

**Fakultät für Sozialwissenschaften
Georg-August-Universität Göttingen**

**Sicherstellung bedarfsgerechter pflegerischer
Langzeitversorgung in Deutschland**
Eine Analyse der Herausforderungen

Habilitationsschrift

**Vorgelegt von Dr. Christine Niens
geboren in Wolfenbüttel**

Göttingen, 07. April 2021

doi:10.53846/goediss-10220

Inhalt

1	Einleitung.....	1
2	Pflegerische Langzeitversorgung in Deutschland: Das System der sozialen Pflegeversicherung ...	4
2.1	Pflegebedürftigkeit im Sinne des elften Sozialgesetzbuches	5
2.2	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	6
2.2.1	Leistungen in der vollstationären Pflege	8
2.2.2	Leistungen in der ambulanten Pflege.....	8
2.2.3	Leistungen in der teilstationären Pflege	14
3	Pflegebedürftigkeit in Deutschland im Zeitraum von 1999 bis 2018	14
3.1	Vorrang und Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Pflege.....	17
3.2	Bedeutung der ambulanten pflegerischen Langzeitversorgung in der Pflegepraxis	19
4	Der demographische Wandel in Deutschland und Prognosen zur zukünftigen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit.....	21
4.1	Ursachen und Prognosen für die Veränderung der Altersstruktur	23
4.2	Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis 2050.....	25
4.2.1	Entwicklung der Pflegebedürftigkeit auf Ebene der Länder und Kommunen.....	26
4.2.2	Problemstellungen in den Regionen: Pflegequote und absolute Zunahmen der Pflegebedürftigkeit.....	29
4.3	Herausforderung für das Pflegesystem.....	30
4.3.1	Gesetzliche Maßnahmen zur Förderung informeller Pflege	31
4.3.2	Handlungsbedarf zur Stabilisierung des Pflegesystems	33
4.4	Herausforderungen für den Arbeitsmarkt und den Personalbedarf im Pflegesektor	35
4.4.1	Prognosen zum zukünftigen Pflegekräftebedarf.....	35
4.4.2	Handlungsbedarf zur Reduzierung des Pflegekräftemangels	41
5	Pflegerische Langzeitversorgung im ländlichen Raum: Herausforderungen für strukturschwache Regionen.....	45
5.1	Kategorisierung und Strukturmerkmale ländlicher Räume.....	46
5.2	Eigenschaften und Problemlagen strukturschwacher und strukturstarker Regionen	51
5.3	Ambulante Langzeitpflege in ländlichen und strukturschwachen Räumen.....	55
6	Dezentralisierung als Strategie zur Sicherstellung pflegerischer Langzeitversorgung.....	58
6.1	Konzept für ein „Regionales Pflegebudget“	59
6.2	Regionale Einheiten als zentrale Institution der Pflegeplanung und Beratung	60
6.3	Reduzierung der Heimquote: Szenario I und Szenario II.....	62
6.4	Umsetzung des Regionalen Pflegebudgets: Aufwendung und Einsparungen	62
7	Eigene theoretische und empirische Analysen	64

7.1	Übergeordnete Forschungsfragen	65
7.2	Methodik	67
7.2.1	Vorgehen bei der Bearbeitung der Forschungsfragen F1 bis F5	67
7.2.2	Vorgehen bei der Bearbeitung der Forschungsfrage F6	69
7.2.3	Vorgehen bei der Bearbeitung der Forschungsfragen F7 bis F10	70
7.3	Ergebnisse: Veröffentlichte Beiträge.....	86
7.3.1	Beitrag I: Bedarfsgerechtigkeit und Effizienz ambulanter Pflege durch Einbindung freiwillig Engagierter	86
7.3.2	Beitrag II: Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze auf die Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Pflege	88
7.3.3	Beitrag III: Bewertungskriterien ambulanter Pflege aus Sicht der LeistungsempfängerInnen.....	89
7.3.4	Beitrag IV: Belastungen von Pflegepersonen	90
7.3.5	Beitrag V: Dezentralisierung der Pflegeplanung und Förderung von freiwilligem Engagement.....	91
7.3.6	Beitrag VI: Engagementpotential in der deutschen Bevölkerung	92
7.3.7	Beitrag VII: Monetarisierung von freiwilligem Engagement	93
8	Diskussion.....	94
8.1	Angewandte Methoden in den eigenen empirischen Analysen	94
8.1.1	Qualitative Methoden: Grenzen der qualitativen Inhaltsanalyse	94
8.1.2	Theoretische Sättigung und Geltungsbereich der Interviewstudie	96
8.1.3	Quantitative Methoden: Erklärungskraft des „Volunteer Functions Inventory“ für die Motivation Freiwilliger in der ambulanten Pflege	98
8.1.4	Repräsentativität und Güte der Fragebogenstudien der Jahre 2015 und 2016	100
8.1.5	Repräsentativität und Güte der Fragebogenstudie des Jahres 2017	100
8.1.6	Abschließende Bewertung der Datenqualität: Plausibilität der Ergebnisse der quantitativen Studien.....	102
8.2	Inhaltliche Aspekte	103
8.2.1	Zum verstärkten Einsatz von Freiwilligen in der ambulanten Pflege	103
8.2.2	Zuverlässigkeit der Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit.....	106
9	Handlungsempfehlungen für die Sicherstellung bedarfsgerechter ambulanter Pflege.....	107
10	Anregungen für weitere Forschungsaktivitäten.....	108
10.1	Sozialwissenschaftliche Untersuchungen	109
10.1.1	Untersuchung der Belastungen von Pflegebedürftigen.....	109
10.1.2	Untersuchung der Entstehungsgeschichte der Belastungen von Pflegepersonen	109
10.1.3	Aufdeckung neuer Motive für freiwilliges Engagement.....	109

10.1.4	Entwicklung eines Erhebungsinstruments zur Messung der subjektiven Qualität ambulanter Pflege	110
10.2	Wohlfahrtsökonomische Betrachtung: Kosten-Nutzen-Analyse zum weiteren Ausbau ambulanter Pflege	110
11	Zusammenfassung.....	112
12	Literatur.....	115

Abbildungen

Abbildung 1: Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland in den Jahren 1999 bis 2017 (in 1.000)...	15
Abbildung 2: Pflegequote im Jahr 2017 nach Bundesländern.	16
Abbildung 3: Pflegebedürftige an der Gesamtbevölkerung in % im Jahr 2017.	17
Abbildung 4: Auswirkungen eines Geburtenrückgangs mit jahrzehntelanger niedriger Fertilität.	22
Abbildung 5: Pflegebedürftige nach Altersgruppen, 1999 - 2050. * Annahmen: konstante Pflegequoten des Jahres 2017; Bevölkerungsentwicklung gemäß Variante 2 der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt 2019 d).	26
Abbildung 6: Veränderung der Anzahl gesetzlich versicherter Pflegebedürftiger 2017 bis 2050 nach Bundesländern in %.....	28
Abbildung 7: Entwicklung des bundesweiten Pflegefachkräftebedarfs und der Annahme konstanter Personalschlüssel und konstanter Anteile gesetzlich versicherter PB bis in das Jahr 2060.....	37
Abbildung 8: Prozentuale Veränderung der Anzahl der Pflegekräfte in der Langzeitpflege insgesamt zwischen den Jahren 2017 und 2050 nach Bundesländern.	38
Abbildung 9: Prozentuale Veränderung der Anzahl der Pflegekräfte in der ambulanten Langzeitpflege zwischen den Jahren 2017 und 2050 nach Bundesländern.	40
Abbildung 10: Durchschnittliche Vakanzzeit von sozialversicherungspflichtigen Arbeitsstellen in Tagen von Mai 2017 bis April 2018, in Klammern: Veränderung zum Vorjahr in Tagen.....	42
Abbildung 11: Erwartete Arbeitsfähigkeit bis zur Rente in den Pflegeberufen in Prozent.	43
Abbildung 12: Ländliche und städtische Kreistypen in Deutschland nach Siedlungsstrukturmerkmalen.	47
Abbildung 13: Lagemerkmale der Landkreise in Deutschland.	48
Abbildung 14: Wirtschaftliche und demographische Entwicklung nach Kreisen in Deutschland im Zeitraum von 2011 bis 2017.....	50
Abbildung 15: Altenquotient nach Kreisen in Deutschland im Jahr 2017.....	51
Abbildung 16: Indikatoren der Bundesregierung zur Feststellung der Strukturschwäche von Städten, Gemeinden oder Kreisen in Deutschland.....	52
Abbildung 17: Aufgaben und Zuständigkeiten im Rahmen der Verwaltung des Regionalen Pflegebudgets.....	60
Abbildung 18: Kosten für die Ausgestaltung der Regionalen Einheiten nach Aufgabenbereichen.	64
Abbildung 19: Grundannahme der Erwartung-mal-Wert Theorie.....	71
Abbildung 20: Theorie des geplanten Verhaltens.	72
Abbildung 21: Theoriemodell zur Erklärung von freiwilligem Engagement, basierend auf der Erwartung-mal-Wert Theorie und der Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1985, 1988, 1991).	74

Abbildung 22: Integration der Motive nach Clary et al. (1998) und des Motives der politischen Verantwortung nach Bierhoff et al. (2007) in die Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1985, 1988, 1991) zur Erklärung von freiwilligem Engagement. 81

Abbildung 23: Job Characteristics Model der Arbeitsmotivation nach Hackman und Oldham (1976). 83

Abbildung 24: Zwei-Faktoren-Theorie der Arbeitszufriedenheit nach Herzberg et al. (1967). 84

Tabellen

Tabelle 1: Überblick über ausgewählte monatliche Leistungen in der ambulanten Pflege für Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 bis 5.	9
Tabelle 2: Pflegerische Langzeitversorgung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung 1995 bis 2018 nach Versorgungsform.	20
Tabelle 3: Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrad im Jahr 2017.	21
Tabelle 4: Volunteer Functions Inventory im englischen Original (Clary et al., 1998) und in deutscher Übersetzung (Oostlander et al., 2014).	75
Tabelle 5: Selbst durchgeführte quantitative Befragungen zum Thema „Freiwilliges Engagement“ ...	86

1 Einleitung

Deutschland altert und mit der Veränderung der Altersstruktur nimmt auch die Zahl der pflegebedürftigen Menschen (PB)¹ kontinuierlich zu. Eine Fortsetzung dieser Entwicklungen gilt als sicher. Angesichts der demographischen Veränderungen wird angenommen, dass sich die Anzahl der PB von derzeit 3,41 Millionen bis in das Jahr 2050 auf etwa 5,36 Millionen erhöht. Parallel hierzu wird der Anteil jüngerer Menschen an der Gesamtbevölkerung immer geringer und damit auch die Anzahl von Personen, die die pflegerische Versorgung der Älteren übernehmen und solidarisch finanzieren können.

Diese Entwicklung stellt das Pflegesystem vor große Herausforderungen. So beruht die soziale Pflegeversicherung auf einer Umlagefinanzierung, wobei die Finanzmittel im Wesentlichen über die einkommensabhängigen Beiträge der Erwerbstätigen generiert werden. Während die Nachfrage nach Leistungen angesichts der wachsenden Anzahl an PB stetig steigt, wird die Finanzierungsbasis des Pflegesystems, infolge der Verschiebung des Verhältnisses von jungen zu alten Menschen immer kleiner, sodass eine „Finanzlücke“ droht.

Sicher ist inzwischen, dass allein die Erhöhung der Beitragssätze zur Pflegeversicherung nicht ausreichen wird, um eine bedarfsgerechte Pflege auch in Zukunft zu garantieren. Ergänzend werden neue Versorgungskonzepte benötigt, die Einsparungen von Pflegekosten ermöglichen. Vor diesem Hintergrund wird von politischer Seite eine weitere Stärkung der, im Vergleich zur vollstationären Versorgung, kostengünstigen ambulanten Pflege angestrebt, wobei der Vorrang der ambulanten vor der stationären Pflege auch in § 3 SGB XI gesetzlich normiert ist.

Neben der Finanzierungsfrage steht die pflegerische Langzeitversorgung noch vor einem weiteren großen Problem. Dieses bezieht sich auf die Anzahl von Personen, die benötigt werden, um die erforderlichen Pflegeleistungen zu erbringen. Hierbei geht es einerseits um informelle HelferInnen, also Angehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige Freiwillige, die einen PB in häuslicher Umgebung versorgen können. Andererseits besteht im Bereich der Langzeitpflege bereits jetzt ein Mangel an professionellen Pflegekräften und es ist davon auszugehen, dass sich dieser weiter verschärft. Die Gründe hierfür sind der Rückgang des Arbeitskräftepotentials infolge des demographischen Wandels sowie die belastenden Arbeitsbedingungen in der Pflege. Sollte es der Gesundheits- und Sozialpolitik langfristig nicht gelingen, ausreichend LeistungserbringerInnen zu aktivieren, drohen

¹ Das Kürzel PB wird im Folgenden sowohl im Singular (pflegebedürftiger Mensch) als auch im Plural (pflegebedürftige(r) Menschen) verwendet.

Versorgungslücken in der informellen und in der professionellen pflegerischen Langzeitversorgung in Deutschland.

Auch wenn der demographische Wandel und die Zunahme der Pflegebedürftigkeit Deutschland als Ganzes betreffen, verläuft dieser Prozess regional unterschiedlich. Während sich Metropolen wie München und Berlin aktuell durch steigende Einwohnerzahlen und ein geringes Durchschnittsalter auszeichnen, sind rurale und strukturschwache Regionen vielfach durch Abwanderung und Alterung der Bevölkerung gekennzeichnet. Dabei ist feststellbar, dass ländliche und periphere Regionen in Ostdeutschland in der Vergangenheit stärker von einer Alterung und dem Rückgang der Bevölkerungszahlen betroffen waren als westdeutsche. Entsprechend ist in vielen Regionen im Osten der Anteil von PB an der Gesamtbevölkerung im Vergleich zum Bundesdurchschnitt bereits jetzt sehr hoch. Im Hinblick auf die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit werden in den kommenden Jahren jedoch flächendeckend erhebliche Zunahmen vorausgesagt. Deutliche Anstiege werden dabei auch für die Regionen mit bisher geringen Anteilen von PB prognostiziert, auch für Großstädte. Die Frage, welche Herausforderungen aus der steigenden Zahl von PB resultieren und wie diesen begegnet werden kann, wird sich somit zukünftig auch in Regionen stellen, die bisher nicht vorrangig mit dieser Problematik konfrontiert waren.

In einigen ländlichen und strukturschwachen Regionen Deutschlands ist die Situation im Hinblick auf die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Langzeitpflege bereits jetzt durch ungünstige Rahmenbedingungen gekennzeichnet. Die sinkenden Einwohnerzahlen und der geringe Anteil junger Menschen führen zu Defiziten in der regionalen Daseinsvorsorge und auch im Hinblick auf den sozialen Zusammenhalt in vielen Dörfern. Fehlende Angebote im Bereich der Nahversorgung, eingeschränkte ärztliche Versorgung, schwindende informelle Hilfenetzwerke und die Reduzierung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) erschweren oftmals eine angemessene Versorgung der PB. Insbesondere die Umsetzung des gesetzlichen Grundsatzes „ambulant vor stationär“ gestaltet sich angesichts wegbrechender familiärer Unterstützung in vielen ländlichen und strukturschwachen Regionen schwierig. Eigentlich müssten die notwendigen ambulanten Pflegeleistungen aufgrund dieser Entwicklung vorrangig von professionellen Pflegekräften erbracht werden. Dies scheint aufgrund knapper finanzieller Mittel der sozialen Pflegeversicherung und eines andauernden Fachkräftemangels in der Pflege jedoch kaum umsetzbar.

Das Problem, wer die erforderlichen informellen Pflegeleistungen im ambulanten Bereich zu möglichst geringen Kosten erbringen kann betrifft, wie auch die Zunahme der Pflegebedürftigkeit, aber nicht nur ländliche und strukturschwache Regionen. Aufgrund veränderter Lebensentwürfe vieler Frauen, die bisher vorrangig die Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger übernommen haben und der steigenden Anzahl an Singlehaushalten und Kinderlosen, wird sich auch in urbanen Regionen und in

den bisher weniger betroffenen ländlichen Teilen Deutschlands zukünftig vermehrt die Frage stellen, wie die ambulante informelle Pflege zu organisieren ist. Angesichts der beschriebenen Entwicklungen zählt die Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Langzeitversorgung zu den zentralen gesellschaftlichen und politischen Aufgaben in Deutschland.

Vor diesem Hintergrund erfolgt in den anschließenden Ausführungen eine Analyse der Herausforderungen, die sich für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Langzeitversorgung in Deutschland ergeben und eine kritische Auseinandersetzung mit möglichen Lösungsansätzen. Aufgrund der jetzt bereits bestehenden, besonderen Problemlagen im ländlichen und strukturschwachen Raum Deutschlands liegt ein Schwerpunkt auf der Diskussion neuer Pflegekonzepte, welche tragfähige Lösungsstrategien auf lokaler Ebene vorschlagen und regionale Besonderheiten berücksichtigen.

Nachfolgend werden in Kapitel 2 zunächst rechtliche Grundlagen der pflegerischen Langzeitversorgung im Rahmen der Pflegeversicherung in Deutschland vorgestellt. Es schließen sich Ausführungen an zur Pflegebedürftigkeit im Zeitraum von 1999 bis 2018, sowie zur Bedarfsgerechtigkeit und Bedeutung der ambulanten Pflege in Deutschland (Kapitel 3). In Kapitel 4 wird auf den demographischen Wandel eingegangen, bevor Prognosen zum Anstieg der Pflegebedürftigkeit bis in das Jahr 2050 und die daraus resultierenden Herausforderungen für das Pflegesystem und den Arbeitsmarkt im Pflegesektor vorgestellt werden.

In Kapitel 5 wird erläutert, warum die Frage nach der zukünftigen Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflege für den ländlichen und strukturschwachen Raum Deutschlands besonders relevant ist. In Kapitel 6 wird das „Regionale Pflegebudget“ (Hackmann et al., 2014), ein neues Pflegekonzept zur Dezentralisierung der Pflegeplanung und -beratung vorgestellt, welches darauf abzielt, durch eine Erhöhung des Anteils ambulant versorgter PB und die verstärkte Einbringung freiwillig Engagierter, die Bedarfsgerechtigkeit und Finanzierbarkeit der Langzeitpflege sicherzustellen.

Danach werden im Kapitel 7 die zentralen Fragestellungen und das methodische Vorgehen eigener theoretischer und empirischer Analysen im Zusammenhang mit der Sicherstellung bedarfsgerechter ambulanter Langzeitpflege beschrieben. Die Ergebnisse dieser Analysen sind in insgesamt sieben Beiträgen veröffentlicht. Zunächst wird in den Beiträgen I und II der Frage nachgegangen, was unter dem Begriff der „Bedarfsgerechtigkeit“ zu verstehen ist und inwieweit die Pflegereformen der Jahre 2015 und 2017 zu einer bedarfsgerechten Pflege beitragen können. In den Beiträgen III und IV werden die Ergebnisse einer qualitativen Studie vorgestellt, in der bewertungsrelevante Aspekte zur Qualitätsbeurteilung ambulanter Pflege aus Sicht der LeistungsempfängerInnen und die Belastungen pflegender Angehöriger untersucht wurden. Weiterhin beschäftigen sich die Beiträge I, V und VI mit

neuen Konzepten zur Sicherstellung der pflegerischen Langzeitversorgung im ländlichen Raum, insbesondere dem „Regionalen Pflegebudget“ (Hackmann et al., 2014). Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der Frage, ob ausreichend Freiwillige für die Umsetzung des Konzepts des „Regionalen Pflegebudgets“ gewonnen werden könnten und wie die Aktivierung von zusätzlichen Engagierten gelingen kann. Der Beitrag VII greift schließlich die Diskussion um die Monetarisierung des Ehrenamts auf und wendet sich der Frage zu, inwieweit finanzielle Anreize geeignet sind, freiwilliges Engagement zu fördern. Es folgen eine methodische und inhaltliche Diskussion (Kapitel 8) sowie Handlungsempfehlungen für die Sicherstellung bedarfsgerechter Langzeitpflege (Kapitel 9). Die Arbeit endet mit der Formulierung von Anregungen für weitere Forschungsaktivitäten im Zusammenhang mit der Sicherstellung bedarfsgerechter pflegerischer Langzeitversorgung in Deutschland (Kapitel 10) und einer Zusammenfassung in Kapitel 11.

2 Pflegerische Langzeitversorgung in Deutschland: Das System der sozialen Pflegeversicherung

Im Januar 1995 wurde die soziale Pflegeversicherung in Deutschland als Pflichtversicherung für ArbeitnehmerInnen, Arbeitslose und RentnerInnen eingeführt. Ab 01. April 1995 konnten PB, nach einer drei monatigen Übergangsphase zur Generierung finanzieller Mittel über die Pflichtbeiträge der Versicherten, erstmals Leistungen zur Finanzierung ambulanter Pflege in Anspruch nehmen. Bis zu diesem Zeitpunkt standen PB in geringem Maße Leistungen aus der Krankenversicherung zur Finanzierung der pflegebedingten Aufwendungen im ambulanten Bereich zu. Ab dem 01. Juli 1996 konnte auch stationäre Pflege mit Mitteln aus der sozialen Pflegeversicherung finanziert werden, die bisher mit Geldern aus der Sozialhilfe unterstützt wurde.

Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der sozialen Pflegeversicherung seit ihrer Gründung um ein Teilkaskosystem handelt, das nicht darauf abzielt, die Pflegekosten in vollem Umfang zu tragen. Vielmehr deckt die soziale Pflegeversicherung nur einen Teil des Pflegerisikos ab. Die verbleibenden Kosten müssen von den PB selbst getragen oder über private Pflegezusatzversicherungen finanziert werden. Eine vollständige Abdeckung aller Pflegekosten der Versicherten wäre solidarisch nicht finanzierbar (Bundesministerium des Innern, 2011).

Die gesetzliche Regelungsgrundlage für die pflegerische Langzeitversorgung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland stellt das elfte Sozialgesetzbuch (SGB XI) dar. Hierin verankert ist auch der Vorrang der ambulanten Versorgung gegenüber einer stationären Unterbringung in einem Pflegeheim (§ 3 SGB XI). Dieser Grundsatz soll dazu beitragen, den Pflegebedürftigen möglichst lange ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in der eigenen häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Zur Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung sind alle Personen verpflichtet, die gesetzlich krankenversichert sind, wobei Ausnahmen für freiwillig gesetzlich Versicherte bestehen (§§ 20, 21 SGB XI). Alle privat krankenversicherten Personen müssen eine private Pflegeversicherung abschließen. In Deutschland waren in 2018 72,75 Millionen Menschen gesetzlich und 9,24 Millionen privat pflegeversichert (Bundesministerium für Gesundheit, 2019).

Seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung ist die Höhe des Beitragssatzes von einheitlich 1,00 % des betragspflichtigen Einkommens auf 3,05 % bzw. 3,30 % für Kinderlose angestiegen. Die Erhöhung der Beiträge um 0,50 % erfolgte zuletzt u. a. im Rahmen des „Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Sozialgesetzbuches“ in 2019. Die zusätzlichen Beiträge sollen einerseits dazu dienen, über die Bildung eines Vorsorgefonds, trotz steigender Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung, die Beitragssätze zu stabilisieren. Andererseits soll die pflegerische Versorgung von demenzerkrankten Menschen verbessert werden. Der überwiegende Teil der Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung stammt von freiwillig- oder pflichtversicherten erwerbstätigen MitgliederInnen. Im Jahr 2018 waren dies mit 28,07 Milliarden Euro knapp 75,00 % der Gesamteinnahmen von 37,65 Milliarden Euro. Demgegenüber standen jedoch Ausgaben von 41,27 Milliarden, was zu einem Überschuss an Ausgaben von insgesamt 3,55 Milliarden Euro im Jahr 2018 führte (Bundesministerium für Gesundheit, 2019).

2.1 Pflegebedürftigkeit im Sinne des elften Sozialgesetzbuches

In Deutschland gelten Menschen als pflegebedürftig, wenn sie die Anforderung des § 14 SGB XI erfüllen. Danach liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die Selbständigkeit oder die Fähigkeiten einer Person aufgrund physischer, kognitiver oder psychischer Faktoren beeinträchtigt sind, oder gesundheitliche Belastungen oder Anforderungen vorliegen, die die Betroffenen nicht ohne Unterstützung durch Dritte bewältigen kann. Die Beeinträchtigung muss vorrausichtlich mindestens sechs Monate andauern.

Die Schwere der Pflegebedürftigkeit ergibt sich aus § 15 SGB XI. Dabei wird die Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen im Rahmen eines Begutachtungsverfahrens festgestellt. Bis zum Ende des Jahres 2016 erfolgte eine Einstufung entsprechend § 15 SGB XI in eine von drei Pflegestufen oder endete mit der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI vorlag. Im Januar 2017 wurde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, welcher im Wesentlichen eine Gleichstellung körperlicher und kognitiver Einschränkungen bewirken soll und die Schwere der Pflegebedürftigkeit in fünf Pflegegrade, anstelle von drei Pflegestufen, unterteilt. Diese fünf Pflegegrade bringen differenzierter als vorher zum Ausdruck, wie stark ein pflegebedürftiger Mensch in seinen Fähigkeiten und in seiner Selbstständigkeit beeinträchtigt ist. Mit steigendem Pflegerad nimmt das Ausmaß der Beeinträchtigungen zu.

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs änderte sich auch die Methode zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI. Beruhte das frühere Vorgehen auf dem Zeitaufwand, den ein Laie wöchentlich im Tagesdurchschnitt für die Pflege einer Person aufbringen musste, erfolgt die Einstufung nun anhand eines Punktesystems. Dabei entscheiden die erreichten Punkte in sechs unterschiedlich gewichteten Modulen über das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit, wobei Werte von 0 = keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bis 4 = schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, vergeben werden² (§ 15 Abs. 2 SGB XI). Die relevanten Module entsprechend § 34 Abs. 2 S. 1 SGB XI sind:

- Mobilität [10 %],
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten / psychische Problemlagen [15 %],
- Selbstversorgung [40 %],
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen [20 %],
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte [15 %].

Ausgehend von den erreichten Gesamtpunkten in den genannten Modulen wird ein PB in einen der fünf Pflegegrade eingeordnet oder es erfolgt die Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes vorliegt. Die fünf Pflegegrade sind folgenermaßen definiert (§ 45 Abs 3 S. 4 SGB XI):

- ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten = Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten = Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten = Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten = Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- ab 90 bis 100 Gesamtpunkten = Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

2.2 Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherungen sind in § 28 SGB XI zusammengefasst. Die pflegerische Langzeitversorgung kann, unabhängig vom Pflegegrad des Pflegebedürftigen, ambulant

² Für eine detaillierte Darstellung der Entwicklung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und des neuen Begutachtungsassessments siehe Wingenfeld et al. (2011).

im häuslichen Umfeld oder vollstationär in einem Pflegeheim erfolgen. Ebenso ist eine teilstationäre Versorgung möglich, wenn ein PB im Rahmen von Tages- oder Nachtpflege regelmäßig in einem Pflegeheim versorgt wird. Die ambulante Pflege kann informell, durch Laien wie Angehörige und Nachbarn, oder professionell, durch die Pflegefachkräfte eines Pflegedienstes, realisiert werden. Der Grad der Pflegebedürftigkeit und die Versorgungsform bestimmen über die Höhe der Leistungen, die den Versicherten zur Teilfinanzierung der Pflege gewährt werden.

Grundsätzlich werden von der sozialen Pflegeversicherung seit dem 01.01.2017 Pflegeleistungen aus den Bereichen Selbstversorgung, Haushaltsführung und Betreuung teilfinanziert (§ 4 Abs. 1 SGB XI). Zur Selbstversorgung zählen körperbezogene Pflegemaßnahmen, wie das Waschen und Anziehen des PB oder auch das Anreichen von Essen. Die Haushaltsführung umfasst beispielsweise Hilfe beim Reinigen der Wohnung, der Zubereitung von Speisen und dem Einkaufen. Die Betreuung wird erst seit dem 01.01.2017 als dritter gleichberechtigter Leistungsbereich der sozialen Pflegeversicherung anerkannt. Zur pflegerischen Betreuung gehören Leistungen, die einen PB bei der Bewältigung und Gestaltung des Alltags unterstützen. Dies sind Leistungen, die zur Bewältigung psychosozialer Problemlagen, zur Tagesstrukturierung, zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und zu einer bedürfnisgerechten Beschäftigung im Alltag beitragen.

In seiner ursprünglichen Formulierung erfasste der Pflegebedürftigkeitsbegriff nur den Hilfebedarf bei der Vornahme von Pflegeleistungen zur Haushaltsführung und Selbstversorgung. Doch gerontopsychiatrisch veränderte Menschen, ebenso wie geistig Behinderte und psychisch Kranke, haben einen erhöhten Hilfebedarf im Bereich der Beaufsichtigung und Betreuung. Die Aufnahme der Betreuung in das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung begann mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14.12.2001. Ein PB, dem bereits eine Pflegestufe zugeordnet wurde, konnte damals zusätzliche Leistungsmittel zur Betreuung erhalten, sofern eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz im Sinne des § 45 a Abs. 2 SGB XI bestand.

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2008 öffnete diesen Entlastungsbetrag für PB, die eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz besaßen und einen geringen Unterstützungsbedarf unterhalb der Pflegestufe 1 in den übrigen Leistungsbereichen hatten.

Mit der Einführung des § 124 zur Übergangsregelung: Häusliche Betreuung durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz vom 23.10. 2012 wurde der Einsatz verschiedener finanzieller Leistungen der Pflegeversicherung auch für den Leistungsbereich der Betreuung für alle PB möglich. Mit dem Pflegestärkungsgesetz II vom 21.12.2015 wurde zum 01.01.2017 die Betreuung schließlich als ein gleichwertiger Leistungsbereich neben der Selbstversorgung und der Haushaltsführung anerkannt.

2.2.1 Leistungen in der vollstationären Pflege

Grundsätzlich haben alle PB der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf eine vollstationäre Versorgung in einem Pflegeheim, wenn eine ambulante oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist (§ 45 Abs. 1 SGB XI). Erfolgt die Pflege vollstationär, werden PB pauschale Leistungsbeträge für die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Betreuungsleistungen und der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege gewährt.

Der monatliche Anspruch der Versicherten bei vollstationärer Versorgung variiert wie folgt (§ 43 Abs. 2 S. 2 SGB XI):

- 770 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
- 1 262 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
- 1 775 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
- 2 005 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

PB des Pflegegrads 1 erhalten bei vollstationärer Pflege einen Zuschuss für die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 125 Euro monatlich.

2.2.2 Leistungen in der ambulanten Pflege

Erfolgt die Versorgung ambulant, können PB der Pflegegrade 2 bis 5 monatliche Leistungen in Form von Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI), Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) oder Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) erhalten. Außerdem haben alle ambulant versorgten PB, unabhängig von ihrem Pflegegrad, Anspruch auf einen monatlichen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro nach § 45b SGB XI (Tabelle 1).

Darüber hinaus stehen PB der Pflegegrade 2 bis 5 monatlich Leistungen der Tages- und Nachpflege (§ 41 SGB XI) zu, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Maße sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Hinzu kommt der Anspruch auf Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) und Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI), sowie auf Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI).

PB der Stufe 1 haben keinen Anspruch auf Leistungen der §§ 36, 37 Abs. 1, 38, 39, 41, 42 SGB XI. Sie erhalten jedoch einen monatlichen Betrag von 125 Euro für Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI, die sie auch für die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst oder durch

selbstbeschaffte Pflegehilfen einsetzen können. Darüber hinaus stehen ihnen Leistungen im Rahmen des § 40 SGB XI zu^{3, 4}.

Auch Personen, die selbst nicht pflegebedürftig sind, aber einen PB regelmäßig als so genannte Pflegeperson ehrenamtlich versorgen, haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf verschiedene Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Hierzu gehören u. a. Pflegekurse (§ 45 SGB XI) und Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44 SGB XI).

Tabelle 1: Überblick über ausgewählte monatliche Leistungen in der ambulanten Pflege für Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 bis 5.

Leistungsart	Leistungsbereich	Leistungserbringer
Pflegesachleistung, § 36	Selbstversorgung Haushaltsführung Betreuung	Professionelle Pflegekraft im Pflegedienst
Pflegegeld, § 37	Selbstversorgung Haushaltsführung Betreuung	Pflegeperson (Familienangehörige, sonstige Freiwillige wie Nachbarn, mit Meldung bei der Pflegekasse)
Kombinationsleistung, § 38	Selbstversorgung Haushaltsführung Betreuung	Professionelle Pflegekraft im Pflegedienst und Pflegeperson
Entlastungsbetrag, §§ 45a ff.	Haushaltsführung Betreuung	Professionelle Pflegekraft im Pflegedienst und anerkannte Helfer (geschulte ehrenamtliche oder berufliche Kräfte)

Quelle: eigene Darstellung.

³ Nicht weiter berücksichtigt im Folgenden werden zusätzliche Leistungen für PB in ambulant betreuten Wohngruppen gem. § 38 a SGB XI, da in den anschließenden Betrachtungen die Pflege im eigenen häuslichen Umfeld im Mittelpunkt steht.

⁴ Die einzelnen Leistungen, welche PB des Pflegegrads 1 gewährt werden, sind in § 28 a SGB XI zusammengefasst.

2.2.2.1 Pflegesachleistungen

Die Pflegesachleistungen werden von einem professionellen Pflegedienst erbracht und können grundsätzlich die Selbstversorgung, die Haushaltsführung und die Betreuung umfassen. Der Pflegedienst wird in diesem Fall direkt von der Pflegekasse des Versicherten vergütet. Die Abrechnung der Pflegesachleistungen aus den Bereichen Selbstversorgung, Haushaltsführung und Betreuung kann seit dem 01. Januar 2013 in Form von Zeitkontingenten oder Leistungskomplexen erfolgen. Bei den Zeitkontingenten werden bestimmte Zeitintervalle in Rechnung gestellt. So können Leistungen der Haushaltsführung beispielsweise in einer Taktung von fünf oder zehn Minuten abgerechnet werden. Hierbei ist es unerheblich, welche hauswirtschaftlichen Leistungen in dem entsprechenden Zeitraum erbracht werden. Nehmen das Saugen des Fußbodens, die Essenzubereitung und das Beziehen des Bettes zusammen 36 Minuten in Anspruch, sind hierfür z. B. insgesamt vier Zeiteinheiten zu je zehn Minuten zu bezahlen. Auch pflegerische Betreuung, welche von einem Pflegedienst erbracht wird, wird häufig in bestimmten Zeittaktungen in Kombination mit einer Mindesteinsatzdauer von 15 Minuten berechnet (Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung in Niedersachsen, 2015). Der Leistungseinsatz nach Zeit beginnt in der Regel, wenn die Pflegekraft die Häuslichkeit betritt und endet mit dem Verlassen der Wohnung oder des Hauses (Diakoniestationen Essen, 2019).

Bei Pflegesachleistungen der Selbstversorgung erfolgt die Abrechnung hingegen häufig als Leistungskomplex. Leistungskomplexe umfassen entweder nur einzelne oder ein Bündel von Pflegeleistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung. So umfasst der Leistungskomplex „Kleine Morgen- / Abendtoilette mit Hilfe beim Aufsuchen / Verlassen des Bettes“ in Schleswig-Holstein beispielsweise die Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes, das An- / Auskleiden, das Teilwaschen des Körpers, die Mund- und Zahnpflege, das Kämmen und Rasieren einschließlich der Gesichtspflege. Der genaue Zeitaufwand für die Erbringung der Pflegeleistung ist unerheblich, jedoch ist das Leistungsgeschehen an den individuellen Unterstützungsbedarf des PB anzupassen. Dies bedeutet, es müssen nicht zwangsläufig alle Einzelleistungen eines Komplexes erbracht werden⁵.

Alternativ ist auch eine Abrechnung der Pflegesachleistung auf Basis von Zeitkontingenten möglich. Hierbei werden die verschiedenen Leistungen der Selbstversorgung individuell für den jeweiligen PB zusammengestellt und entsprechend des benötigten Zeitaufwandes vergütet. Die Länge der Zeitkontingente, die genaue Taktungen und auch die Kosten pro Minute können zwischen den

⁵ Die einzelnen Leistungskomplexe unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland und können in den Rahmenverträgen und Vergütungsvereinbarungen zwischen den Pflegekassen und den Trägern der Pflegedienste und der Sozialhilfe eingesehen werden.

Bundesländern und den drei Leistungsbereichen Haushaltsführung, Betreuung und Selbstversorgung variieren.

Der monatliche Anspruch auf Pflegesachleistungen beträgt in Deutschland einheitlich die folgenden Beträge:

- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2: Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 689 Euro,
- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3: Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.298 Euro,
- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4: Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.612 Euro,
- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5: Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.995 Euro.

2.2.2.2 Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen

Alternativ kann ein PB monatlich Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) abrufen. Dieses Pflegegeld wird direkt an den PB ausgezahlt und soll ihm dazu dienen, seine ambulante pflegerische Versorgung selbstständig zu organisieren und sicherzustellen. Folgende Beträge werden als Pflegegeld gewährt:

- 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
- 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
- 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
- 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Von dem Pflegegeld werden keine professionellen Pflegekräfte entlohnt. Bezieher von Pflegegeld werden informell von Laien im häuslichen Umfeld gepflegt, die den PB regelmäßig als Pflegeperson versorgen. Pflegeperson im Sinne des elften Sozialgesetzbuches ist, wer einen PB nicht erwerbstätig in seiner häuslichen Umgebung pflegt (§ 19 Abs. 1 S. 1 SGB XI). In der Regel handelt es dabei um Angehörige, Bekannte oder Nachbarn des PB. Die Pflegepersonen können Leistungen aus den Bereichen der Selbstversorgung, Haushaltsführung und Betreuung erbringen. Einen finanziellen Ausgleich für den geleisteten Pflegeaufwand erhalten die Pflegepersonen nicht von der Pflegekasse, sondern direkt von dem PB, der über das Pflegegeld frei verfügen kann und seine Pflegeperson(en) somit nach seinem Ermessen „entlohnt“.

2.2.2.3 Kombinationsleistungen

Wird die Versorgung eines PB gemeinsam von einem Pflegedienst und einer oder mehreren Pflegepersonen durchgeführt, können Pflegegeld und Pflegesachleistungen auch kombiniert in Form von Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) in Anspruch genommen werden. In diesem Fall werden dem PB nicht abgerufene Sachleistungen anteilig, in Form von Geldleistungen, ausbezahlt (§ 38 SGB XI).

2.2.2.4 Entlastungsleistungen

Zusätzlich zu den oben beschriebenen Leistungen steht jedem ambulant versorgten PB unabhängig von dem Grad der Pflegebedürftigkeit seit dem 01.01.2017 ein Entlastungsbetrag von monatlich 125 Euro zu, welcher zur Förderung der Selbstständigkeit des PB oder zur Entlastung der ihn pflegenden Angehörigen (§ 45b SGB XI) dient. Dieser Entlastungsbetrag kann entsprechend § 45b Abs. 1 SGB XI für folgende Leistungen aufgewendet werden:

- Fahrten im Zusammenhang mit Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
- Leistungen der Kurzzeitpflege,
- Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung,
- Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI, im Einzelnen: Betreuungsangebote für den PB, Angebote zur Entlastung von Pflegepersonen und Angebote zur Entlastung im Alltag.

Die Angebote zur Unterstützung nach § 45 a SGB XI sollen dazu beitragen, Pflegepersonen zu entlasten und dem PB die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und eine möglichst selbstständige Bewältigung des Alltags zu ermöglichen. Damit sollen diese Angebote einen langen Verbleib des PB im häuslichen Umfeld fördern. Zu den Betreuungsleistungen zählen Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von PB mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf (z. B. im Zusammenhang mit einer demenziellen Erkrankung) in Gruppen oder im häuslichen Bereich in Einzelbetreuung übernehmen. Als spezielle Angebote zur Entlastung und beratenden Unterstützung von Pflegepersonen kommen HelferInnenkreise, aber auch haushaltsnahe Dienstleistungen und eine Unterstützung bei Aktivitäten, die der sozialen Teilhabe oder Beschäftigung des PB dienen, in Betracht. Die Angebote zur Unterstützung im Alltag umfassen Leistungen, die dem PB vor allem bei der Haushaltsführung oder bei der selbständigen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen helfen, besonders, wenn dieser ausschließlich professionell durch einen Pflegedienst versorgt wird.

Die Leistungen zur Unterstützung im Alltag nach § 45 a SGB XI sollen, wie oben angeführt, vorrangig durch Ehrenamtliche erbracht werden. Diese müssen speziell geschult und in eine, nach jeweiligem Landesrecht anerkannte, Organisation eingebunden sein. Die Ehrenamtlichen erhalten für ihr Engagement eine Aufwandsentschädigung, welches der PB über den Entlastungsbetrag (teil-) finanziert.

Außerdem besteht für PB ab Pflegegrad 2 die Möglichkeit, aufgrund des Umwandlungsanspruchs nach § 45 a Abs. 4 SGB XI bis zu 40,00 % der Pflegesachleistungen für Angebote zur Unterstützung umzuwidmen.

2.2.2.5 Verhinderungspflege

Sofern eine Pflegeperson im Sinne des § 19 SGB XI an der Pflege z. B. urlaubs- oder krankheitsbedingt gehindert ist, werden die Kosten einer Ersatzpflege durch die Pflegekasse bis zu einem Zeitraum von sechs Wochen je Kalenderjahr übernommen, sofern sie bereits sechs Monate die Pflege wahrgenommen hat und ein PB mindestens im Pflegegrad 2 eingestuft ist. Bei Übernahme der Ersatzpflege von einer bis zum 2. Grad verwandten oder verschwägerten bzw. in häuslicher Gemeinschaft mit dem PB lebenden Person beläuft sich der Höchstbetrag gem. § 39 Abs. 3 S. 1 SGB XI auf ca. 1.351,50 Euro bei Pflegegrad 5. In den übrigen Fällen nach § 39 Abs. 1 S. 3 SGB XI werden maximal Kosten in Höhe von insgesamt 1.612 Euro übernommen.

2.2.2.6 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Die Leistungen des § 40 SGB XI zielen darauf ab, dem PB durch die Finanzierung von Pflegehilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen einen längeren Verbleib im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Letztere werden maximal bis zu einem Betrag von 4.000 Euro (in Wohngemeinschaften maximal 16.000 Euro) bezuschusst. Die Leistungen für Verbrauchsmittel sind auf 40 Euro monatlich begrenzt und technische Hilfsmittel sind in der Regel leihweise beziehbar.

2.2.2.7 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Für Angehörige, die einen PB versorgen, und sonstige an einer freiwilligen Pflegetätigkeit interessierte Personen besteht die Möglichkeit an kostenlosen Pflegekursen teilzunehmen. Diese Pflegekurse werden von den Pflegekassen angeboten, wobei sie die Kurse entweder selbst durchführen, oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen können. Ziel dieses Angebots ist es, die Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte physische und psychische Belastungen der Pflegenden zu reduzieren oder vollständig zu verhindern. Hierzu sollen die Pflegekurse Fähigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Auf diese Weise soll auch das soziale Engagement in der ambulanten Pflege weiter gestärkt werden (§ 45 SGB XI).

2.2.2.8 Soziale Sicherung der Pflegeperson

Pflegepersonen, die einen Angehörigen mit mindestens Pflegegrad 2 regelmäßig zehn Stunden oder mehr pro Woche, verteilt auf mindestens zwei Wochentage pflegen, haben einen Anspruch auf Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge von Rentenversicherung, Unfallversicherung und Arbeitslosenversicherung gegenüber den Pflegekassen bzw. der zuständigen Kommune. Voraussetzung dafür ist, dass die Pflegepersonen nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig

ist (§ 44 SGB XI) und, abgesehen von dem Pflegegeld, keine Entlohnung für die Pflege erhält. Einen Anspruch auf soziale Sicherung haben auch Pflegenden, die sich in Pflegezeit befinden, also zu Pflegezwecken von Arbeit freigestellt oder geringfügig beschäftigt sind (§ 44a SGB XI). Sind diese Pflegepersonen nicht über die Familienversicherung kranken- und pflegeversichert, können die Pflegekassen auf Antrag einen Beitragszuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung gewähren.

2.2.3 Leistungen in der teilstationären Pflege

2.2.3.1 Tages- und Nachtpflege

Kann die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden, so hat ein PB ab Pflegegrad 2 die Möglichkeit teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege wahrzunehmen (§ 41 SGB XI), deren Umfang dem monatlichen Pflegesachleistungsbetrag entspricht.

2.2.3.2 Kurzzeitpflege

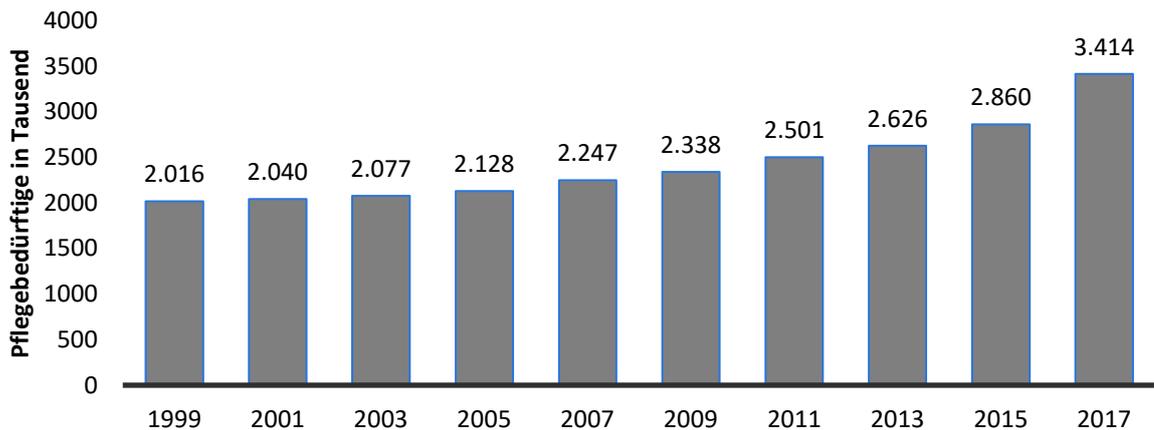
Kann ein PB in den Pflegegraden 2 bis 5 zeitweise nicht ambulant versorgt werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht gemäß § 42 SGB XI ein Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr. Dies gilt für eine Übergangszeit nach einer stationären Behandlung des PB oder in anderen Krisensituationen, in denen die ambulante Pflege nicht ausreichend oder möglich ist. Die Pflegekasse übernimmt in diesem Fall Kosten von bis zu 1.612 Euro pro Kalenderjahr für die stationäre Pflege.

3 Pflegebedürftigkeit in Deutschland im Zeitraum von 1999 bis 2018

Die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit wird in Deutschland seit 1999 systematisch erfasst. Seitdem ist die Anzahl der PB kontinuierlich von im Jahr 1999 2,02 Millionen auf 3,41 Millionen Menschen in 2017 angestiegen (Abbildung 1). Somit war die im Pflegereport der Bertelsmann Stiftung (Rothgang et al., 2012) erst für das Jahr 2030 prognostizierte Anzahl von etwa 3,40 Millionen PB bundesweit bereits im Jahr 2017 überschritten.

Zwischen den Jahren 2001 bis 2017 ist die Anzahl der PB um knapp 70,00 % angewachsen. Zu einem sprunghaften Anstieg der Pflegebedürftigkeit kam es im Jahr 2017 mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Der damit neu eingeführte Pflegegrad 1 bewirkte, dass auch Menschen mit geringen Beeinträchtigungen als pflegebedürftig anerkannt wurden, welche vorher nicht als pflegebedürftig galten. Zudem hat die Gleichstellung von körperlichen und psychisch-kognitiven und somatischen Beeinträchtigungen dazu geführt, dass deutlich mehr Menschen die Voraussetzungen der §§ 14, 15 SGB XI erfüllen und somit als pflegebedürftig erfasst werden.

Abbildung 1: Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland in den Jahren 1999 bis 2017 (in 1.000).

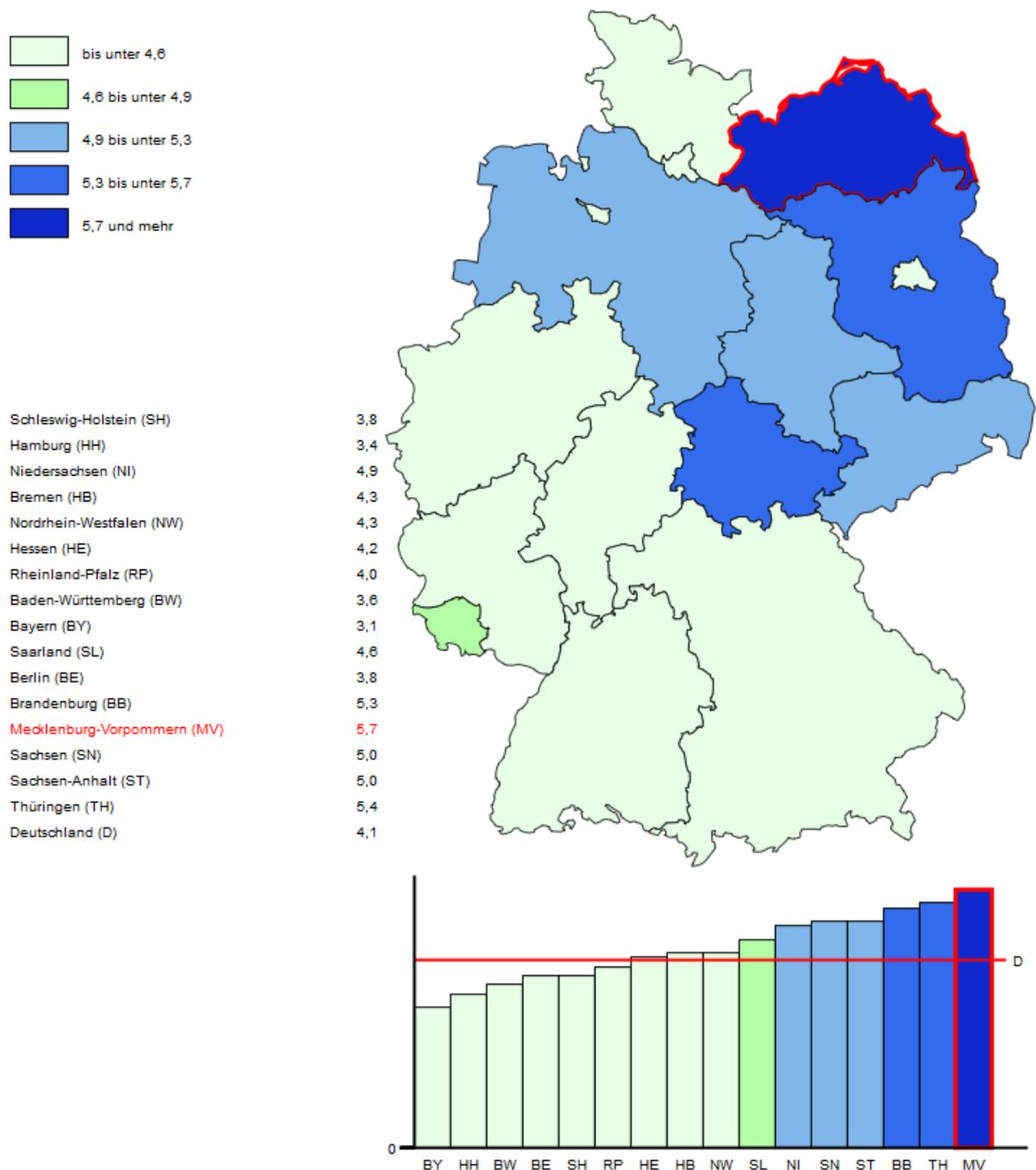


Quelle: Statistisches Bundesamt (2020 b).

Auch die Pflegequote, d. h. der Anteil der PB an der Gesamtbevölkerung, ist im Zeitraum zwischen 1999 und 2017 stetig gestiegen. Waren im Jahr 1999 noch 2,50 % der deutschen Bevölkerung pflegebedürftig, betrug ihr Anteil in 2017 bereits 4,10 % (Statistisches Bundesamt, 2020 c). Im Jahr 2017 lag die Pflegequote auf Landesebene in Mecklenburg - Vorpommern mit 5,70 % bundesweit am höchsten. Eine ebenfalls überdurchschnittlich hohe Pflegequote findet sich im Saarland (4,60 %), in Niedersachsen (4,90 %), in Sachsen, (5,00 %), in Sachsen-Anhalt (5,00 %), in Brandenburg (5,30 %) und in Thüringen (5,40 %). Die niedrigsten Pflegequoten weisen Bayern mit 3,10 % und Hamburg mit 3,40 % auf (Abbildung 2).

Die Pflegequote nimmt dabei mit zunehmendem Alter der Bevölkerung seit dem Jahr 1999 zu. Waren in 1999 noch 13,90 % der über 75 - Jährigen bis unter 85 - Jährigen pflegebedürftig, waren es im Jahr 2017 bereits 16,30 % in dieser Altersgruppe. Noch deutlicher zeigt sich dieser Trend in den höheren Altersgruppen. Im Jahr 1999 waren 38,40 % der 85- bis unter 90-Jährigen pflegebedürftig, demgegenüber stehen 44,50 % in 2017. Bei den über 90-Jährigen ist die Pflegequote zwischen 1999 und 2017 sogar von 60,20 % auf 70,70 % gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2020 e).

Abbildung 2: Pflegequote im Jahr 2017 nach Bundesländern.



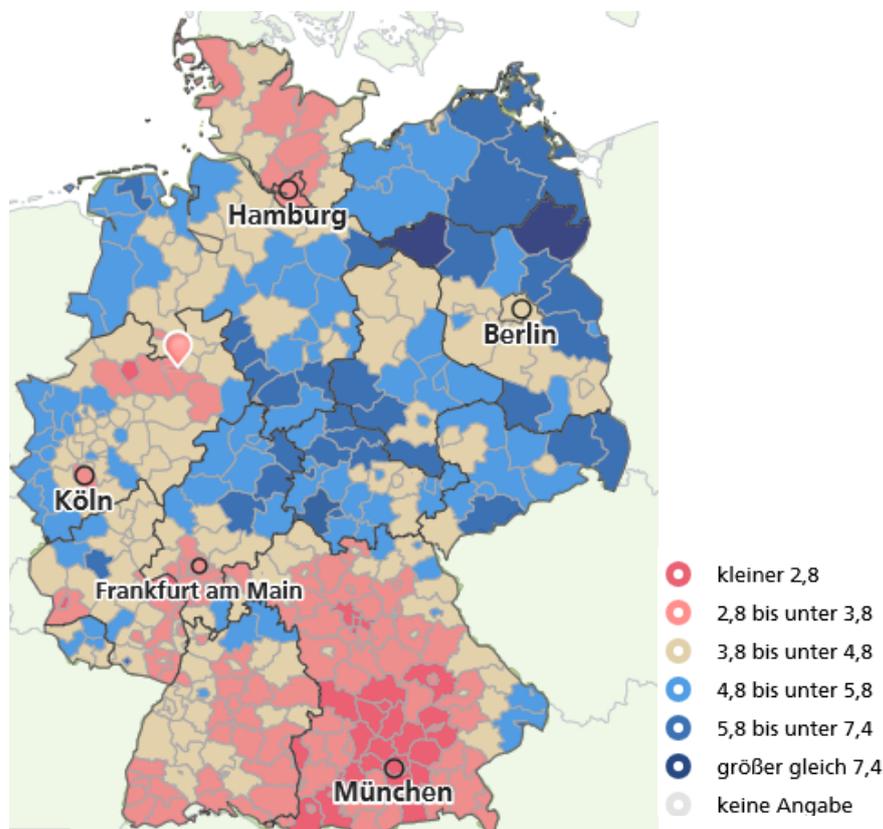
Quelle: Statistisches Bundesamt (2020 d).

In absoluten Zahlen leben die meisten PB in Nordrhein-Westfalen (399.357), in Bayern (399.357), in Niedersachsen (387.293) und Baden-Württemberg (398.612). In Mecklenburg-Vorpommern, dem Bundesland mit der höchsten Pflegequote Deutschlands, fanden sich hingegen im Jahr 2017 nur 91.029 PB aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte (Statistisches Bundesamt, 2020 e).

Betrachtet man die Pflegebedürftigkeit auf Ebene der Landkreise bzw. kreisfreien Städte im Jahr 2017, zeigen sich die höchsten Pflegequoten im Nordosten und in der Mitte Deutschlands. So liegen die

Pflegequoten in den Landkreisen Uckermark und Prignitz bei 8,10 % und 8,00 % und damit deutlich über dem bundesdeutschen Durchschnitt von 4,10 %. Im Süden Deutschlands, insbesondere in München (2,10 %) und den angrenzenden Regionen finden sich zum Teil weit unterdurchschnittliche Pflegequoten von unter 2,80 %. Ähnliches gilt für den Norden und die Region um Hamburg und für Nordrhein-Westfalen (Wegweiser Kommune, 2020). Auch hier liegt der Anteil von PB an der Gesamtbevölkerung in vielen Kreisen und kreisfreien Städten unter dem Bundesdurchschnitt (Abbildung 3). Absolut betrachtet ist die Anzahl an PB im Jahr 2017 auf Kreisebene aufgrund der hohen Einwohnerdichte in den deutschen Ballungsgebieten und Großstädten am höchsten. Hierzu gehören u. a. Berlin, Hamburg, der Großraum Hannover und Teile Nordrhein - Westfalens.

Abbildung 3: Pflegebedürftige an der Gesamtbevölkerung in % im Jahr 2017.



Quelle: Wegweiser Kommune (2020).

3.1 Vorrang und Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Pflege

Die soziale Pflegeversicherung gewährt grundsätzlich Leistungen für PB in ambulanter und in stationärer Versorgung. Der Vorrang ambulanter Pflege vor einer dauerhaften stationären Unterbringung in einem Pflegeheim ist jedoch gesetzlich in § 3 SGB XI festgeschrieben. Dabei ermöglicht die Pflege im häuslichen Umfeld ein hohes Maß an Selbstbestimmtheit und wird damit dem in § 2 SGB XI formulierten Grundsatz, nach Würde und Selbstbestimmung des PB, gerecht. Neben dem allgemeinen Grundsatz, der Förderung der Autonomie des PB, verfolgt die Pflegepolitik auch das Ziel,

die „Bedarfsgerechtigkeit“ der Langzeitpflege zu verbessern. (Sachverständigenrat, 2014). Allerdings ist nicht abschließend definiert, wann eine pflegerische Versorgung als bedarfsgerecht bezeichnet werden darf. Einigkeit besteht jedoch dahingehend, dass allein die Meinung der Pflegepolitik nicht ausreicht, um die Bedarfsgerechtigkeit einer Versorgung festzustellen (Sachverständigenrat, 2014). Von der „Bedarfsgerechtigkeit“ sollte vielmehr erst ausgegangen werden, wenn die Vorstellung der Pflegepolitik mit den Vorstellungen der NutzerInnen des Pflegesystems, im Hinblick auf die Bewertung der ambulanten Langzeitversorgung „harmonisieren“ (Niens et al., 2017, S. 519) ⁶.

Verschiedene Studien zeigen indes, dass ambulante Versorgung auch von der Mehrzahl der (zukünftigen) PB präferiert wird (Generali Zukunftsfonds, 2012; Kuhlmeier et al. 2010; Zok, 2011). Insbesondere die informelle ambulante Pflege durch Angehörige ist besonders beliebt. So gaben 67,00 % der Befragten in der Generali Altersstudie (Generali Zukunftsfonds, 2012) an, die häusliche Pflege durch den Partner, die Kinder oder anderer Familienangehörige gegenüber einer ambulanten Versorgung durch professionelle Pflegekräfte oder der Unterbringung in einem Pflegeheim zu bevorzugen (Generali Zukunftsfonds, 2012, S. 531). Auch Kehl (2016) weist darauf hin, dass die Pflege durch Angehörige im häuslichen Umfeld von der Mehrzahl der PB gegenüber anderen Versorgungsformen favorisiert wird. Somit entspricht die informelle ambulante Pflege durch Angehörige den Wünschen der (zukünftigen) PB in besonderer Weise. Die ambulante informelle Pflege stellt daher die Versorgungsform dar, die den objektiven Vorstellungen der Pflegepolitik von „guter Pflege“ und den subjektiven Ansichten der PB darüber, „wie Pflege sein sollte“, besonders nahekommt. Entsprechend darf die informelle ambulante Pflege als bedarfsgerechte Versorgungsform bezeichnet werden.

Neben der hohen Akzeptanz, die der ambulanten informellen Pflege sowohl von Seiten der Pflegepolitik als auch von Seiten der PB zukommt, weist diese Versorgungsform noch einen weiteren großen Vorteil gegenüber der stationären Pflege auf. So ist die informelle Pflege im häuslichen Umfeld vergleichsweise kostengünstiger als eine stationäre Versorgung. Grundsätzlich stehen einem ambulant und ausschließlich informell versorgten PB in Pflegegrad 2 ein Pflegegeld in Höhe von 316,00 Euro monatlich, der Entlastungsbetrag von 125,00 Euro sowie ggf. Verbrauchsmittel für die Pflege im Wert von 40,00 Euro pro Monat zu. Es ergibt sich ein monatlicher Gesamtbetrag von insgesamt 481,00 Euro. Hingegen erhält ein PB des Pflegegrads 2 in vollstationärer Pflege 770,00 Euro monatlich. Es besteht somit ein Kostenunterschied von 289,00 Euro monatlich bzw. 3.432,00 Euro pro Jahr bei PB des Pflegegrads 2 zwischen vollstationärer und ambulanter informeller Pflege. Auch bei Inanspruchnahme der Leistungen für Verhinderungspflege in Höhe von maximal 1.612,00 Euro pro Jahr (§ 39 SGB XI)

⁶ Zur detaillierten Erläuterung der Bedeutung des Begriffs der „Bedarfsgerechtigkeit“ siehe Niens et al. (2015) und Niens et al. (2017) in dieser Arbeit.

verbleibt eine Ersparnis von 1.820,00 Euro jährlich, wenn ein PB des Pflegegrads 2 ambulant informell und nicht stationär gepflegt wird. Auch aus diesem Grund wird empfohlen, die häusliche informelle Pflege angesichts zunehmend knapper finanzieller Mittel weiter zu stärken (Kehl 2016; Hackmann et al. 2014; Sachverständigenrat, 2014), um eine pflegerische Langzeitversorgung zukünftig gewährleisten zu können.

3.2 Bedeutung der ambulanten pflegerischen Langzeitversorgung in der Pflegepraxis

Die ambulante Versorgung stellt seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 die meist gewählte Versorgungsform dar. Im Jahr 2018 waren insgesamt etwa 3,69 Millionen PB gesetzlich pflegeversichert. Mehr als drei Viertel von ihnen (2,91 Millionen, 78,83 %) wurden ambulant gepflegt (Tabelle 2). Auch die privat pflegeversicherten PB werden mehrheitlich ambulant versorgt. So wurden zum Ende des Jahres 2018 insgesamt 179.872 privat Versicherte ambulant, aber nur 54.753 PB stationär gepflegt.

Eine gemeinsame Betrachtung der privat und gesetzlich Versicherten zeigt, dass im Jahr 2017 3,41 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig waren. Insgesamt etwa drei Viertel (2,59 Millionen, 76,00 %) der PB wurden ambulant versorgt. Stationär in Pflegeheimen waren 818.289 PB untergebracht, 103.589 Menschen wurden teilstationär gepflegt (Statistisches Bundesamt, 2020 a). Zwei Drittel der ambulant versorgten PB werden allein durch Angehörige (68,02%), die verbleibenden PB werden kombiniert oder ausschließlich durch einen Pflegedienst gepflegt (Statistisches Bundesamt, 2019 f).

Besonders PB des Pflegegrads 2 befinden sich häufig in ambulanter und informeller Pflege durch eine oder mehrere Pflegepersonen. Im Jahr 2017 waren dies mit 995.406 Menschen fast ein Drittel aller PB in Deutschland. Demgegenüber wurden nur 175.114 PB, die in den Pflegegrad 2 eingeordnet waren, vollstationär in einem Pflegeheim gepflegt. Professionell im häuslichen Umfeld oder kombiniert, d. h. durch eine oder mehrere Pflegepersonen mit Unterstützung eines Pflegedienstes, wurden 395.890 Menschen des Pflegegrads 2 versorgt.

Tabelle 2: Pflegerische Langzeitversorgung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung 1995 bis 2018 nach Versorgungsform.

Jahr	ambulant	stationär	Insgesamt
1995	1.061.418	.-	1.061.418
1996	1.162.184	384.562	1.546.746
1997	1.197.677	462.271	1.659.948
1998	1.226.715	511.403	1.738.118
1999	1.280.379	545.983	1.826.362
2000	1.260.825	561.344	1.822.169
2001	1.261.667	577.935	1.839.602
2002	1.289.152	599.817	1.888.969
2003	1.281.398	614.019	1.895.417
2004	1.296.811	628.892	1.925.703
2005	1.309.506	642.447	1.951.953
2006	1.310.473	658.919	1.969.392
2007	1.358.201	671.084	2.029.285
2008	1.432.534	680.951	2.113.485
2009	1.537.574	697.647	2.235.221
2010	1.577.844	709.955	2.287.799
2011	1.600.554	714.882	2.315.436
2012	1.667.108	729.546	2.396.654
2013	1.739.337	740.253	2.479.590
2014	1.818.052	750.884	2.568.936
2015	1.907.095	758.014	2.665.109
2016	1.974.197	775.004	2.749.201
2017	2.560.979	778.200	3.339.179
2018	2.905.325	780.064	3.685.389

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2019 a), nach Angaben der Geschäftsstatistik der Pflegekassen.

Auch bei den PB in Pflegegrad 3 dominiert die ambulante informelle Versorgung. Insgesamt nimmt mit steigender Pflegestufe jedoch der Anteil der PB zu, die vollstationär in einem Pflegeheim

untergebracht sind. So werden 90.915 PB des Pflegegrads 5 ambulant, entweder mit oder ohne Unterstützung professioneller Pflegekräfte gepflegt, demgegenüber befinden sich aber 133.381 PB des gleichen Pflegegrads in vollstationärer Versorgung (Tabelle 3).

Tabelle 3: Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrad im Jahr 2017.

