

Thema: Familiäre Pflege

Europaweit sind die meisten Familien bereit, ältere Angehörige zu pflegen. Sie fühlen sich jedoch in vieler Hinsicht unzureichend unterstützt und ihre Situation wird durch die schlechte Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit zusätzlich erschwert.

Mit dem fortschreitenden demografischen und soziokulturellen Wandel gewinnt die Entlastung und Stärkung der familialen Pflege kontinuierlich an Bedeutung.

informationsdienst altersfragen

ISSN 0724-8849
A20690E

Heft 03, Mai/Juni 2007
34. Jahrgang

Herausgeber:
Deutsches Zentrum
für Altersfragen

03

Die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit

Cornelia Au und Doris Sowarka

02

Inhaltsverzeichnis

Seite 02

Die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit

Seite 09

Pflege durch Angehörige – Ergebnisse und Folgerungen aus EUROFAMCARE

Seite 15

Geplanter Rechtsanspruch auf Pflegezeit

Seite 17

Hinweise, Projekte, Modelle

Seite 20

Buch des Monats:
Elisabeth Bubolz-Lutz:
Pflege in der Familie

Seite 23

Zeitschriftenbibliografie
Gerontologie

Seite 26

Bibliografie gerontologischer
Monografien

Seite 27

Berichte, Ankündigungen,
Kurzinformationen

Die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Familienarbeit wird nicht nur für die Kindererziehung, sondern auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zum Problem. 2005 wurden in Deutschland von den 2,13 Millionen Pflegebedürftigen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) 1,45 Millionen Menschen, dies entspricht 68 %, zu Hause versorgt. Von diesen erhielten ca. 67,6 % (980.000) ausschließlich Pflegegeld und wurden i.d.R. durch Angehörige gepflegt (vgl. Statistisches Bundesamt 2007).¹ Obwohl die Zahl der Pflegegeldempfänger von 1999 bis 2005 um 4,6 % geringfügig sank (vgl. Statistisches Bundesamt 2007), ist die Pflege durch Angehörige nach wie vor die bedeutendste Form der Versorgung im Falle einer Pflegebedürftigkeit.

2002 erhielten insgesamt 92 % der Pflegebedürftigen von den nächsten Angehörigen private Hilfe und Betreuung. Neben den Personen, die Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten, gibt es weitere knapp 3 Millionen Menschen, die dauerhaft der Hilfe und Pflege bedürfen. 64 % der privaten Hauptpflegepersonen unter den Leistungsbezieher/-innen nach dem Pflegeversicherungsgesetz und 62 % der Hauptpflegepersonen der sonstigen Hilfebedürftigen waren im erwerbsfähigen Alter bis einschließlich 64 Jahren. Die prozentualen Anteile in den Altersgruppen der Hauptpflegepersonen von jeweils Pflegebedürftigen (bzw. Hilfebedürftigen) verteilten sich wie folgt: unter 45 Jahren 16 % (21 %), von 45 bis 54 Jahren 21 % (18 %) und von 55 bis 64 Jahren 27 % (23 %) (vgl. Schneekloth 2006).²

¹ Davon entfielen 61 % auf Pflegestufe 1; 30,8 % auf Pflegestufe 2 und 8,3 % auf Pflegestufe 3.

² In der als MuG III bekannten repräsentativen Erhebung aus dem Jahr 2002 wurden sowohl Personen, die pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes waren, als auch sonstige Hilfebedürftige in Privathaushalten erfasst: demnach erhielten 55 % der Leistungsbezieher der Pflegeversicherung in Privathaushalten ausschließlich private Pflege, 9 % erhielten private Pflege zuzüglich selbst finanzierter sonstiger Hilfen, 8 % nur professionelle Pflege und 28 % erhielten private und professionelle Pflege. Von den Sonstigen Hilfebedürftigen nahmen nur 13 % professionelle Hilfe in Anspruch.

Zeitbedarf für familiäre Pflege – Beschäftigung und Arbeitsmarktbeteiligung

Die Hauptverantwortung für die Pflege übernehmen nach wie vor Frauen (73 %).³ Der Zeitbedarf für die Pflege- und Hilfeleistungen beträgt bei Pflegebedürftigkeit im Durchschnitt 36,7 Stunden pro Woche (bei Stufe 1: 29,4 Std., bei Stufe 2: 42,2 Std., bei Stufe 3: 54,2 Std. pro Woche), bei kognitiver Beeinträchtigung ist der Zeitaufwand in jeder Pflegestufe höher. Rund um die Uhr verfügbar sein müssen 64 % der Hauptpflegepersonen der Pflegebedürftigen, täglich stundenweise verfügbar noch 26 %. Für Personen mit Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen ohne Pflegebedarf im Sinne des SGB XI beträgt der Zeitbedarf immerhin noch durchschnittlich 14,7 Std. pro Woche. Einer Voll- oder Teilzeittätigkeit gingen 2002 nur 23 % der privaten Hauptpflegepersonen nach (gegenüber 18 % 1991).⁴ Von den Hauptpflegepersonen der Pflegebedürftigen hatten aufgrund der Pflege 10 % ihre Tätigkeit aufgegeben, 11 % ihre Tätigkeit eingeschränkt, 26 % haben ihre Tätigkeit fortgesetzt und 51 % waren zu Beginn der Pflege nicht erwerbstätig.⁵ Mit nur 1 % ist die Inanspruchnahme von

³ Hauptpflegepersonen bei den Pflegebedürftigen sind zu 28 % die Ehepartner, zu 26 % pflegen die Töchter, zu 10 % die Söhne, zu 6 % die Schwiegertöchter, zu 12 % die Mutter, zu 1 % Väter, zu 2 % die Enkel, zu 7 % sonstige Verwandte und sonstige Pflegepersonen (Nachbarn, Freunde, Bekannte) sind mit 8 % an der häuslichen Versorgung beteiligt. Ähnlich sieht Verteilung für die sonstigen Hilfebedürftigen aus: hier entfallen 70 % der Hauptpflegepersonen auf Frauen, 30 % auf Männer; es sind zu 36 % Ehepartner, zu 20 % die Tochter, zu 8 % der Sohn, zu 5 % die Schwiegertochter, zu 7 % die Mutter, zu 1 % der Vater, zu 2 % ein Enkel, zu 8 % sonstige/r Verwandte/r und zu 12 % Freunde, Nachbarn oder Bekannte, welche die Versorgung tragen.

⁴ Schneekloth schließt aus der Steigerung des Anteils, dass sich die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege verbessert habe und sich hieraus auch der gestiegene Männeranteil erkläre. U.E. könnten auch die gestiegene Arbeitslosigkeit und Frühverrentung von Männern für diesen Trend mitverantwortlich sein.

⁵ Bei den sonstigen Hilfebedürftigen verteilen sich die Anteile wie folgt: Zu Beginn der Pflege nicht erwerbstätig: 48 %; die Tätigkeit aufgegeben: 4 %; die Tätigkeit eingeschränkt: 5 %; die Tätigkeit fortgesetzt: 40 %.

teilstationären Pflegeangeboten (Tagespflege) gering ausgeprägt (vgl. Schneekloth 2006).

In einer Repräsentativbefragung aus dem Jahr 1998 zu den Auswirkungen der Pflegeversicherung waren 80 % der Hauptpflegepersonen verheiratet. Der Anteil der Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter lag bei 68 %. Nicht erwerbstätig waren bundesweit 64 % (Westen 65 %, Osten 56 %), geringfügig beschäftigt waren 8 % (Westen 9 %, Osten 2 %), bis zu 30 Stunden beschäftigt waren 13 % (13 % Westen, 11 % Osten) und mehr als 30 Stunden beschäftigt waren 16 % (12 % Westen, 31 % Osten) der Hauptpflegepersonen.⁶ Der Vergleich des Erwerbsstatus der Hauptpflegeperson vor Einführung der Pflegeversicherung und zum Zeitpunkt der Befragung erbrachte so gut wie keine Veränderung. Der weitaus größte Teil der Befragten war der Meinung, dass die Einführung der Pflegeversicherung ganz und gar nicht zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit beitrage (vgl. Schneekloth u. Müller 2000).

Sozialleistungen für Pflegepersonen

In der häuslichen Pflege werden die Pflegeleistungen der Familienangehörigen oder anderer pflegenden Personen durch Sozialleistungen gefördert. Im deutschen Sozialversicherungssystem ist es vor allem der Leistungsbereich der Pflegeversicherung, der die häusliche Pflege durch Erwerbstätige unterstützt. Da die Pflegeversicherung nicht als „Vollkasko-Versicherung“ konzipiert war, finanziert sie eine Reihe von Leistungen mit dem Ziel, die Belastungen aller pflegenden Angehörigen in der häuslichen Pflege zu senken. Dazu gehören (Meyer, 2006, S.48): Sachleistungen, Geldleistungen für selbstorganisierte Pflegehilfen, die Kombination aus Geld- und Sachleistungen, professionelle häusliche Pflege während der Abwesenheit des pflegenden Angehörigen, pflegerische und technische Hilfsmittel, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege. Bei Aufnahme eines Pflegebedürftigen in eine Pflegeeinrichtung werden Leistungen der stationären Langzeitpflege von der Pflegeversicherung mitfinanziert. Nach den geltenden Regelungen der Pflegeversicherung und den Ausführungsbestimmungen der gesetzlichen Pflegekassen werden in der häuslichen Pflege für nicht erwerbstätige Pflegepersonen in Abhängigkeit von der Pflegestufe und des Pflegeaufwands Beitragszahlungen zur Rentenversicherung übernommen. Weiterhin können Pflegepersonen in die gesetzliche Unfallversicherung einbezogen werden. Außerdem sind in der Arbeitslosenversicherung Hilfen vorgesehen, um die Rückkehr in das Erwerbsleben nach Beendigung der Pflegetätigkeit zu erleichtern. Voraussetzung für die Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson ist u.a. eine wöchentliche Pflegetätigkeit ab 14 Stunden (Pfleigestufe 1). Die Höhe des Beitrags richtet sich nach der Anzahl der Pflegestunden (ab 14 Std. bis mehr als 28 Std.)

und der Pflegestufe. Wenn Zeiten der Pflegetätigkeit mit einer Erwerbstätigkeit zusammentreffen, wird die Pflegetätigkeit als Beitragszeit nur dann berücksichtigt, wenn die Erwerbstätigkeit/Beschäftigung nicht mehr als 30 Stunden in der Woche ausgeübt wird. Für die Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen gilt die Beitragsbemessungsgrundlage der Rechtsgebiete West bzw. Ost. Im Jahr 2005 wurden hinsichtlich der Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen und ihrer Pflegeleistung in Pflegestufe 1 beitragspflichtige (fiktive, zusätzliche oder ausschließliche) Einnahmen von 644,00 Euro bzw. 541,33 Euro festgesetzt. Für diese Einnahmen aus Pflegeleistungen können entsprechende Rentenbeiträge für die Pflegeperson in Höhe von 125,58 Euro bzw. 105,56 Euro von der Pflegekasse an den zuständigen Rentenversicherungsträger abgeführt werden. Für Pflegepersonen, die mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sind, werden keine Beiträge aufgrund der Pflegetätigkeit abgeführt. Die Rentenversicherungspflicht kommt ebenfalls nicht in Betracht, wenn die Pflegeperson bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres nicht versichert war oder nach Vollendung des 65. Lebensjahres eine Beitragserstattung aus ihrer Versicherung erhalten hat. Dagegen können die Pflegepersonen während ihrer Pflegetätigkeit rentenversicherungspflichtig werden, für die aufgrund anrechenbarer Kindererziehungszeiten Beiträge zur Rentenversicherung als gezahlt gelten. Rentenversicherungsfreiheit besteht, wenn die allgemeinen Voraussetzungen für die Rentenversicherungsfreiheit der Pflegeperson erfüllt sind (z.B. Pensionäre, Bezieher einer Vollrente wegen Alters, u.ä.). Beziehen Pflegepersonen anderweitige Einkünfte aus Leistungen des Sozialversicherungssystems (z.B. Arbeitslosengeld o.ä.), erfolgt eine gesonderte Prüfung.

⁶ Die Erwerbsbeteiligung veränderte sich durch die Pflege jeweils bundesweit (Westen/Osten) wie folgt: nicht erwerbstätig waren 39 % (41%/31%); ihre Erwerbstätigkeit unverändert fortgesetzt hatten 29 % (26%/43%); ihre Tätigkeit eingeschränkt hatten 14 % (14%/13%) und ihre Tätigkeit aufgeben hatten 16 % (17%/11%).

Pflegebereitschaft und Erwerbstätigkeit

Der Aufrechterhaltung einer Erwerbstätigkeit der Pflegeperson wird eine nicht unbedeutende, zweiseitige Rolle zugeschrieben. Einerseits führt sie zu einer größeren physischen und psychischen Belastung. Andererseits werden durch das Vorhandensein eines Gegengewichts Effekte der Entlastung beschrieben, wie Anerkennung, sozialer Kontakt, Selbstbestätigung, Ablenkung, Erhöhung des Selbstwertgefühls und der beruflichen Kompetenz (vgl. BMFSFJ 2006). Pflegen im erwerbstätigen Alter müssen viele Nachteile hinnehmen, die aus einem vorzeitigen Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit resultieren: Einkommensverluste, Probleme beim Wiedereinstieg in den Beruf, Dequalifizierungsprozesse, Folgen für die Altersversorgung (vgl. Dressel; Cornelißen u. Wolf 2005).

Die „herkömmliche Lösung der Pflegeproblematik“ (Bäcker, 2004) – Frauen tragen die Pflege und unterbrechen oder geben ihre Erwerbstätigkeit auf, nehmen sie nicht wieder auf oder weichen auf geringfügige Beschäftigungen aus – wird für die Zukunft weniger selbstverständlich. Grund dafür ist vor allem die steigende Erwerbsorientierung von Frauen und das weitere Anwachsen der Zahl der Pflegebedürftigen aufgrund der demografischen Entwicklung. Auch Blinkert und Klie gehen davon aus, dass sich aufgrund der demografischen Entwicklungen in Zukunft die Zahl der Pflegebedürftigen erhöht und sich die Chancen auf informelle Versorgung verringern. Neben der steigenden Erwerbstätigkeit von Frauen sehen sie die Pluralisierung der Lebensstile (z. B. wachsende Anzahl alleinlebender Älterer), die Heraufsetzung des Ruhestandsalters und damit verbunden eine häufigere Berufstätigkeit von Männern im höheren Lebensalter, einen Wertewandel (Lebensentwürfe geprägt von Selbständigkeit, Eigeninteressen und Lösung aus traditionellen Bindungen) und die Veränderung sozialer Milieus als Faktoren, die wahrscheinlich zu einer Verringerung des informellen Pflegepotenzials beitragen werden. In ihren Befragungen zur Pflegebereitschaft von 40- bis 60- jährigen in

Kassel 2002 und in der baden-württembergischen Kleinstadt Munderkingen 2000 waren nur 18 % und 31 % bereit, selbst die häusliche Pflege zu übernehmen. Mit der hypothetischen Entscheidung, dass eine berufstätige Tochter ihre pflegebedürftige Mutter – gegen deren Wunsch nach häuslicher Pflege – im Heim unterbringt, wenn die Tochter für die Realisierbarkeit der häuslichen Pflege ihre Berufstätigkeit aufgeben müsste, waren in Kassel rund 75 % und in Munderkingen knapp 60 % der Befragten einverstanden. Dabei standen Kostenerwägungen (im Unterschied zu moralischen oder pragmatisch-technischen Erwägungen) bei den Begründungen im Vordergrund: benannt wurden vor allen Dingen Opportunitätskosten, d.h. entgangene Chancen zur Selbstverwirklichung oder im Beruf, daneben die wirtschaftlichen, psychischen, körperlichen und sozialen Belastungen. Die pflegekulturellen Orientierungen verschiedener sozialer Milieus unterschieden sich deutlich: die geringste Bereitschaft zum Selberpflegen war bei einem hohem sozioökonomischen Status und bei einem modernen Lebensentwurf vorhanden, dem „liberal bürgerlichen Milieu“. Die größte Bereitschaft zum Selberpflegen fand sich im traditionellen Unterschicht-Milieu mit eher vormodernem Lebensentwurf: hier werden die tatsächlichen Kosten und Belastungen weniger durch einen Verzicht auf aussichtsreiche Möglichkeiten überlagert.⁷ Eine Verbesserung der Vereinbarkeit von familiärer Pflege und Berufstätigkeit setzt nach Blinkert und Klie mindestens Veränderungen in drei Bereichen voraus: in der Arbeitsorganisation, insbesondere größere Flexibilität und Berücksichtigung von Pflegetätigkeiten; der Ausweitung und Differenzierung von Angeboten an ambulanten und teilstationären Diensten und Veränderungen

in den pflegekulturellen Orientierungen hin zu einer Bereitschaft zu „gemischten Pflegearrangements“. Die Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sehen sie als einen wichtigen Faktor, um die nachhaltige Sicherung der Pflegebereitschaft zu gewährleisten (vgl. Blinkert u. Klie 2004).

⁷ Neben dem sozialen Milieu war der Unterschied Groß-/Kleinstadt für den Einfluss von Kostenerwägungen für die Pflegebereitschaft von Bedeutung. Keinen Einfluss hatten dagegen das Alter, das Geschlecht, der Familienstand, die Konfession oder die Religiosität, der Erwerbsstatus und die Pflegeerfahrungen. Jedoch beeinflussten diese Faktoren die Wahrscheinlichkeit für einen vormodernen oder modernen Lebensentwurf.

Über die mit dem Alter, Familienstand, Erwerbsstatus und Qualifikationsniveau der Erwerbstätigkeit zusammenhängenden Trends zur Aufgabe bzw. Weiterführung einer Berufstätigkeit hat Dallinger berichtet. Bildungsabschluss und beruflicher Beschäftigungsstatus bestimmen demnach darüber mit, inwieweit Pflegepersonen ihre Erwerbsbeteiligung einschränken oder vollständig aufgeben. Hierzu wurde der Trend ermittelt, dass Pflegepersonen mit höheren Bildungsabschlüssen (Realschule, Gymnasium) eher ihre Erwerbstätigkeit fortsetzen als Personen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen (Volksschulabschluss bzw. ohne Schulabschluss). Außerdem reduziert die Gruppe mit höheren Bildungsabschlüssen ihre Erwerbsbeteiligung weniger bzw. gibt sie als Pflegeperson nicht auf. Dallingers Analysen (1997a, S. 147) belegen z. B., dass sich die Gruppe der Hauptpflegepersonen, die ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben oder reduziert hat, zu 70,8 % aus Personen mit einem Volksschulabschluss bzw. ohne Abschluss zusammensetzt, gefolgt von 23,6 % an Personen mit Realschulabschluss und 5,2 % mit Gymnasium. In der Gruppe, die ihre Erwerbstätigkeit fortgeführt hat, sind 54,5 % mit Volksschulabschluss bzw. ohne Abschluss, 31,9 % mit Realschulabschluss und 9,9 % mit Gymnasium vertreten. Pflegepersonen mit höheren Bildungsabschlüssen übertreffen daher innerhalb ihrer Bildungsgruppe den Prozentsatz derjenigen, die ihre Erwerbsbeteiligung fortgesetzt haben (41,8 %) verglichen mit denen, die sie reduziert oder aufgegeben haben (28,8 %). Bei Pflegepersonen mit niedrigerem Bildungsabschluss ist das Gegenteil der Fall, d. h. der Prozentsatz der Pflegepersonen, die ihre Erwerbsbeteiligung aufgegeben

oder reduziert haben (70,8 %) ist höher als der Prozentanteil an Pflegepersonen, die ihre Erwerbsbeteiligung fortgesetzt haben (54,5 %). Für Personen mit geringerem Bildungsabschluss ist es jedoch nicht unwahrscheinlich, dass die geringere Erwerbsbeteiligung und die Abnahme der Erwerbsquote mit Bedingungen auf dem Beschäftigungsmarkt für Ältere in ihren Fünfzigern und Sechzigern zusammenhängt und Nicht-Erwerbstätige eher dazu neigen, die Pflegerolle zu übernehmen.

