychisch Kranker sich auch noch mal zu Wort gemeldet hat. Denn ich denke, das ist auch ganz typisch, dass ganz viele Bereiche sehr stark ausgeblendet werden, die nicht gerade eine so hervorragende Vertretung haben wie die Alzheimer-Gesellschaft, und dass wir auch an diese ganz vielen anderen Gruppen denken müssen.

Dann zum Thema Case-Management. Da waren verschiedene Sachen angesprochen worden, das ist ja einer meiner Lieblingsbereiche. Wir haben da zu auch Forschung gemacht. Dass wir da rangehen müssen, ist ein ganz zentraler Aspekt. Aber wir sollten auch, wenn wir es politisch umsetzen wollen, sehen, dass es ganz viele verschiedene Modelle von Case-Management gibt. Da muss man sehr genau hinschauen, was man wirklich will. Ein wichtiger Aspekt dabei ist, ob es ein teures Modell ist. Um es politisch durchzusetzen, muss man sich sicherlich Modelle überlegen, die mit dem Ehrenamt verbunden werden. Das ist eine wichtige Kombination diese beiden Elemente. Und wenn das gut läuft, dann haben wir da auch so was wie weiche Faktoren, Möglichkeiten ins Gespräch zu kommen. Wir haben bereits vor ungefähr 15 Jahren das „Projekt ambulantes gerontologisches Team“ durchgeführt. In diesem haben wir Case- und Care-Management in Kooperation mit dem Hausarzt erprobt. Es war aus meiner Sicht ein total erfolgreiches Projekt, aber damals zu früh, es hat noch keiner hingehört. Ich würde es ganz gerne heute wieder so richtig schön auf den Tisch bringen, das war wirklich sehr gut. Wenn wir heute über Hausärzte sprechen und Case-Management, dann müsste man das eigentlich wieder aufleben lassen.

Zu der Frage nach dem Rechtsanspruch. Case-Management beinhaltet ja als ersten Schritt das Assessment. Man muss am Anfang sehr gut informiert sein, sich sehr gut beraten fühlen, damit man sieht, wo die Wege hingehen. Also, Assessment ist ein Bestandteil von Case-Management.

Dann zu den präventiven Hausbesuchen. Da gibt es unterschiedliche Ansätze. Aber die meisten gehen davon aus, dass es nicht der Hausarzt macht, sondern dass das andere Berufsgruppen übernehmen, die ins Haus gehen und sich dann wieder mit dem Hausarzt in irgendeiner Form verständigen. Also, ich finde die Grundidee des präventiven Hausbesuchs ganz wichtig, weil es wirklich ein zugehender Ansatz ist. Aber dann stellt sich für mich wieder die Frage, wie man das mit der hausärztlichen Versorgung in Verbindung bringt, wenn das die zentrale Anlaufstelle ist. Das ist immer so ein Knackpunkt.

Ein kurzer Punkt noch zum Thema Pflegeheim. Ich hatte Ihnen ja in meinem Vortrag die durchschnittlichen Pflegestunden genannt. Bei denen, die im Pflegeheim ihre Angehörigen weiterhin betreuen, haben wir einen Schnitt von zwölf Stunden pro Woche. Viele der pflegenden Angehörigen, die ins Heim gehen, machen also wirklich viel Arbeit. Und die Herausforderung ist auch da ganz groß, dies zu tun. Also, diese Mär "ich schiebe meinen Angehörigen ab" ist eben nur die halbe Wahrheit.

Dann noch zum Teilzeitarbeitsgesetz. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Das ist ja nun wirklich eine Frauenfrage. Ich finde, das muss man sich ganz kritisch, genau unter diesem Genderaspekt angucken. Schafft man da nicht zusätzlich eine Belastung für die Frauen? Wie kriegt man das so in den Griff, dass man das eben nicht tut? Nur diese Teilzeit, das ist noch nicht die Lösung.

Teil II

Biggi Bender:

Ich begrüße sehr herzlich Frau Heike Nordmann. Sie ist Diplom-Ökotrophologin mit dem Schwerpunkt Haushaltswissenschaften und seit 1998 Wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Verbraucherzentrale in Nordrhein-Westfalen. Frau Nordmann koordiniert dort die Pflegeberatung und ist wesentlich an der Entwicklung und Vertretung von Positionen der Verbraucherzentrale zu Themen rund um Pflegedienstleistungen beteiligt. Unter anderem arbeitet sie mit beim Demenz-Service-Zentrum in der Region Aachen-Eifel sowie beim Projekt haushaltsnahe Dienstleistungen für ältere Menschen des Ministeriums für Generationen, Familie, Frauen und Integration in Nordrhein-Westfalen. Frau Nordmann kann uns also aus der Perspektive einer unabhängigen Einrichtung zur Unterstützung und Beratung von Verbraucherinnen und Verbrauchern sagen, welche Unterstützungsangebote pflegenden Angehörigen zur Verfügung oder eben nicht zur Verfügung stehen, aber benötigt werden. Und genau darum soll es jetzt gehen in ihrem Beitrag.

Handlungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige durch Unterstützungangebote – Bestandsaufnahme und Bedarfe.

Heike Nordmann

Verbraucherzentrale NRW, Düsseldorf

Schönen Dank für die Einladung zu dem heutigen Tag. Es freut mich sehr, dass ein Thema wie Beratung, das ja häufig eher als Stiefkind behandelt wird, auch mal zu einem zentralen Punkt einer solchen Sitzung wird. Vielleicht noch ganz kurz ein paar Worte zur Verbraucherzentrale. In der Pflegeszene gibt es immer wieder die Frage, was die Verbraucherzentralen denn in diesem Bereich wollen. Es gibt inzwischen einige Verbraucherzentralen, die sich im Gesundheitssektor als Beratungsinstitutionen einen Namen gemacht haben. In Nordrhein-Westfalen ist die Verbraucherzentrale schon seit annähernd 15 Jahren in der Wohnberatung für ältere Menschen tätig. Wir haben dort Beratungsstellen in drei Kreisen, Aachen, Unna und Lippe. Wir haben seit zehn Jahren Pflegeberatungsstellen in den Kreisen Aachen und Unna. Diese Pflegeberatung ist in Nordrhein-Westfalen so organisiert, dass laut Landespflegegesetz die Kommunen verpflichtet sind eine Beratung anzubieten, es aber den Kommunen überlassen ist, wie sie dies tun. Es gibt zwei Kreise, die diese Aufgabe der Verbraucherzentrale übertragen haben. Die meisten Kreise machen es in kommunaler Trägerschaft, das heißt also regulär angegliedert an die Sozialämter, zum Teil auch an die Gesundheitsämter. Teilweise wurden große Beratungsbüros eingerichtet. Die Stadt Düsseldorf ist ein Beispiel, wo dieser Sozialamtsbezug überhaupt nicht mehr gegeben ist, sondern es sich um eine große eigenständige Beratungs- und Koordinierungsstelle handelt. Aber es gibt eben auch die anderen, wo es ein kleines Schildchen irgendwo im Amt gibt, das darauf hinweist, dass dort auch beraten wird. Einige Kommunen arbeiten auch mit Wohlfahrtsverbänden zusammen. Wenige von diesen Kommunen hatten die Pflegeberatung komplett den Wohlfahrtsverbänden übertragen. In der Zwischenzeit glaube ich aber, sind diese komplett übertragenen Modelle alle wieder rückgängig gemacht worden, zumindest bis zu einem Kooperationsmodell Kommune plus Wohlfahrtsverbände.

Darüber hinaus gibt es in Nordrhein-Westfalen die so genannten Demenz-Service-Zentren. Es handelt sich dabei um Beratungs- und vor allen Dingen auch infrastrukturstützende Stellen, die halb mit Mitteln des Landes, halb mit Mitteln der Pflegekasse finanziert werden. Insider wissen, dass diese Mittel der Pflegekasse aus den Regelungen zum § 45c SGB XI stammen. Von diesen Demenz-Service-Zentren gab es im ersten Förderzeitraum, der bis Mai 2007 lief, acht. Eines von diesen acht Zentren befindet sich in der Trägerschaft unserer Verbraucherzentrale. Inzwischen wurde das Modellprojekt um zwei Jahre verlängert. Das ist der derzeit mögliche gesetzliche Rahmen. Inzwischen haben wir zehn Demenz-Service-Zentren in Nordrhein-Westfalen. Zusätzlich nimmt die Verbraucherzentrale auch an dem Projekt "Pflegebudget" teil, das ja noch bis Anfang 2008 läuft. Das heißt, dass ein fester Standort dieses Pflegebudget-Projektes in Nordrhein-Westfalen liegt und sich dort u. a. in Trägerschaft der Verbraucherzentrale befindet. Innerhalb dieses Projektes arbeiten wir in enger Kooperation mit der Pflege- und der Wohnberatungsstelle im Kreis Unna, Und nicht zuletzt arbeiten wir auch noch bei der Pflegehotline mit, die der Bundesverband der Betriebskrankenkassen jetzt neu aufgebaut hat. Sie sehen, erstens gibt es in Nordrhein-Westfalen fast paradiesische Zustände was das Beratungsan-

gebot rund um das Thema Pflege und Wohnen im Alter angeht und zum anderen ist die Verbraucherzentrale dort auch an verschiedensten Stellen unterwegs.