Pflege	Pflegebedürftige		Pflegegrade					Bisher ohne Zuordnung	Anteil an Pflegebedürftigen insgesamt
	insgesamt	darunter weiblich	1	2	3	4	5		
	Anzahl	%							
Insgesamt	3 414 378	62,9	1,4	46,0	30,0	16,1	6,6	0,2	100,0
- Pflegebedürftige zu Hause versorgt	2 594 862	60,5	1,4	53,7	29,5	11,9	3,5	-	76,0
- davon									
- allein durch Angehörige¹	1 764 904	57,7	-	56,4	29,5	11,3	2,8	-	51,7
- zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste	829 958	66,5	4,5	47,7	29,5	13,2	5,0	-	24,3
- Pflegebedürftige vollstationär in Heimen	818 289	70,4	0,9	21,4	31,7	29,6	16,3	0,7	24,0
- Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 und teilstationärer Pflege	1 227	75,5	100,0	-	-	-	-	-	0,0

1: Entspricht den Empfängern/Empfängerinnen von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI.
Empfänger/-innen von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI sind dagegen in den ambulanten Pflegediensten enthalten.
- = Nichts vorhanden.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2019 f).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die ambulante Pflege über alle Pflegegrade hinweg bereits seit Einführung der Pflegeversicherung und unabhängig davon, ob PB privat oder gesetzlich pflegeversichert sind, die häufigste Form der pflegerischen Langzeitversorgung darstellt. Damit ist der Vorrang der ambulanten Pflege vor einer stationären Versorgung auch in der Pflegepraxis verwirklicht.

4 Der demographische Wandel in Deutschland und Prognosen zur zukünftigen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

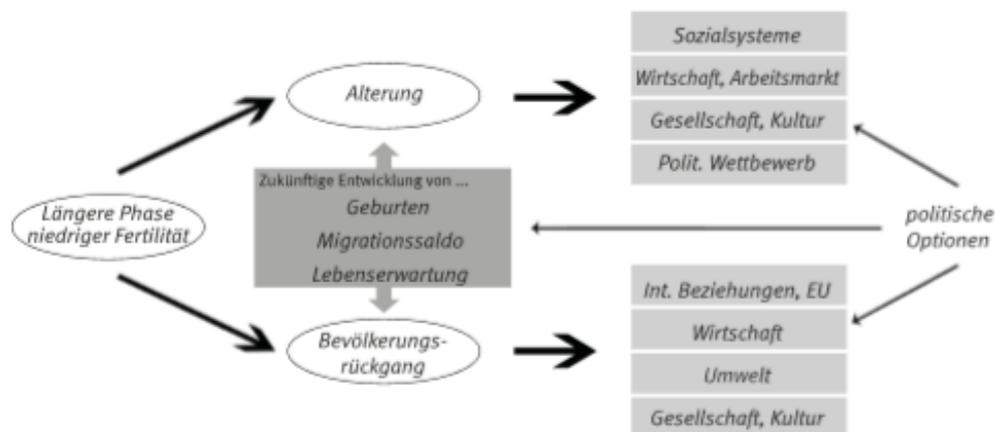
Für den demographischen Wandel in Deutschland gelten der Rückgang der Bevölkerungszahlen und die Veränderung der Altersstruktur als kennzeichnend (Bundesministerium des Innern, 2011). Dabei ist eine kontinuierliche Erhöhung des mittleren Alters der Deutschen Bevölkerung bereits seit Mitte der 1960er Jahre zu beobachten (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2018), sinkende Bevölkerungszahlen zeigten sich hingegen erst in Mitte der 2000er Jahre (Statistisches Bundesamt, 2020). Für die langfristig niedrige Geburtenrate sind vor allem kulturelle Gründe verantwortlich. Der Anstieg der Lebenserwartung ist, abgesehen von einer lang andauernden Phase ohne kriegerische Auseinandersetzungen, auf eine bessere ärztliche Versorgung, gesündere Ernährung und sichere Arbeitsbedingungen zurückzuführen.

Während es als sicher gilt, dass sich die Alterung der Bevölkerung auch zukünftig fortsetzt, ist es ungewiss, wie sich die Bevölkerungszahlen in Deutschland entwickeln werden. Schließlich wächst die Bevölkerung seit dem Jahr 2014 aufgrund von Zuwanderung sogar wieder leicht an (Statistisches Bundesamt, 2020) und Prognosen werden durch Unsicherheiten hinsichtlich der zukünftig zu erwartenden Einwanderungen erschwert. Demgegenüber wird die Alterung der Gesellschaft, trotz

starker Zuwanderung junger Menschen, aller Voraussicht nach nicht zu kompensieren sein (Bujard und Dreschmit, 2016).

Die Alterung der Gesellschaft und der Bevölkerungsrückgang unterscheiden sich im Hinblick auf ihre gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Folgen (Abbildung 4). So werden infolge des Rückgangs der Bevölkerungszahlen in Deutschland beispielsweise positive Umwelteffekte prognostiziert, auch wenn der Effekt global gesehen als gering anzusehen ist (Bujard, 2015). Im Mittelpunkt der Diskussion um die Folgen der Alterung der Gesellschaft stehen dagegen meist die Effekte auf die umlagefinanzierten Sozialsysteme in Deutschland, insbesondere die gesetzliche Renten- und Pflegeversicherung (z. B. Sinn, 2013; Bujard, 2015; Bujard und Dreschmitt, 2016; Bundesministerium des Innern, 2011). Daneben werden jedoch auch der politische, wirtschaftliche und kulturelle Sektor sowie der Arbeitsmarkt von der Veränderung der Altersstruktur beeinflusst (Bujard, 2015). Die Schrumpfung der Gesellschaft wird in diesen Bereichen als vergleichsweise weniger problematisch betrachtet als deren Alterung (Bujard und Dreschmit, 2016; Bundesministerium des Innern, 2011).

Abbildung 4: Auswirkungen eines Geburtenrückgangs mit jahrzehntelanger niedriger Fertilität.



Quelle: Bujard, 2015, S. 57.

Im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen stehen die Auswirkungen der beschleunigten Alterung auf die soziale Pflegeversicherung und den Arbeitsmarkt im Pflegesektor, da diese für die Sicherstellung der pflegerischen Langzeitversorgung zentral sind. Nachfolgend werden zunächst die Ursachen der Alterung in Deutschland beschrieben. Anschließend werden ausgewählte Prognosen bezüglich der Entwicklung der Altersstruktur und Pflegebedürftigkeit, sowie (potentielle) Folgen für die Sicherstellung pflegerischer Langzeitversorgung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung und den Bedarf an Pflege(fach)kräften dargestellt.

4.1 Ursachen und Prognosen für die Veränderung der Altersstruktur

Eine Gesellschaft altert, wenn sich der Anteil älterer Menschen an der Gesamtpopulation erhöht. Die Veränderung der Altersstruktur in Deutschland ist hauptsächlich auf zwei Ursachen zurückzuführen: einerseits einer langfristig niedrigen Geburtenrate und andererseits dem Anstieg der Lebenserwartung der in Deutschland Geborenen. Dabei gilt der Effekt der niedrigen Geburtenrate als dominierend (Bujard und Dreschmitt, 2016). Während Mitte der sechziger Jahre Frauen in Deutschland noch ca. 2,50 Kinder im Durchschnitt bekamen (Statistisches Bundesamt, 2016), liegt die Geburtenrate seit Mitte der siebziger Jahre nur noch bei etwa 1,40 Kindern pro Frau (Statistisches Bundesamt, 2019 a). Die durchschnittliche Lebenserwartung der in Deutschland Geborenen stieg demgegenüber im Zeitraum von 1960 bis 2019 um etwa 12 Lebensjahre von 72,40 Jahren auf 84,10 bei Frauen und 66,90 Jahre auf 79,10 Jahren bei Männern (Statistisches Bundesamt, 2019 b).

Einen Effekt auf das Verhältnis von älteren zu jüngeren Menschen haben neben der durchschnittlichen Lebenserwartung und der Geburtenrate auch die Anzahl und das Alter zugewanderter Menschen bzw. der Saldo der Zuzüge nach und Fortzügen aus Deutschland (Nettozuwanderung oder Wanderungssaldo) (Statistisches Bundesamt 2019 d). Jedoch sind die Auswirkungen der Einwanderung auf die demographische Alterung eher gering und auch hohe Zuwanderungszahlen können den Prozess der Alterung allenfalls kurzfristig verlangsamen (Bujard und Dreschmitt, 2016). Zudem ist die hohe Nettoeinwanderung seit 2013 in Deutschland vor allem auf die große Anzahl von Asylsuchenden zurückzuführen. Aus historischer Perspektive ist jedoch zu erwarten, dass die Migrantenzahlen in Zukunft nicht konstant bleiben, weil beispielsweise die Ursachen für die Flucht aus dem eigenen Land zurückgehen (Bujard und Dreschmitt, 2016; Bujard, 2015).

Mithilfe des Altenquotienten kann das Verhältnis von Rentnern ab einem Alter von 67 Jahren zu Erwerbspersonen im Alter 20 von 66 Jahren abgebildet werden. Damit stellt der Altenquotient eine wichtige Maßzahl für umlagefinanzierte soziale Sicherungssysteme wie die Rentenversicherung, aber auch die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung dar. Die Entwicklung des Altenquotienten in Deutschland zeigt, dass Personen im Alter von 20 bis 66 Jahren immer mehr ältere Menschen gegenüberstehen. So ist der Altenquotient von 19,30 im Jahr 1960 (Bundeszentrale für politische Bildung, 2012) auf 32,80 in 2018 (Statistisches Bundesamt 2019 c) gestiegen. Das bedeutet, aktuell kommen auf 100 Menschen im erwerbsfähigen Alter 32,80 ältere Personen, welche in der Regel wirtschaftlich nicht mehr aktiv sind.

Für die Zukunft wird ein weiterer Anstieg des Altenquotienten bis etwa in das Jahr 2038 vorausgesagt. In Abhängigkeit von den zugrunde gelegten Annahmen in Bezug auf Lebenserwartung, Geburtenrate und Wanderungssaldo wird ein Altenquotient zwischen 44,00 und 59,00 erwartet (Statistisches Bundesamt, 2019 d). In der Variante 5 der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung mit einer

relativ jungen Altersstruktur würde der Altenquotient von aktuell 32,80 bis in das Jahr 2038 auf 44,00 steigen. Ein Altenquotient von 47,00 wird unter der Bedingung einer moderaten Entwicklung der Variante 2 erwartet und ein Altenquotient von 49,00 bei der Entwicklung mit einer relativ alten Altersstruktur in der Variante 4.⁷ Anschließend wird der Altenquotient bei der relativ jungen Bevölkerung der Variante 5 sogar leicht bis 2060 auf 43,00 sinken. Bei moderater Entwicklung wird er anfangs bei 47,00 stagnieren und dann zwischen 2045 und 2060 auf 50,00 steigen. Bei der relativ alten Bevölkerung in der Variante 4 wird der Altenquotient dagegen nach 2038 weniger steil als zuvor, jedoch kontinuierlich, auf 57,00 bis zum Jahr 2060 zunehmen. Somit wird auch im günstigsten Fall der Variante 5, unter der Voraussetzung einer steigenden Geburtenrate pro Frau, einem geringen Anstieg der Lebenserwartung und einem hohen Wanderungssaldo der Altenquotient in Jahr 2060 mit einem Wert von 43,00 noch mehr als doppelt so hoch sein wie im Jahr 1960.

Auf Länderebene zeigen sich in der Variante 2 der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt, 2019) bei der Prognose bis in das Jahr 2060 die höchsten Altenquotienten in Brandenburg, Thüringen und Sachsen-Anhalt. In Brandenburg werden voraussichtlich im Jahr 2060 63,90 Personen im Alter ab 67 Jahren 100 Personen zwischen 20 und 66 Jahren gegenüberstehen, in 2018 waren es noch 34,70 Ältere. In Thüringen (Altenquotient in 2018 = 36,80) und Sachsen-Anhalt (Altenquotient in 2018 = 38,10) wird ein Verhältnis von 100 jüngeren Personen zu 56,70 älteren Menschen ab 67 Jahren bestehen. Auch für Bayern, das Saarland, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Sachsen werden Altenquotienten von über 50,00 für das Jahr 2060 prognostiziert unter den Bedingungen der Variante 2 der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. In 2018 variierten die Altenquotienten zwischen 28,40 in Bayern und 38,60 in Sachsen. Die geringsten Altenquotienten finden sich laut Prognose in Hamburg und Bremen, wo im Jahr 2060 43,80 und 43,40 Personen im Rentenalter 100 Jüngeren gegenüberstehen werden (Statistisches Bundesamt, 2019).

Ursächlich für die starke Erhöhung des Altenquotienten bis 2038 ist der Übergang der geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er Jahre in das Rentenalter in Kombination mit niedrigen

⁷ Variante 5: Jährliche Geburtenziffer / Kinderzahl je Frau bis 2060 = 1,73 / 1,7 (Anstieg gegenüber 2017, damalige Werte: 15,7 / 1,5 Kinder je Frau), Lebenserwartung bei Geburt = Jungen 82,5 Jahre, Mädchen 86,4 Jahre (geringer Anstieg, Werte laut Sterbetafel 2015 / 2017: Jungen: 78,4 Jahre, Mädchen: 83,2 Jahre), Jährliche Nettozuwanderung = 300.000 Personen bis 2030, danach konstant (Leichter Rückgang gegenüber 2018, damaliger Wert: 386.000 Personen jährlich).

Variante 2: Jährliche Geburtenziffer / Kinderzahl je Frau bis 2060 = 1,55 / 1,6 (Moderate Entwicklung gegenüber 2017), Lebenserwartung bei Geburt = Jungen 84,4 Jahre, Mädchen 88,1 Jahre (moderater Anstieg), Jährliche Nettozuwanderung = 206.000 Personen bis 2026, danach konstant (Rückgang).

Variante 4: Jährliche Geburtenziffer / Kinderzahl je Frau bis 2060 = 1,43 / 1,4 (sinken auf das langfristige Niveau bis 2017), Lebenserwartung bei Geburt = Jungen 86,2 Jahre, Mädchen 89,6 Jahre (starker Anstieg), Jährliche Nettozuwanderung = 110.500 Personen bis 2030, danach konstant (Rückgang).

Geburtenraten in den nachfolgenden Jahrzehnten. Vorausberechnungen zeigen, dass auch ein unrealistisch hoher Anstieg der Geburtenrate auf 2,10 Kindern pro Frau erst nach 2035 einen positiven Einfluss auf den Altenquotienten hätte (Bujard und Dreschmitt, 2016). Eine Trendwende im Hinblick auf die fortschreitende Alterung der deutschen Gesellschaft ist daher vorerst nicht zu erwarten. Vielmehr gilt die Alterung der Bevölkerung für die nächsten 15 bis 20 Jahre als sicher.

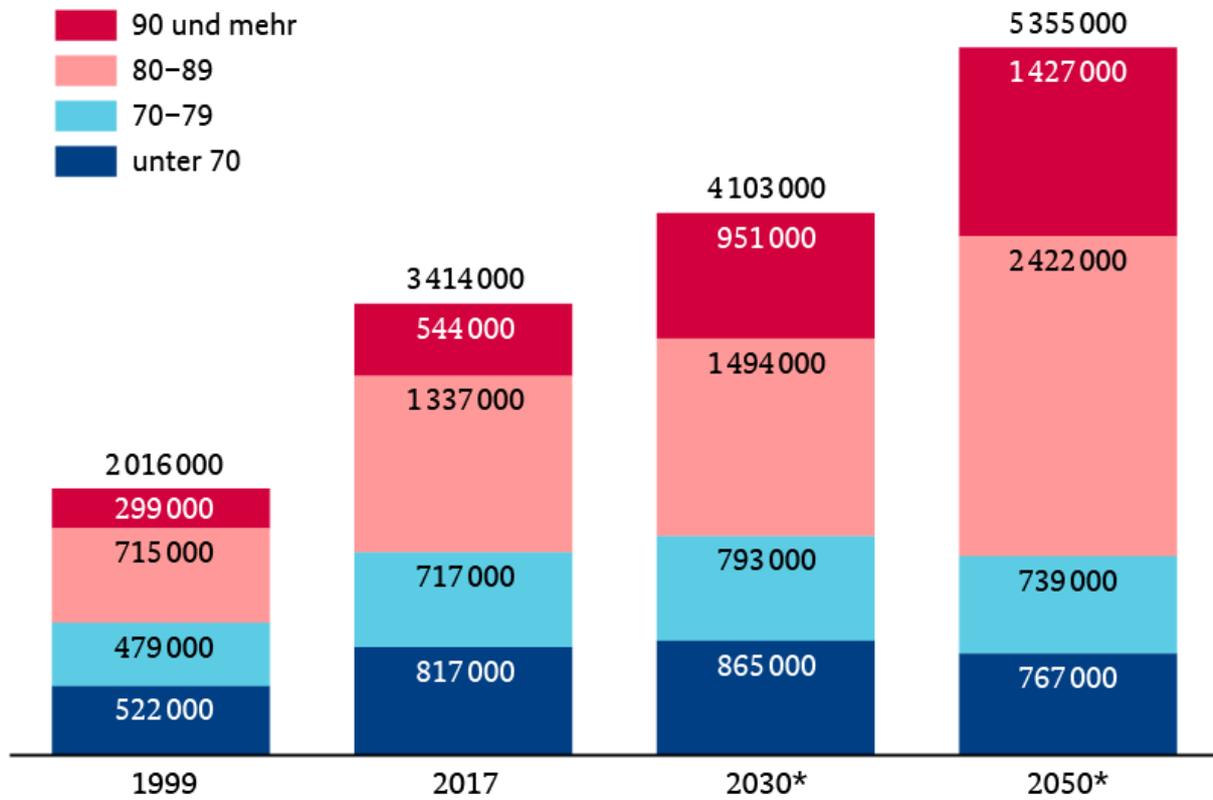
4.2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis 2050

Für die zukünftige Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland ist neben der Altersstruktur der Bevölkerung auch der Gesundheitszustand der Menschen ab einem Alter von etwa 75 Jahren entscheidend, da die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden ab diesem Alter besonders hoch ist. Folglich muss mit der Erhöhung des Anteils älterer Menschen nicht zwangsläufig eine Zunahme der Anzahl von PB einhergehen. Vorstellbar ist auch, dass die altersspezifische Pflegehäufigkeit aufgrund verbesserter Gesundheit in den Altersgruppen ab 75 Jahren sinkt und die Anzahl der PB nicht im selben Maße ansteigt, wie die Alterung der deutschen Gesellschaft fortschreitet.

Die Entwicklung des Pflegequotienten seit 1999 bis in das Jahr 2017 in den Altersgruppen ab 75 Jahren, lässt jedoch darauf schließen, dass ein Trend zur „Entkopplung“ von Altersentwicklung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland nicht zu erwarten ist (Statistisches Bundesamt, 2020 e). Nach einer Prognose des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, welche die Variante 2 (s. o.) der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt, 2019 d) zugrunde legt, wird sich bundesweit die Anzahl der PB bis in das Jahr 2030 bzw. 2050 stark erhöhen. Wird angenommen, dass sich die Pflegequoten des Jahres 2017 fortsetzen, werden im Jahr 2030 etwa 4.103 Millionen und im Jahr 2050 etwa 5.355 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig sein.

Den größten Anteil machten dabei die 80-Jährigen bis unter 90-Jährigen aus, gefolgt von der Altersgruppe der Menschen im Alter ab 90 Jahren (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2019). Insgesamt wird sich der Anzahl der PB im Alter ab 80 Jahren zwischen 2017 und 2050 mehr als verdoppeln, von 1.881 Millionen auf 3.849 Millionen Menschen. Der Zunahme der Anzahl an PB entfällt also vor allem auf die Gruppe der Hochaltrigen (Abbildung 5).

Abbildung 5: Pflegebedürftige nach Altersgruppen, 1999 - 2050. * Annahmen: konstante Pflegequoten des Jahres 2017; Bevölkerungsentwicklung gemäß Variante 2 der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt 2019 d).



Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2019).

4.2.1 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit auf Ebene der Länder und Kommunen

Auf Ebene der Bundesländer stellt sich die zukünftige Entwicklung der Pflegebedürftigkeit unterschiedlich dar. Aktuelle und flächendeckende Prognosen bezüglich der zur erwartenden Anzahl an PB auf Länderebene, welche auch die Effekte der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einbeziehen, liegen bisher nur wenige vor. Für ältere Voraussagen gilt, dass diese die zukünftige Anzahl an PB unterschätzen, da mit der weiteren Fassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, deutlich mehr Menschen als vor der Gesetzesänderung im Jahr 2017 als pflegebedürftig eingestuft werden. Prognosen, die auf älteren Daten aus den Jahren vor der Gesetzesänderung beruhen, sind daher veraltet und dürfen nur im Sinne allgemeiner Trends interpretiert werden.

Der „Pflegerreport 2019“ der AOK ermöglicht allerdings die Voraussage der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der Auswirkungen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitbegriffs bis in das Jahr 2050 auf Landesebene, nicht jedoch auf Ebene der Kommunen. Die Prognosen beziehen sich auf die Entwicklung der gesetzlich versicherten PB, die jedoch mit fast 88,00 % den Großteil der Versicherten ausmachen. Die Datenbasis bilden die

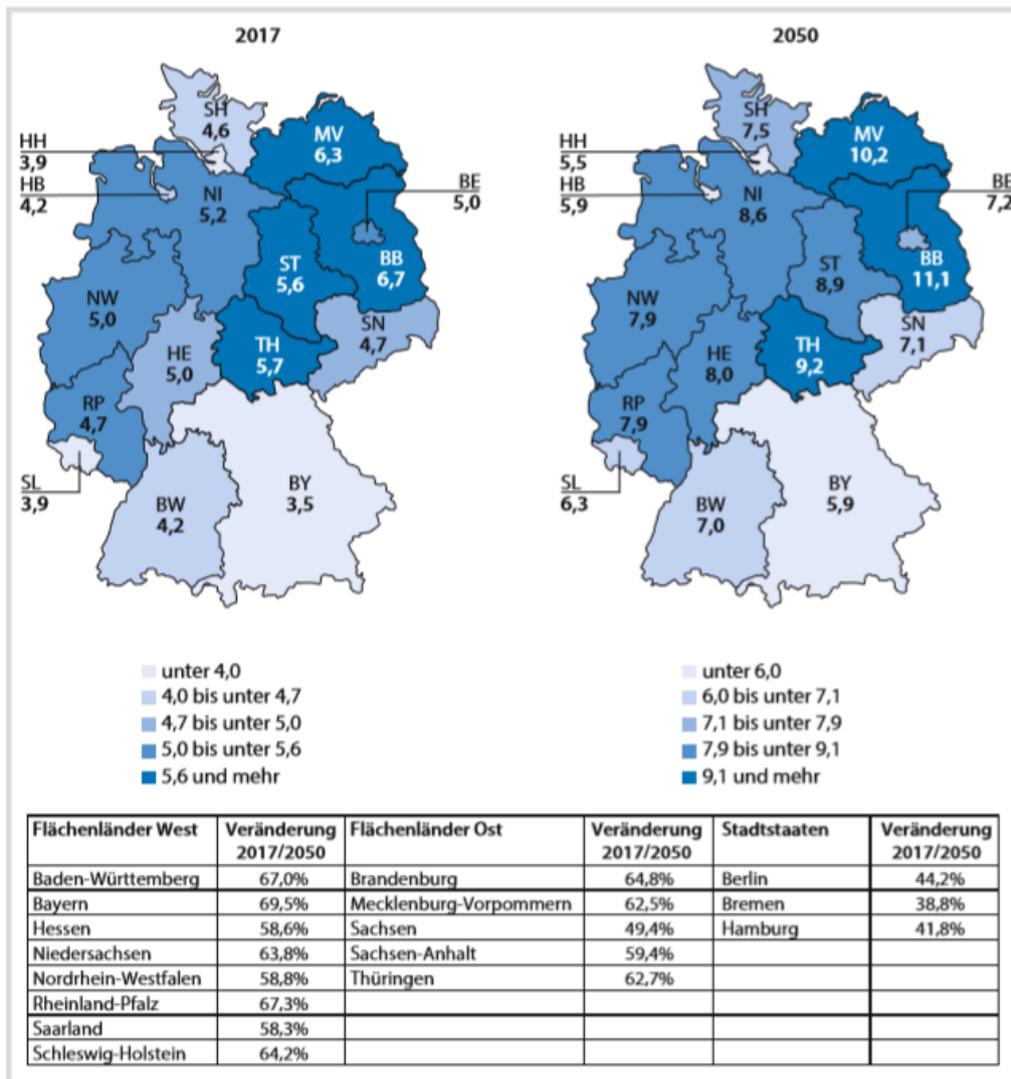
Kennzahlen der Variante 2 der 13. Bevölkerungsvorausberechnung⁸ des Statistischen Bundesamts (2015) und weitere amtliche Statistiken und Rotinedaten der AOK, welche auf die Gesamtgruppe der gesetzlich Versicherten übertragen wurden.

Zunächst zeigt sich, dass erhebliche Unterschiede hinsichtlich des Anteils gesetzlich versicherter PB an der Bevölkerung zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen. Die Werte variieren zwischen 3,50 % in Bayern bis zu 6,70 % in Brandenburg. Betrachtet man die Entwicklung bis in das Jahr 2050, liegt der Anteil der PB in Brandenburg mit 11,00 % am höchsten. Es folgen Mecklenburg-Vorpommern mit 10,00 % und Thüringen sowie Sachsen-Anhalt mit einem Anteil von etwa 9,00 %. Für das Land Sachsen wird dagegen ein Anteil gesetzlich versicherter PB von 7,00 % im Jahr 2050 prognostiziert und damit ein Wert, der unter dem erwarteten Bundesdurchschnitt von 7,40 % liegt.

Es werden jedoch nicht nur die ostdeutschen Bundesländer gravierende Veränderungen im Hinblick auf die Zunahme des Anteils der PB erfahren. Auch in Westdeutschland ist mit erheblichen Anstiegen zu rechnen. Hier sind vor allem Bayern, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz zu nennen, die voraussichtlich noch größere Veränderungsraten aufweisen werden als die ostdeutschen Länder. Mit den geringsten Veränderungen wird in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen gerechnet (Abbildung 6).

⁸ Variante 2 der 13. Bevölkerungsvorausberechnung: Zusammengefasste Geburtenziffer je Frau bis 2060 = 1,4 (annähernd konstant zwischen 2013 bis 2060), Lebenserwartung bei Geburt = Jungen 84,8 Jahre, Mädchen 88,8 Jahre (moderater Anstieg bis 2060), Jährliche Nettozuwanderung = Schrittweise Anpassung von 500.000 im Jahr 2014 auf 200.000 im Jahr 2021, danach konstant (Langfristiger Durchschnitt, Obergrenze).

Abbildung 6: Veränderung der Anzahl gesetzlich versicherter Pflegebedürftiger 2017 bis 2050 nach Bundesländern in %.



Quelle: Jacobs et al. (2019, S. 13).

Deutliche Unterschiede in der Zunahme der Pflegebedürftigkeit sind auch auf kommunaler Ebene zu erwarten. Der „Pflegerport 2030“ der Bertelsmann Stiftung (Rothgang et al., 2012) berechnet die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit auf kommunaler Ebene bis 2030 voraus, legt dabei allerdings die Daten des Jahres 2009 zugrunde. Die Prognose berücksichtigt somit nicht die Effekte der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und ist veraltet. Konkrete Schätzwerte können daher nicht berichtet, sondern lediglich Trends der kommunalen Entwicklung aufgezeigt werden. Dabei wird zunächst deutlich, dass die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit fast ausschließlich von der Entwicklung der Altersstruktur im Untersuchungsgebiet abhängt. Dies bestätigt die obige Feststellung, dass es zurzeit keine Hinweise darauf gibt, dass sich Pflegebedürftigkeit und Altersstruktur unabhängig voneinander entwickeln könnten.

Die größten Zuwächse der Pflegebedürftigkeit in absoluten Zahlen auch auf kommunaler Ebene sind in den bevölkerungsstarken Kreisen zu erwarten. Hierzu zählen die Regionen Hamburg, München, Hannover und einige Kreise im Ruhrgebiet (Recklinghausen, Rhein-Erft-Kreis, Rhein-Sieg-Kreis) in Nordrhein-Westfalen.

Im Hinblick auf die prozentuale Entwicklung der Anzahl von PB auf Kreisebene fällt auf, dass besonders für die Regionen um München, für Berlin, für Hamburg und für einige kreisfreie Städte in Bayern sowie Rostock enorme Zuwächse prognostiziert wurden. Hingegen wird für das unmittelbare Stadtgebiet mit geringeren Zunahmen der Anzahl von PB gerechnet. Diese Unterschiede liegen vor allem in der Entwicklung der Altersstruktur von Kernstadt und Umland begründet. Während die Städte ein eher niedriges Durchschnittsalter aufweisen werden, altern die umliegenden Regionen, wodurch sich der Anteil von PB erhöht (Rothgang et al., 2012). Weiterhin finden sich einzelne Kreise an den Rändern Deutschlands, in denen mit enormem Ansteigen der Pflegebedürftigkeit um mehr als 50,00 % gerechnet wurde. Eher gering ist die relative Zunahme der Pflegebedürftigkeit dagegen in den Landkreisen in der Mitte Deutschlands.

4.2.2 Problemstellungen in den Regionen: Pflegequote und absolute Zunahmen der Pflegebedürftigkeit

Die vorhergehenden Ausführungen des 4. Kapitels lassen darauf schließen, dass die Schwierigkeiten im Hinblick auf die zukünftige Sicherstellung der pflegerischen Langzeitversorgung in den Ländern, Kreisen und kreisfreien Städten mit einer vergleichsweise geringen Zunahme der absoluten Anzahl an PB, aber stark steigenden Pflegequoten darin besteht, dass die PB einer sinkenden Anzahl an Personen gegenüberstehen, welche die erforderlichen Pflegeleistungen erbringen können. Das informelle und auch professionelle Unterstützungspotential nimmt hier weiter ab. Auch wenn die Nachfrage nach Pflegeleistungen aufgrund der vergleichsweise geringen absoluten Zahl von PB geringer ist als in vielen deutschen Ballungsgebieten, wird dies die Deckung des Pflegebedarfs in den betroffenen Regionen vor große Herausforderungen stellen.

In den Gebieten mit einer starken Zunahme der absoluten Anzahl an PB, aber vergleichsweise geringen Pflegequoten, besteht die Herausforderung in der großen Nachfrage nach Pflegeleistungen, welche informell oder professionell erbracht werden müssen. Hiermit gehen einerseits stark steigende Pflegekosten einher, insbesondere bei einem hohen Anteil stationärer pflegerischer Versorgung. Andererseits verlangt die hohe Anzahl von PB auch nach einer Vielzahl von LeistungserbringerInnen und es fraglich, ob diese angesichts der demographischen Entwicklung ausreichend vorhanden sein werden.

In Bezug auf die informelle ambulante Pflege ist zu beachten, dass der Anteil an Single-Haushalten in Großstädten häufig sehr hoch ist. In München lebten im Jahr 2018 54,00 % der Einwohner allein (muenchen.de, 2020). Auch in Berlin und Köln lebt fast die Hälfte der Einwohner in einem Einpersonenhaushalt (Kölner Statistische Nachrichten, 2019). Ein beachtlicher Anteil der Single-Haushalte entfällt dabei auf die Personen ab einem Alter von 60 Jahren, für die ein erhöhtes Risiko besteht, in den nächsten 10 bis 20 Jahren pflegebedürftig zu werden (Kölner Statistische Nachrichten, 2019; Landeshauptstadt München Referat für Stadtplanung und Bauordnung, 2015). Für die Stadt München wird darüber hinaus zudem prognostiziert, dass die Anzahl älterer Alleinlebender bis 2030 weiter deutlich ansteigt. Auch in Nordrhein-Westfalen, dem Bundesland bei dem aufgrund der hohen Einwohnerzahl mit einem besonders deutlichen absoluten Anstieg an PB zu rechnen ist, ist die Anzahl Alleinlebender in Ballungsgebieten wie Köln, Düsseldorf und Bochum seit dem Jahr 2005 stetig gewachsen (Zensus, 2011). Für diese älteren alleinlebenden Menschen ist die Erreichbarkeit von familiärer Unterstützung aufgrund der räumlichen Distanz zu Angehörigen oder Bekannten, und damit der Zugang zu informeller Pflege, häufig deutlich erschwert. Die genannten Beispiele zeigen, dass sich die Voraussetzung für einen Ausbau der ambulanten informellen Pflege durch Angehörige auch in Großstädten verschlechtern, obwohl vermehrte Abwanderungen junger Menschen hier, anders als in einigen ländlichen Regionen, nicht zu beobachten sind.

4.3 Herausforderung für das Pflegesystem

Mit einem stark steigenden Altenquotienten bis etwa 2038 geht auch eine steigende Anzahl an PB einher, wie die obigen Ausführungen verdeutlichen. Umlagefinanzierte Sozialsysteme wie die Pflegeversicherung, bei der die Kosten, die die ältere Generation verursacht, über die jüngeren Mitglieder finanziert werden, stellt dies vor große Probleme. So sinkt der Anteil der BeitragszahlerInnen, die keine oder wenige Leistungen in Anspruch nehmen, während der Anteil der PB und damit der LeistungsempfängerInnen kontinuierlich steigt. Das Ergebnis ist ein Missverhältnis aus Ausgaben und Einnahmen. Dieses soll zwar durch Bildung eines Rücklagenfonds seit dem Jahr 2015 zur zukünftigen Finanzierung von Pflegeleistungen durch die soziale Pflegeversicherung gemildert und generationsgerecht verteilt werden. Diese Maßnahme der Bundesregierung alleine wird aber nicht ausreichen, um die entstehende Finanzierungslücke zu schließen. Daher ist gegenwärtig die erneute Anhebung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung wahrscheinlich. Um das Einnahmefizit der sozialen Pflegeversicherung auszugleichen, wäre jedoch eine Beitragserhöhung um etwa 100 % von 3,05 % bzw. 3,30 % für Kinderlose auf ca. 6,00 % erforderlich (Bujard, 2015). Dies wäre vermutlich mit großen sozialpolitischen Konflikten und geringer gesellschaftlicher Akzeptanz verbunden, so dass es fraglich ist, ob eine derartig starke Beitragserhöhung zeitnah durchgesetzt werden kann.

Für die langfristige Sicherstellung der pflegerischen Landzeitversorgung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherungen werden daher weitere Maßnahmen neben der Generierung von zusätzlichen finanziellen Einnahmen notwendig sein. Die Sozialpolitik verfolgt, angesichts der drohenden finanziellen Defizite, das Ziel, die im Vergleich zur stationären Unterbringung kostengünstige ambulante Pflege durch Angehörige weiter auszubauen. Auf diese Weise könnten die Pflegekosten pro PB reduziert und eine bedarfsgerechte Versorgungsform für die PB verwirklicht werden.

Um die kontinuierlich steigende Nachfrage nach Pflegeleistungen vorrangig ambulant und kostengünstig decken zu können, sind jedoch vielfältige Maßnahmen zur Aktivierung informellen Unterstützungspotentials erforderlich. So wird es angesichts zunehmender räumlicher Distanzen zwischen den Familienmitgliedern und einem anhaltenden Trend zu Einpersonenhaushalten, auch bei älteren Menschen (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2018 a) nicht ausreichen, nur die informelle Pflege durch Angehörige zu stärken. Darüber hinaus werden weitere freiwillig Engagierte benötigt, die die ambulante Pflege unterstützen. Die demographische Entwicklung verlangt dabei vermehrt nach Initiativen und Programmen, die auch ältere Personen zu einem Engagement in der ambulanten Pflege motivieren. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass das Fachkräftepotential in einer alternden Gesellschaft abnimmt und hierfür ein Ausgleich geschaffen werden muss, um einer Versorgungslücke vorzubeugen. Der jetzt bereits bestehende Mangel an Pflegekräften lässt darüber hinaus eine Kompensation informeller Hilfen durch professionelle LeistungserbringerInnen nicht zu.

4.3.1 Gesetzliche Maßnahmen zur Förderung informeller Pflege

In der Vergangenheit wurden unterschiedliche gesetzliche Vorschriften erlassen, die zum Ziel haben, die ambulante informelle Pflege zu fördern. Hierzu wurden Anreize für ein Engagement in der häuslichen Pflege geschaffen und die Vereinbarkeit von informeller Pflege und Berufstätigkeit gesteigert. So wurde es für die Pflegekassen u. a. zur Pflicht, kostenlose Pflegekurse anzubieten (§ 45 SGB XI), die die Engagementbereitschaft in der Pflege erhöhen und eine qualitativ hochwertige Pflege langfristig sichern sollen. An diesen Pflegekursen können Angehörige aber auch sonstige interessierte Personen teilnehmen. Die Pflegekurse sollen dazu beitragen, den TeilnehmerInnen die Fähigkeit zur selbstständigen Durchführung der Pflege zu vermitteln, das Interesse an informeller Pflege zu erhöhen und Hemmnisse abzubauen.

Um die informelle Pflege dauerhaft zu stärken, ist es neben der Vermittlung von Wissen zur Versorgung eines PB aber auch notwendig, die Belastungen der Pflegenden möglichst auf niedrigem Niveau zu halten. So wurde wiederholt empirisch belegt, dass die Pflege eines Angehörigen mit erheblichen Belastungen für die Pflegepersonen verbunden ist (z. B. Bayrischer Demenzsurvey, 2017; Klie, 2017; Pochobradsky et al., 2005; Pinquart et al., 2003; Gräbel, 2001, 1997). Eine Reduzierung und

Vermeidung der unterschiedlichen pflegebedingten Belastungen sollen ebenfalls durch die erwähnten Pflegekurse erreicht werden. Darüber hinaus soll der Entlastungsbetrag (§ 45 b SGB XI), welcher auch zur Unterstützung bei der Haushaltsführung oder zur Betreuung des PB eingesetzt werden kann, helfen, den pflegenden Angehörigen Freiraum zu ermöglichen und das Risiko einer Überlastung senken. Diese Entlastungsleistungen in der Betreuung und in der Haushaltsführung sollten vornehmlich von geschulten Freiwilligen erbracht werden, die in eine nach Landesrecht anerkannte Organisation eingebunden sind und eine finanzielle Aufwandsentschädigung für ihr Engagement, finanziert über den Entlastungsbetrag, erhalten.

Auch die Förderung von ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe im Rahmen des § 45 c SGB XI verfolgt das Ziel, freiwilliges Engagement in der Pflege zu erhöhen und die Lebens- und Belastungssituation von Pflegenden durch gegenseitige Unterstützung zu verbessern und auf diese Weise die ambulanten Versorgungsstrukturen zu stabilisieren. So fördern die Pflegekassen beispielsweise mit 25.000 Euro pro Jahr den Aufbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, die es PB ermöglichen, lange im häuslichen Umfeld zu verbleiben, und pflegende Angehörige entlasten sollen. Diese Leistungen sollen von geschulten Freiwilligen erbracht werden, die in eine nach Landesrecht anerkannte Organisation eingebunden sind (§ 45 a SGB XI).

Auch die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege wird bereits durch eine Reihe gesetzlicher Regelungen gefördert mit dem Ziel, die Übernahme der Pflege eines Angehörigen zu erleichtern. Das elfte Sozialgesetzbuch sieht ein Pflegeunterstützungsgeld (§ 45 a SGB XI) vor, dass Angehörigen für einen Zeitraum von 10 Arbeitstagen gezahlt wird. Berufstätige werden für diesen Zeitraum von der Arbeit freigestellt, um die ambulante Pflege eines Angehörigen zu organisieren. Erfolgt in diesem Zeitraum keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber, erhalten Berufstätige das entgangene Arbeitsentgelt von der Pflegekasse des pflegebedürftigen Angehörigen. Des Weiteren können Berufstätige nach dem Pflegezeitgesetz des Jahres 2008 eine Pflegezeit von sechs Monaten in Anspruch nehmen, in der sie ihre Arbeitszeit reduzieren oder sich vollständig freistellen lassen, um einen pflegebedürftigen Angehörigen in häuslicher Umgebung zu versorgen. Auch ist es möglich eine Familienpflegezeit entsprechend des Familienpflegezeitgesetzes von bis zu 24 Monaten zu beantragen, in der eine teilweise Freistellung vom Beruf möglich ist, wobei die verbleibende wöchentliche Mindestarbeitszeit 15 Stunden betragen muss. Als Lohnausgleich können die Pflegepersonen in beiden Fällen ein zinsloses Darlehen bei dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragen, das zunächst in Raten ausbezahlt und später auch wieder in Raten zurückbezahlt werden kann.

Für Pflegepersonen, die nicht oder weniger als 30 Stunden pro Woche erwerbstätig sind, wurden Maßnahmen zur sozialen Sicherung im Rahmen des § 44 SGB XI erlassen. So zahlt die Pflegeversicherung beispielsweise Beiträge zur Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung für

Pflegepersonen, die einen Angehörigen des Pflegegrads 2 bis 5 für mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in häuslicher Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegt.

Zur weiteren Stärkung der ambulanten Pflege sollen die Anschubfinanzierung zur Gründung neuer ambulant betreuter Wohngruppen (§ 45 e SGB XI) beitragen, in deren Rahmen ein Gesamtbetrag von bis zu 10.000 Euro für den Aufbau je Wohngruppe bereitgestellt wird. Ebenso wird zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung insbesondere ambulanter Konzepte, welche eine besonders bewohnerorientierte Versorgung ermöglichen, ein Betrag von 10 Millionen Euro zur Verfügung gestellt (§ 45 f SGB XI).

4.3.2 Handlungsbedarf zur Stabilisierung des Pflegesystems

Trotz dieser gesetzlichen Maßnahmen zu Förderung der ambulanten Pflege, vorrangig durch Angehörige und sonstige Freiwillige, wird von politischer Seite auch an die Eigenverantwortung der Versicherten appelliert. So wird empfohlen „Eigeninitiative zur Absicherung des Pflegerisikos zu ergreifen“ und zwar auch, weil es sich bei der Pflegeversicherung um ein Teilleistungssystem handelt, das im Regelfall von den LeistungsempfängerInnen verlangt, dass ein Teil der benötigten Pflegeleistungen privat finanziert wird (Bundesministerium des Innern, 2011).

Bereits im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP aus dem Jahr 2009 hieß es:

„In der Form der Umlagefinanzierung kann die Pflegeversicherung jedoch ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, auf Dauer nicht erfüllen. Daher brauchen wir neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss.“ (CDU/CSU/ FDP 2009: 93).

Gemeint ist hiermit der Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung, um die individuellen finanziellen Belastungen der zukünftigen PB zu reduzieren und die drohende Finanzierungslücke der sozialen Pflegeversicherung zu kompensieren. Jedoch warnen Jacobs und Rothgang (2012) davor, eine finanzielle Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung durch Maßnahmen außerhalb dieses Systems erreichen zu wollen. Es handele sich lediglich um eine Verlagerung der Finanzierungsprobleme von der sozialen in eine private Pflegeversicherung und es bestehe trotzdem das Risiko einer finanziellen Überlastung der PB, begleitet von der Gefahr der Senkung des Absicherungsniveaus der sozialen Pflegeversicherung. Vor diesem Hintergrund erscheint es Jacobs und Rothgang (2012) angemessener,

die Basis der sozialen Pflegeversicherung zu stärken, zumal die Nutzung dieser privaten Zusatzversicherung und die Entwicklung ihrer Beiträge weitgehend ungewiss seien⁹.

Unabhängig von dieser geforderten Eigenverantwortung aller Versicherten und der Eignung einer privaten Pflegeversicherung zur Stabilisierung des Absicherungsniveaus des Pflegesystems, wird es die zentrale Herausforderung der Pflegepolitik sein, weitere Maßnahmen und Programme zu entwickeln, die dazu beitragen die informelle ambulante Versorgung zu stärken, um mit den vorhandenen finanziellen Mitteln trotz der zukünftig zu erwartenden Zunahme der Pflegebedürftigkeit eine bedarfsgerechte Pflege sicherstellen zu können. Hierbei muss es jedoch noch stärker als bisher das Ziel sein, die Pflegenden mit der Versorgung eines PB nicht zu überlasten. Besonders die Versorgung von PB in hohen Pflegegraden kann für Angehörige mit erheblichen Belastungen verbunden sein (Pochobradsky et al., 2005). Vor diesem Hintergrund muss es auch darum gehen, weitere Entlastungsangebote für Pflegepersonen zu entwickeln, insbesondere auch für diejenigen, die PB hoher Pflegegrade zu Hause versorgen, um die informelle Pflege in dem erforderlichen Maße ausbauen zu können. Schließlich ist zukünftig mit erhöhten Pflegequoten in den hohen Altersstufen von über 80 Jahren zu rechnen, welche häufig auch hohe Pflegegrade aufweisen werden. Auch ist dabei zu beachten, dass sich voraussichtlich das Alter der Pflegenden, angesichts der demographischen Entwicklung erhöhen wird, was nach speziellen Entlastungsleistungen für ältere Pflegepersonen und entsprechend gestalteten Angeboten verlangt.

Schließlich sind Abwägungen zwischen Kosten und Nutzen erforderlich. Könnte eine weitgehende Vermeidung der kostenintensiven stationären Pflege auch in den hohen Pflegestufen realisiert werden, ergäben sich hieraus zwar erhebliche Einsparpotentiale. Jedoch erfordert dies auch vielfältige Strukturen zur Unterstützung und Entlastung der Pflegenden, welche ebenfalls mit finanziellen Aufwendungen verbunden wären. Gelingt es nicht die Belastungen der Pflegenden auf möglichst geringem Niveau zu halten, könnten zusätzliche Krankheitskosten zur Behandlung von pflegebedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen im physischen und psychischen Bereich der Pflegepersonen resultieren. Unzureichende Hilfeangebote für Pflegende würden so zu einer Problemverschiebung führen, die mit erheblichen Kosten für die Sozialversicherungen verbunden sein können. Wie hoch diese indirekten Kosten der informellen Pflege ausfallen könnten, ist allerdings derzeit noch unbekannt.

Um eine weitere Stärkung der ambulanten Pflege realisieren zu können und dadurch die Pflegekassen finanziell zu entlasten, ist die Pflege- und Engagementpolitik angehalten, möglichst viele Menschen zu

⁹ Zu einer ausführlichen Bewertung der Risiken privater Pflegezusatzversicherungen und möglichen Auswirkungen auf das Sicherungsniveau der sozialen Pflegeversicherung siehe Jacobs und Rothgang (2012).

einer freiwilligen Tätigkeit in der ambulanten Pflege zu motivieren. Hierdurch könnten einerseits pflegende Angehörige entlastet und andererseits die Versorgung der PB stabilisiert werden. Besonders in der Aktivierung der zahlenmäßig großen Gruppe der zukünftigen Rentner, welche aus der Babyboomer-Generation in den 60er-Jahren stammen, wird eine große Chance für den Zeitraum von etwa 2030 bis 2040 gesehen. In diesem Zeitraum werden diese Personen nicht mehr erwerbstätig, jedoch auch zu einem großen Anteil auch noch nicht pflegebedürftig sein. Schließlich ist mit einem erhöhten Risiko pflegebedürftig zu werden erst ab einem Alter von etwa 75 Jahren zu rechnen. Somit bietet die Generation der „Babyboomer“ zumindest für den Zeitraum von etwa 2030 bis 2040 großes Potential, durch ihr freiwilliges Engagement die ambulante informelle Pflege zu unterstützen und dadurch eine Unterversorgung der PB sowie eine Überlastung von Pflegepersonen zu vermeiden, ohne die finanzielle Leistungsfähigkeit des Pflegesystems zu überschreiten. Offen ist allerdings noch, wie und ob es gelingen kann, diese Personen ausgerechnet für ein freiwilliges Engagement in der ambulanten Pflege zu gewinnen.

4.4 Herausforderungen für den Arbeitsmarkt und den Personalbedarf im Pflegesektor

Der Bedarf an LeistungserbringerInnen in der Pflege ist zuallererst abhängig von der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit. Aufgrund der prognostizierten Zunahmen der Anzahl an PB ist in den kommenden Jahren mit einer stark zunehmenden Nachfrage nach Pflegeleistungen und einem steigenden Bedarf an Personen, die diese Leistungen erbringen können, zu rechnen. Allein durch den Ausbau der ambulanten informellen Versorgung durch Angehörige und sonstige Freiwillige wird die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflege jedoch nicht gelingen können. Darüber hinaus wird es notwendig sein, zusätzliches Pflege(fach)personal zu rekrutieren, dass die ambulante Versorgung unterstützt und die stationäre Versorgung übernimmt.

Wie viele zusätzliche professionelle Pflegekräfte benötigt werden, ist neben der Entwicklung der Anzahl an PB auch von dem Personalschlüssel, also dem Verhältnis von PB pro Pflegekraft, abhängig. Im Jahr 2017 hat eine vollzeitbeschäftigte Pflegekraft im ambulanten Bereich 4,30 PB versorgt, eine examinierte Pflegefachkraft war für 7,30 PB zuständig (jeweils bezogen auf die Gesamtanzahl der Sachleistungsbezieher). Im stationären Bereich ist der Personalbedarf höher. Dort versorgte in 2017 eine vollzeitbeschäftigte Pflegekraft 2,00 PB und eine vollzeitbeschäftigte Pflegefachkraft 4,30 PB.

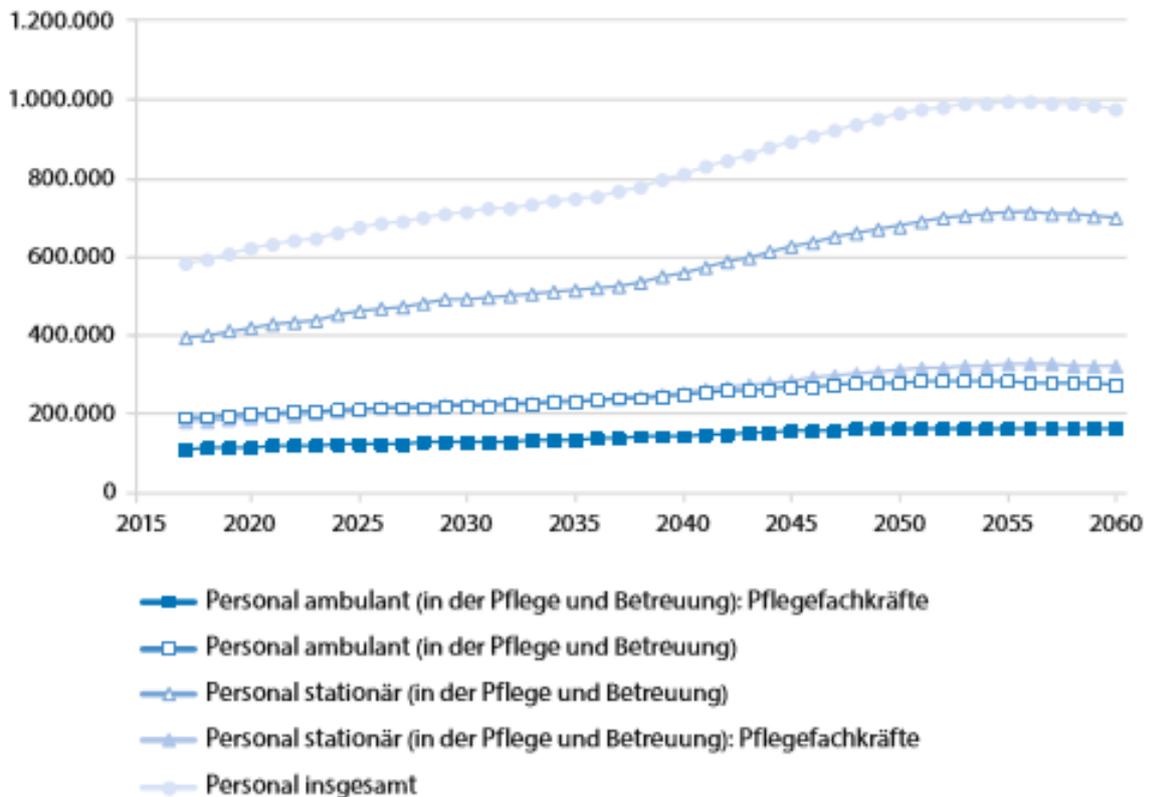
4.4.1 Prognosen zum zukünftigen Pflegekräftebedarf

Der Pflegereport 2019 (Jacobs et al., 2019) berechnet den Pflegekräftebedarf nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und unter Voraussetzung verschiedener Annahmen in Bezug auf Pflegewahrscheinlichkeit, Personalschlüssel und Verteilung der Versorgungsformen „ambulant“ und „vollstationär“ auf Bundes- und Landesebene bis 2060 voraus. Wird angenommen, dass der aktuelle Personalschlüssel und der Anteil gesetzlicher versicherter PB bundesweit auf dem heutigen Niveau

verbleiben, so würden angesichts der demographischen Alterung bereits im Jahr 2030 insgesamt 130.997 zusätzliche Pflegekräfte gegenüber 2017 notwendig. Statt etwa 586.255 Pflegekräften würden bundesweit rund 720.000 professionelle LeistungserbringerInnen benötigt. Im Jahr 2060 bestünde ein Bedarf von etwa 980.000 vollzeitbeschäftigten Pflegekräften. Dies entspricht einem Zuwachs von 67,10 % gegenüber dem Jahr 2017.

Vorausgesetzt, weiterhin würden etwa drei Viertel der PB ambulant und etwa ein Viertel der PB stationär versorgt, ergäbe sich bis 2030 in der ambulanten Versorgung ein zusätzlicher Pflegekräftebedarf von 30.000 Personen in Deutschland verglichen mit dem Basisjahr 2017. Im Jahr 2060 würden insgesamt 276.922 Pflegekräfte anstelle der derzeit 190.933 im ambulanten Sektor benötigt. Für die stationäre Pflege ergibt sich ein Mehrbedarf von etwa 100.000 Vollzeitbeschäftigten in 2030 und mehr als 300.000 im Jahr 2060. Am geringsten fällt der personelle Mehrbedarf bei den Pflegefachkräften in der ambulanten Pflege aus (Abbildung 7).

Abbildung 7: Entwicklung des bundesweiten Pflegefachkräftebedarfs und der Annahme konstanter Personalschlüssel und konstanter Anteile gesetzlich versicherter PB bis in das Jahr 2060.



		2017	2020	2030	2040	2050	2060
Personal ambulant (in der Pflege und Betreuung)	Anzahl	190.993	200.685	227.076	250.438	281.583	276.922
	Veränderung zu 2017		5,1%	16,3%	31,1%	47,4%	45,0%
Personal stationär (in der Pflege und Betreuung)	Anzahl	395.262	421.287	495.176	562.581	684.044	702.936
	Veränderungsrate der Anzahl		6,6%	25,3%	42,3%	73,1%	77,8%
Personal insgesamt (in der Pflege und Betreuung)	Anzahl	586.255	621.972	717.252	813.019	965.628	979.858
	Veränderung zu 2017		6,1%	22,3%	38,7%	64,7%	67,1%

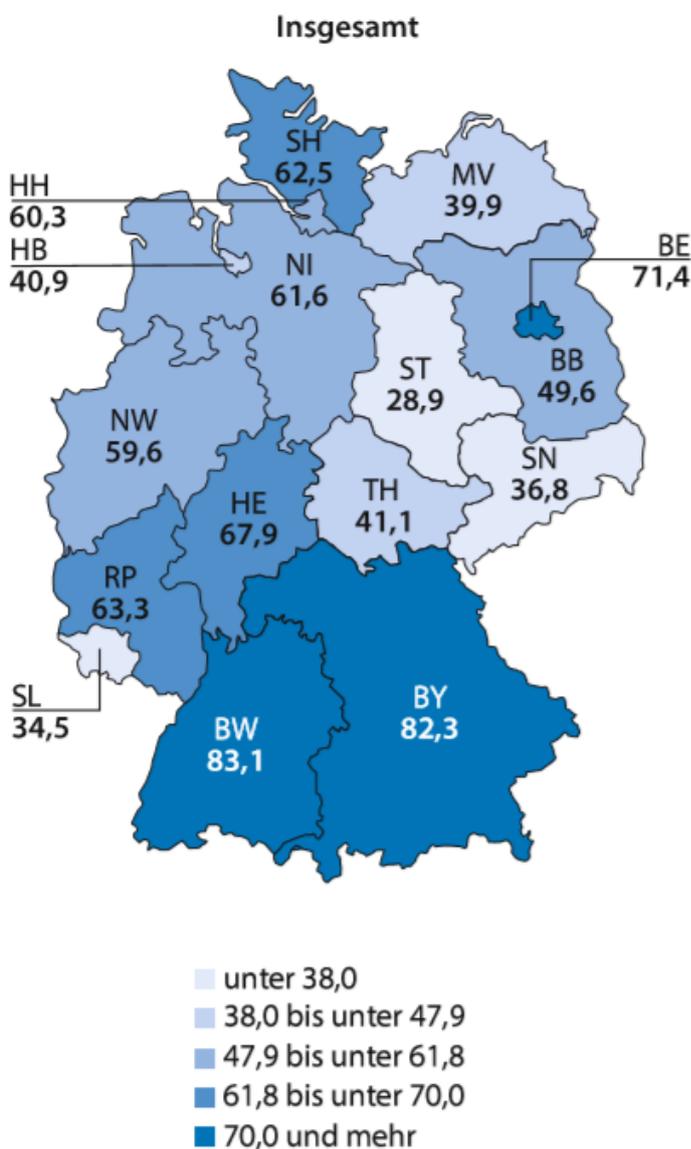
Quelle: Jacobs et al. (2019, S. 15).

Angenommen, infolge des Anstiegs der Pflegebedürftigkeit würde die Anzahl der ambulant versorgten PB um 1,00 % jährlich steigen, ergäbe sich bundesweit ein Bedarf an Pflegepersonal von insgesamt 750.000 Personen im Jahr 2030 anstelle von 717.252 Pflegekräften. Für das Jahr 2060 ergäben sich eine Differenz von zusätzlich 150.000 Vollzeitkräften (1.130.000 Vollzeitkräften im Jahr 2060 gegenüber etwa 980.000) bundesweit (Jacobs et al., 2019, S. 14 f.).

Diese Ausführungen verdeutlichen, wie stark sich bereits geringe Veränderungen der Pflegewahrscheinlichkeit bzw. der Anzahl von PB auf den Personalbedarf im ambulanten Sektor auswirken können. Noch deutlicher zeigten sich Veränderungen in der personalintensiveren vollstationären Pflege, da hier derzeit von einem Personalschlüssel von etwa einer Pflegekraft zu 2,00 PB ausgegangen werden muss, anstelle eines Verhältnisses von 4,30 PB zu einer Pflegekraft in der ambulanten Pflege.

Auf der Ebene der Bundesländer wird, analog zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, ein heterogenes Bild im Hinblick auf den Personalbedarf in der Langzeitpflege erwartet. Unter der Voraussetzung konstanter Anteile gesetzlich versicherter PB variiert der Personalmehrbedarf gemessen in Vollzeitäquivalenten zwischen 83,10 % und 28,90 %. In Bayern, Berlin und Baden-Württemberg, den Ländern, in denen auch die höchsten Anstiege der Pflegebedürftigkeit erwartet werden, ist der Mehrbedarf an Pflegekräften insgesamt am höchsten. In Bayern und Baden-Württemberg werden im Jahr 2050 mehr als 80,00 % zusätzliche Pflegekräfte benötigt und auch in Berlin immer noch mehr als 70,00 %, im Vergleich zu 2017 (Abbildung 8).

Abbildung 8: Prozentuale Veränderung der Anzahl der Pflegekräfte in der Langzeitpflege insgesamt zwischen den Jahren 2017 und 2050 nach Bundesländern.

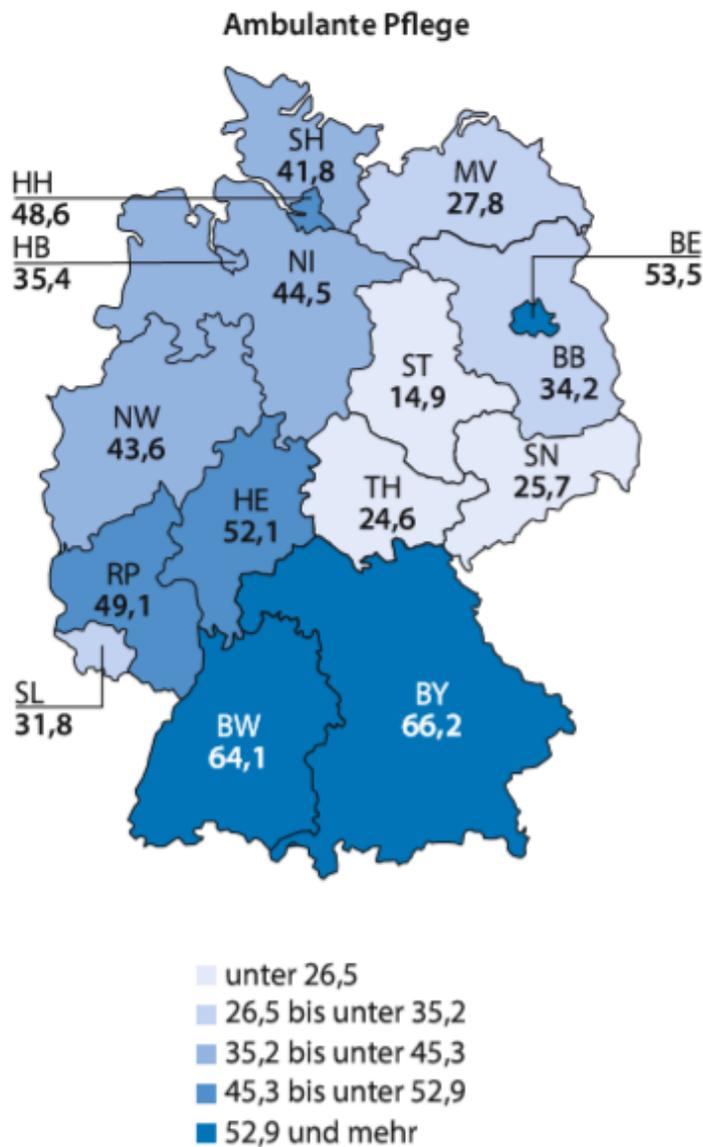


Quelle: Jacobs et al. (2019, S. 16).

Bei Betrachtung der Abbildung 8 wird jedoch auch deutlich, dass sich in den ostdeutschen Bundesländern ein geringerer Anstieg des Personalbedarfs als im Süden Deutschlands vollziehen wird, was auch mit der unterschiedlichen Einwohnerzahl und den jetzt bereits hohen Pflegequoten im Osten zusammenhängen dürfte.

In der ambulanten Langzeitpflege, die entsprechend der gesetzlichen Normierung Vorrang vor der stationären Pflege haben soll, finden sich die stärksten Veränderungen auf Länderebene mit über 60,00 % im Hinblick auf die benötigte Anzahl von Vollzeitbeschäftigten erneut in Bayern und Baden-Württemberg. Aber auch in Hessen und Berlin werden in 2050 etwa 50,00 % mehr Pflegekräfte im ambulanten Sektor benötigt als noch im Basisjahr 2017. Am geringsten ist der prognostizierte Mehrbedarf auch in der ambulanten Pflege in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Hier werden maximal ein Viertel mehr Pflegekräfte im Jahr 2050 benötigt, sofern die aktuellen Pflegewahrscheinlichkeiten unter Annahme der Variante 2 der 13. Bevölkerungsvorausberechnung fortgeschrieben werden (Abbildung 9).

Abbildung 9: Prozentuale Veränderung der Anzahl der Pflegekräfte in der ambulanten Langzeitpflege zwischen den Jahren 2017 und 2050 nach Bundesländern.



Quelle: Jacobs et al. (2019, S. 16).

Der Pflereport 2019 (Jacobs et al., 2019) prognostiziert auch die Entwicklung des bundesweiten Pflegekräftebedarfs unter der Annahme, dass der Anteil der stationär versorgten PB im Jahr 2030 um 1,00 % auf 22,30 % gegenüber 2017 sinkt und sich die Anzahl der PB in ambulanter Pflege entsprechend erhöht. Wäre dies der Fall, was angesichts der angestrebten Stärkung der ambulanten Versorgung grundsätzlich denkbar ist, könnte der Fachkräftebedarf, vorausgesetzt der Personalschlüssel von 4,30 Sachleistungsbezieher pro Pflegekraft in Vollzeitbeschäftigung bliebe bestehen, insgesamt geringer ausfallen. Im Jahr 2030 würden anstelle der 130.000 zusätzlichen Pflegekräfte nur 105.000 Personen benötigt.

Unberücksichtigt hierbei bleibt jedoch, dass es aufgrund eines Rückgangs des informellen Pflegepotentials zu einer erhöhten Nachfrage an professionell erbrachten Pflegeleistungen im ambulanten Sektor kommen könnte, wenn die Heimquote sinkt. So ist zwar denkbar, dass PB verstärkt ambulant anstatt vollstationär versorgt werden. Allerdings müsste zumindest ein Teil dieser PB auch im häuslichen Umfeld vermutlich ausschließlich professionell gepflegt werden, weil familiäre oder andere informelle Unterstützung nicht verfügbar ist. Vor dem Hintergrund höherer Frauenerwerbsquoten, der Auflösung familiärer Netzwerke durch hohe regionale Mobilität jüngerer Generationen und einer Verschiebung des Verhältnisses von jüngeren Menschen zu PB ist dies sogar sehr wahrscheinlich. Bei einer erhöhten Nachfrage nach Pflegesachleistungen, wäre der aktuelle Personalschlüssel jedoch ohne erhebliche Mehrbelastungen der Pflegekräfte nicht aufrechtzuerhalten, sondern müsste angepasst werden. Das abnehmende informelle Unterstützungspotential steht somit einer Reduzierung des Fachkräftebedarfs durch Senkung der Heimquote entgegen. Auch die Autoren des Pflegereports 2019 (Jacobs et al., 2019, S. 19) merken schließlich an, dass es sich um eine „sehr optimistisch“ formulierte Prognose handele.

Festzuhalten bleibt jedoch das Folgende: Gelänge es, hinreichend Freiwillige für die Unterstützung der ambulanten pflegerischen Langzeitversorgung zu gewinnen, ergäben sich durchaus Einsparpotentiale in Bezug auf den zukünftigen Personalbedarf und somit auf die Vermeidung von Versorgungsengpässen.