Schneider, Drobnic und Blossfeld untersuchten auf der Grundlage des Sozio-ökonomischen Panels⁸, wie sich das Vorhandensein von pflegebedürftigen Personen im Haushalt auf das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen, die im Alter zwischen 40 und 65 Jahren zu irgendeinem Zeitpunkt erwerbstätig waren, auswirkte. Von dieser Gruppe hatten 3 % mindestens in einer der Erwerbstätigkeitsperioden einen Pflegefall im Haushalt. An die 25 % dieser Frauen waren mit der zu pflegenden Person verheiratet, 75 % waren Töchter oder Schwiegertöchter, welche die Pflege intergenerationell erbrachten. Das Eintreten eines Pflegefalls im Haushalt hat die Erwerbsunterbrechungsrate um 146 % erhöht. Mit zunehmender Arbeitsmarkterfahrung waren Erwerbsunterbrechungen unwahrscheinlicher. Frauen aus Ostdeutschland hatten eine geringere Unterbrechungsneigung. Auch die Bildung und das Haushaltseinkommen beeinflussten die Berufsaufgabe, wobei der Bildungseffekt mit der Höhe des Haushaltseinkommens abnahm. Der Übergang von einer Vollzeit- in eine Teilzeit-

tätigkeit war eher selten, im Unterschied zur Situation, wenn Kinder zu betreuen sind.⁹ Dies geht zu Lasten von Frauen: aus Arbeitsmarktstudien sei bekannt, dass Erwerbsunterbrechungen im Vergleich zu Teilzeitarbeit eine negativere Wirkung auf den weiteren Einkommens- und Karriereverlauf von Frauen haben. Ein weiteres Ergebnis war, dass bei Frauen mit hohem Einkommen der Konflikt zwischen Erwerbstätigkeit und Pflege besonders hoch ist, gleichzeitig aber mit steigender Höhe des Haushaltseinkommens eine Erwerbsunterbrechung auch bei hohen eigenen Einkommen wahrscheinlicher ist. Daneben sind Erwerbsunterbrechungen überhaupt nur möglich, wenn genug Haushaltseinkommen verfügbar ist.

Maßnahmen zur Vereinbarkeit

Meier (2006) weist darauf hin, dass die pflegerische Versorgung der Bevölkerung in der Sozialen Pflegeversicherung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe formuliert ist und daher nicht in der Verantwortung von wenigen sozialen Gruppen liegt. Innerhalb der Pflegeversicherung ist der Vorrang der häuslichen Pflege und die Unterstützung der Pflegebereitschaft von Angehörigen und Nachbarn formuliert, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Die Unterstützung der Pflegebereitschaft für ältere Angehörige wird sich allem Wissen nach auch in Zukunft größtenteils auf Frauen und Männer in ihren Fünfzigern und Sechzigern richten, die vielleicht in höherem Umfang als gegenwärtig erwerbstätig sind und dies mit der Angehörigenpflege vereinbaren können und wollen. Es bedarf daher erweiterter Rahmenbedingungen und neuer Wege, die für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege förderlich sind. Diese Sichtweise ist in der fachwissenschaftlichen Diskussion keineswegs neu und wird seit Mitte der 90er Jahre im Hinblick auf umfassendere sozialpolitische und betriebliche Maßnahmen (Bäcker u. Stolz-Willig 1997; Beck, Naegelé u. Reichert, BMFSFJ 1997; Naegelé, BMFSFJ 1996) aus nationaler und international vergleichender Perspektive diskutiert.

⁸ Der Untersuchungszeitraum begann in Westdeutschland im Juli 84 und in Ostdeutschland im Juli 91 und endete im Dezember 1996 vor Einführung der Pflegeversicherung, d. h. professionelle Pflegeleistungen mussten i. d. R. aus den Haushaltseinkommen finanziert werden.

⁹ Ältere Kinder im Haushalt sind leichter mit einer Erwerbstätigkeit zu vereinbaren als eine pflegebedürftige ältere Person im Haushalt. Als Gründe benennen die Autoren, dass die Betreuung älterer Menschen weniger flexibel gestaltet werden kann (Fixierung auf die Hauptbetreuungsperson, weniger leicht bei Besorgungen mitzunehmen, fehlende Einrichtungen für stundenweise Betreuung tagsüber).

Meyer (2006) listet ein breites Spektrum an Maßnahmen auf (S.28), das die bekannten Belastungen von erwerbstätigen Pflegepersonen mildern oder abfedern könnte: Ausweitung der rechtlichen Regelungen, Freistellungen von der Erwerbstätigkeit, Förderung der weiteren Professionalisierung der Pflege, der Arbeitsmarktchancen von Männern und Frauen und stärkere Förderung der Bereitschaft von Männern zur Übernahme von Pflegeaufgaben sowie Fortbildungs- und Wiedereingliederungsmaßnahmen nach Erfüllung familiärer Pflegeaufgaben und Rückkehr auf den Arbeitsmarkt. Konkrete Vorschläge beziehen sich auf den öffentlichen Dienst, der als größter Arbeitgeber eine Vorreiterfunktion einnehmen sollte, insbesondere bei der Schaffung von Möglichkeiten des Job-Sharing, der Freistellungen von Männern und Frauen aufgrund privater Pflege- und Unterstützungsaufgaben und im Sinne eines Ausgleichs der geschlechtsspezifisch ungleich verteilten Chancen einer Work-Life Balance. Eine zentrale Instrument für die Vereinbarkeit von Arbeit und familiären Unterstützungsaufgaben ist die in vielen Betrieben bereits eingeführte flexible Arbeitszeit. Ferner wird die Rolle der Führungskräfte auf der unteren und mittleren Ebene thematisiert, da sie die Ausgestaltung von formellen und informellen Lösungen bei auftretenden Problemen und die Herstellung einer für die Bedürfnisse der Arbeitnehmer adäquaten Arbeitsatmosphäre beeinflussen. Steuererleichterungen für kleine und mittelgroße Betriebe für die Einleitung spezifischer Maßnahmen und effektivere, an den Arbeitnehmerbedürfnissen ausgerichtete lokale Sozial- und Pflegedienste und deren Kooperation mit den Betrieben runden das vorgeschlagene Maßnahmenpaket ab. Von den großen Betrieben wird die Umsetzung der im Jahre 2001 verabschiedeten Beschlüsse zur Förderung der Gleichstellung von Männern und Frauen gefordert und die Einrichtung von Maßnahmen, mit denen die Situation von Familien innerhalb der Betriebe verbessert werden kann.

Bäcker (2004) hat auf das Problem hingewiesen, dass sich die Regelungen von Arbeitsorganisation und Arbeitszeit hauptsächlich an den betrieblichen Anforderungen orientieren und diese „strukturelle Rücksichtslosigkeit“ gegenüber außerberuflichen, lebensweltlichen Anforderungen auf Dauer nicht im Interesse der Betriebe liegen kann. Eine vorzeitige Berufsaufgabe bedeute für die Betriebe auch einen Verzicht auf Humankapitalinvestitionen; eine längere berufliche Abwesenheit oder Freistellung wiederum führe zu Anpassungsproblemen bei der Wiederbeschäftigung. Kennzeichnend für den Zeitrhythmus und die Anforderungsstrukturen der Pflege sind einerseits Konstanz und Berechenbarkeit, andererseits die Notwendigkeit zur Flexibilität. Hinsichtlich der Arbeitszeitgestaltung sollten daher betriebliche Zeitbedarfe mit Betriebsangehörigen, die neben ihrer Arbeit pflegen, besser abgestimmt werden, weil die Dauer und chronologische Dimension der Arbeitszeit für den Umgang mit der Doppelbelastung entscheidend sind. In der Zwischenzeit existiert in den Betrieben – nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen – eine Vielzahl an variablen Arbeitszeitmodellen und die Auflösung der starren, klar strukturierten Normalarbeitszeit und Ausdünnung der Woche als gültigem Bezugsrahmen ist schon gegeben (Teilzeit, Flexibilisierung, Variabilisierung der Arbeitszeit). In der Regel sind jedoch pflegende Angehörige auf die tägliche Reduzierung der Arbeitszeit und auf Planbarkeit und Verlässlichkeit der Arbeitszeitgestaltung angewiesen. Wechselnde und unregelmäßig gestaltete Arbeitszeitmodelle (z.B. in Monats- oder Jahresdimensionen als Ausgleich für Mehrarbeit anfallende Freizeitblöcke) helfen den Erwerbstätigen nicht, um konfligierende Anforderungen zwischen Pflege und Beruf zu vereinbaren (vgl. Bäcker 2004). Ob und inwieweit es gesetzlicher und/oder kollektivvertraglich vereinbarter Regelungen bedarf, die mit Rechtsansprüchen versehen und im Konfliktfall gegen den Betrieb durchsetzbar sind, wird derzeit kontrovers diskutiert. Das angestrebte politische Ziel einer solchen Regelung könnte es sein, Rechte für alle Beschäftigten zu schaffen,

die neben ihrer Arbeit pflegen, aber eine geringe Verhandlungsmacht gegenüber den Betrieben haben (vgl. Bäcker und Stolz-Willig 1997; Bäcker 2004).

Unter dem Begriff der *Pflegezeit* (s.a. auch Engstler in diesem Heft) werden Forderungen zu Freistellungsansprüchen für Erwerbstätige bei der Pflege ihrer älteren Angehörigen aufgestellt, die vereinzelt als politische Anfragen vorgetragen wurden (Meyer 2006). Damit wird ein gesetzlicher Regelungsbedarf angesprochen, der dem häuslichen Unterstützungs- und Pflegebedarf von zunehmend mehr älteren Menschen bei gleichzeitiger Erwerbsbeteiligung ihrer Pflegepersonen (gegenwärtig meist Frauen) besser entspricht. Aus den bisherigen Erfahrungen der pflegenden Angehörigen heraus konnte sich zudem die Einsicht verbreiten, dass die Problematik der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Familie lebenszyklisch auftreten kann und keineswegs von kurzer Dauer oder mit dem Abschluss der Kindererziehungszeiten bzw. den Neuregelungen im Bundeseltern- und Elternzeitgesetz (BEEG v. 5.12.2006) beendet ist. Erwerbstätige, die zusätzlich zu ihrer Arbeit ältere Angehörige pflegen, können sich seit 2001 in ihrer arbeitsrechtlichen Absicherung auf das Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge (TzBfG in Kraft seit 1.1.01) beziehen. Dieses räumt generell allen Beschäftigten die Möglichkeit ein, ihre Arbeitszeit bei Bedarf zu reduzieren. Bei betriebsbedingten Gründen oder Sachzwängen kann jedoch dieser Anspruch zurückgewiesen werden.

Die langfristigen Auswirkungen von reduzierten Arbeitszeiten infolge der Pflege älterer Angehöriger auf den tatsächlichen und versicherten Arbeitsverdienst und damit auf die eigene Alterssicherung sind für Pflegepersonen (meist Frauen) ebenso bekannt wie mögliche berufliche Abstriche. In diesem Sinne wird man den früher geäußerten Vermutungen zustimmen können, dass Erwerbstätige, die neben ihrer Arbeit ältere hilfe- und pflegebedürftige Angehörige pflegen und deswegen Einkommensverluste, Einbußen

ihrer eigenen Alterssicherung und berufliche Abstriche hinnehmen, stärker abgesichert werden sollten. Insbesondere, wenn sich in der Zukunft der potenzielle Kreis an Erwerbstätigen vergrößert, die ihre Erwerbstätigkeit wegen der Pflege älterer Angehöriger nicht mehr einschränken, unterbrechen oder aufgeben können oder wollen, weil das eigene Haushaltseinkommen keine Einbußen im Arbeitsverdienst oder der eigenen Alterssicherung zulässt (vgl. Bäcker und Stolz-Willig 1997, Naegele 1997).

Aus Sicht der Betroffenen

In der internationalen Literatur liegen viele Erkenntnisse darüber vor, wie Erwerbstätige die Vereinbarkeitsproblematik erleben. In einer exemplarischen Studie aus dem europäischen Ausland (Mooney & Stathan, 2002) wurde gefragt, welche Praktiken am Arbeitsplatz hilfreich wären, um 50-Jährigen und älteren die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege zu ermöglichen. Zwischen den befragten Pflegenden und (noch) Nicht-Pflegenden bestanden nur wenige Unterschiede und beide Gruppen befürworteten eine familienfreundliche betriebliche Praxis. Tabelle 1 zeigt die am häufigsten genannten Maßnahmen.

Flexible Arbeitszeiten führen die Liste der Unterstützungsformen an und wurden von einem höheren Anteil der Nicht-Pflegenden (71 %) als der Pflegenden (61 %) genannt. Aus den Analysen von Fallstudien kam der zentrale Befund, dass Beschäftigte mit und ohne flexible Arbeitszeiten keine Auswirkungen ihrer Pflegeverantwortung auf die Erwerbsarbeit erlebt haben. Es war erkennbar, dass Beschäftigte ohne flexible Arbeitszeiten Pflegeanforderungen mit der Arbeit in Einklang bringen konnten. Allerdings war diese Situation eng an die Verfügungs- und Weisungsfreiheit des Vorgesetzten geknüpft. Nach Ansicht der Befragten hatte es sich als hilfreich erwiesen, wenn Vorgesetzte die Vereinbarkeitsproblematik von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege aus eigener Erfahrung kannten. Hinsichtlich der Arbeitszeitreduzierung wurden bekannte Tatsachen der Teilzeitarbeit in Bezug auf Bezahlung, Haushaltseinkommen und spätere Rentenansprüche angeführt, obwohl die Arbeitszeitreduzierung aufgrund von Pflegeleistungen breite Zustimmung fand. Ein klares Thema war die Flexibilität, je nach familiären Umständen in Teil- und Vollzeitbeschäftigung zu wechseln und der Wunsch, die eigene Erwerbstätigkeit fortzusetzen. In diesem Sinne müsse das Geschäftsmodell für flexible Arbeitszeiten angesichts des demografischen Wandels weiter entwickelt werden und das Recht auf informell geleistete Pflege einbeziehen.

Mit Blick auf arbeitsbedingte Schwierigkeiten wurde aus Sicht der Betroffenen berichtet, dass das Verlassen des Arbeitsplatzes nur bei informeller Pflege für die engsten Angehörigen gewährt wurde, oder dass in flexiblen Zeitreglements das Verlassen oder Fernbleiben vom Arbeitsplatz vorher beantragt werden musste und bei nicht vorhersehbaren Krisen oder Notfallsituationen der informellen Pflege nicht einzuhalten war. Viele Interviewten haben die Möglichkeiten von Pflegezeiten und Rückkehrmodellen in die Erwerbsarbeit thematisiert und dabei ökonomisch argumentiert. Informell geleistete Pflege spare sowohl den Kommunen wie dem Staat hohe Ausgaben und es sei berechtigt, dass in die Unterstützung der Pflegenden mehr als bisher investiert wird. Andere legten rechnerisch darauf Wert, dass in ihre Ausbildung viel Geld investiert wurde und es verloren sei, wenn sie wegen informeller Pflege ihre Erwerbstätigkeit aufgeben müssten. Es war ein zentrales Ergebnis des Survey, dass die meisten Befragten weder Kenntnis über die Ansprüche von Pflegenden noch über die darauf bezogene Unternehmenspolitik hatten. Eine Anlauf- und Beratungsstelle, in der sich die Beschäftigten über die Arbeitgeberpolitik und die Verfügbarkeit lokaler Dienste informieren könnten und die über Vergünstigungen und Ansprüche von Pflegenden oder Pflegebedürftigen Bescheid weiß, würde hier Zeit sparen und Stress reduzieren.

Was würde helfen?	%
- Flexible Arbeitszeiten	66
- Arbeitszeitreduzierung	63
- Unbezahlte Freistellung	51
- Heimarbeit für einen Teil der Arbeitszeit	50
- Berücksichtigung von Notfallsituationen	46
- Verfügbarkeit beruflicher Unterbrechungen	36
- Beratung/Hotline	34
- Tagespflege für Ältere an der Arbeitsstätte	25
- Andere	11

Tabelle 1: Was würde helfen?

(n=928, Angaben in Prozent) Quelle: Mooney & Stathan, 2002, S. 33

Professionelle Dienste für ältere Menschen und pflegende Angehörige müssen in ausreichender Zahl leicht verfügbar und qualitativ hochwertig sein, wenn sie von Älteren angenommen und zugleich für Beschäftigte mit Pflegeverantwortung als Entlastung erlebt werden sollen. Als Beispiele werden angeführt: Mehr Hausbesuche von geriatrisch ausgebildeten Fachkräften, kürzere Wartezeiten für Fußpflege, mehr Tageseinrichtungen mit interessanten Aktivitätsangeboten für ältere Menschen, mehr Unterstützungsangebote für Pflegende, Essen auf Rädern, fahrende Bibliotheken, betreutes Wohnen, soziale Clubs etc. Insgesamt werden vielfältige Unterstützungsangebote benötigt und seitens der Arbeitgeber müssen flexible Regelungen gefunden werden, welche die individuellen Umstände von Beschäftigten miteinbeziehen.

Im Einklang mit einer wachsenden Zahl von Wissenschaftlern wird von vielen Befragten ein grundsätzliches Umdenken über das Wesen der Arbeit und Pflege gefordert, damit die ‚Ethik der bezahlten Arbeit‘ mit einer ‚Ethik der Pflege‘ vereinbart werden kann. Die Befragten wiesen eine Organisationskultur zurück, die rund um den Globus alle Arbeitnehmer dazu nötigt, in ihren Arbeitsstätten so zu handeln, als ob es kein Zuhause, keine Familie und keine Pflegeverantwortlichkeiten gäbe.

Dipl.-Psych. Cornelia Au und Dr. Doris Sowarka sind wissenschaftliche Mitarbeiterinnen in den Bereichen Informationssystemen und Forschung am DZA.