Ich möchte Ihnen aber heute nicht mehr darüber erzählen, was die Verbraucherzentrale konkret tut. Vielmehr möchte ich Ihnen aufzeigen, welche Beratungsinstitutionen es derzeit schon gibt. Ich habe jetzt nur ein paar zusammengestellt, die mir in relativ kurzer Zeit eingefallen sind. Und Sie sehen schon daran, eigentlich ist das mögliche Spektrum der Beratungsinstitutionen, die einem pflegenden Angehörigen zur Verfügung stehen, vielfältig. Es sind in der Regel pflegende Angehörige, die die Beratungsstellen aufsuchen. Also bei uns sind ungefähr 80 Prozent der Ratsuchenden pflegende Angehörige oder sonstige Betreuer und Freunde. Und knapp 20 Prozent sind selbst pflegebedürftig oder wollen sich im Hinblick auf die eigene Zukunft, erkundigen. Dieses ganze Potpourri von Beratungsangeboten steht also im Prinzip den Menschen mehr oder minder zur Verfügung. Wir haben natürlich zum einen die Pflegekassen, die ja einen Beratungsauftrag qua Gesetz haben. Daran hängen ja zum Teil auch noch die Krankenkassen, wobei das dann schon wieder ein spannender Punkt wird, in dem Moment, wo sich sowohl Krankenkassen- als auch Pflegekassenleistungen überschneiden. Weil sich dort nämlich die beiden Kassen gerne gegenseitig die Zuständigkeiten hin- und herschieben und das ist leider nicht nur bei der Leistungserbringung so, sondern auch bei der Beratung. Also, da hört man dann immer wieder so Kommentare wie: „Nein, dazu kann ich Ihnen keine weitere Auskunft geben, fragen Sie doch die Krankenkassenabteilung“. Wie gesagt, die Pflegekassen haben den gesetzlichen Auftrag. Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen hat jetzt eine Lösung gefunden, seinem Beratungsauftrag näher zu kommen. Er hat eine so genannte Pflegehotline, in Kooperation mit dem Bundesverband der Verbraucherzentralen, an die acht Landesverbraucherzentralen angeschlossen sind, installiert. Das heißt, da ist schon mal ein Beratungsangebot seitens der Kassen, was im Prinzip jedem Angehörigen zur Verfügung stünde. Darüber hinaus gibt es auch das Bürgertelefon des Gesundheitsministeriums. Auch dieses Beratungsangebot steht im Prinzip jedem offen, so er es denn kennt. Das sind die Dinge, die im Prinzip jeder in Anspruch nehmen kann. Darüber hinaus gibt es aber noch diverse andere Angebote.

Der Krankenhaus – Sozialdienst wurde ja als Beratungsstelle schon erwähnt und ist sicherlich auch eine ganz entscheidende Anlaufstelle, die derzeit aber personell äußerst schlecht ausgestattet ist. Beispielhaft dafür sind große Kliniken mit an die 1.000 Betten, die lediglich über zwei Stellen im Krankenhaussozialdienst verfügen, die sich dann auch noch auf drei Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verteilen. Zur knappen Personalbemessung kommen dann oft noch interne Probleme. So wird z.B. der Krankenhaussozialdienst von den Ärzten/Ärztinnen in der Regel nicht darüber informiert, wer aufgenommen wurde bzw. wer jetzt ein besonders beratungsintensiver Fall ist. Die Krankenhaussozialdienste haben also häufig gar nicht die Möglichkeit, frühzeitig mitzubekommen, wo ein erhöhter Beratungsbedarf besteht. Würden solche Informationen frühzeitig dem Sozialdienst vorliegen, könnte dieser sich gemeinsam mit den Angehörigen überlegen, wie das weitere Vorgehen sinnvoll geplant werden kann. Häufig erfahren die Krankenhaussozialdienste selber erst am Entlassungstag; „Ach ja, übrigens, da ist Herr Meier, suchen Sie mal schnell noch einen Heimplatz für den.“ Das heißt wir haben sowohl innerhalb des Medizinbetriebes Krankenhaus ein Kommunikationsproblem zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, als auch ein Problem bei der Personalausstattung im Bereich des Krankenhaussozialdienstes. Hinzu kommt, dass diese Krankenhaussozialdienste in der Regel nicht auf ihre Angebote aktiv aufmerksam machen. Demzufolge kennt man diese in der Regel auch gar nicht. So weiß man auch als Angerhöriger oft gar

nicht, dass man diesen Krankenhaussozialdienst überhaupt fragen könnte. Das liegt sicherlich daran, dass dieser Dienst schon so überlastet ist, dass er dann nicht noch Extranachfrage schüren möchte. Eigentlich ist der Krankenhaus-Sozialdienst ein wichtiger Punkt an einer Schnittstelle, der aber leider aus verschiedensten Gründen nicht so aktiv sein kann, wie er das gerne möchte oder wie es sinnvoll wäre.

Ein ganz wichtiger Partner in diesem ganzen Beratungskontext sind sicherlich auch die Pflegedienstleister. Damit meine ich sowohl die ambulant als auch die stationär Tätigen. Das sind sowohl die Wohlfahrtsverbände als auch die privaten Träger. Sie alle haben natürlich aus originärer Aufgabenwahrnehmung das Interesse, ihre Klientel zu beraten. Denn jeder Pflegedienst wird zum Beispiel in punkto Antrag bei der Pflegeversicherung darauf achten, ob denn die aktuelle Pflegestufe dem bestehenden Pflegebedarf angemessen ist. Er wird auch ein eigenes Interesse daran haben, diese Pflegestufe möglichst weiter nach oben zu befördern. Insbesondere die Pflegedienste haben natürlich auch durch das Pflegeversicherungsgesetz einen Beratungsauftrag. Er wird leider Gottes nur nicht immer so wahrgenommen. Im § 37 SGB XI ist nämlich geregelt, dass alle diejenigen, die eine Geldleistung beziehen, zwei bzw. viermal im Jahr bzw. bei den Demenzkranken sogar jeweils doppelt so oft, diesen Pflegedienst verpflichtend ins Haus holen müssen, um das Pflegegeld zu erhalten. Diese sogenannten Beratungsbesuche wären eine gute Mischung aus Pflegesachverstand und aus Hintergrundwissen der Strukturen in der Versicherungslandschaft. Durch diese Besuche könnten jede Menge Informationen zu den Betroffenen und/ oder ihren Angehörigen transportiert werden. Leider scheint der Beratungsbesuch oft nicht in dem Maße genutzt zu werden, wie man es könnte. Es gibt eine Untersuchung der Uni Bielefeld, ich weiß aber nicht, ob diese veröffentlicht wurde. Die Wissenschaftler kamen dabei zu dem Ergebnis, dass spätestens bei dem dritten anstehenden Besuch die Beratung nach folgendem Muster abläuft: - Haben Sie noch Fragen? Ist alles in Ordnung? Okay, Haken dran. Beide Seiten sind dann schnell davon gekommen. Wenn Angehörige explizit danach gefragt haben, wurden diese eigentlich verpflichtenden Besuche zum Teil sogar per Telefon abgehandelt. Das heißt, der Pflegedienst konnte dann schnell seinen Beratungseinsatz abhaken. Für den Angehörigen war es auch einfach, weil keiner kam, der einen vielleicht in einer schon schwierigen Situation auch noch aus dem Tritt hätte bringen können. Also auch hier existiert bereits ein Beratungsinstrument und letztendlich ja auch ein Kontrollinstrument, um zu prüfen ob das Pflegegeld auch so genutzt wird, dass es tatsächlich der guten Pflege dient. Denn das war mit dieser gesetzlichen Regelung auch beabsichtigt.