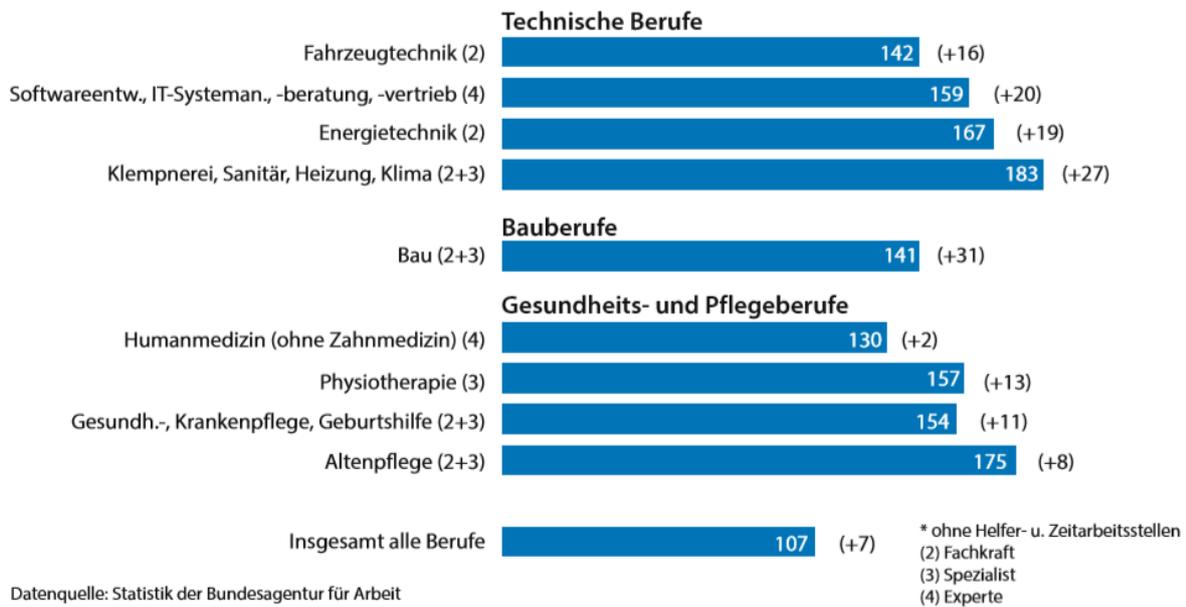
4.4.2 Handlungsbedarf zur Reduzierung des Pflegekräftemangels

Fraglich ist, wie es gelingen kann ausreichend Pflegepersonal für die Deckung der Nachfrage nach professioneller Pflege zu rekrutieren. Bereits jetzt besteht ein Arbeitskräftemangel im Bereich der Pflege. Von einem Arbeitskräftemangel wird gesprochen, wenn es „auch über längere Zeit hinweg nicht gelingt, den vorhandenen Bedarf in einem Arbeitsmarkt mit passend qualifizierten - oder gemäß den Anforderungen qualifizierbaren - Arbeitskräften zu decken“ (Jacobs et al., 2019, S. 63).

In der pflegerischen Langzeitversorgung liegt eine derartige Situation bundesweit und flächendeckend vor. Ein Mangel besteht vor allem im Bereich der Spezialisten und examinierten Pflegefachkräfte. Aktuell gibt es in keinem Bundesland ausreichend gemeldete Arbeitslose, um die bei der Bundesagentur für Arbeit registrierten freien Arbeitsplätze in der Altenpflege zu besetzen.

Deutlich wird der ausgeprägte Fachkräftemangel auch an der Zeitspanne, die benötigt wird, um eine offene Stelle zu besetzen. Dauerte es im Jahr 2010 durchschnittlich und über alle Berufe hinweg 57 Tage eine freie Stelle für Experten, Fachkräfte oder Spezialisten zu besetzen, wurden hierfür in 2018 schon 107 Tage und damit fast doppelt so viel Zeit benötigt (Jacobs et al., 2019, S. 63 f.). Eine Spitzenposition im Hinblick auf die Vakanzzeit nehmen Arbeitsplätze für Spezialisten und Fachkräfte in der Altenpflege mit 175 Tagen ein. Nur im Bereich von Klempnerei, Sanitär und Heizung dauerte es, mit 183 Tagen, noch länger eine freie Stelle neu zu vergeben (Abbildung 10).

Abbildung 10: Durchschnittliche Vakanzzeit von sozialversicherungspflichtigen Arbeitsstellen in Tagen von Mai 2017 bis April 2018, in Klammern: Veränderung zum Vorjahr in Tagen.



Quelle: Jacobs et al. (2019, S. 64), nach einer Statistik der Bundesagentur für Arbeit.

Sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege hat sich das Verhältnis von Pflegefachkräften zu PB in den letzten Jahren bereits verschlechtert. In der ambulanten Pflege bestand im Jahr 2007 noch ein Verhältnis von einer vollzeitbeschäftigten Pflegefachkraft zu 6,50 PB, im Jahr 2017 waren es bereits 7,30 PB pro vollzeitbeschäftigter Pflegefachkraft in ambulanten Pflegediensten (Jacobs et al., 2019). Sollte sich dieser Trend fortsetzen, könnten sich hieraus neue Anforderungen im Hinblick auf die Qualitätssicherung der professionellen Pflege ergeben. Auch vor diesem Hintergrund muss es das politische Ziel sein, die Anzahl von examinierten Pflegefachkräften zu erhöhen. Hilfreich könnte hier auch die neu gestaltete Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann sein. Diese ermöglicht eine generalisierte Pflegeausbildung, die von den Auszubildenden nicht bereits zu Beginn der beruflichen Laufbahn eine Festlegung auf einen bestimmten Pflegebereich fordert. Hierdurch wird ein Wechsel von der Kranken- in die Altenpflege auch formal erleichtert bzw. ist ohne ausbildungsbedingte Nachteile möglich. Allerdings kann auch der umgekehrte Wechsel von der Alten- in die Krankenpflege problemlos vollzogen werden. Über die Auswirkungen auf die Personalsituation in der Altenpflege kann zum jetzigen Zeitpunkt nur spekuliert werden. Grundsätzlich kann die erworbene Flexibilität aber die Attraktivität einer Ausbildung im Pflegebereich steigern und helfen die Gesamtzahl von Pflegefachkräften, welche für die Versorgung zur Verfügung stehen, zu erhöhen. Um den steigenden Personalbedarf in der Pflege zu decken, werden jedoch nicht nur vermehrt examinierte Fachkräfte und Spezialisten in der Pflege benötigt. Auch der Bedarf an PflegehelferInnen und AlltagsbetreuerInnen wird angesichts der steigenden Anzahl an PB zunehmen. Ob die Rekrutierung des notwendigen Pflegepersonals gelingt, ist ungewiss. Dem entgegen steht ein

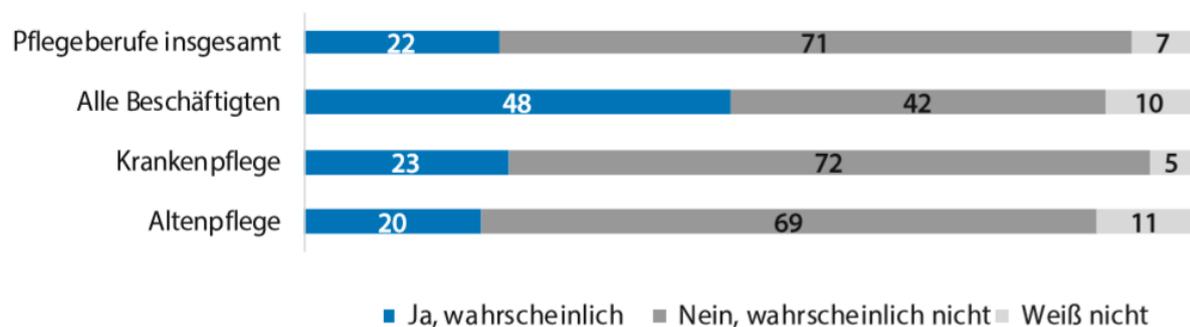
sinkendes Arbeitskräftepotential angesichts der demographischen Entwicklung in Deutschland und eine geringe Attraktivität von Berufen in der Altenpflege. Während die Alterung der Gesellschaft wie oben beschrieben zumindest kurzfristig nicht beeinflusst werden kann, zählt die Steigerung der Attraktivität von Pflegeberufen in der Langzeitversorgung zu den grundlegenden Elementen im Hinblick auf die Vermeidung von Versorgungslücken in der Altenpflege.

Eine repräsentative Umfrage zum DGB-Index Gute Arbeit aus den Jahren 2012 bis 2017 zeigt deutlich, dass die Arbeitsbedingungen in der Pflege derzeit überwiegend als negativ wahrgenommen werden. So fällt die Bewertung der Arbeitsbedingungen über fast alle Merkmale hinweg negativer aus als im Gesamtdurchschnitt aller anderen Berufsgruppen (Jacobs et al. 2019, S. 51 ff.).

Zentral für die fehlende Attraktivität einer Beschäftigung in der Altenpflege sind unterschiedliche Aspekte. Hierzu gehören eine als nicht leistungsgerecht empfundene Bezahlung sowie hohe physische und psychische Belastungen. Diese Belastungen resultieren aus der Tätigkeit selbst, aber auch weiteren Merkmalen, wie Zeitdruck infolge des hohen Arbeitsaufkommens und personeller Unterbesetzung, atypischer Arbeitszeiten und einer hohen Zahl an Überstunden. Nur die Sinnhaftigkeit der Arbeit und mit Einschränkungen die Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten im Beruf werden als positiv wahrgenommen (Jacobs et al. 2019, S. 51 ff.).

Angesichts der hohen Belastungen sind Beschäftigte in der Altenpflege eher pessimistisch im Hinblick auf ihre zukünftige Arbeitsfähigkeit im Alter. Insgesamt gaben 69,00 % der Beschäftigten in der Altenpflege in der Umfrage zum DGB-Index „Gute Arbeit“ aus den Jahren 2012 bis 2017 an, den Beruf in der Altenpflege voraussichtlich nicht bis zum Rentenalter ohne Einschränkungen ausüben zu können (Abbildung 11).

Abbildung 11: Erwartete Arbeitsfähigkeit bis zur Rente in den Pflegeberufen in Prozent.



Quelle: Jacobs et al. (2019, S. 56) nach dem DGB-Index Gute Arbeit 2012–2017 (gesamt n = 34.103).

In Anbetracht des sinkenden Arbeitskräftepotentials und der geringen Attraktivität eines Berufs in der Altenpflege in Kombination mit der steigenden Zahl an PB sind dringend umfangreiche Maßnahmen auf politischer und einzelbetrieblicher Ebene erforderlich, um einem Personalmangel entgegenzuwirken und die pflegerische Langzeitversorgung langfristig sicherzustellen. Die geringe

Attraktivität der Pflegeberufe stellt eine wesentliche Ursache für den jetzt bereits bestehenden Fachkräftemangel und die Rekrutierung neuer Pflege(fach)kräfte dar. Infolge der schwierigen Arbeitsbedingungen sind individuelle Überlastungen wahrscheinlich, die zu vermehrten Ausweichreaktionen der Betroffenen führen. Hierzu gehören ein Wechsel des Berufsfeldes oder eine Reduzierung der Arbeitszeit von einer Vollzeit- zu einer Teilzeitbeschäftigung. Hierdurch wird der Personalmangel im Bereich der pflegerischen Langzeitversorgung weiter verschärft. Die belastenden Arbeitsbedingungen, das niedrige Einkommen und die atypische Arbeitszeit in Form von Schicht- und Wochenendarbeit halten darüber hinaus junge Menschen davon ab, einen Beruf in der Altenpflege zu ergreifen und eine entsprechende Fachausbildung zu absolvieren.

Vor diesem Hintergrund ist es zwingend notwendig Arbeitsbedingungen und Arbeitszeitmodelle zu realisieren, die die Gesundheit der Pflege(fach)kräfte erhält und es auch älteren Beschäftigten ermöglicht, lange einen Beruf in der Altenpflege auszuüben. Zu nennen sind hier Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung sowie altersgerechte Arbeitszeiten und Tätigkeiten. Ebenso sind familienfreundliche Arbeitsmodelle für jüngere Pflegekräfte von hoher Wichtigkeit, um ein Ausscheiden infolge einer Familiengründung zu verhindern. Weiterhin zentral für die Steigerung der Attraktivität des Berufsfeldes sind eine als angemessen empfundene Bezahlung und die Erhaltung von Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten. Als wichtig kann auch ein hohes Maß an gesellschaftlicher Anerkennung genannt werden, die sich jedoch auch ergänzend in der Entlohnung ausdrücken muss. Schließlich können Maßnahmen zur Erleichterung des beruflichen Quer- oder Wiedereinstiegs helfen, einen Personalmangel in der Altenpflege zu umgehen. Politische Maßnahmen sollten dabei nicht nur die Arbeitssituation in Pflegeheimen in den Blick nehmen, sondern auch die Attraktivität einer Tätigkeit und die Personalzahl in ambulanten Pflegediensten steigern, um den Grundsatz „ambulant vor stationär“ verstärkt realisieren zu können. Schließlich wird diese Versorgungsform sowohl von politischer als auch von Seiten der PB präferiert und bietet zudem Potentiale zur Reduzierung des Personalbedarfs und zur Einsparung von Pflegekosten. Unklar ist jedoch noch, wie hoch der Finanzbedarf für weitere Maßnahmenpakete zur Rekrutierung zusätzlicher Pflege(fach)kräfte ist und wer für diese zusätzlichen Kosten aufkommen kann.

Ungeachtet dessen wird es die zukünftige Aufgabe der Gesundheits- und Pflegepolitik sein, einer „Versorgungslücke“ im Bereich der professionellen pflegerischen Langzeitversorgung entgegenzuwirken, indem die Attraktivität des Berufsfeldes gesteigert wird. Um auch auf einzelbetrieblicher Ebene individuelle Verbesserungen der Arbeitsbedingungen erreichen zu können, wird derzeit von der Bundesregierung die Konzeption eines Instrumentes gefördert, das es leitenden MitarbeiterInnen mit Führungsverantwortung aus kleinen und mittelständischen Pflegediensten nach einer Schulung ermöglichen soll, aus einem „Instrumentenkoffer“ die für sie passenden Maßnahmen

zur Förderung guter Arbeitsbedingungen innerhalb ihres Pflegedienstes einzuführen. Hierzu gehören mitarbeiterorientierte Dienstpläne oder gesundheitsfördernde Maßnahmen innerhalb des Betriebes (Konzertierte Aktion Pflege der Bundesregierung, 2019, S. 78). Ob dieses Instrument erfolgreich implementiert werden kann und wie groß der Effekt auf die Arbeitsbedingungen und die Attraktivität des Pflegeberufes ist, wird in den kommenden Jahren evaluiert werden müssen.

5 Pflegerische Langzeitversorgung im ländlichen Raum: Herausforderungen für strukturschwache Regionen

Ländliche Räume gelten häufig als besonders betroffen, wenn es um die beschleunigte Alterung der Bevölkerung und den Rückgang der Einwohnerzahlen geht. Zu den zentralen Herausforderungen, die sich hieraus ergeben, zählt auch die Versorgung der PB, deren Anteil in den ländlichen und strukturschwachen Kreisen und Gemeinden oft höher als in städtischen Regionen ist.

Jedoch unterscheiden sich die Gemeinden hinsichtlich ihrer Voraussetzungen für die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Langzeitpflege erheblich und bei weitem sind nicht alle ländlichen Regionen in Deutschland strukturschwach oder benachteiligt. So sind einige Gemeinden von den Folgen des demographischen Wandels kaum oder gar nicht betroffen, während in anderen der Anteil älterer Menschen bereits sehr hoch ist und die kontinuierliche Abwanderung der Jüngeren die Alterung und den Rückgang der Einwohnerzahlen überdurchschnittlich schnell voranschreiten lassen. Aus diesen Entwicklungen ergeben sich für die betroffenen Kreise und Gemeinden Probleme in der Bereitstellung von Daseinsvorsorgeleistungen¹⁰ und von Infrastruktur, welche zur Minderung der Lebensqualität der EinwohnerInnen führen. Dabei werden auch Fragen nach der „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“ berührt, wonach „gute Entwicklungschancen und faire Teilhabemöglichkeiten für alle in Deutschland lebenden Menschen, unabhängig vom Wohnort“ vorhanden sein sollten (Bundesministerium des Inneren für Bau und Heimat et al., 2019, S. 8). Dies schließt auch die Schaffung von Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte Versorgung der PB ein, die vorrangig ambulant erfolgen und den PB ein Höchstmaß an Selbstbestimmung ermöglichen sollten.

Nachstehend wird zunächst auf die Merkmale ländlicher und strukturschwacher Regionen eingegangen. Anschließend wird die besondere Problemlage ländlicher und strukturschwacher Räume im Hinblick auf die Organisation einer bedarfsgerechten ambulanten Pflege beschrieben. Die Fokussierung auf die häusliche Pflege begründet sich mit dem gesetzlich normierten Vorrang der

¹⁰ Unter dem Begriff der „Daseinsvorsorge“ wird die öffentliche Bereitstellung von existentiellen Gütern und Leistungen aus verschiedenen Bereichen verstanden. Hierzu gehören beispielsweise Abwasserentsorgung, Wasserversorgung, Bildung, Energieversorgung, Gesundheit, Kultur, öffentliche Sicherheit, Post, Telekommunikation, Verkehr oder Wohnungswirtschaft. (<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/daseinsvorsorge-28469/version-378857>).

ambulanten vor der stationären Versorgung und der Bedarfslage der PB, die die ambulante Pflege überwiegend präferieren (z. B. Kehl, 2016; Generali Zukunftsfonds, 2012). Darüber hinaus bietet die ambulante Pflege Möglichkeiten zur Einsparung von Pflegekosten, was für die langfristige Tragfähigkeit des Pflegesystems zentral ist.

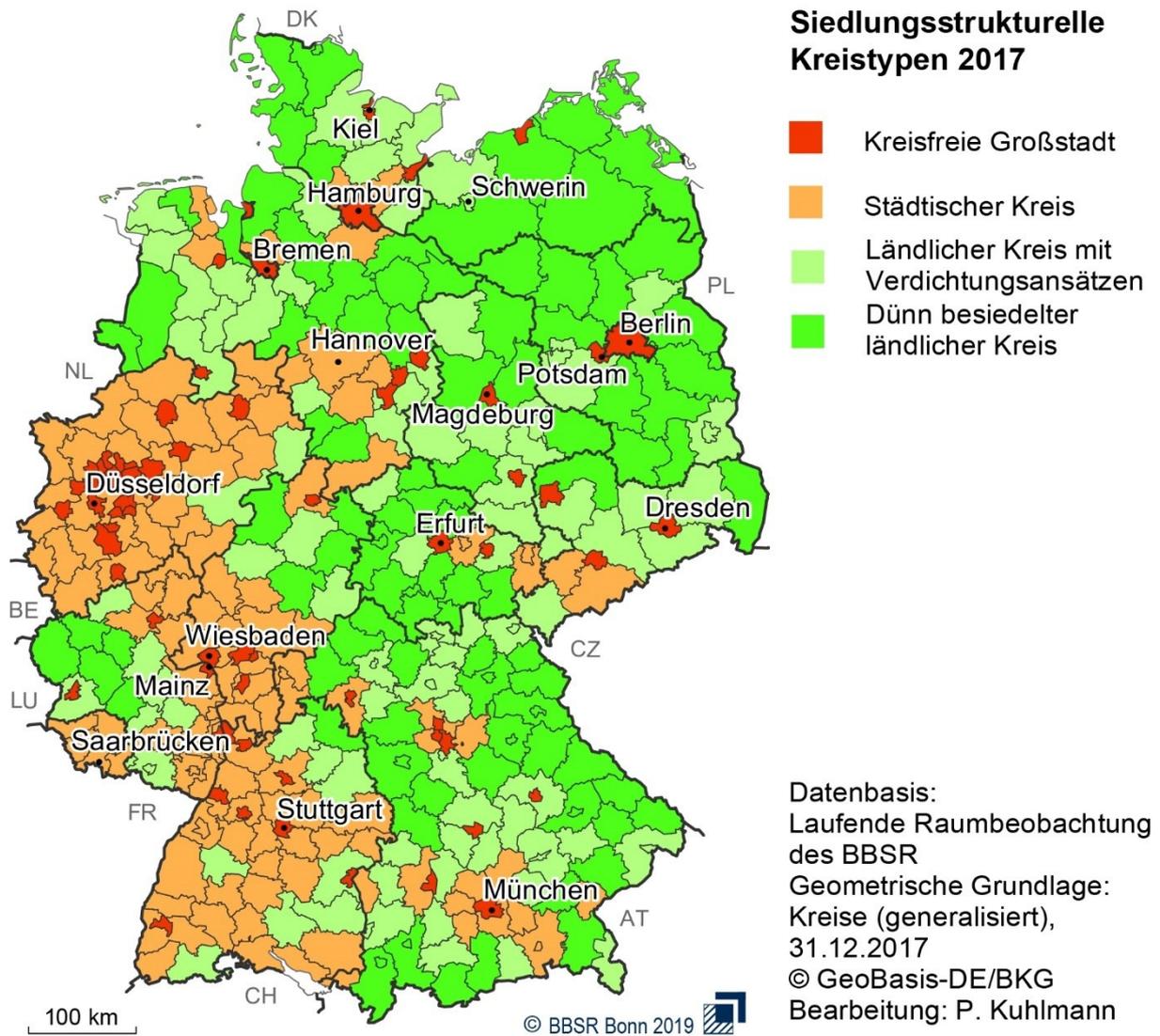
5.1 Kategorisierung und Strukturmerkmale ländlicher Räume

Der ländliche Raum Deutschlands ist gekennzeichnet durch eine überwiegend geringe Bevölkerungsdichte und einen hohen Anteil unbesiedelter Flächen. Eine Definition, wann eine Region als „ländlich“ bezeichnet wird, liefert das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2019). Hierbei werden die Siedlungsstrukturmerkmale der Kreisregionen im Hinblick auf die Einwohnerzahl und die Einwohnerdichte als Abgrenzungskriterium herangezogen. Auf dieser Basis lassen sich vier Raumtypen unterscheiden (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, 2019):

- Kreisfreie Großstädte: Kreisfreie Städte mit mindestens 100.000 Einwohnern
- Städtische Kreise: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50,00 % und einer Einwohnerdichte von mindestens 150 Einwohnern/km²; sowie Kreise mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 150 Einwohnern/km²
- Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50,00 %, aber einer Einwohnerdichte unter 150 Einwohnern/km², sowie Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50,00 % mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 100 Einwohnern/km²
- Dünn besiedelte ländliche Kreise: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50,00 % und Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 Einwohnern/km²

Es fällt auf, dass sich die dünn besiedelten ländlichen Kreise vor allem in Ostdeutschland, im Norden und in der Mitte Deutschlands befinden, während im Süden, Südwesten und Westen die kreisfreien Großstädte und städtischen Kreise dominieren (Abbildung 12).

Abbildung 12: Ländliche und städtische Kreistypen in Deutschland nach Siedlungsstrukturmerkmalen.

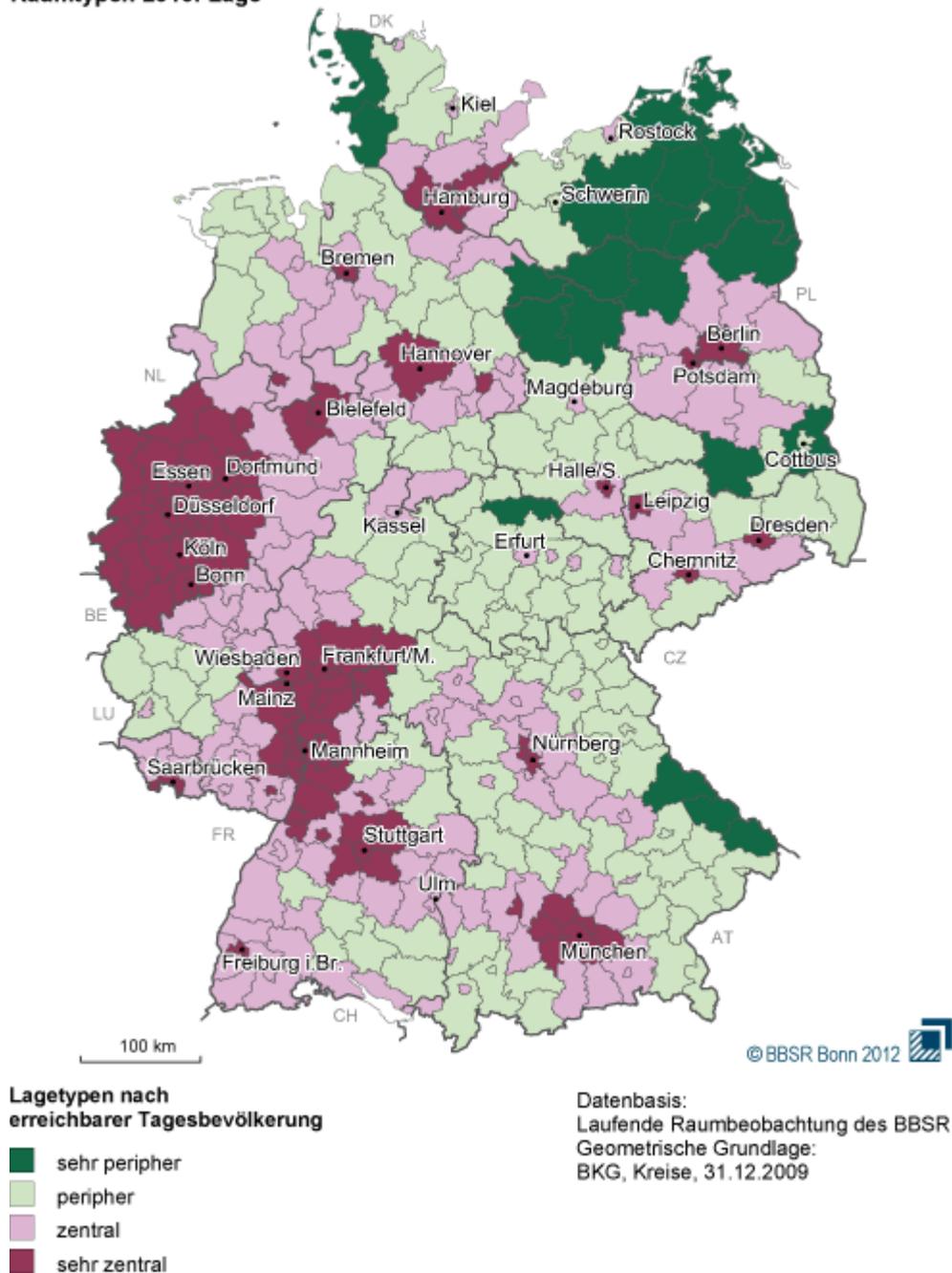


Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, 2019.

Neben der Siedlungsstruktur kann die geographische Lage eines Kreises als ergänzendes Abgrenzungskriterium für die Unterscheidung der Raumtypen und die Entwicklungschancen einer Region herangezogen werden. Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2019 a) nimmt diesbezüglich eine Einteilung in vier Kategorien von sehr peripher bis sehr zentral vor. Besonders in Mecklenburg-Vorpommern sind, abgesehen von dem Gebiet um Rostock, überwiegend Kreise in sehr peripheren Lagen zu finden (Abbildung 13).

Abbildung 13: Lagemerkmale der Landkreise in Deutschland.

Raumtypen 2010: Lage



Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, 2019 a.

Der Vergleich der Gebiete nach Siedlungsstruktur und Lage verdeutlicht, dass in Mecklenburg-Vorpommern viele ländlich und zudem sehr peripher gelegene Kreise mit geringer Bevölkerungszahl und -dichte liegen. Im Westen, Südwesten und in vielen Teilen des Südens befinden sich hingegen die sehr zentral gelegenen Kreise mit hohen Bevölkerungszahlen und Einwohnerdichten. In der Mitte Deutschlands dominieren wiederum die peripheren Lagen mit ländlichen und ländlichen dünn besiedelten Kreisen.

Insgesamt haben sich die ländlichen und (sehr) peripher gelegenen Regionen in Deutschland sehr unterschiedlich entwickelt und sind in unterschiedlichem Maße vom demographischen Wandel und einem Rückgang der Einwohnerzahlen durch Binnenwanderung betroffen. Während einige Kreise eine steigende Wirtschaftskraft und Zuzüge junger Menschen verzeichnen, weisen andere erhebliche ökonomische Defizite auf und sind durch Alterung und Abwanderung gekennzeichnet. Unterschiedliche Entwicklungstendenzen zeigen sich dabei mittlerweile nicht mehr nur zwischen Stadt und Land, sondern auch innerhalb der ländlichen Regionen und auch innerhalb der Regionen in (sehr) peripheren Lagen. Ein Vergleich des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2019 b) auf Basis der Entwicklung von insgesamt sechs demographischen und wirtschaftlichen bzw. arbeitsmarktbezogenen Indikatoren¹¹ im Zeitraum zwischen 2011 bis 2016 verdeutlicht die Differenzen. So wuchsen auch die ländlichen und (sehr) peripher gelegenen Kreise im Süden, z. B. in Bayern und in Baden-Württemberg und entwickelten sich in positive Richtung hinsichtlich Demographie und Beschäftigung. Hingegen weisen die ländlichen und (sehr) peripher gelegenen Kreise im Osten (z. B. Mecklenburg-Vorpommern) überwiegend negative Entwicklungstendenzen in den untersuchten Bereichen auf (Abbildung 14).

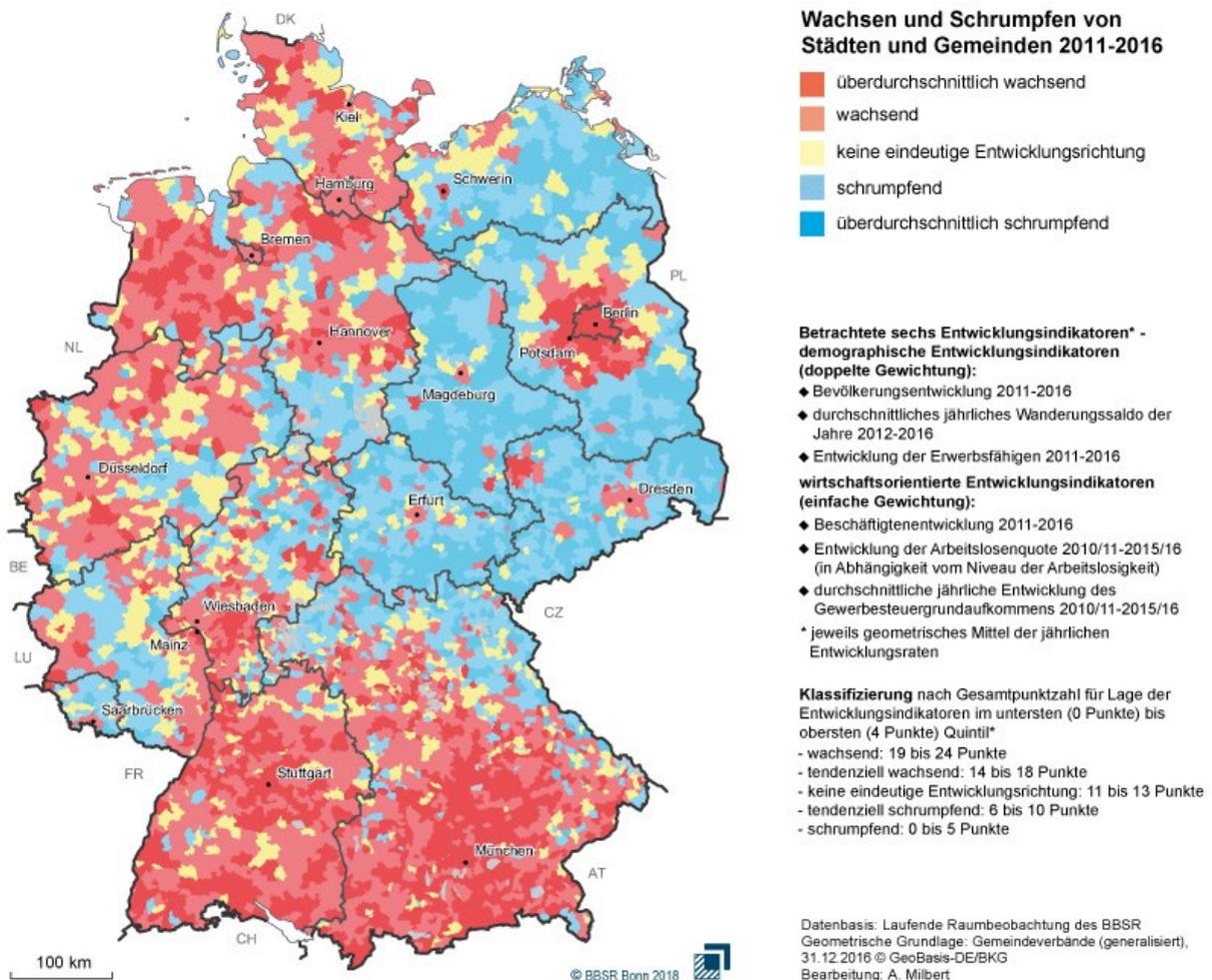
¹¹ Demographische Indikatoren:

- Durchschnittliche jährliche Bevölkerungsentwicklung der letzten fünf Jahre in %
- Durchschnittliches jährliches Gesamtwanderungssaldo der letzten fünf Jahre je 1.000 Einwohner
- Durchschnittliche jährliche Entwicklung der Erwerbsfähigen (20 bis 64 Jahre) der letzten fünf Jahre in % nach Alter

Wirtschaftliche Indikatoren:

- Durchschnittliche jährliche Entwicklung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Arbeitsort der letzten fünf Jahre in %
- Durchschnittliche jährliche Veränderung der Arbeitslosenquote der letzten fünf Jahre in Prozentpunkten
- Durchschnittliche jährliche Entwicklung des Gewerbesteuergrundaufkommens je Einwohner der letzten fünf Jahre in %

Abbildung 14: Wirtschaftliche und demographische Entwicklung nach Kreisen in Deutschland im Zeitraum von 2011 bis 2017.



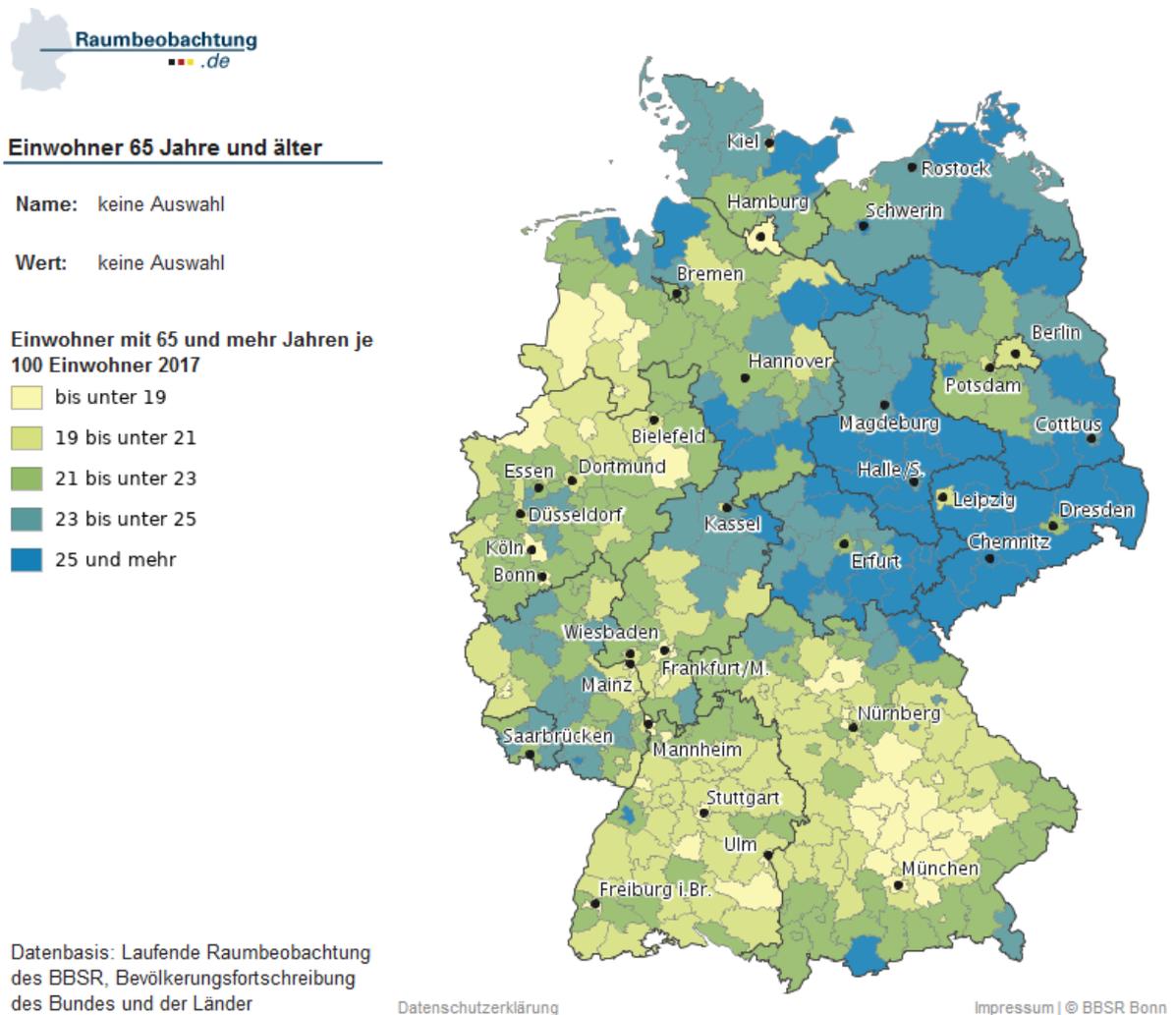
Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, 2019 b.

Wird ausschließlich die Altersstruktur im Jahr 2017 betrachtet – und dabei der Anteil von Menschen ab einem Alter von 65 Jahren pro 100 Einwohnern – dann zeigt sich, dass erneut die ländlichen und (sehr) peripher gelegenen Kreise im Osten und in der Mitte Deutschlands die höchsten Anteile von Menschen im Rentenalter ab 65 Jahren aufweisen. In einer Vielzahl von Kreisen beträgt der Anteil dort mehr als 25,00 %. In den Kreisen im Süden und Südwesten und teilweise im Nordwesten finden sich dagegen geringere Quoten von unter 23,00 % bis unter 19,00 % (Abbildung 15). Außerdem weisen auch ländliche und (sehr) peripher gelegene Kreise im Norden höhere Anteile älterer Menschen auf. Dabei zeigen sie jedoch noch eine positive Gesamtentwicklung (Abbildung 14).

Insgesamt sind aktuell vor allem die ländlichen und (sehr) peripher gelegenen Regionen im Osten und in der Mitte Deutschlands von einer beschleunigten Alterung der Bevölkerung betroffen. Vereinzelt finden sich jedoch in Gesamtdeutschland ländliche Kreise mit kritischen Entwicklungen hinsichtlich der

demographischen und wirtschaftlichen Entwicklung im Zeitraum zwischen 2011 und 2016 (Abbildung 14).

Abbildung 15: Altenquotient nach Kreisen in Deutschland im Jahr 2017.



Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, 2017.

5.2 Eigenschaften und Problemlagen strukturschwacher und strukturstarker Regionen

Der Rückgang und die Alterung der Bevölkerung haben weitreichende Auswirkungen auf die Lebensqualität vor Ort und die zukünftigen Entwicklungschancen der Regionen. Viele ländliche und entlegene Gemeinden und Kreise in Ost- und Westdeutschland gelten mittlerweile als „strukturschwach“. Diese „Strukturschwäche“ bezieht sich auf eine Reihe unterschiedlicher Merkmale und geht über die oben beschriebene Betrachtung der sechs demographischen und wirtschaftlichen Entwicklungsindikatoren des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2019 b) hinaus. Zu den relevanten Faktoren der „Strukturstärke oder -schwäche“ gehören neben der demografischen Entwicklung und der Arbeitsmarktlage auch die ökonomische Situation der Bevölkerung, der Kommune(n) sowie der Unternehmen vor Ort, die Siedlungs- und Infrastrukturen wie auch die

Einkaufs-, Bildungs-, Kultur-, Sport- und Freizeitmöglichkeiten (Bundesministerium des Inneren, für Bau und Heimat, 2019). Eine komplette Übersicht aller Indikatoren zur Feststellung der „Strukturschwäche“ einer Region bietet Abbildung 16.

Abbildung 16: Indikatoren der Bundesregierung zur Feststellung der Strukturschwäche von Städten, Gemeinden oder Kreisen in Deutschland.

Indikator	Deutschland insgesamt	Mittelwert für das Fünftel Deutschlands mit geringerem mit größerem Handlungsbedarf	
		mit geringerem Handlungsbedarf	mit größerem Handlungsbedarf
Bevölkerungsentwicklung 2016-2017	+ 0,3 %	+2,6 %	-2,8 %
Bevölkerungsentwicklung 2008-2017	+0,9 %	+13,6 %	-12,3 %
Anteil älterer Menschen (über 65 Jahre)	21,8 %	16,7 %	27,8 %
Anteil Kinder und Jugendliche	16,4 %	19,7 %	13,0 %
Angebotsmieten	7,27 €/m ²	5,19 €/m ²	10,3 €/m ²
Leerstandsquote (Wohnungen)	4,8 %	2,0 %	9,0 %
Verfügbares Einkommen je Einwohner/-in	21.717 €	25.253 €	18.589 €
Bruttoinlandsprodukt je Einwohner/-in	35.573 €	59.538 €	22.295 €
Arbeitslosenquote	4,7 %	1,8 %	8,4 %
Entwicklung Arbeitsvolumen 2000 zu 2016 (pro Jahr)	+0,9%	+15,5 %	-14,5 %
Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in wissensintensiven Branchen	10,5 %	22,9 %	3,1 %
Leitungsgebundene Breitbandversorgung der privaten Haushalte (50 MBit/s)	76,7 %	95,8 %	53,5 %
Breitbandverfügbarkeit mit LTE in der Fläche einer Gemeinde	90,0%	100,0 %	59,3 %
Erreichbarkeit Lebensmittelladen	4,1 km	1,3 km	8,2 km
Erreichbarkeit Hausarzt/-ärztin	3,7 km	1,2 km	7,5 km
Erreichbarkeit Kinderarzt/-ärztin	10,1 km	3,3 km	19,3 km
Erreichbarkeit Krankenhaus (Regelversorgung)	18,2 km	7,2 km	32,4 km
Erreichbarkeit Grundschule	3,3 km	1,2 km	6,6 km
Schulabgänger/-innen ohne Hauptschulabschluss	8,8 %	5,1 %	14,3 %
Personen in SGB II-Bedarfsgemeinschaften	6,7 %	2,5 %	12,5 %
Betreuungsquote unter 3-Jährige in der Kindertagesbetreuung	33,4 %	54,7 %	20,6 %
Personalschlüssel in Kindertagesstätten (Anzahl Kinder pro Betreuungskraft)	8,6 Kinder	6,7 Kinder	11,3 Kinder
Steuerkraft je Einwohner/-in	1.042 €	2.248 €	443 €
Kommunale Kassenkredite je Einwohner/-in	604 €	0 €	2.443 €

Quelle: Bundesministerium des Inneren, für Bau und Heimat, 2019, S. 10.

Die Betrachtung dieser Indikatoren verdeutlicht, dass das Kriterium der „Strukturschwäche“ an einen überdurchschnittlich hohen Anteil älterer Menschen und einen Rückgang der Bevölkerungszahlen gebunden ist, welche in den betroffenen Regionen mit Defiziten bei der Bereitstellung von Daseinsvorsorgeleistungen sowie hohen Arbeitslosenquoten, Wohnungsleerständen und schlechter Finanzausstattung einhergehen. Dabei verändern sich in den betroffenen Gemeinden einerseits die Voraussetzungen für das Angebot von Leistungen der Daseinsvorsorge aufgrund der sinkenden

Nutzerzahlen. Andererseits verhindern ungünstige Finanzlagen Investitionen in den Ausbau technischer Infrastruktur oder des Verkehrsnetzes.

Eine angemessene Ausstattung mit sozialer und technischer Infrastruktur ist für die Attraktivität eines Kreises oder einer Gemeinde als Wohn- oder Wirtschaftsstandort jedoch entscheidend. So ist die Ansiedlung für Wirtschaftsunternehmen in ländlichen und (sehr) peripheren Regionen nur denkbar, wenn eine hinreichende Verkehrsanbindung und eine flächendeckende Breitbandabdeckung bestehen. Junge Menschen werden nur in ländliche und entlegene Gebiete ziehen, wenn diese eine zufriedenstellende Lebensqualität bieten. Eine hohe Lebensqualität wird neben intakten sozialen Beziehungen vor allem durch das wohnortnahe Angebot an Konsum-, Wohn-, Freizeit-, Kultur- und Bildungsmöglichkeiten sowie durch attraktive Arbeitsplätze geprägt. Genau in der Gewährleistung dieser hohen Lebensqualität besteht jedoch die Herausforderung für ländliche Kreise und Gemeinden in (sehr) peripheren Lagen, die nicht infolge von Suburbanisierung von Zuzügen junger Menschen profitieren können, sondern die jüngere Generation an weniger benachteiligte ländliche Räume und Städte verlieren.

Viele der von Abwanderung und Alterung betroffenen Gemeinden verfügen nicht über die notwendige Finanzkraft, um ihre Standortbedingungen zu verbessern und für Wirtschaftsunternehmen durch Modernisierungen im Bereich Kommunikation, Energie und Verkehr attraktiv zu sein. Ursächlich hierfür sind einerseits hohe Sozialausgaben und niedrige Steuereinnahmen aufgrund der geringen Wirtschaftskraft und, andererseits eine hohe Schuldenlast, die Investitionen zur Verbesserung der Standortqualität entgegensteht. Diese sind jedoch zwingend notwendig, um die Ansiedlung von Unternehmen zu fördern, die neue Arbeitsplätze in der Region schaffen und damit den Zuzug junger Menschen begünstigen bzw. weitere Abwanderungen verhindern (Bundesministerium des Inneren, für Bau und Heimat, 2019).

Eine weitere Herausforderung für strukturschwache Regionen im Hinblick auf die Förderung einer hohen Lebensqualität besteht darin, dass infolge des Bevölkerungsrückgangs Angebote der Daseinsvorsorge von immer weniger Personen genutzt werden. Dies führt zu steigenden Kosten pro Kopf für die Aufrechterhaltung notwendiger Leistungen, wie der Abwasser- und Abfallentsorgung. Darüber hinaus ist es für viele Kreise und Gemeinden erforderlich, weitere Anpassungsstrategien vorzunehmen, in deren Folge nicht mehr rentable Leistungen auf ein Minimum reduziert oder komplett eingestellt werden. Dies kann sowohl Bildungs- und Kulturangebote als auch Kinderbetreuungseinrichtungen, Sportvereine oder den ÖPNV betreffen. Auch im Bereich der Nahversorgung und im Hinblick auf den Zugang zu ärztlicher Versorgung kommt es im Zuge des Einwohnerrückgangs zu Verschlechterungen. Schließlich ist auch für private Anbieter die Aufrechterhaltung ihrer Leistungen angesichts sinkender Nachfrage zunehmend nicht mehr rentabel.

Es folgen die Schließungen vieler Einrichtungen, sodass weite Wege zu Lebensmittelgeschäften, Banken oder Haus- und Fachärzten sowie Kliniken zurückgelegt werden müssen. Dies erfordert eine hohe Mobilität der überwiegend älteren EinwohnerInnen, die von diesen nicht immer erbracht werden kann. Die Folge kann eine erhebliche Einschränkung der Lebens- und Versorgungsqualität älterer Menschen in den betroffenen Dörfern und Gemeinden sein.

Der hohe Anteil älterer Menschen in strukturschwachen Regionen beeinflusst schließlich den Infrastrukturbedarf. Einerseits altern viele Einrichtungen und Vereine und die Nachfrage nach bestimmten Freizeit- und Gastronomieangeboten sinkt. Andererseits werden vermehrt Leistungen aus den Bereichen Pflege, Gesundheit sowie altersgerechtes Wohnen und Mobilität benötigt, die zur Lebensqualität älterer Menschen beitragen können. Auch hier geraten viele (sehr) periphere gelegene ländliche Kreise und Gemeinden angesichts fehlender finanzieller Ressourcen, unzureichender Standortattraktivität, Bevölkerungsrückgang und Schließungen an Grenzen.

Die Schließungen von Geschäften sowie anderer öffentlicher und privater Einrichtungen haben neben dem Verlust wohnortsnaher Versorgungsmöglichkeiten noch einen weiteren negativen Effekt für die EinwohnerInnen. So gehen dabei auch belebte Ortskerne oder Treffpunkte verloren, welche ursprünglich dem sozialen Austausch zwischen den EinwohnerInnen dienten und den Zusammenhalt zwischen ihnen stärkten. Fehlen Orte der öffentlichen Kommunikation und des Zusammentreffens, verschlechtern sich die Voraussetzungen für das Entstehen von Bürgerinitiationen, welche auch zur Aufrechterhaltung von Angeboten der Daseinsvorsorge beitragen und dadurch die Lebensqualität in den betreffenden Gemeinden positiv beeinflussen könnten (Kersten et al., 2019). Auch die generelle Bereitschaft, sich freiwillig beispielsweise im lokalen Katastrophenschutz, in der Daseinsvorsorge oder in der ambulanten Pflege zu engagieren kann sinken. Somit reduzieren sich mit dem Verlust von Konsum-, Freizeit- und Kulturangeboten auch die Chancen zur Selbsthilfe mittels lokal angepasster und durch freiwilliges Engagement getragener „Ersatzleistungen“ für anderweitig nicht mehr finanzierbare Leistungen, die zur Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse beitragen.

Es gibt es jedoch auch Kreise und Gemeinden in ländlichen und (sehr) peripheren Lagen, die eine besonders positive strukturelle und soziale Entwicklung aufweisen. Offensichtlich ist es einigen Kommunen gelungen, die Lebensqualität und den Zusammenhalt vor Ort so zu gestalten, dass sie konstruktiv auf die Herausforderung des demographischen Wandels reagieren können. Kersten et al. (2017) schlagen in diesem Zusammenhang vor, Gemeinden anhand der Stabilität und der Qualität des sozialen Zusammenhalts in drei Kategorien einzustufen. Die Autoren unterscheiden zwischen „riskanten Gemeinden“, „robusten Gemeinden“ und „resilienten Gemeinden“. Als Grundlage der Kategorisierung dienen die Arbeits-, Finanz-, Bevölkerungs-, Infra-, Vereins- und Wirtschaftsstruktur einer Gemeinde im regionalen und im bundesweiten Vergleich. In „riskanten Gemeinden“ ist der

soziale Zusammenhalt gefährdet, weil die Bevölkerungszahl stark zugenommen hat, die Infra- und Vereinsstrukturen im regionalen und bundesweiten Vergleich auf ein Minimum reduziert sind und keine nennenswerten Wirtschaftsaktivitäten mehr stattfinden. „Resiliente Gemeinden“ sind dagegen in der Lage, produktiv auf den demografischen Wandel zu reagieren. Resilienz beschreibt damit die Widerstandskraft und die Fähigkeit einer Gemeinde, sich an demografisch und strukturell bedingte Beeinträchtigungen anzupassen und den sozialen Zusammenhalt zu erhalten. „Robuste Gemeinden“ sind von den Folgen des demografischen Wandels und der Binnenwanderung nicht oder kaum betroffen. Dementsprechend bleiben negative Effekte auf den sozialen Zusammenhalt (weitgehend) aus. In den „riskanten Gemeinden“ besteht hingegen dringender Handlungsbedarf, um den sozialen Zusammenhalt zwischen den EinwohnerInnen aber auch zwischen Kommune, Wirtschaft und Zivilgesellschaft wiederherzustellen, welcher zentral für die Bewältigung der Herausforderungen des demographischen Wandels ist (Kersten et al., 2017, S. 55 ff.). Gelingt es nicht, sei es mit oder ohne Unterstützung freiwillig Engagierter, angemessene Versorgungsangebote bereitzustellen, drohen sich die Unterschiede in Bezug auf Lebensqualität und Teilhabe zwischen „riskanten Gemeinden“ und „robusten Gemeinden“ bzw. den ländlichen und (sehr) periphere gelegenen Regionen im Osten und den ländlichen weniger benachteiligten Gebieten im Süden und Südwesten weiter zu verstärken. In der Folge wäre die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse zunehmend nicht mehr gegeben.

5.3 Ambulante Langzeitpflege in ländlichen und strukturschwachen Räumen

Die Sicherstellung der pflegerischen Langzeitversorgung stellt viele ländliche und strukturschwache Regionen Deutschlands vor große Herausforderungen (Jacobs et al., 2019). Sie sind, wie oben beschrieben, überdurchschnittlich stark von einer Alterung, kombiniert dem Rückgang der Bevölkerungszahlen, betroffen. Damit geht ein hoher Anteil von PB einher, dem jedoch nur geringe familiäre und sonstige informelle Unterstützungspotentiale gegenüberstehen.

Diese Situation wird in strukturschwachen Regionen oftmals von einem Abbau der Infrastruktur im Bereich der Nahversorgung, des ÖPNV und der wohnortsnahen medizinischen Versorgung begleitet, da diese Angebote angesichts der sinkenden Nutzerzahlen und fehlender Standortattraktivität nicht mehr rentabel sind. Für PB, welche in häuslicher Umgebung versorgt werden, resultiert hieraus das Problem, das ihr alltäglicher Bedarf mit den Ressourcen vor Ort nicht mehr, oder nur unvollständig, gedeckt werden kann. Ihre geringe eigene Mobilität oder die ihrer Pflegepersonen, steht jedoch einem Einkauf oder dem Aufsuchen eines Arztes außerhalb des direkten Wohnumfeldes entgegen. Hinzu kommt der erhöhte Zeitbedarf, den HelferInnen benötigen, wenn diese beispielsweise den Einkauf oder den Gang zu einer Apotheke übernehmen. Dabei hat der erschwerte Zugang zu Gütern des alltäglichen Bedarfs und zu medizinischer Versorgung nicht nur negative Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Organisation der Versorgung von PB, sondern ist auch im Hinblick auf das

gesetzlich in § 2 Abs. 1 SGB XI normierten Ziel, den PB möglichst lange ein selbstbestimmtes und selbständiges Leben zu ermöglichen, kritisch zu bewerten.

Die Auflösung familiärer Strukturen durch den Wegzug jüngerer Generationen führt dazu, dass die ambulante pflegerische Versorgung häufig nicht mehr von Angehörigen wie Kindern oder Enkelkindern geleistet werden kann. Parallel hierzu schwächen die Auflösung von Vereinsstrukturen und das Fehlen sozialer Orte den sozialen Zusammenhalt in den strukturschwachen Regionen oder „riskanten Gemeinden“ (Kersten et al., 2017). Dieser soziale Zusammenhalt ist jedoch für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflege der alternden Bevölkerung im ländlichen und strukturschwachen Raum bedeutend, weil ein starker sozialer Zusammenhalt, die Bereitschaft der Jüngeren, sich freiwillig für ältere Gesellschaftsmitglieder zu engagieren, fördern kann. Hieraus ergäben sich Chancen, Versorgungsdefizite der Älteren auszugleichen, weil Leistungen durch freiwillig Engagierte getragen werden, die anderweitig nicht mehr angeboten werden können. Weiter verschärft wird die Lage im Hinblick auf die ambulante Pflege der PB schließlich durch den Wohnungsleerstand, der kennzeichnend für strukturschwache Regionen ist und dazu führt, dass auch die Möglichkeiten für nachbarschaftliche Hilfen schwinden. Insgesamt ergibt sich damit eine Ausgangssituation für die Versorgung von PB, die der Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ entgegensteht.

Eigentlich müsste die Versorgung der PB in Anbetracht des geringen informellen Unterstützungspotentials in strukturschwachen Regionen oder „riskanten Gemeinden“ vorrangig von professionellen Pflegekräften übernommen werden. Dies gestaltet sich aber schwierig, weil gerade dort, wo Alterung, ein geringer sozialer Zusammenhalt und Infrastrukturprobleme vorherrschend sind, der Personalmangel in der Pflege besonders stark ausgeprägt ist. So haben Pfleg(fach)kräfte aufgrund des flächendeckend hohen Angebots an Arbeitsstellen in Deutschland die Möglichkeit einen Dienort zu wählen, der ihnen eine hohe Lebensqualität bietet. Strukturschwache Regionen sind dabei aufgrund ihrer Defizite in den weichen Standortfaktoren wie Bildung, Freizeit und Kultur im Wettbewerb um die benötigten Pflegekräfte benachteiligt (Jacobs et al., 2019). Eine ambulante Pflege, welche vorrangig durch professionelle Pflegekräfte getragen wird, ist somit für die betroffenen Kreise und Gemeinden kaum realisierbar.

Für die Pflegedienste in ländlichen Regionen ist die Versorgung von PB zudem aufgrund weiter Wegstecken sehr zeitaufwendig, was in Kombination mit der Personalknappheit und der hohen Nachfrage nach Pflegeleistungen den Zeit- und Termindruck auf die Pflegekräfte erhöht und eine angemessene Versorgung der PB erschwert. Dieses Problem wird sich weiter verschärfen, wenn die Personalschlüssel in der ambulanten Pflege, auch aufgrund des Personalmangels, nicht entsprechend angeglichen werden können. Besonders in strukturschwachen Regionen, in denen zukünftig die Anzahl der PB weiterhin steigt, während die informelle Unterstützung sinkt, kann es zu erheblichem

Arbeitsaufkommen und Zeitdruck unter den Pflegekräften kommen. Infolge der Belastungen ist nicht auszuschließen, dass ein Teil der Pflegekräfte den Arbeitgeber oder den Dienort wechselt, sodass der Pflege(fach)kräftemangel sich weiter erhöht und „Versorgungslücken“ in strukturschwachen Regionen drohen.

Für die flächendeckende Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten Pflege ist neben der Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege auch entscheidend, dass es in strukturschwachen Regionen gelingt, die weichen Standortfaktoren wie die frühkindlichen Betreuung und schulische Bildung, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die Kultur- und Freizeitangebote auf die Bedarfe junger Menschen auszurichten. Für die Regionen mit niedriger Wirtschaftskraft und schlechter Finanzausstattung ist dies jedoch aus eigener Kraft kaum umsetzbar. Hierzu wird eine finanzielle Förderung durch den Bund oder das Land benötigt, die eingesetzt werden kann, um Defizite in der Infrastrukturausstattung abzubauen und damit die Region als Wohnort für junge Menschen und speziell für Pflege(fach)kräfte attraktiver macht. In der Folge wären auch die Angebote in der Daseinsvorsorge aufgrund der höheren Nutzerzahl wieder rentabler und tragfähig. Gelänge es langfristig, die Anzahl steuerpflichtiger Einwohner zu erhöhen, stiegen auch die kommunalen Einnahmen, was wiederum den weiteren Ausbau der technischen und sozialen Infrastruktur erleichtere. Somit könnten die betroffenen Regionen auch als Wirtschaftsstandort an Anziehungskraft gewinnen, was zu einer positiven sozialen Ortsentwicklung beitragen und die Bedingungen für eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung der PB verbessert. Gelingt es jedoch nicht, Unterschiede hinsichtlich der Strukturmerkmale innerhalb der ländlichen Regionen zu reduzieren, ist es fraglich, ob hinreichend Pflegekräfte und informelle HelferInnen für die Stärkung der kostengünstigeren ambulante Pflege in strukturschwachen Räumen und „riskanten Gemeinden“ gewonnen werden können, um eine bedarfsgerechte häusliche Versorgung zu gewährleisten.

Um die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in den ländlichen und strukturschwachen Regionen zu unterstützen, werden neben Initiativen zu Stärkung der ambulanten Pflege noch weitere Maßnahmen benötigt. So muss für Menschen in strukturschwachen Regionen und „riskanten Gemeinden“ der Zugang zu Angeboten, welche der Gesundheitsförderung und Prävention dienen, unbedingt verbessert werden. Hierdurch könnte der Anstieg der Pflegebedürftigkeit auch bei voranschreitender Alterung in den Regionen mit schwierigen Bedingungen für die Umsetzung einer bedarfsgerechten ambulanten Pflege verlangsamt werden. Diese Angebote für ältere Menschen umfassen die Förderung der Bewegung und Mobilität, Angebote zur Verbesserung des Ernährungswissens und der Bewältigungs- und Gesundheitskompetenz. Schließlich beeinflussen neben dem Lebensalter noch weitere Faktoren wie Ernährung und Bewegung den Zeitpunkt des Eintretens einer Pflegebedürftigkeit (Sachverständigenrat, 2014).

Eine Verbesserung der Pflegeberatung kann außerdem dazu beitragen, dass PB lange im eigenen häuslichen Umfeld verbleiben können. Hier ist darauf zu achten, eine einfache Zugänglichkeit auch für schwer erreichbare Nutzergruppen wie ältere Pflegepersonen oder körperlich stark eingeschränkte PB zu gewährleisten. Dabei ist gerade für ländliche Regionen notwendig, mobile Beratungsstrukturen auszubauen und die telefonische Beratung durch neue Kommunikationstechniken zu ergänzen (Sachverständigenrat, 2014).

Die zentrale Herausforderung besteht jedoch darin, angesichts der zahlreichen regionalen Unterschiede geeignete Pflegekonzepte zu entwickeln, mit denen auf die regionalen Strukturen mit ihren spezifischen Bedarfslagen angemessen reagiert werden kann. Diese können nicht übergreifend vom Bund bereitgestellt, sondern müssen von den betreffenden Kommunen mit Unterstützung der Länder und unter Einbeziehung wissenschaftlich abgesicherter Erkenntnisse integrativ entwickelt werden. Die Verantwortung für die Sicherstellung der Langzeitpflege und für die Schaffung der Voraussetzung für den Ausbau einer bedarfsgerechten ambulanten Versorgung verbleibt damit im Wesentlichen auf der Ebene der (strukturschwachen) Kommunen, die hierfür jedoch in den meisten Fällen finanzielle Unterstützung benötigen, um einer Zunahme der bestehenden Unterschiede innerhalb der ländlichen Regionen und zwischen Stadt und Land entgegenzuwirken und der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse aller PB möglichst nahe zu kommen. Der Schaffung günstiger Bedingungen für einen kontinuierlichen Ausbau der informellen ambulanten Pflege in strukturschwachen Regionen kommt dabei angesichts der Kosteneinsparungen, die hierdurch zu erzielen sind, ein hoher Stellenwert für die zukünftige Finanzierbarkeit der Pflege insgesamt zu. Zur Stärkung der informellen Pflege können bereits die finanziellen Mittel zur Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts (§ 45 c SGB XI) und zur Förderung der Selbsthilfe nach § 45 d SGB XI abgerufen werden. Außerdem soll die im Jahr 2020 neu gegründete Deutsche Stiftung für Engagement und Ehrenamt Initiativen entwickeln, die Engagementbereitschaft insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen erhöht. Es bleibt jedoch abzuwarten, ob die Maßnahmen zur Stärkung des freiwilligen Engagements in der ambulanten Pflege und die Bemühungen um eine Steigerung der Wohn- und Standortqualität ländlicher und strukturschwacher Regionen ausreichen werden, um die steigende Anzahl an PB verstärkt informell ambulant zu versorgen und dadurch zur Stabilisierung des Pflegesystems und zur Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse aller Menschen beizutragen.

6 Dezentralisierung als Strategie zur Sicherstellung pflegerischer Langzeitversorgung

Die vorhergehenden Ausführungen haben gezeigt, dass für die Sicherstellung der pflegerischen Langzeitversorgung in Deutschland zwei Fragen von zentraler Bedeutung sind:

1. Wie kann eine bedarfsgerechte Pflege angesichts der steigenden Anzahl von PB zukünftig finanziert werden?
2. Wer kann angesichts des anhaltenden Fachkräftemangels und sinkender informeller Unterstützungspotentiale die erforderlichen Pflegeleistungen erbringen?

Neben den gesetzlichen Pflegereformen¹² der vergangenen Jahre, die dazu beitragen sollten, die pflegerische Langzeitversorgung u. a. durch Einführung der Betreuung und der Neuformulierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes stärker an die Bedarfe der PB anzupassen, wurden auch neue Versorgungskonzepte formuliert, die helfen sollen, eine bedarfsgerechte Langzeitpflege trotz steigender Pflegebedürftigkeit zukünftig gewährleisten zu können. Hierzu gehört auch das Konzept für ein „Regionales Pflegebudget“ der Bertelsmann Stiftung (Hackmann et al., 2014). Dieses Versorgungskonzept zeigt Wege auf, wie Kommunen mehr Handlungsspielraum bei der Organisation der Pflege vor Ort übertragen werden kann. Ziel dieser Dezentralisierung ist die Einsparung von Pflegekosten und eine Reduzierung des Pflegefachkräftebedarfs, indem die pflegerische Versorgung besser an die regionalen Bedarfe angepasst und der Anteil ambulant versorgter PB erhöht werden

6.1 Konzept für ein „Regionales Pflegebudget“

Das Regionale Pflegebudget (Hackmann et al., 2014) der Bertelsmann Stiftung verfolgt den Ansatz, Aufgaben und Zuständigkeiten im Zusammenhang mit der Sicherstellung der pflegerischen Langzeitversorgung zu dezentralisieren und dadurch kostengünstige, aber bedarfsgerechte regionale Versorgungsstrukturen in den Kreisen und kreisfreien Städten Deutschlands zu implementieren. Das Regionale Pflegebudget hat im Wesentlichen fünf Ziele:

1. Reduzierung des Fachkräftebedarfs in der Pflege
2. Sicherung eines Teils des Personalbedarfs
3. Förderung der Bedarfsgerechtigkeit der Pflege
4. Langfristige Stabilisierung kommunaler Haushalte
5. Langfristige Finanzierbarkeit der Pflege im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung

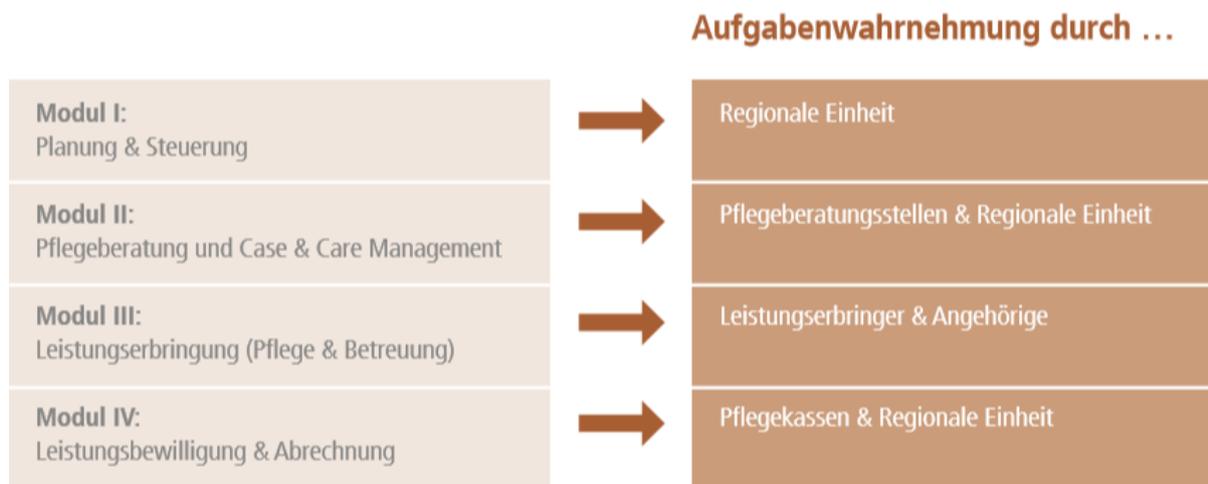
Das Regionale Pflegebudget adressiert damit die bekannten Herausforderungen, die sich angesichts des Pflegefachkräftemangels, der steigenden Anzahl an PB und den knappen finanziellen Mitteln der sozialen Pflegeversicherung im Hinblick auf die zukünftige Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und finanzierbaren Langzeitpflege stellen und formuliert Lösungsstrategien, die auf lokaler Ebene umzusetzen sind.