Kontakt: Tel. (030) 260 740-89 / -82

Literaturverweise:

- Bäcker, G. (2004): Berufstätigkeit und Verpflichtungen in der familiären Pflege – Anforderungen an die Gestaltung der Arbeitswelt. In: Badura, B.; Schellschmidt, H. u. Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2003. Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin, Heidelberg, New York; Springer, S. 131–145
- Bäcker, G. u. Stolz-Willig, B. (1997): Betriebliche Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Stuttgart, Berlin, Köln; Kohlhammer
- Beck, B.; Naegele, G.; Reichert, M.; BMFSFJ (Hrsg.) (1997): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Stuttgart, Berlin, Köln; Kohlhammer
- Blinkert, B. & Klie, T. (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Die „Kasseler Studie“, Hannover; Vincentz
- BMFSFJ (2006): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/2190. Berlin
- Dallinger, U. (1997a): Erwerbstätige Pflegepersonen älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. Partizipation im und Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Sekundäranalyse der Studie „Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung“. In: Beck, B.; Naegele, G.; Reichert, M.; BMFSFJ (Hrsg.): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Stuttgart, Berlin, Köln; Kohlhammer; S. 111–157
- Dallinger, U. (1997b): Ökonomie der Moral. Konflikt zwischen familiärer Pflege und Beruf aus handlungstheoretischer Perspektive. Opladen; Westdeutscher Verlag
- Dressel, C.; Cornelißen, W. u. Wolf, K. (2005): Vereinbarkeit von Familie und Beruf. In: Cornelißen, W. (Hrsg.): Gender-Datenreport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin/München; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Deutsches Jugendinstitut, S. 278–356
- Meyer, M. (2006): Pflegende Angehörige in Deutschland. Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen. Hamburg; LIT Verlag Hamburg, 171 (Gerontologie, Band 10)
- Mooney, A. u. Statham, J. (2002): The pivot generation. Informal care and work after fifty. Bristol, UK; The Policy Press
- Naegele, G. (1997): Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse und erste sozialpolitische Schlussfolgerungen. In: Beck, B.; Naegele, G.; Reichert, M.; BMFSFJ (Hrsg.): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege; Stuttgart, Berlin, Köln; Kohlhammer; S. 5–21
- Naegele, G.; BMFSFJ (Hrsg.) (1996): Die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege älterer und behinderter Menschen in nationaler und europäischer Perspektive. Expertisen und Berichte über eine europäische Fachtagung. Brühl; Chudeck Druck.
- Schneekloth, U. (2006): Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U. u. Wahl, H.-W. (Hrsg.): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Stuttgart; Kohlhammer, S. 57–102
- Schneekloth, U. u. Müller, U. (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Baden-Baden; Nomos
- Schneekloth, U. u. Wahl, H.-W. (Hrsg.) (2006): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Stuttgart; Kohlhammer
- Schneider, T.; Drobnic, S. u. Blossfeld, H.-P. (2001): Pflegebedürftige Personen im Haushalt und das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen. In: Zeitschrift für Soziologie, 30(5), S. 362–383
- Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden; Statistisches Bundesamt

Pflege durch Angehörige – Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der europäischen Untersuchung EUROFAMCARE

Dr. phil. Hanneli Döhner, Dipl. Psychogeront. Susanne Kohler, Dipl.- Geront. Daniel Lüdecke

Nach wie vor ist die Bereitschaft, hilfs- oder pflegebedürftige ältere Angehörige zu pflegen in ganz Europa in den meisten Familien hoch. Auf Grund des demografischen und soziokulturellen Wandels besteht jedoch Anlass zu der Annahme, dass das Potenzial an pflegenden Angehörigen abnehmen wird. Hinzu kommen hohe Belastungen durch die Pflege, die einen erheblichen Einfluss auf Gesundheit und Lebensqualität der Pflegenden haben. Pflegende Angehörige stellen eine gesellschaftlich sehr relevante Gruppe dar, die auch von erheblicher ökonomischer Bedeutung ist, aber bislang zu wenig Beachtung findet. Unsere Gesellschaft ist gut beraten, das familiäre Pflegepotenzial zu fördern und die pflegenden Angehörigen so zu entlasten und zu unterstützen, dass sie sich weiterhin zur Übernahme von Pflege entscheiden und bereits begonnene Pflege in dem Ausmaß weiter führen können, das ihre Gesundheit nicht gefährdet.

Die EU-Studie EUROFAMCARE

Das Projekt EUROFAMCARE¹ hat einen europäischen Überblick über die Situation pflegender Angehöriger von älteren Menschen hinsichtlich der Existenz, Bekanntheit, Verfügbarkeit, Nutzung und Akzeptanz von unterstützenden Maßnahmen erarbeitet. Darüber hinaus werden typische Pflegesituationen und der damit verbundene Entlastungs- und Unterstützungsbedarf beschrieben. Dadurch soll ein besseres Verständnis der Kluft zwischen Wünschen, Erwartungen sowie dem Bedarf der Pflegenden und der Realität der Pflegesituation erlangt und ein Beitrag zum aktiven Wandel in Einstellungen/Konzepten/Verhalten geleistet werden. Ein zentrales Anliegen ist die Förderung eines partnerschaftlichen Ansatzes zwischen pflegenden Angehörigen, professionellen Anbietern und pflegebedürftigen älteren Menschen. Dazu wurden in 23 europäischen Ländern Hintergrundberichte über die Situation pflegender Angehöriger erstellt. Der Kern des Projektes besteht aus Interviews in sechs europäischen Ländern (Deutschland, Griechenland, Italien, Polen, Schweden, Vereinigtes Königreich) mit je ca. 1.000 pflegenden Angehörigen von älteren Menschen zu ihrer Pflegesituation. Die Zielgruppe der Sechs-Länder-Studie waren Angehörige, die mindestens vier Stunden pro Woche einen pflegebedürftigen ab 65 Jahre pflegen/betreuen – also damit die Gruppe der Hilfs- und pflegebedürftigen älteren Menschen umfassen. Ergänzend wurde eine kleinere Anbieterbefragung durchgeführt.

¹ Das EUROFAMCARE Projekt (www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare) wurde von der Europäischen Union im 5. Rahmenprogramm für Forschung, technologische Entwicklung und Demonstration (Vertragsnummer: QLK6-CT-2002-02647) gefördert. Das EUROFAMCARE Konsortium bestand aus: Deutschland: Döhner H (Projektkoordination), Kofahl C, Lüdecke D, Mnich E (Hamburg) und Rothgang H, Becker, R (Bremen); Griechenland: Mestheneos E (PL: Projektleitung), Triantafyllou J (PL), Prouskas C; Italien: Lamura G (PL), Balducci C, Melchiorre MG, Quattrini S, Spazzafumo L; Polen: Bien B (PL), Wojszel B, Synak B, Czekanowski P, Bledowski P; Schweden: Öberg B (PL), Krevers B, Johansson SL; UK: McKee K (PL), Barber L, Brown J, Nolan M; AGE – The European Older People Platform: Parent A-S (PL), Patel J, Dauréle C

In allen sechs Ländern ist die familiäre Pflege, vor allem durch Frauen, nach wie vor die dominante Pflegeform. Allerdings zeigen sich in den Pflegearrangements, deren Rahmenbedingungen und den Voraussetzungen zur Übernahme der Pflege erhebliche Unterschiede. Grundsätzlich ist nach wie vor die Bereitschaft zur Übernahme familiärer Pflege hoch. Noch ausgeprägter ist die Pflegekontinuität: Nach einer längeren Pflegephase durch die Familie in der eigenen Häuslichkeit wird die Unterbringung in einem Pflegeheim nur sehr selten in Erwägung gezogen – auffallend selten bei hoher Pflegebedürftigkeit mit entsprechend hoher Belastung. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der deutschen Teilstudie (Interviews mit 1.003 pflegenden Angehörigen) dargestellt.

Beschreibung der deutschen Untersuchungsgruppe

Die befragten pflegenden Angehörigen waren im Durchschnitt 54 Jahre alt, 76 % von ihnen waren Frauen, 53 % Kinder der pflegebedürftigen und 18 % (Ehe)partner. Die pflegebedürftigen waren im Durchschnitt 80 Jahre alt, zu 69 % Frauen. Aus Sicht der pflegenden Angehörigen sind sie zu 38 % stark, zu 33 % mäßig und zu 23 % leicht hilfsbedürftig. 7 % werden als überwiegend unabhängig eingeschätzt. Ogleich die betreuten älteren Menschen von den Pflegenden zu 72 % als stark oder mäßig hilfsbedürftig eingeschätzt wurden (definiert angelehnt an ADL und IADL), erhalten nur knapp 60 % von ihnen Leistungen der Pflegeversicherung (davon: 33 % Pflegestufe (PS) 1, 42 % PS 2 und 25 % PS 3 bzw. PS 3+). Gut 30 % hatten noch keinen Antrag gestellt und bei etwa 10 % wurde die Einstufung abgelehnt oder das Verfahren lief noch.

Familiäre Pflege hat im Durchschnitt den Umfang einer Vollzeitbeschäftigung

Viele pflegende Angehörige definieren sich selbst nicht als solche, obwohl sie die alltägliche Pflegearbeit leisten. Eine erste Voraussetzung für erforderliche Interventionen zur Entlastung und Unterstützung der familiären Pflege besteht also darin, die Selbst- und Fremdentifikation der

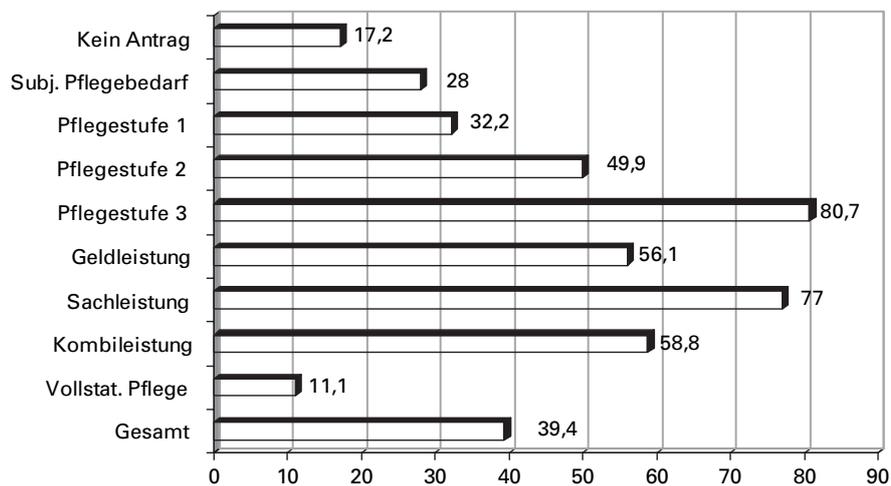


Abbildung 1: Durchschnittliche Pflegestunden pro Woche (n = 1003, Mittelwerte)

Gruppe der pflegenden Angehörigen zu ermöglichen. Etwa 40 % der Befragten pflegten ihren Angehörigen bereits länger als 3 Jahre, davon 5 % sogar über 10 Jahre. In unserer Untersuchung, in der ein Einschlusskriterium für die pflegenden Angehörigen war, dass sie mindestens 4 Stunden pro Woche ein Familienmitglied im Alter ab 65 Jahre pflegten/betreuten, betrug der Umfang der durch die Hauptbetreuungsperson geleisteten Pflege (Abbildung 1) im Durchschnitt 39 Stunden pro Woche – also die Dauer einer Vollzeitbeschäftigung – und dies obgleich viele Pflegenden außerdem erwerbstätig waren. Bei schwerer Pflegebedürftigkeit sind die Pflegezeiten wesentlich höher. In Pflegestufe 3 wurde die Pflegezeit mit durchschnittlich 81 Stunden angegeben. Für manche überraschend ist vielleicht auch der hohe Betreuungsaufwand von durchschnittlich 11 Stunden pro Woche, die Angehörigen für die Pflege alter Menschen

aufwenden, die in einem Heim leben. Die folgende Tabelle (1) zeigt die *Hauptgründe* der Pflegebedürftigkeit im Sechsländer-Vergleich. Die von den pflegenden Angehörigen genannten Gründe für die Pflegebedürftigkeit in der deutschen Teilstudie weichen nicht sehr stark von der Gesamtstichprobe ab.

Bei den Gründen, die für die Übernahme der Pflege als entscheidend angegeben wurden (Tabelle 2), weichen die deutschen Ergebnisse deutlich von den übrigen Ländern ab. So wurde wesentlich häufiger genannt: „Pflege/Betreuung gibt mir ein gutes Gefühl (84 %)“, „keine Alternative/ es war notwendig“ (64 %) und „Kosten für professionelle Hilfe zu hoch“ (45 %). Erheblich nach unten abweichend ist die Angabe „eher zufällig und ohne bewusste Entscheidung hineingerutscht“ (30 %).

	EL	IT	UK	SE	PL	DE	Summe
Körperliche Erkrankung/Behinderung		<u>18,6</u>			43,6	24,8	30,9
Mobilität		29,5		<u>9,7</u>		27,9	20,5
„Alters-Verfall“/Hochaltrigkeit			<u>10,7</u>		28,0	21,1	17,5
Gedächtnisprobleme/Kognitive Einschränkungen				19,0	<u>4,9</u>	14,9	10,6
Keine Selbstversorgungskompetenz			11,1	<u>0,7</u>		10,0	6,9
Sensorische Probleme			4,9		<u>2,6</u>	3,8	3,8
Soziale Gründe, Einsamkeit	5,7			0,4		2,2	3,5
Gefühl der Unsicherheit		7,8		<u>0,5</u>	<u>0,3</u>	1,7	3,2
Psychische/psychiatrische Erkrankungen			2,5		<u>1,0</u>	1,5	1,8
Andere Gründe						1,1	1,3

Tabelle 1: Hauptgründe der Pflegebedürftigkeit (n = 5.923; in %)

Anmerkungen: niedrigste Werte = unterstrichen, höchste Werte = *kursiv*

EL=Griechenland; IT=Italien; UK=Großbritannien; SE=Schweden; PL=Polen; DE=Deutschland

Entwicklung von Pflegearrangements

Wie sich die zukünftigen Pflegearrangements, d.h. die individuelle Zusammensetzung der in die Pflege einbezogenen Personen, entwickeln werden, hängt entscheidend davon ab, in welchem Umfang familiäre Pflegepersonen zur Verfügung stehen. Diesbezüglich sind zumindest vier Trends zu beachten:

- Demografisch bedingt sinkt das „(Schwieger) Töchterpotenzial“, das für die Pflege eine entscheidende Rolle spielt.
- Für die Zukunft ist mit einer höheren *Erwerbsbeteiligung von Frauen* zu rechnen. Berufstätigkeit und Pflege sind in Deutschland nur schwer miteinander vereinbar.
- Der Anteil der *Einpersonenhaushalte* innerhalb der Altenbevölkerung wird sich weiter erhöhen. In diesen Haushalten sind das familiäre Pflegepotenzial und damit auch die Wahrscheinlichkeit, lediglich das Pflegegeld in Anspruch zu nehmen, naturgemäß geringer als in Mehrpersonenhaushalten.

– Schließlich ist davon auszugehen, dass die Anerkennung der pflegerischen Versorgung als eine *gesamtgesellschaftliche Aufgabe*, das meint: die „Pflicht zu pflegen“ als kulturelle Norm, weiter geschwächt wird. Dies trägt dazu bei, dass die Pflegebereitschaft sinken und das Pflegepotenzial weniger ausgeschöpft werden wird.

Auch wenn es kleinere gegenläufige Entwicklungen gibt – z.B. den Anstieg des Anteils pflegender Männer von 17 % im Jahr 1991 auf 27 % im Jahr 2002, der vorwiegend durch die Zunahme des Partnerpflegepotenzials erklärt werden kann – dürften diese zum Teil demografisch, zum Teil aber eher sozialstrukturell bedingten Trends dazu führen, dass die rein familiäre Pflege zurückgeht. Inwieweit ein Anwachsen der formellen Pflege auch eine weitere Zunahme der Heimpflege bedeutet, hängt entscheidend davon ab, inwieweit es gelingt, die familialen Pflegepersonen durch ein vielfältiges und flexibles Angebot ambulanter professioneller Hilfen zu unterstützen.

Bei fast allen, die sich für die familiäre Pflege entschieden haben, besteht die Bereitschaft zur Fortsetzung der Pflege (Abbildung 2). Dabei ist dies allerdings bei etwa der Hälfte an bestimmte Bedingungen zur Unterstützung geknüpft. Für 43 % der pflegenden Angehörigen kommt die Unterbringung des Pflegebedürftigen in einem Heim unter keinen Umständen in Frage, bei Pflegestufe 3 trifft das sogar auf 68 % zu. Die ca. 100 Personen unserer deutschen Teiluntersuchung, die einen Angehörigen im Heim weiterbetreuen, tun dies im Durchschnitt für 11 Stunden pro Woche. Familien, die sich für die Unterbringung in einem Pflegeheim entschieden haben, suchen zwar Entlastung, wollen aber nicht unbedingt alle Verantwortung und Fürsorge abgeben.

	EL	IT	UK	SE	PL	DE	Summe
Emotionale Bindung (Liebe, Zuneigung)	96,8		<u>90,5</u>			92,6	94,5
Gefühl der Verpflichtung				<u>67,7</u>	91,6	85,8	81,4
Persönlich moralische Verpflichtung gegenüber meinem Familienmitglied		<u>57,4</u>			93,7	90,9	80,6
Pflege/Betreuung gibt mir ein gutes Gefühl		<u>56,4</u>				82,2	74,0
Angehöriger würde nicht wollen, dass jemand anders pflegt oder betreut	<u>43,5</u>		62,9			62,1	52,3
Keine Alternative/es war notwendig		<u>30,3</u>				64,4	47,6
Eher zufällig und ohne bewusste Entscheidung hineingerutscht				65,3		<u>29,5</u>	42,7
Religiöse Überzeugung				<u>8,2</u>	67,7	24,7	33,9
Kosten für professionelle Pflege zu hoch				<u>14,8</u>		45,1	33,5
Wirtschaftliche Vorteile		<u>4,3</u>		13,2		12,3	9,1

Tabelle 2: Was hat Ihre Entscheidung beeinflusst, Ihre/n Angehörige/n zu betreuen? (n=5.923; in %)

Anmerkungen: niedrigste Werte = unterstrichen, höchste Werte = *kursiv*

EL=Griechenland; IT=Italien; UK=Großbritannien; SE=Schweden; PL=Polen; DE=Deutschland

Von den pflegenden Angehörigen fühlen sich in ihrer Rolle als Betreuende/r insgesamt 57 % immer oder meistens ausreichend unterstützt, 43 % nur manchmal oder nie. Am zufriedensten sind sie mit der Unterstützung durch andere Familienmitglieder, gefolgt von Freunden oder Nachbarn. Gesundheits- und Sozialdienste schneiden schlechter ab: 41 % gaben an, dass sie sich nie gut unterstützt fühlen, 20 % manchmal, 25 % häufig und 15 % immer.

Lebensqualität

Bei der Frage nach der Lebensqualität der Angehörigen stellen wir einen deutlichen – sicherlich nicht sehr überraschenden – Rückgang mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit des älteren Menschen fest (Abbildung 3). Überraschend ist auf den ersten Blick, dass die Lebensqualität auch bei Inanspruchnahme von Sachleistungen im Vergleich zu Kombileistungen und Geldleistungen geringer ausfällt. Dies kann aber mit der in diesen Fällen höheren Pflegebedürftigkeit erklärt werden. Es besteht außerdem ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Lebensqualität des pflegenden Angehörigen und der Art der Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Gedächtnis- und Verhaltensproblemen ist die Lebensqualität besonders niedrig. Erwähnenswert ist auch, dass die Lebensqualität der Angehörigen, die ihre älteren Menschen in einem Pflegeheim untergebracht haben, höher ist als bei den zu Hause Pflegenden.