Dann haben wir auf der anderen Seite die Kommune bzw. das Sozialamt mit einem stetig wachsenden Interesse, eine Beratung durchzuführen. Denn es ist ja so, dass letztendlich, spätestens bei einer Heimeinweisung, bei ganz vielen Pflegebedürftigen die eigenen Ersparnisse und auch das eigene Einkommen erschöpft sind. So dass dann ggf. der Sozialhilfeträger mit „Hilfe zur Pflege“ einspringen müsste. Insofern haben natürlich auch die Kommunen ein berechtigtes Interesse, diesen ambulanten Versorgungsbereich möglichst lange aufrecht zu erhalten. Ich kann es jetzt nicht für andere Bundesländer sagen, aber das, was ich in Nordrhein-Westfalen mitbekomme, zeigt gerade im Moment, dass die Kommunen massiv dabei sind, ihre Mitarbeiter in diesen Sozialdiensten aufzustocken. Es gibt auch zunehmend Kommunen, die ganz bewusst Case-Management (Einzelfallmanagement) leisten, mit allem was dazu gehört. Sie leisten sich das, weil sie sich ausgerechnet haben, dass sie letztendlich durch die Investition in die Sicherung der ambulanten Situation mehr Geld sparen, als diese Case-Manager oder Sozialfachkräfte bei den Sozialäm-

tern kosten. Das sind allerdings Angebote, die nur für die Leute infrage kommen, die tendenziell schon der Gefahr der Sozialhilfe nahe sind. Das heißt, das ist kein Angebot, das für den allgemeinen Bürger zur Verfügung steht, sondern in der Regel erst dann in Kraft tritt, wenn schon jemand an der Grenze zum Sozialhilfebezug steht und es insofern auch für die Kommune interessant ist, dort dieses ambulante System weiter zu stärken. Insofern ein gutes Angebot, nur leider für einen eingeschränkten Personenkreis. Je weiter wir dann nach unten kommen, desto mehr ist es von der Willkürlichkeit, sei es der Landespolitik, sei es der Kommunalpolitik, sei es der Finanzen abhängig, was es dann noch an Unterstützungsangeboten gibt. Wie gesagt, in Nordrhein-Westfalen leben wir in relativ paradiesischen Zuständen, was die Beratungsangebote angeht. Berlin gehört übrigens auch zu den Ländern, in denen es ein sehr gut ausgebautes Beratungsangebot gibt – hier vor allem mit den Koordinierungsstellen „Leben und Wohnen im Alter“. Die haben schon ein relativ flächendeckendes Netz und auch ein relativ breites Themenspektrum. Ich weiß, dass dort eben nicht nur die reinen Pflegefach- oder Pflegeversicherungsfragen im Fokus stehen, sondern eben auch zum Beispiel die Frage, wie ich meine Wohnung so gestalten kann, dass dadurch der Alltag und die Pflege erleichtert werden. Damit wird auch der gesamte Bereich der Wohnberatung – ein Thema, das häufig vernachlässigt wird – abgedeckt. Wenn man ein paar Dinge beachtet, kann man aber eine Pflege zuhause deutlich erleichtern.

Was zum Teil ganz gut ausgebaut ist, sind die sogenannten Seniorenberatungsstellen. Da muss man natürlich immer gucken, wie es um die Fachlichkeit bestellt ist. Häufig arbeiten die Seniorenberatungsstellen mit ehrenamtlichen Kräften, die sehr engagiert sind, zum Teil dann aber auch so eine Art Halbwissen haben. Dann ist es ganz schwierig einzuschätzen und zu prüfen, ob die auch die fachlich richtigen Informationen an die ratsuchenden Menschen weitergeben. Und auch hier die Frage: gibt es dieses Angebot überhaupt?

Was uns immer wieder gespiegelt wird ist, dass die Leute in der Tat beim Hausarzt und auch bei den Apotheken nach Informationen fragen. Die Apotheken sind jetzt auch für uns in der Arbeit mehr und mehr in den Fokus gerückt. Als Verbraucherzentrale tun wir uns nach wie vor schwer, mit Apotheken zusammen zu arbeiten, weil es auf anderen Themengebieten, Stichwort Nahrungsergänzungsmittel, erhebliche Diskrepanzen gibt. Dennoch muss man sich darüber im Klaren sein, dass Apotheken ein Anlaufpunkt sind, wo gerade auch Angehörige oder teils auch pflegebedürftige Menschen ganz viele Fragen stellen und wo sie im Gegensatz zum Arzt auch häufig jemanden finden, der ihnen zuhört und sich auch bemüht, auf diese Fragen Antworten zu finden. Wir als Verbraucherzentralen streben mittelfristig eine engere Zusammenarbeit mit den Apotheken an. Wenigstens mit der Idee, dass der Apotheker dann auch weiß, dass es spezielle Pflegeberatungsstellen gibt, die auch weiter helfen können.

Wir haben bei den diversen Beratungsangeboten die Erfahrung gemacht, dass die Hausärzte an der ganz entscheidenden Schnittstelle stehen, dass sie dieser Schnittstellenaufgabe aber in keiner Weise gerecht werden. Wir haben schon verschiedenste Versuche unternommen, inklusive Punkte-bewerteter Fortbildung im Rahmen des Demenz-Service-Zentrums für die Ärzte. Wir stellen immer wieder fest: es kommen wenige Engagierte und wenige Engagierte nehmen auch ihre Rolle als Lotse im Gesundheitssystem sehr ernst. Das sind aber diejenigen, die das dann aus freiwilligem Engagement heraus machen. Wir hatten deshalb auch schon viele Gespräche, z. B mit Ärztekammern. Das, was wir da immer wieder zu hören kriegen und was mir bis zu einem gewissen Grade auch durchaus einleuchtet, ist die Tatsa-

che, dass Beratung nach wie vor in dem ärztlichen Abrechnungssystem gar nicht oder nur marginal berücksichtigt wird. Das heißt, für einen Hausarzt ist es sehr attraktiv, eine möglichst große Masse Menschen durch die Praxis zu schleusen, schnell irgendwelche Untersuchungen zu machen und zu einem Ergebnis zu kommen, während ein halbstündiges Gespräch über Ursachen, Möglichkeiten, weitere Entwicklungsgeschichten usw. kaum abrechenbar ist. Und wenn es dann auch noch um Demenz oder sonstige psychische Belastungsfaktoren geht, dann wird es erst recht schwierig für die Ärzte. Also, das ist sicherlich ein Punkt, wo man im System neu drehen und es neu denken muss. Ich will jetzt die Ärzteschaft aber auch nicht in Schutz nehmen, denn man sieht ja, dass es einige Ärzte können. Sie haben eine Rolle im Gesundheitssystem und die sollen sie auch mehr wahrnehmen als sie das jetzt tun. Dennoch muss man sich darüber im Klaren sein, dass das System da gewisse Grenzen setzt.

Es gibt eine Fülle weiterer Beratungsangebote, die je nach Region den Menschen zur Verfügung stehen. Das Problem ist aber, es gibt kein flächendeckendes Beratungsnetz, das auch tatsächlich gut erreichbar ist. Gut erreichbar nicht nur im Sinne von „räumlich nah“, sondern auch in dem Sinne, dass man keine Hemmnisse hat, dorthin zu gehen. Das Sozialamt zum Beispiel ist für viele Menschen emotional nicht erreichbar, weil man halt nicht zum Sozialamt geht. Das heißt, so eine Beratungsstelle im Amt ist immer auch eine etwas schwierige Angelegenheit. Das zweite Problem ist, dass diese ganzen Beratungsstellen oft in ihrem Themenfeld eine sehr kompetente Beratung anbieten, insbesondere was die Erstberatung angeht, aber häufig dann an die Grenzen stoßen, wenn es über ihr spezielles Themenfeld hinaus geht. Dann ist oft Schluss mit der Beratung. Ein praktisches Beispiel aus unserer Pflegeberatung: Alles was zur Pflegeversicherung läuft, klappt prima. Wenn es um pflegefachliche Fragen geht, können wir an die Kollegin verweisen, die auch eine entsprechende Ausbildung genossen hat. Aber spätestens dann, wenn es um Fragen der Unterhaltsverpflichtung von Angehörigen, wenn es um Hilfe zur Pflege geht, dann müssen wir passen und sagen, dass dafür das Sozialamt zuständig ist. Insofern müssen wir dann wieder jemanden an eine andere Stelle schicken. Jeder von uns weiß, dass man froh ist, wenn man an einer Stelle angekommen ist und dann auch noch hierhin und dorthin zu gehen, das macht man nicht unbedingt. Also, aus unserer Sicht ist es ganz zentral, dass man eine Adresse braucht, wo man hingehet und wo man möglichst viele Informationen bekommt und nicht von Pontius zu Pilatus geschickt wird. Das bedeutet aber nicht unbedingt, dass diese eine Adresse auch ein Träger sein muss. Meine Idealvorstellung ist, das muss man sicherlich dann je nach Ort spezifizieren, ein „Haus der Altenhilfe“, ein „Haus der Beratung“, ein „Haus des Lebens im Alter“ oder so ähnlich, wo sich eine Dependance vom Sozialamt, wo sich die Verbraucherberatung befindet, wo die Wohlfahrtsverbände unterkommen. Also, ein Ort, an dem sich das ganze Potpourri durchaus ja existierender Beratungsinstitutionen zusammenfindet. Dann könnte man ggf. auch auf dem kurzen Dienstweg direkt sagen: „Ach übrigens, liebe Kollegin, komm doch mal eben rüber, bei der Frage weißt Du besser Bescheid als ich.“ Die Frage ist, wie man das in der Praxis realisieren kann, aber das ist eigentlich das, wohin es sich entwickeln muss.