¹² Eine Übersicht über wesentliche gesetzliche Änderungen im Rahmen des PSG I und des PSG II für den ambulanten Bereich bieten Niens et al. (2017).

6.2 Regionale Einheiten als zentrale Institution der Pflegeplanung und Beratung

Den Kern des Regionalen Pflegebudgets (Hackmann et al., 2014) bilden die „Regionalen Einheiten“ die als neu gegründete Institutionen in den Kreisen und kreisfreien Städten die Planungs- und Steuerungshoheit über die pflegerische Langzeitversorgung übertragen bekommen. Damit nehmen die Regionalen Einheiten die zentrale Rolle für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in Deutschland ein, indem sie eigenverantwortlich Aufgaben der Pflegeplanung, der Steuerung und der Pflegeberatung (Case and Care Management) in ihrem Verwaltungsgebiet übernehmen. Darüber hinaus sind sie gemeinsam mit den Pflegekassen für die Leistungsbewilligung und Abrechnung zuständig und stellen eine Schnittstelle zwischen den PB, den informell Pflegenden und den Pflegekassen dar. In Abbildung 17 sind die wesentlichen Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten der Regionalen Einheiten dargestellt.

Abbildung 17: Aufgaben und Zuständigkeiten im Rahmen der Verwaltung des Regionalen Pflegebudgets.



Quelle: Hackmann et al., 2014, S. 18.

Zentrale Aufgabe der Regionalen Einheiten ist es, die pflegerische Versorgung auf die spezifischen lokalen Gegebenheiten anzupassen und im Hinblick auf Personaleinsatz, Kosten und Versorgungsqualität zu optimieren. Von den Pflegekassen erhalten sie hierfür ein monatliches Budget aus den Mittel der sozialen Pflegeversicherung. Die Höhe des Budgets richtet sich nach der Anzahl der im jeweiligen Kreis bzw. der jeweiligen kreisfreien Stadt gemeldeten PB sowie nach dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit. Ob die PB informell durch Angehörige, professionell ambulant durch einen Pflegedienst oder stationär in einem Pflegeheim gepflegt werden, ist unerheblich für die Höhe des Budgets. Es erfolgt immer eine Pauschalvergütung nach Anzahl der PB und deren Pflegegraden.

Durch die Pauschalzahlung sollen finanzielle Anreize für die Regionalen Einheiten geschaffen werden, die vergleichsweise teure und personalintensive stationäre Versorgung auf ein Minimum zu

reduzieren. Gelingt es den Regionalen Einheiten, dass die PB primär ambulant versorgt werden, werden finanzielle Ressourcen frei, die zwar zweckgebunden im Bereich der Langzeitpflege eingesetzt werden müssen, den Kommunen aber Handlungsspielraum für weitere Verbesserung der Pflegequalität eröffnen. So ist es möglich, die eingesparten Pflegekosten in höhere Gehälter oder Zusatzzahlung für Pflegefachkräfte zu investieren, um sich einen Vorteil im Wettbewerb um benötigtes Personal zu verschaffen. Auch können freiwillig erhöhte Zuweisungen oder verbesserte Leistungsangebote für PB von den Kommunen bereitgestellt werden, um die Versorgungsstrukturen optimal an den lokalen Bedarfen auszurichten und die ambulante Pflege weiter zu fördern. Fallen in einer Regionalen Einheit hingegen mehr Pflegekosten an, als durch das Regionale Pflegebudget abgedeckt wird, entstehen Defizite, die vom Land kompensiert werden müssen.

Der Vorteil der Dezentralisierung der Pflegeplanung und Beratung über die Zuweisung der Zuständigkeit an die Regionalen Einheiten soll darin bestehen, dass die lokalen Akteure die Bedarfe und Strukturen vor Ort am besten kennen und dadurch passgenaue Versorgungskonzepte erstellen können, die auf Bundes- oder Landesebene nicht in vergleichbarer Weise konzipiert werden könnten. Zur Erreichung der in Kapitel 6.1 formulierten Ziele schlägt das Regionale Pflegebudget verschiedene Maßnahmen vor, die regional angepasst umgesetzt werden sollen:

Zunächst sollen die Regionalen Einheiten niedrigschwellige ambulante Versorgungssettings ausbauen, die ermöglichen, dass möglichst viele PB ambulant und nicht stationär versorgt werden. Einen wesentlichen Teil der ambulanten Pflegeleistungen soll von freiwillig Engagierten erbracht werden, wobei die Regionalen Einheiten dafür Sorge zu tragen haben, dass sich professionelle Pflege und informelle niedrigschwellige Hilfen optimal ergänzen. Zusätzlich können die Regionalen Einheiten auch Versorgungsverträge mit besonders innovativen professionellen Leistungsanbietern schließen, die dazu beitragen, dass vor allem die PB in den unteren Pflegegraden ausschließlich ambulant gepflegt werden. Durch die Übertragung von Pflege- und Betreuungsaufgaben an Freiwillige sollen Kosten- und Personaleinsparungen erzielt werden, weil Pflegefachkräfte nur noch dort zum Einsatz kommen, wo dies aus pflegefachlicher Sicht unbedingt notwendig ist. Wie oben beschrieben, können die Regionalen Einheiten zur Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit der Pflege außerdem freiwillige Zusatzleistungen für PB und für informell Pflegenden anbieten, die auf die lokalen Gegebenheiten zugeschnitten sind und die ambulante Versorgungsqualität erhöhen. Die Bereitschaft zur längerfristigen Übernahme informeller Pflege eines Angehörigen oder Bekannten in häuslicher Umgebung soll zudem durch umfangreiche und leicht zugängliche Unterstützungs- und Beratungsangebote gefördert werden, welche in den Regionalen Einheiten flächendeckend vorhanden und leicht zugänglich sind.

Mittelfristig soll es den Kreisen und kreisfreien Städten somit gelingen, ein dichtes Netz bestehend aus eigenverantwortlicher Selbsthilfe des PB, familiärer Unterstützung und sonstigen informellen Hilfen

über freiwillig Engagierte sowie formellen Pflege- und Unterstützungssystemen zu schaffen und dadurch die Voraussetzung für eine ambulante Pflege optimal zu gestalten. Dieser Aufbau bedarfsgerechter ambulanter Versorgungsstrukturen soll schließlich eine Verringerung oder vollkommene Vermeidung der personalintensiven und teuren stationären Pflege bewirken. Zudem soll die Erhöhung des Anteils ambulanter Pflege dazu beitragen, die Ausgaben im Rahmen der Hilfe zur Pflege zu reduzieren, die von den Kommunen zu entrichten sind, wenn die finanziellen Mittel des PB zur Finanzierung seiner Pflege nicht ausreichen, was besonders häufig bei der teuren stationären Versorgung der Fall ist. Somit würden die Pflegekosten durch eine Reduzierung der Heimquote „doppelt gesenkt“: einerseits, weil die ambulante Pflege unter Einbindung freiwillig Engagierter kostengünstiger ist und andererseits, weil sich die Zahlung von Hilfen zur Pflege für die Kommune minimieren.

6.3 Reduzierung der Heimquote: Szenario I und Szenario II

Die Kosten- und Personaleinsparungen im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets resultieren im Wesentlichen aus einer Reduzierung der Heimquote zugunsten der kostengünstigeren ambulanten Pflege, bevorzugt unter Mitwirkung von Angehörigen oder sonstigen freiwillig Engagierten. Hierfür werden zwei Szenarien im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets entworfen, anhand derer die erzielten Einsparungen im Bereich von Kosten und Personal, aber auch der benötigte Mehrbedarf an freiwillig Engagierten geschätzt werden können (Hackmann et al., 2014, S. 30 f.).

In *Szenario I* wird angenommen, dass 10,00 % der PB infolge der Umsetzung des Regionalen Pflegebudgets von stationärer Pflege in ein professionell ambulantes Versorgungsetting wechseln (Sachleistungen). Außerdem wechseln 10,00 % der PB, die bisher professionell ambulant gepflegt wurden, in eine ambulante Versorgung unter Mitwirkung von Angehörigen und sonstigen Freiwilligen (Kombinationsleistungen).

In *Szenario II* wird neben den Änderungen des Szenario I zusätzlich unterstellt, dass 90,00 % der PB des Pflegegrads 2 ambulant, aber nur 10,00 % stationär gepflegt werden. Somit könnte die kosten- und personalintensive Heimversorgung von PB des Pflegegrads 2 infolge der Einführung bedarfsgerechter ambulanter Versorgungsstrukturen fast vollständig vermieden werden.

6.4 Umsetzung des Regionalen Pflegebudgets: Aufwendung und Einsparungen

Das Regionale Pflegebudget soll im Rahmen einer fünfjährigen Konvergenzphase umgesetzt werden. Dieser Zeitraum dient dazu, die Regionalen Einheiten aufzubauen und den Kreisen und kreisfreien Städten die Möglichkeit einzuräumen, vor Einführung der pauschalisierten Beträge, Anpassungen im Hinblick auf die lokale Heimquote vorzunehmen. Dazu erhalten Kreise und kreisfreie Städte mit erhöhter Heimquote zunächst ein erhöhtes Budget, wobei der Betrag, der das Pflegebudget

überschreitet, schrittweise reduziert wird, bis nach fünf Jahren das reguläre Pflegebudget erreicht ist. Somit entstehen in der Konvergenzphase Anreize für die betroffenen Kreise und kreisfreien Städte, bedarfsgerechte Versorgungsangebote zu implementieren, die bewirken, dass mehr PB ambulant versorgt werden. Nach Ablauf dieser Konvergenzphase erhalten die betroffenen Kreise und kreisfreien Städte das einheitlich nach der Anzahl von PB und deren Pflegegraden bemessene Budget.

Die Kreise und kreisfreien Städte, die zur Einführung bereits monetäre Überschüsse aus dem Regionale Pflegebudget erzielen, dürfen diese Mittel in der Konvergenzphase schrittweise einbehalten, um sie in den weiteren Ausbau bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen zur Stärkung der ambulanten Pflege zu investieren. Mit Ablauf der Konvergenzphase können die überschüssigen finanziellen Mittel des Pflegebudgets vollständig einbehalten und für die Sicherstellung der Langzeitpflege zweckgebunden aufgewendet werden (Hackmann et al., 2014, S. 28 ff.).

Die Einführung des Regionalen Pflegebudgets und der Aufbau der Regionalen Einheiten sind allerdings mit zusätzlichen Kosten für die sozialen Pflegeversicherungen in Höhe von etwa 260 Millionen Euro pro Jahr deutschlandweit verbunden. Diese entfallen hauptsächlich auf Personalmittel für die Pflegeberatung in den Beratungsstützpunkten (1,50 Vollzeitstellen) sowie für Aufgaben der Pflegeplanung und Steuerung durch die Regionalen Einheiten (2,00 Vollzeitstellen). Hierzu kommen Sachkosten für Räume und laufende Kosten in Höhe von etwa 12.200 Euro pro Jahr. Für die Leistungsbewilligung und Abrechnung fallen keine zusätzlichen Kosten an, da diese über die soziale Pflegeversicherung kostenneutral finanziert werden (Abbildung 18).

Im Hinblick auf die zusätzlichen Kosten, die das Regionale Pflegebudget verursacht, wird davon ausgegangen, dass diese durch die Einsparpotentiale überkompensiert werden. So wird angenommen, dass durch die Reduzierung der Heimquote in den Kreisen und kreisfreien Städten die zusätzlichen Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für die Ausgestaltung der Regionalen Einheiten mittelfristig ausgeglichen werden. Für das *Szenario I*, nach dem 10,00 % der PB von stationärer in ambulante Versorgung wechseln bzw. dort verbleiben, jedoch unter Mitwirkung informeller HelferInnen versorgt werden, wird mit Ersparnissen in Höhe von etwa 500 Millionen Euro pro Jahr für die soziale Pflegeversicherung gerechnet. Gelänge es zusätzlich die stationäre Versorgung von PB des Pflegegrads 2 um 90,00 % zu reduzieren (*Szenario II*), würde dies Einsparungen von etwa 4,40 Milliarden Euro pro Jahr ermöglichen. Somit ergäbe sich ein Nettoeinsparpotenzial von etwa 240 Millionen Euro pro Jahr in *Szenario I* und von ca. 4,10 Milliarden Euro pro Jahr in *Szenario II* (Hackmann et al., 2014, S. 60).

Abbildung 18: Kosten für die Ausgestaltung der Regionalen Einheiten nach Aufgabenbereichen.



Quelle: Hackmann et al., 2014, S. 59.

Auch in Bezug auf die anvisierte Reduzierung des Pflegefachkräftebedarfs werden bei Einführung des Regionalen Pflegebudgets positive Effekte vorausgesagt. Durch den verstärkten Einsatz Freiwilliger und eine Verringerung der Heimquote verringerte sich die Fachkräftelücke um ca. 14,00 % in *Szenario I* und um etwa die Hälfte in *Szenario II* bis in das Jahr 2020 (Hackmann et al., 2014, S. 35)¹³.

7 Eigene theoretische und empirische Analysen

In diesem Kapitel werden mehrere, von der Autorin durchgeführte Analysen beschrieben, welche im Rahmen des transdisziplinären Arbeitsschwerpunkts „Bedarfsgerechtigkeit und Effizienz ambulanter pflegerischer Versorgung im ländlichen Raum“ des Arbeitsbereichs Umwelt- und Ressourcenökonomik des Departments für Agrarökonomie und RURale Entwicklung der Georg-August-Universität Göttingen in den Jahren 2014 bis 2019 entstanden sind. Im Mittelpunkt der Analysen stehen die individuellen und sozialpolitischen Herausforderungen, die sich im Zusammenhang mit der Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Langzeitversorgung in Deutschland ergeben und zwar vor dem Hintergrund des zu erwartenden Anstiegs der Pflegebedürftigkeit, des Pflegekräftemangels und der

¹³ In Bezug auf die monetären Einsparpotentiale des Regionalen Pflegebudgets und das Potential zur Reduzierung des Fachkräftemangels ist zu beachten, dass die genannten Zahlen auf Schätzungen beruhen, die vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und der Öffnung von Betreuungsleistungen für alle PB formuliert worden sind. Die angegebenen absoluten Werte geben daher die damalige Situation wieder und können aufgrund der Gesetzesänderungen nicht mehr als aktuell angesehen werden. Die relativen Größen können jedoch als Anhaltspunkte für die zu erzielenden Einsparungen bei Umsetzung des Regionalen Pflegebudgets und der *Szenarien I* und *II* herangezogen werden.

knappen finanziellen Mittel der sozialen Pflegeversicherung. Der Schwerpunkt der Betrachtungen liegt auf der ambulanten Pflege aufgrund der besonderen Eignung dieser Versorgungsform für die zukünftige Gewährleistung einer bedarfsgerechten und finanzierbaren Langzeitpflege. Von besonderem Interesse ist dabei die Versorgung vorrangig körperlich eingeschränkter PB, der von wissenschaftlicher als auch von politischer Seite in der jüngsten Vergangenheit weniger Aufmerksamkeit zukam als der Pflege demenziell erkrankter Personen.

Ziel der Analysen ist ein Erkenntnisfortschritt im Hinblick auf die Qualitätsbeurteilung ambulanter Pflege und die Umsetzbarkeit des Ausbaus der ambulanten Pflege unter stärkerer Einbindung freiwilliger HelferInnen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Langzeitversorgung in Deutschland. Dabei erfolgen die Betrachtungen unter besonderer Berücksichtigung der Perspektiven der LeistungserbringerInnen und LeistungsempfängerInnen, d. h. aus Sicht körperlich eingeschränkter PB, ihrer Pflegepersonen und der (potentiellen) Freiwilligen in der ambulanten Pflege.

Insgesamt wurden sieben Beiträge verfasst, welche sich mit unterschiedlichen Fragestellungen in Bezug auf die Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Pflege sowie mit den Herausforderungen des Ausbaus ambulanter und vorrangig informeller Pflege durch Angehörige und sonstige Freiwillige beschäftigen.

7.1 Übergeordnete Forschungsfragen

Ziel der Sozialpolitik ist es, eine bedarfsgerechte pflegerische Langzeitversorgung langfristig für alle PB sicherzustellen. Eine abschließende und allgemein anerkannte Definition des Begriffs der „Bedarfsgerechtigkeit“ liegt jedoch nicht vor. Daher wird zunächst der Versuch einer Begriffskonkretisierung unternommen. Weitgehend unbekannt ist auch, anhand welcher Kriterien PB und ihre Pflegepersonen die Qualität ihrer ambulanten pflegerischen Versorgung beurteilen. Es ergeben sich folgende übergeordnete Fragestellung für das Forschungsvorhaben:

F1: Was ist unter dem Begriff der „Bedarfsgerechtigkeit“ der pflegerischen Versorgung zu verstehen?

F2: Welche Kriterien sind für die Bewertung der Qualität ambulanter Pflege aus Sicht der LeistungsempfängerInnen, d. h. körperlich eingeschränkter PB und ihrer Pflegepersonen relevant?

Anschließend wird der Frage nachgegangen, inwieweit die gesetzlichen Änderungen im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze (PSG) I und II geeignet waren, die ambulante Pflege stärker an den Bedarf der PB und der Pflegepersonen anzupassen und die ambulante Versorgung damit bedarfsgerecht(er) zu gestalten. Daraus resultiert die nachfolgende Forschungsfrage:

F3: In wieweit können die PSG I und II dazu beitragen, die ambulante Pflege aus Sicht der LeistungsempfängerInnen bedarfsgerecht zu gestalten?

Im Hinblick auf die Stärkungen der ambulanten und kostengünstigen informellen Pflege, die auch zu einer Reduzierung des Pflegekräftebedarfs beiträgt, wird weithin untersucht, welche Belastungen für die Pflegepersonen hieraus entstehen und, ob die vergangenen Pflegereformen dazu beitragen konnten, Belastungen von Pflegepersonen zu reduzieren. Soll die Erbringung von Pflegeleistungen zukünftig noch stärker als bisher im Zuständigkeitsbereich von Angehörigen und sonstigen Freiwilligen liegen, sind wirksame Entlastungs- und Unterstützungsangebote die Voraussetzung dafür, dass sich diese Strategie zur Sicherstellung bedarfsgerechter Pflege langfristig als tragfähig erweisen kann. Folgende Fragestellungen wurden daher betrachtet:

F4: Woraus resultieren die pflegebedingten Belastungen von Pflegepersonen körperlich eingeschränkter PB?

F5: Inwiefern kann der Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI dazu beitragen, die pflegebedingten Belastungen von Pflegepersonen körperlich eingeschränkter PB zu reduzieren?

Des Weiteren wird geprüft, ob neue Versorgungskonzepte wie das Regionale Pflegebudget der Bertelsmann Stiftung (Hackmann et al., 2014) auch angesichts des benötigten Mehrbedarfs an Freiwilligen flächendeckend umsetzbar wären. Schließlich stellen sich die Fragen, wie es gelingen kann, Freiwillige für ein Engagement in der Pflege zu gewinnen, was Menschen zu einer freiwilligen Tätigkeit motiviert und welche Erwartungen an ein Engagement in der ambulanten Pflege gerichtet werden. Hier sind besonders die freiwillig Engagierten von Interesse, die geschult und in eine Organisation eingebunden sind, da diese auch Betreuungs- und Entlastungsleistungen im Rahmen des § 45 b SGB XI erbringen können. Aufgrund der Öffnung dieser Leistungen für alle PB im Jahr 2015 ist ein hoher Anstieg des Bedarfs an Freiwilligen zu erwarten. Zwar können hauswirtschaftliche Entlastungs- und Betreuungsleistungen entsprechend des § 45 b SGB XI grundsätzlich auch von Mitarbeitern eines Pflegedienstes erbracht werden, dies ist jedoch aus Kostengründen sowohl aus Sicht der PB und ihrer Pflegepersonen wie auch von Seiten der Pflegepolitik nicht wünschenswert. Es ergeben sich die nachstehenden Fragestellungen:

F6: Wie viele zusätzliche Freiwillige werden deutschlandweit benötigt, sollte das Regionale Pflegebudget eingeführt werden?

F7: Was motiviert Personen zu einem freiwilligen Engagement in der ambulanten Pflege?

F8: Welche Erwartungen haben (potentielle) Freiwillige an ihr Engagement in der ambulanten Pflege?

F9: Wie groß ist die Bereitschaft der deutschen Bevölkerung, sich freiwillig in der ambulanten Pflege zu engagieren?

F10: Könnten deutschlandweit ausreichend neue Freiwillige für ein Engagement in der Pflege gewonnen werden, um das Regionale Pflegebudget umzusetzen?

7.2 Methodik

Die Untersuchung der oben beschriebenen Fragestellungen erfolgte mithilfe von Literaturrecherchen und eigenen qualitativen und quantitativen Befragungen von körperlich eingeschränkten PB, von Pflegepersonen und von (potentiell) freiwillig in der ambulanten Pflege engagierten Personen¹⁴.

7.2.1 Vorgehen bei der Bearbeitung der Forschungsfragen F1 bis F5

Bisher ist kaum etwas darüber bekannt, wann PB und ihre Pflegepersonen ihre ambulante Versorgung als „bedarfsgerecht“ wahrnehmen. Die wenigen vorliegenden wissenschaftlichen Analysen, die die Perspektiven der LeistungsempfängerInnen, anstelle der von Experten in den Mittelpunkt stellen, beziehen sich auf die Kriterien der Heimauswahl (Sonntag et al., 2017), die Lebensqualität von PB in stationärer und ambulanter Pflege (Behr et al., 2017; Netten et al., 2012) oder die Versorgungsqualität der speziellen Gruppe demenziell erkrankter PB, wobei dann die zuständigen Pflegepersonen stellvertretend für die kognitiv eingeschränkten PB befragt wurden (Bruker et al., 2017)¹⁵. Aus diesen Untersuchungen ist jedoch nicht abzuleiten, welche konkreten Vorstellung PB und ihre Pflegepersonen von „guter“ Pflege haben und auf welcher Grundlage sie die Qualität der ambulanten Versorgung beurteilen.

7.2.1.1 Literaturanalysen (F1)

Da noch keine abschließende und allgemein anerkannte Definition des Begriffs der Bedarfsgerechtigkeit vorliegt, wurden zunächst ausführliche Literaturrecherchen zu unterschiedlichen Interpretationen des Begriffs durchgeführt. Dabei zeigt sich, dass Einigkeit darüber besteht, dass die Qualitätsurteile der LeistungsempfängerInnen für die Bewertung der Bedarfsgerechtigkeit der Pflege eine wichtige Rolle spielen (Hensen, 2018; Sachverständigenrat, 2014). Ausgehend von dieser grundlegenden Annahme wurde der Begriff der „Bedarfsgerechtigkeit“ näher ausgestaltet. Dabei wird in Übereinstimmung mit der Literatur angenommen, dass Bedarfsgerechtigkeit unterschiedliche Komponenten umfasst. Hierzu gehören neben einer objektiven Komponente, welche durch den Leistungsumfang des elften Sozialgesetzbuches beschrieben werden kann und die Meinung von Experten widerspiegelt, auch die Vorstellungen der LeistungsempfängerInnen und deren subjektiv empfundener Bedarf. In den Beiträgen I (Niens et al., 2015) und II (Niens et al., 2017) ist dieses Verständnis des Begriffs der Bedarfsgerechtigkeit ausführlich beschrieben.

¹⁴ Für eine detaillierte Beschreibung des methodischen Vorgehens siehe die Beiträge I bis VII.

¹⁵ Ausführlich zum Stand der Forschung siehe Niens et al. (2019).

7.2.1.2 *Rechts- und wohlfahrtsökonomische Analysen (F2, F3)*

In Beitrag II wird weiterhin diskutiert, inwieweit die gesetzlichen Änderungen im Rahmen des PSG I und II dazu beitragen können, die ambulante Pflege stärker an den Bedarfen der PB und ihrer Pflegepersonen auszurichten und somit die subjektiv empfundene Qualität der ambulanten Pflege zu erhöhen. Hierzu werden aufbauend auf einer Literaturanalyse Annahmen zu bewertungsrelevanten Aspekten der ambulanten Pflege aus Sicht der PB entworfen. Darüber hinaus wird dargestellt, welche Potentiale sich für eine Steigerung der Kosteneffizienz der ambulanten Pflege für die LeistungsempfängerInnen ergeben. Die Betrachtungen erfolgen aus wohlfahrts- und rechtsökonomischer Perspektive.

7.2.1.3 *Qualitative Interviews (F2, F4, F5)*

Der Beitrag III wendet sich ausschließlich der subjektiven Komponente der Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Pflege zu und prüft empirisch die in Beitrag II auf theoretischer Grundlage formulierten Annahmen zur Bewertung der Pflegequalität durch die LeistungsempfängerInnen. Hierzu wird basierend auf qualitativen Interviews von PB und ihrer Pflegepersonen analysiert, welche Aspekte bei der subjektiven Bewertung ambulanter Pflege relevant sind. Insgesamt wurden 24 teilstrukturierte Leitfadeninterviews mit PB (n = 10) und ihren Pflegepersonen (n = 14) durchgeführt. Die Interviews wurden mit einer narrativen Eingangsfrage eingeleitet, wörtlich transkribiert und mittels inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2014) ausgewertet. Außerdem wurden die Wirkungszusammenhänge zwischen den aufgedeckten Haupt- und Subkategorien analysiert.

Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage (F2) wurden ein qualitatives Untersuchungsdesign und eine narrative Eingangsfrage gewählt, da dieses Vorgehen den Interviewten ermöglicht, frei und entlang ihrer eigenen Relevanzen über ihr individuelles Verständnis von „guter“ Pflege zu sprechen, anstatt innerhalb vorgegebener Kategorien zu verbleiben. Dies ist für die Untersuchung des Zustandekommens der Qualitätsurteile von PB und von Pflegepersonen von hoher Bedeutung, da so die unterschiedlichen individuellen Sichtweisen der Interviewten umfassend abgebildet werden können. Dabei eignet sich die offene Vorgehensweise besonders zur Aufdeckung von noch unbekanntem bewertungsrelevanten Aspekten der Pflege, welche in geschlossenen Frageformaten nicht erfasst würden. Ebenso lassen sich bisher unbekannte Wirkungszusammenhänge aus dem Textmaterial entnehmen, welche angesichts des geringen Wissenstands zur subjektiven Bewertung von Pflegequalität sonst unerkannt blieben. Insgesamt ermöglicht das offene Vorgehen damit einen hohen Erkenntnisgewinn in Bezug auf das bisher kaum untersuchte Thema der bewertungsrelevanten Aspekte der ambulanten Pflege aus Sicht der PB und ihrer Pflegepersonen.

Eine Erhebung der Relevanzen der Leistungsempfänger mittels quantitativer Verfahren erschien dagegen aufgrund des geringen Vorwissens zu den Bewertungskriterien der PB und ihrer

Pflegepersonen nicht angemessen. Es ist nicht zielführend, einen quantitativen Fragebogen zu konstruieren, wenn die maßgeblichen Konstrukte zur Erklärung des Bewertungsprozesses unbekannt sind. Darüber hinaus besteht das Risiko, die PB mit einem langen und kognitiv anspruchsvollen Fragebogen zu überfordern, was zum Abbruch der Befragung bzw. Einschränkungen der Reliabilität und Validität der Daten führen kann. Dies sollte auch angesichts der schwierigen Akquise von PB zur Teilnahme an der Studie und im Hinblick auf die Belastbarkeit der Daten unbedingt vermieden werden. In Beitrag IV stehen die pflegebedingten Belastungen der Pflegepersonen im Mittelpunkt. Die Belastungen infolge der informellen Pflege und ihre Auswirkungen auf die Pflegepersonen wurden bereits mehrfach empirisch untersucht. Dabei kamen jedoch überwiegend quantitative Methoden zum Einsatz (z. B. Hajek und König, 2018; Bayrischer Demenzsurvey, 2017; Klie, 2017; Pochobradsky et al., 2005; Pinquart et al., 2003; Gräsel, 2001)¹⁶. Aktuelle qualitative Untersuchungen, die darauf abzielen, bisher unbekannte Belastungsquelle infolge der Pflege vorrangig körperlich eingeschränkter PB aufzudecken und die Wirkungszusammenhänge zwischen ihnen zu erfassen, liegen hingegen nicht vor. Insbesondere liegt nach Wissenstand der Autorin keine qualitative Untersuchung vor, die die Auswirkungen der Einführung der Entlastungsleistungen nach § 45 b SGB auf die pflegebedingten Belastungen von Pflegepersonen berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund erfolgte die Bearbeitung der Forschungsfragen F4 und F5 ebenfalls mithilfe eines qualitativen und offenen Vorgehens. Die Analysen beruhen auf den 14 befragten Pflegepersonen der oben beschriebenen Interviewstudie sowie dem Gespräch mit einer weiteren Pflegeperson, welches zu einem späteren Zeitpunkt geführt wurde. Die Auswertung des Textmaterials erfolgte ebenfalls mittels inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2014).

7.2.2 Vorgehen bei der Bearbeitung der Forschungsfrage F6

Bei Umsetzung des Regionalen Pflegebudgets (Hackmann et al., 2014) würde sich der Bedarf an Freiwilligen in der ambulanten Pflege erhöhen, da der Anteil ambulant versorgter PB steigt, welche mit Unterstützung Freiwilliger versorgt werden. Vor diesem Hintergrund wird im Beitrag V ermittelt, wie viele zusätzliche Freiwillige notwendig wären, wenn das Regionale Pflegebudget deutschlandweit eingeführt würde und zwar unter der Voraussetzung, dass alle zusätzlich ambulant gepflegten PB ehrenamtliche Unterstützung entsprechend des § 45 b SGB XI in Anspruch nähmen. Die Schätzungen beruhen auf den Angaben der statistischen Daten von Bund und Ländern und der Annahme der Realisierung der *Szenarien I* und *II* des Regionalen Pflegebudgets (Hackmann et al., 2014).

¹⁶ Ausführlich zum Stand der Forschung siehe Niens (2019).

7.2.3 Vorgehen bei der Bearbeitung der Forschungsfragen F7 bis F10

Um ausreichend Freiwillige für ein Engagement in der ambulanten Pflege zu gewinnen, ist die Kenntnis der Beweggründe und der Erwartungen potentieller Freiwilligen für die Entwicklung von Strategien zur Aktivierung des Engagements von hoher Bedeutung. Außerdem kann das Wissen über die Motive und die Zufriedenheit der bereits Engagierten helfen, einer Aufgabe des Engagements entgegenzuwirken, indem ihre Wünsche bei der Gestaltung der Tätigkeit berücksichtigt werden.

Die Motivation freiwillig Engagierter in unterschiedlichen Einsatzbereichen wurden national und international wiederholt untersucht (z. B. Cnaan und Goldberg-Glen, 1991; Kim et al., 2010; Wu et al. 2009). Mittlerweile liegen mehrere hinreichend validierte Skalen vor, die eine standardisierte Erhebung der Motivation Freiwilliger erlauben (z. B. Bierhoff et al., 2007; Clary et al., 1998; Oostlander et al., 2014). In Deutschland wird die Engagementbereitschaft der Bevölkerung ab einem Alter von 14 Jahren zudem regelmäßig im Rahmen des Freiwilligensurveys (Simonson et al., 2017) anhand einer repräsentativen Stichprobe telefonisch erhoben.

Was Menschen zu einem freiwilligen Engagement in der ambulanten Pflege motiviert, welche Erwartungen sie an ihre Tätigkeit haben und wie zufrieden sie mit den Rahmenbedingungen ihres Engagements sind, wurde bisher jedoch nicht explizit betrachtet. Insbesondere erfolgte keine spezielle Betrachtung der Freiwilligen, die geschult und in eine nach Landesrecht anerkannte Organisation eingebunden sind und daher Leistungen im Rahmen des Entlastungsbetrags nach § 45 b SGB XI erbringen können. Genau diese Freiwilligen werden jedoch bei einem weiteren Ausbau der ambulanten Pflege und zur Unterstützung der Pflegepersonen vermehrt benötigt, da seit dem Jahr 2015 Betreuungs- und Entlastungsleistungen für alle PB abrufbar sind, und nicht nur für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

7.2.3.1 *Quantitative Befragungen*

Zur Untersuchung des freiwilligen Engagements in der ambulanten Pflege und des Engagementpotentials in der deutschen Bevölkerung (F7 bis F10) wurden insgesamt drei quantitative schriftliche Befragungen im Zeitraum von 2015 bis 2017 in Deutschland durchgeführt. Befragt wurden freiwillig Engagierte in der ambulanten Pflege und bisher nicht engagierte Personen ab 18 Jahren. Die Befragungen erfolgten mithilfe von drei selbst konstruierten Fragebögen. Die Datenerhebung wurde in allen drei Studien unter Mithilfe von Studierenden verschiedener Forschungsseminare durchgeführt.

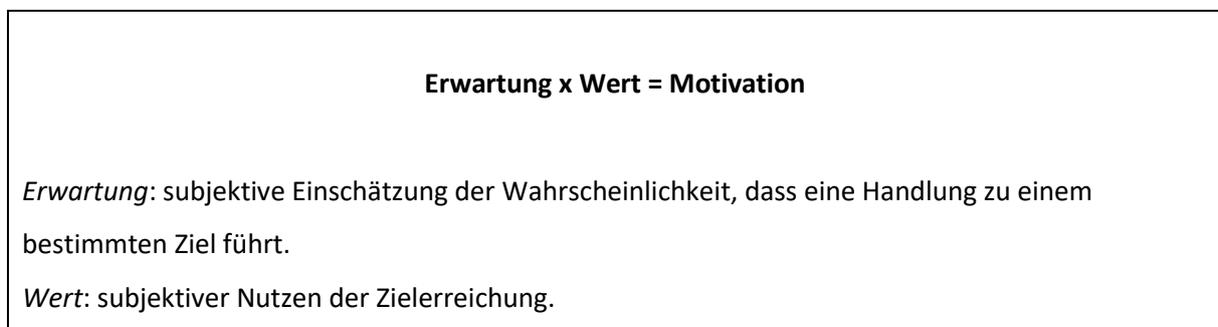
7.2.3.2 *Theorie*

Die theoretische Basis der quantitativen Untersuchungen bilden die Grundannahme der Erwartungsmal-Wert Theorie und die Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of planned behavior) von Ajzen

(1985, 1988, 1991). Nach der Erwartung-mal-Wert Theorie entscheiden die Erwartung eines Individuums in Bezug darauf, dass eine Handlung zu einem bestimmten Ergebnis führt und die individuelle Wichtigkeit oder der Nutzen dieses Ergebnisses über die Motivation zu handeln. Zunächst gilt daher: Ist ein Individuum überzeugt, dass freiwilliges Engagement zu sozialer Anerkennung führt und ist einem Individuum soziale Anerkennung persönlich wichtig, wird es motiviert sein, sich freiwillig zu engagieren. Die Stärke der Motivation ergibt sich dabei aus dem Produkt der Attraktivität einer Alternative (Wert) und der Wahrscheinlichkeit, mit der das Individuum davon ausgeht, ein Ziel oder ein Ergebnis erreichen zu können (Erwartung) (Abbildung 19).

Das Grundmodell der Erwartung-mal-Wert Theorie erklärt jedoch zunächst nur die Motivation zu einem bestimmten Verhalten wie freiwilligem Engagement und noch nicht das tatsächliche Handeln einer Person. So kann eine Person beispielsweise trotz hoher Motivation daran gehindert werden, sich freiwillig zu engagieren, wenn externe Gründe dem entgegenstehen. Externe Gründe liegen außerhalb der Kontrolle des Individuums und verhindern, dass die Motivation in konkretes Verhalten umgesetzt wird. Solche externen Gründe lägen vor, wenn eine freiwillig engagierte Person ihre Klienten aufgrund fehlender ÖPNV-Verbindung im ländlichen Raum nicht aufsuchen kann oder keine freien Plätze in den für das Engagement notwendigen Schulungen zur Verfügung stünden. In derartigen Fällen folgt auf hohe Motivation nicht das angestrebte Verhalten.

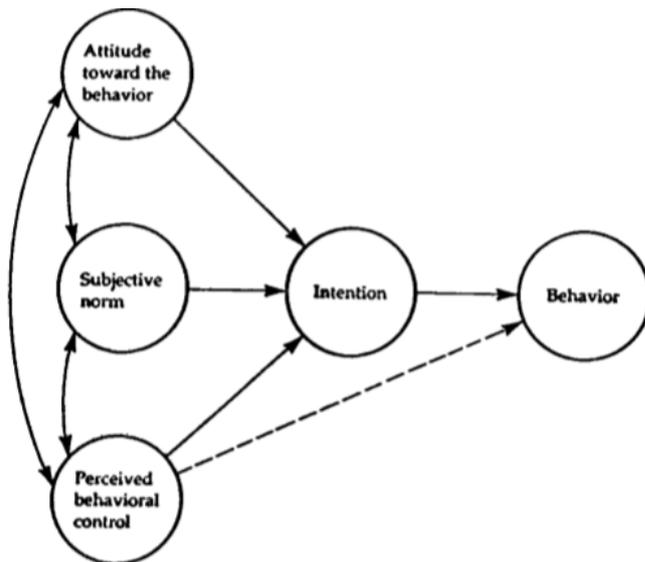
Abbildung 19: Grundannahme der Erwartung-mal-Wert Theorie.



Quelle: eigene Darstellung.

Die Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1985, 1988, 1991) sagt nicht nur die Motivation einer Person, sondern auch ihr tatsächliche Verhalten voraus. Dabei wird die Handlung einer Person durch mehrere Determinanten erklärt. Wesentlich ist dabei, dass der *Handlung* eine bewusste Verhaltensintention vorausgeht. Die Stärke der *Verhaltensintention* ergibt sich aus der *Einstellung zu einem Verhalten*, der *subjektiven Norm* und der *wahrgenommenen Verhaltenskontrolle* (Abbildung 20).

Abbildung 20: Theorie des geplanten Verhaltens.



Quelle: Ajzen, 1991, S. 182.

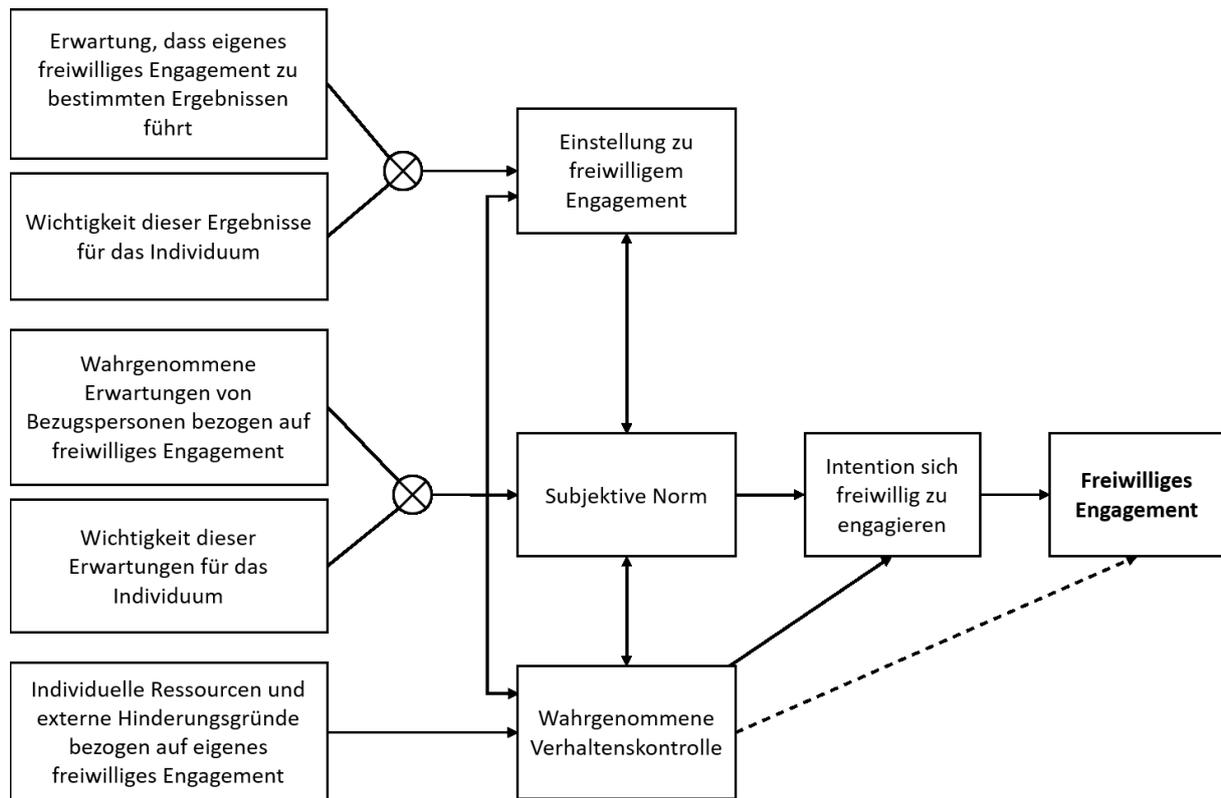
Die *Einstellung zu einem bestimmten Verhalten* bezieht sich auf die (affektive) Bewertung des Verhaltens durch das Individuum. Die wahrgenommene *subjektive Norm* beschreibt die antizipierten Verhaltenserwartungen von für das Individuum wichtigen Bezugspersonen oder -gruppen. Die *wahrgenommene Verhaltenskontrolle* zielt auf die internen Ressourcen einer Person (z. B. Fähigkeiten, Zeit, Geld) und externe Hinderungsgründe (z. B. fehlende Schulungsplätze oder Nachfrage) ab.

Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle kann sich hindernd oder fördernd auf die Verhaltensintention und die Realisierung des Verhaltens auswirken. Dabei werden kurzfristige und dauerhaft bestehende verhaltenskontrollierende Größen berücksichtigt (Graf, 2007). Die kurzfristige Verhaltenskontrolle kann beispielsweise der Ausführung eines Verhaltens trotz starker Intention entgegenstehen, wenn aufgrund von Eisglätte das Aufsuchen eines PB für die freiwillig Engagierten nicht möglich ist. Mithilfe der Theorie des geplanten Verhaltens können somit Verhaltensweisen untersucht werden, die nicht nur motivationalen Faktoren beruhen, sondern auch Handlungen, deren Realisierung von internen und externen Einflüssen abhängt (Jonas und Doll, 1996). Entsprechend kann die Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1985, 1988, 1991) auch erklären, warum in bestimmten Fällen trotz starker Verhaltensintention das angestrebte Verhalten nicht gezeigt wird.

Zu beachten ist, dass die Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1985, 1988, 1991) sich nur auf Handlungen bezieht, die einer bewusste Verhaltensintention folgen und nicht auf spontanes oder automatisiertes Verhalten. Somit setzt die Theorie des geplanten Verhaltens einen hohen Einfluss kontrollierter kognitiver Prozesse auf das Handeln einer Person voraus.

Grundsätzlich kann die Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1985, 1988, 1991) auch als Erwartung-mal-Wert Modell verstanden werden. Dabei ergibt sich die *Einstellung zu einem Verhalten* aus dem antizipierten Ergebnis einer Handlung (z. B. besserer Karriereaussichten) und der subjektiven Wichtigkeit dieses Ergebnisses (z. B. Stellenwert beruflicher Karriere) für das Individuum. Die *subjektive Norm* resultiert aus der Überzeugung, mit dem Verhalten den Erwartungen wichtiger Bezugspersonen entsprechen zu können und der subjektiven Bedeutung, die eine Person dem Nachkommen dieser Verhaltenserwartungen beimisst. Die *wahrgenommene Verhaltenskontrolle* (z. B. Zeit und Fähigkeiten) beeinflusst schließlich die *Einstellung* und die *subjektive Norm* und somit indirekt die Stärke der *Verhaltensintention* bzw. der Motivation. Darüber hinaus entscheidet die wahrgenommene Verhaltenskontrolle direkt über die Verhaltensintention und insbesondere die aktuelle Verhaltenskontrolle (z. B. Erreichbarkeit des PB) über die tatsächliche Realisierung der *Handlung* oder des Verhaltens. Das sich ergebene Theoriemodell ist in Abbildung 21 dargestellt, bezogen auf den konkreten Anwendungsfall von freiwilligem Engagement.

Abbildung 21: Theoriemodell zur Erklärung von freiwilligem Engagement, basierend auf der Erwartung-mal-Wert Theorie und der Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1985, 1988, 1991).



Quelle: Eigene Darstellung.

Was motiviert Menschen jedoch konkret dazu, sich freiwillig zu engagieren und dieses Engagement über einen längeren Zeitpunkt hinweg aufrechtzuerhalten? Eine Antwort auf diese Fragen kann die Anwendung etablierter Motivskalen für freiwilliges Engagement liefern. Hierzu gehören der „Volunteer Functions Inventory“ (VFI) von Clary et al. (1998) im englischen Original oder in der deutschen Übersetzung von Oostlander et al. (2014) sowie die Skalen der Einstellungsstruktur ehrenamtlicher Helfer von Bierhoff et al. (2007). Der VFI (Clary et al., 1998) ist ein auf Selbstauskünften der Befragten basierendes Messinstrument, welches auf einem funktionalen Ansatz beruht. Dabei wird angenommen, dass freiwilliges Engagement nicht nur eine, sondern mehrere Funktionen gleichzeitig erfüllen kann, wobei die Wichtigkeit dieser Funktionen individuell unterscheidet.

Insgesamt identifizieren Clary et al. (1998) sechs Funktionen, denen freiwilliges Engagement dient. Dies sind die Erfahrungsfunktion / in englischsprachigen Original *Understanding*, die Karrierefunktion / *Career*, die Schutzfunktion / *Protection*, die Selbstwertfunktion / *Enhancement*, die Soziale Anpassungsfunktion / *Social* und die Wertefunktion / *Values*. Die individuelle Wichtigkeit dieser sechs Funktionen wird mithilfe von 30 Items erhoben (fünf pro Funktionen) und mit einer siebenstufigen endpunktbenannten Skala von 1 = „not at all important / accurate“ bis 7 = „extremely important / accurate“ gemessen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Volunteer Functions Inventory im englischen Original (Clary et al., 1998) und in deutscher Übersetzung (Oostlander et al., 2014).

Funktion	Bedeutung	Instruction (englisch): <i>“Please indicate how important or accurate each of the following possible reasons for volunteering is for you.”</i>	Instruktion (deutsch): <i>„Wie wichtig sind für Sie die nachfolgenden Beweggründe, sich freiwillig zu engagieren?“</i>
		Itemnummern und Items	Itemnummern und Items
Erfahrung / Understanding	Möglichkeit, sich selbst besser kennenzulernen und neue Erfahrungen zu machen sowie individuelles Wissen und Fähigkeiten durch das Engagement zu erweitern.	12. I can learn more about the cause for which I am working. 14. Volunteering allows me to gain a new perspective on things. 18. Volunteering lets me learn things through direct, hands on experience. 25. I can learn how to deal with a variety of people. 30. I can explore my own strengths.	12. Ich kann mehr über die Sache lernen, für die ich mich als Freiwilliger einsetze. 14. Die Freiwilligentätigkeit erlaubt es mir, eine neue Sichtweise auf Dinge zu gewinnen. 18. Die Freiwilligentätigkeit ermöglicht mir, Dinge durch praktische Erfahrung zu lernen. 25. Ich kann lernen, mit den verschiedensten Menschen umzugehen. 30 Ich kann meine Stärken kennenlernen.
Karriere / Career	Möglichkeit, die Karrierechancen zu erhöhen, indem potentielle berufs- und karrierebezogenen Fertigkeiten verbessert, der Lebenslauf aufgewertet und neue	1. Volunteering can help me to get my foot in the door at a place where I would like to work. 10. I can make new contacts that might help my business or career. 15. Volunteering allows me to explore different career options. 21. Volunteering will help me to succeed in my chosen profession.	1. Die Freiwilligentätigkeit kann mir helfen, in dem Feld, in dem ich beruflich arbeiten möchte, einen Fuß in die Tür zu bekommen. 10. Ich kann neue Kontakte knüpfen, die für meinen Beruf oder meine Karriere von Vorteil sein könnten. 15. Durch meine Freiwilligentätigkeit kann ich verschiedene berufliche Möglichkeiten ausprobieren. 21. Die Freiwilligentätigkeit kann mir helfen, in meinem Beruf erfolgreich zu sein.

	Arbeitskontakte geknüpft werden.	28. Volunteering experience will look good on my resume.	28. Erfahrungen in der Freiwilligentätigkeit machen sich gut in meinem Lebenslauf.
Schutz / Protection	Möglichkeit, sich selbst vor negativen Selbstzuschreibungen und Schuldgefühlen zu schützen sowie eigene Probleme zu lösen.	7. No matter how bad I've been feeling, volunteering helps me to forget about it. 9. By volunteering I feel less lonely. 11. Doing volunteer work relieves me of some of the guilt over being more fortunate than others 20. Volunteering helps me work through by own personal problems. 24. Volunteering is a good escape from my own troubles.	7. Die Freiwilligentätigkeit hilft mir, meine Sorgen zu vergessen, egal wie schlecht es mir geht. 9. Durch meine Freiwilligentätigkeit fühle ich mich weniger einsam. 11. Die Freiwilligentätigkeit nimmt mir etwas vom „Schuldgefühl“, besser dran zu sein als andere. 20. Die Freiwilligentätigkeit hilft mir dabei, eigene Probleme zu bewältigen. 24. Die Freiwilligentätigkeit lenkt mich von meinen Sorgen ab.
Selbstwert / Enhancement	Möglichkeit, das Selbstwertgefühl zu erhöhen.	5. Volunteering makes me feel important. 13. Volunteering increases my self-esteem. 26. Volunteering makes me feel needed. 27. Volunteering makes me feel better about myself. 29. Volunteering is a way to make new friends.	5. Die Freiwilligentätigkeit gibt mir das Gefühl, wichtig zu sein. 13. Die Freiwilligentätigkeit steigert mein Selbstwertgefühl. 26. Die Freiwilligentätigkeit gibt mir das Gefühl, gebraucht zu werden. 27. Durch meine Freiwilligentätigkeit fühle ich mich besser. 29. Durch meine Freiwilligentätigkeit kann ich neue Leute kennenlernen.
Soziale Anpassung / Social	Möglichkeit, soziale Kontakte zu stärken und eine Tätigkeit auszuüben, die von Bezugspersonen positiv bewertet wird.	2. My friends volunteer. 4. People I'm close to want me to volunteer. 6. People I know share an interest in community service.	2. Meine Freunde sind freiwillig tätig. 4. Menschen, die mir nahestehen, möchten, dass ich freiwillig tätig bin. 6. Mein Bekanntenkreis teilt das Interesse an der Freiwilligentätigkeit.

		<p>17. Others with whom I am close place a high value on community service.</p> <p>23. Volunteering is an important activity to the people I know best.</p>	<p>17. Menschen, die mir nahestehen, messen der Freiwilligentätigkeit einen hohen Stellenwert bei.</p> <p>23. Die Freiwilligentätigkeit ist für Menschen aus meinem engsten Bekanntenkreis eine wichtige Tätigkeit.</p>
Werte / Values	<p>Möglichkeit zum Ausdruck der eigenen altruistischen Werthaltung, charakteristisch ist die Sorge um andere.</p>	<p>3. I am concerned about those less fortunate than myself.</p> <p>8. I am genuinely concerned about the particular group I am serving.</p> <p>16. I feel compassion toward people in need.</p> <p>19. I feel it is important to help others.</p> <p>22. I can do something for a cause that is important to me.</p>	<p>3. Ich bin um Menschen besorgt, die schlechter dran sind als ich.</p> <p>8. Ich bin besorgt um die Menschen, für die ich die Freiwilligentätigkeit leiste.</p> <p>16. Ich empfinde Mitgefühl gegenüber bedürftigen Menschen.</p> <p>19. Ich finde es wichtig, anderen zu helfen.</p> <p>22. Ich kann etwas für eine Sache tun, die mir persönlich wichtig ist.</p>

Quelle: eigene Darstellung nach Clary et al. (1998) und Oostlander et al. (2014).

Der VFI (Clary et al., 1998) unterliegt durch seinen multifunktionalen Ansatz nicht der strikten Trennung zwischen altruistischen und egoistischen Beweggründen, sondern erlaubt das parallele Vorliegen unterschiedlicher Motive. Die Entwicklung und Validierung der englischen Version des VFI erfolgt mithilfe einer sozial-karitativen Stichprobe (Clary et al., 1998). Die psychometrischen Eigenschaften des Instruments werden als zufriedenstellend beurteilt. So konnte die Sechs-Faktoren Struktur an unterschiedlichen Stichproben bestätigt werden (Clary et al. 1998; Onkun et al., 1998). Auch im Hinblick auf die zeitliche Stabilität erreicht der VFI zufriedenstellende Werte. Die Reliabilität bzw. Test-Retest-Korrelationen nach einem Monat liegen im Bereich zwischen $r = .64$ und $r = .78$ (Clary et al., 1998). Des Weiteren korreliert keine der VFI-Funktionen nennenswert sozialer Erwünschtheit (Clary et al., 1992).

Der VFI gehört zu mittlerweile zu den am häufigsten verwendeten Motivskalen im Zusammenhang mit der Untersuchung freiwilligen Engagements (z. B. Anshar, 2015; Fletcher und Major, 2004; Kim et al., 2010; Wu et al. 2009). Seit dem Jahr 2014 liegt auch eine deutsche Adaption der Skala vor. Oostlander et al. (2014) haben das Messinstrument übersetzt und an einer Stichprobe von 2.255 sozial-karitativ Engagierten hinsichtlich der internen Konsistenzen der sechs Funktionen, der Faktorenstruktur sowie der Konstruktvalidität überprüft. Außerdem wurde die ursprünglich siebenstufige Skala auf fünf Skalenpunkte verkürzt.

Zunächst konnte die Sechs-Faktoren Struktur auch mit der deutschen Version des VFI bestätigt werden. Auch die internen Konsistenzen der sechs Funktionen und die Konstruktvalidität mit Geschlecht und Alter erreichten Werte, die im Wesentlichen denen des englischen Originals entsprachen. Darüber hinaus führten Oostlander et al. (2014) eine erweiterte Konstruktvalidierung durch, indem sie die sechs Faktoren des VFI in Beziehung zu verwandten motivationalen Konzepten setzten. Hierzu wurde u. a. der Zusammenhang zwischen den Konzepten der Handlungsregulation der Selbstbestimmungstheorie (Self-Determination Theory) von Deci und Ryan (2000) und den sechs Funktionen des VFI ermittelt. Die Handlungsregulation beschreibt die Art kontextspezifischer Motivation. Diese kann intrinsisch sein, wobei eine Handlung aus Freude und Interesse an der Tätigkeit selbst erfolgt. Eine Handlung kann aber auch extrinsisch motiviert sein. Extrinsische Motivation kann nach Deci und Ryan (2010) nach dem Grad der Internalisierung, d. h. der Verinnerlichung von ursprünglich rein external motivierten Handlungen weiter differenziert werden. Hier ist zwischen der „externale Regulation“ und „introjizierten Regulation“ zu unterscheiden. Die „externale Regulation“ weist den geringsten Grad an Internalisierung auf und bezieht sich auf Handlungen, die durchgeführt werden, um eine Belohnung zu erhalten oder um eine Bestrafung zu umgehen. Die „introjizierte Regulation“ begründet dagegen Handlungen, welche aus einem inneren Druck erfolgen, um z. B. Schuldgefühle zu vermeiden oder das Selbstwertgefühl zu erhöhen. Eine weitere Form der Motivation, die „identifizierte Regulation“ weist

hingegen ein hohes Maß an Internalisierung auf: Eine Tätigkeit ist der Person persönlich wichtig und erscheint ihr wertvoll. Diese hohe persönliche Bedeutung ist das Ergebnis der Identifizierung mit den Werten und Zielen der Tätigkeit wie freiwilliges Engagement (Deci und Ryan, 2000).

Oostlander et al. (2014) zufolge stehen bei der Erfahrungsfunktion das Interesse an der Tätigkeit selbst und die damit verbundenen persönlichen Weiterentwicklung im Vordergrund. Daher sollte die Erfahrungsfunktion substantiell ($r > .30$) mit intrinsischer Motivation korrelieren, aber deutlich weniger mit der introjizierten und externalen Regulation. Für die Wertefunktion ist hingegen die Identifizierung mit den Werten und Zielen des freiwilligen Engagements grundlegend. Somit müsste sie substantiell und am stärksten mit der mit identifizierter Regulation korrelieren, aber signifikant geringer mit introjizierter und externaler Regulation. Die Schutzfunktion und die Selbstwertfunktion dienen vor allem dem Selbstzweck und der Vermeidung negativer Selbstzuschreibungen. Daher ist anzunehmen, dass sie am stärksten mit introjizierter Regulation zusammenhängen, jedoch nicht mit intrinsischer Motivation oder identifizierter Regulation. Die Karrierefunktion und die soziale Anpassungsfunktion können als rein zweckorientiert aufgefasst werden. Vor diesem Hintergrund sollten sie am stärksten mit der externalen Regulation und vergleichsweise gering mit der intrinsischen Motivation und der identifizierten Regulation korrelieren.

Die Ergebnisse der Analysen zur Konstruktvalidierung mit der Handlungsorientierung fielen überwiegend entsprechend den oben beschriebenen Erwartungen aus. So korreliert die Erfahrungsfunktion substantiell und am stärksten mit intrinsischer Motivation ($r = .44, p < .001$), und am geringsten mit der externalen Regulation ($r = .23, p < .001$). Die Wertefunktion weist die stärksten Zusammenhänge mit der identifizierten Regulation ($r = .39, p < .001$) und den geringsten mit der externalen Regulation auf ($r = .21, p < .001$). Die Karriere- und die soziale Anpassungsfunktion korrelieren substantiell und am deutlichsten mit externaler Regulation ($r_{\text{Karriere}} = .38, r_{\text{soz.Anpass}} = .45, \text{jeweils } p < .001$) (Oostlander, 2014).

Nicht ganz eindeutig sind die Ergebnisse der Schutz- und die Selbstwertfunktion. Die Selbstwertfunktion weist den stärksten Zusammenhang mit introjizierter Regulation auf ($r = .39, p < .001$), jedoch unterscheidet sich die Korrelation der Selbstwertfunktion mit externaler Regulation nicht signifikant ($r = .37, p < .001; z = 0.61, p_z = .54$). Ebenso zeigte die Schutzfunktion zusätzlich zu der erwarteten Korrelation mit der introjizierten Regulation ($r = .34, p < .001$) einen vergleichbaren Zusammenhang mit externaler Regulation ($r = .39, p < .001; z = 1.68, p_z = .66$) (Oostlander et al., 2014). Insgesamt kann jedoch die Konstruktvalidierung der sechs Funktionen des VFI (Clary et al., 1998) in der deutschen Übersetzung (Oostlander et al., 2014) mit dem Konzept der Handlungsregulation der Selbstbestimmungstheorie (Deci und Ryan, 2000) als zufriedenstellend bezeichnet werden.

Ein weiteres Motiv für freiwilliges Engagement neben den sechs Funktionen des VFI ist das der „Politischen Verantwortung“. Gemeint ist, das Bestreben einer Person durch ihr Engagement auf politische Missstände hinzuweisen oder gesellschaftliche Veränderungen herbeizuführen. Dieses Motiv ist Bestandteil der Skalen der Einstellungsstruktur ehrenamtlicher Helfer von Bierhoff et al. (2007). Der VFI wurde für die durchgeführten Untersuchungen der Jahre 2016 und 2017 um dieses Motiv ergänzt. Die entsprechenden Items lauten (Bierhoff et al., 2007):

1. Verlangen, auf gesellschaftliche Missstände aufmerksam zu machen.
2. Hoffnung, politische Veränderungen herbeizuführen.
3. Bedürfnis, gesellschaftliche Veränderungen zu bewirken.

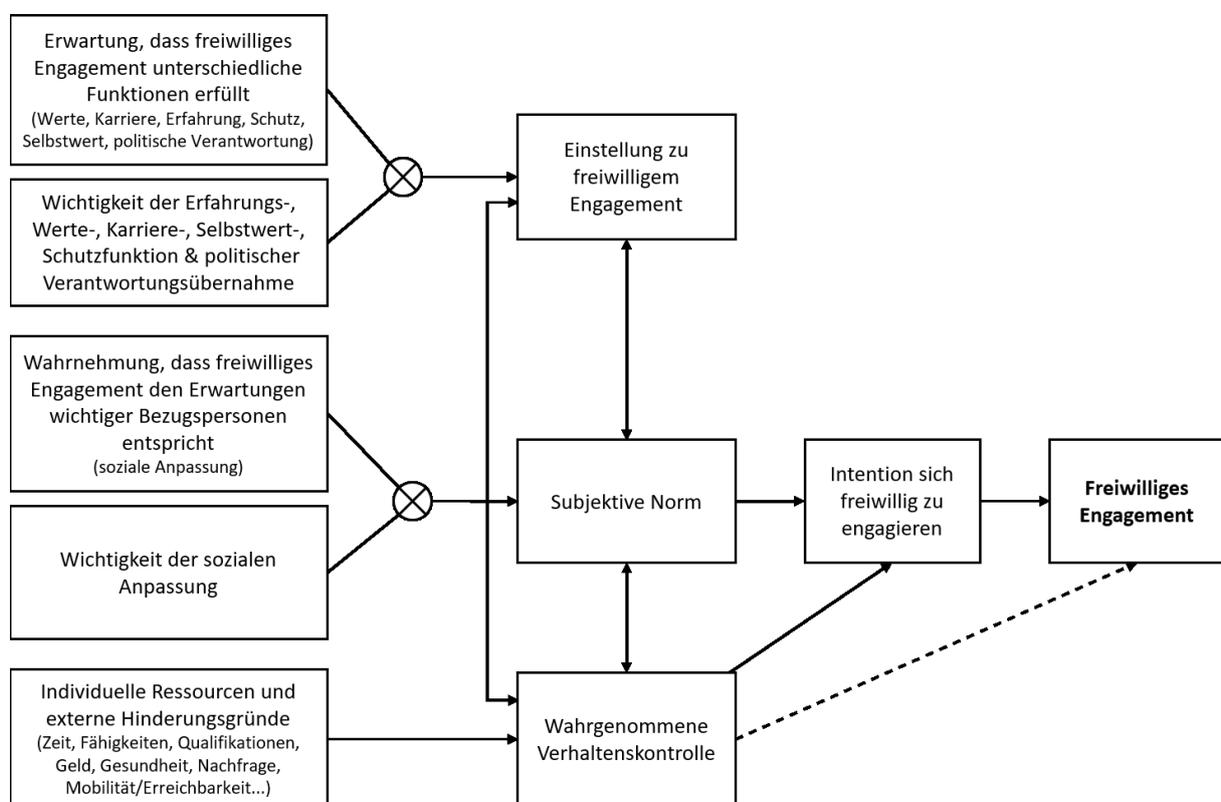
Die ursprünglich neunstufige Skala von 1 = absolut unbedeutend bis 9 = absolut bedeutend wurde für die eigenen Untersuchungen zur besseren Handhabbarkeit durch die Befragten an das fünfstufige Format der deutschen Version des VFI angepasst.

Zusätzlich wurde in die Untersuchung des Jahres 2017 das selbst formulierte Item „Eine Freiwilligentätigkeit ist für mich ein Weg, einen Beitrag zum Gemeinwohl zu leisten.“ aufgenommen. Hierdurch sollte der Empfehlung von Hochstetler (2014) nachgekommen werden, der basierend auf qualitativen Interviews mit Freiwilligen und Fokusgruppendifkussionen mit Experten aus Wissenschaft und Praxis anregt, den VFI um die Funktion „Civic responsibility“ zu erweitern, um den Erklärungswert der Skala zu erhöhen. „Civic responsibility“ wird in Anlehnung an Law et al. (2011) als das Verlangen verstanden, die Gesellschaft durch eigenes aktives Handeln zu verbessern. Inhaltlich erinnert diese Definition an das Motiv der politischen Verantwortung von Bierhoff et al. (2007). Durch die Ergänzung um das oben genannte selbstformulierte Item sollte der Aspekt der gesellschaftlichen Verantwortungsübernahme durch die freiwillige Tätigkeit jedoch noch stärker betont werden.

Als theoretische Basis ergibt sich aus der Integration des VFI und des Motivs der politischen Verantwortung bzw. der „Civic responsibility“ in die Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, (1985, 1988, 1991) das folgende Theoriemodell in Abbildung 22. Danach resultiert die *Einstellung zu freiwilligem Engagement* aus der individuellen Wichtigkeit der Wert-, Erfahrungs-, Karriere-, Selbstwert- und Schutzfunktion (Clary et al, 1998), dem selbstformulierten Item zur „Civic responsibility“ sowie dem Motiv der politischen Verantwortung nach Bierhoff et al. (2007), multipliziert mit der Erwartung, dass ein freiwilliges Engagement in der ambulanten Pflege diese Funktionen wirklich erfüllen kann. Die *subjektive Norm* ergibt sich aus der individuellen Bedeutung der sozialen Anpassungsfunktion, multipliziert mit der Überzeugung, dass freiwilliges Engagement tatsächlich diesem Zweck dient. Die *wahrgenommene Verhaltenskontrolle* ist dagegen durch die individuellen Ressourcen einer Person und externe Restriktionen bestimmt. Hierzu gehören Zeit, aber

auch Fähigkeiten und Qualifikationen einer Person sowie die Nachfrage nach Freiwilligen und die Erreichbarkeit der PB in ländlichen Regionen mit dem ÖPNV. Die drei Komponenten bestimmen schließlich über die Stärke der Intention einer Person, sich freiwillig in der ambulanten Pflege zu engagieren. Ob die *Intention* tatsächlich zu dem angestrebten *Verhalten* führt, d. h., ob sich eine Person tatsächlich freiwillig engagiert, hängt wiederum von der *wahrgenommene Verhaltenskontrolle* ab, und hier erneut von externen Größen wie Nachfrage oder Mobilität und internen Größen wie den Fähigkeiten und der zeitlichen Ressourcen einer Personen.