Unterstützungsangebote: Nutzung und Erwartungen

In unserer Studie haben wir danach gefragt, wie *wichtig* den pflegenden Angehörigen bestimmte Angebote zu Ihrer Unterstützung sind und welche davon ihnen zurzeit auch *angeboten* werden. Die wichtigsten *Formen der Unterstützung* sind für pflegende Angehörige Informationen über die Erkrankung des Pflegebedürftigen sowie Beratung über mögliche Hilfen. Aber auch die Möglichkeit, gemeinsame Aktivitäten mit dem Pflegebedürftigen zu unternehmen, eine Auszeit von der Pflege zu bekommen und mehr Zeit mit der eigenen Familie zu verbringen, halten die Befragten für sehr wichtig. Besonders auffällig an diesem Antwortverhalten ist die deutliche Diskrepanz zwischen der angegebenen Wichtigkeit der einzelnen Angebote und der tatsächlichen Inanspruchnahme. Insbesondere bei den Antwortkategorien „Information und Betreuung über die Art der Hilfe und Unterstützung“, „Schulung von Fähigkeiten, die man zur Pflege/Betreuung braucht“ und „Geld für Dinge, die ich brauche um gute Pflege zu leisten“ war der Unterschied zwischen dem Wunsch und der Inanspruchnahme sehr ausgeprägt. Als das größte Hindernis beim Zugang zu Diensten gaben die Angehörigen „Bürokratie“ sowie „hohe Kosten und wirtschaftliche Gründe“ an.

Hinsichtlich der Wichtigkeit bestimmter *Eigenschaften von Angeboten* ergibt sich das folgende Bild: Am wichtigsten ist den Befragten, dass „die Mitarbeiter die Pflegebedürftigen mit Würde und Respekt behandeln“ (87 % sehr wichtig), gefolgt von: „die Hilfe verbessert die Lebensqualität des Pflegebedürftigen“ (78 %). Damit sich Pflegebedürftige und ihre Familien auf dem Pflegemarkt bewegen können, erhielten die Pflegekassen einen Beratungsauftrag. Diese Beratungsleistungen, die von den Versicherungen selbst, aber auch durch Beratungsstellen der Kommunen, der Wohlfahrtsverbände und privater Dienstleister (v. a. Pflegedienste) angeboten werden können, sind aber nicht ausreichend finanziert und damit nicht flächendeckend erreichbar.

Dies spiegelt sich auch bei der Frage nach den „Hilfen beim Zugang zu Diensten“ wider: 56 % aller Befragten gaben „Angehörige des Gesundheitssystems“ an. Nach wie vor ist der Hausarzt die wichtigste professionelle Kontaktperson für ältere Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. An zweiter Stelle folgen „Familie, Freunde und Nachbarn“ mit 23 %. „Professionelle Beratungsstellen, Sozialdienste und Ämter“ besetzen mit 12 % Platz drei. Und erst an vierter Stelle folgen die „Kranken- bzw. Pflegekassen“ mit 11 %.

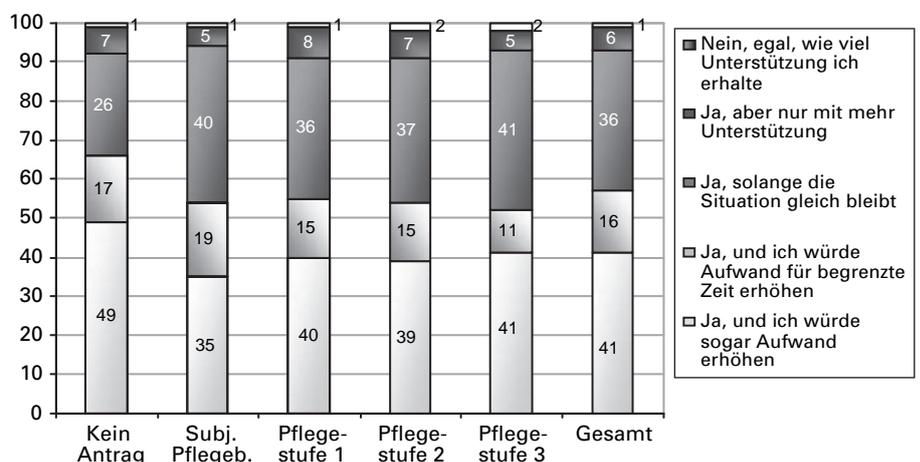


Abbildung 2: Sind Sie bereit, Ihren Angehörigen auch im nächsten Jahr weiter zu betreuen? (n=989; in %)

Wir haben in unserer Studie bei den Fragen nach der *Nutzung von Angeboten* zwischen denen für Pflegebedürftige und denen speziell zur Entlastung pflegender Angehöriger differenziert, wohl wissend, dass Hilfen für die Pflegebedürftigen immer auch die Pflegenden entlasten. Neben den von fast allen Hilfs- und Pflegebedürftigen konsultierten Ärzten ist das am häufigsten genutzte Angebot die mobile Fußpflege (30%), gefolgt von der ambulanten Pflege (27%), dem mobilen Friseur (20%), der Krankengymnastik (16%) sowie Haushalthilfen, medizinischer Beratung und Essen auf Rädern (mit je 11%). Obwohl auch die Tagespflege über die Pflegeversicherung abgerechnet werden kann, wird sie nur von 4% aller Befragten in Anspruch genommen.

Spezielle Angebote für pflegende Angehörige werden von 78% der Betroffenen überhaupt nicht genutzt. Bei den übrigen verteilen sich die wenigen Nennungen auf unterschiedliche Angebote, so dass keine besonderen Präferenzen festzustellen sind. Erwähnenswert ist, dass lediglich 5% der Angehörigen spezielle Beratungsstellen aufsuchen. Angehörigengruppen werden nur von 4% und Selbsthilfegruppen von 3% aller Befragten genannt. Verschwindend wenige (2%) nutzen die von den Versicherungen kostenfrei angebotenen Pflegekurse. Die von den Pflegekassen finanzierten Hausbesuche durch Pflegekräfte, waren zum Befragungszeitpunkt noch nicht vorhanden, konnten inzwischen aber einige Beratungslücken füllen.

Ganz allgemein gaben die Befragten als Gründe für die geringe Inanspruchnahme unterstützender Dienste und Angebote in erster Linie hohe Kosten, Vorbehalte von Seiten des Pflegebedürftigen und/oder des pflegenden Angehörigen sowie mangelnde Information über die Angebotsstruktur und ihre Nutzungsmöglichkeiten an. Zugleich zeigt sich aber deutlich, dass pflegende Angehörige im Allgemeinen sehr zufrieden sind, wenn sie Angebote zu ihrer Entlastung nutzen.

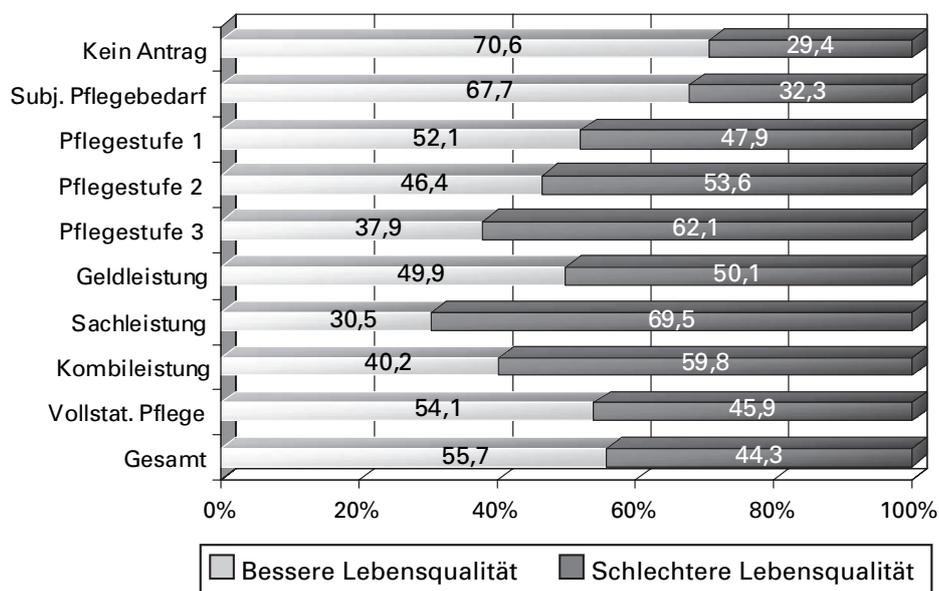


Abbildung 3: Wie bewerten Sie Ihre Lebensqualität? (5 Items, in %, n=997; Leistungsempfänger n=579)

Auch die MUG-III-Studie kommt zu dem Ergebnis, dass 37% der Angehörigen überhaupt keine Hilfe zu ihrer persönlichen Entlastung in Anspruch nehmen. So wird z.B. aus Sicht der professionellen Pflege und der Kostenträger dem Angebot der Pflegekurse für pflegende Angehörige eine hohe qualifizierende und entlastende Bedeutung beigemessen. Die Untersuchung zeigt aber, dass nur etwa jede zehnte Hauptpflegeperson einen Pflegekurs besucht hat.

Herausforderungen für die Zukunft

Unter Berücksichtigung der besonderen Bedeutung der Angehörigenpflege einerseits sowie des zu erwartenden Rückgangs an familialen Ressourcen andererseits besteht Konsens darüber, dass in Zukunft eine qualitative und quantitative Sicherung der Langzeitpflege nur durch eine Kombination von informeller und formeller Pflege (Pfleagemix) gewährleistet werden kann.

Die Entscheidung für das eigene Pflegearrangement bedarf verbesserter Zugänge zu qualitativ hochwertiger *Information und Beratung*. Die Hausarztpraxis könnte allgemeine Informationen bieten und die Aufgabe der Vermittlung an spezialisierte Einrichtungen besser wahrnehmen. Es ist deshalb sehr zu begrüßen, dass die Fachgesellschaft der Allgemeinmediziner 2005 eine so genannte *Leitlinie „Pflegende Angehörige“* erarbeitet hat. Bis sie allerdings Wirkung zeigt, wird sicherlich einige Zeit vergehen. In der Leitlinie wird die hohe Bedeutung des Hausarztes betont, der so früh wie möglich die Überlastungstendenzen erkennen muss und die Angehörigen dabei unterstützen soll, auch die eigene Gesundheit ernst zu nehmen. Zur rechtzeitigen Erfassung der Situation der pflegenden Angehörigen und ihrer Belastungen sowie Gesundheitsgefährdung wird in der Leitlinie empfohlen, die *Häusliche Pflegeskala* (Kurzversion, Gräßel) in der Hausarztpraxis einzusetzen.

– Alle vorhandenen Untersuchungen belegen die besonderen Belastungen, die mit der Pflege von älteren Menschen mit *gerontopsychiatrischen Einschränkungen* verbunden sind. Es besteht daher ein dringender Bedarf zur Entwicklung eines erweiterten Pflegebegriffes.

- Die gegenwärtige Zunahme an *ausländischen Hilfen* in legalen und/oder illegalen Arbeitsverhältnissen im häuslichen Bereich verdeutlicht die nicht abgedeckten Bedürfnisse der Betroffenen. Zu Recht wird von verschiedenen Seiten darauf gedrungen, nach legalen Lösungen zu suchen, um auch in diesem Bereich eine Qualitätskontrolle aufrechtzuerhalten und ein Mindestmaß an Arbeitsschutz für die Pflegenden zu gewährleisten.
- Untersuchungen zum Case und Care Management haben verdeutlicht, welche Aufgaben durch *Freiwilligenarbeit* übernommen werden könnten und dass *Case Manager* hier vermittelnd und supervidierend tätig werden sollten.
- *Neue Wohn- und Pflegeformen*, wie z.B. ambulant betreute Wohngruppen für Menschen mit Demenz, sind *eine* Möglichkeit für Angehörige, von der Belastung durch eine 24 Stunden Betreuung entbunden zu werden, aber weiterhin Verantwortung für den Pflegebedürftigen übernehmen zu können. Diese Betreuungsform ist ein gutes Beispiel dafür, wie die Zusammenarbeit von familialer und beruflicher Pflege neu gestaltet werden kann.
- Die Herausforderung für die professionelle Pflege liegt darin, im Sinne einer stärkeren *Nutzerorientierung* die Sichtweise der betroffenen Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ernst zu nehmen, ohne ihre professionellen Qualitätsansprüche zu vernachlässigen. Professionell Pflegende haben die Aufgabe, Angehörige als Partner im Pflegeprozess zu akzeptieren. Entsprechend ist ein Aushandlungsprozess zwischen allen Beteiligten im Sinne der vielfach geforderten *Pflege-Partnerschaft* erforderlich, in dem die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen eine größere Rolle spielen.

Ausblick

Der mangelnden Wahrnehmung der Leistungen und der Situation pflegender Angehöriger in Politik und Öffentlichkeit muss entgegengewirkt werden. Die guten Erfahrungen mit Organisationen zur Interessenvertretung in anderen Ländern

bieten gute Anregungen für eine entsprechende Initiative in Deutschland. Für Herbst 2007 ist ein erster Workshop mit gesellschaftlich besonders engagierten pflegenden Angehörigen zu diesem Thema geplant. Aktueller Anlass ist die Reform der Pflegeversicherung, ein Beispiel für die Notwendigkeit einer starken und gruppenübergreifenden Angehörigenvertretung als Partner im derzeitigen Diskussionsprozess. Während des Workshops werden Vertreter von für Deutschland besonders interessanten Organisationsmodellen aus ihrer Arbeit berichten. Außerdem werden Leitlinien für die Rechte pflegender Angehöriger zur Diskussion gestellt, die von EUROCARERS, der 2006 gegründeten europäischen Organisation zu Interessenvertretung pflegender Angehöriger entwickelt wurden.

Dr. phil. Hanneli Döhner ist Soziologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Medizin-Soziologie.

Sie leitet die Arbeitsgruppe Sozialgerontologie, war Projektleiterin in diversen Projekten, zuletzt Koordinatorin der EU-Studie EUROFAMCARE und Projektleiterin der deutschen Teilstudie.

Dipl. Psychogeront. Susanne Kohler ist Soziologin mit der Zusatzqualifikation Psychogerontologie. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Medizin-Soziologie und hat am Projekt EUROFAMCARE mitgearbeitet.

Dipl.-Geront. Daniel Lüdecke ist Gerontologe und war wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Medizin-Soziologie. Er hat im Projekt EUROFAMCARE mitgearbeitet und ist weiterhin durch einen Honorarvertrag eingebunden. Zurzeit hat er ein Promotionsstipendium an der Universität Bremen.

Kontakt:

*Dr. Hanneli Döhner
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Medizin-Soziologie
AG Sozialgerontologie
Martinstr. 52
20246 Hamburg
doehner@uke.uni-hamburg.de*

Geplanter Rechtsanspruch auf Pflegezeit

Heribert Engstler

Die Mehrheit der Pflegebedürftigen in Deutschland lebt in privaten Haushalten (68 %) und wird – ausschließlich oder unterstützt durch Pflegedienste – von Angehörigen gepflegt (Statistisches Bundesamt 2007). Nach den Ergebnissen einer für Deutschland repräsentativen Studie waren im Jahr 2002 knapp zwei Drittel der privaten Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter unter 65 Jahren (Schneekloth/Wahl 2006). Für diese Personen stellt sich grundsätzlich die Frage der Vereinbarkeit ihrer Pfl egetätigkeit mit der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit. Etwa die Hälfte der Hauptpflegepersonen dieser Studie war unmittelbar vor Beginn der Pfl egetätigkeit erwerbstätig gewesen; von diesen haben im Zusammenhang mit der Pflegeaufgabe ein Fünftel ihre Berufstätigkeit aufgegeben, ein weiteres Fünftel die Tätigkeit eingeschränkt (ebd.). Insgesamt waren nur 23 Prozent der privaten Hauptpflegepersonen vollzeit oder teilzeit erwerbstätig. Ganz offensichtlich gibt es hierzulande große Schwierigkeiten, gleichzeitig erwerbs- und pfl egetätig zu sein. Dies äußert sich auch darin, dass die Pflegesituation von pflegenden Erwerbstätigen als weitaus belastender empfunden wird als von pflegenden Nicht-Erwerbstätigen (ebd.). Angesichts des Vereinbarkeitsproblems ist das Hauptorganisationsmuster der privaten Pflege immer noch der teilweise oder vollständige Rückzug aus dem Beruf zugunsten der Sorge für pflegebedürftige Angehörige. Da 73 Prozent der Hauptpflegepersonen weiblich sind, betrifft dies in erster Linie Frauen. Die Verringerung oder Aufgabe ihres beruflichen Engagements zugunsten der Pflege hat für ihre weitere berufliche Entwicklung häufig negative Konsequenzen. Dazu gehört bereits die Schwierigkeit, nach Beendigung der Pfl egetätigkeit wieder beruflich Tritt zu fassen, insbesondere nach einer längeren Pflegephase.

Denn oft besteht keine Möglichkeit mehr zur Rückkehr an den früheren Arbeitsplatz, und die längere Abwesenheit geht häufig mit einer Entwertung früherer Berufsqualifikationen und Qualifikationseinbußen einher. So verwundert es nicht, dass in einer vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebenen repräsentativen Befragung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu Erwartungen an einen familienfreundlichen Betrieb Ende 2003 knapp 40 Prozent der Pflegenden den größten Handlungsbedarf in Freistellungsmöglichkeiten für Pflegeaufgaben sahen (BMFSFJ 2006).

In der gegenwärtigen Diskussion um die Reform der Pflegeversicherung wurden Pläne des Bundesgesundheitsministeriums zur Einführung einer Pflegezeit bekannt, nach denen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einen Rechtsanspruch auf zeitweilige Freistellung von der Erwerbsarbeit ohne Gehalt mit anschließendem Rückkehrrecht oder alternativ auf eine vorübergehende Halbierung der Arbeitszeit (ohne Lohnausgleich) erhalten sollen. Das Ministeriumskonzept, von dem noch keine detaillierte schriftliche Ausarbeitung öffentlich zugänglich ist, orientiert sich an einem Gesetzentwurf, den der Sozialverband Deutschland im Juni 2006 vorgeschlagen hat (SoVD 2006). Dieser sieht – wie das Regierungskonzept – eine unbezahlte Freistellung für sechs Monate mit einer einmaligen Verlängerungsmöglichkeit um weitere sechs Monate vor. Diese zeitliche Beschränkung verdeutlicht, dass es dabei nicht um eine Absicherung langjähriger Angehörigenpflege geht. Im Vordergrund steht die Gewährung einer kurzfristigen flexiblen Auszeit bei plötzlich eintretender Pflegesituation oder zur Sterbebegleitung von unheilbar erkrankten Angehörigen. Den Pflegenden soll damit in erster Linie Zeit gegeben werden, Umfang und Art des Pflegebedarfs festzustellen, die Wünsche der pflegebedürftigen Person zu reflektieren und eine angemessene Pflege zu organisieren. Wie in den Pressemeldungen über die Regierungspläne verlautete (dpa vom 5.11.06) und im Sozialverbandsentwurf als Begründung genannt wird, soll die eher enge zeitliche Begrenzung einer längerfristigen Übernahme der Pflege durch Angehörige vorbeugen und einem längeren Aussteigen aus der Erwerbstätigkeit entgegen wirken. Angesichts des momentanen Alltags der häuslichen Pflege mit einer durchschnittlichen Pflegedauer von ca. drei Jahren und den erheblichen Vorbehalten, die pflegende Angehörige gegenüber der Abgabe ihres gepflegten Angehörigen in ein Heim haben (in der Studie von Schneekloth/Wahl (2006) kam ein Umzug ins Heim für 48 Prozent auf gar keinen Fall in Frage, für weitere 23 Prozent erschien es unwahrscheinlich), mutet dieses Ziel etwas überambitioniert

bzw. praxisfern an. Es erscheint kaum vorstellbar, dass diese Regelung in größerem Umfang zu einer Beschränkung der Pflegezeit von Pflegenden im Erwerbsalter auf sechs Monate mit anschließender ausschließlicher Weiterpflege durch ambulante Dienste oder Heimunterbringung führen würde. Dies scheinen auch die Regierungsexperten nicht zu erwarten, denn sie gehen – laut Pressemeldungen – davon aus, dass bei Einführung der Pflegezeit mit einer Entlastung der Pflegeversicherung um rund 35 Mio. Euro zu rechnen sei. Demgegenüber hatten sich die Arbeits- und Sozialminister der Länder im November 2006 einstimmig für die Einführung einer Pflegezeit mit einer Mindestdauer von einem Jahr mit der Möglichkeit einer zweimaligen Verlängerung um jeweils ein Jahr ausgesprochen.