Insofern sind die im Entwurf für die Pflegereform vorgesehenen Pflegestützpunkte, sicherlich eine spannende Sache. Ich weiß aber bis heute nicht, ob das jetzt Pflege ist oder ob es sich da eher um Beratungs- und Koordinationsstellen handelt. Ich bin mir da immer weniger sicher, je länger ich es lese. Ich habe erst gedacht, gute Idee, endlich kommunal, wohnortnah der Dreh- und Angelpunkt, aber je mehr ich nachlese, desto mehr frage ich mich, ist es wirklich diese Koordinationsstelle, die auch

diese Vernetzung schafft oder ist es eher eine zentrale Pflegestelle? Das ist eigentlich nicht das, was gebraucht wird.

Immer wieder kommt ja auch das Stichwort Fallmanagement vor. Wir merken, dass wir in der normalen Pflegeberatung, und auch in dem Beratungsangebot im Rahmen des Demenz-Service-Zentrums, an unsere Grenzen stoßen. In der Pflegeberatungsstelle im Kreis Unna, der knapp eine halbe Million Einwohner hat, sind 2½ Personalstellen für die Beratung zuständig. Wir haben im Jahr um die 1.700 persönlichen Einzelberatungsgespräche. Damit sind die Kollegen aber auch mehr als ausgelastet. Eine intensive Begleitung und Fallmanagement ist etwas, das mit so einer Personaldichte natürlich gar nicht leistbar ist. Auf der anderen Seite muss man auch sagen, dass viele Leute es nicht wollen. Fallmanagement ist ein sehr gutes Angebot für die Menschen, die eine umfangreiche ambulante Versorgung zu managen haben, aber es gibt auch genauso diejenigen, die nur eine einfache Frage haben. Und auf eine einfache Frage, gibt es eine einfache Antwort und damit kommen sie auch erstmal weiter. Insofern warne ich davor, jetzt das Fallmanagement als verpflichtende Leistung flächendeckend über alles zu streuen. Ich glaube, dass man Fallmanagement als Option vorhalten muss, für genau diejenigen, die dieses Fallmanagement brauchen. Aber das gilt längst nicht für alle von den 1.700 Menschen, die in unsere Beratungsstelle kommen, sondern vielleicht für zehn Prozent, bei denen die Kollegen denken, dass man hier weiter begleiten, intensiver rangehen müsste. Ich fand es sehr traurig, dass zwar das Case-Management in den Reformvorschlägen aufgenommen wurde, allerdings ohne das Pflegebudget. Zumindest habe ich es nirgendwo gefunden. Eigentlich ist genau dieses Pflegebudget, mit der breiteren Option von Leistungen, ein guter Ansatzpunkt sich Handlungsspielräume zu erarbeiten, mit einem etwas höheren Geldbetrag nicht nur einzig und allein Pflege einzukaufen, sondern eben auch die Dinge Drumherum. Es ist sicherlich eine ganz spannende Angelegenheit, über die man sich Gedanken machen sollte. Und wenn Case-Management oder Fall-Management, dann möchte ich davor warnen, dieses ausdrücklich bei den Kassen anzusiedeln, aus verschiedensten Gründen. Zum einen hat natürlich die Kasse selber ein Interesse daran, zu steuern, wohin die Mittel fließen. In England ist es inzwischen so, dass es da einen Gatekeeper gibt. Das heißt, wenn der Fallmanager sagt, das und das ist möglich und nötig, dann zahlt die Kasse, aber wenn der Fallmanager das nicht tut, dann gibt es auch keine Lösung. Ich weiß nicht, ob wir dahin wollen, aber das ist nur der eine Grund. Der andere Grund ist folgender. Stellen Sie sich vor, jede Kasse hat einen Fallmanager. Dieser Fallmanager macht ja nur dann Sinn, wenn er auch die örtlichen Strukturen kennt. Das kann die AOK, die hat ein flächendeckendes, relativ dichtes Netz, aber die meisten anderen Kassen, gerade in ländlichen Gebieten, haben ein solches ja gar nicht. Erwarte ich dann, dass sich jemand, nur weil er bei einer kleineren Kasse versichert ist, 50 Kilometer in die nächste Kreisstadt bewegt, um sich dort eventuell bei seiner Kasse einen Fallmanager aussuchen zu können? Ich denke, das ist nicht die richtige Struktur. Die Idee des Fallmanagements ist richtig, aber man muss genau überlegen, wo man ihn ansiedelt. Denn wenn, dann auch wirklich nah an die Leute, und zwar sowohl räumlich als auch durch die Option von Hausbesuchen und ähnlichem.

Einen Punkt möchte ich noch ansprechen. In unsere Beratungsstellen kommt ungefähr die Hälfte der Leute, weil sie einen Pflegeanbieter sucht, egal ob stationär oder ambulant, oder sonstige Betreuungsangebote. Das, was wir bisher machen können ist, ihnen eine Liste mit den Pflegediensten im Kreis an die Hand zu geben. Im Kreis Unna gibt es 70 Pflegedienste auf dieser Liste. Man kann dann sehen, wer sich im näheren Umfeld befindet. Dann bleiben vielleicht noch zehn übrig. Dann bespre-

chen wir mit den Menschen noch, was denn aus deren Sicht besonders wichtig ist bei der Auswahl des Anbieters. Wenn es sich zum Beispiel um Beatmungspatienten handelt, sind vielleicht einige Pflegedienste, weil darauf ihr Schwerpunkt liegt, besser geeignet als andere. Aber im Prinzip haben wir, wie auch die meisten Beratungsstellen und Kassen das Problem, dass es eben nur diese Liste gibt. Diese nützt demjenigen, der einen Pflegedienst oder ein Heim oder eine sonstige Unterstützung braucht wenig, wenn er keine qualitativen Aussagen zu den Angeboten bekommt. Was heißt gute Pflege, oder was sind Bewertungskriterien für gute Pflege? Dazu muss man sich wirklich noch mal gesellschaftlich verständigen. Wichtig ist dann auch, dass Vergleichsmaßstäbe für Beratungsstellen und auch für Betroffene öffentlich zugänglich sind. Denn ohne diese Vergleichsmaßstäbe wird es ganz schwer. Das muss ja nicht heißen, dass derjenige, der jetzt die Top-Punktzahl erreicht hat, auch der beste Pflegedienst für einen persönlich ist. Aber man muss wenigstens Kriterien haben, an Hand derer man ablesen kann, ob ein Pflegedienst im Bereich Betreuung oder im medizinischen Pflegebereich besonders gut ist. Dann müsste man den Menschen nicht nur so eine Liste in die Hand drücken, sondern hätte die Option, sich zu überlegen wer im Einzelfall tatsächlich am besten geeignet ist. Wie gesagt, so etwas wird bei uns sehr viel nachgefragt, aber im Moment können wir das nicht leisten. Das wäre sicherlich auch etwas, wo Beratung bis Fallmanagement gefragt ist.