Abbildung 22: Integration der Motive nach Clary et al. (1998) und des Motives der politischen Verantwortung nach Bierhoff et al. (2007) in die Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1985, 1988, 1991) zur Erklärung von freiwilligem Engagement.



Quelle: Eigene Darstellung.

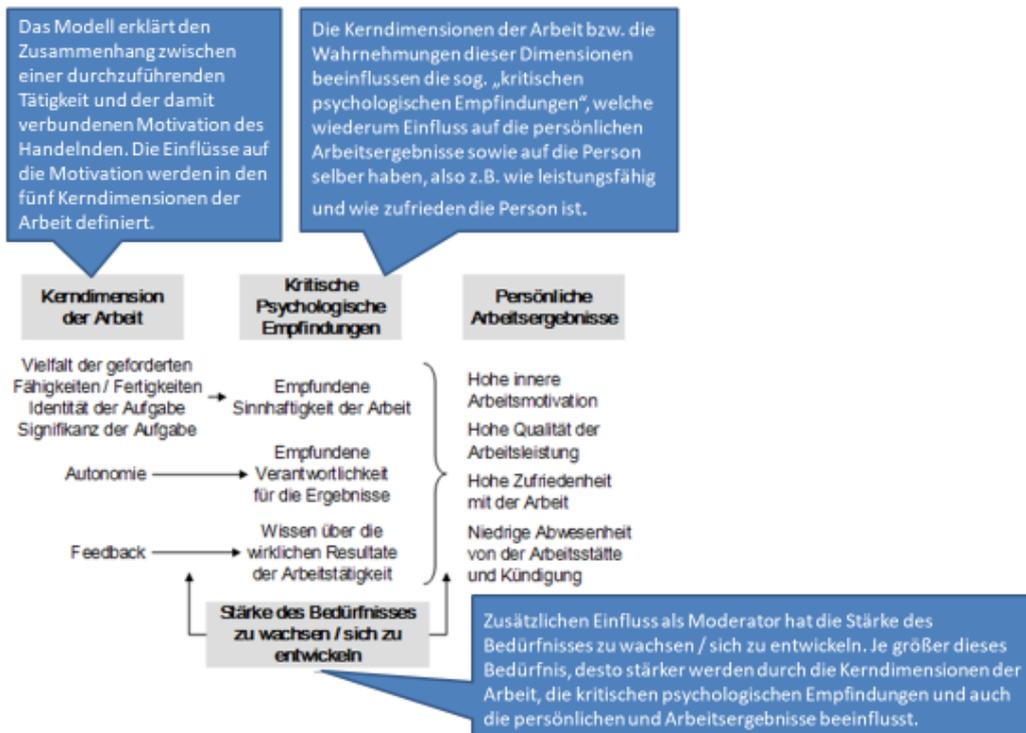
In allen quantitativen Untersuchungen wird zudem die Arbeitsmotivationsforschung von Hackman und Oldham (1976) und Herzberg et al. (1959) mit den Skalen zur Messung der Motive für freiwilliges Engagement verbunden. Ziel ist die Formulierung von Strategien zur Gewinnung neuer Freiwilliger und zum Erhalt der Motivation und Zufriedenheit bereits Engagierter, indem Zusammenhänge zwischen der Motivation, sich freiwillig zu engagieren und den Erwartungen an die konkrete Ausgestaltung der freiwilligen Tätigkeit analysiert werden. Von besonderem Interesse ist dabei die Frage, ob eine bestimmte Motivlage mit spezifischen Erwartungen in Bezug auf die Charakteristika der freiwilligen Tätigkeit einhergeht. Wäre dies der Fall, könnten die Erkenntnisse von Freiwilligenorganisationen

genutzt werden, um die Passung zwischen freiwillig Engagierten und freiwilliger Tätigkeit zu erhöhen und auf diese Weise die Motivation und Zufriedenheit der Engagierten zu fördern. Darüber hinaus erlaubt die Kenntnis der Motive und Erwartungen potentieller neuer Freiwilliger, Werbemaßnahmen und Aktivierungsstrategien zur Erhöhung des Engagements in der ambulanten Pflege passgenau zu formulieren und dadurch ihre Wirksamkeit zu erhöhen (Clary et al., 1994).

Das Job Characteristics Model von Hackman und Oldham (1976) postuliert, dass bestimmte Merkmale einer Tätigkeit Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit und die Arbeitsergebnisse einer Person haben. Für das Motivationspotential einer Aufgabe sind fünf Kerndimensionen der Arbeit relevant sowie das Bedürfnis einer Person zu wachsen und sich weiterzuentwickeln. Zu den fünf Kerndimensionen gehören die Vielfalt einer Aufgabe und der geforderten Fertigkeiten und Fähigkeiten bei ihrer Erledigung, die Signifikanz und damit die Wichtigkeit der Aufgabe für andere und die Identität der Aufgabe, d. h. inwieweit eine Aufgabe vollständig und nicht nur in Teilen bearbeitet wird. Bedeutend ist außerdem der Grad der Autonomie bei der Aufgabenerledigung, d. h. inwieweit eine Person selbst darüber entscheiden kann, wie die Aufgabenerledigung erfolgt und das Feedback, das eine Person hinsichtlich der Arbeitsergebnisse aus der Aufgabe erhält.

Die jeweilige Ausgestaltung einer Tätigkeit im Hinblick auf diese fünf Kerndimensionen löst bei der handelnden Person bestimmte kritische psychologische Empfindungen aus. Die Vielfalt einer Tätigkeit sowie die Signifikanz und Identität der Aufgabe beeinflussen die empfundene Sinnhaftigkeit einer Tätigkeit. Der Grad der Autonomie ist bedeutsam für die empfundene Verantwortung für die Arbeitsergebnisse. Das Ausmaß, in dem eine Person ein Feedback aus der Aufgabe selbst über die Arbeitsleistung erhält, erhöht das Wissen über die tatsächlichen Ergebnisse der Tätigkeit. Diese kritischen psychologischen Empfindungen beeinflussen schließlich die persönlichen Arbeitsergebnisse und können zu hoher intrinsischer Motivation, hoher Arbeitsleistung und -zufriedenheit sowie niedrigen Fehlzeiten und geringer Fluktuationsneigung führen. Je mehr eine Person bestrebt ist, sich weiterzuentwickeln bzw. je stärker ihr Wachstumsbedürfnis ausgeprägt ist, umso stärker ist der Zusammenhang zwischen Kerndimensionen der Arbeit, den kritischen psychologischen Empfindungen und den persönlichen Arbeitsergebnissen (Abbildung 23).

Abbildung 23: Job Characteristics Model der Arbeitsmotivation nach Hackman und Oldham (1976).



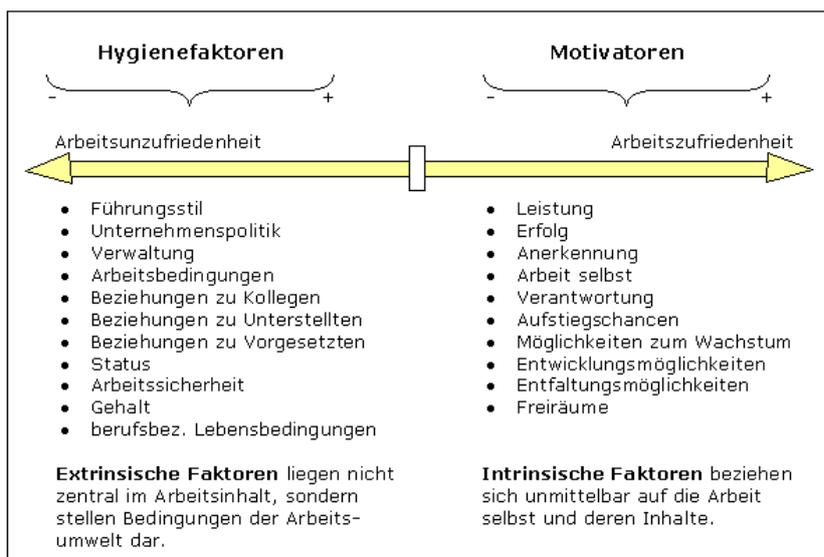
Quelle: Zitiert nach Weinert (1989) mit eigenen Ergänzungen.

Hackman und Oldham (1976) berücksichtigen in ihrer Theorie der Arbeitsmotivation jedoch nur die Merkmale der Tätigkeit selbst und damit Faktoren, welche intrinsisch motivierend wirken können. Unberücksichtigt bleiben Größen, die die Rahmenbedingung einer Tätigkeit betreffen, wie das Gehalt oder die Beziehung zu Kollegen oder Vorgesetzten. Diese Größen können zusätzlich extrinsisch motivierend wirken und sollten daher auch bei der Befragung (potentieller) Freiwilliger berücksichtigt werden. Angesichts der Diskussion um die Wirkung monetärer Anreize zur Steigerung und Stabilisierung freiwilligen Engagements erschien vor allem die Berücksichtigung einer Aufwandsentschädigung, die die tatsächlichen monetären Ausgaben der Freiwilligen im Zusammenhang mit ihrem Engagement (z. B. für Fahrtkosten, Kleidung) übersteigt, notwendig.

Die Zwei-Faktoren-Theorie der Arbeitszufriedenheit von Herzberg et al. (1967) bezieht sich sowohl auf die Merkmale einer Aufgabe selbst als auch auf die Rahmenbedingungen der Tätigkeit. Die Zwei-Faktoren-Theorie (Herzberg et al., 1967) zählt zu den Bedürfnistheorien, die darauf beruhen, dass Menschen bestimmte Bedürfnisse besitzen, die befriedigt werden müssen. Herzberger et al. (1976) gehen davon aus, dass Menschen zwei Typen von Grundbedürfnissen besitzen die „Hygienebedürfnisse“ und die „Motivationsbedürfnisse“. Außerdem können Arbeitszufriedenheit und Arbeitsunzufriedenheit jeweils durch zwei voneinander unabhängige Merkmalsklassen einer Tätigkeit hervorgerufen werden. So beziehen sich die „Motivatoren“ auf die Tätigkeit oder die Aufgabe selbst

(intrinsische Faktoren). Diese Motivatoren umfassen u. a. Leistung, Erfolg oder Verantwortung. Entsprechen die Motivatoren einer Tätigkeit den Bedürfnissen einer Person, führt dies zur Zufriedenheit, ist dies nicht der Fall, folgt Nicht-Zufriedenheit. Arbeitsunzufriedenheit resultiert dagegen aus den Ausprägungen der Hygienefaktoren, die den Kontext oder die Rahmenbedingung einer Tätigkeit beschreiben (extrinsische Faktoren). Hierzu gehören beispielsweise das Gehalt und die Beziehung zu Kollegen oder Vorgesetzten. Entspricht eine Tätigkeit im Hinblick auf die Hygienefaktoren den Bedürfnissen des Handelnden, folgt Nicht-Unzufriedenheit, entspricht sie diesen nicht, folgt Arbeitsunzufriedenheit (Abbildung 24). Extrinsische und intrinsische Faktoren können somit jeweils nur Arbeitsunzufriedenheit verhindern oder Arbeitszufriedenheit auslösen. Arbeitszufriedenheit und Arbeitsunzufriedenheit werden entsprechend in zwei unabhängigen Dimensionen gemessen. Bei Arbeitszufriedenheit oder Motivation bzw. bei Arbeitsunzufriedenheit handelt es sich also um unidimensionale Konzepte und nicht um die Endpole einer gemeinsamen Skala.

Abbildung 24: Zwei-Faktoren-Theorie der Arbeitszufriedenheit nach Herzberg et al. (1967).



Motivatoren bei der Arbeits- und Aufgabengestaltung

- **Leistung:** klare Ziele, Grad der Zielerreichung rückmelden
- **Anerkennung der eigenen Leistung:** Stellungnahme durch Führungskräfte, Mitarbeitergespräche, Leistungsbeurteilung
- **Arbeit selbst:** Einsatz gemäss Fähigkeiten und Fertigkeiten, weder Über- noch Unterforderung, Ganzheitlichkeit, Information über Sinn und Zweck
- **Verantwortung:** Delegation, Beteiligung, Partizipation
- **Aufstieg:** Karriereplanung
- **Wachstum, Entwicklungschancen:** Handlungsspielraum erweitern, Qualifizierung

Quelle: <https://www.repetico.de/cardset-803724-Personalfuehrung>.

In Bezug auf die Motivation von Freiwilligen wird angenommen, dass die Bedürfnisse und Erwartungen einer Person und die Tatsache, wie gut eine freiwillige Tätigkeit diesen Rechnung trägt, ebenfalls Einfluss auf die Zufriedenheit und Motivation des Engagierten haben. Die Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen der Wichtigkeit bestimmter Funktionen des Engagements und den Bedürfnissen Freiwilliger hinsichtlich der Merkmalen der freiwilligen Tätigkeit können helfen, die Passung zwischen Engagiertem und Engagement zu verbessern, indem den Freiwilligen jeweils

Aufgaben übertragen werden, die sich durch die Eigenschaften auszeichnen, die von Personen mit ihren individuellen Motivationsprofil geschätzt werden.

7.2.3.3 Befragte Personen

In den ersten beiden quantitativen Studien aus den Jahren 2015 und 2016 wurden Personen ab 18 Jahren in Deutschland befragt, die bereits freiwillig in der ambulanten Pflege und Betreuung engagiert sind. Darüber hinaus wurden in die Studie des Jahres 2016 zusätzliche Freiwillige aus dem Umwelt- und Naturschutz einbezogen, welche als Vergleichsgruppe im Hinblick auf die Motivation und die Erwartungen an die Ausgestaltung der Tätigkeit dienten. Engagierte aus dem Umwelt- und Naturschutz wurden als Vergleichsgruppe gewählt, die sich Merkmale ihre Tätigkeit maximal von einem Engagement in der ambulanten Pflege unterscheiden (Zweiter Engagementbericht, 2017). Bestünde ein Zusammenhang zwischen den Eigenschaften des Engagements und der Motivation sich zu engagieren, sollten dieser hier besonders deutlich werden.

Bei dem Engagement aller Befragten handelt es sich um langfristige, geplante Tätigkeiten, die gemeinnützig sind, nicht nur Freunden und Verwandten zugutekommen und zudem in einem organisierten Rahmen stattfinden. Somit waren GelegenheitshelferInnen und Pflegepersonen, die Angehörige oder Bekannte versorgen, von den Befragungen ausgenommen. Dieses Vorgehen sollte gewährleisten, dass gezielt die Gruppe von Freiwilligen befragt wird, die angesichts der Einführung des Entlastungsbetrags nach § 45 b SGB XI für alle PB zukünftig besonders gefragt sein werden. Außerdem deckt sich das hier zugrunde gelegte Verständnis von freiwilligem Engagement mit dem Geltungsbereich der Theorie des geplanten Verhaltens, die Handlungen vorhersagt, die auf einer bewussten Verhaltensintention und anstatt auf spontanen Reaktionen beruhen.

In der dritten Befragung aus dem Jahr 2017 wurden auch Personen befragt, welche bisher nicht freiwillig engagiert sind, um die Engagementbereitschaft in der Bevölkerung und die Erwartungen potentieller Freiwilliger zu erfassen. Auch diese Untersuchung beruht auf dem oben formulierten Verständnis von freiwilligem Engagement.

7.2.3.4 Übersicht über die quantitativen Befragungen

Eine Übersicht über die durchgeführten quantitativen Befragungen bietet Tabelle 5. Die Ergebnisse der durchgeführten Befragungen sind in den Beiträgen V bis VII veröffentlicht.

Tabelle 5: Selbst durchgeführte quantitative Befragungen zum Thema „Freiwilliges Engagement“.

Jahr	Titel	Befragte	Ergebnisse
2015	„Befragung zu Ihrem ehrenamtlichen Engagement“	90 Freiwillige in der ambulanten Pflege in Niedersachsen ab 18 Jahren	Beitrag V: Niens, C., Hoffmeister, F., Marggraf, R. (2016): Sicherstellung pflegerischer Langzeitverordnung - Zur Rolle von Kommunen und Ehrenamt. Gesundheits- und Sozialpolitik 70 (6), 42-50.
2016	„Befragung zu Ihrem ehrenamtlichen Engagement“ [zwei Versionen: Umweltschutz und Pflege]	110 Freiwillige in der ambulanten Pflege und 132 Freiwillige im Umweltschutz ab 18 Jahren	Beitrag VII: Niens, C., Hille, C., Marggraf, R. (2018): Money is Time? – Zur Bedeutung monetärer Anreize für freiwillig Engagierte in der ambulanten Pflege und dem Umweltschutz. Sozialer Fortschritt 67 (2), 113-136.
2017	„Befragung zur Freiwilligentätigkeit in Deutschland“	584 Personen ab 18 Jahren	Beitrag VI: Niens, C.: (2019): Willingness of the German population to volunteer in the areas of nature conservation, home care and public services. Angenommen zur Veröffentlichung am 18.12.2019. Schriften der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften des Landbaues e.V..

Quelle: Eigene Darstellung.

7.3 Ergebnisse: Veröffentlichte Beiträge

Die folgenden veröffentlichten Beiträge fassen die wesentlichen Ergebnisse der theoretischen und empirischen Analysen des transdisziplinären Arbeitsbereichs „Bedarfsgerechtigkeit und Effizienz ambulanter pflegerischer Versorgung im ländlichen Raum“ zusammen. Zur besseren Orientierung wird allen Beiträgen eine kurze inhaltliche Zusammenfassung vorangestellt.

7.3.1 Beitrag I: Bedarfsgerechtigkeit und Effizienz ambulanter Pflege durch Einbindung freiwillig Engagierter

Niens, C., Marggraf, R., Hoffmeister, F. (2015): Ambulante Pflege im ländlichen Raum - Überlegungen zur effizienten Sicherstellung von Bedarfsgerechtigkeit. Diskussionsbeiträge des DARE, Nr. 1513.

In diesem Beitrag werden die grundlegenden Konzepte der nachfolgenden theoretischen und empirischen Analysen der Autorin dargestellt. Die hier angestellten Überlegungen stellen damit die

Basis der anschließenden wissenschaftlichen Beiträge dar. Dabei wird u. a. der Frage nachgegangen, wie der Begriff der Bedarfsgerechtigkeit näher ausgestaltet werden kann und welche sozialpsychologischen Modelle und Theorien geeignet sind, die Ausübung einer freiwilligen Tätigkeit in der ambulanten Pflege zu erklären. Außerdem richtet sich der Blick auf die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Dezentralisierung der Pflegeplanung und -beratung sowie den Möglichkeiten zur Steigerung der Effizienz pflegerischer Versorgung durch den Einsatz freiwillig Engagierter aus wohlfahrökonomischer Perspektive.

Aufteilung der Autorenschaft: Kapitel: 1 C. Niens; Kapitel 2: C. Niens, R. Marggraf, F. Hoffmeister; Kapitel 3: C. Niens, R. Marggraf, F. Hoffmeister; Kapitel 4: C. Niens, R. Marggraf, F. Hoffmeister; Kapitel 5: C. Niens, F. Hoffmeister; Kapitel 6: F. Hoffmeister; Kapitel 7: C. Niens; Kapitel 8: C. Niens.



GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT
GÖTTINGEN

Diskussionspapiere

Discussion Papers

Ambulante Pflege im ländlichen Raum – Überlegungen zur effizienten Sicherstellung von Bedarfsgerechtigkeit

**Christine Niens, Rainer Marggraf,
Friederike Hoffmeister**

Nr.: 1513

Department für Agrarökonomie und RURale Entwicklung

Universität Göttingen

D 37073 Göttingen

ISSN 1865-2697

Kontaktadressen:

Dr. sc. agr. Christine Niens

Department für Agrarökonomie und RURale Entwicklung

Abteilung Umwelt- und Ressourcenökonomik

Platz der Göttinger Sieben 5

D-37073 Göttingen

E-Mail: cniens@uni-goettingen.de

Telefon: 0551 – 39 4840

Fax: 0551 – 39 4812

Prof. Dr. Rainer Marggraf

Department für Agrarökonomie und RURale Entwicklung

Abteilung Umwelt- und Ressourcenökonomik

Platz der Göttinger Sieben 5

D-37073 Göttingen

E-Mail: rmarggr@uni-goettingen.de

Telefon: 0551-394829

Fax: 0551-39481

Dipl. jur. Friederike Hoffmeister

Department für Agrarökonomie und RURale Entwicklung

Abteilung Umwelt- und Ressourcenökonomik

Platz der Göttinger Sieben 5

D-37073 Göttingen

E-Mail: fhoffme1@uni-goettingen.de

Telefon: 0551 – 39 4814

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Bedarfsgerechtigkeit als Kriterium für „gute“ pflegerische Versorgung	3
2.1 Begriffsinterpretationen: individuelle Bedarfsgerechtigkeit und Bedarfsgerechtigkeit des Pflegesystems	3
2.2 Objektiver Bedarf	7
2.3 Subjektiver Bedarf.....	19
3. Bedarfsgerechtigkeit in der Region.....	20
4. Entscheidung zur ambulanten pflegerischen Versorgung.....	23
5. Herausforderungen für das aktuelle Pflegesystem.....	27
5.1 Demographischer Wandel	27
5.2 Fachkräftemangel.....	28
5.3 Begrenzte finanzielle Mittel	29
6. Ausgangslage für Reformen.....	30
6.1 Dezentrale Steuerung und Stärkung des Pflegemixes.....	31
6.2 Umsetzbarkeit dezentraler Versorgungskonzepte unter Einbindung Ehrenamtlicher	32
7. Gewinnung und effizienter Einsatz ehrenamtlicher Helfer	33
7.1 Bedürfnisse und Motivation.....	35
7.2 „Erwartung x Wert“ Theorie	36
7.3 Funktionaler Ansatz	38
7.4 Weitere Motive für ehrenamtliches Engagement	40
7.5 Motivation und Verhalten	42
7.6 Nutzen für die Praxis.....	43
8. Anschließende Bemerkung.....	46
9. Literatur	48

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bedarfsgerechtigkeit pflegerischer Versorgung, eigene Darstellung.	22
Abbildung 2: Mangelnde Bedarfsgerechtigkeit pflegerischer Versorgung, eigene Darstellung. ...	26
Abbildung 3: Bedürfnispyramide nach Maslow (1943).....	35
Abbildung 4: Zusammenhang zwischen Motivation und Verhalten, eigene Darstellung.	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Hilfen und Leistungsarten im Sinne der §§ 14 Abs. 3, 4; 28 Abs.1 SGB XI.	8
Tabelle 2: Durchschnittsalter in Deutschland in den Jahren 1990 – 2011.	28
Tabelle 3: „Theorie der gelernten Bedürfnisse“	36
Tabelle 4: „Erwartung x Wert“ Theorie.	37

1. Einleitung

Mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) als selbstständigen Zweig der Sozialversicherung hat der Staat die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit gesetzlich neu gefasst und sich seiner staatlichen Fürsorgeverantwortung verstärkt angenommen. Nunmehr besteht für den Versicherten bei Feststellung seiner Pflegebedürftigkeit ein Anspruch auf Leistungen aus Mitteln der sozialen Pflegeversicherung. Die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit sollte nach der Konzeption des SGB XI auf einem Zusammenwirken vieler gesellschaftlicher Kräfte beruhen, u.a. den freigemeinnützigen, privaten und öffentlichen Trägern von Einrichtungen, den Pflegekassen, den Ländern sowie Angehörigen und ehrenamtlich Tätigen.

Angesichts verschiedener gesellschaftlicher Entwicklungen wie dem demographischen Wandel, aber auch knapper werdender finanzieller Mittel ist es ungewiss, ob die Sicherstellung der Bedarfsgerechtigkeit der pflegerischen Versorgung künftig noch zu gewährleisten ist. Während das Problem angespannter öffentlicher Haushalte auf das gesamte Bundesgebiet gleichermaßen zutrifft, sind strukturschwache ländliche Räume vom demographischen Wandel überdurchschnittlich stark betroffen.

Vor diesem Hintergrund ist für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zum einen ein effizienter Mitteleinsatz unabdingbar. Zum anderen müssen regional angepasste Versorgungskonzepte entwickelt werden, um den spezifischen Herausforderungen im ländlichen Raum begegnen zu können.

Als allgemein anerkannter Lösungsansatz, vor allem im Hinblick auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in strukturschwachen Regionen wird eine dezentrale Steuerung und die Stärkung eines Pflegemixes durch die gezielte Einbindung Ehrenamtlicher empfohlen (Burgi, 2013; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014, S. 458, 502, 539 ff.). Aufgrund regional unterschiedlicher Problemlagen gilt die Kommune dabei als

geeigneter Akteur zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung vor Ort. Zu klären ist in diesem Zusammenhang, welche rechtlichen Handlungsspielräume für die Kommune gegenwärtig bestehen und künftig bestehen sollten, um eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung zu fördern.

Fraglich ist auch, was unter dem Begriff der „Bedarfsgerechtigkeit“ als Kriterium für eine „gute“ pflegerische Versorgung zu verstehen ist. Aus den Ergebnissen verschiedener empirischer Studien lässt sich zunächst ableiten, dass die ambulante pflegerische Versorgung im Vergleich zur vollstationären die bedarfsgerechtere Versorgungsart darstellt (z. B. Kuhlmeier & Schaeffer, 2011). Ist es Ziel eine bedarfsgerechte Versorgung auf dem Land sicherzustellen, muss folglich vor allem die ambulante pflegerische Versorgung gestärkt werden. Welche weitergehenden Anforderungen sich aus dem Kriterium der „Bedarfsgerechtigkeit“ hinsichtlich der Ausgestaltung der Pflege ergeben, ist jedoch noch nicht abschließend geklärt.

Zunächst wird in diesem Beitrag detailliert auf den Begriff der Bedarfsgerechtigkeit eingegangen. Danach werden Determinanten der Entscheidung für ambulante pflegerische Versorgung als „bedarfsgerechtere“ Versorgungsart erläutert. Es folgt eine ausführliche Darstellung der gegenwärtigen und zukünftigen Herausforderungen, denen sich das Pflegesystem gegenüber sieht. Anschließend werden Lösungsansätze für eine nachhaltige Weiterentwicklung aufgezeigt. Ein weiterer Schwerpunkt dieses Beitrags liegt auf der Organisation des Pflegemixes, zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten pflegerischen Versorgung, wobei vor allem die Gewinnung und der effiziente Einsatz Ehrenamtlicher im Mittelpunkt stehen. Hierzu werden Möglichkeiten aufgezeigt, das Kosten-Nutzen-Verhältnis ehrenamtlicher Tätigkeit und somit die Effizienz freiwilligen Engagements zu verbessern.

2. Bedarfsgerechtigkeit als Kriterium für „gute“ pflegerische Versorgung

Die Bedarfsgerechtigkeit als Kriterium für „gute“ pflegerische Versorgung erfordert eine am Bedarf der Nutzerinnen und Nutzer orientierte Ausgestaltung des Pflegesystems. Die Nutzerinnen und Nutzer können bisher zwischen unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsformen wählen. Dabei ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen den Versorgungsarten ambulant und vollstationär (§ 43 SGB XI). Die ambulante Pflege kann durch selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI), durch professionelle Pflegedienste (§ 36 SGB XI) oder durch die Kombination (§ 38 SGB XI) beider Versorgungsformen erfolgen. Die unterschiedlichen Leistungsarten (§ 28 SGB XI) bestimmen abhängig von der Pflegestufe und dem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§§ 15, 123, 45b SGB XI) über den jeweiligen monetären Anspruch gegenüber der sozialen Pflegeversicherung. Die in § 28 SGB XI aufgeführten Leistungsarten enthalten jedoch keine eigene Festlegung, was unter „Bedarfsgerechtigkeit“ pflegerischer Versorgung grundsätzlich zu verstehen ist. Ebenso findet sich auch in den Formulierungen zum Sicherstellungsauftrag in § 69 SGB XI keine abschließende Definition, welche Anforderungen an eine bedarfsgerechte pflegerischer Versorgung zu stellen sind.

2.1 Begriffsinterpretationen: individuelle Bedarfsgerechtigkeit und Bedarfsgerechtigkeit des Pflegesystems

Betrachtet man den Begriff der „Bedarfsgerechtigkeit“, ist zunächst festzustellen, dass es sich um ein normatives Konzept handelt. Das heißt Bedarfsgerechtigkeit gibt an, wie die Versorgung im Idealfall sein sollte. Entsprechend sollte jeder Nutzer des Pflegesystems in qualitativer und quantitativer Hinsicht die Versorgung erhalten, die seinem (möglichst objektiv gemessenen) Bedarf entspricht (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014, S. 31). Damit stellt die Bedarfsgerechtigkeit eine Basis zur Beurteilung einer Unter-, Über oder Fehlversorgung dar bzw. ist eng mit diesen Begrifflichkeiten verknüpft.

Generell muss zwischen verschiedenen Bedarfsarten unterschieden werden. Hier sind der objektive Bedarf, der subjektive Bedarf und die Erreichbarkeit bzw. Verfügbarkeit der Versorgungsleistungen zu nennen. Grundsätzlich kann die pflegerische Versorgung als „bedarfsgerecht“ bezeichnet werden, wenn die auf Expertenmeinung (Mediziner, Gerontologen, Pflegewissenschaftler etc.) basierende Vorstellung von Pflegebedarf der Pflegepolitik (= objektiver Pflegebedarf) mit den Vorstellungen der Betroffenen (= subjektiver Pflegebedarf) übereinstimmt und die pflegerischen Versorgungsleistungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht ausreichend für alle Betroffenen zur Verfügung stehen.

Zu unterscheiden sind die individuelle Bedarfsgerechtigkeit pflegerischer Versorgung einzelner Pflegebedürftiger und die Bedarfsgerechtigkeit des Pflegesystems als Ganzes. Dabei gehen Abweichungen zwischen objektivem Bedarf und der individuellen Inanspruchnahme pflegerischer Versorgung nicht zwingend mit mangelnder Bedarfsgerechtigkeit des Pflegesystems einher. Sofern die Nicht-Inanspruchnahme pflegerischer Versorgungsleistungen durch individuelle Faktoren wie Risikoneigung des Pflegebedürftigen, Gewichtung der Zukunftspräferenzen, Renten- oder Lohnpolitik verursacht wird, bleibt die generelle Bedarfsgerechtigkeit des Pflegesystems hiervon unberührt, da es sich hierbei um pflegesystemexterne Größen handelt. Die individuelle pflegerische Versorgung kann hingegen nicht als bedarfsgerecht bezeichnet werden, wenn eine Fehlversorgung des Pflegebedürftigen vorliegt. Als Fehlversorgung wird jede Versorgung bezeichnet, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht (Fischer et al., 2001, S. 605). Entsprechend liegt eine Fehlversorgung vor,

- wenn eine bedarfsgerechte pflegerische Leistung nicht fachgerecht erbracht worden ist,
 - eine erbrachte pflegerische Leistung nicht der Bedarfslage des Pflegebedürftigen entsprochen hat oder
 - eine indizierte pflegerische Leistung nicht rechtzeitig erbracht werden konnte
- und hieraus jeweils vermeidbare Schäden entstanden sind (Fischer et al., 2001, S. 605).

Ob die Bedarfsgerechtigkeit des Pflegesystems als Ganzes beeinträchtigt ist, wenn eine Fehlversorgung einzelner Pflegebedürftiger vorliegt, hängt davon ab, worauf diese

Fehlversorgung zurückzuführen ist. Grundsätzlich können sich nur pflegesysteminterne Faktoren mindernd auf die Bedarfsgerechtigkeit des Pflegesystems auswirken. Der Einfluss- bzw. Regelungsbereich des Pflegesystems ist durch das SGB XI bestimmt. Der Begriff der Bedarfsgerechtigkeit wird im XI. Sozialgesetzbuch, allerdings nur in § 69 SGB XI verwendet. Danach ist die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung im gegenwärtigen Pflegesystem den Pflegekassen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages überantwortet (Knittel, in: Knickrehm, Krauskopf, Waltermann, § 69 SGB XI Rn. 4). Die Pflegekassen sollen eine bedarfsgerechte Versorgung durch den Abschluss von Versorgungsverträgen und Vergütungsvereinbarungen einerseits mit Pflegeeinrichtungen, andererseits mit einzelnen Pflegekräften gemäß § 69 S. 2 SGB XI sicherstellen (Udsching, in: Spickhoff, Medizinrecht, § 69 SGB XI Rn. 2; Knittel, in: Knickrehm, Krauskopf, Waltermann, § 69 SGB XI Rn. 4). Das Betreiben von Eigeneinrichtungen durch die Pflegekassen wird durch den Wortlaut der Regelung grundsätzlich ausgeschlossen (Udsching, in: Spickhoff, Medizinrecht, § 69 SGB XI Rn. 2). Der gesetzlich vorgesehenen Umsetzung des Sicherstellungsauftrages liegt das Sachleistungsprinzip zu Grunde, welches verlangt, dass dem Anspruchsberechtigten die Leistungen in der Regel „in natura“ gewährt werden. Pflegeeinrichtungen zur ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger sind Pflegedienste nach § 71 Abs. 1 SGB XI, die unter dauerhafter Verantwortung einer Pflegefachkraft Grundpflegeleistungen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen anbieten. Pflegeheime sind voll- oder teilstationäre Pflegeeinrichtungen, in denen unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft pflegebedürftige Personen untergebracht und versorgt werden können und bei denen keine anderen Zwecke wie etwa die medizinische Vorsorge oder Rehabilitation im Vordergrund stehen, § 71 Abs. 2 SGB XI (BeckOK SozR/Wilcken SGB XI § 71 Rn. 1). Demgegenüber muss die Pflegekasse jede Pflegeeinrichtung, die hierfür die Voraussetzungen erfüllt, zulassen. Eine Überversorgung in Bezug auf die Anzahl der Pflegeeinrichtung schließt folglich die Bedarfsgerechtigkeit der pflegerischen Versorgung durch die Pflegekassen nicht aus. Aus rechtlicher Perspektive ist eine bedarfsgerechte Versorgung durch die Pflegekassen bereits mit der Bereitstellung einer Mindestausstattung an Pflegeeinrichtungen bzw. mit dem Abschluss von Versorgungsverträgen mit Pflegefachkräften

erreicht (BeckOK SozR/Wilcken SGB XI § 69 Rn. 2). Der Begriff Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung in § 69 SGB XI beantwortet folglich nur die Frage, wann die Pflegekasse ihren Sicherstellungsauftrag erfüllt hat. Das Konzept der Bedarfsgerechtigkeit im Pflegesystem überschreitet diese Grenze. Jedoch kann in Bezug auf die Bedarfsgerechtigkeit des Pflegesystems und die Fehlversorgung einzelner Pflegebedürftiger vor dem Hintergrund des § 69 SGB XI festgestellt werden, dass ein Pflegesystem nicht bedarfsgerecht ist, wenn vermeidbare (Gesundheits-) Schäden infolge einer Fehlversorgung eingetreten sind, die auf einer Nicht-Erfüllung des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen, d.h. auf Verfügbarkeitsproblemen pflegerischer Leistungen, beruhen.

Nicht beantwortet ist damit jedoch die Frage, inwieweit die Bedarfsgerechtigkeit des Pflegesystems beeinträchtigt ist, wenn eine individuelle Fehlversorgung aus der nicht fachgerechten Erbringung von Pflegeleistungen oder aus einer der Bedarfslage des Pflegebedürftigen nicht angemessenen Versorgung, resultiert. Entsprechend § 112 Abs. 1 SGB XI obliegt die Qualitätsverantwortung, trotz Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen den Trägern der Pflegeeinrichtung. Die Träger der Pflegeeinrichtungen sind gem. § 112 Abs. 1 SGB XI für die Qualität ihrer Leistungen, die Weiterentwicklung der Leistungsqualität und Kontrolle der Leistungen selbst verantwortlich (Knittel, in: Knickrehm, Krauskopf, Waltermann, Soziale Krankenversicherung, § 112 Rn. 3).

Die Qualitätssicherung zum Schutz der Pflegebedürftigen soll mittels eines Drei-Säulen-Modells erreicht werden (BT-Drucks 16/7439, S. 41). Die erste Säule zielt darauf ab, bindende Expertenstandards im Wege einer kooperativen Verfahrensausgestaltung unter Einbeziehung neuer medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse nach §§ 112 Abs. 1, 113a SGB XI zu setzen (BT-Drucks 16/7439, S. 41). Eine verstärkte Anerkennung der internen Qualitätssicherung der Pflegeeinrichtungen bei gleichzeitiger Veröffentlichung der Qualitätsprüfungsergebnisse vom MDK gemäß §§ 114, 115a SGB XI, bildet die zweite Säule der Qualitätssicherung (BT-Drucks 16/7439, S. 41). Die dritte Säule wird aus der externen Qualitätssicherung, die durch die Kontrolle des MDK und sonstiger zugelassener Prüfungsinstitutionen in regelmäßigen

Abständen erfolgt, geformt (BT-Drucks 16/7439, S. 42). Dieses Qualitätssicherungssystem soll eine hohe Qualität der pflegerischen Versorgung für den Einzelnen sichern. Unter der Voraussetzung, dass die genannten Qualitätssicherungsmaßnahmen wirksam und angemessen umgesetzt sind, schließt das SGB XI die Bedarfsgerechtigkeit des bestehenden Pflegesystems nicht aus, wenn individuelle Fehlversorgungen vorliegen, die auf situativen Kontexten wie z. B. vorübergehender Personalknappheit beruhen. Individuell auftretende Fehlversorgungen resultierend aus nicht fachgerechter oder unangemessener Leistungserbringung, die auf nicht-systemimmanenten Faktoren beruhen, berühren somit nicht die Bedarfsgerechtigkeit des Pflegesystems als Ganzes.

2.2 Objektiver Bedarf

Der objektive Bedarf der Grundsicherung eines Pflegebedürftigen umfasst grundsätzlich alle Hilfen und Leistungsarten, die gemäß der §§ 14 Abs. 3 und Abs. 4, 28 Abs. 1 SGB XI von den Pflegekassen (teil-)finanziert werden (Tabelle 1).

Tabelle 1: Hilfen und Leistungsarten im Sinne der §§ 14 Abs. 3 und 4, 28 Abs. 1 SGB XI.

<p>Hilfe bei gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen (§ 14 Abs. 3 und 4 SGB XI)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung, 2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung, 3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung, 4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
<p>Leistungsarten (§ 28 Abs. 1 SGB XI)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pflegesachleistung (§ 36), 2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37), 3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38), 4. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39), 5. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40), 6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41), 7. Kurzzeitpflege (§ 42), 8. vollstationäre Pflege (§ 43), 9. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a),

	<ul style="list-style-type: none"> 10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44) 11. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a), 12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45), 13. zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b), 14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches, 15. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a)
	<ul style="list-style-type: none"> 16. Pflegeberatung (§ 7a) 17. Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen.(§45e) 18. Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 123)

Damit bezieht sich der objektive Bedarf in Bezug der pflegerischen Grundsicherung auf sämtliche Hilfen und Leistungsarten, die aus Sicht Dritter, insbesondere aus Expertensicht, für eine „gute“ pflegerische Versorgung einer Gesellschaft notwendig sind. Diese Hilfen und Leistungsarten werden im Folgenden vereinfacht als „Versorgungsleistungen“ bezeichnet. Voraussetzung dafür, dass Versorgungsleistungen als objektiv bedarfsgerecht eingestuft werden, ist, dass sie die Kriterien der Effektivität und Effizienz hinreichend erfüllen (§ 29 SGB XI). Hierzu muss einerseits die Wirksamkeit der Versorgungsleistung belegt und andererseits ihre Wirtschaftlichkeit geprüft sein (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im

Gesundheitswesen, 2014, S. 31). Entsprechend § 29 Abs. 1 SGB XI dürfen die Leistungen außerdem das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen, welche die Voraussetzungen der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit nicht erfüllen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen, dürfen die Pflegekassen nicht bewilligen und dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung bewirken. Die Pflegekassen sind somit verpflichtet, zu prüfen, welche Leistungen die Pflegeeinrichtungen in welchem Umfang abzurechnen begehren und letztlich zu bewerten, ob diese Versorgung dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht.

Die einzelnen Versorgungsleistungen können in unterschiedliche Versorgungsgruppen eingeteilt werden. Die erste Versorgungsgruppe, nachstehend mit „A“ benannt, bildet die Grundpflege (§ 14 Abs. 4 S. 1-3 SGB XI). Die zweite Versorgungsgruppe „B“ stellt die hauswirtschaftliche Versorgung (§ 14 Abs. 4 S. 4 SGB XI) dar. Als dritte Versorgungsgruppe „C“ kommen bei ambulanter Pflege zusätzlich monatliche Leistungsbeträge für Betreuungs- und Entlastungsmaßnahmen (§ 45b SGB XI) und ggf. für verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) (§ 123 SGB XI) hinzu.

Dem Pflegebedürftigen werden Leistungen, die zur Sicherstellung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung beitragen, monatlich und ohne zusätzlichen Antrag zugestanden. Im Fall ambulanter Pflege werden Pflegegeld (§ 37 SGB XI), Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) oder Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) gewährt. Außerdem besteht bei ambulanter Versorgung ein zeitlich begrenzter Anspruch auf Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) oder Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) sowie ein dauerhafter Anspruch auf Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI), um eine angemessene Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sicherzustellen. Bei vollstationärer Pflege gelten die Regelungen des § 43 SGB XI.

Grundsätzlich sind die Leistungen, der Versorgungsgruppen „A“ (Grundpflege) und „B“ (hauswirtschaftliche Versorgung) untereinander substituierbar. Ebenso können finanzielle Mittel, die nicht für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der

ambulanten Pflege aufgewendet werden, für zusätzliche Betreuungsmaßnahmen entsprechend §§ 45b, 124 SGB XI eingesetzt werden, sofern Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind bzw. bis zum Erreichen der gesetzlichen Grenze. Werden bei ambulanter Pflege Leistungen entsprechend §§ 39, 41, 42 SGB XI nicht in Anspruch genommen, kann keine Anrechnung auf andere monatliche ambulante Versorgungsleistungen nach den §§ 36, 37, 38 SGB XI erfolgen. Jedoch kann der Leistungsbetrag für Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 1 S. 2 SGB XI mit den im laufenden Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Abs. 1 S. 3 SGB XI erhöht werden. Ebenso sind beispielsweise nicht genutzte finanzielle Leistungen für Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI), die nur auf gesonderten Antrag gewährt werden, nicht auf andere Bereiche der pflegerischen Versorgung übertragbar.

Der individuelle objektive Bedarf zur Grundsicherung mit Versorgungsleistungen des SGB XI orientiert sich ausschließlich am Schweregrad der Hilfebedürftigkeit und ist unabhängig von z. B. Einkommen, Geschlecht oder Familienstand des Betroffenen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014, S. 31). Der individuelle Hilfebedarf bei Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung wird in Zeiteinheiten gemessen und dient zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit der Stufen I – III (Philipp, in: Knickrehm, Kreikebohm, Waltermann, § 14 SGB XI Rn. 1). Der Hilfebedarf bzw. die Zeit, die für eine angemessene pflegerische Versorgung benötigt wird, wird vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen mithilfe standardisierter Verfahren objektiv festgestellt. Der finanzielle Anspruch gegenüber der Pflegekasse steigt in Abhängigkeit vom notwendigen zeitlichen Hilfebedarf bei Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung. Es kann somit festgestellt werden, dass sich das Pflegesystem in Bezug auf diese Leistungen am objektiven Bedarf seiner Leistungsbezieher orientiert.

Die Voraussetzungen für die Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz und somit eines Hilfebedarfs der Pflegestufe „0“ oder zusätzlicher Leistungen zur häuslichen Betreuung aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenz bei Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit der Stufen I – III werden in § 45a Abs. 2 S. 1 SGB XI aufgeführt. Hierzu zählen u. a.

unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereichs (Weglauftendenz), Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen und in situativen Kontexten inadäquates Verhalten (§ 45a Abs. 2 S. 1 SGB XI). Eine zeitliche Bewertung des Hilfebedarfs in Minuten/Tag durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen wird für die Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nicht vorgenommen (Philipp, in: Knickrehm, Kreikebohm, Waltermann, § 45a SGB XI Rn. 8). Bei vollstationärer Versorgung sind grundsätzlich mit den jeweiligen Zahlungen an das Pflegeheim, alle von der Einrichtung erbrachten Leistungen, einschließlich etwaiger zielgerichteter Maßnahmen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz abgegolten (Philipp, in: Knickrehm, Kreikebohm, Waltermann, § 45a SGB XI Rn. 8).

Der objektive Bedarf der Grundsicherung eines Pflegebedürftigen ist hinsichtlich der Art der Versorgungsleistungen, die durch Pflegekassen (teil-)finanziert werden, abschließend definiert. Dies gilt insbesondere für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (§ 14 Abs. 4 SGB XI). So umfasst der objektive Bedarf der Grundsicherung im Bereich der Körperpflege u. a. das Duschen, das Haare waschen und die Zahnpflege (§ 14 Abs. 4 S. 1 SGB XI). Das Schminken des Gesichts wird dagegen nicht berücksichtigt (BSG, Urteil vom 26. November 1998 – B 3 P 20/97 R –, SozR 3-3300 § 14 Nr. 9, SozR 3-3300 § 15 Nr. 4). Ebenso wird der individuelle zeitliche Hilfebedarf, der für eine angemessene pflegerische Versorgung notwendig ist, mit der Einstufung in eine Pflegestufe durch den medizinischen Dienst objektiv bestimmt und begrenzt. Über die dem Pflegebedürftigen zugestandenen Zeiteinheiten bzw. finanziellen Leistungen der Pflegekasse für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (§ 14 Abs. 4 SGB XI) kann ein Pflegebedürftiger infolge der Substituierbarkeit der Leistungen der Gruppe „A“ und „B“ und ggf. „C“ jedoch relativ frei verfügen.

Dies kann am Beispiel der Körperpflege (§ 14 Abs. 4 S. 1 SGB XI) verdeutlicht werden. So ist zwar festgeschrieben, welche Verrichtungen die Körperpflege umfassen (§ 14 Abs. 4 S. 1 SGB XI), nicht abschließend ist jedoch geregelt, wie oft z. B. das Haare waschen pro Woche erfolgen muss. Zwar wird für die Bemessung der finanziellen Leistungen der Pflegekassen eine bestimmte Häufigkeit der Inanspruchnahme unterstellt, die sich für das oben bereits angeführte Beispiel

der Körperpflege u.a. am aktuellen Hygienestandard bemisst. So wird bei der Kalkulation der finanziellen Leistungen beispielsweise davon ausgegangen, dass das Haare waschen ein- bis zweimal wöchentlich erfolgen sollte (BSG, Urteil vom 31. August 2000, NZS 2001, S. 265 (266), Rn. 21). Eine Verpflichtung, dass das Haare waschen mindestens ein- bis zweimal wöchentlich erfolgen muss, gibt es jedoch nicht. Genügt dem Pflegebedürftigen ein 14-tägiges Haare waschen, kann er dafür bestimmte andere Versorgungsleistungen des § 14 Abs. 4 SGB XI oder der § 124 SGB XI (Übergangsregelung: Häusliche Betreuung) bzw. § 45b SGB XI (zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen) häufiger nutzen. Das bedeutet, bis zum Erreichen der Budgetgrenze besteht Flexibilität für den Pflegebedürftigen im Hinblick auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Versorgungsleistungen entsprechend den §§ 14 Abs. 4, 124, 45b SGB XI. Die Versorgungsleistungen, aus denen der Pflegebedürftige wählen kann, sind hingegen vorgegeben und die verfügbaren Zeiteinheiten durch Einstufung in die Pflegestufe begrenzt. Nur bei objektiv mangelhafter pflegerischer Versorgung haben der Hausarzt oder der Pflegedienst die soziale Pflegeversicherung hiervon in Kenntnis zu setzen (z. B. § 106a SGB XI) damit diese ggf. entsprechende Maßnahmen einleitet.

Um die Festlegungen des SGB XI zum objektiven Bedarf der Grundsicherung eines Pflegebedürftigen pro Monat zusammenzufassen, wird angenommen, dass sich die Versorgungsleistungen der Gruppen A – C, ausgehend von der Einteilung im SGB XI, wie folgt zusammensetzen:

- Gruppe A, Grundpflege, § 14 Abs. 4 S. 1-3 SGB XI: 1 - l Versorgungsleistungen,
- Gruppe B, hauswirtschaftliche Versorgung, § 14 Abs. 4 S. 4 SGB XI: (l + 1) - m Versorgungsleistungen
- Gruppe C zusätzliche Betreuung und Entlastung, § 45b SGB XI; ggf. verbesserte Pflegeleistungen für PEA, § 123 SGB XI: (m + 1) - n Versorgungsleistungen.

Den Kostenansatz, d. h. den Preis pro Zeiteinheit für pflegerische Versorgung, bezeichnen wir mit:

$$p_i, i = 1, \dots, n.$$

Die Zeit, die für die Versorgungsleistung i im Monat eingesetzt wird, ist benannt mit:

$$t_i, i, \dots, n.$$

Das monatliche Budget, das die Pflegekasse für die Versorgungsleistungen A und B einem Pflegebedürftigen zur Verfügung stellt, wird als:

Z^{A+B} bezeichnet.

Für die Versorgungsleistungen der Gruppe C steht ein monatliches Budget von:

Z^C zur Verfügung.

Der Übersichtlichkeit halber verzichten wir bei den Variablen t_i und Z auf eine pflegestufenspezifische Indexierung. Es ergeben sich aufgrund der Substitutions- bzw. Kombinationsmöglichkeiten im Bereich der Versorgungsleistungen A und B sowie C bei ambulanter Pflege ein „enges“ und ein „weites“ Verständnis von individuellem objektivem Bedarf zur Grundsicherung. Ein „enges“ objektives Bedarfsverständnis ist durch die Zeiteinsätze für die gesetzlich festgeschriebenen Versorgungsleistungen A - C definiert, die bei der Berechnung des monatlichen Budgets Z zugrunde gelegt werden.

Der „enge objektive Bedarf“ zur Grundsicherung eines Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen pro Monat entspricht somit einer bestimmten Kombination von Zeiteinsätzen: $t_1^e, t_2^e, \dots, t_n^e$, für Versorgungsleistungen A und B und ggf. C die den Bedingungen:

$$\sum_{i=1}^m p_i t_i^e = Z^{A+B}$$

und

$$\sum_{i=m+1}^n p_i t_i^e = Z^C$$

genügt.

Ein weites Verständnis von objektivem Bedarf wird durch die Zeiteinsätze definiert, die für die gesetzlich festgeschriebenen Versorgungsleistungen A und B und ggf. C vorgegeben sind und die entsprechend der in SGB XI festgelegten Budget- und Substituierbarkeitsgrenzen auf A bis C verteilt werden können.

Der „weite objektive Bedarf“ zur Grundsicherung eines Pflegebedürftigen und seiner

Angehörigen entspricht jeder rechtlich zulässigen Kombination von Zeiteinsätzen: $t_1^w, t_2^w, \dots, t_n^w$

für die Versorgungsleistungen A und B und ggf. C. Dabei gilt:

$$\sum_{i=1}^n p_i t_i^w = Z^{A+B} + Z^C$$

und

$$\sum_{i=m+1}^n p_i t_i^w = Z^C$$

Die Zeiteinheit t_i bezeichnet hier die Zeit, die eine professionelle Pflegekraft für die Erbringung der Versorgungsleistungen der Gruppen A und B benötigt. Wird die Pflege durch Laien

vorgenommen, entspräche der Zeitaufwand $t + \Delta t$. Ohne Einschränkung der Allgemeingültigkeit unserer Ausführungen wird an dieser Stelle zunächst angenommen, dass $\Delta t = 0$ und folglich, dass kein Unterschied im Zeitaufwand zwischen Laien und Fachkräften besteht.

Der Zeiteinsatz t_i^w für die Versorgungsleistungen der Gruppen A: Grundpflege (1 - l) und B: hauswirtschaftliche Versorgung (l + 1 - m) muss für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I und damit der regelmäßigen Leistungsgewährung nach § 15 Abs. 3 SGB XI mindestens 90 Minuten Laienpflegezeit wöchentlich im Tagesdurchschnitt betragen. Hiervon müssen mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege (Gruppe A, Leistungen 1 -l) entfallen. Folglich müssen für die Gültigkeit des weiten Verständnisses von objektivem Bedarf zusätzlich folgende Bedingungen erfüllt sein:

$$\sum_{i=1}^m (t_i^w + \Delta t_i^w) \geq 90 \text{ Minuten wöchentlich im Tagesdurchschnitt, wobei}$$

$$\sum_{i=1}^l (t_i^w + \Delta t_i^w) > 45 \text{ Minuten wöchentlich im Tagesdurchschnitt.}$$

Voraussetzung für die Verschiebung finanzieller Mittel für Leistungen der Gruppen A und B zu Gruppe C bei ambulanter Pflege und damit auch für die Rechtskonformität des weiten Verständnisses von objektivem Bedarf ist, dass Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung des Pflegebedürftigen im Einzelfall gesichert sind (§ 124 Abs. 3 SGB XI). Grundsätzlich ist die Größe einzelner t_i^w , d. h. der Zeiteinsatz für bestimmte Versorgungsleistungen der Gruppen A und B und ggf. C bei ambulanter Versorgung, nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit jedoch variabel und kann im Extremfall für einzelne Versorgungsleistungen auch 0 sein. Dies wäre der Fall, wenn ein Pflegebedürftiger und seine Angehörigen eine Versorgungsleistung in einem Kalendermonat gar nicht in Anspruch nehmen. Im Regelfall werden die Zeiteinsätze t_i^w und t_i^e für die jeweiligen Versorgungsleistungen der Gruppen A und B und ggf. C ungefähr identisch

sein. Darüber hinaus ist damit zu rechnen, dass die durch die soziale Pflegeversicherung finanzierten Zeitkontingente im Rahmen der §§ 36, 37, 38, 43 und ggf. 45b SGB XI vollständig verbraucht werden. Dies gilt insbesondere für die Leistungen der §§ 37, 38, 43 SGB XI. Daraus folgt für das weite Verständnis von objektivem Bedarf zur Grundsicherung, dass:

$$\sum_{i=1}^m t_i^w = \sum_{i=1}^m t_i^e$$

Diese Annahme wird ebenfalls durch die Tatsache gestützt, dass es sich bei der gesetzlichen Pflegeversicherung um ein Teilleistungssystem handelt, das zur Grundsicherung des Pflegebedürftigen dient. Entsprechend sollten die finanziellen Leistungen der Pflegekassen nach SGB XI nicht ausreichen, um den gesamten objektiven Bedarf eines Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen zu decken. Somit wird von politischer Seite unterstellt, dass der objektive Bedarf eines Pflegebedürftigen die Leistungen des SGB XI übersteigt und ein Teil der Versorgung anderweitig finanziert wird. Für die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung ergeben sich hierdurch keine Änderungen. Der gesamte monetäre objektive Bedarf eines Pflegebedürftigen entspricht jedoch nicht nur Z sondern einem Vielfachen von Z. Es gilt:

Gesamter objektiver Bedarf eines Pflegebedürftigen pro Monat = $k \cdot Z$

mit $k > 1$, da unterstellt wird, dass die Leistungen des SGB XI zur Deckung des vollständigen objektiven Bedarfs nicht ausreichen.

Expertenschätzungen kommen zu dem Ergebnis, dass der gesamte monetäre objektive Bedarf eines Pflegebedürftigen in ambulanter Pflege für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung über alle Pflegestufen hinweg ungefähr doppelt so hoch ist wie die Leistungen, die die gesetzliche Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) gewährt (Finanztest, 2015, S.70).

Daraus folgt:

Gesamter objektiver monetärer Bedarf/Monat für Versorgungsleistungen A und B bei ambulanter Pflege durch professionelle Pflegedienste $\approx 2 \cdot Z$

Beispielsweise entspräche der gesamte monetäre objektive Bedarf eines Pflegebedürftigen der Stufe I bei ambulanter Versorgung durch einen professionellen Pflegedienst laut Finanztest (2015, S. 70) für Grundpflege und Hauswirtschaft 1008 Euro pro Monat. Von diesen 1008 Euro werden für einen Pflegebedürftigen der Pflegestufe I Pflegeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 468 Euro pro Monat durch die gesetzliche Pflegeversicherung übernommen. Die übrigen Kosten müssen privat oder durch Zusatzversicherungen getragen werden. Unberücksichtigt bleiben hierbei noch die Kosten, die für Versorgungsleistungen der Gruppe C (Betreuung der Pflegebedürftigen und Entlastung von Angehörigen) anfallen und die über die gesetzlichen Höchstbeträge hinausgehen.

Etwas geringer ist die monetäre Versorgungslücke bei vollstationärer Pflege. Hier beliefen sich die Gesamtkosten pro Monat bei Pflegestufe I laut Finanztest (2015, S. 70) beispielsweise auf 1819 Euro monatlich, wovon 1064 Euro durch die gesetzliche Pflegeversicherung übernommen werden. Ein ähnliches Verhältnis liegt laut Expertenschätzung bei vollstationärer Pflege in den Pflegestufen II und III vor (Finanztest, 2015, S. 70). Es ergibt sich entsprechend ein Multiplikationsfaktor $k \approx 1,75$ für den gesamten monetären objektiven Bedarf bei vollstationärer Pflege:

Gesamter objektiver monetärer Bedarf/Monat bei vollstationärer Pflege $\approx 1,75 \cdot Z$

Zu beachten ist, dass anstelle der Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI im Bereich der vollstationären Pflege die Leistungsansprüche des § 43 Abs. 2 SGB XI für Z eingesetzt werden müssen.

2.3 Subjektiver Bedarf

Der subjektive Bedarf bezieht sich auf Versorgungsleistungen, die aus Sicht des Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen für eine „gute“ pflegerische Versorgung benötigt werden. Dabei muss unterschieden werden zwischen:

- a. der Nachfrage nach Leistungen, die qualitativ (nach Art der Versorgungsleistung) und quantitativ (entsprechend der Zeit-/Budgetgrenzen) dem objektiven Bedarf entsprechen z. B. tägliches Kämmen = **Subjektiver Bedarf I**
- b. der Nachfrage nach Leistungen, die qualitativ (nach Art der Versorgungsleistung) dem objektiven Bedarf entsprechen, aber von denen in quantitativer Hinsicht (Zeit / Budget) „mehr“ gewünscht wird, als objektiv notwendig ist = **Subjektiver Bedarf II a**
- c. der Nachfrage nach Leistungen, die qualitativ (Art der Versorgungsleistung), bisher nicht dem objektiven Bedarf entsprechen z. B. Schminken = **Subjektiver Bedarf II b**

Damit sind subjektiver Bedarf I und II a/b in Abgrenzung zum objektiven Bedarf nicht an die Einschätzung Dritter (z. B. Experten), sondern an die Wünsche bzw. individuellen Präferenzen der Nutzerinnen und Nutzer des Pflegesystems geknüpft. Genau wie der individuelle objektive Bedarf können auch der individuelle subjektive Bedarf I sowie II a/b als die Zeiteinheiten ausgedrückt werden, die für eine aus Sicht des Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen angemessene pflegerische Versorgung und zur Sicherstellung von Grundpflege, hauswirtschaftlicher Versorgung und ggf. Betreuung benötigt werden. Der subjektive Bedarf entspricht somit den gewünschten Zeiteinsätzen für die gewünschten Versorgungsleistungen pro Monat.

Individueller subjektiver Bedarf / Monat = $(t_1^S, t_2^S, \dots, t_n^S, t_{n+1}^S, t_{n+2}^S, \dots)$

wobei:

$t_1^S \dots t_n^S$ = Subjektiver Bedarf I

$t_{n+1}^S \dots t_{n+x}^S$ = Subjektiver Bedarf II a/b

Die Wünsche der Nutzerinnen und Nutzer des Pflegesystems, d. h. der subjektive Bedarf I und II a/b können, z. B. in Abhängigkeit von individuellen Bedürfnissen bei identischem objektivem zeitlichem Hilfebedarf stark divergieren. Dies äußert sich in der Inanspruchnahme bestimmter Leistungen der Pflegeversicherung, wie die Häufigkeit der Nutzung von Hilfen bei der Körperpflege. In vielen Fällen wird der objektive Bedarf dem entsprechen, was Pflegebedürftige und deren Angehörige wünschen. Allerdings kann die Nachfrage nach bestimmten Versorgungsleistungen auch deutlich über dem liegen, was objektiv als notwendig erachtet wird. Folglich bestünde ein subjektiver Bedarf II a. Ebenso können Leistungen als notwendig empfunden werden, die bisher gar nicht durch die Pflegekassen abgedeckt sind (subjektiver Bedarf II b). Zudem können hoher subjektiver Bedarf II a/b in Kombination bei einem Pflegebedürftigen auftreten, wenn eine Person einerseits einen größeren Zeiteinsatz für eine bestimmte Versorgungsleistung wünscht und zusätzlich Leistungen nachfragt, für die kein Zeiteinsatz berücksichtigt wird und entsprechend kein Budget der gesetzlichen Pflegeversicherung zur Verfügung steht.

3. Bedarfsgerechtigkeit in der Region

Wird nun anstelle der individuellen Ebene der monatliche objektive Bedarf an pflegerischer Versorgung zur Sicherstellung von Grundpflege, hauswirtschaftlicher Versorgung und ggf. Betreuungsleistungen in einer Region betrachtet, ergibt sich der monatliche objektive Bedarf aus der Anzahl der g Pflegebedürftigen in der Region und dem für „gute“ Versorgung objektiv notwendigem Zeiteinsatz ($t_i^e = t_i$) der gesetzlich festgeschriebenen Versorgungsleistungen:

Objektiver Bedarf einer Region / Monat = $(g \cdot t_1, g \cdot t_2, \dots, g \cdot t_n)$

Solange empirisch nicht belegt ist, dass ein signifikanter Unterschied zwischen objektivem und subjektivem Bedarf I und II a/b der g Pflegebedürftigen besteht, kann angenommen werden, dass der objektive Bedarf dem durchschnittlichen subjektivem Bedarf I und II a/b in der Region entspricht bzw. die Standardabweichung in einem Toleranzbereich liegt. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014, S. 32) betont, dass geringfügige Abweichungen zwischen objektivem und subjektivem Bedarf durchaus tolerierbar sind. Dies gilt insbesondere, wenn die Nichtinanspruchnahme auf pflegesystemexternen Faktoren beruht, wie im Abschnitt 2.1 erläutert. Schließlich kann niemand zum Konsum pflegerischer Leistungen gezwungen werden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014, S. 32). Deutlich wird dies auch dadurch, dass pflegerische Versorgungsleistungen gemäß § 33 Abs. 1 SGB XI dem Versicherten nur auf Antrag gewährt werden (Philipp, in: Knickrehm, Kreikebohm, Waltermann, § 33 SGB XI Rn. 2). Folglich kann zunächst angenommen werden, dass objektiver Bedarf und durchschnittlicher subjektiver Bedarf der g Pflegebedürftigen in der Region (annähernd) identisch sind. Somit entspricht der objektive Bedarf an Versorgungsleistungen pro Monat der Summe des erforderlichen Zeiteinsatzes für die (gewünschte) pflegerische Versorgung in den Bereichen Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und ggf. Betreuung der g Pflegebedürftigen j in der Region.

$$\text{Bedarf in einer Region / Monat} = \sum_{j=1}^g t_i^{S,j} \approx g \cdot t_i$$

$$i = 1, \dots, h$$

$$j = 1, \dots, g$$

mit: $t_i^{S,j}$ subjektiver Bedarf des Pflegebedürftigen j an der Leistung i

Um von Bedarfsgerechtigkeit pflegerischer Versorgung sprechen zu können, müssen jedoch nicht nur objektiver und subjektiver Bedarf I und II a/b in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen. Ebenso muss die Möglichkeit zur tatsächlichen Nutzung der Leistungen des Pflegesystems berücksichtigt werden. So liegt zweifelsfrei keine bedarfsgerechte pflegerische

Versorgung vor, wenn objektiver und subjektiver Bedarf I identisch sind und kein subjektiver Bedarf II a/b vorliegt, die Inanspruchnahme gerechtfertigter und erwünschter Leistungen aber z. B. aufgrund mangelnder Erreichbarkeit nicht möglich ist. Eine weitere Bedingung für die Erfüllung des Kriteriums der Bedarfsgerechtigkeit ist folglich, dass die Nachfrage nach Versorgungsleistungen des SGB XI (subjektiver Bedarf I) auch gedeckt werden kann. Damit pflegerische Versorgung bedarfsgerecht ist, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Deckungsgleichheit zwischen objektivem und subjektivem Bedarf I,
- Nachfrage nach Leistungen des SGB XI gedeckt und
- kein subjektiver Bedarf II a/b unter den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.

Sind diese Bedingungen auf individueller und gesellschaftlicher Ebene voll erfüllt, sind sowohl das Pflegesystem insgesamt wie auch die pflegerische Versorgung aller Pflegebedürftigen optimal, d. h. bedarfsgerecht (Abbildung 1).



Abbildung 1: Bedarfsgerechtigkeit pflegerischer Versorgung, eigene Darstellung.

Ausgehend von der oben dargestellten Überlegung, dass der monatliche Bedarf in Bezug auf Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und ggf. Betreuung in einer Region dargestellt werden kann, als:

$$\text{Bedarf in einer Region / Monat} = \sum_{j=1}^g t_i^{S,j} \approx g \cdot t_i$$

$$i = 1, \dots, h$$

$$j = 1, \dots, g$$

mit: $t_i^{S,j}$ subjektiver Bedarf des Pflegebedürftigen j an der Leistung i

läge eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung vor, wenn es möglich ist, den ermittelten Bedarf an Pflegezeit einer Region mit dem Angebot an „Zeit für Versorgungsleistungen“ (A_i), welches von Familie, Freunden, Nachbarn, Ehrenamtlichen und professionellen Pflegekräften bereitgestellt wird, zu decken. Somit ergibt sich für die Bedarfsgerechtigkeit der Pflege auf gesellschaftlicher Ebene:

$$\text{Bedarfsgerechtigkeit in einer Region} = (A_1, A_2, \dots, A_n) \geq (g \cdot t_1, g \cdot t_2, \dots, g \cdot t_n)$$

Aus politischer Sicht ist jedoch nur der Bedarf an Pflegezeit relevant, der nicht durch die Familie, Nachbarn und Freunde der g Pflegebedürftigen gedeckt werden kann, sondern durch Dritte (Pflegekräfte, Ehrenamtliche) geleistet werden muss. Die politisch relevante Fragestellung in Bezug auf die Bedarfsgerechtigkeit pflegerische Versorgung in einer Region ist entsprechend, ob die nicht durch Familie und Freunde abgedeckten Teilbedarfe der g Pflegebedürftigen anderweitig gedeckt sind. Ist dies nicht der Fall, sollte es Aufgabe der Politik sein, die Deckung dieser „Teilbedarfe“ durch Interventionen zu fördern und somit die Bedarfsgerechtigkeit der pflegerischen Versorgung der g Pflegebedürftigen sicherzustellen.