Nach den Regierungsplänen soll der Anspruch auf Pflegezeit nur in Betrieben mit mindestens 15 Beschäftigten gelten. Bei dringenden betrieblichen Gründen sollen Arbeitgeber ablehnen können. Voraussetzung für den Anspruch auf Pflegezeit soll eine Mindestbeschäftigung von sechs Monaten und das Vorliegen einer erheblichen Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 1) des Angehörigen sein. Die Anspruchsvoraussetzungen sind enger gefasst als im Vorschlag des Sozialverbands, der alle Betriebe ohne Ablehnungsrecht einbezieht und Pflegebedürftigkeit nicht nur an der Definition des SGB XI misst. Zu den Angehörigen zählt der Sozialverbandsentwurf Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Verwandte in gerader Linie, Geschwister, Schwiegereltern und -kinder und Personen einer ehe- oder partnerschaftsähnlichen Lebensgemeinschaft. Während der Pflegezeit sollen Kündigungsschutz und die Aufrechterhaltung des Arbeitslosen-, Kranken-, Renten- und Unfallversicherungsschutzes gewährleistet werden. Nach Ende der Freistellung soll nach dem Entwurf des Sozialverbands ein Anspruch auf den gleichen oder einen gleichwertigen Arbeitsplatz bestehen.

Die bekannt gewordenen Pläne des Bundesgesundheitsministeriums zur Einführung einer Pflegezeit fanden in der Öffentlichkeit nur ein geringes Echo. Einzig der DIHK reagierte deutlich ablehnend auf den geplanten Rechtsanspruch und plädierte für freiwillige betriebliche Regelungen (Wirtschaftswoche vom 8.1.2007). Als Ergebnis einer Umfrage bei den Industrie- und Handelskammern forderte er statt dessen die Öffnung der Grenzen Deutschlands für Arbeitskräfte im Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen und der einfachen Pflgetätigkeiten, damit weniger erwerbstätige Angehörige von Pflegebedürftigen gezwungen seien, zu Hause zu bleiben (DIHK 2007).

Seit den Verlautbarungen über Eckpunkte zur Einführung eines Rechtsanspruchs von abhängig Beschäftigten auf unbezahlte Freistellung oder Arbeitszeitreduzierung zur Pflege eines Angehörigen sind keine Details mehr über die Arbeiten an einem entsprechenden Gesetzentwurf öffentlich bekannt geworden. Voraussichtlich wird die geplante Pflegezeit nur einen kleinen, aber wichtigen Beitrag zur besseren Vereinbarkeit von Erwerbs- und Pflegearbeit leisten können. Erheblicher Bedarf besteht darüber hinaus in der Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Fortführung der Erwerbstätigkeit bei gleichzeitiger Übernahme von Pflegeaufgaben auch über etwas längere Zeiträume, u.a. durch geeignete Arbeitszeitflexibilisierungen und Rücksichtnahme in der Arbeitsorganisation sowie Pflegearrangements, die erwerbstätige pflegende Angehörige nicht überlasten. Angesichts der zunehmenden Erwerbsbeteiligung und -orientierung der Frauen, der zu erwartenden Verlängerung der Lebensarbeitszeit, des langfristig abnehmenden familiären Pflegepotenzials und der rasch zunehmenden Zahl der Hochbetagten wird das Vereinbarkeitsproblem von Pflege- und Erwerbsarbeit weiter an Relevanz gewinnen.

Die bisher vorherrschende Lösung durch Berufsaufgabe der Frau wird den zukünftigen Anforderungen und Wünschen immer weniger gerecht werden.

Quellen:

- BMFSFJ (2006): Erwartungen an einen familienfreundlichen Betrieb, Berlin.
- DIHK (2007): Ergebnisse einer DIHK-Umfrage bei IHKs, Rechtsausschuss und Mittelstandsausschuss zur Pflegezeit, Berlin (www.dihk.de/inhalt/download/pflegezeit.pdf, download am 27.3.2007).
- Schneekloth, U.; Wahl, H.W. (Hrsg.) (2006): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Stuttgart: Kohlhammer.
- SoVD (2006): Gesetzentwurf des Sozialverband Deutschland (SoVD) für ein Pflegegesetz (www.sovd.de/946.0.html, download am 22.2.2007).
- Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden.

Neuer Master-Studiengang Gerontologie in Cottbus feierlich eröffnet

Der 2006 erfolgreich akkreditierte berufsbegleitende Master-Studiengang Gerontologie wurde für den ersten Jahrgang Anfang März 2007 feierlich eröffnet. Als Vertreterin der Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg, Dagmar Ziegler, stellte die Referentin Doris Segger fest: „Die demografische Entwicklung hin zu einer alternden Gesellschaft vollzieht sich im Land Brandenburg, wie auch in den anderen Bundesländern, schnell und tief greifend. Der Umbau der Gesellschaft muss bewältigt werden. Dafür werden im Land eigene Experten, die möglichst vor Ort ausgebildet sind, benötigt, weil diese die Probleme, Bedürfnislagen der alten Menschen am besten einschätzen können.“

Expertenwissen in Bezug auf Ältere wird zukünftig in vielen Berufsfeldern benötigt. Entsprechend richtet sich die wissenschaftliche Weiterbildung an Berufstätige in unterschiedlichen Bereichen, von der Stadtplanung und Architektur, Verwaltungen, Versicherungs- und Betriebswirtschaft über das Bildungswesen bis hin zu Gesundheits- und Sozialberufen. Der interdisziplinäre Charakter der Gerontologie trifft so auf eine multidisziplinäre Studentenschaft, die berufsübergreifende Probleme der alternden Gesellschaft und ihrer regionalen Spezifika gemeinsam analysieren und über Lösungsansätze nachdenken soll. Eine weitere Besonderheit des neuen Studienganges stellt das viersemestrige Projekt dar, das jeder Studierende am Arbeitsplatz oder Wohnort durchführt. Professorin Dr. Eva-Maria Neumann, die bei der Konzeption des neuen Studienangebotes federführend war, erläutert: „In einem erfolgreichen Projekt gelingt es nicht nur, das gerontologische Wissen – mit guter methodischer Qualifikation verbunden – in einem bestimmten Berufsfeld praktisch zu verankern. Vielmehr gehören auch eine möglichst gute Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit dazu“.

In diesem Sinn ist zu hoffen, dass nicht nur die Mitarbeiter, die sich zu einer qualitativ hochwertigen Weiterbildung zum Master of Arts in Gerontologie entschließen, ihre eigenen Karrierechancen verbessern. Vielmehr soll der Studiengang auch in die Gesellschaft hineinstrahlen und Bürger jeglichen Alters dazu einladen, Veränderungsprozesse mit zu gestalten.

Informationen und Kontakt:
Fachhochschule Lausitz, Standort Cottbus
Fachbereich Sozialwesen
Prof. Dr. E.-M. Neumann
Studiendekanin Gerontologie
Tel. (0355) 5818-430
Fax. (0355) 5818-409
eneumann@sozialwesen.fh-lausitz.de
www.fh-lausitz.de

Ausschreibung zum Gestaltungspreis 2007 der Erich und Liselotte Gradmann-Stiftung

Alle zwei Jahre vergibt die Stuttgarter Erich und Liselotte Gradmann-Stiftung im Rahmen eines bundesweit ausgeschriebenen und mit insgesamt 11.000 Euro dotierten Wettbewerbs einen Preis für die vorbildliche Gestaltung von Wohn- und Pflegebereichen für Menschen mit Demenz. Die Ausschreibung für den Gestaltungspreis 2007 ist jetzt veröffentlicht und kann über das Internet unter folgendem Link abgerufen werden:
www.demenz-support.de/materialien/Gestaltungspreis2007_Bewerbungsunterlagen.pdf

Im Jahr 2007 werden Neubauten, größere Umbauten sowie Anbauten prämiert, die in Bezug auf die speziellen Bedürfnisse demenzkranker Menschen konzipiert wurden. Eingereicht werden können neuere Projekte, die bis zum Abgabetermin mindestens ein Jahr in Betrieb sind (also seit Mitte Juni 2006) und bei denen Erfahrungen zu den Auswirkungen des baulichen Milieus auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner vorliegen. Die Preisträger des Gestaltungspreises 2007 werden während des 4. Gradmann-Kolloquiums (Fachtagung) im November dieses Jahres in Stuttgart ausgezeichnet.

Einsendeschluss für die Teilnahme am Wettbewerb ist der 16. Juli 2007.

Die Erich und Liselotte Gradmann-Stiftung wird bei der Organisation des Gestaltungspreises 2007 unterstützt durch die Demenz Support Stuttgart gGmbH. Ansprechpartnerinnen sind:

Sibylle Heeg
s.heeg@demenz-support.de
Kerstin Müller
k.mueller@demenz-support.de
Tel. (0711) 99 787 12
Fax. (0711) 99 787 29

FELICIE

„Future Elderly Living Conditions In Europe“ – dieses EU-Projekt reagiert auf aktuelle Prognosen der zunehmenden Relevanz von familiärer Pflege. Zwei Drittel der Pflegebedürftigen in Deutschland werden zuhause gepflegt, mit einem hohen Anteil an Pflege durch Angehörige. Diesem Sektor will FELICIE helfen. Als primäres Ziel wird eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für pflegende Familien gesetzt. Ihre Stärkung und professionelle Unterstützung sowie die Würdigung ihrer Leistung führen die Agenda an. Impulse des Projektes sind vor allem eine flexiblere Gestaltung der Arbeitszeiten pflegender Personen und die Berücksichtigung von Pflegeleistungen bei späteren Rentenansprüchen. Nähere Informationen und aktuelle Projekterkenntnisse erhalten Sie unter www.felicie.org.

Zentrales Vorsorgeregister umfasst mehr als 500.000 Vollmachten

Das bundesweite Zentrale Vorsorgeregister hat sich im Jahr 2006 überaus erfolgreich entwickelt. Rund 150.000 neue Vollmachten wurden allein im vergangenen Jahr neu registriert. Mit einer Vorsorgevollmacht kann eine Person des Vertrauens ermächtigt werden, wichtige persönliche und finanzielle Entscheidungen zu treffen, wenn der Betroffene wegen geistiger oder körperlicher Schwäche dies selbst nicht mehr kann. Häufig haben die Gerichte jedoch Schwierigkeiten festzustellen, ob Betreuungsbedürftige eine Vorsorgevollmacht verfasst haben. Im Zentralen Vorsorgeregister kann jederzeit online abgefragt werden, ob Informationen über eine Vorsorgevollmacht eingetragen sind. Das Register hilft, Vorsorgevollmachten im Betreuungsfall einfach, schnell und sicher zu finden. Bürgerinnen und Bürger können ihre Vorsorgevollmacht über das Internet oder per Post melden. So beträgt die Gebühr für Internet-Meldungen 15,50 Euro. Sie sinkt auf 13,00 Euro, wenn die Gebührenrechnung im Lastschriftverfahren beglichen wird. Wird mehr als eine bevollmächtigte Person registriert, fallen für jede weitere zusätzlich 2,50 Euro an. Bei postalischen Anmeldungen erhöhen sich diese Gebühren um 3,00 Euro. Der Zuschlag für jede weitere bevollmächtigte Person beträgt 3,00 Euro.

Kontext:
Das Vorsorgeregister
www.vorsorgeregister.de

Informationen zum Betreuungsrecht
www.bundesregierung.de
www.bmj.de/enid/Ratgeber/Betreuungsrecht_kh.htm

Pflegebegleiter

Jeder fünfte Deutsche ab 18 Jahren hat einen Pflegefall in der Familie. Laut einer TNS-Emnid Umfrage fühlen sich aber nur 30 Prozent der selbst Pflegenden angemessen unterstützt. Überforderung bei der häuslichen Pflege gefährdet die Gesundheit der Pflegenden und die Pflegequalität für den Erkrankten. Das Bundesmodellprojekt „Pflegebegleiter“ will dem entgegenwirken. Eigens qualifizierte Freiwillige bieten dabei Hilfe zur Selbsthilfe an. Durch informelle Erfahrungsweitergabe und Unterstützung bei der Pflegeorganisation verbessern sie die Situation für Pflegenden und Gepflegte. Unter Federführung des VdAKs (Verband der Angestellten Krankenkassen) in Siegburg wird das Projekt zunächst für fünf Jahre in den Bundesländern Brandenburg, Baden-Württemberg, Hamburg und Nordrhein-Westfalen erprobt und soll sich später bundesweit etablieren. Die bereits bestehende Infrastruktur des Freiwilligenengagements zur Unterstützung häuslicher Pflege in den Regionen wird durch die Pflegebegleiter weiter qualifiziert und ausgebaut. Als fachliche Beratungsstelle ist neben weiteren Forschungsinstituten auch das DZA beteiligt.

Kontakt:
Projektbüro Pflegebegleiter
Forschungsinstitut Geragogik
PD Dr. Elisabeth Bubolz-Lutz
Bergstraße 60
41749 Viersen-Süchteln
Tel. (02162) 8191 851
Fax. (02162) 8191 853
www.pflegebegleiter.de

Broschüre „Alzheimer erkennen“ erschienen

Wie motiviert man ein Familienmitglied zu einer ärztlichen Untersuchung, wenn Anzeichen einer Alzheimer-Erkrankung offensichtlich werden? Dieser Problematik stellt sich eine Publikation der Deutschen Seniorenliga, als Leitfaden hilft sie Betroffenen und Angehörigen. Sie gibt Hinweise zur richtigen Deutung von Signalen und nennt geeignete Ansprechpartner. Der Verlauf der Diagnose wird anschaulich erläutert und erste Hinweise zum Umgang mit der tatsächlichen Alzheimer-Feststellung werden gegeben.

Kontakt und Bestellung:
Deutsche Seniorenliga e.V.
Gotenstr. 164
53175 Bonn
Tel. (0228) 367930
Fax. (0228) 3679390
www.deutsche-seniorenliga.de

Hessischer Pflegemonitor

Hessen initiiert als erstes Bundesland ein web-basiertes Informations- und Prognosesystem zum Pflegesektor. Zur kontinuierlichen Beschreibung der Pflegekräftesituation seiner Regionen wird der Pflegemonitor regelmäßig elektronische Befragungen von Pflegeeinrichtungen, Hochschulen, Schulen und Weiterbildungsstätten durchführen. Somit werden eine realistische Einschätzung zukünftiger Entwicklungen der Pflege in Hessen und rechtzeitige Reaktionen auf ihre Auswirkungen ermöglicht. Eine anwenderfreundliche Benutzeroberfläche soll unter anderem durch Downloadoptionen der Informationen in allen gängigen Dateiformaten gewährleistet werden. Zur Thematik ist unter www.iwak-frankfurt.de der Abschlussbericht der Studie „Pflegekräftesituation in den ambulanten und in den stationären Pflegeeinrichtungen in Hessen – Eine regionale Analyse der Pflegekräftenachfrage und des Pflegekräfteangebotes“ erhältlich.

Kontakt:
Institut für Wirtschaft, Arbeit
und Kultur (IWAK)
Dr. Christa Larsen
Tel. (069) 798-22152
c.larsen@em.uni-frankfurt.de

Pflegende Angehörige in High-Tech Home Care

Durch zunehmende Ambulantisierung und technische Neuerungen im Gesundheitssystem werden medizinisch-technische Geräte für den Hausgebrauch in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Doch welche Probleme der Endnutzer mit ihnen hat, kann nur er selbst einschätzen. In ihrer Dissertation befasst sich Dr. Julia Lademann vom Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen mit dem Verhältnis von pflegenden Angehörigen zu High-Tech Home Care Systemen und der Zusammenarbeit mit professionellen Pflegediensten. Die qualitative Studie betont den Kommunikationsbedarf zwischen Herstellern und Nutzern der Geräte, von einem gezielten Feedback-System könnten beide Parteien profitieren. Qualifizierungsbedarf der Pflegenden wird jedoch nicht nur im Umgang mit den Home Care Instrumenten deutlich, sondern auch im Verhältnis zu professionellen Pflegediensten. Die primäre Pflegeleistung erbringen die Angehörigen selbst, Hilfe brauchen sie bei der Schaffung von Rahmenbedingungen für den Pflegealltag. Eine Unterstützung durch Schulung und Beratung in Verbindung mit einem Empowerment der Pflegenden soll durch die Fokussierung der Pflegedienste auf Management-, Koordinations- und Organisationsaufgaben erreicht werden. Ende Mai wird die Studie „Intensivstation zu Hause- Pflegende Angehörige in High-Tech Home Care“ im Huber-Verlag erscheinen.

Kontakt:
Universität Bremen
Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Dr. P.H. Julia Lademann
Tel. (0421) 218 9796
lademann@uni-bremen.de

Buch des Monats: Pflege in der Familie. Perspektiven.

Elisabeth Bubolz-Lutz

20



Wie kann das Leben im Alter bewusst gestaltet werden? Diese Frage wird in Zeiten des demografischen Wandels gesellschaftlich breit diskutiert. Allerdings wird dabei zumeist das „junge Alter“ in den Blick genommen, eine Lebensphase, deren Potenziale mittlerweile offenkundig sind. Dagegen schreckt der gesellschaftliche Altersdiskurs noch immer vor Situationen zurück, die durch Hilfs- und Pflegebedürftigkeit geprägt sind – oder erschöpft sich in der Entrüstung über Missstände der stationären pflegerischen Versorgung. Die konstruktive Suche nach Gestaltungsoptionen von Lebensqualität in Pflegesituationen wird entweder dem professionellen Feld überlassen oder zur „Privatsache“ erklärt. Wenn über Pflege öffentlich nachgedacht wird, dann am ehesten im Bezug auf institutionelle Kontexte, obwohl dies in krassem Widerspruch zur gesellschaftlichen Bedeutung der Familie für die Pflege im Alter steht. Warum aber fehlt es an einer gesellschaftlich relevanten und für die Betroffenen hilfreichen Auseinandersetzung mit den Problemen und Möglichkeiten der bewussten Gestaltung von häuslichen Pflegesituationen? Viele Gründe wären zu nennen, zentral aber dürfte sein, dass wir über kein kulturell verankertes, den heute verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen und zugleich fachlichen wie lebensweltlichen Erfahrungen genügendes Leitbild der familiärer Pflege verfügen.