Diskussionsrunde zu Teil II

Elisabeth Scharfenberg:

Wir haben jetzt gehört, was Frau Biberti in der Schilderung ihrer persönlichen Erfahrung ja auch schon ansprach, dass es im Krankenhaus anfängt, weil der Pflegebedürftigkeit ja oft ein Krankenhausaufenthalt vorausgeht. Es ist zu überlegen, wie der Sozialdienst dort überhaupt agieren kann. Es war ja auch bei Ihnen auf negative Weise eindrucksvoll zu hören, wie überfordert die Leute dort sind. Dann geht es möglicherweise auch weiter über das Nutzen des Beratungspflichtbesuches. Wir sollten darüber reden, wie man mit der Zweigesichtigkeit dieses Besuches – Beratung versus Kontrolle – umgehen kann. Des Weiteren die Apotheken, möglicherweise als Anlaufstelle, zumindest für die Weitervermittlung. Dann fand ich wichtig, dass Sie für Fallmanagement als Option, nicht als Verpflichtung plädieren. Das hatten wir uns anders überlegt, da müssten wir mal drüber reden. Und wie man an qualitative Aussagen über Pflegedienste kommt, wer die erstellen soll bzw. darf und wie man das macht. Das ist sicher auch noch ein mögliches Thema.

Claudia Pohl, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe:

Ich würde gerne noch mal den § 37 SGB XI aufgreifen, also den Hausbesuch eines Pflegedienstes bei der Beziehung von Geldleistung. Sie hatten gesagt, hier nimmt die Pflege ihre Beratungsmöglichkeit nicht ausreichend wahr. Man muss dazu schon sagen, welche Struktur dahinter steht: 17 Euro für An- und Abfahrt und Beratung. Damit ist es nicht möglich, ein Assessment durchzuführen, mit den pflegenden Angehörigen und den Pflegebedürftigen festzulegen, was denn das Beratungsziel ist, wo Bedarfe liegen, die Durchführung und eine Evaluation zu gewährleisten. Geht es darum, zeigt sich auch Beweglichkeit bei den Krankenkassen über den § 45 SGB XI - Pflegekurse - wo jetzt auch die Möglichkeit gegeben ist, häufige Schulungen durchzuführen. Bei diesen Schulungen wird nämlich richtig beraten. Wenn man auf eine professionelle Beratung Wert legt, muss mehr Geld in das System, um die erforderliche Zeit zur Verfügung zu haben. Wie Sie, Frau Nordmann, es für die Ärzte angesprochen haben, so trifft auch für die Pflegekräfte zu, dass Beratung in der Pflegeversorgung nicht angemessen vergütet wird. Wir haben hier nur die Möglichkeit eines Erstbesuches, eines Beratungsgesprächs und dann ist aber auch schon Ende. Dann sind es nur noch die Leistungskomplexe, die als Zeitkorridore wahrgenommen werden, als Satt-und-Sauber-Pflege. Ein Pflegedienst ist ständig im Stress. Zu § 45 SGB XI: Sie von der Alzheimer-Gesellschaft hatten das ja auch angesprochen, diese Besuche oder diese Möglichkeit, häusliche Schulungen oder Pflegekurse anzubieten. Frau Döhner hatte gesagt, zwei bis sechs Prozent nehmen ein solches Angebot nur in Anspruch. Zum einen ist es ein Problem, sich als pflegender Angehöriger frei zu machen von der Pflege, um solche Schulungen oder Kurse überhaupt besuchen zu können. Die andere Seite ist die Information darüber, dass es für pflegende Angehörige solche Angebote gibt. Ich habe selbst mal, im Vorlauf eines Vortrages, bei verschiedenen Krankenkassen angerufen und als Ratsuchende gefragt, was denn in meiner Region hier möglich ist. Ich wurde an die nächst höhere Stelle verwiesen, weil die Mitarbeiter der Regionalstelle mir da überhaupt kein Angebot und keine Information geben konnten. Und hier ist das System so, dass jeder Pflegedienst mit den ganzen Krankenkassen einen Vertrag zur Erbringung der Leistung

gen nach § 45, also Pflegekurse und häusliche Schulungen, braucht. Also hat man als Pflegedienst, wenn man nicht in einem Verband ist, der das für einen regelt, vielleicht gar nicht so einen Vertrag. Vielleicht stehen einem pflegenden Angehörigen in seiner Stadt oder in seiner Region 10, 20 oder 30 Pflegedienste zur Verfügung. Es kann aber sein, dass nur einer einen Vertrag hat, der ihn berechtigt, Leistungen nach § 45 zu erbringen. Den muss man erstmal kennen und dann muss man wissen, mit welcher Krankenkasse er denn einen Vertrag hat. Also dieses Angebot ist nicht niedrigschwellig, kommt nicht beim Verbraucher an. In unserem Positionspapier zur Pflegeversicherung haben wir auch ganz deutlich gemacht, dass solche Pflegekurse und Schulungen ein Regelangebot von Pflegediensten sein müssen. Ansonsten kommen wir an der Stelle nicht weiter.

Jens Kaffenberger, Sozialverband VdK Deutschland.

Jetzt sind wir natürlich wieder mitten drin in der Diskussion. Das ist auch immer das Unbefriedigende, alle wollen Case-Management, aber es gibt 1.000 verschiedene Überlegungen und Angebote dazu. Wer soll es machen? Mal ist es der Hausarzt, mal ist es die Pflegekraft, der Pflegedienst, wie wir es gerade gehört haben, dann die Beratungsstelle, mal ist es XY und jetzt in den Eckpunkten steht drin, dass auch die Kassen das Case-Management machen sollen. Da würde ich natürlich die Ausführungen von Frau Nordmann absolut teilen. Das ist natürlich nicht der richtige Weg. Vielleicht könnte man das folgendermaßen lösen. Heute schon gibt es die Möglichkeit nach im § 7 SGB XI, dass die Kassen ein Beratungsangebot vorhalten müssen. Das ist natürlich keine richtige Lösung. Vielleicht könnten wir das Problem so lösen, dass man den Kassen eine Beratungs- und eine Case-Management-Verpflichtung in § 7 SGB XI reinschreibt, aber gleichzeitig auch deutlich macht, dass sie das, wenn möglich, an andere delegieren müssen. Dann könnte man das beispielsweise an kommunale Stellen delegieren, wenn die schon solche Angebote vor Ort haben. Dann wäre da schon mal ein Pool, und eine bessere Ausstattung als das heute der Fall ist. Oder man delegiert, das wäre noch besser, an unabhängige Stellen, wegen mir an Verbraucherzentralen oder andere. So könnte man meiner Meinung nach aus dem, was da jetzt im Gesetzentwurf zur Pflegereform steht, eine vernünftige Lösung machen, um mehrere Ziele zu erreichen. Das eine ist die vorhandenen Beratungsangebote zu nutzen und sie um Case-Management zu erweitern und dadurch eben ein verbessertes Beratungsangebot mit mehr Niedrigschwelligkeit usw. zu erreichen. So könnte man die Gefahr des Aufbaus von Doppelstrukturen vermeiden und hätte auch das Abhängigkeitsproblem bei den Kassen gelöst.

[... Tonaufzeichnung zwischenzeitlich unverständlich ...]

Ingrid Borretty

GRÜNE ALTE:

Das ist übrigens meiner Meinung nach gar nicht so schwierig. Das kann man auf kommunaler Ebene einrichten ohne ganz große Neustrukturierungen oder Umorganisation, denn Ihr praktischer Vorschlag war ja der, dass die einzelnen Organisationen und Verbände sich nicht intern verändern müssen, sondern nur das jeweilige Personal, das für die Beratung zuständig ist und das dann an einem Ort untergebracht wird. Also ich fand die Idee von Frau Nordmann, eine Institution wie „Haus des Lebens im Alter“, ganz gut und charmant. Man sollte sie überall wiederholen.

Da sind mitunter Kommunen auch ein bisschen träger, aber eigentlich kann man das umsetzen. Es kann sein, dass man es nicht so sexy findet, dass man in der Kommune ein „Haus des Lebens im Alter“ oder so ähnlich hat. Deswegen favorisiert wahrscheinlich auch die Bundesregierung eher die Mehrgenerationenhäuser. Aber unabhängig davon glaube ich, dass das eigentlich eine ganz gute Idee ist.

Bei Biggi Bender wollte ich noch mal ergänzen oder zusammenfassen. Ich glaube schon, dass es im Gesundheitsbereich wichtig ist, dass die Ärzte auch Geld für Beratung bekommen. Ich glaube, das gilt ja für den gesamten Bereich und nicht nur, wenn es um Alte geht, dass eigentlich die Beratung von Patientinnen und Patienten unterbezahlt ist. Ich glaube, dass sich grüne Politik dafür einsetzen sollte.