Von „politisch relevanter“ Bedarfsgerechtigkeit kann folglich gesprochen werden, wenn es möglich ist, mit dem Angebot von Pflegekräften und Ehrenamtlichen (A'_i) den nicht durch Freunde und Familie gedeckten Bedarf (t'_i) der g Pflegebedürftigen in der Region abzudecken. Dafür müsste die folgende Bedingung erfüllt sein:

$$\text{„Politisch relevante“ Bedarfsgerechtigkeit} = (A'_1, \dots) \geq (g \cdot t'_1, \dots)$$

4. Entscheidung zur ambulanten pflegerischen Versorgung

Häufig besteht zwischen dem, was objektiv angemessen, subjektiv gewünscht und sowohl effektiv als auch kosteneffizient ist, Deckungsgleichheit. Ein Beispiel hierfür ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Sowohl aus § 3 SGB XI, als auch aus empirischen Studien (z. B.

Kuhlmeiy & Schaeffer, 2011) geht hervor, dass vor allem die ambulante Pflege, vor der stationären gestärkt werden sollte, da die Nutzerinnen und Nutzer eine Pflege im gewohnten häuslichen Umfeld präferieren, die, wie § 2 SGB XI gefordert, auf Erhalt größtmöglicher Autonomie abzielt. Daraus folgt, dass die ambulante Versorgung im Vergleich zur vollstationären die „bedarfsgerechtere“ Versorgungsart aus Sicht des überwiegenden Teils der Pflegebedürftigen darstellt. Somit stimmen auf gesellschaftlicher Ebene objektiver und subjektiver Bedarf in Bezug auf die Versorgungsart überein. Soll eine Reform des SGB XI eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung sicherstellen, muss es Ziel sein, den Pflegebedürftigen, die eine ambulante Versorgung präferieren, diese auch zu ermöglichen (individuelle Bedarfsgerechtigkeit). Aus diesem Grund beziehen sich die folgenden Ausführungen vorrangig auf die ambulante pflegerische Versorgung im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen.

Die Entscheidung für eine ambulante Versorgung ist abhängig von persönlichen Faktoren (A.), der Erreichbarkeit bestimmter Versorgungsleistungen (B.), dem individuellen Wohnumfeld (C.) und der örtlichen Infrastruktur (D.).

A. Zu den persönlichen Faktoren zählen u. a.

1. physische Gesundheit,
2. psychische Gesundheit,
3. der Persönlichkeitstyp,
4. die Rentenhöhe und
5. das Vorhandensein einer Zusatzversicherung.

B. Ambulante Pflegeleistungen können wie bereits erläutert untergliedert werden in:

1. Grundpflege, § 14 Abs. 4 Nr. 1 – 3 SGB XI (Körperpflege, Ernährung und Mobilität)
und
2. Hauswirtschaftliche Versorgung, § 14 Abs. 4 Nr. 4 SGB XI (z. B. Einkaufen, Waschen)
sowie
3. Häusliche Betreuung, § 124 SGB XI und

4. Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, § 45b SGB XI.

Die Grundpflege (1.) und die hauswirtschaftliche Versorgung (2.) genießen, wie oben dargelegt, Vorrang vor den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen (3.), § 124 Abs. 3 SGB XI. Zusätzlich werden Mittel für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote gewährt, § 45b SGB XI.

C. Ob das Wohnumfeld eine ambulante Versorgung zulässt, ist u. a. abhängig von:

1. Einem barrierefreien Zugang zur Wohnung und
2. Einer der Mobilität angepassten Gestaltung des Badezimmers.

D. Für eine zufriedenstellende örtliche Infrastruktur sind für Pflegebedürftige u. a. folgende Aspekte wichtig:

1. Einkaufsmöglichkeiten,
2. ÖPNV,
3. Ärztliche Versorgung.

Die Einflussfaktoren der Kategorie A (Persönliche Faktoren) werden im Weiteren ausgeklammert, da es sich um pflegesystemexterne Faktoren handelt, die für die Bedarfsgerechtigkeit des Pflegesystems irrelevant sind. Für die Einflussgrößen B (ambulante Versorgungsleistungen), C (Wohnumfeld) und D (örtliche Infrastruktur) muss geprüft werden, ob der Wunsch nach ambulanter Versorgung auch im Einzelfall umsetzbar ist. Gegen eine Realisierung könnte sprechen, dass eine Pflegeperson nicht selbst beschafft werden kann bzw. dass die Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste in der Region bereits erschöpft sind. Ließe sich der Wunsch nach ambulanter Versorgung, welcher durch das SGB XI objektiv gestützt ist, nicht realisieren, läge entsprechend der Überlegungen aus Abschnitt 2 keine bedarfsgerechte Versorgung des Pflegebedürftigen vor, da die Nachfrage nach Leistungen des SGB XI bzw. der Bedarf an Zeit für die Erbringung von Versorgungsleistungen nicht gedeckt ist (Abbildung 2).



Abbildung 2: Mangelnde Bedarfsgerechtigkeit pflegerischer Versorgung, eigene Darstellung.

Das bestehende Pflegesystem kann zur Verbesserung der ambulanten Versorgung und damit zu einer bedarfsgerechteren Gestaltung der derzeitigen Pflege in Bezug auf die Versorgung mit Pflegeleistungen (B.) und die Verbesserung des Wohnumfeldes (C.) beitragen. Der individuelle Umbau des Wohnumfeldes wird zum Beispiel bis zu einer Höhe von 4.000 € je Maßnahme pro Anspruchsberechtigtem gem. § 40 Abs. 4 SGB XI unterstützt. Damit die vom Pflegesystem bereitgestellten Mittel zu einer möglichst optimalen ambulanten Versorgung führen, müssen die Nutzerinnen und Nutzer über das Leistungsangebot informiert werden. Dies geschieht bereits durch eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, u. a. in den neu eingerichteten Pflegestützpunkten nach § 92c SGB XI. Durch die neu eingeführten niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote (§ 45b SGB XI) soll die Entscheidung des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen für eine häusliche Versorgung erleichtert werden. Diese zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen ermöglichen, dass auch ambulant versorgte Pflegebedürftige stundenweise in karitativen Einrichtungen oder bei Pflegediensten im Rahmen niedrigschwelliger Angebote betreut werden können. Oft übernehmen Angehörige zumindest teilweise die Pflege des Versicherten als Pflegeperson, sodass ihre Entlastungsmöglichkeiten/Bedürfnisse ebenso/gleichfalls eine nicht zu unterschätzende Rolle für die Entscheidung zur häuslichen Pflege spielen. Die Leistungen des § 45b SGB XI standen in der Vergangenheit jedoch nur PEA zu. Seit dem 01.01.2015 sind sie allen Pflegebedürftigen zugänglich und stärken somit umfassend die ambulante Pflege.

Demgegenüber hat das Pflegesystem in seiner bisherigen Ausgestaltung keinen Einfluss auf die örtliche Infrastruktur (D.). Nur wenn ein spezifischer Zusammenhang mit der besonderen

Lebenssituation eines Pflegebedürftigen besteht (z.B. Altenheime mit Angebot für Tages- und Nachtpflege), kann die örtliche Infrastruktur durch das Pflegesystem direkt beeinflusst werden. Generell fällt die altersgerechte Gestaltung der örtlichen Infrastruktur, die sich positiv auf die Entscheidung für ambulante Versorgung und die Umsetzbarkeit häuslicher Pflege auswirken kann, aber in den Bereich der Daseinsvorsorge und obliegt damit der Kommune.

Im Folgenden wird der Fokus auf der Verfügbarkeit ambulanter Pflegeleistungen (B) in ländlichen und strukturschwachen Region liegen, wobei besonders dezentrale Steuerungsmöglichkeiten auf Ebene der Kommune betrachtet werden.

5. Herausforderungen für das aktuelle Pflegesystem

Das bestehende Pflegesystem steht hinsichtlich der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Nutzerinnen und Nutzer in Bezug auf die Sicherstellung von Grundpflege, hauswirtschaftlicher Versorgung und Betreuung aufgrund verschiedener Entwicklungen vor großen Herausforderungen. Hierzu zählen der demographische Wandel, ein anhaltender Fachkräftemangel und begrenzte finanzielle Mittel. Diese Problemfelder werden nachstehend näher beschrieben.

5.1 Demographischer Wandel

Betrachtet man die Altersentwicklung in Deutschland, ist zu sehen, dass das Durchschnittsalter der Bevölkerung zwischen 1990 und 2011 von 39,3 Jahre auf 43,9 Jahre angestiegen ist. In Niedersachsen, das in diesem Abschnitt als Beispielregion dienen soll, ist im gleichen Zeitraum eine ähnliche Zunahme des Durchschnittsalters zu verzeichnen. Vergleicht man jedoch ländliche und städtische Regionen in Niedersachsen, so wird deutlich, dass sich das Durchschnittsalter in ländlichen Regionen zwischen 1990 und 2011 deutlich schneller erhöht hat. So ist in der Landeshauptstadt Hannover ein Anstieg des Durchschnittsalters von einem Jahr zu verzeichnen, während das Durchschnittsalter in Osterode am Harz, einer Stadt im ländlichen Raum

Niedersachsens, um 5,5 Jahre zugenommen hat (Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen, (2013) (Tabelle 2).

Tabelle 2: Durchschnittsalter in Deutschland in den Jahren 1990 – 2011.

	1990	2011	Differenz
Deutschland	39,3	43,9	+ 4,6
Niedersachsen	39,8	43,8	+ 4,0
Hannover	42,0	43,0	+ 1,0
Osterode am Harz	42,1	47,6	+ 5,5

Quelle: Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen, (2013).

Aufgrund der überdurchschnittlich hohen demographischen Alterung ist davon auszugehen, dass auch die Anzahl der Pflegebedürftigen und die Pflegequote überdurchschnittlich stark im ländlichen Bereich ansteigen werden. Einer Modellrechnung zufolge, steigt die Zahl der Pflegebedürftigen auch unter Annahme einer Morbiditätskompression von heute 2,50 Millionen bis zum Jahre 2050 auf 4,35 Millionen an. Der Zuwachs beträgt ca. 94%, wobei in ländlichen Regionen aufgrund der Altersverteilung ein überdurchschnittlich hoher Anstieg der Anzahl an Pflegebedürftigen erwartet wird (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009, S. 30).

5.2 Fachkräftemangel

Des Weiteren ist der kontinuierlich steigende Fachkräftemangel bei der Ausgestaltung eines bedarfsgerechten Pflegesystems zu berücksichtigen. Unterschiedlichen Prognosen zufolge wird dieser bis in das Jahr 2030, in Abhängigkeit der konkreten Berechnung, auf bis zu 520 000 fehlende Pflegekräfte in Vollzeitäquivalenten geschätzt (Hämel & Schäffer, 2013, zitiert nach

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014, S. 482). Dabei zeichnet sich in Bezug auf den Fachkräftemangel eine tendenziell stärkere Betroffenheit der ländlichen Regionen ab (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014, S. 485). Verschärft wird die Situation in den strukturschwachen Regionen durch die Abwanderung der jüngeren Generationen, welche über Potenziale verfügen, ältere Menschen zu unterstützen. Folglich wird das informelle Pflegepotenzial (u. a. Familienangehörige und Nachbarn) zukünftig weiter sinken. Besonders in den ländlichen Regionen Südniedersachsens besteht jetzt schon ein sehr niedriger Unterstützungsquotient, der sich künftig weiter an die niedrigen Unterstützungsquotienten der ostdeutschen Bundesländer annähern wird (Schlömer, 2012, zitiert nach Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014, S. 494 ff., S. 500 f.).

5.3 Begrenzte finanzielle Mittel

Die Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung werden grundsätzlich durch vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer zu zahlende prozentuale Beiträge erzielt. Seit dem Jahr 2008 ist das Finanzierungssaldo der sozialen Pflegeversicherung wieder regelmäßig positiv (BMG, 2015, S. 3). Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Einnahmen seit 2008 von 19,78 Mrd. Euro auf 25,91 Mrd. Euro in 2014 gestiegen sind und sich im selben Zeitraum jedoch auch die Ausgaben von 19,14 Mrd./Euro auf 25,45 Mrd./Euro erhöht haben (Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 3). Mit einer Erhöhung des Durchschnittsalters und damit einhergehend einer erwarteten Erhöhung der Pflegequote ist mit einer Zunahme der Kosten zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu rechnen. In einer Prognose des Wissenschaftlichen Instituts der Privaten Krankenversicherung (WIP) von 2010 wurde in mehreren Szenarien (gleichbleibende // unveränderte Leistungen; neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff) die Entwicklung des Beitragssatzes untersucht, der benötigt wird, um die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zu finanzieren. Es wird prognostiziert, dass mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine jährliche Erhöhung der Pflegeleistungen je Pflegefall nach

2012, sowie einem Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder im Jahr 2060 Beiträge iHv 5% im Gegensatz zu gegenwärtig 2,4 % zu zahlen sind (Niehaus, 2010, S. 44). Damit trotz knapper finanzieller Mittel zukünftig eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung gewährleistet werden kann, muss eine unter Effizienzgesichtspunkten möglichst optimale Allokation der finanziellen Mittel der Pflegekassen erfolgen. Hierfür ist das bestmögliche Verhältnis aus Kosten für pflegerische Versorgung und Nutzen für die Nutzerinnen und Nutzer des Pflegesystems anzustreben.

6. Ausgangslage für Reformen

Die oben skizzierten Problemlagen betreffen grundsätzlich das gesamte Gebiet der BRD, wobei ländliche Regionen i. d. R. einen schneller voranschreitenden demographischen Wandel bei einem jetzt schon höheren Durchschnittsalter und damit einhergehend höhere Pflegequoten aufweisen (Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen, 2013; Statistisches Bundesamt, 2013). Zudem sind ländlich geprägte Gebiete tendenziell stärker von einem Fachkräftemangel, insbesondere in Bezug auf Fachkräfte mit dreijähriger Ausbildung, betroffen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014, S. 480 ff.). Ebenso ist in strukturschwachen Regionen Deutschlands das Problem sinkender Unterstützungsquotienten besonders stark ausgeprägt, wobei neben den ostdeutschen Bundesländern auch einzelne Regionen Niedersachsen besonders stark betroffen sind. So wird für Südniedersachsen ein ähnlich geringer Unterstützungsquotient vorausgesagt wie in den ostdeutschen Bundesländern, in denen die Problemlage jetzt bereits stark ausgeprägt ist (Schlömer, 2012, zitiert nach Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014, S. 500 f.).

Angesichts dieser Entwicklung ist es ungewiss, inwieweit das bestehende Pflegesystem eine bedarfsgerechte Versorgung auf individueller und gesellschaftlicher Ebene im ländlichen Raum Niedersachsens sicherstellen kann. Schließlich muss davon ausgegangen werden, dass zukünftig

ein deutlich höherer Bedarf an Versorgungs- bzw. Pflegezeit bestehen wird. Aufgrund des abnehmenden informellen Unterstützungsquotienten wird der Anteil an Zeit für Versorgungsleistungen zunehmen, der nicht durch Familie, Nachbarn und Freunde, sondern durch Pflegekräfte und Ehrenamtliche abgedeckt werden muss. Das bedeutet, dass der politische relevante Teil bedarfsgerechter Versorgung an Bedeutung gewinnt und infolge dessen politische Interventionen zur Deckung der für „gute“ Pflege erforderlichen Zeitbedarfe notwendig werden.

6.1 Dezentrale Steuerung und Stärkung des Pflegemixes

Als anerkannte Strategie gegen eine Fehlversorgung im pflegerischen Bereich wird zum einen die dezentrale Steuerung der pflegerischen Versorgung auf kommunaler Ebene angesehen, die es erlaubt, regionale Besonderheiten inklusive einer stärkeren Einbettung in örtlich vorgefundene Strukturen zu berücksichtigen. Zum anderen wird zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung auf individueller und gesellschaftlicher Ebene ein Pflegemix aus professionellen Leistungserbringern, Familienangehörigen und insbesondere ehrenamtlichen Helfern gefordert (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014). Die Aufteilung der Pflege auf unterschiedliche Personengruppen soll dazu beitragen, den steigenden Bedarf an Zeit für die Erbringung von Versorgungsleistungen abzudecken. Durch die verstärkte Einbindung Ehrenamtlicher könnte zudem eine kosteneffiziente Lösung bzw. Bereitstellung der hierfür erforderlichen Versorgungszeit erreicht werden.

Der Pflegemix und die Dezentralisierung bergen zum einen Potenzial zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, vor allem im Hinblick auf die Hilfen bei Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (§ 14 Abs. 4 SGB XI). Zum anderen könnte eine bedarfsgerechtere Gestaltung der Pflege auf individueller Ebene erreicht werden, da auf spezifische Wünsche und örtliche Gegebenheiten gezielt eingegangen werden kann, insbesondere im Bereich der Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b SGB XI), die durch Ehrenamtliche erbracht werden können. Somit leisten der Pflegemix und die Dezentralisierung

sowohl zur individuellen Bedarfsgerechtigkeit wie auch zur Bedarfsgerechtigkeit des Pflegesystems einen wichtigen Beitrag.

6.2 Umsetzbarkeit dezentraler Versorgungskonzepte unter Einbindung Ehrenamtlicher

Noch ist ungeklärt, wie sich eine dezentrale Steuerung unter Einbindung eines Pflegemixes praktisch umsetzen und effizient organisieren lässt. Dafür sollte zunächst geklärt werden, welche Steuerungsmöglichkeiten für die Kommunen in Bezug auf die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Ausgestaltung des Pflegesystems bestehen. Die Befugnis der Kommunen ist es alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft zu regeln und wahrzunehmen (Allzuständigkeit), die nicht durch Gesetz bereits einem anderen Träger der öffentlichen Verwaltung übertragen sind (Burgi 2012, § 6 Rn. 27). Wie das Bundesverfassungsgericht wiederholt entschieden hat, sind Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft „diejenigen Bedürfnisse und Interessen, die in der örtlichen Gemeinschaft wurzeln oder auf sie einen spezifischen Bezug haben, die also den Gemeindegewohnern gerade als solchen gemeinsam sind, indem sie das Zusammenleben und -wohnen der Menschen in der (politischen) Gemeinde betreffen“ (BVerfGE 79, 127 [151 f.]; BVerfGE 83, 37 [50 f.]). Insoweit gesetzlich bisher keine abschließende Aufgabenübertragung an andere Organisationseinheiten wie die Träger der sozialen Pflegeversicherung erfolgt ist, besteht ggf. ein Handlungsspielraum der Kommune zur Erhöhung von Bedarfsgerechtigkeit und Effizienz der Pflege. Zu den Tätigkeitsfeldern der Kommune könnte vorrangig zählen, den Anteil nicht gedeckter Teilbedarfe der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen in einer Region zu minimieren. Damit könnte für die Kommune die Aufgabe verbunden sein, die pflegerischen Leistungen möglichst effizient zu organisieren, gerade im Hinblick auf das Zusammenwirken der Angehörigen, professionellen Pflegedienste, Ehrenamtlichen und weiteren informellen Helfern in einem Pflegemix. Als Träger der örtlichen Sozialhilfe und damit für die Gewährung der Hilfe zur Pflege zuständigen Stelle übernimmt die Kommune teilweise bereits eine Koordinierungs- und Beratungsfunktion in den auf kommunaler Ebene eingerichteten Pflegestützpunkten (§ 92c Abs. 2 und Abs. 7 SGB XI).

Diese dienen der wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der (potenziellen) Nutzerinnen und Nutzer des Pflegesystems. Zur Sicherstellung der Bedarfsgerechtigkeit der Pflege in der Region könnte es zudem vielversprechend sein, wenn Kommunen die Zusammenarbeit von professionellen Leistungserbringern, ehrenamtlichen Helfern und Familienangehörigen unterstützen und somit das „Funktionieren“ eines Pflegemixes gezielt fördern.

Hierzu könnte auch gehören, dass Kommunen positive Anreize zur Übernahme einer ehrenamtlichen Tätigkeit im Bereich der Unterstützung der Pflegebedürftigen und Entlastung ihrer Angehörigen einsetzen. Auf die Notwendigkeit einer verstärkten Aktivierung ehrenamtlicher Helfer insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen verweist auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014, S. 499). Burgi (2013) spricht sich sogar für eine Pflicht der Kommunen zur Mobilisierung des bürgerschaftlichen Engagements mittels geeigneter Maßnahmen aus. Wie diese Maßnahmen konkret ausgestaltet werden müssten, um wirksam zu sein, ist derzeit jedoch noch offen. Gelingt es der Kommune allerdings ausreichend Personen für eine ehrenamtliche Tätigkeit im Bereich der Unterstützung Pflegebedürftiger und deren Angehöriger zu motivieren, so könnte dies dazu beitragen, Versorgungslücken im Bereich der Betreuungsleistungs- oder Entlastungsleistungen zu schließen und ein dem Bedarf angemessenes Zeitangebot für Versorgung sicherzustellen.

7. Gewinnung und effizienter Einsatz ehrenamtlicher Helfer

Wie Anreize bzw. Maßnahmen konkret auszugestalten sind, um Bürgerinnen und Bürger zur Übernahme einer ehrenamtlichen Tätigkeit in der Unterstützung Pflegebedürftiger dauerhaft zu gewinnen, muss im Einzelfall untersucht werden. Generell ist dafür zu klären, was Menschen zur Übernahme eines Ehrenamts im Zusammenhang mit Pflegebedürftigen motiviert und welche Erwartungen Ehrenamtliche an ihre Tätigkeit haben. Aus allgemeinen Arbeitszufriedenheits- und Motivationstheorien ist abzuleiten, dass sowohl für die Gewinnung von Ehrenamtlichen als

auch für das dauerhafte Verbleiben im Ehrenamt eine möglichst optimale Passung zwischen Ehrenamtlichen bzw. deren Motiven und der Art der ehrenamtlichen Tätigkeit von großer Bedeutung ist (Hackman & Oldman, 1976; Herzberg et al. 1967, Weinert, 1998, S. 157 ff., S. 174;). Des Weiteren kann eine gute Passung zwischen Ehrenamtlichem und Ehrenamt positiven Einfluss auf die Arbeitsleistung haben (u. a. Hackman & Oldman, 1976) und damit die Effizienz, also das Kosten - Nutzen - Verhältnis ehrenamtlicher Tätigkeit verbessern. So stünden bei hoher Arbeitszufriedenheit den mit der ehrenamtlichen Tätigkeit verbundenen Opportunitätskosten (Fahrtkosten, Kosten für Schulungen, Personalauswahl und Koordinierung durch Hauptamtliche, Zeit der Ehrenamtlichen, die nicht mehr für andere Freizeitaktivitäten aufgewendet werden kann, individuelle Belastung etc.), ein hoher Nutzen (geringe Belastung des Ehrenamtlichen, hohe Arbeitsleistung, langfristiges Verbleiben im Ehrenamt, bedarfsgerechte Betreuung des Pflegebedürftigen etc.) gegenüber. Entsprechend ist das Zusammenspiel von Ehrenamtlichen und der Art der ehrenamtlichen Tätigkeit mitentscheidend für den effizienten Einsatz Ehrenamtlicher im Bereich der Pflege.

Um zu erklären, warum sich Personen für die Übernahme eines Ehrenamtes entscheiden, müssen die Gründe für dieses Verhalten offengelegt werden. Hierzu wird ehrenamtliches Engagement im Folgenden aus sozialpsychologischer Perspektive betrachtet. Zunächst wird auf das Zusammenwirken von Bedürfnissen und Motivation eingegangen. Anschließend wird die „Erwartung x Wert“ Theorie in ihrer Grundform erläutert und auf die Motivation zur Übernahme eines Ehrenamts zur Unterstützung Pflegebedürftiger bzw. deren Angehöriger angewendet. Zur Konkretisierung der Motivation Ehrenamtlicher im sozialen Bereich wird nachfolgend auf den Ansatz „Funktionaler Motive“ von Clary et al. (1998) Bezug genommen. Darüber hinaus werden weitere mögliche Motive für ehrenamtliches Engagement im Rahmen der Unterstützung Pflegebedürftiger und deren Angehöriger vorgestellt. Es folgt eine Darstellung des Nutzens der gewonnenen Erkenntnisse für die Förderung des Ehrenamts und den effizienten Einsatz Ehrenamtlicher zur Sicherstellung einer bedarfsgerechteren pflegerischen Versorgung im ländlichen Raum.

7.1 Bedürfnisse und Motivation

Grundsätzlich besitzen Menschen bestimmte Bedürfnisse, welche entweder angeboren oder erlernt sind (Maslow, 1954; McClelland, 1961, 1984, 1985; McClelland et al. 1989; Yukl, 1990,). Dabei wird z. T. unterstellt, dass Bedürfnisse hierarchisch organisiert sind. Zu den bekanntesten hierarchischen Darstellungen gehört die Bedürfnispyramide von Maslow (1943, 1970), nach der Bedürfnisse höherer Ordnung erst bedeutsam werden, wenn darunterliegende Bedürfnisse befriedigt worden sind (Abbildung 3).



Abbildung 3: Bedürfnispyramide nach Maslow (1943).

Nach Maslow (1943) sind Menschen aufgrund dieser Bedürfnisse motiviert eine bestimmte Handlung auszuführen. Folglich kann ein „Motiv“ als ein isolierter Beweggrund des Verhaltens z. B. Hunger oder Machtbedürfnis definiert werden. Demgegenüber bezeichnet die „Motivation“ das komplexe Zusammenspiel vielfältiger Beweggründe konkreten Verhaltens (v. Rosenstiel, 2000, S. 6, 46).

Während Maslow davon ausging, dass alle Menschen die gleichen Bedürfnisse besitzen, wird in späteren Motivationstheorien, wie der „Theorie der gelernten Bedürfnisse“ (McClelland, 1961, 1984, 1985; McClelland et al. 1989) angenommen, dass sich Menschen hinsichtlich ihrer höheren Bedürfnisse erheblich unterscheiden können. McClelland (1961) hat drei Schlüsselbedürfnisse identifiziert, in den sich Menschen stark unterscheiden (Tabelle 3).

Tabelle 3: „Theorie der gelernten Bedürfnisse“.

Leistungsbedürfnis	Wunsch nach Erfolg; Anstreben anspruchsvoller Ziele.
Machtbedürfnis	Bestreben, Einfluss über andere zu gewinnen und in der Hierarchie aufzusteigen und Kontrolle auszuüben.
Affiliationsbedürfnis	Verlangen nach freundschaftlichen und engen sozialen Beziehungen und Teilhabe an gesellschaftlichen Aktivitäten.

Quelle: McClelland, 1961, 1984, 1985; McClelland et al. 1989.

Allein das Vorhandensein eines bestimmten Bedürfnisses führt jedoch noch nicht zu einer hohen Motivation. Bedürfnisse werden erst verhaltenswirksam, wenn erwartet wird, dass ein bestimmtes Verhalten das Gefühl von z. B. der Leistungserbringung oder sozialer Anerkennung hervorruft.

7.2 „Erwartung x Wert“ Theorie

Wie stark die Motivation einer Person ist, eine bestimmte Handlung in einem konkreten Fall auszuführen, lässt sich mithilfe der „Erwartung x Wert“ Theorien erklären. Nach der „Erwartung x Wert“ Theorie sind Menschen grundsätzlich motiviert eine Handlung auszuführen, wenn sie glauben, dass diese Handlung zu einem bestimmten Ergebnis führt (Erwartung) und ihnen dieses Ergebnis wichtig (Wert) erscheint. Anders formuliert bevorzugen Menschen bei der Wahl zwischen mehreren Handlungsalternativen die Alternative, bei der das Produkt von erzielbarem Wert (Anreiz) mit der Wahrscheinlichkeit, ihn zu erzielen (Erwartung), maximal ist (Heckhausen, 1989, S. 174) (Tabelle 4).

Tabelle 4: „Erwartung x Wert“ Theorie.

Erwartung x Wert = Motivation

Erwartung = subjektive Wahrscheinlichkeit des Erfolgs/eines bestimmten Ergebnisses z. B.

Überzeugung, dass ich durch das Ehrenamt soziale Anerkennung erhalte.

Wert = Anreiz des Zielobjektes: ist abhängig von Bedürfnissen z. B. „Soziale Anerkennung ist mir wichtig“.

Quelle: Weinert, 1998, S. 157 ff.; eigene Darstellung.

Ob ein Ergebnis als wertvoll erachtet wird, ist von den Bedürfnissen des Individuums abhängig. Ungeachtet dessen, ob es sich um erlernte oder angeborene Bedürfnisse handelt, entscheiden diese wesentlich darüber, wie ein antizipiertes Handlungsergebnis bewertet wird und damit auch darüber, wie motiviert eine Person ist, eine Handlung zu vollziehen. Übertragen auf die Übernahme eines Ehrenamts im Bereich der Unterstützung Pflegebedürftiger würde dies bedeuten, dass eine Person dann motiviert ist eine solche Tätigkeit zu übernehmen, wenn sie durch die Tätigkeit ein für sich persönlich positives, d. h. der Bedürfnisbefriedigung dienendes, Ergebnis erwartet. Dies wäre beispielsweise der Fall, wenn eine Person davon ausginge, dass a) das Ehrenamt zu sozialer Anerkennung führt und b) soziale Anerkennung dieser Person aufgrund ihrer Bedürfnisstruktur wichtig ist. Somit würde das Ehrenamt der Befriedigung persönlicher Bedürfnisse dienen und erfüllt folglich eine Funktion für den Ehrenamtlichen.

7.3 Funktionaler Ansatz

Clary et al. (1998) haben sechs verschiedene funktionale Motivklassen identifiziert, die für die Ausübung einer ehrenamtlichen Tätigkeit im sozialen Bereich ausschlaggebend sind:

1. Schutzfunktion (Protective Motives) – eine Möglichkeit, das Ego vor den Schwierigkeiten des Alltags zu schützen.
2. Wertefunktion (Values) – eine Möglichkeit, die eigene altruistische oder humanitäre Haltung auszudrücken.
3. Karrierefunktion (Career) – eine Möglichkeit, die eigenen Karriereaussichten zu verbessern.
4. Soziale Anpassungsfunktion (Social) – eine Möglichkeit, Sozialkompetenzen zu entwickeln oder zu stärken.
5. Erfahrungsfunktion (Understanding) – eine Möglichkeit Wissen, persönliche Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erweitern.
6. Selbstwertfunktion (Enhancement) – eine Möglichkeit, das eigene Selbstwertgefühl zu steigern.

Diese Motivklassen wurden von Clary et al. (1998) mittels 30 verschiedener Items (je 5 Items pro Konstrukt) auf Basis einer sozial-karitativen Stichprobe empirisch ermittelt. Die Faktorenstruktur konnte in nachfolgenden Studien, auch für die deutsche Adaption der Skala (Oostlander et al., 2014), erneut belegt werden (z. B. Okun et al., 1998; Kim et al., 2010). Der „Volunteer Functions Inventory“ (VFI) zählt mittlerweile zu den meist verwendeten Instrumenten zur Erfassung der funktionalen Motive ehrenamtlichen Engagements (z. B. Kim et al., 2010; Okun & Schulz, 2003; Yoshioka et al., 2007).

Der funktionale Ansatz von Clary et al. (1998) deutet darauf hin, dass das freiwillige Engagement nicht nur eine, sondern gleichzeitig mehrere (sechs) Funktionen für den Ehrenamtlichen

besitzen kann. Glaubt eine Person, dass eine ehrenamtliche Tätigkeit alle oder zumindest einige der oben genannten Funktionen erfüllt und sind diese Funktionen für eine Person aufgrund ihrer Bedürfnisse von hoher Bedeutung, ist sie grundsätzlich motiviert eine ehrenamtliche Tätigkeit im sozialen Bereich zu übernehmen. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die einzelnen Motive interpersonell unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. So kann ein und dieselbe ehrenamtliche Tätigkeit für verschiedene Personen unterschiedliche Funktionen erfüllen (Clary et al., 1992). Beispielsweise spielt die Karrierefunktion oder auch die Erfahrungsfunktion für Ehrenamtliche, die sich am Ende ihrer beruflichen Laufbahn befinden oder diese bereits beendet haben bei der Ausführung des Ehrenamts keine bzw. im Vergleich zu Jüngeren nur eine geringe Rolle (Okun & Schulz, 2003; Oostlander et al., 2014, S. 82; Yoshioka et al., 2007). Dagegen nimmt die Bedeutung der sozialen Anpassungsfunktion zu (Okun & Schulz, 2003; Oostlander et al., 2014, S.82). Für die Selbstwertfunktion, Wertefunktion und Schutzfunktion konnten hingegen keine Beziehungen zum Alter der Ehrenamtlichen gefunden werden (Okun & Schulz, 2003; Oostlander et al., 2014, S. 82).

Des Weiteren konnten geschlechtsspezifische Unterschiede festgestellt werden. Frauen weisen signifikant höhere Werte im Bereich der Schutzfunktion, der Wertefunktion, der Erfahrungsfunktion und der Selbstwertfunktion auf als Männer (Burns et al, 2008, S. 111 f.; Oostlander et al., 2014, S.82). In Bezug auf die Karriere- und soziale Anpassungsfunktion stellen Burns et al. (2008, S. 111 f.) dagegen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede fest. Oostlander et al. (2014, S. 82) ermitteln dagegen höherer Werte für die soziale Anpassungsfunktion für Männer als für Frauen. Geschlechtsunabhängig stellen die Erfahrungsfunktion und die Wertefunktion die wichtigsten Anreize für ehrenamtliches Engagement dar (Burns et al, 2008, S. 111, Oostlander et al., 2014, S. 82). Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommen auch Fletcher und Major (2004), die basierend auf einer relativ kleinen Stichprobe von Medizinstudenten ebenfalls signifikante Unterschiede hinsichtlich der Schutzfunktion, der Wertefunktion, der Erfahrungsfunktion und der Selbstwertfunktion nachweisen. Dazu, ob diese geschlechterspezifischen Unterschiede auch in gleichen Maße bei

älteren Ehrenamtlich vorliegen bzw. ob es Interaktionseffekte zwischen Alter, Geschlecht und der Wichtigkeit funktionaler Motive nach Clary et al. (1998) gibt, liegen bisher keine ausreichenden Befunde vor.

7.4 Weitere Motive für ehrenamtliches Engagement

Ein weiterer, möglicher Beweggrund für prosoziales Verhalten wird in der ökonomischen Literatur angeführt. Czajkowski et al. (2014) stellen im Rahmen einer Befragung von 8000 Haushalten in Polen fest, dass ein wichtiges Motiv für umweltbewusste Müllentsorgung die moralische bzw. ethische Verpflichtung darstellt. Auch in sozialwissenschaftlichen Studien finden sich vergleichbare Motive für freiwilliges soziales Engagement (Gensicke & Geiss, 2010, S. 119 ff.; Rechberger 2009, S. 71). Bierhoff et al. (2007, S. 15 ff.) schlagen vor die sechs von Clary et al. (1998) identifizierten funktionalen Motiven u. a. um „politische Verantwortung“ zu ergänzen. Darunter verstehen Bierhoff et al. (2007, S. 15) „die Sensibilität für gesellschaftliche Missstände und den Wunsch, diese zu verändern [...]. Der Tätigkeit liegt ein Bewusstsein darüber zugrunde, dass in der Gesellschaft Missstände bestehen, die überwunden werden können.“ Damit misst die politische Verantwortung, ob Personen ein Verlangen verspüren, auf gesellschaftliche Missstände aufmerksam zu machen, die Hoffnung haben, politische Veränderungen herbei führen zu können und ein Bedürfnis besitzen gesellschaftliche Veränderungen bewirken zu wollen (Bierhoff et al., 2007, S. 21).

Der Stellenwert der politischen Verantwortung hat nach Bierhoff et al. (2007, S. 16) seit Mitte der 1980er Jahre als Motiv für freiwilliges Engagement zugenommen, was u. a. daran zu erkennen sei, dass Nonprofit-Organisationen, die (gesellschafts-)politische Ziele in den Vordergrund stellen, verstärkten Zulauf durch Ehrenamtliche erhalten hätten. Bierhoff et al. (2007, S. 16, 23 f., 25 f.) zeigen, dass sich diese politische Verantwortung von sozialer Verantwortung, die der Wertefunktion von Clary et al. (1998) ähnelt, abgrenzen lässt, auch wenn beiden Formen „ein gemeinsamer Kern von Verantwortungsübernahme“ zugrunde liegen und sie sich einer übergeordneten altruistische Dimension zuordnen lassen. Die politische

Verantwortung könnte damit vor allem für Personen ein wichtiges Motiv sein, welche die bedarfsgerechte pflegerische Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe bzw. zukünftige politische Herausforderung wahrnehmen.

Auf Basis der Erwartungen, die Ehrenamtliche an ihre Tätigkeit haben, wurden im Rahmen des Freiwilligensurveys (Gensicke & Geiss, 2010) drei generelle Motivationstypen unter den Befragten identifiziert: die „Geselligkeitsorientierten“, die „Interessenorientierten“ und die „Gemeinwohlorientierten“ (Gensicke & Geiss, 2010, S. 122). Während die „Interessenorientierten“ in erster Linie ihre eigenen Interessen vertreten, eigenverantwortlich handeln wollen und Anerkennung suchen, erhoffen sich die „Geselligkeitsorientierten“ Spaß an der Tätigkeit und Kontakte zu sympathischen Menschen. Die Gruppe der „Gemeinwohlorientierten“ fühlt sich dagegen zum Einsatz für das Wohl anderer Menschen verpflichtet. Sie ist vor allem in Ehrenamtsbereichen anzutreffen, in denen es auf Selbstlosigkeit und weniger auf Anerkennung und Prestige ankommt (Gensicke & Geiss, 2010, S. 122 f.). Es zeigte sich, dass der Anteil an „Gemeinwohlorientierten“ im Ehrenamt seit 2004 gewachsen ist und dass „Gemeinwohlorientierte“ mehr Ehrenämter übernehmen als Freiwillige, die den anderen beiden Motivationstypen zuzuordnen sind (Gensicke & Geiss, 2010, S. 123 f.). Zudem investieren „Gemeinwohlorientierte“ mehr Zeit in ihr Ehrenamt und zeigen damit insgesamt ein intensiveres ehrenamtliches Engagement (Gensicke & Geiss, 2010, S. 122 ff.). Aus dem Hauptbericht des Freiwilligensurveys (Gensicke & Geiss, 2010, S. 13; 16 ff.; 119 ff.) geht weiterhin hervor, dass die Gemeinwohlorientierung ein wichtiger Beweggrund für die Aufnahme einer ehrenamtliche Tätigkeit ist. Diese Gemeinwohlorientierung ist eng verknüpft mit dem Bedürfnis, anderen Menschen zu helfen und die Gesellschaft mitgestalten zu wollen (Hauptbericht des Freiwilligensurveys, 2010, S. 123) und erinnert damit an Bierhoffs et al. (2007) politische Verantwortung aber auch an die ethische Verpflichtung, die in der Studie von Czajkowski et al. (2014) als Motiv für umweltbewusstes Verhalten genannt worden ist.

Die Gemeinwohlorientierung (Gensicke & Geiss, 2010), die moralische Verpflichtung (Czajkowski et al., 2014), die politische Verantwortung (Bierhoff et al., 2007), aber auch die

Erwartung, dass ehrenamtliche Arbeit in erster Linie Spaß macht (Gensicke & Geiss, 2010), könnten damit weitere Motive für ehrenamtliches Engagement im Zusammenhang mit der Unterstützung Pflegebedürftiger darstellen. Diese Beweggründe wurden von Clary et al. (1998) nicht explizit genannt. Allerdings weisen sowohl die Gemeinwohlorientierung als auch die moralische Verpflichtung durchaus Ähnlichkeiten zum Faktor „Values“ von Clary et al. (1998) auf. So lassen sich Gemeinwohlorientierung und moralische Verpflichtung auch als Internalisierung gesellschaftlicher Normen interpretieren, die sich in einer altruistischen Haltung äußern können (Rechberger, 2009, S. 85 f.). Bei der Operationalisierung von Gemeinwohlorientierung und moralischer Verpflichtung als weitere Motive für ehrenamtliches Engagement im Zusammenhang mit der Unterstützung Pflegebedürftiger wird entsprechend auf eine klare Abgrenzung zu den bereits bekannten Motiven zu achten sein.

Die Ergebnisse eigener, bisher nicht veröffentlichter empirischer Studien zum ehrenamtlichen Engagement im Rahmen der Unterstützung älterer und pflegebedürftiger Menschen (Niens, 2015) weisen darauf hin, dass das Bestreben Verantwortung für die Gesellschaft zu übernehmen ein wichtiges Motiv für die Übernahme eines Ehrenamts im Zusammenhang mit Pflegebedürftigen darstellt. Inwieweit dieses Verantwortungsbewusstsein einer moralischen Verpflichtung, politischen Verantwortung oder einer Gemeinwohlorientierung entspricht und ob es sich von den von Clary et al. (1998) ermittelten Motiven unterscheidet, bedarf jedoch weiterer Analysen.

7.5 Motivation und Verhalten

Die Entscheidung für die tatsächliche Ausübung und Fortführung eines Ehrenamtes ist nicht allein abhängig von der individuellen Motivlage einer Person, sondern durch Restriktionen bzw. der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle beeinflusst. Eine häufige Restriktion kann beispielsweise Zeitmangel darstellen. Ist eine Person zwar motiviert sich ehrenamtlich zu engagieren, verfügt jedoch nicht über die erforderliche freie Zeit, wird sie auch kein Ehrenamt übernehmen. In ähnlicher Weise kann starke psychische Beanspruchung durch die Tätigkeit zu

Arbeitsunzufriedenheit (Schröder und Strack, 2015) und im weiteren Verlauf zur Aufgabe des Ehrenamts führen. Damit wirkt die wahrgenommene Verhaltenskontrolle (Restriktion) als moderierende Variable zwischen der Motivation zur Ausübung eines Ehrenamts und der tatsächlichen Übernahme und Fortführung einer Tätigkeit (Abbildung 3).

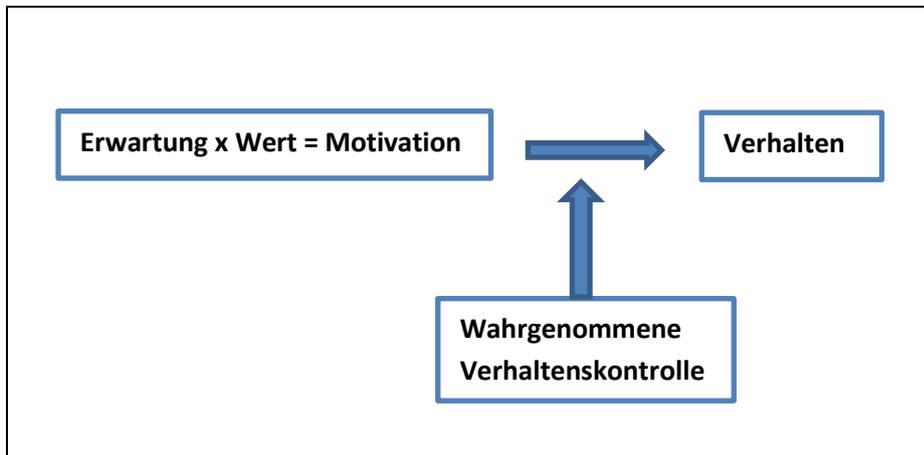


Abbildung 4: Zusammenhang zwischen Motivation und Verhalten, eigene Darstellung.

Es kann somit geschlussfolgert werden, dass die Übernahme und Fortführung einer ehrenamtlichen Tätigkeit erfolgt, wenn die Motivation, also das Produkt aus Erwartung und Wert hoch sind, die wahrgenommene Verhaltenskontrolle durch Restriktionen wie Zeitmangel oder psychische Beanspruchung hingegen gering ist.

7.6 Nutzen für die Praxis

Die Förderung ehrenamtlichen Engagements auf kommunaler Ebene sollte entsprechend der vorhergehenden Ausführungen im Bereich der Motivlagen aktueller und zukünftiger Ehrenamtlicher und bei bestehenden Restriktionen motivierter Ehrenamtlicher ansetzen.

Das Wissen um die Motive Ehrenamtlicher ist sowohl die für die Rekrutierung, die Personalauswahl und die Bindung der Ehrenamtlichen an eine Organisation hilfreich. So kann die Kenntnis der Motive potenzieller Ehrenamtlicher genutzt werden, um geeignete Personen für die Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen zu identifizieren. Ist eine ehrenamtliche Tätigkeit z. B. dadurch gekennzeichnet, dass sie vor allem der Erweiterung von

persönlichem Wissen dient und Karrierechancen erhöht, so können gezielt Personengruppen angesprochen werden, denen diese Funktionen des Ehrenamtes wichtig sind.

Des Weiteren können Werbemaßnahmen, in denen genau diese Funktionen des Ehrenamtes besonders herausgestellt werden helfen, neue Ehrenamtliche zu aktivieren und so zur Sicherstellung eines erforderlichen Angebots an Versorgungszeit und einer bedarfsgerechten Versorgung beitragen.

Eine weitere Einsatzmöglichkeit des Wissens über die Motivlage von Ehrenamtlichen liegt im Bereich der Auswahl neuer Freiwilliger und der Aufgabenzuteilung an sie. Bei der Auswahl und Schulung Ehrenamtlicher entstehen Kosten, z. B. Personalkosten für Hauptamtliche, welche die Rekrutierung und Qualifikationsmaßnahmen durchführen. Unter Effizienzgesichtspunkten sollte daher das Ziel sein, dass Ehrenamtliche möglichst lange ihr Ehrenamt ausüben und dabei eine hohe Leistung erbringen.

Hohe Leistung und geringe Fluktuation sind eng verknüpft mit Motivation und Zufriedenheit (Hackman & Oldman, 1976). Für eine hohe Zufriedenheit und Motivation ist es wiederum wichtig, dass das jeweilige Ehrenamt die individuellen Bedürfnisse Ehrenamtlicher erfüllen kann (z. B. Erweiterung von Wissen). Dies könnte durch ein Rastern der Ehrenamtlichen erreicht werden. So ist es denkbar, dass mit Hilfe eines standardisierten Instruments Ehrenamtliche nach ihren individuellen Motiven bzw. Erwartungen an das Ehrenamt befragt werden. Auf Basis der Ergebnisse könnten den Freiwilligen die Tätigkeit übertragen werden, die ihrer Motivlage am ehesten entspricht. Gelingt es also eine hohe Passung zwischen den Bedürfnissen des Ehrenamtlichen und der jeweiligen Tätigkeit zu erreichen, kann dies zu geringer Fluktuation und hoher Leistung beitragen (Hackman & Oldman, 1976), sodass den entstehenden Kosten für Auswahl, Schulung und Betreuung Ehrenamtlicher ein hoher Nutzen gegenübersteht.

Schließlich könnten potenzielle Ehrenamtliche, die unrealistische Erwartungen an das Ehrenamt haben, im Vorhinein identifiziert werden. Weist ein potenzieller Ehrenamtlicher beispielsweise eine besonders starke Ausprägung eines funktionalen Motives auf, welches durch

das spezifische Ehrenamt aber nicht abgedeckt wird, bestünde die Möglichkeit seine Erwartungen bereits vor Antritt des Ehrenamts zu diskutieren und dem Ehrenamtlichen ggf. von der Übernahme der Tätigkeit abzuraten (Cnaan & Goldberg-Glen, 1991). Auf diese Weise ließe sich vermeiden, dass Ehrenamtliche mit unrealistischen Erwartungen eine Tätigkeit übernehmen, die sie aufgrund enttäuschter Erwartung und resultierender Unzufriedenheit i. d. R. zeitnah wieder aufgeben.

Somit trägt die Kenntnis der Motivlage (potenzieller) Ehrenamtlicher einerseits dazu bei neue Ehrenamtliche zu gewinnen und Fluktuation zu vermeiden. Andererseits können hohe Motivation und Zufriedenheit und schließlich bessere Leistungen der Ehrenamtlichen zielgerichtet gefördert werden. Entsprechend sind Informationen zur Motivlage hilfreich, um einen effizienten Einsatz Ehrenamtlicher innerhalb des Pflegemixes zu erreichen.

Allerdings sollten auch die Aufdeckung möglicher Restriktionen nicht vernachlässigt werden, da diese mitentscheidend für den Beginn und die Fortführung ehrenamtlichen Engagements sind. Im Hinblick auf die Förderung des Ehrenamts erscheint es daher unverzichtbar bestehende Hemmnisse für freiwilliges Engagement aufzudecken und Möglichkeiten zum Abbau z. B. auf organisatorischer Ebene (Arbeitszufriedenheit und Beanspruchung) und auf kommunaler Ebene (z. B. Erreichbarkeit des Einsatzortes mittels ÖPNV) zu prüfen.

8. Anschließende Bemerkung

Das bestehende Pflegesystem sieht sich hinsichtlich der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung ihrer Nutzerinnen und Nutzer mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert. Dazu gehören ein schnell voranschreitender demographischer Wandel und eine damit einhergehende steigende Pflegequote, ein anhaltender Fachkräftemangel sowie knappe finanzielle Mittel zur Finanzierung der Pflege. Insbesondere ländliche strukturschwache Regionen sind negativ von diesen Tendenzen betroffen. Verschärft wird die Problemlage hinsichtlich der ambulanten Pflege, welche die bedarfsgerechtere Versorgungsart aus Sicht der meisten Pflegebedürftigen darstellt, durch ein oftmals sehr geringes informelles Unterstützungspotential. Dieses resultiert aus der Abwanderung der jüngeren Generation in die Stadt und hat zur Folge, dass ein immer geringerer Anteil des für „gute“ Pflege erforderlichen Zeiteinsatzes durch die Familie erbracht wird.

Alternative Versorgungskonzepte, die auf Dezentralisierung und Förderung eines Pflegemixes abzielen, sollen die Bedarfsgerechtigkeit pflegerischer Versorgung im ländlichen Raum sicherstellen. Wie eine Umsetzung auf kommunaler Ebene gelingen kann, ist zurzeit jedoch unklar. Zu prüfen wären zunächst die rechtlichen Steuerungsmöglichkeiten der Kommune, um ihren Handlungsspielraum im Pflegesystem zu erfassen. Ziel muss es sein aufzudecken, welche rechtlichen Möglichkeiten für die Kommune bestehen, bedarfsgerechte pflegerische Versorgung in der Region zu fördern und den Anteil nicht abgedeckter „Versorgungszeit“ in der Region möglichst gering zu halten.

Des Weiteren muss untersucht werden, wie der Ausbau eines gezielten Pflegemixes zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung im ländlichen Raum möglichst effizient erreicht werden kann. Aus politischer Sicht relevant ist dabei zunächst, wie die für eine bedarfsgerechte Pflege erforderlichen Zeiteinheiten, die nicht durch Familien und Freunde der Pflegebedürftigen erbracht werden, anderweitig abgedeckt werden können. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, welche Akteursgruppe innerhalb des Pflegemixes die

erforderlichen Versorgungsleistungen am besten, d. h. zum besten Kosten-Nutzen-Verhältnis, bereitstellen kann. Die Förderung des ehrenamtlichen Engagements erscheint dabei vielversprechend, um nicht abgedeckte Teilbedarfe auf kosteneffiziente Weise zu reduzieren. Hierfür sollten Möglichkeiten zur Stärkung des ehrenamtlichen Engagements bzw. zur Erhöhung des Angebots an Zeit für Versorgungsleistungen, welche durch Ehrenamtliche erbracht werden, analysiert werden. Diese sollten auf Basis arbeits- und motivationspsychologischer Ansätze sowie empirischer Studien auf kommunaler Ebene entwickelt werden. Insbesondere ist zu prüfen, wie die Einbindung Ehrenamtlicher auf effiziente Weise erfolgen kann. Insgesamt könnten zukünftige Projekte so dazu beitragen, eine (kosten-)effiziente und am Bedarf der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen orientierte ambulante Versorgung im ländlichen Raum bereitzustellen.

9. Literatur

Bierhoff, H.-W.; Schülken, T. & Hoof, M. (2007): Skalen der Einstellungsstruktur ehrenamtlicher Helfer (SEEH). Zeitschrift für Personalpsychologie, Vol. 6, Nr. 1, 12– 27.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand. 13.03.2015: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/150601_Zahlen_und_Fakten_Pflegeversicherung_03-2015.pdf (zuletzt aufgerufen am 23.06.2015).

Burgi, M. (2012): Kommunalrecht (4. Auflage). C. H. Beck, 2012.

Clary, E. G.; Snyder, M. & Ridge, R. D. (1992): Volunteers' motivations: A functional strategy for the recruitment, placement, and retention of volunteers. Nonprofit Management and Leadership, Vol. 2, 333–350.

Clary, E. G.; Snyder, M.; Ridge, R. D.; Copeland, J.; Stukas, A. A.; Haugen, J. & Miene, P. (1998): Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 74, 1516–1530.

Cnaan, R. A. & Goldberg-Glen, R. S. (1991): Measuring Motivation to Volunteer in Human Services. Journal of Applied Behavioral Science, Vol. 27, Nr. 3, 269-284.

Czajkowski, M, Hanley, N. & Nyborg, K. (2014): Social norms, morals and self-interest as determinants of pro-environmental behavior. Discussion papers in Environmental Economics. University of St. Andrews.

Finanztest (5 / 2015): Private Pflegeversicherung im Test: Lückenfüller für die Pflege, S. 70- 73.

Fischer, G.; Kuhlmeier, A.; Lauterbach, K.; Rosenbrock, R.; Schwartz, F.; Scriba, P. & Wille, E. (2001): Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Gensicke T. & Geiss, S. (2010): Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und Bürgerschaftlichem Engagement. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München, TNS Infratest Sozialforschung.

Hämel, K. & Schaeffer, D. (2013): Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege. Zeitschrift für Sozialreform, Vol. 59, Nr. 4, 413-431.

Heckhausen, H. (1989): Motivation und Handeln. Springer-Verlag, Heidelberg.

Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1976): Motivation through the design of work: Test of a theory. Organizational Behavior and Human Performance, Vol. 16, 250-276.

Herzberg, F., Mausner, B. & Snyderman, B. (1967): The motivation to work (2nd ed.). Wiley, New York.

Kim, M.; Zhang, J. J. & Connaughton, D. (2010): Modification of the Volunteer Functions Inventory for application in youth sports. Sport Management Review, Vol. 13, Nr. 1, 25–38.

Knickrehm, S.; Kreikebohm, R.; Waltermann, R. (2015): Kommentar zum Sozialrecht (4. Auflage). C.H. Beck, München.

Knittel, S., §§ 69-92 SGB XI, in: in: Knickrehm, S.; Kreikebohm, R.; Waltermann R. (2015): Kommentar zum Sozialrecht (4. Auflage). C.H. Beck, München.

Kuhlmey, A. & Schaeffer, D. (2011): Pflege- und Altenheime, ambulante pflegerische Versorgung. In: Edmund A Neugebauer, Gerd Glaeske, Holger Pfaff und Matthias Schrappe (Hg.): Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung. Stuttgart: Schattauer, S. 132–136.

Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (LSKN) (2013): Statistische Monatshefte 07/2013. Hannover.

Maslow, A. H. (1943): A Theory of Human Motivation. Psychological Review, Vol. 50 Nr. 4, 370–396.

- Maslow, A. H. (1954): Motivation and personality. New York, Harper.
- Maslow, A. H. (1970): Motivation and personality (2nd ed.). New York, Harper.
- McClelland, D. C. (1961): The achieving society. Van Nostrand, Princeton.
- McClelland, D. C. (1984): Motives, personality, and society. Praeger, New York.
- McClelland, D. C. (1985): Human motivation. Scott Foresman & Co, Glenview IL.
- McClelland, D. C.; Koestner, R. & Weinberger, J. (1989): How do self-attributed and implicit motives differ?. Psychological Review, Vol. 96, Nr.4, 690-702.
- Niehaus, F.: zukünftige Entwicklungen der sozialen Pflegeversicherung, WIP-Diskussionspapier 1/2010.
- Niens, C. (2015): Befragung zum ehrenamtlichen Engagement im Rahmen der Unterstützung älterer und pflegebedürftiger Menschen Juli-August 2015. Unveröffentlicht.
- Okun, M. A.; Barr, A. & Herzog, A. R. (1998): Motivation to volunteer by older adults: A test of competing measurement models. Psychology and Aging, Vol. 13, 608–621.
- Oostlandern, J.; Güntert, S. T.; van Schie, S. & Wehner, T. (2014): Volunteer Functions Inventory (VFI): Konstruktvalidität und psychometrische Eigenschaften der deutschen Adaption. Diagnostica, Vol. 60, Nr. 2, 73-85.
- Philipp, A., §§ 1-19, 28-45d SGB XI, in: Knickrehm, S.; Kreikebohm, R.; Waltermann R. (2015): Kommentar zum Sozialrecht (4. Auflage). C.H. Beck, München.
- Rechberger, K. (2009): Ehrenamtlichkeit im Altenbesuchsdienst. Diplomarbeit, Wien.
- Rolfs, C.; Giesen, R.; Kreikebohm, R.; Udsching, P. (Stand: 1.6.2015, Edition: 38): Beck'scher Online-Kommentar, Sozialrecht. C.H. Beck, München.
- Rosenstiel, L. v. (2000): Grundlagen der Organisationspsychologie (4., überarb u. erw. Aufl.). Schäffer-Poeschel, Stuttgart.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009):
Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, Drucksache 16/13770.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014):
Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. http://www.svrgesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung01.pdf, zuletzt geprüft am 10.09.2014.
- Schlömer, C. (2012): Raumordnungsprognose 2030: Bevölkerung, private Haushalte, Erwerbspersonen. BBSR – Analysen Bau. Stadt. Raum. Band 9. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, Bonn.
- Schröder, P. & Strack, M. (2015): Motivatoren und Belastung in der Psychoonkologie. Noch unveröffentlicht (Stand 07.09.2015).
- Spickhoff, A. (2014): Medizinrecht (2. Auflage). C.H. Beck, München.
- Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich. Wiesbaden.
- Udsching, P., §§ 1–45d, 69–82, 83–89, 91, 92b, 110, 112–115, 120, 121 SGB XI, in: Spickhoff, A. (2014): Medizinrecht (2. Auflage). C.H. Beck, München.
- Weiner, A. B. (1998): Lehrbuch der Organisationspsychologie (4., überarb. u. erw. Aufl.). Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Wilcken, C., §§ 69-71 SGB XI, in: Rolfs, C.; Giesen, R.; Kreikebohm, R.; Udsching, P. (Stand: 1.6.2015, Edition: 38): Beck'scher Online-Kommentar, Sozialrecht. C.H. Beck, München.
- Yoshioka, C. F.; Brown, W. A. & Ashcraft, R. F. (2007): A Functional Approach to Senior Volunteer and Non-Volunteer Motivations. *International Journal of Volunteer Administration*, Vol. 24, Nr. 5, 31-43.
- Yukl, G. A. (1990): Skills for managers and leaders. Prentice Hall N.J.: Englewood Cliffs.