Die Leiterin des Projektes Pflegebegleiter (siehe S. 18 in diesem Heft), die Geragogin Elisabeth Bubolz-Lutz hat nun ein Buch vorgelegt, mit dem sie zur bewussteren Gestaltung familiärer Pflegesituationen anregen möchte. Einer ihrer Ausgangspunkte ist die Erkenntnis, dass zu einer guten Pflege mehr gehört als eine einwandfreie pflegerische und medizinische Versorgung. „Erst eine als befriedigend erlebte Beziehungsqualität macht es Gepflegten und Pflegenden möglich, trotz Hilfs- und Pflegebedarf im Alter Lebensqualität zu erfahren“ (10).

Das Buch wendet sich an einen breiten Leserkreis. Angesprochen werden unmittelbar Betroffene (ältere Pflegebedürftige wie Angehörige) und Menschen, die sich auf eine solche Situation mental vorbereiten wollen, aber auch professionelle Pfleger/innen und freiwillige Helfer. Ihnen allen ist mit einem differenzierten Einblick in das familiäre Beziehungsgeschehen gedient, auch um damit die Basis für die Kommunikation und Kooperation in häuslichen Pflegearrangements zu verbessern. Zu diesem Zweck wird eine Fülle von Forschungsergebnissen und theoretischen Ansätzen zu wissenschaftlich begründeten Perspektiven verdichtet und auf gut verständliche Weise vermittelt.

Einleitend wird die Kernthese begründet, aus der sich das weitere Vorgehen ableitet: Pflege im Alter ist, so die hier vertretene Position, eine „neue Entwicklungsaufgabe“, die sich den Individuen, ihren Familien aber auch der Gesellschaft als Ganzes stellt. Insbesondere auf das hochkomplexe Beziehungsgeschehen in der familiären Pflege gibt es jedoch sehr unterschiedliche Blickwinkel, die zu Einschätzungen führen, die nicht einfach „falsch“ oder „richtig“ sind, sondern sich auf unterschiedlichen Annahmen zurückführen lassen. Ähnliches gilt für die entsprechenden wissenschaftlichen Aussagen, die weder ein geschlossenes Modell der familiären Pflege bilden, noch direkte Abbilder der Wirklichkeit sind, sondern – wenn auch empirisch begründet und logisch konsistent – spezielle Verständnisperspektiven darstellen. Bubolz-Lutz vertritt die Auffassung, dass erst die Auseinandersetzung mit diesen unterschiedlichen Blickwinkeln den Betrachtern wie den Beteiligten, dazu verhilft, sich die Begrenztheit auch ihrer eigenen Sicht auf konkrete Pflegesituationen bewusst zu machen und durch Perspektivenwechsel alternative Sichtweisen zu entwickeln (35). In den folgenden Kapiteln werden die Leitperspektiven herausgearbeitet, mit denen dem Leser der Zugang zu einem umfassenden Verständnis familiärer Pflegesituationen vermittelt werden soll.

Das erste Kapitel widmet sich der *systemischen Perspektive*. Aus dieser Sicht zeigt sich die Relevanz aller Systemebenen für häusliche Pflege – von der Mikro-Ebene (Gepflegte und engster Kreis pflegender Angehöriger) über die Meso-Ebene (Unterstützung durch Professionelle, Freunde und freiwillige Helfer), die Exo-Ebene (indirekte Einflüsse, z.B. durch den Arbeitsplatz) bis zur Makro-Ebene (gesellschaftliche Rahmenbedingungen, z.B. die kulturellen und strukturellen Voraussetzungen des Gesundheitssystems). Auf allen Ebenen gibt es zahlreiche Wechselwirkungen, die in einer Pflegematrix dargestellt werden können. Das sichtbar werdende Netzwerk ist einerseits von der konstanten Notwendigkeit zur Balance und Grenzziehung geprägt, bietet aber andererseits jene Möglichkeiten sozialer Unterstützung, die als Prävention gegen Erkrankungen, Überlastungen und Isolation unverzichtbar sind. Als besondere Gestaltungsmomente werden die Suche nach Stressbewältigung und eine basale Kompetenzmotivation angesprochen, die zur Mobilisierung eigener und fremder Ressourcen führen.

Im zweiten Kapitel wird mit der *integrativen Perspektive* versucht, den Zugang zu einem „gesamthaften Verstehen“ der häuslichen Pflegesituation zu eröffnen. Zu den körperlichen, emotionalen, kognitiven und ethischen Aspekten von Pflege haben die entsprechend spezialisierten wissenschaftlichen Disziplinen viele Einzelbefunde vorgelegt. In Anlehnung an humanistische Ansätze in Psychologie, Philosophie, Theologie, Pädagogik und Pflegewissenschaften wird hier jedoch versucht, den Blick auf die Pflegebeziehung als Ganzes zu richten. Reflektiert in ihrer Bedeutung für die Gestaltung von Pflegebeziehungen werden: Körperlichkeit (Beziehung durch Berührung), Emotionen (Normalität widersprüchlicher Gefühle), Überzeugungen und Werthaltungen (als prägend für das Lebensgefühl), Sinn erleben (Halt und Bewältigungshilfe) und Ethik (zwischen Selbständigkeit und bewusst angenommener Abhängigkeit). Diese Teilaspekte werden in ihrer Wechselwirkung in Bezug gesetzt, wobei

erneut auf die Notwendigkeit verwiesen wird, sich sozialen Zusammenhängen multiperspektivisch zu nähern und – im Wissen, dass ein Gesamtverständnis de facto unerreichbar bleibt – die integrative Perspektive als Zielvorstellung nicht aufzugeben.

Kapitel drei schärft mit der *Strukturperspektive* den Blick für typische Muster sozialen Handelns in Pflegebeziehungen. Hier geht es z.B. um sozialpsychologische Beziehungsfällen, die das Sorgeverhalten unbewusst lenken, aber auch um Normen und Motive in der Spannung von Pflegeverpflichtung und Neigung, um die Interdependenz von Hilfe geben und Hilfe annehmen und um viele andere empirisch gut belegte Phänomene und Konstellationen. Die strukturelle Perspektive ermöglicht eine Erfassung solcher Muster und bietet Erklärungen der zugrunde liegenden Dynamiken und der besonderen Bedingungen unter denen sie zustande kommen und aufrechterhalten werden. Damit ergeben sich nicht nur Verständniszugänge, sondern auch Chancen der Intervention und der Vermeidung destruktiver Verfestigungen.

Mit der *Prozessperspektive*, Thema des vierten Kapitels, lässt sich betrachten, wie sich gemeinsame Vorerfahrungen auf Beziehungen auswirken, wenn Pflegebedarf eintritt und andauert. Weiter Fragen richten sich unter dieser Perspektive darauf, ob es typische Phasenverläufe im Umgang von Betroffenen mit schwerer, lange Zeit andauernder Krankheit und Pflegebedürftigkeit gibt, wie sich die Lebensstadien in der Familie verändern und wie die verschiedenen Generationen im Lebenszyklus einer Familie zum Gelingen familiärerer Pflege beitragen können. Deutlich wird die Bedeutung des biografischen Hintergrunds für die Gestaltung von Pflegesituationen, aber auch der Prozesscharakter der Pflege selbst. Phasenmodelle sind nicht streng chronologisch aufzufassen, sondern ziehen sich eher als Themen durch den Verlauf des Krankseins und Pflegens, dennoch kann es nützlich sein, Phasen der Vororientierung, des Pflegebeginns der Dauerpflege, der Beendigung und Neuorientierung reflexiv von einander zu trennen, um typische Probleme besser erkennen zu können. Die prozessuale Sicht zeigt Pflege als individuellen, familiären und gesellschaftlichen Prozess, benennt Veränderungen und verhilft zur Formulierung darauf bezogener Entwicklungsaufgaben. Ein Verständnis aktueller Pflegebeziehungen wird möglich aus ihrem Vergangenheits- und Zukunftsbezug heraus.

Im fünften Kapitel wird – mit Hilfe der *Konfliktperspektive* – deutlich, dass die Interessen und Bedürfnisse der Beziehungspartner in Pflegesituationen durchaus divergieren können. Dies muss sich nicht negativ bemerkbar machen, solange es zum Anlass für faire Aushandlungsprozesse genommen wird. Konflikte resultieren aus unterschiedlichen Bedürfnissen, aber auch aus individuell unterschiedlichen Interpretationen der Situation und mitunter aus Rivalitäten zwischen Pflegepersonen. Sie treten vor allem zu Tage, wenn aus Sicht der pflegenden Familie Unterstützung von außen notwendig wird. Typische Konfliktlinien zwischen familialer und institutioneller Pflege ergeben sich aus den unterschiedlichen Sicht-

weisen und Intentionen der Akteure, insbesondere aber auch durch Idealisierungen der jeweiligen Pflegeleistungen bei gleichzeitig geringer Anerkennung unterschiedlicher Kompetenzen. Die Konfliktperspektive fördert insgesamt ein alltags- und lebensnahes Verständnis der Beziehungsqualität in der familialen Pflege. Durch gestörte Kommunikation können Konflikte eskalieren, und die Kommunikationstheorie bietet eine Reihe wirksamer Ansätze, wie Konflikte behoben und kommunikative Kompetenzen verbessert werden können.

Die im sechsten Kapitel thematisierte *Kontextperspektive* kann sich auf zeitliche, ökologische, gesellschaftliche und kulturelle Rahmenbedingungen von Pflegesituationen beziehen. Das Buch beschränkt sich hier auf die für den gesellschaftlich-kulturellen Bereich zentrale Geschlechterperspektive. Welche geschlechterspezifischen Vorstellungen prägen die Rollenverteilung bei der Pflege, verhalten sich Frauen und Männer unterschiedlich, wenn sie schwer erkranken und pflegebedürftig werden, pflegen Männer und Frauen jeweils anders, gibt es für die Geschlechter typische Pflegeeinstellungen? Dies sind die Fragen, welche sich aus der Geschlechterperspektive stellen. Die Forschung zeigt, dass die Krankenrolle von Männern und Frauen häufig unterschiedlich erlebt wird und geschlechtertypische Rollenverteilungen sich auch im Verhalten nach Eintritt schwerer Krankheiten widerspiegeln können. Ebenso ausgeprägt sind die geschlechtertypischen Unterschiede im Umgang mit der Pflegerolle, mit den Erwartungen an die Pflege und den Interpretationen der Pflegeverpflichtung. Die geschlechterdifferenzierende Sichtweise trägt wesentlich zum Verständnis der von Männern und Frauen unterschiedlich erbrachten Leistungen bei, aber auch ihrer unterschiedlichen Belastungen. Deutlich wird jedoch auch ein Trend zur Angleichung im geschlechtertypischen Pflegeverständnis. Die Spannungsfelder familiärer Pflege (z.B. Selbstaufgabe versus Selbstverwirklichung, überkommene Normen versus reale Möglichkeiten, persönliche Bindungen und Neigungen versus

Notwendigkeiten der Existenzsicherung und andere Rollenverpflichtungen, Hilfe-Geben-Wollen versus Hilfe-Geben-Müssen) erfordern entsprechende Balanceakte zunehmend auch von pflegenden Männern.

Die geschlechterdifferenzierende Perspektive erweist sich insgesamt als eine notwendige Ergänzung für das Verständnis der Beziehungsqualität in familiären Pflegebeziehungen und bietet zugleich spezifische Ansätze für Veränderungen.

In einer Schlussbetrachtung wird die Funktion der zuvor dargestellten wissenschaftlichen Perspektiven als Anregung zu reflektierten Entscheidungen und Planungen und zur Orientierung des Handelns beschrieben. Theorien können, wie der Band überzeugend zeigt, als Werkzeug für die Praxis genutzt werden. Der multiperspektivische Zugang könnte, wenn der hier aufgezeigte Weg von der Einzelperspektive zum Gesamtverständnis beschritten wird, in der Tat zur „Belebung alltäglicher Aushandlungsprozesse“ beitragen, deren gemeinsame Grundorientierung sich in einem neuen Leitbild zur Pflege in der Familie artikulieren könnte. Ansatzpunkte dafür liegen – als Konsequenz der dargestellten Perspektiven – für Bubolz-Lutz im Konsens über die fundamentale Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung, die Wahrung der Würde der Person, die Notwendigkeit einer differentiellen Sicht, die Anerkennung des Leben in Abhängigkeit von Hilfe und Pflege als spezielle Lebensform des Alters, die Verantwortlichkeit für die eigene Daseinsvorsorge und Lebensplanung, die Mitverantwortlichkeit, die Abwägung der Interessen und Bedürfnisse aller an einem Pflegearrangement Beteiligten, und die Unterstützung bei Kompetenzerwerb und Kompetenzentwicklung zur Bewältigung von Pflege als Entwicklungsaufgabe.

Durch einen didaktischen Kunstgriff verknüpft die Autorin die wissenschaftlichen Perspektiven mit lebensweltlichen Zweifeln und Erfahrungen. Am Ende eines jeden Kapitels setzen sich in einem fiktiven Dialog sechs Personen, die unterschiedliche Bedürfnisse und Interessen verkörpern, mit dem Nutzen der dargestellten wissenschaftlichen Erkenntnisse für die Gestaltung von Pflegesituationen auseinander. Insgesamt erfüllt das Buch alle Anforderungen an die Qualität und Stringenz wissenschaftlicher Argumentation und verdeutlicht zugleich die alltagspraktische Relevanz von Theorie für die Gestaltung von Pflege in der Familie.

Peter Zeman

Das Buch (224 S.) ist im Jahr 2006 im Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau erschienen und kostet 28,00 Euro (ISBN-10: 3-7841-1662-0; ISBN-13: 978-3-7841-1662-4)

Die Zeitschriftenbibliografie wurde von der Bibliothek des Deutschen Zentrums für Altersfragen zusammengestellt. Bitte nutzen Sie die kostenfreie Online-Datenbank GeroLit (www.gerolit.de), um sich über die zusätzlichen Neuerscheinungen im Buchbereich zu informieren.

Öffnungszeiten der DZA-Bibliothek

Die Öffnungszeiten der Präsenzbibliothek des Deutschen Zentrums für Altersfragen sind: Dienstag 10.00–19.00 Uhr, Mittwoch und Donnerstag 10.00–16.00 Uhr. Besucher, die von auswärts anreisen oder die Bibliothek für einen längeren Studienaufenthalt nutzen wollen, können auch Termine außerhalb der Öffnungszeiten telefonisch vereinbaren (Tel. (030) 26 07 40-80).

Soziologische/Sozialpsychologische Gerontologie/Soziologie

- Amador, Tristen K.; Travis, Shirley S.; McAuley, William J.; Bernard, Marie et al.: Recruitment and retention of ethnically diverse long-term family caregivers for research. *Journal of Gerontological Social Work*, 47(2006)3/4, S.139–152
- Christy-McMullin, Kameri; Shobe, Marcia A.: The role of economic resources and human capital with women abuse. *Journal of Policy Practice*, 6(2007)1, S.3–26
- Copen, Dasey E.: Welfare reform: challenges for grandparents raising grandchildren. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2006)3/4, S.193–209
- Gröning, Katharina: Der demografische Wandel und die Bildung der Generationen. *Sozialer Fortschritt*, 56(2007)2, S.27–32
- O'Neill, Tracey; Jinks, Clare; Squire, Anne: „Heating is more important than food“. Older women's perceptions of fuel poverty. *The Journal of Housing for the Elderly*, 20(2006)3, S.95–108
- Richard, Colleen Anne; Brown, Alison Hamilton: Configurations of informal social support among older lesbians. *Journal of Women & Aging*, 18(2006)4, S.49–65
- Thiele, Albert: Überforderte Pflegekräfte, vernachlässigte Alte? Den Vorurteilen mit professioneller Öffentlichkeitsarbeit begegnen. *Pflegen ambulant*, 18(2007)1, S.48–51
- Yoon, Dong Pil; Lee, Eun-Kyoung Othelia: The impact of religiousness, spirituality and social support on psychological well-being among older adults in rural areas. *Journal of Gerontological Social Work*, 48(2007)3/4, S.281–298

Geriatric/Gesundheitliche Versorgung/Medizin

- Deutsches Zentrum für Altersfragen, Gerostat: Gesundheit in der Altersgruppe 50plus. Selbsteinschätzung, Problembereiche, Gesundheitsverhalten. *Informationsdienst altersfragen*, 8(2007)38, S.17–20
- Stehling, Heiko: Kompetenzgewinn. *Altenpflege Extra: Inkontinenz. Altenpflege*, 32(2007)2, S.14–15

Gerontopsychiatrie/Psychiatrische Versorgung/Psychiatrie

- Knäppl, Annerose: Mehr Hauswirtschaft – mehr Präsenz. *Personalausstattung flexibilisieren. Altenheim*, 45(2007)1, S.12–15
- Schäfer, Angelika: Ressourcen bündeln – neue Stellen schaffen. *Hauswirtschaftliche Präsenzkraft. Altenheim*, 45(2007)1, S.16–18
- Schrader, Steve; Stewens, Christa: „Bessere Betreuung bei gleichem Budget“. *Flexibler Personaleinsatz. Altenheim*, 45(2007)1, S.20–21

Sozialpolitik/Soziale Sicherung

- Almsick, Josef van; Köhler-Rama, Tim: Neuere Ökonomie und Alterssicherung. Ein Blick in die jüngere internationale ökonomische Fachliteratur. *Deutsche Rentenversicherung*, 62(2007)1, S.1–21
- Becker, Fred W.: Reaktionen auf Reformvorschläge für Renten der sozialen Sicherheit in den Vereinigten Staaten. *Internationale Revue für Soziale Sicherheit*, 60(2007)1, S.111–126
- Clément, Matthieu: Einschätzung der Bedeutung staatlicher Transfers für die Armutsdynamik. Beispiel Russland. *Internationale Revue für Soziale Sicherheit*, 60(2007)1, S.65–88
- Göbel, Dieter; Dünn, Sylvia: Die Deutsche Rentenversicherung – ein Jahr nach der Organisationsreform. *Deutsche Rentenversicherung*, 62(2007)1, S.22–33
- Hill, Gretchen J.: State policy decisions in the 1990s with implications for the financial well-being of later-life families. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2006)3/4, S.211–227
- Köhler-Rama, Tim: „Beitrag und Leistung wieder in ein gerechtes Verhältnis bringen“ – 50 Jahre Rentenreform 1957 –. *RVaktuell*, 54(2007)1/2, S.13–18
- Nelson, Kenneth: Universalismus und Zielgruppenorientierung. *Abbauanfälligkeit der Sozialversicherung und der bedürftigkeitsabhängigen Mindesteinkommenssicherung in 18 Ländern 1990–2002. Internationale Revue für Soziale Sicherheit*, 60(2007)1, S.37–64
- Rische, Herbert: Die Herausforderungen annehmen – den Wandel gestalten – die Rehabilitation zukunftsfest machen. *RVaktuell*, 54(2007)1/2, S.2–8
- Schmähl, Winfried: Raus aus der Armut. Vor 50 Jahren wurde in der Bundesrepublik die dynamische Rente eingeführt. Dieses Erfolgsmodell wird jetzt demontiert. *Die Zeit*, (2007)4, S.22

- Schmähl, Winfried: Über Nutzen und Grenzen ökonomischer Modellanalysen. *Laudatio anlässlich der Verleihung des FNA-Forschungspreises am 6. Dezember 2006. Deutsche Rentenversicherung*, 62(2007)1, S.34–42
- Schötz, Jürgen: Der EU-Beitritt Bulgariens und Rumäniens zum 01.01.2007 aus rentenrechtlicher Sicht. *RVaktuell*, 54(2007)1/2, S.19–24
- Turner, John: Das Mindestrentenalter in der Sozialversicherung von OECD-Ländern: 1949–2035. *Internationale Revue für Soziale Sicherheit*, 60(2007)1, S.89–109