Biggi Bender:

Das ist ein weites Feld. Ich kann nur sagen, man hat die Gebührenordnung mal verändert mit der Intention, die sprechende Medizin zu stärken, dass es also für das Sprechen extra Geld gab. Dann haben plötzlich auch die Orthopäden entdeckt, dass sie ganz viel sprechen. Das ist also nicht so einfach, es gibt immer adverse Effekte. Ich meine, jetzt sind wir spezifischer bei der Pflegeberatung und da muss ich zunächst mal sagen, dafür sind a priori die Ärzte nicht qualifiziert. Die wissen zu wenig, was Pflege ist. Man kann darüber reden, ob man sie qualifiziert, aber ich bin ein bisschen skeptisch, ob die Beratung nicht besser in der Hand von Pflegefachkräften liegen sollte, die tatsächlich wissen, worüber sie sprechen.

Harald Wölter:

Zum Case-Management. Da teile ich die Einschätzung von Heike Nordmann, dass es ein verpflichtendes Angebot seitens derer, die es anbieten müssen, sein sollte, aber kein verpflichtendes in dem Sinne, dass die Pflegenden es annehmen müssen. Nur so kann man zum einen den Fokus auf die richten, die es wirklich brauchen, alles andere wäre nicht leistbar, und zum anderen würde man sonst auch die Menschen von diesem einen Case-Management abhängig machen und unweigerlich in dieses Gate-Keeper-System reinkommen. Nur dadurch, dass es nicht angenommen werden muss, bleibt es ein gutes Angebot. Alles andere würde die Pflegenden in ein Zwangssystem bringen, was wir, glaube ich, nicht wollen. Das würde auch dem entsprechen, was wir immer in der Nordrhein-Westfälischen Landtagsfraktion so schön formuliert haben.

Das Bild mit diesem einheitlichen Beratungshaus, wovon Sie Frau Nordmann gesprochen haben, ist ein sehr gutes. Wir haben in dieser Richtung etwas in Münster mit dem Gesundheitshaus, wo sehr viele Initiativen ihre Beratungsstellen haben, wo das Infobüro Pflege installiert wurde, wo beispielsweise auch Wohnraumanpassungsberatung oder auch Umzugsmanagement angeboten wird. Wir brauchen so eine Anlaufzentrale eigentlich in jeder Kommune. Das wäre ja zumindest dann ein Ziel. Wir diskutieren ja auch Quartierskonzepte. Spannend ist die Frage, wie man in den Wohnquartieren, in den Stadtteilen Unterstützungsbereiche hinbekommt, die etwa niedrigschwellig ausgerichtet sind, wo Professionelle, Ehrenamtliche usw. dann auch erreichbar sind. Da wäre ja die Idee, dass man diese spezialisierte Beratung in so einem Haus in der Kommune hat. Aber wie bekommt man das dann in die Wohnquartiere? Das brauchen wir, diesen weiteren Schritt, um auch die einzelnen Zielgruppen zu erreichen. Es ist schwierig, alle über so ein Beratungshaus zu erreichen. Das kann man auch in Münster sehen. Das wird gut angenommen, aber es

erreicht natürlich nicht alle, die man erreichen will. Die würde man besser in einem Stadtteil erreichen. Da fände ich jetzt die Frage nach Modellen spannend, ich bin da auch noch auf der Suche. Ich kenne so ein paar Ansätze aus Bielefeld. Dort ist man mit diesen Quartierkonzepten ja schon etwas weiter. In Münster wird das diskutiert. Aber die Frage ist, wie man so was dann auch als Stützpunkt implementiert, wo dann auch noch, zumindest tage- oder stundenweise, die spezialisierte Beratung angeboten wird. Dort läuft dann die Kooperation zwischen den Pflegediensten, damit man nicht gegeneinander arbeitet, sondern je nach Spezialisierung auch das anbieten kann, was gebraucht wird. Dort nimmt man von diesem Tourendienst, wo die Hälfte der Pflegezeit schon allein durch die Anfahrt verloren geht, Abstand und geht eher in Richtung dieser nachbarschaftlich organisierten oder stadtteilorganisierten Pflegedienste über und hat dann auch ein bisschen mehr Kapazität. Deswegen fände ich es spannend, solche Modelle noch mal zu diskutieren. Wie kriegt man das organisiert und dann auch implementiert?

Heike Nordmann:

Drei Punkte, erstens ganz kurz zu den Hausärzten. Ich denke natürlich, sie sollen nicht die Pflegeberatung durchführen. Es würde uns schon reichen, wenn sie auf weitergehende Beratung verweisen würden. Das ist nicht in den Köpfen der Ärzte. Wir haben Neurologen, wir haben Psychiater nebenan, wir verteilen unsere Broschüre, aber sie verweisen nicht auf uns, sondern die Angehörigen gelangen dann über ganz schiefe Ecken zu uns. Das hat auch nichts mit Geld zu tun, sondern das ist irgendwo in den Köpfen nicht drin. Wie kriegt man das da rein? Das fängt wahrscheinlich schon mit der Ausbildung an und natürlich mit den Dachverbänden usw. Also, das ist ein breites Spektrum.

Der zweite Punkt ist der § 45 SGB XI. Ich denke, der ist wirklich, zumindest so wie er in Anwendung kommt, reformbedürftig. Aber wir haben ja auch in dem § 37 SGB XI eine Beratungsmöglichkeit, zumindest bei dem Zweitbesuch für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, der ja ein „Kann-Besuch“ ist. Da halte ich es für hinderlich, dass es auch wieder die Pflegekräfte sind, die da zum Einsatz kommen und nicht Sozialarbeiter oder andere Berufsgruppen, die dort sehr viel mehr Breite bieten könnten. Also auch da könnte man im Rahmen einer Pflegereform noch mal das Berufsbild einfach weiterstricken, so dass wirklich auch der ganze Alltag des Menschen und der Angehörigen mit erfasst wird.

Drittens, zum Beratungs-Haus. Diese Idee finde ich auch ganz toll. Ich denke, wir haben eine Vielzahl von Beratungsmöglichkeiten, für mich ist wirklich wichtig, sie müssen unabhängig sein und wenn sie das nicht sind, dann sollten sie irgendwo unter einem Dach sein, wo man sich zumindest ein Stück weit durch Kooperation gegenseitig unterstützt. Was ich ganz schwierig finde ist, dass jetzt in dem Eckpunktetpapier die Begriffe sehr durcheinander gehen. Einmal Pflegestützpunkt, da könnte man eigentlich schon wieder den Verdacht haben, es ist sehr pflegeorientiert und dann gibt es einen für 20.000 Einwohner. Dann die Fallmanager, wo einer dann aber für 100 Personen zuständig sein soll. Also es passt nicht so ganz zusammen und man muss gehörig aufpassen, dass sich da jetzt nicht Interessenstrukturen, seien es Kassen oder Pflegeanbieter, Wohlfahrtsverbände oder andere etwas stricken. Es ist für die Pflegestützpunkte nur eine Anschubfinanzierung von zwei Jahre geplant. Dann stellt sich die Frage, wer es weiter finanziert. Da sind für mich noch sehr viele Fragen offen. Aber ich denke, auch das jetzige System bietet Möglichkeiten, da muss man nur noch mal genau hinschauen.

Horst Weipert

Sozialakademie Potsdam (Bundesmodellversuch Pflegebegleitung):

Ich habe nur zwei oder drei Anmerkungen. Wir sitzen ja heute hier, um Euch ein bisschen in der Frage der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu helfen. Ärzte und Apotheker sind wichtige Anlaufstellen, da ist schon vieles zu gesagt worden, die, aber mit den Fragen der Pflegeberatung wenig zu tun haben. Wir sollten nicht fragen, wie wir diese qualifizieren können. Sie sind einfach keine ExpertInnen dieses Bereiches. Ich persönlich frage mich natürlich auch, ob wir neue Anlaufstellen, neue Häuser brauchen, in denen wir ganz viele Türen haben oder eher ein Beratungssystem, das sich als aufsuchendes System versteht, auch in Ihrem Sinne des sozialräumlichen Handelns. In diesem Zusammenhang frage ich mich natürlich auch, wie wir es alle tun, wer das denn leistet. Ich bin, wenn ich das politisch bewerten darf, grundsätzlich dagegen, dass Kostenträger beraten. Ich möchte es erweitern: Ich bin grundsätzlich dagegen, dass Leistungsträger beraten. Von daher können es nur unabhängige, akkreditierte und speziell ausgebildete Pflegefachkräfte sein, die auch gern interdisziplinär oder multidisziplinär hier die Beratung übernehmen. Die Pflegedienste stehen in der Regel – das ist klar – im Wettbewerb und sind mit dem § 37 SGB XI auch auf Kundenpflege aus. Von daher ist auch dort keine neutrale Beratung zu erwarten.