Diskussionspapiere

2000 bis 31. Mai 2006

Institut für Agrarökonomie

Georg-August-Universität, Göttingen

2000		
0001	Brandes, W.	Über Selbstorganisation in Planspielen: ein Erfahrungsbericht, 2000
0002	von Cramon-Taubadel, S. u. J. Meyer	Asymmetric Price Transmission: Factor Artefact?, 2000
2001		
0101	Leserer, M.	Zur Stochastik sequentieller Entscheidungen, 2001
0102	Molua, E.	The Economic Impacts of Global Climate Change on African Agriculture, 2001
0103	Birner, R. et al.	„Ich kaufe, also will ich?‘: eine interdisziplinäre Analyse der Entscheidung für oder gegen den Kauf besonders tier- u. umweltfreundlich erzeugter Lebensmittel, 2001
0104	Wilkens, I.	Wertschöpfung von Großschutzgebieten: Befragung von Besuchern des Nationalparks Unteres Odertal als Baustein einer Kosten-Nutzen-Analyse, 2001
2002		
0201	Grethe, H.	Optionen für die Verlagerung von Haushaltsmitteln aus der ersten in die zweite Säule der EU-Agrarpolitik, 2002
0202	Spiller, A. u. M. Schramm	Farm Audit als Element des Midterm-Review : zugleich ein Beitrag zur Ökonomie von Qualitätssicherungssystemen, 2002
2003		
0301	Lüth, M. et al.	Qualitätssignaling in der Gastronomie, 2003
0302	Jahn, G., M. Peupert u. A. Spiller	Einstellungen deutscher Landwirte zum QS-System: Ergebnisse einer ersten Sondierungsstudie, 2003
0303	Theuvsen, L.	Kooperationen in der Landwirtschaft: Formen, Wirkungen und aktuelle Bedeutung, 2003
0304	Jahn, G.	Zur Glaubwürdigkeit von Zertifizierungssystemen: eine ökonomische Analyse der Kontrollvalidität, 2003

2004		
0401	Meyer, J. u. S. von Cramon-Taubadel	Asymmetric Price Transmission: a Survey, 2004
0402	Barkmann, J. u. R. Marggraf	The Long-Term Protection of Biological Diversity: Lessons from Market Ethics, 2004
0403	Bahrs, E.	VAT as an Impediment to Implementing Efficient Agricultural Marketing Structures in Transition Countries, 2004
0404	Spiller, A., T. Staack u. A. Zühlsdorf	Absatzwege für landwirtschaftliche Spezialitäten: Potenziale des Mehrkanalvertriebs, 2004
0405	Spiller, A. u. T. Staack	Brand Orientation in der deutschen Ernährungswirtschaft: Ergebnisse einer explorativen Online-Befragung, 2004
0406	Gerlach, S. u. B. Köhler	Supplier Relationship Management im Agribusiness: ein Konzept zur Messung der Geschäftsbeziehungsqualität, 2004
0407	Inderhees, P. et al.	Determinanten der Kundenzufriedenheit im Fleischerfachhandel
0408	Lüth, M. et al.	Köche als Kunden: Direktvermarktung landwirtschaftlicher Spezialitäten an die Gastronomie, 2004
2005		
0501	Spiller, A., J. Engelken u. S. Gerlach	Zur Zukunft des Bio-Fachhandels: eine Befragung von Bio-Intensivkäufern, 2005
0502	Groth, M.	Verpackungsabgaben und Verpackungslizenzen als Alternative für ökologisch nachteilige Einweggetränkeverpackungen? Eine umweltökonomische Diskussion, 2005
0503	Freese, J. u. H. Steinmann	Ergebnisse des Projektes 'Randstreifen als Strukturelemente in der intensiv genutzten Agrarlandschaft Wolfenbüttels', Nichtteilnehmerbefragung NAU 2003, 2005
0504	Jahn, G., M. Schramm u. A. Spiller	Institutional Change in Quality Assurance: the Case of Organic Farming in Germany, 2005
0505	Gerlach, S., R. Kennerknecht u. A. Spiller	Die Zukunft des Großhandels in der Bio-Wertschöpfungskette, 2005
2006		
0601	Heß, S., H. Bergmann u. L. Sudmann	Die Förderung alternativer Energien: eine kritische Bestandsaufnahme, 2006
0602	Gerlach, S. u. A. Spiller	Anwohnerkonflikte bei landwirtschaftlichen Stallbauten: Hintergründe und Einflussfaktoren; Ergebnisse einer

		empirischen Analyse, 2006
0603	Glenk, K.	Design and Application of Choice Experiment Surveys in So-Called Developing Countries: Issues and Challenges,
0604	Bolten, J., R. Kennerknecht u. A. Spiller	Erfolgsfaktoren im Naturkostfachhandel: Ergebnisse einer empirischen Analyse, 2006 (entfällt)
0605	Hasan, Y.	Einkaufsverhalten und Kundengruppen bei Direktvermarktern in Deutschland: Ergebnisse einer empirischen Analyse, 2006
0606	Lülf, F. u. A. Spiller	Kunden(un-)zufriedenheit in der Schulverpflegung: Ergebnisse einer vergleichenden Schulbefragung, 2006
0607	Schulze, H., F. Albersmeier u. A. Spiller	Risikoorientierte Prüfung in Zertifizierungssystemen der Land- und Ernährungswirtschaft, 2006
<u>2007</u>		
0701	Buchs, A. K. u. J. Jasper	For whose Benefit? Benefit-Sharing within Contractual ABC-Agreements from an Economic Perspective: the Example of Pharmaceutical Bioprospection, 2007
0702	Böhm, J. et al.	Preis-Qualitäts-Relationen im Lebensmittelmarkt: eine Analyse auf Basis der Testergebnisse Stiftung Warentest, 2007
0703	Hurlin, J. u. H. Schulze	Möglichkeiten und Grenzen der Qualitäts-sicherung in der Wildfleischvermarktung, 2007
Ab Heft 4, 2007:		Diskussionspapiere (Discussion Papers), Department für Agrarökonomie und RURale Entwicklung Georg-August-Universität, Göttingen (ISSN 1865-2697)
0704	Stockebrand, N. u. A. Spiller	Agrarstudium in Göttingen: Fakultätsimage und Studienwahlentscheidungen; Erstsemesterbefragung im WS 2006/2007
0705	Bahrs, E., J.-H. Held u. J. Thiering	Auswirkungen der Bioenergieproduktion auf die Agrarpolitik sowie auf Anreizstrukturen in der Landwirtschaft: eine partielle Analyse bedeutender Fragestellungen anhand der Beispielregion Niedersachsen
0706	Yan, J., J. Barkmann u. R. Marggraf	Chinese tourist preferences for nature based destinations – a choice experiment analysis
<u>2008</u>		
0801	Joswig, A. u. A. Zühlsdorf	Marketing für Reformhäuser: Senioren als Zielgruppe
0802	Schulze, H. u. A. Spiller	Qualitätssicherungssysteme in der europäischen Agri-Food Chain: Ein Rückblick auf das letzte Jahrzehnt

0803	Gille, C. u. A. Spiller	Kundenzufriedenheit in der Pensionspferdehaltung: eine empirische Studie
0804	Voss, J. u. A. Spiller	Die Wahl des richtigen Vertriebswegs in den Vorleistungsindustrien der Landwirtschaft – Konzeptionelle Überlegungen und empirische Ergebnisse
0805	Gille, C. u. A. Spiller	Agrarstudium in Göttingen. Erstsemester- und Studienverlaufsbefragung im WS 2007/2008
0806	Schulze, B., C. Wocken u. A. Spiller	(Dis)loyalty in the German dairy industry. A supplier relationship management view Empirical evidence and management implications
0807	Brümmer, B., U. Köster u. J.-P. Loy	Tendenzen auf dem Weltgetreidemarkt: Anhaltender Boom oder kurzfristige Spekulationsblase?
0808	Schlecht, S., F. Albersmeier u. A. Spiller	Konflikte bei landwirtschaftlichen Stallbauprojekten: Eine empirische Untersuchung zum Bedrohungspotential kritischer Stakeholder
0809	Lülfes-Baden, F. u. A. Spiller	Steuerungsmechanismen im deutschen Schulverpflegungsmarkt: eine institutionenökonomische Analyse
0810	Deimel, M., L. Theuvsen u. C. Ebbeskotte	Von der Wertschöpfungskette zum Netzwerk: Methodische Ansätze zur Analyse des Verbundsystems der Veredelungswirtschaft Nordwestdeutschlands
0811	Albersmeier, F. u. A. Spiller	Supply Chain Reputation in der Fleischwirtschaft
<u>2009</u>		
0901	Bahlmann, J., A. Spiller u. C.-H. Plumeyer	Status quo und Akzeptanz von Internet-basierten Informationssystemen: Ergebnisse einer empirischen Analyse in der deutschen Veredelungswirtschaft
0902	Gille, C. u. A. Spiller	Agrarstudium in Göttingen. Eine vergleichende Untersuchung der Erstsemester der Jahre 2006-2009
0903	Gawron, J.-C. u. L. Theuvsen	„Zertifizierungssysteme des Agribusiness im interkulturellen Kontext – Forschungsstand und Darstellung der kulturellen Unterschiede“
0904	Raupach, K. u. R. Marggraf	Verbraucherschutz vor dem Schimmelpilzgift Deoxynivalenol in Getreideprodukten Aktuelle Situation und Verbesserungsmöglichkeiten
0905	Busch, A. u. R. Marggraf	Analyse der deutschen globalen Waldpolitik im Kontext der Klimarahmenkonvention und des Übereinkommens über die Biologische Vielfalt
0906	Zschache, U., S. von Cramon-Taubadel u. L. Theuvsen	Die öffentliche Auseinandersetzung über Bioenergie in den Massenmedien - Diskursanalytische Grundlagen und erste Ergebnisse

0907	Onumah, E. E., G. Hoerstgen-Schwark u. B. Brümmer	Productivity of hired and family labour and determinants of technical inefficiency in Ghana's fish farms
0908	Onumah, E. E., S. Wessels, N. Wildenhayn, G. Hoerstgen-Schwark u. B. Brümmer	Effects of stocking density and photoperiod manipulation in relation to estradiol profile to enhance spawning activity in female Nile tilapia
0909	Steffen, N., S. Schlecht u. A. Spiller	Ausgestaltung von Milchlieferverträgen nach der Quote
0910	Steffen, N., S. Schlecht u. A. Spiller	Das Preisfindungssystem von Genossenschaftsmolkereien
0911	Granoszewski, K., C. Reise, A. Spiller u. O. Mußhoff	Entscheidungsverhalten landwirtschaftlicher Betriebsleiter bei Bioenergie-Investitionen - Erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung -
0912	Albersmeier, F., D. Mörlein u. A. Spiller	Zur Wahrnehmung der Qualität von Schweinefleisch beim Kunden
0913	Ihle, R., B. Brümmer u. S. R. Thompson	Spatial Market Integration in the EU Beef and Veal Sector: Policy Decoupling and Export Bans
<u>2010</u>		
1001	Heß, S., S. von Cramon-Taubadel u. S. Sperlich	Numbers for Pascal: Explaining differences in the estimated Benefits of the Doha Development Agenda
1002	Deimel, I., J. Böhm u. B. Schulze	Low Meat Consumption als Vorstufe zum Vegetarismus? Eine qualitative Studie zu den Motivstrukturen geringen Fleischkonsums
1003	Franz, A. u. B. Nowak	Functional food consumption in Germany: A lifestyle segmentation study
1004	Deimel, M. u. L. Theuvsen	Standortvorteil Nordwestdeutschland? Eine Untersuchung zum Einfluss von Netzwerk- und Clusterstrukturen in der Schweinefleischerzeugung
1005	Niens, C. u. R. Marggraf	Ökonomische Bewertung von Kindergesundheit in der Umweltpolitik - Aktuelle Ansätze und ihre Grenzen
1006	Hellberg-Bahr, A., M. Pfeuffer, N. Steffen, A. Spiller u. B. Brümmer	Preisbildungssysteme in der Milchwirtschaft - Ein Überblick über die Supply Chain Milch
1007	Steffen, N., S. Schlecht, H-C. Müller u. A. Spiller	Wie viel Vertrag braucht die deutsche Milchwirtschaft? - Erste Überlegungen zur Ausgestaltung des Contract Designs nach der Quote aus Sicht der Molkereien
1008	Prehn, S., B. Brümmer u. S. R. Thompson	Payment Decoupling and the Intra – European Calf Trade

1009	Maza, B., J. Barkmann, F. von Walter u. R. Marggraf	Modelling smallholders production and agricultural income in the area of the Biosphere reserve "Podocarpus - El Cóndor", Ecuador
1010	Busse, S., B. Brümmer u. R. Ihle	Interdependencies between Fossil Fuel and Renewable Energy Markets: The German Biodiesel Market
2011		
1101	Mylius, D., S. Küest, C. Klapp u. L. Theuvsen	Der Großvieheinheitenschlüssel im Stallbaurecht - Überblick und vergleichende Analyse der Abstandsregelungen in der TA Luft und in den VDI-Richtlinien
1102	Klapp, C., L. Obermeyer u. F. Thoms	Der Vieheinheitenschlüssel im Steuerrecht - Rechtliche Aspekte und betriebswirtschaftliche Konsequenzen der Gewerblichkeit in der Tierhaltung
1103	Göser, T., L. Schroeder u. C. Klapp	Agrarumweltprogramme: (Wann) lohnt sich die Teilnahme für landwirtschaftliche Betriebe?
1104	Plumeyer, C.-H., F. Albersmeier, M. Freiherr von Oer, C. H. Emmann u. L. Theuvsen	Der niedersächsische Landpachtmarkt: Eine empirische Analyse aus Pächtersicht
1105	Voss, A. u. L. Theuvsen	Geschäftsmodelle im deutschen Viehhandel: Konzeptionelle Grundlagen und empirische Ergebnisse
1106	Wendler, C., S. von Cramon- Taubadel, H. de Haen, C. A. Padilla Bravo u. S. Jrad	Food security in Syria: Preliminary results based on the 2006/07 expenditure survey
1107	Prehn, S. u. B. Brümmer	Estimation Issues in Disaggregate Gravity Trade Models
1108	Recke, G., L. Theuvsen, N. Venhaus u. A. Voss	Der Viehhandel in den Wertschöpfungsketten der Fleischwirtschaft: Entwicklungstendenzen und Perspektiven
1109	Prehn, S. u. B. Brümmer	"Distorted Gravity: The Intensive and Extensive Margins of International Trade", revisited: An Application to an Intermediate Melitz Model
2012		
1201	Kayser, M., C. Gille, K. Suttorp u. A. Spiller	Lack of pupils in German riding schools? – A causal-analytical consideration of customer satisfaction in children and adolescents
1202	Prehn, S. u. B. Brümmer	Bimodality & the Performance of PPML
1203	Tangermann, S.	Preisanstieg am EU-Zuckermarkt: Bestimmungsgründe und Handlungsmöglichkeiten der Marktpolitik

1204	Würriehausen, N., S. Lakner u. Rico Ihle	Market integration of conventional and organic wheat in Germany
1205	Heinrich, B.	Calculating the Greening Effect – a case study approach to predict the gross margin losses in different farm types in Germany due to the reform of the CAP
1206	Prehn, S. u. B. Brümmer	A Critical Judgement of the Applicability of ‘New New Trade Theory’ to Agricultural: Structural Change, Productivity, and Trade
1207	Marggraf, R., P. Masius C. Rumpf	u. Zur Integration von Tieren in wohlfahrtsökonomischen Analysen
1208	S. Lakner, B. Brümmer, S. von Cramon-Taubadel J. Heß, J. Isselstein, U. Liebe, R. Marggraf, O. Mußhoff, L. Theuvsen, T. Tschardtke, C. Westphal u. G. Wiese	Der Kommissionsvorschlag zur GAP-Reform 2013 - aus Sicht von Göttinger und Witzenhäuser Agrarwissenschaftler(inne)n
1209	Prehn, S., B. Brümmer T. Glauben	u. Structural Gravity Estimation & Agriculture
1210	Prehn, S., B. Brümmer T. Glauben	u. An Extended Viner Model: Trade Creation, Diversion & Reduction
1211	Salidas, R. u. S. von Cramon-Taubadel	Access to Credit and the Determinants of Technical Inefficiency among Specialized Small Farmers in Chile
1212	Steffen, N. u. A. Spiller	Effizienzsteigerung in der Wertschöpfungskette Milch ? -Potentiale in der Zusammenarbeit zwischen Milcherzeugern und Molkereien aus Landwirtssicht
1213	Mußhoff, O., A. Tegtmeier u. N. Hirschauer	Attraktivität einer landwirtschaftlichen Tätigkeit - Einflussfaktoren und Gestaltungsmöglichkeiten
2013		
1301	Lakner, S., C. Holst B. Heinrich	u. Reform der Gemeinsamen Agrarpolitik der EU 2014 - mögliche Folgen des Greenings für die niedersächsische Landwirtschaft
1302	Tangermann, S. u. S. von Cramon-Taubadel	Agricultural Policy in the European Union : An Overview
1303	Granoszewski, K. u. A. Spiller	Langfristige Rohstoffsicherung in der Supply Chain Biogas : Status Quo und Potenziale vertraglicher Zusammenarbeit
1304	Lakner, S., C. Holst, B. Brümmer, S. von Cramon-Taubadel, L. Theuvsen, O. Mußhoff u. T. Tschardtke	Zahlungen für Landwirte an gesellschaftliche Leistungen koppeln! - Ein Kommentar zum aktuellen Stand der EU-Agrarreform

1305	Prechtel, B., M. Kayser u. L. Theuvsen	Organisation von Wertschöpfungsketten in der Gemüseproduktion : das Beispiel Spargel
1306	Anastassiadis, F., J.-H. Feil, O. Musshoff u. P. Schilling	Analysing farmers' use of price hedging instruments : an experimental approach
1307	Holst, C. u. S. von Cramon-Taubadel	Trade, Market Integration and Spatial Price Transmission on EU Pork Markets following Eastern Enlargement
1308	Granoszewki, K., S. Sander, V. M. Aufmkolk u. A. Spiller	Die Erzeugung regenerativer Energien unter gesellschaftlicher Kritik : Akzeptanz von Anwohnern gegenüber der Errichtung von Biogas- und Windenergieanlagen
2014		
1401	Lakner, S., C. Holst, J. Barkmann, J. Isselstein u. A. Spiller	Perspektiven der Niedersächsischen Agrarpolitik nach 2013 : Empfehlungen Göttinger Agrarwissenschaftler für die Landespolitik
1402	Müller, K., Mußhoff, O. u. R. Weber	The More the Better? How Collateral Levels Affect Credit Risk in Agricultural Microfinance
1403	März, A., N. Klein, T. Kneib u. O. Mußhoff	Analysing farmland rental rates using Bayesian geoaddivitive quantile regression
1404	Weber, R., O. Mußhoff u. M. Petrick	How flexible repayment schedules affect credit risk in agricultural microfinance
1405	Haverkamp, M., S. Henke, C., Kleinschmitt, B. Möhring, H., Müller, O. Mußhoff, L., Rosenkranz, B. Seintsch, K. Schlosser u. L. Theuvsen	Vergleichende Bewertung der Nutzung von Biomasse : Ergebnisse aus den Bioenergieregionen Göttingen und BERTA
1406	Wolbert-Haverkamp, M. u. O. Musshoff	Die Bewertung der Umstellung einer einjährigen Ackerkultur auf den Anbau von Miscanthus – Eine Anwendung des Realoptionsansatzes
1407	Wolbert-Haverkamp, M., J.-H. Feil u. O. Musshoff	The value chain of heat production from woody biomass under market competition and different incentive systems: An agent-based real options model
1408	Ikinger, C., A. Spiller u. K. Wiegand	Reiter und Pferdebesitzer in Deutschland (Facts and Figures on German Equestrians)
1409	Mußhoff, O., N. Hirschauer, S. Grüner u. S. Pielsticker	Der Einfluss begrenzter Rationalität auf die Verbreitung von Wetterindexversicherungen : Ergebnisse eines internetbasierten Experiments mit Landwirten
1410	Spiller, A. u. B. Goetzke	Zur Zukunft des Geschäftsmodells Markenartikel im Lebensmittelmarkt
1411	Wille, M.	„Manche haben es satt, andere werden nicht satt“ : Anmerkungen zur polarisierten Auseinandersetzung um Fragen des globalen Handels und der Welternährung

1412	Müller, J., J. Oehmen, I. Janssen u. L. Theuvsen	Sportlermarkt Galopprennsport : Zucht und Besitz des Englischen Vollbluts
-------------	---	--

2015		
1501	Hartmann, L. u. A. Spiller	Luxusaffinität deutscher Reitsportler : Implikationen für das Marketing im Reitsportsegment
1502	Schneider, T., L. Hartmann u. A. Spiller	Luxusmarketing bei Lebensmitteln : eine empirische Studie zu Dimensionen des Luxuskonsums in der Bundesrepublik Deutschland
1503	Würriehausen, N. u. S. Lakner	Stand des ökologischen Strukturwandels in der ökologischen Landwirtschaft
1504	Emmann, C. H., D. Surmann u. L. Theuvsen	Charakterisierung und Bedeutung außerlandwirtschaftlicher Investoren : empirische Ergebnisse aus Sicht des landwirtschaftlichen Berufsstandes
1505	Buchholz, M., G. Host u. Oliver Mußhoff	Water and Irrigation Policy Impact Assessment Using Business Simulation Games : Evidence from Northern Germany
1506	Hermann, D., O. Mußhoff u. D. Rüter	Measuring farmers' time preference : A comparison of methods
1507	Riechers, M., J. Barkmann u. T. Tschardt	Bewertung kultureller Ökosystemleistungen von Berliner Stadtgrün entlang eines urbanen-periurbanen Gradienten
1508	Lakner, S., S. Kirchwegger, D. Hopp, B. Brümmer u. J. Kantelhardt	Impact of Diversification on Technical Efficiency of Organic Farming in Switzerland, Austria and Southern Germany
1509	Sauthoff, S., F. Anastassiadis u. O. Mußhoff	Analyzing farmers' preferences for substrate supply contracts for sugar beets
1510	Feil, J.-H., F. Anastassiadis, O. Mußhoff u. P. Kasten	Analyzing farmers' preferences for collaborative arrangements : an experimental approach
1511	Weinrich, R., u. A. Spiller	Developing food labelling strategies with the help of extremeness aversion
1512	Weinrich, R., A. Franz u. A. Spiller	Multi-level labelling : too complex for consumers?



Diskussionspapiere

2000 bis 31. Mai 2006:

Institut für Rurale Entwicklung

Georg-August-Universität, Göttingen)

Ed. Winfried Manig (ISSN 1433-2868)

32	Dirks, Jörg J.	Einflüsse auf die Beschäftigung in nahrungsmittelverarbeitenden ländlichen Kleinindustrien in West-Java/Indonesien, 2000
33	Keil, Alwin	Adoption of Leguminous Tree Fallows in Zambia, 2001
34	Schott, Johanna	Women's Savings and Credit Co-operatives in Madagascar, 2001
35	Seeberg-Elberfeldt, Christina	Production Systems and Livelihood Strategies in Southern Bolivia, 2002
36	Molua, Ernest L.	Rural Development and Agricultural Progress: Challenges, Strategies and the Cameroonian Experience, 2002
37	Demeke, Abera Birhanu	Factors Influencing the Adoption of Soil Conservation Practices in Northwestern Ethiopia, 2003
38	Zeller, Manfred u. Julia Johannsen	Entwicklungshemmnisse im afrikanischen Agrarsektor: Erklärungsansätze und empirische Ergebnisse, 2004
39	Yustika, Ahmad Erani	Institutional Arrangements of Sugar Cane Farmers in East Java – Indonesia: Preliminary Results, 2004
40	Manig, Winfried	Lehre und Forschung in der Sozialökonomie der Ruralen Entwicklung, 2004
41	Hebel, Jutta	Transformation des chinesischen Arbeitsmarktes: gesellschaftliche Herausforderungen des Beschäftigungswandels, 2004
42	Khan, Mohammad Asif	Patterns of Rural Non-Farm Activities and Household Access to Informal Economy in Northwest Pakistan, 2005
43	Yustika, Ahmad Erani	Transaction Costs and Corporate Governance of Sugar Mills in East Java, Indonesia, 2005

44	Feulefack, Joseph Florent, Manfred Zeller u. Stefan Schwarze	Accuracy Analysis of Participatory Wealth Ranking (PWR) in Socio-economic Poverty Comparisons, 2006
-----------	--	--



Die Wurzeln der **Fakultät für Agrarwissenschaften** reichen in das 19. Jahrhundert zurück. Mit Ausgang des Wintersemesters 1951/52 wurde sie als siebente Fakultät an der Georg-Augusta-Universität durch Ausgliederung bereits existierender landwirtschaftlicher Disziplinen aus der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät etabliert.

1969/70 wurde durch Zusammenschluss mehrerer bis dahin selbständiger Institute das **Institut für Agrarökonomie** gegründet. Im Jahr 2006 wurden das Institut für Agrarökonomie und das Institut für RURALE ENTWICKLUNG zum heutigen **Department für Agrarökonomie und RURALE ENTWICKLUNG** zusammengeführt.

Das Department für Agrarökonomie und RURALE ENTWICKLUNG besteht aus insgesamt neun Lehrstühlen zu den folgenden Themenschwerpunkten:

- Agrarpolitik
- Betriebswirtschaftslehre des Agribusiness
- Internationale Agrarökonomie
- Landwirtschaftliche Betriebslehre
- Landwirtschaftliche Marktlehre
- Marketing für Lebensmittel und Agrarprodukte
- Soziologie Ländlicher Räume
- Umwelt- und Ressourcenökonomik
- Welternährung und rurale Entwicklung

In der Lehre ist das Department für Agrarökonomie und RURALE ENTWICKLUNG führend für die Studienrichtung Wirtschafts- und Sozialwissenschaften des Landbaus sowie maßgeblich eingebunden in die Studienrichtungen Agribusiness und Ressourcenmanagement. Das Forschungsspektrum des Departments ist breit gefächert. Schwerpunkte liegen sowohl in der Grundlagenforschung als auch in angewandten Forschungsbereichen. Das Department bildet heute eine schlagkräftige Einheit mit international beachteten Forschungsleistungen.

Georg-August-Universität Göttingen
Department für Agrarökonomie und RURALE ENTWICKLUNG
Platz der Göttinger Sieben 5
37073 Göttingen
Tel. 0551-39-4819
Fax. 0551-39-12398
Mail: biblio1@gwdg.de
Homepage : <http://www.uni-goettingen.de/de/18500.html>

7.3.2 Beitrag II: Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze auf die Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Pflege

Niens, C., Hille, C., Schüler, S., Hoffmeister, F., Marggraf, R. (2017): Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Pflege: Stärkung der subjektiven Perspektive durch Reformmaßnahmen der sozialen Pflegeversicherung? Zeitschrift für Sozialreform, 63 (4), 517-547.

Dieser Beitrag greift die sozialpolitische Fragestellung auf, wie die Sicherstellung bedarfsgerechter pflegerischer Versorgung angesichts des anhaltenden Fachkräftemangels und knapper finanzieller Mittel gelingen kann. Vor diesem Hintergrund wird zunächst der Frage nachgegangen, ob das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) aus dem Jahr 2015 Möglichkeiten eröffnet, die ambulante Pflege stärker als bisher am Bedarf der LeistungsempfängerInnen auszurichten. Hierzu wurden Prognosen hinsichtlich der Wirkung der Neuerungen des SGB XI auf die subjektive Bedarfsgerechtigkeit der Pflege erarbeitet. Unter Einbeziehung relevanter Literatur wurden Überlegungen angestellt, welche Aspekte der Pflege aus Sicht von Pflegebedürftigen „bewertungsrelevant“ sein könnten, wie beispielsweise die Anzahl der Pflegeleistungen, die ein PB erhält oder die Anzahl der LeistungserbringerInnen, die einen PB versorgen. Abschließend wurden Empfehlungen formuliert, wie ambulante Pflege bedarfsgerecht gestaltet werden kann, ohne dass hierdurch zusätzliche Kosten für das Pflegesystem resultieren. Der Beitrag wurde von einem interdisziplinären Team aus Juristen, Ökonomen, Sozial- und Naturwissenschaftlern gemeinsam verfasst.

Aufteilung der Autorenschaft: Kapitel 1: C. Niens; Kapitel 2: C. Niens; Kapitel 3: C. Hille, F. Hoffmeister; Kapitel 4: C. Niens, R. Marggraf; Kapitel 5: C. Niens, C., Hille, S. Schüler, F. Hoffmeister; Kapitel 6: C. Niens, C., Hille, S. Schüler, F. Hoffmeister, R. Marggraf; Kapitel 7: C. Niens, C. Hille; Kapitel 8: C. Niens.

Christine Niens*, Cornelius Hille, Stefan Schüler, Friederike Hoffmeister und Rainer Marggraf

Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Pflege: Stärkung der subjektiven Perspektive durch Reformmaßnahmen der sozialen Pflegeversicherung?

DOI 10.1515/zsr-2017-0022

Abstract: This paper examines the impacts of a German Social Law reform on the perceived quality of long-term home care. Taking a welfare economics perspective, an improved legal performance in addressing the personal needs of people depending on long-term care was found. Finally, recommendations to better adjust home care to the individual needs are given.

Schlüsselwörter: XI. Sozialgesetzbuch, Langzeitversorgung, Pflegesituation, Präferenzen, Bedarfsdeckung

1 Einleitung

Die Sozialpolitik verfolgt das Ziel, die Bedarfsgerechtigkeit pflegerischer Langzeitversorgung zu verbessern. Diese Entwicklung begann mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG v. 14.12.2001, BGBl. I/2001: 3728) und fand mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III v. 23.12.2016, BGBl. I/2016: 3191) ihren vorläufigen Abschluss. Im Zuge dieser Reformen galt es vor allem, die gem. § 3¹ vorrangige und den Wünschen der Pflegebedürftigen (Pbn) entsprechende ambulante Versorgung weiter zu stärken. Dies entspricht der sozialpolitischen Zielsetzung, den Pbn ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen (§ 2), in besonderer Weise.

1 §§ ohne andere Kennzeichnung sind solche des SGB XI.

*Kontaktperson: Dr. Christine Niens, Arbeitsbereich Umwelt- und Ressourcenökonomik, Department für Agrarökonomie und Rurale Entwicklung, Georg-August-Universität Göttingen, Platz der Göttinger Sieben 5, 37073 Göttingen, E-Mail: cniens@uni-goettingen.de

Die Leitidee der Reformierung spiegelt sich in folgender Aussage des Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe (2015) wider:

Die Pflege wird sich stärker am ganz persönlichen Unterstützungsbedarf ausrichten. Denn gute Pflege gibt es nicht von der Stange. Sie muss wie ein Maßanzug auf die persönliche Situation zugeschnitten sein.

Daraus lässt sich folgende Schlussfolgerung ableiten: Absicht der Reform ist, durch Stärkung der subjektiven Perspektive die pflegerische Versorgung in Deutschland bedarfsgerechter zu gestalten.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Fragestellungen im Hinblick auf die Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit des Pflegesystems im Bereich ambulanter Pflege: (1) Inwieweit wird durch die Reform des XI. Sozialgesetzbuches eine Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit durch Stärkung der subjektiven Perspektive der PBN im Bereich der ambulanten Versorgung erreicht? (2) Wie könnten weitere Reformmaßnahmen ausgestaltet sein, um eine Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Pflege zu ermöglichen?

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wird vorab eine Konkretisierung des Begriffs der Bedarfsgerechtigkeit vorgenommen (Abschnitt 2). Es wird unterschieden zwischen einem objektiven und einem subjektiven Pflegebedarf als Komponenten der Bedarfsgerechtigkeit. Zur Erläuterung des objektiven Bedarfs erfolgt eine grundlegende Betrachtung der Rechtsgrundlage der sozialen Pflegeversicherung (sPV). Weiterhin werden die wesentlichen Inhalte der Reformen des SGB XI zur Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Versorgung für 1995 und 2017 einander gegenübergestellt (3). Daran schließen sich Ausführungen zum subjektiven Pflegebedarf an (4), die aus wohlfahrtsökonomischer Perspektive vorgenommen werden. In diesem Zusammenhang wird auch erläutert, welche Aspekte darüber entscheiden, ob die konkrete Pflegesituation von den PBN als bedarfsgerecht empfunden wird. Anschließend wird überprüft, inwieweit die dargestellten rechtlichen Änderungen Auswirkungen auf die individuelle Pflegesituation ausüben und ob hierdurch eine verbesserte Bedarfsgerechtigkeit erreicht wird (5, 6). Der darauf folgende Abschnitt gibt Empfehlungen zur weiteren Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Pflege (7). Der Beitrag endet mit einer Schlussbetrachtung, in der u. a. dargelegt wird, ob eine stärkere Berücksichtigung der subjektiven Perspektive von PBN durch die Reformen des Pflegesystems im Vergleich zu 1995 gelungen ist (8).

2 Begriffsinterpretationen: Bedarfsgerechtigkeit pflegerischer Versorgung

Der Begriff der „Bedarfsgerechtigkeit“ ist nicht einheitlich und abschließend definiert (Sachverständigenrat 2014). Im Allgemeinen bietet es sich an, von bedarfsgerechter Pflege zu sprechen, „wenn die auf Expertenmeinung (Mediziner, Gerontologen, Pflegewissenschaftler etc.) basierende Vorstellung von Pflegebedarf der Pflegepolitik (= objektiver Pflegebedarf) mit den Vorstellungen der Nutzer und Nutzerinnen des Pflegesystems (= subjektiver Pflegebedarf)“ harmonieren „und die pflegerischen Versorgungsleistungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht ausreichend für alle Betroffenen zur Verfügung stehen“ (Niens et al. 2015).

Entsprechend der obigen, allgemeinen Interpretation ist der Begriff der Bedarfsgerechtigkeit an objektive Vorgaben und subjektive Bedürfnisse geknüpft. In Deutschland ist der objektive Pflegebedarf von Personen, bei denen Pflegebedürftigkeit nach § 14 festgestellt wurde, durch das SGB XI definiert. Hierbei hat das, was nach Expertenmeinung eine gute pflegerische Versorgung kennzeichnet, Eingang in die gesetzliche Ausgestaltung der sPV gefunden. Dies drückt sich insbesondere im neu eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem daran anknüpfenden Leistungskatalog sowie dem 11. Kapitel, den Maßnahmen zur Qualitätssicherung, aus (Bundestags-Drucksache 18/5926: 2–3, 108). Nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 29) sind nur Pflegeleistungen (PL) gerechtfertigt, die wirksam und wirtschaftlich sind und das Notwendige nicht überschreiten.

Von den durch das SGB XI abgedeckten PL zu unterscheiden sind die finanziellen Mittel, d. h. die Versicherungszahlungen, die tatsächlich zur Finanzierung der Pflege zur Verfügung stehen. Da die sPV als Teilkasko-System angelegt ist, müssen die maximalen Versicherungszahlungen in Deutschland nicht ausreichen, um alle PL ausschließlich aus Mitteln der sPV finanzieren zu können (Kehl 2016; Rothgang 1997). Beabsichtigt ist jedoch, dass die notwendigen Versorgungsleistungen teilfinanzierbar sind.

In Abgrenzung zum objektiven Pflegebedarf ist der subjektive Pflegebedarf ausschließlich durch die individuellen Interessen und Bedürfnisse der PBN bestimmt. Es kann differenziert werden zwischen (Niens et al. 2015: 19): (a) der Nachfrage nach Leistungen, die qualitativ (nach Art der PL) und quantitativ (entsprechend der Zeit-/Budgetgrenzen) dem objektiven Bedarf entsprechen, z. B. tägliches Kämmen = subjektiver Bedarf I; (b) der Nachfrage nach Leistungen, die qualitativ (nach Art der PL) dem objektiven Bedarf entsprechen, aber

von denen in quantitativer Hinsicht (Zeit/Budget) „mehr“ gewünscht wird, z. B. tägliches Haarewaschen = subjektiver Bedarf II a; (c) der Nachfrage nach Leistungen, die qualitativ (Art der PL) bisher nicht dem objektiven Bedarf entsprechen, z. B. Schminken = subjektiver Bedarf II b.

Der Idealzustand bedarfsgerechter pflegerischer Versorgung kann wie folgt zusammengefasst werden:

Bedarfsgerechtigkeit (optimal) = Nachfrage nach Leistungen des objektiven Bedarfs/subjektiven Bedarfs I in qualitativer und quantitativer Hinsicht vollständig gedeckt + kein subjektiver Bedarf II a/b.

Zu unterscheiden sind die Bedarfsgerechtigkeit des Pflegesystems als Ganzes und die individuelle Bedarfsgerechtigkeit im Sinne der Pflege einzelner Pflegebedürftiger (PB)². So gehen Abweichungen zwischen objektivem Pflegebedarf und der individuellen Inanspruchnahme pflegerischer Versorgung nicht zwingend mit mangelnder Bedarfsgerechtigkeit des Pflegesystems einher. Sofern eine Nicht-Inanspruchnahme pflegerischer Versorgung auf individuellen Faktoren wie z. B. der Risikoneigung des PBn beruht, bleibt die Bedarfsgerechtigkeit des Pflegesystems in Deutschland hiervon unberührt. Weiterhin ist die Teilfinanzierung von PL, die dem subjektiven Bedarf II b zuzuordnen und ggf. unwirtschaftlich sind, derzeit nicht vorgesehen. Dennoch sollte das Pflegesystem derart ausgestaltet sein, dass es den PBn erlaubt, mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln eine möglichst hohe Bedarfsdeckung, gemessen an ihren subjektiven Bedürfnissen, zu erreichen. Hierzu sollte unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit eine möglichst große Übereinstimmung zwischen dem Leistungskatalog des SGB XI und dem subjektiven Pflegebedarf der PBn angestrebt werden.

² Im vorliegenden Beitrag wird die maskuline Form verwendet, jedoch sind sämtliche personenbezogenen Formulierungen geschlechtsneutral zu verstehen.

3 Ausgestaltung des objektiven Bedarfs Pflegebedürftiger i. S. d. § 14

3.1 Grundlagen des Leistungssystems ambulanter pflegerischer Versorgung zum 1.1.2017

Im System der sPV sind die Leistungsbeträge abhängig vom konkreten Pflegegrad des Pbn, welcher seinerseits durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) anhand objektiver Kriterien individuell ermittelt wird. Als Ergebnis der Begutachtung durch den MDK erfolgt seit dem 1.1.2017 die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade (bis 31.12.2016 drei Pflegestufen) gemäß § 15 oder die Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 vorliegt. Das Ergebnis der Begutachtung entscheidet somit über das Vorliegen eines objektiven Pflegebedarfs und den individuellen Anspruch des Versicherten gegenüber der Pflegekasse.³

Im Folgenden werden die Leistungen betrachtet, die für die Versorgung von Pbn im Sinne des § 14 im Bereich der ambulanten Pflege als objektiv notwendig angesehen und daher durch die sPV teilfinanziert werden. Diese PL kennzeichnen den objektiven Bedarf ambulant versorgter Pbn in Deutschland.

In § 28 und § 28a sind verschiedene Leistungsarten der ambulanten Versorgung festgelegt. Daraus sind für diese Betrachtung die wichtigsten: Pflegesachleistung (§ 36), Pflegegeld (§ 37), Kombinationsleistung (§ 38), Entlastungsbetrag (§§ 45a ff.). Darüber hinaus werden die Leistungsarten Verhinderungspflege (§ 39) sowie Tages- und Nachtpflege (§ 41) betrachtet.

3.1.1 Pflegesachleistung

Durch den Pflegesachleistungsbetrag kann ein ambulant versorgter PB von einer professionellen Pflegekraft des gewählten Pflegedienstes PL erhalten. Die Spanne dieses Anspruchs gem. § 36 liegt zwischen 689,- € für Pflegegrad 2 und 1.995,- € für Pflegegrad 5. Der Pflegesachleistungsbetrag kann aufgewendet werden für Maßnahmen aller drei Leistungsbereiche Selbstversorgung, Haushaltsführung und Betreuung.

³ Zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ausführlich Richter 2016: 598–604.

Der Leistungsbereich *Selbstversorgung* umfasst die in § 14 Abs. 2 Nr. 4 aufgelisteten körperbezogenen Pflegemaßnahmen (z. B. Waschen). *Haushaltsführung* beinhaltet typische Tätigkeiten zur Strukturierung des häuslichen Lebens (z. B. Spülen). Zum Bereich der *Betreuung* zählen u. a. Hilfen zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte oder einer Tagesstruktur.

Eine Abrechnung der Sachleistungen des Pflegedienstes kann gemäß § 89 Abs. 3 S. 1 entweder nach Leistungskomplexen oder nach Zeitkontingenten erfolgen. Bei einem Zeitkontingent erfolgt die Vergütung des Pflegeeinsatzes nach Minuten, für die ein PB die einzelnen PL frei wählen kann. Bei Leistungskomplexen kann ein PB zwischen verschiedenen, festgelegten Leistungspaketen wählen, die jeweils ein Bündel an PL enthalten. Zu beachten ist dabei, dass ein Pflegeeinsatz nach Zeitkontingent bei Selbstversorgung (15 Punkte/0,68 € pro Minute) und Betreuung (10 Punkte/0,45 € pro Minute) zunächst mit einer Mindestdauer von 15 Minuten veranschlagt wird.⁴ Anschließend ist theoretisch eine minutengenaue Inanspruchnahme möglich. In der Praxis der Pflegedienste in Niedersachsen ist es jedoch üblich, auch nach der Mindesteinsatzdauer eine 15-Minuten-Taktung anzuwenden.⁵ Bei Haushaltsführung werden stets je angefangene 10 Minuten pauschal 80 Punkte (3,60 €/10 Minuten) veranschlagt.

3.1.2 Pflegegeld

Wählt ein PB als Leistungsart das Pflegegeld, so wird ihm am Monatsanfang ein Betrag je nach Pflegegrad i. H. v. 316,- € (Pflegegrad 2) bis 901,- € (Pflegegrad 5) ausbezahlt, der es ihm ermöglichen soll, seine pflegerische Versorgung selbst sicherzustellen. Gegenüber der Pflegekasse muss der Nachweis geführt werden, dass eine Pflegeperson die anfallenden PL wahrnimmt. Pflegepersonen sind diejenigen Personen, die vom PBn unmittelbar zur Erbringung von ambulanten PL ausgewählt wurden. „Pflegepersonen“ sind nach § 19 Leistungserbringer (LE), die *nicht erwerbsmäßig* einen PBn in *häuslicher Umgebung* mit gewisser *Verbindlichkeit* und *Regelmäßigkeit* pflegen (z. B. Familienangehörige oder Nachbarn) (Hoffmeister/Hille 2015: 3753, 3755). Sie stehen oft in einem engen Verhältnis zu den PBn. Als Laien dürfen die Pflegepersonen PL aus sämtlichen Leistungsbereichen ausführen.

⁴ Basiswert des Paritätischen Dienstes Goslar vom 1. Oktober 2014: 0,045 € pro Punkt.

⁵ Auskunft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, April 2016.

3.1.3 Kombinationsleistung

Grundsätzlich besteht ein Leistungsanspruch auf Pflegesachleistung oder Pflegegeld, wohingegen der Entlastungsbetrag (3.1.4) zusätzlich zu den anderen Beträgen gewährt wird. Ein PB hat jedoch die Möglichkeit, das Pflegegeld und die Pflegesachleistung kombiniert als sog. Kombinationsleistung gem. § 38 abzurufen.

3.1.4 Entlastungsbetrag

Ein PB kann zur Unterstützung im Alltag einen vom Pflegegrad unabhängigen, einheitlichen Entlastungsbetrag in Höhe von 125,- € pro Monat abrufen, der zur Erstattung von Aufwendungen dient. Dazu zählen Aufwendungen für Fahrten im Rahmen der Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Leistungen der Pflegedienste (ab Pflegegrad 2 nicht im Bereich der Selbstversorgung) sowie landesrechtlich anerkannte Unterstützungsangebote. Letztere umfassen nach § 45a unter anderem Betreuungsangebote und Angebote zur Entlastung von Pflegenden. LE, die durch den Entlastungsbetrag entlohnt werden, sind stets fachlich geschult und eingebunden in eine Organisation, die zum Ausstellen einer Quitting berechtigt ist. So können geschulte Ehrenamtliche im Rahmen niedrigschwelliger Betreuungsangebote oder professionelle LE von ambulanten Diensten die Leistungen erbringen. Die „geschulten Ehrenamtlichen“ stehen im Gegensatz zu Pflegepersonen i. d. R. in keinem persönlichen Verhältnis zum PBn. Vielmehr sollen die geschulten Ehrenamtlichen Pflegepersonen entlasten.

Eine Verringerung des Entlastungsanspruchs im Tausch mit einer anderen Leistungsart ist nicht möglich. Jedoch kann der Entlastungsbetrag von PBn mit mindestens Pflegegrad 2 durch Pflegesachleistungsmittel prozentual erhöht werden durch Ausübung des sog. Umwandlungsanspruchs, § 45a Abs. 4. Dies ist allerdings begrenzt bis zu einem Anteil von maximal 40 % des Sachleistungsbetrages.

3.1.5 Verhinderungspflege

Sofern eine Pflegeperson i. S. d. § 19 an der Pflege bspw. urlaubs- oder krankheitsbedingt gehindert ist, werden die Kosten einer Ersatzpflege durch die Pflegekasse bis zu einem Zeitraum von sechs Wochen je Kalenderjahr übernommen, sofern diese bereits sechs Monate die Pflege wahrgenommen hat und ein PB

mindestens im Pflegegrad 2 eingestuft ist. Je nach Ausgangslage ist dieser Betrag jedoch begrenzt bis zu einer maximalen Höhe von 1.612,- € bzw. durch Anrechnung nach § 39 Abs. 2 bis 2.418,- € pro Jahr.

3.1.6 Tages- und Nachtpflege

Kann die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden, so hat ein PB ab Pflegegrad 2 die Möglichkeit, zusätzlich teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege wahrzunehmen (§ 41), deren Umfang dem monatlichen Pflegesachleistungsbetrag entspricht.

3.2 Gegenüberstellung der Rechtslagen von 1995 und 2017: Änderungen des objektiven Bedarfs

Der objektive Bedarf der PBN unterliegt einem Wandel, der sich in der Neuausrichtung der sPV widerspiegelt. Nachfolgend werden die wesentlichen Schritte der Reformen des SGB XI aufgezeigt. Der Fokus liegt hierbei auf den Änderungen des Leistungskatalogs gem. §§ 28 und 28a. Hier zeigt sich, dass der Umfang der objektiv notwendigen Versicherungsleistungen im Bereich ambulanter Pflege gegenüber 1995 deutlich erweitert wurde.

3.2.1 Erhöhung der Leistungsbeträge von Pflegesachleistung und Pflegegeld

Durch Erhöhung der Versicherungszahlungen wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass höhere Kosten für die Teilfinanzierung der objektiv notwendigen PL anfallen. Der monatlich maximal abrufbare Geldbetrag für Pflegesachleistungen und Pflegegeld hat sich bis 2017 im Verhältnis zu 1995 schrittweise erhöht. So betrug der Pflegesachleistungsbetrag 1995 383,47 € (515,77 €) bei Pflegestufe 1 und 1.431,61 € (1.925,52 €) bei Pflegestufe 3.⁶ Demgegenüber sind im Jahr 2017 in Pflegegrad 2 Pflegesachleistungen i. H. v. 689,- € und in Pflegegrad 5 1.995,- € abrufbar. Das Pflegegeld betrug dagegen im Jahr 1995 204,52 €

⁶ Alle Eurowerte aus dem Jahr 1995 basieren auf dem Wechselkurs DM/€ (1 Euro = 1,95583 DM) (BMF 2001). In Klammern sind die preisbereinigten Realwerte auf Basis des Verbraucherpreisindex für Gesundheitspflege in Deutschland für die Jahre 1995 bis 2015 angegeben (Statistisches Bundesamt 2016).

(275,08 €) in Pflegestufe 1 und 664,68 € (893,99 €) in Pflegestufe 3 und hat sich zum 1.1.2017 erhöht auf 316,- € in Pflegegrad 1 und 901,- € in Pflegegrad 5.

3.2.2 Qualitätssicherung und Schutzmaßnahmen

Zur Qualitätssicherung der Pflege wurde für professionelle Pflegedienste u. a. eine Dokumentationspflicht eingeführt, innerhalb derer die erbrachten PL täglich festgehalten werden müssen. Weiterhin wurden für professionelle Pflegedienste die Vorgaben der Qualitätssicherung mit der Einführung des § 113a erweitert, indem die Einhaltung von medizinisch-pflegerischen Expertenstandards ebenfalls verpflichtend wurde. Dadurch wurden qualitative Mindestanforderungen für die objektiv gerechtfertigten PL bestimmt, sodass der objektive Bedarf gegenüber 1995 eine Veränderung bezüglich der Art der Leistungserbringung im professionellen Bereich erfahren hat.

3.2.3 Einführung der „Betreuung“

Ursprünglich erfasste der Pflegebedürftigkeitsbegriff nur den Hilfebedarf bei der Vornahme von PL zur Haushaltsführung und Selbstversorgung. Zwischenzeitlich wurde PBn mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Rahmen des § 45b als zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen ein Grundbetrag von 104,- € monatlich zur Finanzierung der Betreuung gewährt. Seit dem 1.1.2015 steht dieser allen PBn zu. Mit dem PSG II ist seit dem 1.1.2017 die Betreuung ein gleichwertiger Leistungsbereich neben Selbstversorgung und Haushaltsführung und kann dadurch auch aus Pflegesachleistungen finanziert werden. Damit wurde die Betreuung als pflegewissenschaftlich notwendig anerkannt und wird nun im objektiven Bedarf berücksichtigt. Zudem wurde die inzwischen als Entlastungsbetrag bezeichnete Betreuungs- und Entlastungsleistung auf 125,- € angehoben.

3.2.4 Sonstige Änderungen

Abschließend soll noch auf die Neuerungen in den §§ 39, 41, 44a und 45 eingegangen werden. Das bisher fakultative Anbieten von Pflegekursen für Angehörige und Ehrenamtliche wird für die Pflegekassen gem. § 45 durch das PSG II nunmehr zur Pflicht.

Zudem erweitert sich das bestehende Auffangnetz der Sozialversicherungsbeiträge (von Rentenversicherung, Unfallversicherung und Arbeitsförderung auf Kranken- und Pflegeversicherung) für Pflegepersonen mit der Einführung des § 44a auch auf solche Pflegepersonen, die sich in Pflegezeit befinden (also zu Pflegezwecken von Arbeit freigestellt sind) oder geringfügig beschäftigt sind. Mit dem PSG I wurden auch Entlastungsleistungen aus dem Kostenpool für die Verhinderungspflege nach § 39 finanzierbar. Außerdem wurde die Dauer für eine Übernahme von Kosten einer Verhinderungspflege von vier auf sechs Wochen verlängert, und der maximal abrufbare Betrag ist von 1.431,62 € auf 1.612,- € jährlich angestiegen. Ihre erstmalige Inanspruchnahme ist durch das PflegeWEG im Jahr 2008 nicht mehr nach 12 Monaten Pflegezeit, sondern nach 6 Monaten möglich.

Weiterhin wurden die Leistungsarten bzw. deren Kombinationsmöglichkeiten reformiert. Rufen die PBn neben Sachleistung, Pflegegeld oder Kombinationsleistung auch Beträge aus dem Bereich der Tages- und Nachtpflege ab, so findet dabei keine Verrechnung mehr statt, sondern diese Leistungen sind nebeneinander abrufbar (§ 41 Abs. 3).

4 Ausgestaltung des subjektiven Bedarfs Pflegebedürftiger

4.1 Bewertung pflegerischer Versorgung aus wohlfahrtsökonomischer Perspektive

Zur Ausgestaltung des subjektiven Pflegebedarfs wird im Folgenden eine wohlfahrtsökonomische Perspektive eingenommen. Die ethische Basis stellt dabei die Theorie des sozialen Subjektivismus dar, wonach allein das Wohlergehen, d. h. die Erfüllung der individuellen Interessen natürlicher Personen, wertvoll ist (Marggraf 2005; Gans/Marggraf 1997). Entsprechend dieser ethischen Basis ergeben sich für die subjektive Bedarfsgerechtigkeit ambulanter pflegerischer Versorgung folgende grundlegende normative Annahmen: Ausschlaggebend für die Bewertung der pflegerischen Versorgung sind die Interessen der PBn.

Für die PBn ist es wichtig, wie gut sie selbst pflegerisch versorgt werden. Diese Annahmen werden in der Wohlfahrtsökonomie üblicherweise wie folgt erweitert: Die PBn wissen selbst am besten, welche Pflege für sie gut ist.

Grundsätzlich besitzen diese Annahmen allgemeine Gültigkeit. Einschränkungen sind jedoch in drei Ausnahmefällen zugelassen: Kinder, Menschen mit

erheblichen kognitiven Einschränkungen und Suchtkranke. Angenommen wird, dass diese Gruppen nicht selbständig entscheiden können, was „das Beste“ für sie ist, bzw. keine „vernünftigen“ Entscheidungen treffen können. Daher darf in diesen Fällen ein Stellvertreter über ihre Interessen entscheiden.

Werden Interessen über Stellvertreter erhoben, muss allerdings mit Verzerrungen gerechnet werden (Niens/Marggraf 2010). Bei PBN, deren Urteilskraft krankheitsbedingt stark eingeschränkt ist, ist die Erfassung über Stellvertreter jedoch alternativlos. Daher müssen Abweichungen durch die indirekte Erhebung in Kauf genommen werden, wenn die Interessen der genannten Personengruppen (Personen mit erheblichen kognitiven Einschränkungen, Kinder und Suchtkranke) Berücksichtigung finden sollen. Bei allen anderen Personen ist für den Bereich der Pflege Folgendes anzunehmen:

Die PBN besitzen Interessen, die sich als Präferenzen darstellen lassen. Präferenzen sind subjektive Werturteile, die vor dem Hintergrund individueller Wertvorstellungen und der Ausgangssituation einer Person gebildet werden. Sie sind widerspruchsfrei und unterscheiden sich von Wünschen oder Einstellungen, weil sich die beiden Letztgenannten auch auf nur einen Sachverhalt beziehen können, während Präferenzen mindestens zwei Sachverhalte (hier: Pflegesituationen) vergleichen. Der Vergleich von zwei Pflegesituationen führt dann zu dem Ergebnis, dass eine der beiden Pflegesituationen der anderen vorgezogen wird oder dass beide als gleich gut eingeschätzt werden.

Wenn ein PB die Möglichkeit hat, aus einer Vielzahl alternativer Pflegesituationen auszuwählen, dann wählt er bewusst diejenige aus, die seinen Präferenzen am meisten entspricht und dadurch den höchsten Nutzen stiftet. Werden zwei Pflegesituationen von einem PBN als gleich gut bewertet, ist er bereit, diese gegeneinander zu substituieren. Der empfundene Nutzen der Pflege und somit die Deckung des Pflegebedarfs bleibt dabei wegen der subjektiven Gleichwertigkeit der Alternativen unverändert. Dieser empfundene Nutzen pflegerischer Versorgung wird im Folgenden auch als *Bedarfsdeckungsgrad* bezeichnet.

Wenn ein PB eine Entscheidung über seine pflegerische Versorgung trifft, wird in der Wohlfahrtsökonomie nicht verlangt, dass er einen vollständigen Überblick über den Pflegemarkt besitzt. Jedoch sollten die Bedingungen der „informierten Einwilligung“ (*informed consent*) erfüllt sein. Dazu zählen fünf Elemente: (1) Aufklärung über Alternativen und die dazugehörigen Konsequenzen, (2) Verständnis der bereitgestellten Informationen, (3) Freiwilligkeit, (4) Kompetenz, die Alternativen zu bewerten und gegeneinander abzuwägen, (5) Zustimmung (Faden/Beauchamp 1996). Letztlich muss also gewährleistet sein, dass ein PB verstanden hat, dass er zwischen verschiedenen PL und LE wählen kann, und er muss in der Lage sein, diese Alternativen zu bewerten. Entspre-

chend der grundlegenden normativen Annahme ergibt sich für die subjektive Komponente bedarfsgerechter ambulanter Versorgung: Der Bedarf an Pflege ist durch eine pflegerische Versorgung bestimmt, welche ein PB oder sein Interessenvertreter als gut empfindet. Der Bedarf an Pflege oder die diesbezüglichen Präferenzen eines PBn können sich jederzeit ändern, wenn sich die persönliche Situation, die Erfahrungen oder die Wertvorstellungen des PBn ändern. Da Wertvorstellungen in der Regel über lange Zeit hinweg konstant sind (Rokeach 1973), ist eine Änderung der Präferenzen häufig auf die veränderte persönliche Situation oder neue Erfahrungen zurückzuführen.

4.2 Bewertungsrelevante Aspekte der Pflege

Empirische Untersuchungen darüber, welche Aspekte der Pflegesituation die subjektive Bewertung der pflegerischen Versorgung bzw. die empfundene Bedarfsgerechtigkeit der Pflege bestimmen, liegen für Deutschland noch nicht vor.⁷ Aus relevanter Literatur zur Lebensqualität älterer bzw. pflegebedürftiger Menschen (Netten et al. 2012; Conrad et al. 2016) ließen sich jedoch Hinweise entnehmen, welche Aspekte der pflegerischen Versorgung für die PBn wichtig sind. Insgesamt wird angenommen, dass neben qualitativen auch zeitlich-quantitative Aspekte für die Wahrnehmung der Pflegequalität von Bedeutung sind. Daher muss ein Betrachtungszeitraum zur Bewertung der pflegerischen Versorgung (hier eine Woche) festgelegt werden.

Im Folgenden wird zwischen zwei Begrifflichkeiten unterschieden: einerseits Pflegeleistungen (PL) und andererseits ein Pflegeeinsatz. Die PL bezeichnen eine bestimmte pflegerische Maßnahme, beispielsweise „Ankleiden“ aus dem Leistungskomplex „Kleine Pflege“. Der Pflegeeinsatz dagegen meint das Aufsuchen eines PBn durch einen LE zum Zwecke der Vornahme einer oder mehrerer PL. Wird beispielsweise in einer Woche nach dem täglichen Ankleiden zusätzlich der Abwasch von schmutzigem Geschirr übernommen, so erhält ein PB sieben Pflegeeinsätze mit jeweils einer Einheit der PL „Ankleiden“ und „Abwaschen“.

Basierend auf der durchgeführten Literaturanalyse wird angenommen, dass folgende bewertungsrelevante Aspekte der Pflege darüber entscheiden, wie ein

⁷ Im englischen Sprachraum finden sich verschiedene Studien, welche sich der Bewertung der Lebensqualität von PBn widmen (Forder/Caiels 2011; Netten et al. 2012). Ziel dieser Betrachtung ist jedoch die Bewertung der konkreten Pflegesituation durch die PBn.

PB vor dem Hintergrund seiner Bedürfnisse seine pflegerische Versorgung in einer Periode (= eine Woche) bewertet:

- *Pflegeleistungen*, mit denen ein PB aus den Leistungsbereichen Selbstversorgung, Haushaltsführung, Betreuung versorgt wird (a): Aus welchen Leistungsbereichen kann ein PB seine PL auswählen?
- *Länge der Pflegezeit* (= Pflegeminuten insgesamt) (b): Wie viele Minuten an Pflege erhält ein PB in einer Woche insgesamt?
- *Minuten pro Pflegeeinsatz* (c): Wie lange dauert ein Pflegeeinsatz in Minuten?
- *Anzahl der Einheiten einer Pflegeleistung* und deren *zeitliche Verteilung* (d): Wie viele Einheiten der PL (z. B. Baden) erhält ein PB, und wie sind diese auf die verschiedenen Wochentage verteilt?
- *Ergebnisqualität* – empfundene Qualität der PL (e): Wie bewertet ein PB das Ergebnis der Pflegehandlung?
- *Prozessqualität* – empfundene Qualität der Leistungserstellung (f): Wie bewertet ein PB die Vornahme der Pflegehandlung?
- *Sympathie* des LE (g): Inwiefern hat ein PB Sympathie oder Antipathie gegenüber den Pflegenden?
- *Zuverlässigkeit* des LE (h): Erscheint der LE z. B. pünktlich?
- *Anzahl der LE*, die PL erbringen (i): Wie viele LE pflegen den PBn in einer Woche?

Die Ausprägungen dieser Aspekte sind nicht unabhängig voneinander. So sind (e)–(h) durch den jeweiligen LE bestimmt. Die Eigenschaften des einzelnen LE sind dabei von dessen Vorkenntnissen geprägt, beispielsweise durch eine pflegfachliche Ausbildung oder pflegerische Erfahrungen. Neben dieser sachlichen Komponente wirken sich auch die Persönlichkeit des LE und dessen Auftreten auf das Sympathieverhältnis aus.

4.3 Das Konzept der „Pflegezeitkombinationen“

Unter Zusammenfassung der bisherigen Erkenntnisse zu den bewertungsrelevanten Aspekten lässt sich folgende Schlussfolgerung formulieren:

Die Bewertung der Pflege durch einen PBn ist abhängig von den zeitpunktbezogenen pflegeleistungs- und leistungserbringerspezifischen Pflegeminuten, mit denen er in dem betrachteten Zeitraum versorgt wird. Die Zusammenfassung dieser Pflegezeiten wird hier *Pflegezeitkombination* (PZK) genannt.

Wenn ein PB beispielsweise nur an einer Versorgungsleistung Interesse hat, er mit dieser jeweils vor- (v) und nachmittags (n) versorgt wird, dann lässt sich die auf eine Woche bezogene PZK als ein Vektor aus 14 Komponenten darstellen (mit t = Länge der Pflegezeit):

$$PZK = (t^{Mo,v}, t^{Mo,n}, \dots, t^{So,v}, t^{So,n})$$

Jede PZK führt zu einem bestimmten Ausmaß an empfundener Bedarfsdeckung, also zu einem bestimmten Bedarfsdeckungsgrad. Fühlt sich ein PB bedarfsgerecht versorgt, so lässt sich von einem Bedarfsdeckungsgrad von 100 % sprechen. Verringert sich, ausgehend von einer bedarfsgerechten PZK, c. p. der Zeiteinsatz einer der Komponenten, so sinkt der Bedarfsdeckungsgrad.

Es ist anzunehmen, dass jeder Bedarfsdeckungsgrad durch mehrere PZK erreicht wird, weil einzelne Komponenten substituierbar sind. Dazu folgendes Beispiel: Die pflegebedürftige G lässt sich in der Regel montags, mittwochs und freitags die Haare waschen. Für die Erbringung dieser PL stehen ein Pflegedienst (D) und ein geschulter Ehrenamtlicher (E) zur Verfügung. Die auf die Woche bezogene PZK besteht somit aus drei Komponenten (mit $i = D$ oder E):

$$PZK = (t_i^{Mo}, t_i^{Mi}, t_i^{Fr})$$

Der Pflegedienst benötigt für die Haarwäsche 25 Minuten, die Frisur ist perfekt. Bei dem geschulten Ehrenamtlichen ist das Ergebnis nicht so gut. Der G ist eine perfekte Frisur wichtig, sie freut sich aber auch über eine längere Anwesenheit des E. Deshalb fühlt sie sich gleich gut versorgt, ob nun D dreimal pro Woche kommt oder ob sie am Mittwoch nicht von D, sondern von E versorgt wird, vorausgesetzt, E bleibt dann 10 Minuten länger als D.

Wenn G noch ein weiteres Mal, beispielsweise am Freitag, von E die Haare gewaschen bekommt und sie deshalb auch an diesem Tag mit einer weniger schönen Frisur leben muss, dann ist sie damit nur einverstanden, wenn E wenigstens 20 Minuten länger als D bleibt. Damit gibt es drei PZK (1, 2, 3), die zu dem gleichen Bedarfsdeckungsgrad führen:

$$PZK 1 = (t_D^{Mo} = 25, t_D^{Mi} = 25, t_D^{Fr} = 25)$$

$$PZK 2 = (t_D^{Mo} = 25, t_E^{Mi} = 35, t_D^{Fr} = 25)$$

$$PZK 3 = (t_D^{Mo} = 25, t_E^{Mi} = 35, t_E^{Fr} = 45)$$

G ist also bereit, t_D gegen t_E einzutauschen – vorausgesetzt, die Tauschrelation stimmt. Die Tauschrelation ist nicht konstant, sondern hängt von der Ausgangslage ab. G ist bereit, in der Woche einmal 25 Minuten Haarwäsche durch D gegen 35 Minuten Haarwäsche durch E einzutauschen, wenn sie bei den beiden

übrigen wöchentlichen Haarwäschen ihre perfekte Frisur durch D erhält. Wenn sie noch ein weiteres Mal auf D verzichten muss, dann ist sie dazu nur bereit, wenn sie für dieses zweite Mal 25 Minuten t_D gegen 45 Minuten t_E eintauschen kann. G möchte also für die zweiten 25 Minuten t_D mehr t_E haben als für die ersten 25 Minuten – ihre Tauschbereitschaft (t_D gegen t_E einzutauschen) nimmt, wie in der Ökonomie üblicherweise angenommen, ab.

In vergleichbarer Weise gibt es auch eine Substituierbarkeit von Pflegezeiten unterschiedlicher LE über verschiedene PL (z. B. Duschen und Baden) hinweg. Die PBn werden jedoch nicht alle Komponenten einer PZK als substituierbar ansehen. So ist es denkbar, dass bei sehr vertrauensvollen Aufgaben, wie z. B. Bankgeschäften, nur ein bestimmter, vertrauenswürdiger LE als geeignet angesehen wird. In diesem Fall ist die Komponente „Zeit, in der der vertrauenswürdige LE Bankgeschäfte ausführt“ nicht substituierbar. Werden nicht alle Bankgeschäfte von diesem LE ausgeführt, dann sinkt der entsprechende Zeitanatz und damit verbunden der Bedarfsdeckungsgrad. Dabei ist es unerheblich, wie sich die anderen Komponenten der PZK ändern.

Welche PZK ein PB realisieren wird, hängt davon ab, was für ihn wichtig ist. Man kann davon ausgehen, dass sich das Interesse des PBn nicht nur auf eine möglichst bedarfsgerechte Pflege, sondern auch auf andere Sachverhalte, wie seine Versorgung mit Konsumgütern, Geschenke an die Enkel etc., richtet. Zudem ist neben den konkreten Pflegebedürfnissen entscheidend, welche finanziellen Mittel er für die Befriedigung dieser Bedürfnisse ausgeben kann. Da die Versicherungszahlungen der sPV in der Regel für die Finanzierung der Pflege nicht ausreichen (Finanztest 2015), müssen zusätzlich private Mittel aufgewendet werden. Zwei Fälle sind hier zu unterscheiden:

Die Mittel, die sich zusammensetzen aus den Versicherungszahlungen der sPV, den Versicherungszahlungen der privaten Pflegeversicherung (falls vorhanden) sowie aus laufendem Einkommen oder Vermögen, reichen aus, um eine der PZK zu realisieren, die zu einer bedarfsgerechten Versorgung führen. In diesem Fall wird ein rational handelnder PB die PZK realisieren, die mit dem geringsten Geldbetrag verbunden ist, weil er sich andernfalls bei der Verfolgung seiner weiteren Interessen (Kauf von Konsumgütern etc.) unnötig einschränkt.

Wenn diese Mittel nicht ausreichen, dann wird ein rational handelnder PB die Mittel so ausgeben, dass er von den realisierbaren PZK diejenige auswählt, mit der er den größten Bedarfsdeckungsgrad erreicht. Er muss dann mit einer Bedarfslücke leben, aber er hat wenigstens sichergestellt, dass diese Bedarfslücke so gering wie möglich ist.

4.4 Substitutionsbereitschaft Pflegebedürftiger: Sozialpolitische Bedeutung

Wird, wie in der Wohlfahrtsökonomie, von einer generellen Substitutionsbereitschaft ausgegangen, bedeutet dies, dass der subjektive Bedarf eines PBN durch verschiedene PZK beschrieben werden kann. Wie oben dargelegt, kann auch Bedarfsdeckung durch verschiedene PZK, in der unterschiedliche LE die Pflegezeit erbringen, erreicht werden. Diese Erkenntnis ist sozialpolitisch relevant, weil der Sachverständigenrat (2014) zur zukünftigen Sicherstellung der Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Pflege den Ausbau eines Pflegemixes empfiehlt, in dem Ehrenamtliche Aufgaben von Pflegepersonen oder professionellen Pflegekräften übernehmen. Aufgrund der Tauschbereitschaft von PBN kann angenommen werden, dass die Umsetzung dieses Ansatzes ohne Einschränkungen der subjektiv wahrgenommenen Qualität der Pflege bzw. der Herabsetzung des Bedarfsdeckungsgrads erfolgen kann. Ist ein PB beispielsweise indifferent zwischen 10 Minuten Haushaltsführung durch die Pflegeperson und 15 Minuten Haushaltsführung durch einen Ehrenamtlichen, kann dieser Ehrenamtliche ohne Herabsetzung des Bedarfsdeckungsgrads an die Stelle der Pflegeperson treten. Entsprechend ist die vermehrte Einbindung Ehrenamtlicher zur Sicherstellung der Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Pflege grundsätzlich geeignet. Weiterhin erscheint dieser Ansatz vielversprechend, um die Kosteneffizienz der Pflege zu erhöhen. Aufgrund der geringeren Pflegekosten, welche geschulte und ungeschulte Ehrenamtliche verglichen mit professionellen Pflegekräften verursachen, ergibt sich die Möglichkeit, den gleichen Bedarfsdeckungsgrad zu geringeren Kosten zu erreichen.

Zudem können über die Tauschbereitschaft Rückschlüsse auf die subjektive Gewichtung der bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege gezogen werden. Ist ein PB bereit, Verspätungen in Kauf zu nehmen, wenn dafür die Lieblingspflegekraft die Versorgung übernimmt, kann angenommen werden, dass dem PBN der Aspekt „Sympathie des LE“ wichtiger ist als die „Zuverlässigkeit des LE“. Derartige Erkenntnisse sind für die Sozialpolitik interessant, weil sich hieraus Empfehlungen ableiten lassen, welche bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege bei zukünftigen Reformen in den Blick genommen werden sollten, um die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung weiter zu verbessern.

5 Auswirkungen der Änderungen des XI. Sozialgesetzbuches auf die bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege

Im Rahmen einer Synthese wird nun überprüft, inwieweit die Neuausrichtung des SGB XI zu einer Stärkung der subjektiven Perspektive geführt hat bzw. ob hierdurch ein höherer Bedarfsdeckungsgrad der ambulant versorgten PBN erreicht werden kann. Hierzu werden zunächst die Auswirkungen der rechtlichen Änderungen (3.2) auf die bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege (4.2) evaluiert.

Geänderte Ausprägungen dieser Aspekte verändern die subjektive Bedarfsgerechtigkeit der Pflege, sodass im Idealfall ein höherer Bedarfsdeckungsgrad erreicht werden kann. In den Tabellen 1 und 2 werden die erwarteten Auswirkungen der rechtlichen Reformen auf die Pflegesituation wie folgt evaluiert: „positive Auswirkungen ohne Einschränkungen“, „positive Auswirkungen mit Einschränkungen“ (z. B. gesetzliche Vorgaben) oder „keine Auswirkungen erwartet“. Sofern keine eindeutige Schätzung möglich ist, kommt die Kategorie „nicht eindeutig“ zur Anwendung. Dies bedeutet, dass sowohl negative, positive als auch keine Auswirkungen möglich sind.

5.1 Auswirkungen durch Veränderungen der Versicherungszahlungen

Tabelle 1 zeigt die erwarteten Auswirkungen der Maßnahmen, die mit einer Erhöhung der Versicherungszahlungen der sPV einhergehen.

Die *Erhöhung der Pflegesachleistungen* ändert das Spektrum der PL (a), mit denen ein PBN versorgt wird, nur, wenn dadurch zusätzliche Leistungsbereiche, beispielsweise Haushaltsführung, abgerufen werden. Daher sind die Auswirkungen nicht eindeutig bestimmbar. Die *Erhöhung des Pflegegeldes* ist bei Betrachtung der Realwerte so gering, dass keine Auswirkungen auf die Aspekte der Pflege erwartet werden. Da beim *Entlastungsbetrag* i. d. R. keine Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung finanziert werden können, sind die Auswirkungen auf das Leistungsspektrum eingeschränkt. Die Erhöhung von Pflegesachleistung und die Einführung des Entlastungsbetrages zeigen uneingeschränkt positive Auswirkungen auf die Länge der Pflegezeit pro Woche (b), weil durch höhere Geldbeträge für alle PBN mehr Pflegezeit abrufbar ist. Hinsichtlich der Aspekte (c) und (d) haben die Erhöhungen eine eingeschränkt

positive Auswirkung, da zwar bei einigen Pflegeeinsätzen mehr Pflegeminuten erbracht werden, dies jedoch nicht für alle Einsätze gilt. Verändert sich in Folge der gesteigerten Versicherungszahlungen die Anzahl erbrachter PL pro Woche, dann ändert sich i. d. R. auch die zeitliche Verteilung einiger PL (d), sodass sich die zeitlichen Abstände verkürzen.