Gesundheitswesen/Kranken- und Pflegeversicherung

- Mesa-Lago, Carmelo: Die Ausdehnung des Schutzes der Krankenversicherung und der Arbeitsmarkt. *Probleme und Politik in Lateinamerika. Internationale Revue für Soziale Sicherheit*, 60(2007)1, S.3–36
- Möwisch, Anja; Radicione, Silvana: Setzen Sie auf Konzepte und Kooperationen. *Reform der Pflegestufen. Altenheim*, 46(2007)3, S.56–59
- Shearer, Nelma; Fleury, Julie: Social support promoting health in older women. *Journal of Women & Aging*, 18(2006)4, S.3–17
- Wenner, Ulrich; Bundessozialgericht: Grenzen der Leistungspflicht der Kassen für nicht anerkannte Behandlungsverfahren und nicht zugelassene Arzneimittel. *Bundessozialgericht antwortet auf Bundesverfassungsgericht. Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, 56(2007)2, S.75–77

Altenhilfe/Altenpolitik/Altenorganisationen/Freie Wohlfahrtspflege

- Dockter-Kausen, Iris: Wohl der Gemeinschaft. *Ehrenamt. Altenpflege*, 32(2007)1, S.30–32
- Schulte, Bernd: Soziale Daseinsvorsorge und Europäisches Gemeinschaftsrecht – Teil 2. *Dienstleistungsfreiheit und gesundheitliche und soziale Dienstleistungen in der Europäischen Union. ZFSH/SGB – Sozialrecht in Deutschland und Europa*, 46(2007)1, S.13–27
- Slobodzian, Susanne: Kreative Krise. *Alte Menschen werden auf Kuba besser versorgt als in den Nachbarländern. Altenpflege*, 32(2007)3, S.45–47
- Zegelin, Angelika: Wie du mir, so ich dir. *Wer in Kamerun alt und krank wird, kann sich auf die Verwandtschaft verlassen. Altenpflege*, 32(2007)1, S.39–40

Sozialarbeit/Altenarbeit/Selbsthilfe/Ehrenamtlichkeit

- Breithecker, Renate; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik: *Was Seniorinnen und Senioren in ihren Kommunen leisten. Erste Ergebnisse des Modellprojekts „Selbstorganisation älterer Menschen“.* *Informationsdienst altersfragen*, 34(2007)2, S.9–13

- Crewe, Sandra Edmonds: Joy of living: a community-based mental health promotion program for African American elders. *Journal of Gerontological Social Work*, 48(2007)3/4, S.421–438
- Dickinson, Janet C.: A survey of social policy placements in BSW education. *Journal of Policy Practice*, 6(2007)1, S.47–63
- Kaufman, Allan V.; Scogin, Forrest R.; Burgio, Louis D.; Morthland, Martin P. et al.: Providing mental health services to older people living in rural communities. *Journal of Gerontological Social Work*, 48(2007)3/4, S.349–365
- Klein, Waldo C.; Parks, Cheryl A.: Listening to seniors: successful approaches to data collection and program development. *Journal of Gerontological Social Work*, 48(2007)3/4, S.457–473
- Nelson-Becker, Holly; Nakashima, Mitsuko; Canda, Edward R.: Spiritual assessment in aging: a framework for clinicians. *Journal of Gerontological Social Work*, 48(2007)3/4, S.331–347
- Olk, Thomas: Bürgergesellschaft und Engagement älterer Menschen – Plädoyer für einen Welfare-Mix in der kommunalen Daseinsvorsorge. *Informationsdienst altersfragen*, 34(2007)2, S.5–8
- Schwichtenberg-Hilmert, Beate: Im Focus: Daseinsvorsorge in der Kommune und bürgerschaftliches Engagement Älterer in Deutschland. *Informationsdienst altersfragen*, 34(2007)2, S.18–20
- Zeman, Peter: Aktuelle Beispiele für das Engagement Älterer in der Kommune. *Informationsdienst altersfragen*, 34(2007)2, S.14–17
- Zeman, Peter: Bürgerschaftliche Beiträge Älterer zur Lebensqualität in alternden und schrumpfenden Kommunen. *Informationsdienst altersfragen*, 34(2007)2, S.2–4
- Pflege/Rehabilitation/Therapie**
- Bertsch, Ursula; Duffner, Marita: Quelle der Erinnerung. *Alternative Pflege. Altenpflege*, 32(2007)2, S.28–31
- Borutta, Manfred: Von der lernenden zur kompetenten Organisation. Wissensmanagement in Pflegeeinrichtungen aus systemtheoretischer Perspektive. www.PRINTERNET.info, 9(2007)2, S.77–84
- Brune, Heidrun; Seeling, Stefanie: Hilfe der Natur. *Alternative Pflege. Altenpflege*, 32(2007)2, S.24–27
- Emilsson, Ulla Melin: Supervision as pedagogy and support in the Swedish eldercare – a developmental project. *Journal of Gerontological Social Work*, 47(2006)3/4, S.83–102
- Frommelt, Mona; Mascia, Maria: Multiplikatoren für mehr Qualität. Expertenstandards sollen flächendeckend eingeführt werden. *Pflegen ambulant*, 18(2007)1, S.35–36
- Groenhagen, Edda; Krüger, Hildegard: Die zweite Luft. Konzept des Erfahrbaren Atems. *Altenpflege*, 32(2007)2, S.34–36
- Pick, Peter: Pflegebedürftigkeit muss neu definiert werden. *Pflegen ambulant*, 18(2007)1, S.18–22
- Rausch, Stina; Kurasinski, Nadine; Witten/Herdecke, Universität, Institut für Pflegewissenschaft: Tabuthema Harninkontinenz. Häufige Probleme und Fragen. Teil 1. *Pflegen ambulant*, 18(2007)1, S.11–13
- Sobirav-Hüther, Brigitte: Zauber des Augenblicks. *Alternative Pflege. Altenpflege*, 32(2007)2, S.32–33
- Steffan, Sabine; Laux, Heiner; Wolf-Ostermann, Karin: Einstellungssache IT-gestützte Pflegedokumentation? Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. www.PRINTERNET.info, 9(2007)2, S.94–101
- Swoboda, Beate: Lehrreiche Schnitzer. Pflegefehler. *Altenpflege*, 32(2007)2, S.22–23
- Swoboda, Beate: Neugier ist Pflicht. Die Pflegewissenschaft leistet der Pflegepraxis mehr und mehr Hilfe. *Altenpflege*, 32(2007)3, S.48–49
- Tackenberg, Peter; Widmer, Rudolf; Schrader, Ulrich; König, Peter: ICNP Version 1.0: Erstellung der deutschen Übersetzung mittels Open-Source-Verfahren. www.PRINTERNET.info, 9(2007)2, S.106–112
- Wieteck, Pia: Übereinstimmung von Interventionsdokumentationen mit tatsächlich durchgeführten pflegerischen Leistungen. www.PRINTERNET.info, 9(2007)2, S.113–120
- Familiale Altenpflege/Informelle Hilfe**
- Adams, Kathryn Betts: The transition to caregiving. The experience of family members embarking on the dementia caregiving career. *Journal of Gerontological Social Work*, 47(2006)3/4, S.3–29
- Cottrell, Victoria; Wild, Katherine; Bader, Theresa: Medication management and adherence among cognitively impaired older adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 47(2006)3/4, S.31–46
- Feinberg, Lynn Friss; New, Sandra L.: Preliminary experiences of the states in implementing the National Family Caregiver Support Program: a 50-state study. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2006)3/4, S.95–113
- Gaugler, Joseph E.; Teaster, Pamela: The family caregiving career: implications for community-based long-term care practice and policy. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2006)3/4, S.141–154
- Guberman, Nancy; Gagnon, Éric; Lavoie, Jean-Pierre; Belleau, Hélène et al.: Families' values and attitudes regarding responsibility for the frail elderly. Implications for aging policy. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2006)3/4, S.59–78
- Hash, Kristina: Caregiving and post-caregiving experiences of midlife and older gay men and lesbians. *Journal of Gerontological Social Work*, 47(2006)3/4, S.121–138
- Johansson, Lennarth; Sundström, Gerdt: Policies and practices in support of family caregivers – filial obligations redefined in Sweden. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2006)3/4, S.7–26
- Liebig, Phoebe S.; Koenig, Teresa; Pynoos, Jon: Zoning, accessory dwelling units, and family caregiving. Issues, trends, and recommendations. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2006)3/4, S.155–172
- Mehta, Kalyani K.: A critical review of Singapore's policies aimed at supporting families caring for older members. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2006)3/4, S.43–57
- Owens-Kane, Sandra: Mosaic of difference: enhancing culturally competent aging-related knowledge among social workers. *Journal of Gerontological Social Work*, 48(2007)3/4, S.475–492
- Reiber, Karin: Das Praktische Studiensemester Pflegepädagogik im Spiegel wissenschaftlicher Lehrerbildung. *Pflege & Gesellschaft*, 12(2007)1, S.62–82
- Stuart, Mary; Hansen, Eigil Boll: Danish home care policy and the family: implications for the United States. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2006)3/4, S.27–42
- Wagner, Donna L.: Families, work, and an aging population: developing a formula that works for the workers. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2006)3/4, S.115–125
- Whitlatch, Carol J.; Feinberg, Lynn Friss: Family and friends as respite providers. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2006)3/4, S.127–139
- Wisensale, Steven K.: Commentary: What role for the family and Medical Leave Act in long-term care policy? *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2006)3/4, S.79–93
- Soziale Dienste/Mobile Dienste**
- Ballast, Thomas: Stabile Versorgungsketten bilden. Verbesserte Möglichkeiten für Pflegedienste, Integrationsversorgung mit zu gestalten. *Häusliche Pflege*, 15(2007)1, S.16–21
- Borst, Tanja; Block, Stefan; ASB Ambulante Pflege: Der Kunde steht im Mittelpunkt. Erfahrungsbericht: Kundenbefragung als Instrument im Qualitätsdialog. *Häusliche Pflege*, 15(2007)3, S.54–55
- Groß, Johannes; Bundessozialgericht: Pflicht zur Zahlung. BSG korrigiert bisherige Rechtsprechung: Kassen müssen Verzugszinsen zahlen. *Häusliche Pflege*, 15(2007)1, S.34–35
- Groß, Johannes: Weit gehend kooperieren. Die MDK-Qualitätsprüfung aus juristischer Sicht – Teil 1. *Häusliche Pflege*, 15(2007)3, S.48–49
- Henke, Friedhelm: Pflegeplanung per Computer. *Pflegen ambulant*, 18(2007)1, S.45–47
- Jahn, Isabel: Zur Auskunft verpflichtet. Arbeitsrecht: Gehaltspfändungen bei Mitarbeitern. *Häusliche Pflege*, 15(2007)2, S.32–33
- Kadushin, Goldie; Egan, Marcia: Unmet patient need in home care under managed care. *Journal of Gerontological Social Work*, 47(2006)3/4, S.103–120
- Kämmer, Karla: Die Balance halten. Zunehmender Stress kann mit bewusster Lebensplanung bewältigt werden. *Altenpflege*, 32(2007)2, S.38–39
- Kaminski, Ralf; Arbeitsgericht Hagen: Unternehmerisches Handeln entscheidet. Arbeitsrecht: Urteil zur Definition „leitender Angestellter“ im Unternehmen. *Häusliche Pflege*, 15(2007)3, S.50–51
- Kellnhauser, Edith: Mehr Vielfalt, mehr Chancen. Zukunftsprognosen: Wachsende Bedeutung der ambulanten Pflege. *Häusliche Pflege*, 15(2007)3, S.56–58
- Klingbeil, Darren: Beide Partner gewinnen. Erfolgreiches Miteinander: Wie Pflegedienste mit stationären Anbietern kooperieren. *Häusliche Pflege*, 15(2007)3, S.18–23
- Klingbeil, Darren: Beatmeten Menschen das Leben zu Hause ermöglichen. Die Spezialisierung auf Häusliche Intensivpflege als Chance für Pflegedienste – ein Porträt. *Häusliche Pflege*, 15(2007)1, S.26–29
- Klingbeil, Darren: „Das Haus lebt“. Pflegedienst-kunden halten und hinzugewinnen: Durch Kurzzeit-, Tagespflege und WGs. *Häusliche Pflege*, 15(2007)2, S.16–21
- Klingbeil, Darren: Kunden brauchen flexible Angebote und Informationen. Ergebnisse des Deutschen Altenpflege-Monitors 2006 zum Brennpunktthema Häusliche Pflege. *Häusliche Pflege*, 15(2007)2, S.22–24
- Loffing, Christian; Horst, Michael: Ein einheitlicher Auftritt schafft Vertrauen. Dem Pflegedienst eine Corporate Identity geben: Vom pflegenden ICH zum pflegenden WIR. *Häusliche Pflege*, 15(2007)3, S.38–41
- Michell-Auli, Peter: Der Sozialmarkt im Wandel – Mögliche strategische Handlungsfelder für Sozialunternehmen. *Sozialer Fortschritt*, 56(2007)2, S.45–50
- Ritzer, Karl: Arbeitszeiten einvernehmlich gestalten. Praxisbericht: Moderne Arbeitszeiten per Dienstvereinbarung organisieren. *Häusliche Pflege*, 15(2007)2, S.26–29
- Schmidtko, Marc: Durch effizientes Controlling auf Erfolgskurs. Moderne Softwarelösungen unterstützen die wirtschaftliche Unternehmenssteuerung. *Häusliche Pflege*, 15(2007)1, S.38–40
- Schrader, Steve; Brückers, Rainer: „Wir bauen die ambulanten Strukturen weiter aus“. Zukunft der Arbeiterwohlfahrt. *Altenheim*, 46(2006)3, S.60–61