Zur Frage der Verbraucherzentrale, wer denn, wenn man so ein Preis-Leistungs-Verzeichnis austellt, der geeignete Pflegedienst für die Ratsuchenden ist. Ich denke, darüber muss man sich schon einen Kopf machen. Wenn die Verbraucherzentrale dann an der Stelle aufhört zu beraten, ist das keine Beratung, sondern maximal eine Information. Das heißt, hier müssen wir Wesentliches weiterentwickeln. Also ich bin persönlich absolut dagegen, nach neuen, insbesondere zentral gelegenen Häusern der Beratung zu suchen. Wir reden hier über die Sichtweise der Angehörigen im Feld der Pflege.

Anja Ludwig

Referentin für Pflegepolitik der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Ich möchte kurz eine Frage in die Runde werfen. Seit Einführung der Pflegeversicherung hat über die Jahre eine zunehmende Reduktion von Pflege stattgefunden. Wir haben uns daran gewöhnt, dass Pflege nur noch das ist, was die Pflegeversicherung auch bezahlt. Diese Reduktion hat auf allen Ebenen stattgefunden auf der politischen, auf der Leistungs- und Kostenerbringerseite, aber auch im Verständnis der Bevölkerung. Für mich ist dabei interessant zu fragen, wie man dieses Denken grundsätzlich, aber vor allem auch bei pflegebedürftigen Menschen und deren Bezugspersonen wieder aufbrechen kann. Menschen also wieder dazu zu befähigen, selber formulieren zu können, was sie persönlich und individuell benötigen, um mit und/ oder trotz Pflegebedürftigkeit Alltag zu bewältigen. Diese Befähigung wäre auch notwendig, um die Rolle der Pflegebedürftigen und der Angehörigen am Pflegemarkt zu stärken. Das heutige Pflegesystem mit seiner Struktur und seinen Angeboten wird sehr stark durch Leistungsanbieter und Kassen dominiert. Meines Erachtens bräuchten wir aber vielmehr ein System, in dem Pflegebedürftige und Angehörige die Leistungen am Pflegemarkt steuern. Ich halte es für eine zentrale Frage, wie man das letztlich erreichen kann.

Heike Nordmann:

Es sind ja jetzt einige Punkte zusammen gekommen. In Bezug auf die Pflegekurse möchte ich Ihnen von einem guten Beispiel aus dem Kreis Aachen berichten. Dort gibt es in Trägerschaft des Kreises ein Fachseminar für Altenpflege, das gemeinsam sowohl mit ambulanten als auch stationären Pflegeeinrichtungen nicht nur normale Pflegekurse anbietet, sondern auch spezielle Pflegekurse für Menschen mit Demenz und auch noch spezielle Kurse für Kinderpflege. Diese Pflegekurse finden in diesem Falle als Kurs außerhalb der Häuslichkeit statt. Es gibt immer aber auch parallel zu den Kursen das Betreuungsangebot für die pflegebedürftigen Angehörigen. Diese Angebote werden inzwischen unglaublich gut wahrgenommen. Auch weil eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit dafür gemacht wird und weil eben keine Bindung an irgendeine einzelne Kasse besteht, sondern es gibt ein gemeinsames Pflegekursangebot für den Kreis Aachen. Dieses rotiert durch verschiedene Orte, es gibt eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit in den Medien und dann kommt plötzlich auch die Nachfrage. Die wissen gar nicht mehr, wie viele Kurse sie noch machen sollen. Also, das klappt schon, wenn man auch ein entsprechendes Angebot anbietet und das auch tatsächlich den Leuten rechtzeitig mitteilt und auch zeitliche Entlastung bietet.

Ich möchte etwas richtigstellen. Ich wollte nicht sagen, dass Ärzte und Apotheker jetzt die Pflegeberatung übernehmen sollen, sondern nur sagen, dass dies die Stellen sind, wo die Menschen hinkommen. Das heißt, sie haben insofern eine Verantwortung, ihnen wenigstens den Tipp zu geben, dass es da oder da etwas gibt etwas, das weiterhilft. Und natürlich bin ich mit Ihnen auf einer Linie, dass man das Case-Management auf jeden Fall delegieren muss und dass man auf jeden Fall vorhandene Angebote nutzt. Darüber müssen wir uns auch alle im Klaren sein, dass man jetzt nicht das 25. Angebot neben den ja schon vorhandenen aufbaut, sondern dass man wirklich ganz konkret berücksichtigen muss, was es vor Ort schon gibt. Und da ist die Situation in Nordrhein-Westfalen anders als in Hessen, da ist auch die Situation in Dortmund anders als die in Münster. Insofern muss man darauf achten, dass man jetzt nicht qua Gießkanne ein System auf alle zwangsweise verteilt, sondern dass da wirklich eine Flexibilität erhalten bleibt, ein gutes Angebot zu stricken, was eben auch Fallmanagement beinhaltet, aber nicht als x-te Institution, sondern wirklich angebunden an die Strukturen, die schon existieren.

Was ich ganz spannend finde ist die Diskussion, die Herr Wölter angerissen hat. Ich persönlich bin in dieser Frage ganz hin- und hergerissen. Es klingt ja eigentlich erstmal verlockend. Ich habe dann in jedem kleinen Stadtviertel meinen Pflegedienst, der mit dem Beratungsbüro und vielleicht noch der Kommune eine Verantwortung hat für mein Quartier. Das Dumme ist natürlich nur, da kann ich dann ja nicht fünf Pflegedienste reinsetzen, sondern da wird in der Regel ein Pflegedienst sein oder vielleicht auch zwei. Dann habe ich ganz schnell das Problem, dass ich doch letztendlich in meiner Entscheidungsfreiheit gehemmt bin. Kann ich dann auch noch einen Pflegedienst nehmen, der außerhalb meines Quartiers unterwegs ist, ist dann dieser Pflegedienst auch noch in meinem Quartier so gut vernetzt wie der eine, der halt diese Netzwerkaufgabe hat? Ich finde, das ist eine große Herausforderung, weil ich ganz persönlich glaube, dass in diesen Quartierskonzepten unsere Zukunft liegt, und zwar unser aller Zukunft, denn wir sind diejenigen, die zukünftig von dem System profitieren wollen. Nur die richtige Lösung habe ich auch noch nicht. Ich glaube aber, dass genau an diesem Punkt die Diskussion vorangerieben werden muss.

Hanneli Döhner:

All diese Punkte, die wir heute besprechen, sind irgendwo schon angedacht und diskutiert worden, aber man hat sie nicht umsetzen können. Ich möchte noch mal an dieses ambulant-gerontologische Team erinnern. Das Besondere daran war eben diese Verbindung, die sie in ihrem Papier ja auch durchaus drin haben, zwischen Case- und Care-Management. Das knüpft auch genau an das an, was man jetzt das „Haus des Lebens im Alter“ oder so nennt, da muss man diese Kombination dann auch hinkriegen und sehr infrage stellen, ob man die Leistungsanbieter da mit rein nehmen will oder ob das nicht wirklich etwas ist, was außen bleibt.

Noch eine Erfahrung aus dem Fachprojekt: Durch das Case-Management ist praktisch eine qualifizierte Auswahl der Pflegedienste passiert. Das heißt, durch Rückmeldungsschleifen in verschiedener Form hat sich das Wissen durch das Case-Management gebündelt. Dieses Wissen ist dann in das Care-Management eingeflossen. In Einzelfällen, in denen die Pflege nicht gut war, haben die Case-Manager dann erstmal mit der Pflege gesprochen und deutlich gemacht, dass der Pflegebedürftige, wenn sich nichts ändern sollte, wahrscheinlich den Pflegedienst wechseln wird. Der hat sich das dann gemerkt und gesagt, dass er besser wird. Und es wurde auch wirklich gewechselt. Ich meine, das ist wirklich eine gute Steuerungsfunktion. Mir liegt daran, noch mal deutlich zu machen, dass es durch dieses Case-Management, durch die Bündelung des Assessments mit Rahmen von Case-Management und die Zusammenführung auf der Care-Management-Ebene möglich wird, das gebündelte Wissen aus der Sicht der Betroffenen zusammen kriegen. Anschließend an Herrn Weipert: Ich denke, wir müssen sehr stark unterscheiden, und das hat er auch betont, zwischen Information, Beratung und Case-Management. Das sind wirklich alles verschiedene Sachen, die alle ihren Platz haben, aber eben nur in bestimmten Punkten.