- Unger, Dorothee: Hilfe bei häuslicher Gewalt. Pflege in Not berät bei Problemen mit pflegenden Angehörigen. *Pflegen ambulant*, 18(2007)1, S.23–26
- Wagner, Franz: Leitbild und Vision mit Leben füllen. Zielvereinbarungen zur Umsetzung des Leitbildes nutzen. *Häusliche Pflege*, 15(2007)2, S.34–36
- Walter, Vibeke; Caritasverband, Landesverband Merzig-Wadern: Stunden des Glücks. Ehrenamt. *Altenpflege*, 32(2007)1, S.33–35
- Werner, Ulrich: Gefahren richtig einschätzen. Risikomanagement am Beispiel einer Sozialstation. *Pflegen ambulant*, 18(2007)1, S.40–44
- Woithon, Johannes; Gratzl, Ewald: Mit klaren Vorgaben zum Erfolg: Beispiel Tourenplanung. Betriebsabläufe optimieren – wirtschaftlicher pflegen. *Häusliche Pflege*, 15(2007)3, S.42–45
- Heimunterbringung/Geschlossene Altenhilfe/Stationäre Einrichtungen**
- Appel, Dirk; Vering, Boris; Wehmeier, Dirk: Dienstzeiten, wie sie die Bewohner brauchen. *Flexible Arbeitszeiten*. *Altenheim*, 45(2007)1, S.40–43
- Browne, Colette V.; Braun, Kathryn L.; Arnsberger, Pam: Filipinas as residential long-term care providers. Influence of cultural values, structural inequity, and immigrant status on choosing this work. *Journal of Gerontological Social Work*, 48(2007)3/4, S.439–455
- Daneke, Sigrid: Praktisch, sicher – und am besten variabel. *Altenheim*, 45(2007)1, S.44–47
- Doege, Gitta; Geest, Werner: Im Verbund zum Erfolg. *Kieler Servicehäuser*. *Altenheim*, 46(2006)3, S.72–73
- Erickson, Mary Ann; Krout, John; Ewen, Heidi; Robison, Julie: Should I stay or should I go? Moving plans of older adults. *The Journal of Housing for the Elderly*, 20(2006)3, S.5–22
- Fonad, Edit; Wahlin, Tarja-Brita Robins; Heikkilä, Kristina; Emami, Azita: Moving to and living in a retirement home. Focusing on elderly people's sense of safety and security. *The Journal of Housing for the Elderly*, 20(2006)3, S.45–60
- Großkopf, Volker; Schanz, Michael: Vorsicht bei Vorräten. Medikamente sollten nur bewohnerbezogen bevorratet und verabreicht werden. *Altenpflege*, 32(2007)2, S.44–45
- Hartwanger, Annette: In Kontakt bleiben. Die Kommunikation mit Pflegebedürftigen bedarf großer Sorgfalt. *Altenpflege*, 32(2007)3, S.50–51
- Hartwanger, Annette: Individuelle Vorlieben. Bewohnerkleidung sollte nicht nur gefallen, sondern auch praktisch sein. *Altenpflege*, 32(2007)1, S.22–24
- Klie, Thomas; Klein, Andreas; Niedersächsisches Obergerverwaltungsgericht: Verblisterung von Arzneimitteln durch Apotheker für Heime zulässig. *Das Urteil*. *Altenheim*, 46(2006)3, S.67–68
- Maelicke, Bernd; Tietze, Andreas; Deutsches Institut für Sozialwirtschaft: Das Heim als Servicezentrum. Angebotsstrukturen der Zukunft. *Altenheim*, 46(2006)3, S.52–55
- Möwisch, Anja: Diktat oder Vertragsfreiheit? Einrichtungen haben ein Verhandlungsrecht über die Inhalte der Verträge mit den Kostenträgern. *Altenheim*, 46(2006)3, S.69–70
- Schleipen, Thomas: Vorsicht vor Benachteiligung. Das AGG stellt Heimbetreiber vor neue Herausforderungen. *Altenheim*, 45(2007)1, S.28–29
- Schöffler, Mona: Prüfen, planen, investieren. Neu- und Umbauten. *Altenheim*, 45(2007)1, S.36–39
- Steindorf, Matthias: Der erste Eindruck ist der entscheidende. Kriterien zur Heimauswahl. *Altenheim*, 46(2006)3, S.82–85
- Tavridis, Nikolaos: Die Pflegeimmobilie ist eine begehrte Geldanlage. Im Visier der Investoren. *Altenheim*, 46(2006)3, S.74–78
- Wipp, Michael: Fehlzeiten: Wie Sie effektiv gegensteuern. Qualitätssicherung. *Altenheim*, 46(2006)3, S.79–81
- Zegelin, Angelika: Quelle der Vielfalt. Ehrenamt. *Altenpflege*, 32(2007)1, S.26–29
- Sterbehilfe/Sterbebegleitung/Lebensverlängerung/Tod**
- Heyman, Janna C.; Gutheil, Irene A.: Social work involvement in end of life planning. *Journal of Gerontological Social Work*, 47(2006)3/4, S.47–61
- Ludewig, Christel: Von Anfang an. Palliativpflege. *Altenpflege*, 32(2007)3, S.52–54
- Messner, Thomas: Der gegenwärtige Tod. Palliativpflege. *Altenpflege*, 32(2007)3, S.58–60
- Müller, Kerstin; Rutenkröger, Anja: Bis zum Ende. Palliativpflege. *Altenpflege*, 32(2007)3, S.55–57
- Richardson, Virginia E.: A dual process model of grief counseling. Findings from the changing lives of older couples (CLOC) study. *Journal of Gerontological Social Work*, 48(2007)3/4, S.311–329
- Lebensverhältnisse Älterer**
- Georgieva, Elia: Population ageing in Bulgaria. *Country Report*. *BOLD*, 17(2007)2, S.21–25
- Khan, Mehedi Hasan: The emerging ageing situation in Bangladesh. *Country report*. *BOLD*, 17(2007)2, S.11–20
- Mohale, Isabel: Limpopo province, South Africa demographic aspects of ageing. *Country report*. *BOLD*, 17(2007)2, S.26–29
- Shrestha, Nilima: The ageing situation in Nepal. *Country report*. *BOLD*, 17(2007)2, S.2–10
- Wohnen/Wohnumfeld**
- Fahnenstich, Jürgen; Bundesgerichtshof: Verknüpfung nur begrenzt gestattet. Betreutes Wohnen in Wohneigentumsanlagen. *Häusliche Pflege*, 15(2007)2, S.30–31
- Iwarsson, Susanne; Nygren, Carita; Oswald, Frank; Wahl, Hans-Werner et al.: Environmental barriers and housing accessibility problems over a one-year period in later life in three European countries. *The Journal of Housing for the Elderly*, 20(2006)3, S.23–43
- Leeson, George W.: My home is my castle-housing in old age: the Danish longitudinal future study. *The Journal of Housing for the Elderly*, 20(2006)3, S.61–75
- Motevasel, Ingrid Nilsson: Senior housing in Sweden – a question of class differences and collective aging. An interview study in rental apartments and housing cooperatives. *The Journal of Housing for the Elderly*, 20(2006)3, S.77–93
- Resnick, Barbara; Jung, Duk Yoo: Utility of the Maryland assisted living functional assessment tool. *The Journal of Housing for the Elderly*, 20(2006)3, S.109–121
- Arbeit/Ältere Erwerbstätige/Ruhestand**
- Friedel, Heiko; Friedrichs, Michael; Röttger, Christoph; Bödeker, Wolfgang: Der Anteil der Arbeitswelt an den finanziellen Folgekosten der Frühinvalidität für die Gesetzliche Rentenversicherung. *Deutsche Rentenversicherung*, 62(2007)1, S.43–55
- Heidel, Susanne: Tagung der Sozialversicherung in Deutschland. „Gesund länger arbeiten – Gesund in Rente“ am 7. und 8. Dezember 2006 in Berlin. *Deutsche Rentenversicherung*, 62(2007)1, S.56–66
- Kistler, Ernst: Der Mythos vom demografisch bedingten Arbeitskräftemangel. *Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit älterer in vielen Branchen nicht gegeben*. *Soziale Sicherheit*. *Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, 56(2007)1, S.15–21
- Ozawa, Martha N.; Hong, Baeg-Eui: Postretirement earnings relative to preretirement earnings: gender and racial differences. *Journal of Gerontological Social Work*, 47(2006)3/4, S.63–82
- Statistisches Bundesamt: Deutschland – stark beim Export, bei der Bildung eher schwach. Im EU-Vergleich. *Informationsdienst altersfragen*, 8(2007)38, S.3–17
- Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Gerontologie/Geriatrie/Pflege**
- Bischoff-Wanner, Claudia: Die Lehrerbildung in der Pflege im Zeichen von „Bologna“. *Pflege & Gesellschaft*, 12(2007)1, S.5–19
- Brinker-Meyendriesch, Elfriede: Ist die Normalität ein Plus für die Lehrerbildung? Neue Studiengänge für den Lehrer für Gesundheit/Pflege in Münster. *Pflege & Gesellschaft*, 12(2007)1, S.54–61
- Corley, Connie Saltz; Davis, Pamela; Jackson, LaTina; Bach, Marlena Stuart: Spirit of aging resing: cross-cutting thematic modules to enrich foundation graduate social work courses. *Journal of Gerontological Social Work*, 48(2007)3/4, S.299–309
- Cummings, Sherry M.; Cassie, Kim McClure; Galambos, Colleen; Wilson, Elizabeth: Impact of an infusion model on social work students' aging knowledge, attitudes, and interests. *Journal of Gerontological Social Work*, 47(2006)3/4, S.173–186
- Ernst, Joy Swanson; Sowbel, Lynda: Bringing the community in: partnerships for aging enrichment. *Journal of Gerontological Social Work*, 48(2007)3/4, S.387–403
- Ertl-Schmuck, Roswitha; Fichtmüller, Franziska; Böhnke, Ulrike: Reflexionen zur LehrerInnenbildung im Berufsfeld „Gesundheit und Pflege“. *Pflege & Gesellschaft*, 12(2007)1, S.20–33
- Faria, Debra Fromm; David, Virginia V.; Dauenhauer, Jason; Dwyer, Diane: Using collaboration to maximize outcomes for a John A. Hartford Foundation geriatric enrichment project. *Journal of Gerontological Social Work*, 48(2007)3/4, S.367–386
- Jager, Antje; Kleibs, Rainer: Enge Abstimmung. *Altenpflege – Lernen*. *Altenpflege*, 32(2007)3, S.52–3
- Johnson-Dalzine, Patricia: Preparing social work students to work with grandparents in kinship care. An approach to infusion of content materials into selected care social work courses. *Journal of Gerontological Social Work*, 48(2007)3/4, S.405–420
- Kane, Michael N.: Social work students' perceptions about incompetence in elders. *Journal of Gerontological Social Work*, 47(2006)3/4, S.153–171
- Koeppel, Armin: Umdenken gefragt: Pflegeausbildung in der Praxis. Betriebe müssen der Modernisierung Rechnung tragen. *Pflegen ambulant*, 18(2007)1, S.28–29
- Mai, Carsten: Schule und Betrieb gestalten Ausbildung Hand in Hand. *Pflegen ambulant*, 18(2007)1, S.30–32
- Remmers, Hartmut: Grundständigkeit der Lehrerbildung im Rahmen konsekutiver Studienstrukturen. Das Studienmodell Pflegewissenschaft an der Universität Osnabrück. *Pflege & Gesellschaft*, 12(2007)1, S.34–53
- Sowinski, Christine: Einheitliche Pflegeausbildung – ein gelungener Kraftakt? *Pflegen ambulant*, 18(2007)1, S.33–34
- Windels-Buhr, Doris: Licht und Schatten. Erste Erfahrungen mit der neuen Prüfung. *Altenpflege*, 32(2007)1, S. L2–3

Die vorliegende Bibliografie gerontologischer Monografien wurde zusammengestellt von der Bibliothek von Pro Senectute Schweiz, der größten Fachbibliothek zu den Themen Alter, Altern und Generationenbeziehungen in der Schweiz. Alle aufgeführten Bücher sind im Buchhandel oder bei der angegebenen Bezugsadresse erhältlich.

Gerontologie allgemein

Horx, Matthias: Wie wir leben werden: unsere Zukunft beginnt jetzt. – 3., durchgesehene Aufl. – Frankfurt a. M.: Campus, 2006. – 397 S. ISBN 978-359-337-7773: EUR 24.90

New dynamics in old age: individual, environmental, and societal perspectives/ ed. by Hans-Werner Wahl, Clemens Tesch-Römer, Andreas Hoff. – New York: Baywood Publ. Comp., 2007. – 392 S. – (Society and aging series) ISBN 0-89503-322-4: EUR 50.--

Soziologische und Sozialpsychologische Gerontologie/Soziologie

Wensierski, Peter: Schläge im Namen des Herrn: die verdrängte Geschichte der Heimkinder in der Bundesrepublik. – München: Deutsche Verlags-Anstalt, 2006. – 207 S. ISBN 978-342-105-8928: EUR 19.90

Geriatric/ Gerontopsychiatrie

Thümler, Reiner: Die Parkinson-Krankheit: mehr wissen – besser verstehen: Diagnose, Verläufe und neue Therapien: hilfreiche Antworten auf die 172 häufigsten Fragen. – 3., vollst. aktual. Aufl. – Stuttgart: TRIAS, 2006. – 279 S. – (Basiswissen). ISBN 978-383-043-3217: EUR 19.95

Sozialpolitik/ Soziale Sicherung

Demographie konkret: Seniorenpolitik in den Kommunen: mit zwölf vorbildlichen Beispielen aus der Praxis/ Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). – 2. Aufl. – Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 2006. – 99 S. ISBN 978-389-204-8602: EUR 18.--

Wegweiser Demographischer Wandel 2020: Analysen und Handlungskonzepte für Städte und Gemeinden/ Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). – Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 2006. – 206 S. ISBN 978-389-204-8756: EUR 20.--

Sozialarbeit/Selbsthilfe

Altern und bürgerschaftliches Engagement: Aspekte der Vergemeinschaftung und Vergesellschaftung in der Lebensphase Alter/ Klaus R. Schroeter, Peter Zängl (Hrsg.). – Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2006. – 286 S. – (Alter(n) und Gesellschaft; Bd. 12) ISBN 978-381-004-0848: EUR 29.90

Lebensverhältnisse Älterer

Bojack, Barbara: Älter werden – lebensfroh bleiben: wie wir uns vor Altersdepression schützen. – Originalausg. – Freiburg i.Br.: Herder, 2006. – 156 S. – (Herder-Spektrum ; Bd. 5749). ISBN 978-345-105-7496: EUR 8.90

Scherf, Henning: Grau ist bunt: was im Alter möglich ist. – Freiburg i.Br.: Herder, 2006. – 191 S. ISBN 978-345-128-5936: EUR 19.90

Wohnen/Wohnumfeld

Steffen, Gabrielle: Wohnen mit Assistenz: Wohnformen für alte Menschen mit Unterstützungsbedarf und Menschen mit Behinderung als Antwort auf den demografischen und gesellschaftlichen Wandel. – Stuttgart: Fraunhofer IRB, 2006. – 234 S. – (Bauforschung für die Praxis ; Bd. 78) ISBN 978-381-677-1296: EUR 40.--

Die Welt ist schwarzweiss: die Welt ist bunt/ Red.: Heike Klusmann. – Alpnach: Verlag M. Wallimann, 2006. – 80 S. ISBN 3-908713-60-9: EUR 14.--

Freizeit/Medien

Hartogh, Theo: Musikgeragogik: ein bildungstheoretischer Entwurf: musikalische Altenbildung im Schnittfeld von Musikpädagogik und Geragogik. – Augsburg: Wissner, 2005. – 235 S. – (Forum Musikpädagogik ; Bd. 68). ISBN 3-89639-475-4: EUR 25.--

Kramer, Wolfgang: Die besten Beschäftigungstherapien für Senioren: über 100 Anleitungen und kreative Anregungen für die tägliche Praxis. – Merching: Forum GesundheitsMedien, 2006. – 1 Ordner ISBN 978-393-413-1361: EUR 49.--

Wujec, Tom: Fitness für den Kopf: Übungen und Spiele für einen wachen Geist. – Kreuzlingen: Ariston, 2005. – 155 S. ISBN 3-7205-2663-1: EUR 14.95

Generationen/ Generationenbeziehungen

Eder, Ruth: Netzwerk der Generationen: gemeinsam statt einsam. – Freiburg i.Br.: Herder, 2006. – 173 S. – (Herder-Spektrum ; Bd. 5732). ISBN 978-345-105-7328: EUR 9.90

Hardach, Gerd: Der Generationenvertrag: Lebenslauf und Lebenseinkommen in Deutschland und in zwei Jahrhunderten. – Berlin: Duncker & Humblot, 2006. – 488 S. – (Schriften zur Wirtschafts- und Sozialgeschichte ; Bd. 82). ISBN 3-428-11915-0: EUR 98.--

Thomas, William H: Die Eden-Alternative: für ein neues Miteinander der Generationen. – Lahr: E. Kaufmann, 2006. – 144 S. ISBN 978-378-063-0247: EUR 16.95

Soziale Dienste

Block, Stefan: Wirkungsvoll präsentieren: Vorträge, Methoden, Selbstdarstellung. – Hannover: Vincentz Network, 2006. – 118 S. – (Power books). ISBN 978-386-630-0163: EUR 9.80

Hölscher, Stefan: Erfolgreiche Pflegesatzverhandlungen: Praktikerhandbuch zu Kalkulation, LQV und Argumentation. – Hannover: Vincentz Network, 2007. – 244 S. ISBN 978-386-630-0200: EUR 26.80

Gesundheit/ Ernährung/ Sport

Beyschlag, Renate: Altengymnastik und kleine Spiele: Anleitung für Übungsleiter in Heimen, Begegnungsstätten und Verbänden. – 9. Aufl. – München: Elsevier, 2006. – 156 S. ISBN 978-343-727-7207: EUR 19.95

Schneider, Peter O: Gedanken altern nicht. – Nordstedt: Books on Demand, 2006. – 156 S. ISBN 3-8334-5446-6: EUR 29.80

Was macht uns gesund?: Heilung zwischen Medizin und Spiritualität/ Verena Wetzstein (Hg.). – Freiburg i.Br.: Verlag der Katholischen Akademie der Erzdiözese Freiburg, 2006. – 103 S. – (Tagungsberichte der Katholischen Akademie der Erzdiözese Freiburg) ISBN 978-392-869-8290: EUR 8.50

Aktivierung/ Pflege/ Rehabilitation/ Therapie

Dellermann, Karin: Aktivierungskarten für die Seniorenarbeit: 365 Ideen für den täglichen Einsatz. – München: Elsevier, 2007. – 365 Karten. ISBN 978-343-728-0405: EUR 69.99

Engel, Sabine: Alzheimer und Demenzen: Unterstützung für Angehörige: die Beziehung erhalten mit dem neuen Konzept der einfühlsamen Kommunikation. – Stuttgart: TRIAS, 2006. – 204 S. ISBN 978-383-043-3811: EUR 19.95

Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung in der stationären Altenpflege: das Wesentliche erkennen und umsetzen/ Thomas Enders ... [et al.]. – Hannover: Schlütersche, 2004. – 153 S. ISBN 3-89993-125-4: EUR 249.--

Sterben/ Sterbebegleitung/ Tod

Begemann, Verena: Hospiz: Lehr- und Lernort des Lebens. – Stuttgart: W. Kohlhammer, 2006. – 287 S. ISBN 978-317-019-6131: EUR 24.--

Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin: Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik/ Jan Schildmann, Uwe Fahr, Jochen Vollmann (Hg.). – Berlin: LIT, 2006. – 268 S. – (Ethik in der Praxis. Kontroversen ; Bd. 24) ISBN 3-8258-9533-5: EUR 24.90

Rilke, Rainer Maria: Denn Bleiben ist nirgends: über Alter, Verlust und Schmerz. – Frankfurt a. M.: Insel-Taschenbuch, 2006. – 108 S. – (Insel Taschenbuch ; 3222) ISBN 978-345-834-9228: EUR 5.--

Über das Sterben: Entscheiden und Handeln am Ende des Lebens/ hrsg. von Ingo Bauerfeind, Gabriela Mendl, Kerstin Schill. – München: W. Zuckschwerdt, 2005. – 169 S. ISBN 3-88603-851-3: EUR 19.90

Dritte Welle des Alterssurveys gestartet

Im April 2007 hat die Vorbereitung der dritten Welle des Alterssurveys begonnen. Der Alterssurvey ist eine bundesweit repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung und betrifft Personen in der zweiten Lebenshälfte (40 Jahre und älter). Die Förderung des Alterssurveys erfolgt durch Mittel des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

In den Jahren 1996 und 2002 haben bereits zwei Befragungen im Rahmen des Alterssurveys stattgefunden. Die dritte Befragungswelle erfolgt nun weitere sechs Jahre später im Jahr 2008. Erneut werden Personen umfassend zu ihrer Lebenssituation befragt, unter anderem zu ihrem beruflichen Status oder ihrem Leben im Ruhestand, zu gesellschaftlicher Partizipation und nachberuflichen Aktivitäten, zu wirtschaftlicher Lage und Wohnsituation, zu familiären und sonstigen sozialen Kontakten sowie zu Gesundheit, Wohlbefinden und Lebenszielen.

Im Jahr 2008 werden drei Stichproben unterschieden: (1) Personen, die bereits in den Jahren 1996 und 2002 an den Befragungen teilgenommen haben und nun erneut befragt werden, (2) im Jahr 2002 erstmals befragte Personen und (3) eine Gruppe von rund 6000 neuen Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern. Auf diese Weise lassen sich individuelle wie gesellschaftliche Entwicklungen über den Zeitraum von nunmehr 12 Jahren betrachten.

Diese umfassenden Informationen über Personen im mittleren und höheren Erwachsenenalter dienen dazu, Mikrodaten bereitzustellen, die sowohl für die sozial- und verhaltenswissenschaftliche Forschung als auch für die Sozialberichterstattung genutzt werden. Die Daten bilden somit eine Informationsgrundlage für politische Entscheidungsträger, die interessierte Öffentlichkeit sowie für die wissenschaftliche Forschung.

Die dritte Welle des Alterssurveys wird von Frau Katharina Mahne (wissenschaftliche Mitarbeiterin), und Herrn Dr. Oliver Huxhold (wissenschaftlicher Mitarbeiter) bearbeitet, unterstützt durch Katarzyna Kowalska, Fidan Sahyazici und Svenja Weinz (studentische Mitarbeiterinnen). Ab Januar 2008 wird der Alterssurvey durch eine weitere wissenschaftliche Mitarbeiterstelle verstärkt. Zusätzlich ergänzt Frau Ina Herbrich als Doktorandin das Team des Alterssurveys. Wir freuen uns, diese neuen Kolleginnen und Kollegen am DZA begrüßen zu können.

Schließlich werden auch jene DZA-Kolleginnen und Kollegen am Alterssurvey mitarbeiten, die bereits die zweite Erhebungswelle durchgeführt haben. Hierzu zählen Herr Dr. Andreas Motel-Klingebiel, der das Projekt Alterssurvey leitet, sowie Heribert Engstler, Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer und Dr. Susanne Wurm.

Impressum

Herausgeber: Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Straße 2, 12101 Berlin
Telefon (030) 260 7400, Fax (030) 785 4350
DZA im Internet: www.dza.de
(Links zum kostenfreien GeroLit-Angebot und
zur Internetausgabe des redaktionellen Teils des
informationdienst altersfragen)
presserechtlich verantwortlich und Redaktion:
Dr. Peter Zeman (peter.zeman@dza.de)
verantwortlich für den Inhalt von GeroStat:
Dr. Elke Hoffmann
für GeroLit: Mahamane Baba Ali, Michael Flascha,
Beate Schwichtenberg-Hilmert; für die Bibliografie
gerontologischer Monografien:
Bibliothek und Dokumentation Pro Senectute
Schweiz, Fachstelle für angewandte Altersfragen,
Bederstraße 33, 8027 Zürich, Schweiz
Telefon 0041-(0)1-283 89 80, Fax -283 89 80
Gestaltung und Satz: Mathias Knigge in Zusammen-
arbeit mit gold; Druck: Fatamorgana Verlag, Berlin

Der Informationsdienst erscheint zweimonatlich.
Bestellungen sind nur im Jahresabonnement mög-
lich. Jahresbezugspreis 25,- EURO einschließlich
Versandkosten; Kündigung mit vierteljährlicher Frist
zum Ende des Kalenderjahres. Bezug durch das
DZA. Der Abdruck von Artikeln, Grafiken oder Aus-
zügen ist bei Nennung der Quelle erlaubt.
Das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) wird
institutionell gefördert vom Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

ISSN 0724-8849