Zum Thema Arzt möchte ich auch noch ganz kurz was sagen. Ich denke, und das hatten sie ja vielleicht auch schon gemerkt, dass der Hausarzt eine ganz zentrale Rolle hat. Ich bin auch kritisch gegenüber Ärzten, aber ich denke, die Rolle haben sie nun mal und deshalb müssen wir das Beste daraus machen. Da sollte man sich wirklich auch Fortbildungsmöglichkeiten überlegen. Da wäre ich nicht so resigniert wie Sie, sondern ich denke, die sollen Beratung machen. Dazu brauchen sie Fortbildung, das ist für mich auch mit Geld gekoppelt. Ich würde das zusammen sehen. Aber immer nur im Sinne von Vermittlungstätigkeit und nicht in Form von qualifizierter Beratung. Aber auch diese Vermittlungstätigkeit braucht ein Wissen und das müssen Ärzte in ihr Arbeitsfeld integrieren.

Dann noch mal der Teamansatz. Wenn man diese Sachen zusammenbringt, muss man irgendwie einen Teamansatz haben. Allein der Case-Manager reicht da nicht. Man muss schauen, wie man das alles zusammenbringt. Da gibt es ja auch Modelle, die ich jetzt nicht weiter ausführe.

Ilse Biberti:

Dann ist es meine Aufgabe wieder down to earth zu kommen. Ich sitze hier und bin verantwortlich für drei Köpfe und sechs Hände. Das ist im wahrsten Sinne des Wortes Care und Case. Gut, wenn es nicht von meinem Pflegegeldkonto mit weggeht. Und was Sie sagen, da bin ich auch ein bisschen sauer, vielleicht habe ich es aber auch falsch verstanden. Wenn ich jetzt also 600 Euro oder 630 Euro ausbezahlt bekomme auf Pflegestufe 3, wenn ich es dann privat organisiere, der Monat hat 720

Stunden, das sind also maximal 63 Stunden, den Rest mache ich. Und in diesen 63 Stunden, die sich ja verteilen auf minimale Auszeiten am Tag, habe ich ja nie die Möglichkeit auszusteigen und meine Batterien aufzuladen. Natürlich gibt jeder privates Geld auch aus. Das ist doch auch vollkommen selbstverständlich. Und er gibt mehr als privates Geld aus, er gibt nämlich seine Lebenszeit aus und die können wir nicht irgendwie verzinsen oder so. Also, Pflegegeldkonto, das muss bei Euch rein, das ist das A und O, auch um, wie Sie vorhin gesagt haben, nicht weiter in die Illegalität zu gehen. Denn was machen wir denn, wenn die, die jetzt pflegen, keine Sozialabgaben leisten usw.? Da schieben wir ja die Bälle nur nach vorne weiter und das Problem wird immer größer.

Dann möchte ich unbedingt noch mal für einen Wandel plädieren. Das Tabu muss gebrochen werden. Alter ist nicht nur ekelhaft, ist nicht nur Inkontinenz, ist nicht nur Alzheimer, letzte Stufe. Und selbst wenn Alzheimer – wir haben das gerade gefeiert, vorletzten Samstag, hier im Roten Rathaus – kann es auch da Freude machen. Es gibt immer Lebensfreude, also wir brauchen eine neue Kultur für das Leben im Alter, wir brauchen eine neue Kultur des Sterbens und wir brauchen eine Entwicklung vom Ich zum Wir, mit Lachen.

Elisabeth Scharfenberg:

Wir haben drei sehr spannende Stunden hinter uns, viele Informationen, viele angeregte Diskussionen. Dafür möchte ich mich ganz herzlich bedanken. Was nehme ich jetzt heute hier aktuell mit, wenn ich aus diesem Raum gehe? Ich möchte einfach nur ein paar kleine Dinge Revue passieren lassen. Was heute vermehrt angesprochen worden ist, ist die Kommunikation auf den verschiedensten Ebenen: Kommunikation mit den Betroffenen, mit den Pflegebedürftigen, die Kommunikation auch zwischen den einzelnen Akteuren, die da mit im Spiel sind. Da passiert zu wenig und das muss besser strukturiert werden. Die kommunale Planung muss wesentlich konsistenter laufen, auch mit Blick auf die von der Koalition angedachten Pflegestützpunkte. Ich habe ja fast ein bisschen das Gefühl, der Pflegestützpunkt ist das neue Mehrgenerationenhaus – als hätten wir damit alle Probleme erledigt. Die sind aber nicht erledigt, das ist eine Riesenherausforderung und ich weiß auch aus Kreisen der Koalition, dass da noch viele Fragen nicht beantwortet sind. Also, da sind viele Dinge überhaupt nicht geklärt und ich bin sehr gespannt, in welche Richtung die Lösung zielen wird.

Beratung muss meiner Auffassung nach unabhängig sein und muss auch sehr schnell greifen, damit man die Weichen so stellen kann, dass der Zug, der drauf gesetzt wird, auch der persönliche Zug ist, wo man wirklich gut mitfahren kann. Frau Dr. Döhner hat vorhin gesagt, dass es gar nicht so richtig klar ist, wer sich denn als pflegender Angehöriger fühlt bzw. sich dazu zählt, wer denn pflegender Angehöriger ist. Die Frage habe ich mir auch noch mal gestellt. Uns Grünen ist klar, dass das letztlich immer nur aus der Familie kommen kann. Wenn man auf den demografischen Wandel schaut, drängt es sich geradezu auf, dass der pflegende Angehörige zukünftig nicht nur ein Familienmitglied sein kann bzw. wird. Wir haben in diesem Bereich sehr intensiv diskutiert und uns auch auf einen erweiterten Familienbegriff geeinigt. Es hieß vor einiger Zeit immer: Familie ist da, wo Kinder sind. Man sollte das mittlerweile erweitern und sagen: Familie ist auch da, wo Pflegebedürftige und Menschen mit Hilfebedarf leben. Wir hatten im Januar in Wörlitz unsere jährliche Winterklausur, bei der sich für unsere Fraktion herauskristallisiert hat: Familie ist da, wo Menschen füreinander Verantwortung übernehmen. Und ich denke, das

passt in diesen Bereich sehr gut hinein. Wir sind im Moment in einer aktiven Diskussion bezüglich Pflegezeit, da werden wir diesen erweiterten Familienbegriff sehr stringent verankern. Wir sprechen uns sehr dafür aus, dass auch Menschen aus einem näheren Umfeld, die eine Beziehung zu dem Pflegebedürftigen haben, sehr wohl eine Pflegezeit in Anspruch nehmen können, um die Pflege zu organisieren. Und ich denke, das wird sich zukünftig auch gar nicht anders gestalten lassen. Die Koalition denkt auch über eine Pflegezeit nach. Pflegezeit gilt ihr als Unterstützung für pflegende Angehörige. Das ist einfach wesentlich zu kurz gesprungen, weil die Pflege erst dann richtig anfängt, wenn die Pflegezeit schon wieder beendet ist. Sie erleben das täglich. Ihnen ist nicht damit genützt, dass Sie vielleicht eine Pflegezeit zur Verfügung bekommen, sondern Sie wollen wissen, was mit Ihnen passiert, wie Sie mit Ihrem Alltag zurecht kommen, wie Sie das Leben bewerkstelligen können. Und da braucht es Unterstützung, da reichen einfache Worthülsen nicht. Ich denke, es muss klar sein, dass pflegende Angehörige, besonders auch im Rahmen der Pflegeversicherung, nicht als Sparmodell fungieren können. Wenn pflegende Angehörige den Job übernehmen und sich dieser Verantwortung stellen, dann brauchen sie Unterstützung. Die kann auch Geld kosten, denn sonst bricht das ganze System zusammen. Da setzen wir uns sehr stark für ein.

Fazit für mich heute ist: Der Pflegealltag schaut ganz anders aus, als viele sich das vorstellen können. Es ist ganz wichtig für uns, das zu hören und dank der sehr anschaulichen Darstellungen von heute auch ein Stückweit mitzuerleben. Wir konnten dies heute sehr gut nachempfinden. Selbst wenn ein Pflegedienst zwei Stunden am Tag kommt, dann bleiben immer noch 22 Stunden übrig. Wir müssen also sehr genau darauf schauen, wie die Angehörigen letztlich mit ihrem Leben zurechtkommen und selbst nicht auf der Strecke bleiben. Wir Grünen schauen hin und möchten weiter im Dialog mit Ihnen bleiben. Wir sind für jede Diskussion offen und bedanken uns sehr herzlich, dass Sie heute an dieser Veranstaltung teilgenommen haben. Dankeschön, ich wünsche Ihnen einen guten Heimweg, hoffentlich lachend.