Tabelle 1: Erwartete Auswirkungen der Neuerungen des XI. Sozialgesetzbuches mit veränderten finanziellen Leistungen von 1995 bis 2017 auf die bewertungsrelevanten Aspekte ambulanten Pflege

Änderungen	Pflegesachleistung	Pflegegeld	Entlastungsbetrag	Verhinderungspflege	Tages- und Nachtpflege
Bewertungsaspekte					
Spektrum Pflegeleistungen	n. e.	0	↗	↗	n. e.
Pflegezeit	↑	0	↑	n. e.	↑
Min./Einsatz	↗	0	↗	n. e.	↗
Einheiten einer Pflegeleistung, Verteilung/Woche	↗	0	↗	n. e.	↗
Ergebnisqualität Pflegeleistung	0	0	n. e.	n. e.	↗
Prozessqualität	0	0	n. e.	n. e.	↗
Sympathie LE	0	0	n. e.	n. e.	n. e.
Zuverlässigkeit LE	0	0	n. e.	n. e.	n. e.
Anzahl LE	0	0	↑	n. e.	↑

Legende: ↑ = positive Auswirkungen ohne Einschränkungen; ↗ = positive Auswirkungen mit Einschränkungen; 0 = keine Auswirkungen; n. e. = Auswirkungen nicht eindeutig abschätzbar

Auf die Qualität der PL (e) und die Prozessqualität (f) sowie die Sympathie (g), die Zuverlässigkeit (h) und die Anzahl der LE (i) wird durch die Erhöhungen von Pflegesachleistung kein Einfluss erwartet. Jedoch kann angenommen werden, dass durch Einführung des Entlastungsbetrages neue qualifizierte LE-Gruppen hinzukommen. Hierbei ist denkbar, dass diese neben ihrer Qualifikation dem PBN auch besonders sympathisch und zuverlässig sind. Als neue LE kommen u. a. Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und geschulte Ehrenamtliche in Betracht. Aufgrund der besonderen Qualifikation dieser LE ist es möglich, dass sich die Qualität der PL (z. B. Betreuung), die ursprünglich von Pflegepersonen erbracht wurden, verbessert. Eine eindeutige Aussage ist dahingehend aber nicht mög-

lich. Ebenso kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich keine oder negative Auswirkungen auf die leistungserbringerspezifischen Aspekte zeigen.

Hinsichtlich der Novellierung der *Verhinderungspflege* sind die Einflüsse nicht eindeutig, da die Auswirkungen in jedem Einzelfall von der Ausgestaltung der Ersatzpflege (Dienst oder Pflegeperson) abhängen. Jedoch kann angenommen werden, dass das Spektrum der PL (a) durch die zusätzliche Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen im Rahmen der Verhinderungspflege bei Ausübung durch eine professionelle Pflegekraft positiv beeinflusst wird. Insgesamt wirkt sich die Änderung der Verhinderungspflege vorwiegend auf die Häufigkeit ihrer Abrufung (nur 6 Monate statt 12 Monaten Pfllegetätigkeit) und ihrer Dauer (maximal 6 statt zuvor 4 Wochen) aus, was jedoch in den bewertungsrelevanten Aspekten nicht direkt wiedergegeben wird. Es ist nicht auszuschließen, dass sich ihre häufigere Inanspruchnahme und damit die Versorgung durch einen „fremden“ LE aus Sicht des PBN negativ auf die leistungserbringerspezifischen Aspekte der Pflege auswirken.

Die *Novellierung der Tages- und Nachtpflege* erlaubt die Inanspruchnahme zusätzlicher professioneller Pflegekräfte, sodass sich die Anzahl der LE (i) erhöht. Folglich ändern sich auch die sonstigen leistungserbringerspezifischen Aspekte (e)–(h). Es ist denkbar, dass sich die Ergebnis- (e) bzw. die Prozessqualität (f) einiger Leistungen verbessert, wenn die Pflege von einer professionellen Pflegekraft anstelle von Laien übernommen wird. Bezüglich der Sympathie der weiteren LE (g) und der Zuverlässigkeit (h) sind auch hier die Auswirkungen ungewiss. Aufgrund der Tatsache, dass die pflegerische Versorgung ohne Tages- und Nachtpflege nicht sichergestellt werden könnte, zeigt sich ein uneingeschränkt positiver Einfluss auf die gesamte Pflegezeit in einer Woche (b). Weiterhin führt die dann stationäre Betreuung zu Änderungen bei der Dauer einiger Pflegeeinsätze (c). Wahrscheinlich sind auch Änderungen bei der Anzahl und zeitlichen Verteilung bestimmter PL (d), sodass insgesamt eingeschränkt positive Auswirkungen auf (c) und (d) durch die Novellierung der Tages- und Nachtpflege zu erwarten sind.

5.2 Auswirkungen ohne Änderungen der Versicherungszahlungen

In Tabelle 2 werden die erwarteten Auswirkungen der gesetzlichen Änderungen betrachtet, die nicht mit einer Erhöhung der Versicherungszahlungen der sPV verbunden sind.

Tabelle 2: Erwartete Auswirkungen der Neuerungen des XI. Sozialgesetzbuches des Jahres 1995 gegenüber 2017 auf die bewertungsrelevanten Aspekte ambulanter Pflege bei unveränderten finanziellen Leistungen

Änderungen	Betreuung aus Pflugesachleistung	Dokumen- tation	Experten- standards	Pflegekurse	Soziale Sicherung der Pflege- person
Bewertungsaspekte					
Spektrum Pflegeleistungen	↑	n. e.	0	n. e.	n. e.
Pflegezeit	n. e.	n. e.	n. e.	n. e.	n. e.
Min./Einsatz	n. e.	n. e.	n. e.	n. e.	n. e.
Einheiten einer Pflegeleistung, Verteilung/Woche	n. e.	n. e.	n. e.	n. e.	n. e.
Ergebnisqualität Pflegeleistung	n. e.	0	↗	n. e.	n. e.
Prozessqualität	n. e.	0	↗	n. e.	n. e.
Sympathie LE	n. e.	0	0	n. e.	n. e.
Zuverlässigkeit LE	n. e.	0	0	n. e.	n. e.
Anzahl LE	n. e.	0	0	n. e.	n. e.

Legende: ↑ = positive Auswirkungen ohne Einschränkungen; ↗ = positive Auswirkungen mit Einschränkungen; 0 = keine Auswirkungen; n. e. = Auswirkungen nicht eindeutig abschätzbar

Die *Aufnahme der Betreuung als gleichwertiger Leistungsbereich* und die damit einhergehende Möglichkeit der Finanzierung aus Pflegesachleistung hat uneingeschränkt positive Auswirkungen auf die PL, mit denen ein PB in einer Woche versorgt werden kann (a). Hierdurch hat sich das Leistungsspektrum der sPV für alle PBn erweitert. Wenn die Finanzierung aus Pflegesachleistung erfolgt, sind die Auswirkungen auf die Aspekte (b), (c), (d) nicht eindeutig abschätzbar. Ein denkbare Szenario mit positiven Auswirkungen wird im Folgenden beschrieben: Ist, wie in Niedersachsen (3.1.1), eine Pflegeeinheit Betreuung kostengünstiger als eine Einheit Selbstversorgung, kann die Dauer einiger Pflegeeinsätze (c) sowie die Pflegezeit pro Woche insgesamt (b) steigen. Ebenso können Änderungen der zeitlichen Verteilung der PL in einer Woche (d) nicht ausgeschlossen werden, wenn zusätzliche Betreuungsleistungen durch den PBn in Anspruch genommen werden. Die Anzahl der LE (i) kann sich jedoch erhöhen und damit einhergehend die Aspekte (e)–(h) ändern, wenn der Pflegedienst eigens für Betreuungsmaßnahmen zusätzliche Personen einsetzt. Insgesamt sind die Auswirkungen aber nicht eindeutig bestimmbar. So ist auch vorstellbar, dass sich keine Auswirkungen auf die bewertungsrelevanten Aspekte (b)–(i) zeigen, weil keine Betreuungsleistungen aus Pflegesachleistung finanziert werden.

Die *Dokumentationspflicht* lässt keinen Einfluss auf die Aspekte (e)–(i) erwarten. Der Einfluss auf die Komponenten (a)–(d) ist möglich, kann jedoch nicht eindeutig abgeschätzt werden. So ist es denkbar, dass ein PB innerhalb einer Woche andere PL (a) oder eine andere Verteilung der PL pro Woche (d) erhält, sofern durch die mittels Qualitätssicherung eingeführte Dokumentation Fehlversorgungen deutlich werden, sodass die Pflegeplanung angepasst wird.

Durch die *Einführung von verpflichtend einzuhaltenden Expertenstandards* ändern sich nur die Prozessqualität (f) und die Ergebnisqualität (e) bei PL, für die Expertenstandards existieren und sofern die Versorgung durch Pflegedienste erfolgt. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass solche Standards nicht für Laien gelten, sind die Auswirkungen insgesamt nur eingeschränkt positiv. Für die Aspekte (b), (c) und (d) ist der Einfluss aufgrund der dargelegten eingeschränkten Reichweite der Expertenstandards nicht eindeutig bestimmbar.

Das nunmehr *obligatorische Anbieten der Pflegekurse* für nicht-professionelle LE ist in seinen Auswirkungen auf alle pflegesituationsbezogenen Aspekte nicht eindeutig abschätzbar. So können sich zwar die pflegerischen Fertigkeiten der nicht-professionellen LE verbessern, profitieren können aber nur die von Pflegepersonen versorgten PBN. Eingeschränkt positive Auswirkungen auf die bewertungsrelevanten Aspekte können pauschal nicht unterstellt werden, weil zum einen die Teilnahme an den Kursen freiwillig und zum anderen die Ausgestaltung der Kurse je nach Anbieter unterschiedlich ist. Des Weiteren besteht keine Pflicht zur Anwendung der gewonnenen Fertigkeiten im Unterschied zu den von professionellen Pflegekräften verpflichtend einzuhaltenden Expertenstandards. Darüber hinaus ist hinsichtlich der Aspekte (g), (h) und (i) unsicher, ob die Zielsetzung der Steigerung des sozialen Engagements in der Pflege durch das Anbieten von Pflegekursen erreicht wird. Somit ist unklar, ob sich die Anzahl der LE, die einen PBN versorgen, erweitert und sich dadurch Zuverlässigkeit und Sympathie der LE ändern.

Die Auswirkungen der *Änderungen der Maßnahmen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson* sind generell schwer abschätzbar. Positive Auswirkungen sind möglich, wenn die Änderungen dazu führen, dass mehr Pflegepersonen gewonnen werden. So ist vorstellbar, dass es Angehörigen erleichtert wird, die Pflege zu übernehmen, und somit ein Wechsel von professioneller Versorgung zu Pflegegeld oder Kombinationsleistung umsetzbar wird. Entsprechend veränderte sich die Zahl der LE (i). Damit würden sämtliche leistungserbringerspezifischen Aspekte (e)–(h) ebenfalls beeinflusst. Insbesondere kann die Sympathie des LE (g) aus Sicht des PBN zunehmen, wenn eine vertraute Pflegeperson die Versorgung übernimmt. Die Auswirkungen auf die Aspekte (a)–(d) sind nicht eindeutig abschätzbar. Wahrscheinlich ist z. B. eine Veränderung der Pflegezeit,

wenn die Pflege von Laien anstelle professioneller LE ausgeführt wird. Ebenso kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass sich Ergebnis- und Prozessqualität (e, f) sogar verschlechtern, wenn unerfahrene Pflegepersonen anstelle professioneller LE die Pflege erbringen.

Durch den *Umwandlungsanspruch* können bis zu 40 % der finanziellen Mittel der Pflegesachleistung in Entlastungsbetrag umgewandelt werden. Daher entspricht der Einfluss auf die bewertungsrelevanten Aspekte dem der Einführung des Entlastungsbetrages (ohne Berücksichtigung des Falls, dass bei Nichtumwandlung diese nicht-genutzten Pflegesachleistungen verfallen könnten).

5.3 Zwischenfazit – Auswirkungen auf die Pflegesituation

Zusammenfassend ist festzustellen, dass von den Maßnahmen, welche mit einer Erhöhung der Versicherungszahlungen einhergehen, die Einführung des Entlastungsbetrages und die Novellierung der Tages- und Nachtpflege die objektiv gravierendsten Auswirkungen auf die bewertungsrelevanten Aspekte haben. Von den Maßnahmen, die von einer Erhöhung der Versicherungszahlungen unabhängig sind, stellen die Einführung der Expertenstandards und der Umwandlungsanspruch die Neuerungen dar, von denen die größten Auswirkungen auf die Pflegesituation erwartet werden. Auch positiv zu bewerten sind die Maßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für Pflegepersonen in Pflegezeit oder geringfügig Beschäftigte, weil hiermit durchaus zusätzliches Pflegepotential aus dem familiären Kreis und nachbarschaftlichen Umfeld aktiviert werden kann.

Die Tatsache, dass die Auswirkungen der gesetzlichen Änderungen im Bereich der Pflegekurse und der sozialen Sicherung der Pflegepersonen insgesamt nicht eindeutig abschätzbar sind, zeigt jedoch, dass die Steuerungsmöglichkeiten des Staates im Bereich der informellen Pflege begrenzt sind. So können durch Gesetzgebung zwar gute Voraussetzungen zur Stärkung häuslicher Versorgung durch Pflegepersonen geschaffen werden, die konkreten Auswirkungen auf die ambulante pflegerische Versorgung sind allerdings ungewiss, da sämtliche Regelungen auf freiwilliger Basis umgesetzt werden müssen. Daher bedarf es einer Evaluation der Effekte in den Folgejahren, insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass sogar negative Auswirkungen auf die Ergebnis- und Prozessqualität der Pflege möglich sind.

Geprüft werden sollte auch, welche bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege aus der subjektiven Perspektive der PBN die bedeutendsten darstellen. Ist bekannt, wie die PBN die Aspekte gewichten, lässt sich daraus ableiten, wie gesetzliche Reformen weitergeführt werden sollten, um Pflege bedarfsgerecht

zu gestalten. So ist denkbar, dass z. B. abhängig von der Religion unterschiedliche Aspekte bedeutsam sind (Brzoska/Razum 2009). Dieses ist bei weiteren Reformen der sPV zu berücksichtigen, um bedarfsgerechte ambulante Pflege umfassend zu gewährleisten.

6 Auswirkungen der Änderungen des XI. Sozialgesetzbuches auf die subjektive Bedarfsgerechtigkeit

Nachdem zuvor der Zusammenhang zwischen den gesetzlichen Neuerungen und den bewertungsrelevanten Aspekten der Pflege aufgezeigt wurde, ist an dieser Stelle der Einfluss der Änderungen auf den Bedarfsdeckungsgrad und damit die subjektive Bedarfsgerechtigkeit zu untersuchen. Dafür werden erneut die Rechtslagen von 1995 und 2017 einander gegenübergestellt und ausgewählte Änderungen wohlfahrtsökonomisch betrachtet. Bei Betrachtung der rechtlichen Änderungen wird analog zu Abschnitt 5 differenziert zwischen Änderungen mit und ohne Auswirkungen auf die Versicherungszahlungen.

6.1 Auswirkungen durch veränderte Versicherungszahlungen

Abbildung 1 zeigt die maximal abrufbaren finanziellen Leistungen im Jahr 1995 (Pflegestufe 1) gegenüber 2017 (Pflegegrad 2). Es wird deutlich, dass ein PB gegenüber 1995 im Jahr 2017 bei Betrachtung des Nominalwertes 1.211,05 € und bei Betrachtung des Realwertes unter Berücksichtigung des Verbraucherpreisindex für Gesundheitspflege in Deutschland 1.027,01 € mehr Geld zur Teilfinanzierung seiner Pflege zur Verfügung hat. Real entspricht dies einem Zuwachs um das 2,5-Fache.

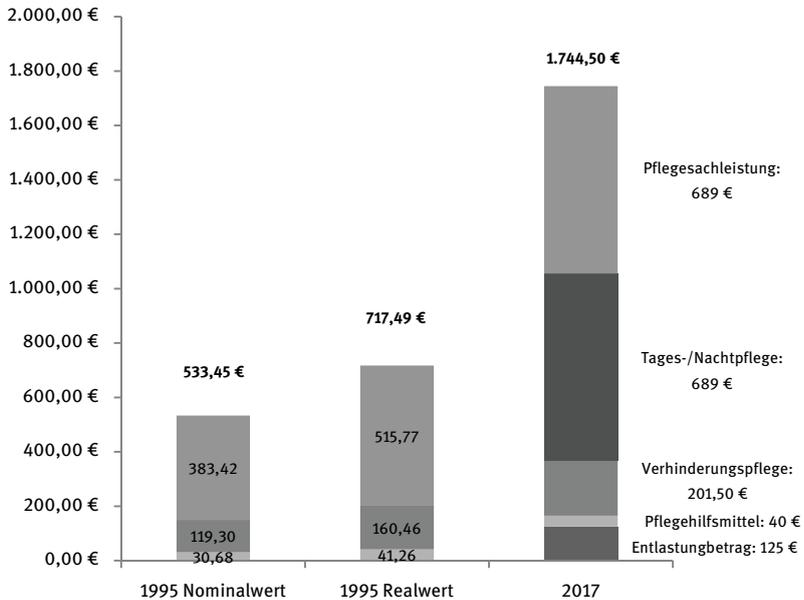


Abbildung 1: Maximale Beträge der sozialen Pflegeversicherung im Bereich ambulanter Pflege bei Pflegestufe 1 (1995) und Pflegegrad 2 (2017) pro Monat; Quelle: eigene Darstellung

Der Anstieg der maximalen Versicherungszahlungen im Jahr 2017 resultiert besonders aus der entfallenden Verrechnung der Tages- und Nachtpflege und dem Entlastungsbetrag. Die Erhöhung der finanziellen Leistungen der sPV – die im Gegensatz zur Ausgestaltung der Rentenhöhe nicht dynamisch erfolgt – bewirkt damit, dass mehr Zeit für einige PL bzw. zusätzliche PL, vor allem aus der Tages- und Nachtpflege bzw. dem Entlastungsbetrag, abgerufen werden können.

In der Regel wird die Erhöhung der Zahlungen der sPV nicht ausreichen, um eine vollständige Bedarfsdeckung (= 100 % bedarfsgerechte PZK) zu erreichen (Finanztest 2015). Folglich besteht eine Bedarfslücke, die nicht von allen Pbn ausgeglichen werden kann. Jedoch werden durch die Erhöhung der Versicherungszahlungen zusätzliche PZK realisierbar, was zu einem höheren Bedarfsdeckungsgrad führt. Die Bedarfslücke wird damit im Jahr 2017 aufgrund der höheren Versicherungszahlungen im Vergleich zu 1995 kleiner, insbesondere bei Pbn, die Tages- und Nachtpflege und den Entlastungsbetrag nutzen.

6.2 Auswirkungen ohne Änderungen der Versicherungszahlungen

Nunmehr werden die Auswirkungen der Reformen auf den Bedarfsdeckungsgrad betrachtet, mit denen keine Änderung der Versicherungszahlungen der sPV verbunden ist. Die Einführung der Betreuung als gleichwertiger Leistungsbereich kann zu einer Erhöhung der Bedarfsdeckung führen. Im Jahr 1995 war Betreuung keine Pflegesachleistung. Durch deren Aufnahme in den Leistungsbereich der Pflegesachleistung können mit den gegebenen finanziellen Mitteln nun „neue“ PZK, welche auch Betreuung enthalten, abgerufen werden. Sofern sich unter diesen „neuen“ PZK eine befindet, die mit einem höheren Bedarfsdeckungsgrad verbunden ist, wird ein rationaler PB diese wählen. Somit verringert sich seine Bedarfslücke. Ebenso gilt: Wenn ein PB mit dem resultierenden Mehrbetrag zusätzliche PZK realisiert, die den Bereich Betreuung beinhalten und die ohne Umwandlungsanspruch nicht aus Mitteln der sPV hätten finanziert werden können, steigt der Bedarfsdeckungsgrad des PBn.

Führen die Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegequalität (Pflegekurse, Expertenstandards) zu einer gesteigerten Ergebnis- und Prozessqualität, erhöht sich der Bedarfsdeckungsgrad der gewählten PZK. So lässt sich, ohne dass andere PZK abgerufen werden, die Bedarfslücke des PBn verringern.

Mittels der besseren sozialen Absicherung von Pflegepersonen wird angestrebt, dass sich mehr Laien zur Übernahme der Pflege entscheiden. Gelingt dies, sind PZK realisierbar, die mehr Pflegezeit von Pflegepersonen anstelle der Zeit professioneller Pflegekräfte enthalten. Mit solchen PZK kann ebenfalls ein höherer Bedarfsdeckungsgrad des PBn verbunden sein. Hierfür spricht, dass Kehl (2016) die informelle ambulante Pflege durch z. B. Angehörige oder Nachbarn als „Pflege der Wahl“ aus Sicht der PBn bezeichnet.

7 Empfehlung zur stärkeren Berücksichtigung der subjektiven Perspektive

Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage wird auf das eingangs angeführte Zitat von Gesundheitsminister Gröhe Bezug genommen, wonach Pflege wie ein „Maßanzug“ auf den individuellen Hilfebedarf der PBn zugeschnitten werden soll. Um passgenaue Pflege zu ermöglichen, wurde den PBn in der Vergangenheit die Möglichkeit eingeräumt, Selbstversorgung nicht in Form von Leistungskomplexen, sondern über Zeitkontingente abzurechnen. Hierdurch

sollte die Bedarfsgerechtigkeit der Pflege verbessert werden, weil die PBn keine Leistungspakete „kaufen“, sondern die einzelnen PL entsprechend ihrer Bedürfnisse frei kombinieren können. Abgerechnet wird die aufgewendete Pflegezeit in einer Taktung von 15 Minuten.

Im Folgenden soll gezeigt werden, dass das Anbieten von Zeitkontingenten als Alternative zur Abrechnung von Leistungskomplexen prinzipiell geeignet ist, bedarfsgerechte Pflege zu realisieren. Gleichzeitig wird auch dargelegt, dass das Potential der Zeitkontingente derzeit nicht vollständig ausgeschöpft wird. So kann etwa durch Veränderung des Abrechnungstakts ein höherer subjektiver Bedarfsdeckungsgrad der PBn ohne Erhöhung der Versicherungszahlung erreicht werden. Entsprechend verbesserten sich Bedarfsgerechtigkeit und Kosteneffizienz ambulanter Pflege. Deutlich wird dies an einem Beispiel:

Angenommen, ein PB nimmt drei PL in Anspruch: Ganzkörperwäsche mit Ankleiden (19 Minuten), dabei Hilfe beim Verlassen des Bettes (2 Minuten) und umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (18 Minuten). Die Durchführung der PL dauert insgesamt 39 Minuten. Bei Abrechnung nach Leistungskomplexen würden in Niedersachsen die Leistungskomplexe 4, 8 und 13 mit einer Punktzahl von insgesamt 710 Punkten anfallen. Bei 0,045 € je Punkt entspricht dies einem Betrag von 31,95 €. Wird eine Abrechnung nach Zeitkontingenten vorgenommen, so sind nach der bisherigen Taktung von 15 Minuten in Summe 45 Minuten zu veranschlagen, was 675 Punkten bzw. einem Betrag von 30,60 € entspricht (s. Kapitel 3.1.1). Die Ersparnis gegenüber der Abrechnung mittels Leistungskomplex beträgt lediglich 1,35 €. Würde der Abrechnungstakt jedoch nach Ablauf der ersten 15 Minuten verkürzt auf 5 Minuten, so wären nur 40 Minuten zu veranschlagen. Bei Abrechnung nach Zeitkontingent mit verkürzter Taktung wären 27,20 € zu zahlen, was 4,75 € (ca. 15 %) günstiger ist als die Abrechnung der Leistungskomplexe. Zunächst erscheint dieser Betrag gering, setzt man jedoch voraus, dass die PL täglich anfallen, entspräche die monatliche Ersparnis 142,50 €. Davon wären 39 Kontingente Haushaltsführung à 10 Minuten oder 13 Kontingente Selbstversorgung à 15 Minuten zusätzlich abrufbar.

Grundsätzlich führt eine Verkürzung des Abrechnungstakts also dazu, dass die Anzahl der rechtlich möglichen PZK steigt. Somit existieren auch bei unveränderten Versicherungszahlungen zusätzliche PZK, aus denen ein PB wählen kann. Es werden bei gegebenen Versicherungszahlungen einerseits neue PZK und andererseits mehr PL realisierbar, wodurch sich der Bedarfsdeckungsgrad der PBn erhöht.

Eine Verkürzung der Abrechnungstakte bei Zeitkontingenten wäre denkbar, wenn im Rahmen eines Pflegeeinsatzes die Mindesteinsatzdauer von einem

Leistungskomplex oder einem Zeitkontingent à 15 Minuten (bzw. 10 Minuten bei Haushaltsführung) erreicht wird. Ist dies der Fall, sollte die Abrechnung zusätzlicher Zeitkontingente längstens in Fünf-Minuten-Takten erfolgen.

Grundlegende Voraussetzung dafür, dass die Pbn die Vorteile aus der Abrechnung nach Zeitkontingenten nutzen können, ist, dass sie ausreichend über den Pflegemarkt und ihre Wahlmöglichkeiten informiert sind. Dies geschieht im Rahmen der Pflegeberatung. Diese muss unbedingt aufrechterhalten bzw. ausgebaut werden, damit es den Nutzern des Pflegesystems möglich ist, einen „Maßanzug“ ihrer individuellen Pflege zusammenzustellen und somit bedarfsgerecht gepflegt zu werden. Nur so ist sichergestellt, dass die Abrechnung nach Zeitkontingenten ihre positive Wirkung entfalten kann.

8 Schlussbetrachtung

Innerhalb des vorliegenden Beitrags galt es, die gesetzlichen Neuerungen des SGB XI auf ihre Auswirkungen zur Verbesserung der subjektiven Bedarfsgerechtigkeit der sPV aus wohlfahrtsökonomischer Perspektive zu überprüfen. Diesbezüglich wurden die Rechtslagen von 1995 und 2017 verglichen, wobei die Frage nach einer Stärkung der subjektiven Perspektive der Pbn im Mittelpunkt stand. Zunächst wurde dargelegt, dass zur Gewährleistung der Bedarfsgerechtigkeit der sPV der objektive Bedarf von Pbn, welcher in Deutschland durch das SGB XI bestimmt ist, möglichst die Präferenzen der Pbn widerspiegeln und zudem die Nachfrage nach PL in quantitativer und qualitativer Hinsicht gedeckt sein muss.

Der subjektive Bedarf kann, wie in Abschnitt 2 dargelegt, unterschieden werden in subjektiven Bedarf I, IIa und IIb. Für die Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit des Pflegesystems durch Stärkung der subjektiven Perspektive sind hiervon nur die nicht gedeckten Bedarfe IIa und IIb relevant. Ziel muss es sein, ab 2017 mehr Möglichkeiten zur Verwirklichung des subjektiven Bedarfs IIa und IIb zu eröffnen, als dies 1995 der Fall war.

Weiterhin wurde deutlich, dass zwei Klassen struktureller Änderungen unterschieden werden können, nämlich einerseits solche mit Erhöhung der finanziellen Leistungen der sPV und andererseits Maßnahmen bei gleichbleibenden Versicherungszahlungen.

Die Änderungen, welche mit Erhöhungen der finanziellen Leistungen der sPV einhergehen, führen zu einer Reduzierung des subjektiven Bedarfs IIa, weil aus den Bereichen Selbstversorgung und Haushaltsführung (seit 2017 auch Betreuung) eine größere Anzahl von PL abgerufen werden kann. Des Weiteren führt die Einführung des Entlastungsbetrags dazu, dass der subjektive Be-

darf IIb verringert wird, da für den gegenüber 1995 neu eingeführten Leistungsbereich Betreuung nun finanzielle Mittel gewährt werden.

Die Änderungen bei gleichem sPV-Erlös bewirken durch die Gleichstellung des Leistungsbereichs Betreuung ebenfalls eine Berücksichtigung des subjektiven Bedarfs IIb, da diese nun ebenfalls aus Pflegesachleistungen finanzierbar sind. Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen können sich positiv auf eine Deckung der Nachfrage nach pflegerischer Versorgung auswirken.

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass bei Vergleich der Rechtslagen von 1995 und 2017 Verbesserungen der Bedarfsgerechtigkeit erreicht wurden, indem es gelungen ist, die Präferenzen der PBn – und hier insbesondere die bisher unerfüllten subjektiven Bedarfe IIa und IIb – weiter gesetzlich, d. h. im objektiven Bedarf ambulant versorgter PB, zu verankern. Deutlich wurde zugleich, dass weitere Potentiale zur Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit existieren.

Kritisch anzumerken ist in Übereinstimmung mit Kehl (2016), dass die Erhöhung des Pflegegeldes zu gering ist, um eine Stärkung der vergleichsweise kostengünstigeren informellen Pflege durch Angehörige gegenüber einer professionellen Versorgung zu gewährleisten. Es wurde deutlich, dass von der Erhöhung der Versicherungszahlungen vorwiegend PB profitieren, die von Pflegediensten versorgt werden bzw. die Tages- und Nachtpflege abrufen.

Auch in Bezug auf die verbesserte soziale Sicherung der Pflegeperson weist Kehl (2016) darauf hin, dass die bisherigen Reformen nicht verhindern konnten, dass die rein informelle Pflege an Bedeutung verloren hat und weitere Maßnahmen notwendig sind, um diesem Trend entgegenzuwirken. Da die informelle Versorgung im häuslichen Umfeld von einer Vielzahl der PBn präferiert wird (Kehl 2016), könnte in der Schaffung zusätzlicher Anreize für eine Übernahme der Pflegetätigkeit und einer deutlichen Erhöhung des Pflegegeldes weiteres Potential für die Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit pflegerischer Versorgung liegen. Die Möglichkeiten der staatlichen Steuerung bei der Aktivierung der Reserven informeller Pflege sind, wie in Abschnitt 5.3 dargelegt, jedoch begrenzt. Dieser Sachverhalt stellt die Sozialpolitik vor große Herausforderungen, wenn es gelingen soll, Bedarfsgerechtigkeit und Kosteneffizienz ambulanter Pflege durch den Ausbau eines Pflegemixes sicherzustellen, in dem verstärkt Pflegepersonen und zusätzliche Ehrenamtliche die Versorgung übernehmen.

Als eine zur Erhöhung der subjektiven Bedarfsgerechtigkeit beitragende Reformmaßnahme wurde die Verkürzung des Abrechnungstaktes der Zeitkontingente bei Pflegesachleistungen vorgeschlagen. Dies könnte das Erreichen eines höheren Bedarfsdeckungsgrads ermöglichen, weil durch einen engeren Abrechnungstakt individuellere PZK realisiert werden könnten. Die Wirksamkeit

der Maßnahme ist jedoch an die Informiertheit der PBN über ihre Wahlmöglichkeiten geknüpft.

Zu beachten ist, dass die Ausführungen zur Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit auf einer Analyse der Auswirkungen der sPV-Reformen auf die bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege beruhen. Allerdings ist nicht abschließend geklärt, ob die hier dargestellten Aspekte der Pflege die Sicht der PBN umfassend beschreiben und wie die PBN die einzelnen Aspekte gewichten. Die Betrachtungen erfolgen daher unter der impliziten Annahme, dass alle bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege für den PBN gleich wichtig sind. Um die Effekte auf die Bedarfsgerechtigkeit genauer bestimmen zu können, muss jedoch die subjektive Gewichtung der Aspekte ermittelt werden. Dies kann empirisch über die Tauschbereitschaft der PBN erfolgen. Zudem ist zu klären, ob über die dargestellten Aspekte der Pflege hinaus weitere existieren, die für die PBN bewertungsrelevant sind. Schließlich gilt es, die hier vorgenommenen theoretischen Betrachtungen zur Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Pflege durch die Reformen der sPV empirisch zu belegen.

Literaturverzeichnis

- BMF, Bundesfinanzministerium (2001): Umrechnung DM/Euro. Download unter: http://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/Europa/uebersicht-euro-umrechnung.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Zugriff am 2. März 2017).
- Brzoska, Patrick; Razum, Oliver (2009): „Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion“, *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 18: 151–161.
- Bundestagsdrucksache 18/5926 (2015): Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), Gesetz vom 7.9.2015.
- Conrad, Ines; Matschinger, Herbert; Kilian, Reinhold; Riedel-Heller, Steffi (2016): *WHOQOL-OLD und WHOQOL-BREF-Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität im Alter*. Göttingen: Hogrefe.
- Faden, Ruth; Beauchamp, Tom (1996): *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford: University Press.
- Finanztest (2015): „Private Pflegeversicherung im Test: Lückenfüller für die Pflege“, *Finanztest* 5: 70–73.
- Forder, Julien E.; Caiels, James (2011): „Measuring the outcomes of long-term care“, *Social Science & Medicine* 73: 1766–1774.
- Gans, Oscar; Marggraf, Rainer (1997): *Kosten-Nutzen-Analyse und ökonomische Politikbewertung. Bd. I: Wohlfahrtsmessung, betriebswirtschaftliche Investitionskriterien*. Berlin: Springer.
- Gröhe, Hermann (2015): „Gesundheitspolitik muss dem Menschen dienen“, *Am Puls* 4: 12–13.

- Hoffmeister, Friederike; Hille, Cornelius (2015): „Bedeutung, Wesen und Merkmale des Ehrenamts“, *Neue Juristische Wochenschrift*: 3753–3757.
- Kehl, Konstantin (2016): „Nach dem Pflegestärkungsgesetz II: Eine alternative Interpretation der Probleme und ein Plädoyer für potenzialorientierte Reformen“, *Zeitschrift für Sozialreform*: 49–78.
- Marggraf, Rainer (2005): „Ökonomische Grundlagen der Umweltbewertung“, in: Rainer Marggraf; Ingo Bräuer; Anke Fischer; Susanne Menzel; Ursula Stratmann; Arne Suhr (Hg.): *Ökonomische Bewertung bei umweltrelevanten Entscheidungen – Einsatzmöglichkeiten von Zahlungsbereitschaftsanalysen in Politik und Verwaltung*. Ökologie und Wirtschaftsforschung 55. Marburg: Metropolis, 61–83.
- Netten, Ann; Burge, Peter; Malley, Juliette; Potoglou, Dimitris; Towers, Ann-Marie; Brazier, John; Flynn, Terry; Forder, Julien; Wall, Beryl (2012): „Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure“, *Health Technology and Assessment* 16: 1–166.
- Niens, Christine; Marggraf, Rainer (2010): Ökonomische Bewertung von Kindergesundheit in der Umweltpolitik. Aktuelle Ansätze und ihre Grenzen. Georg-August-Universität Göttingen, Diskussionspapiere des Departments für Agrarökonomie und Rurale Entwicklung Nr. 1005/2010.
- Niens, Christine; Marggraf, Rainer; Hoffmeister, Friederike (2015): Ambulante Pflege im ländlichen Raum – Überlegungen zur effizienten Sicherstellung von Bedarfsgerechtigkeit. Georg-August-Universität Göttingen, Diskussionspapiere des Departments für Agrarökonomie und Rurale Entwicklung Nr. 1513/2015.
- Richter, Ronald (2016): „Die neue soziale Pflegeversicherung – Ein leistungsrechtlicher Überblick“, *Neue Juristische Wochenschrift* 69: 598–604.
- Rokeach, Milton (1973): *The Nature of Human Values*. New York: The Free Press.
- Rothgang, Heinz (1997): *Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung: Eine ökonomische Analyse*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2016): Entwicklung des Verbraucherpreisindex für Gesundheitspflege in Deutschland 1994 bis 2015. Download unter: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/2544/umfrage/entwicklung-des-verbraucherpreisindex-fuer-gesundheitspflege/> (Zugriff am 2. März 2017).

Kurzbiografien

Christine Niens ist seit 2009 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Arbeitsbereich Umwelt- und Ressourcenökonomik des Departments für Agrarökonomie und Rurale Entwicklung der Universität Göttingen. Sie studierte Sozialwissenschaften und promovierte zum gesundheitlichen Verbraucherschutz vor Mykotoxinen. Seit 2014 bearbeitet sie das Projekt „Bedarfsgerechtigkeit und Effizienz ambulanter pflegerischer Versorgung im ländlichen Raum“. Ihre Forschungs-

schwerpunkte liegen in der Untersuchung der subjektiven Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Pflege und der Motivation Ehrenamtlicher.

Cornelius Hille studierte Rechtswissenschaften an der Georg-August-Universität Göttingen. Er arbeitet dort seit 2015 im Arbeitsbereich Umwelt- und Ressourcenökonomik des Departments für Agrarökonomie und RURALE ENTWICKLUNG und in dem Projekt „Bedarfsgerechtigkeit und Effizienz ambulanter pflegerischer Versorgung im ländlichen Raum“. Seine Schwerpunkte sind dabei die theoretische und empirische Forschung zur ambulanten Pflege mit besonderem Augenmerk auf den ländlichen Raum.

Stefan Schüler hat Forstwissenschaften in Göttingen studiert. Im Jahr 2015 promovierte er im Rahmen des DFG-Graduiertenkollegs 1086 zur Inwertsetzung von Ökosystemleistungen am Beispiel des Nationalparks Hainich. Seit 2011 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Arbeitsbereich Umwelt- und Ressourcenökonomik des Departments für Agrarökonomie und RURALE ENTWICKLUNG der Universität Göttingen. Seine Forschungsinteressen liegen im Bereich der gesundheitsbezogenen Ökosystemleistungen des ländlichen Raumes und der EU-Agrarpolitik.

Friederike Hoffmeister hat Rechtswissenschaften in Göttingen studiert und ist aktuell Rechtsreferendarin am Kammergericht Berlin u. a. mit Station in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. Von 2013 bis 2016 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studiengang Ökosystemmanagement der Georg-August-Universität und im Projekt „Bedarfsgerechtigkeit und Effizienz ambulanter pflegerischer Versorgung im ländlichen Raum“. Ihre Forschungsinteressen liegen im Gesundheitsrecht mit Fokus auf das SGB XI.

Rainer Marggraf ist Professor für Umwelt- und Ressourcenökonomik am Department für Agrarökonomie und RURALE ENTWICKLUNG der Universität Göttingen. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Grundlagen und Anwendungen wohlfahrtsökonomischer Analysen von öffentlichen Gütern.

7.3.3 Beitrag III: Bewertungskriterien ambulanter Pflege aus Sicht der LeistungsempfängerInnen

Niens, C., Hille, C., Marggraf, R. (2019): Subjektive Qualität ambulanter Pflege.

Bewertungsrelevante Aspekte auch Sicht von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Zeitschrift für Sozialreform, 65 (2): 115 - 145.

Im Mittelpunkt dieses Beitrags steht die Frage, auf welcher Grundlage PB und Pflegepersonen die Qualität ambulanter Pflege subjektiv beurteilen. Insbesondere zur Perspektive der PB liegen diesbezüglich nur wenige Erkenntnisse vor. Der Beitrag dient damit auch der empirischen Überprüfung und Ergänzung der theoretischen Annahmen zu den bewertungsrelevanten Aspekten der Pflege aus der Veröffentlichung von Niens, C., Hille, C., Schüler, S., Hoffmeister, F. und Marggraf, R. in der Zeitschrift für Sozialreform in 2017. Insgesamt wurden 22 Hauptkategorien mit 59 Subkategorien gefunden. Weiterhin wurde ein umfassendes Modell erarbeitet, welches verdeutlicht, wie die gefundenen bewertungsrelevanten Aspekte bei der subjektiven Bewertung der Pflegequalität zusammenwirken.

Aufteilung der Autorenschaft: Kapitel 1: C. Niens; Kapitel 2: C. Niens; Kapitel 3: C. Niens; Kapitel 4: C. Niens, C. Hille, R. Marggraf; Kapitel 5: C. Niens; Kapitel 6: C. Niens, C., Hille; Kapitel 7: C. Niens.

Christine Niens*, Cornelius Hille und Rainer Marggraf
**Subjektive Qualität ambulanter Pflege –
Bewertungsrelevante Aspekte aus Sicht von
Pflegebedürftigen und Pflegepersonen**

<https://doi.org/10.1515/zsr-2019-0005>

Abstract: In diesem Beitrag wird untersucht, welche Aspekte die Grundlage für die Bewertung der Qualität ambulanter Pflege aus Sicht von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen bilden. Bisher wurde dies in der aktuellen Pflegeforschung und in Befragungen zur pflegerischen Versorgung vernachlässigt. Auf Grundlage von qualitativen Interviews mit Pflegebedürftigen und deren Pflegepersonen konnten verschiedene Kriterien herausgearbeitet werden, die für die subjektive Bewertung der Pflegequalität maßgeblich sind. Darauf aufbauend wird vorgeschlagen, diese Kriterien in zukünftige Untersuchungen oder Befragungen zur Qualität der ambulanten pflegerischen Versorgung zu integrieren.

Schlüsselwörter: Pflegequalität, narrative Leitfadeninterviews, Pflegesetting, Versorgungsforschung, inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse

1 Einleitung

Die Sicherung der Qualität pflegerischer Versorgung stellt eine der zentralen sozialpolitischen und gesellschaftlichen Herausforderungen in Deutschland dar. Dabei besteht ein Konsens dahingehend, dass bei der Beurteilung der Qualität pflegerischer Versorgung einerseits die Bewertungen von Experten¹ berücksichtigt werden müssen. Andererseits sind aber auch die subjektiven Qualitätsurteile der Leistungsempfänger bedeutsam, die diese vor dem Hintergrund ihrer individuellen Vorstellungen von „guter Pflege“ bilden (Hensen 2018; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen 2014). Dieser Beitrag konzentriert sich ausschließlich auf die subjektive, d. h. durch

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich alle Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

***Kontaktperson:** Dr. Christine Niens, Department für Agrarökonomie und Rurale Entwicklung, Georg-August-Universität Göttingen, Platz der Göttinger Sieben 5, 37073 Göttingen, E-Mail: cniens@uni-goettingen.de

Leistungsempfänger selbst berichtete, Qualität ambulanter Pflege, da entsprechend § 3 SGB XI die ambulante Versorgung Vorrang vor der stationären hat, was mit den Wünschen der meisten pflegebedürftigen Menschen übereinstimmt (Kehl 2016). Als Leistungsempfänger kommen in der ambulanten Pflege pflegebedürftige Menschen (PB) und Pflegepersonen (PP) in Betracht. Bisher ist jedoch noch nicht hinreichend bestimmt, wie die subjektiv wahrgenommene Qualität ambulanter Pflege umfassend abgebildet werden kann.

Im Mittelpunkt dieses Beitrags steht die Frage, anhand welcher Kriterien PB und PP die Qualität ambulanter Pflege beurteilen und welche Vorstellungen sie von guter ambulanter Versorgung haben. Dieser Beitrag knüpft einerseits unmittelbar an die subjektive Qualität konkreter Pflegeleistungen an. Andererseits wird aber auch die subjektive Qualität der Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege berücksichtigt, welche zwar nicht unmittelbar über die Qualität einzelner Pflegeleistungen bestimmt, jedoch Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene Versorgungsqualität insgesamt hat.

Dass Wissenschaft und Praxis darin übereinstimmen, dass die Qualitätsurteile der Leistungsempfänger für die Bewertung von Versorgungsqualität relevant sind, zeigen die Ausführungen des nächsten Kapitels (2). Anschließend gibt Kapitel 3 eine Übersicht über bisherige Ansätze zur Bestimmung der Versorgungsqualität aus Sicht der Leistungsempfänger. Daran schließt sich die Darstellung der Zielsetzung dieses Beitrags an (4). Es folgen in den Kapiteln 5 und 6 die Beschreibungen der methodischen Vorgehensweise und der Ergebnisse. Dieser Beitrag endet mit einer Diskussion (7), in der u. a. die praktische Relevanz der Ergebnisse sowie weiterer Forschungsbedarf aufgezeigt werden.

2 Zur Relevanz der Perspektive der Leistungsempfänger bei der Messung der Versorgungsqualität

Die Frage nach der Ermittlung von Pflegequalität ist spätestens seit der Einführung des SGB XI als eigener Zweig der Sozialversicherung im Jahr 1994 eine Kernfrage der allgemeinen Pflegeforschung. Dabei wird regelmäßig gefordert, bei der Bestimmung von Versorgungsqualität auch die Perspektive der Leistungsempfänger einzubeziehen, um eine umfassende Betrachtung zu gewährleisten. Hensen (2018: 4-12) stellt heraus, dass bei der Qualitätsbestimmung pflegerischer Versorgung neben der „Professionsbezogenen Qualität“ und der „Managementbezogenen Qualität“ auch die „Kundenbezogene Qualität“ be-

rücksichtigt werden muss. Während sich die „Professionsbezogene Qualität“ auf die Anforderungen der Angehörigen von Gesundheitsberufen bzw. Experten bezieht, zielt die „Managementbezogene Qualität“ ab auf Anforderungen an die Bereitstellung und die Organisation von Ressourcen innerhalb eines institutionellen Leistungsrahmens, z. B. einen effizienten Mitteleinsatz unter Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben. Die „Kundenbezogene Qualität“ meint dagegen die Wünsche und Erwartungen der Leistungsempfänger und damit die hier untersuchte subjektive Perspektive von PB und PP. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen (2014) stellt im Zusammenhang mit der Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung klar, dass die „Konzeption einer bedarfsgerechten Versorgung, die einzig auf den objektiven Bedarf abhebt und unterschiedlichen Bedürfnissen der Patienten nicht Rechnung trägt, [...] in paternalistischer Weise das Postulat der Geltung individueller Präferenzen [verletzt]“.

Ausdrücklich betont auch das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (2018) die hohe Bedeutung von Patientenorientierung und personenzentrierter Versorgung. Um eine hohe Versorgungsqualität zu erreichen, müssen also einerseits die Interessen der Leistungsempfänger bekannt sein und andererseits angemessen berücksichtigt werden.

3 Messung der Qualität ambulanter Pflege: Methoden und Ergebnisse bestehender Ansätze

Im Folgenden werden unterschiedliche Analysen vorgestellt, die auf die subjektive Bewertung der Qualität ambulanter und stationärer Pflege und somit auf die kundenbezogene Qualität (Hensen 2018) abzielen. Dabei muss unterschieden werden zwischen der Ergebnis-, der Prozess- und der Strukturqualität (Donabedian 1988). Während sich die Prozessqualität auf die Art der Leistungserbringung bezieht, betrachtet die Ergebnisqualität deren Resultate. Die Strukturqualität zielt ab auf die Voraussetzungen, die für die Pflege notwendig sind, wie die Qualifikation des Personals oder materielle Ausstattung bspw. stationärer Pflegeeinrichtungen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird eine Unterscheidung zwischen quantitativen, qualitativen und theoretischen Ansätzen vorgenommen.

3.1 Quantitative Analysen

Auch wenn einheitliche Kriterien zur Bestimmung dessen, was gute Pflege ausmacht, nicht vorliegen, wird bereits über die Qualität stationärer und ambulanter Pflege regelmäßig und gesetzlich auferlegt durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (kurz MDS) berichtet, zuletzt im 5. Pflegequalitätsbericht im Jahr 2017. Jedoch fußt das Qualitätsverständnis, das dem Erhebungsbogen des MDS (2018) zur Messung der Qualität ambulanter Pflege zugrunde liegt, überwiegend auf einer objektiven Herangehensweise in Sinne der professions- und managementbezogenen Qualität (Hensen 2018). Die Beurteilung basiert in erster Linie auf der Einhaltung medizinisch-pflegerischer Indikationen zur Messung von Ergebnis- und Prozessqualität der Pflege sowie der Strukturqualität des betrachteten Pflegedienstes. Die Perspektive der Betroffenen, d. h. die kundenbezogene Qualität, kommt dabei kaum zum Ausdruck. So wendet sich der umfangreiche Erhebungsbogen des MDS in seinem 18. Abschnitt mit lediglich 14 Fragen direkt an die ambulant versorgten PB und erhebt dabei, mithilfe der Skalen „Ja/Nein“ und „Nie“ bis „Immer“, vorwiegend die Gesamtumstände der pflegerischen Versorgung durch den jeweiligen Pflegedienst (MDS 2018). Beispielsweise werden die Absprache von Zeiten der Pflegeeinsätze (18.3), die Zahl der Leistungserbringer (18.4) und deren Freundlichkeit (18.7) oder die allgemeine Zufriedenheit und die konkrete Zufriedenheit mit der Erbringung hauswirtschaftlicher Leistungen (18.11 und 18.13) erhoben. Die Gründe für die Qualitätsurteile der PB werden jedoch nicht hinterfragt, sodass Erkenntnisse für mögliche Verbesserungen kaum abgeleitet werden können. Darüber hinaus sind im Hinblick auf die Güte der Messmethodik die bereits von Sonntag et al. (2017) aufgeworfenen Bedenken zu berücksichtigen. Wenngleich die verwendeten *Items* durchaus einige Aspekte abdecken, welche sich auf die kundenbezogene Qualität der Leistungserbringung und die Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung beziehen, erfolgt dies einerseits (zu) unkonkret durch simple Skalen (Ja/Nein), und zum anderen finden diese Befragungen u. U. in Anwesenheit eines Pflegedienstmitarbeiters statt. Hieraus ergeben sich Bedenken hinsichtlich potentieller Interviewereffekte, die zu Einschränkungen von Objektivität, Reliabilität und Validität der erhobenen Daten führen, sodass deren Belastbarkeit zweifelhaft ist.

Sonntag et al. (2017) untersuchen mithilfe einer repräsentativen postalischen Befragung von 5.021 ambulant und stationär versorgten PB und ihren Angehörigen die Wichtigkeit von 79 Qualitätskriterien, die für die Auswahl eines Pflegeheims maßgeblich sind. Diese Kriterien decken insgesamt zehn Qualitätsbereiche ab. Hierzu gehören u. a. Pflege, medizinische Versorgung,

Kosten, soziale Kontakte, Essensversorgung, Lage und Erreichbarkeit der Einrichtung sowie Merkmale der Wohnumgebung und materielle Ausstattung des Pflegeheims. Die Kriterien werden wiederum in vier Qualitätsdimensionen gegliedert: die „personalbezogene“, die „versorgungsbezogene“, die „lebensqualitätsbezogene“ und die „institutionsbezogene“ Qualität. Der Vergleich der Subgruppen offenbart nur punktuelle Unterschiede zwischen PB und ihren Angehörigen hinsichtlich der Wichtigkeit der Kriterien. Übereinstimmend wird die Qualität der pflegerischen Versorgung als besonders relevant beurteilt: Von den sieben wichtigsten Bewertungskriterien beziehen sich sechs konkret auf die Pflege. Zu den wichtigsten personalbezogenen Pflegequalitätskriterien gehören „sorgfältig durchgeführte Pflege“, „respektvolles Verhalten des Pflegepersonals“, „bedürfnisorientierte Pflege“ und dass „sich ausreichend Zeit für die Pflege und persönliche Zuwendung in Form von Gesprächen“ genommen wird. Ebenfalls sehr bedeutsam für die Auswahlentscheidung sind nach Sonntag et al. (2017) die medizinische Versorgung, z. B. eine 24-Stunden-Ärztlerufbereitschaft, und auch eine transparente Darstellung der Kosten. Während für ambulant versorgte PB jedoch die Transparenz der Kosten bei der Auswahl eines Pflegeheims am wichtigsten ist, hat für bereits stationär Versorgte die Qualität der Pflege höchste Relevanz.

Netten et al. (2012) entwickelten ein standardisiertes und hinreichend validiertes Instrument zur Befragung von PB. Dieser Fragebogen misst die subjektiven Wahrnehmungen der Empfänger von (pflegerischen) Unterstützungsleistungen bezüglich acht verschiedener Lebensbereiche. Im Einzelnen lauten diese: Körperhygiene und Komfort, Essen und Trinken, Hygiene des Wohnraums und Komfort, Persönliche Sicherheit, Soziale Partizipation und Teilhabe, Aktivitäten und Beschäftigung, Selbstbestimmung sowie Würde und Selbstachtung. Damit gibt das Instrument einerseits Auskunft über die aktuelle unterstützungsbezogene Lebensqualität (service users' social care-related quality of life: SCRQoL). Andererseits wird die subjektiv erwartete SCRQoL bei Wegfall der Unterstützungsleistung gemessen. Der Unterschied zwischen der aktuellen und der erwarteten SCRQoL dient als Indikator für die Effekte der Unterstützungsleistungen auf die Lebensqualität der Leistungsempfänger. Die kundenbezogene Qualität der genutzten Unterstützungsleistungen sowie der Rahmenbedingungen der Versorgung werden bei Netten et al. (2012) jedoch nicht explizit berücksichtigt, sodass sich das Instrument zur Messung der subjektiven Prozess- und Ergebnisqualität oder als Grundlage zur Ableitung konkreter Verbesserungsansätze nicht eignet.

In einer repräsentativen Befragung von ca. 4.000 Personen im Alter von 65 bis 85 Jahren stellen Köcher/Sommer (2017: 202) fest, dass sich zehn Prozent der

Befragten (und sogar 15 % derjenigen, deren Partner bereits in einen Pflegegrad eingestuft wurden) eine bessere Qualität der ambulanten Pflegedienste wünschen. Was darunter konkret verstanden wird, bleibt allerdings offen. Folglich können auch hieraus keine maßgeblichen Kriterien dafür, was „gute“ ambulante Pflege aus Sicht der Leistungsempfänger ausmacht, isoliert werden.

3.2 Qualitative Analysen

In einer qualitativen Studie untersuchen Bruker et al. (2017) die Qualität der pflegerischen Versorgung mittels einer telefonischen Befragung der Angehörigen von PB. Diese Studie ist jedoch lediglich im Hinblick auf kognitiv eingeschränkte PB ergiebig, da sie sich auf die Besonderheiten von mit der Pflege zusammenfallenden Demenzfällen fokussiert. Zudem beschränkt sich diese Erhebung auf die Perspektive von pflegenden Angehörigen, bildet also nicht die der PB selbst ab.

Behr et al. (2014) ermitteln mittels narrativer Leitfadeninterviews die Lebensqualität von 33 stationär versorgten PB. Allerdings zeigt sich auch hier, ähnlich wie beim quantitativen Ansatz von Netten et al. (2012), nur ein geringer Bezug zur kundenbezogenen bzw. subjektiv wahrgenommenen ergebnis- und prozessbezogenen Qualität der pflegerischen Versorgung selbst. Zwar wird angeführt, dass die interviewten PB eine aktivierende Pflege und eine gezielte Förderung kognitiver Fähigkeiten wünschen – zwei Aspekte, die auf das Leistungsspektrum und die Prozessqualität der pflegerischen Leistungen abzielen; weitere Erkenntnisse dahingehend, was „gute Pflege“ bzw. hohe Qualität der Leistungserbringung ausmacht, finden sich jedoch nicht. Im Verlauf merken die Autoren schließlich an, durch ihre Arbeit einen wesentlichen Beitrag zur sehr dünnen Studienlage hinsichtlich der subjektiven Perspektive von PB zu leisten (Behr et al. 2014: 370). Bemerkenswert ist zudem, dass Behr et al. (2014: 377) auch eindringlich darauf hinweisen, dass durch ihre qualitative Untersuchung maßgebliche Relevanzstrukturen aufgedeckt werden konnten, diese aber einer quantitativen Bestätigung bedürfen.

3.3 Theoretische Ansätze

Im Hinblick auf die Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit der ambulanten Versorgung konkreter PB zeigen Niens et al. (2017), ausgehend von einer Literaturanalyse, unterschiedliche Aspekte auf, von denen angenommen werden kann, dass diese für PB bei der Bewertung ihrer Pflege relevant sind. In dieser theore-

tischen Betrachtung wird unterstellt, dass die ambulante Versorgung des PB unter Einbeziehung eines Pflegedienstes und weiterer Leistungserbringer, wie z. B. Ehrenamtlicher, erfolgt.

Die für PB bewertungsrelevanten Größen werden bei Niens et al. (2017) unterteilt in leistungserbringerunabhängige und leistungserbringerabhängige (e–h) Aspekte der ambulanten Pflege. Hierbei sind zwei weitere Begrifflichkeiten zu unterscheiden: einerseits die Pflegeleistung und andererseits der Pflegeeinsatz. Eine Pflegeleistung stellt eine einzelne pflegerische Maßnahme dar, demgegenüber ist ein Pflegeeinsatz das Aufsuchen eines PB, um eine oder auch mehrere Pflegeleistungen vorzunehmen (Niens et al. 2017: 528). Die bewertungsrelevanten Aspekte sind:

- a. Pflegeleistungen, mit denen ein PB aus den Leistungsbereichen Selbstversorgung, Haushaltsführung, Betreuung versorgt wird;
- b. Länge der Pflegezeit (= Pflegeminuten insgesamt);
- c. Minuten pro Pflegeeinsatz;
- d. Anzahl der Einheiten einer Pflegeleistung und deren zeitliche Verteilung;
- e. Ergebnisqualität – empfundene Qualität der Pflegeleistung;
- f. Prozessqualität – empfundene Qualität der Leistungserstellung;
- g. Sympathie gegenüber dem Leistungserbringer;
- h. Zuverlässigkeit des Leistungserbringers;
- i. Anzahl der Leistungserbringer, die Pflegeleistungen erbringen.

Diese bewertungsrelevanten Aspekte stellen nach Niens et al. (2017) die Grundlage für die subjektive Bewertung ambulanter Pflege durch PB dar. Eine empirische Überprüfung der Überlegungen steht jedoch noch aus.

3.4 Schlussfolgerungen aus den bestehenden Ansätzen

Mit Blick auf die ambulante pflegerische Versorgung ist ausgehend von den bestehenden Ansätzen zur subjektiven Bewertung der Pflege allenfalls eine geringe Konkretisierung eines Qualitätsbegriffs ersichtlich, welcher auch die Perspektive der Leistungsempfänger angemessen berücksichtigt. Entweder erfolgt die Ermittlung der Pflegequalität vor allem auf medizinische Erkenntnisse fokussiert und somit objektiv in Form der professionsbezogenen oder strukturbezogenen Qualität, oder die subjektive Qualität der Leistungserbringung und damit die kundenbezogene Qualität wird nicht hinreichend erfasst, sondern eher die allgemeine Lebensqualität von PB untersucht. Somit kann die Forderung nach Patientenorientierung und Berücksichtigung der Perspektiven

der Leistungsempfänger (Sachverständigenrat 2014; Sonntag et al. 2017) bei der Beurteilung der Qualität ambulanter Pflege mit den bestehenden Ansätzen nicht angemessen verwirklicht werden.

Auch im Bereich stationärer Pflege wurde die Perspektive von PB bisher kaum beachtet. Dies kritisieren übereinstimmend auch Schnabel (2005) und Sonntag et al. (2017), unter Verweis auf Josat (2005), Kämmer (2008), Curry/Stark (2000) und Roth (2002). Sonntag et al. (2017) identifizieren zwar relevante Kriterien für die Heimauswahl aus Sicht von PB und ihren Angehörigen, ob diese jedoch auf die Bewertung ambulanter Pflege übertragbar sind, bleibt offen. Insofern scheidet eine Übertragung bestehender Instrumente zur subjektiven Bewertung stationärer Versorgungsqualität auf den ambulanten Bereich aus. Somit kann geschlussfolgert werden, dass es maßgebliche Kriterien zur Bestimmung, was „gute ambulante Pflege“ aus Sicht der PB und PP ausmacht, bislang nicht gibt.

4 Zielsetzung

Ziel dieses Beitrags ist ein Erkenntnisfortschritt bei der Frage, welche Aspekte bei der Bewertung ambulanter Pflege aus Sicht von PB und PP und damit für die kundenbezogene Versorgungsqualität bedeutsam sind. Hierzu wurde eine qualitative empirische Studie durchgeführt. Ausgangspunkt dieser Studie ist die theoretisch begründete Zusammenstellung der Aspekte ambulanter Pflege nach Niens et al. (2017). Ein Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Gültigkeit der dort beschriebenen Annahmen empirisch zu prüfen.

Für eine umfassende Beurteilung der kundenbezogenen Qualität ambulanter Pflege erscheint es zudem notwendig, die subjektiven, d. h. selbst berichteten Qualitätsurteile *aller* Leistungsempfänger zu berücksichtigen. Daher müssen neben der durch die PB subjektiv wahrgenommenen Pflegequalität auch die Qualitätsempfindungen von PP beachtet werden. Dies begründet sich aus der situationsbedingten Nähe zwischen PP und PB und der daraus resultierenden genauen Kenntnis der Pflegesituation, sowohl im Hinblick auf Ergebnis- und Prozessqualität als auch hinsichtlich der Rahmenbedingungen der Versorgung. Darüber hinaus zählen auch PP zu den Leistungsempfängern des Pflegesystems, wenn sie Entlastungsleistungen nutzen oder an eigens für sie vorgesehenen Pflegekursen teilnehmen. Somit müssen für die Beurteilung der subjektiven Qualität ambulanter Pflege die Perspektiven der PB und der PP betrachtet werden. Vor diesem Hintergrund werden die folgenden Fragestellungen untersucht:

- F1: Sind die bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege (Niens et al. 2017) für PB und auch für PP bei der subjektiven Beurteilung der ambulanten Pflege tatsächlich von Bedeutung?
- F2: Gibt es weitere Aspekte, die für die subjektive Bewertung der ambulanten Pflege für PB bzw. PP relevant sind?
- F3: Wie lassen sich die gefundenen bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege inhaltlich ausgestalten?
- F4: Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den einzelnen bewertungsrelevanten Aspekten der Pflege?

Zur Beantwortung der Fragen 1 bis 4 wird eine allgemeine Betrachtung vorgenommen, um unabhängig vom Pflegesetting sämtliche Aspekte der subjektiven Bewertung der Pflege darzustellen. Hinsichtlich der folgenden Fragen 5 und 6 wird eine Differenzierung nach unterschiedlichen Pflegesettings vorgenommen. Hier wird unterschieden, ob ein PB ausschließlich durch eine PP, durch einen Pflegedienst oder kombiniert, durch einen Dienst und eine PP, versorgt wird.

- F5: Inwieweit unterscheiden sich die bewertungsrelevanten Aspekte in Abhängigkeit vom Pflegesetting?
- F6: Inwieweit unterscheiden die bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege zwischen PP und PB?

5 Methodik

Zur empirischen Ermittlung der Aspekte, die für die Leistungsempfänger bei der Beurteilung der subjektiven Pflegequalität bewertungsrelevant sind, wurden insgesamt 24 narrative Leitfadeninterviews mit ambulant versorgten, selbstauskunftsfähigen PB (n = 10: 7 weiblich, 3 männlich) und PP (n = 14: 9 weiblich, 5 männlich) durchgeführt. Die Interviewten wurden über einen Aufruf, der mit Zeitungsannoncen über den Inhalt des Forschungsvorhabens verbunden war, gewonnen. Alle geeigneten PB und PP, die sich zur Teilnahme an der Studie bereit erklärten, wurden interviewt. Voraussetzung für die Teilnahme der PB war die Einstufung in mindestens Pflegegrad 2 nach § 15 SGB XI und die Selbstauskunftsfähigkeit bzw. für PP die regelmäßige Ausübung der Pfl egetätigkeit.

In acht Fällen konnten Paarungen aus PB und zugehöriger PP, jeweils getrennt voneinander, interviewt werden. Fünf dieser PB werden durch mindestens eine PP und einen Pflegedienst gepflegt. Zwei PB werden dagegen nur

durch die PP versorgt. Ein PB bewohnt gemeinsam mit ihrer PP eine Wohnung in einer betreuten Wohnanlage.

Außerdem wurden zwei PP interviewt, die gemeinsam mit einer Dauerpflegekraft und einem ambulanten Pflegedienst einen PB versorgen, der sich aufgrund einer schwerwiegenden Sprachstörung nur sehr eingeschränkt äußern kann und daher nicht interviewt wurde. Zwei weitere PB werden ausschließlich durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt. Die PB sind in die Pflegegrade 2–5 eingestuft. Die Interviews wurden teilstandardisiert durchgeführt und mit folgender offener Erzählaufforderung eingeleitet:

„Wir interessieren uns dafür, was gute häusliche Pflege ausmacht. Können Sie mir etwas darüber erzählen, was Ihnen bei der Pflege hier zu Hause wichtig ist? Sie können alles erzählen, was Ihnen einfällt.“

Anschließend wurden die PB und PP gebeten, über positive und negative Situationen im Zusammenhang mit der häuslichen Pflege zu berichten sowie Wünsche zu äußern, was sich an ihrer Pflege bzw. aus Sicht der PP an der Pflege des PB ändern sollte. Am Ende des Interviews wurden demographische Daten der Interviewten sowie Pflegegrad und Dauer der Pflegebedürftigkeit erfasst. Die Erhebung des gesamten Datenmaterials wurde von zwei Interviewern durchgeführt, wobei die Gespräche, entsprechend des Wunsches der Befragten, entweder nur von einem oder von beiden Interviewern gemeinsam geführt wurden. Die Interviews wurden nach dem Einverständnis von PB und PP aufgezeichnet. Ihre Länge variiert zwischen 30 und 86 Minuten.

Erhebung und Auswertung des Interviewmaterials verliefen parallel von Juni 2017 bis April 2018. Alle Interviews wurden vollständig wörtlich transkribiert und mittels einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz 2014) unter Verwendung der Software MAXQDA ausgewertet. Die Kategorienbildung erfolgte, zusammenfassend für alle Pflegesettings, gemischt deduktiv-induktiv mit dem Ziel, einerseits die vorab definierten Kategorien nach Niens et al. (2017) auf ihre empirische Relevanz zu überprüfen, zu verfeinern und zu modifizieren. Andererseits sollten ggf. neue Kategorien, bisher nicht berücksichtigte, bewertungsrelevante Aspekte der Pflege, aufgedeckt werden. Zunächst wurden zu jedem Interview Fallzusammenfassungen und Memos verfasst. Anschließend wurden sechs Interviews von den Interviewern gemeinsam ausgewertet. Dabei dienten die bewertungsrelevanten Aspekte nach Niens et al. (2017) als deduktive Basis der Auswertung, welche um induktiv gebildete Kategorien ergänzt und verfeinert wurde. Somit wurden ein erweitertes Kategoriensystem, welches neben den Hauptkategorien bereits Subkategorien enthielt, und ein Codierleitfaden erstellt. Danach wurde das gesamte Interviewmaterial von den beiden Interviewern nochmals unabhängig codiert. Das Kategoriensys-

tem und der Codierleitfaden wurden in dieser Phase erneut, entsprechend der neu gewonnenen Erkenntnisse, induktiv angepasst. Die Auswertung des Datenmaterials der drei zuletzt interviewten PB und der vier zuletzt interviewten PP (zwei Paarungen von PB mit einer bzw. zwei PP und einem Pflegedienst und eine Paarung von PB und PP ohne Pflegedienst) bestätigte das generierte Kategoriensystem für alle Pflegesettings, sodass zumindest für kombiniert Versorgte eine theoretische Sättigung angenommen werden kann.

Zur Absicherung der Intracoder-Reliabilität wurde die Codierung nach Abschluss dieser Analysephase noch einmal geprüft (Mayring und Brunner 2010: 326). Anschließend wurde das Kategoriensystem bzw. die Codierung mit drei Mitgliedern des Forschungsteams, welche selbst nicht am Prozess der Datenerhebung und -auswertung beteiligt waren, hinsichtlich Plausibilität, Zuverlässigkeit und Bestätigbarkeit diskutiert (Mayring und Brunner 2010: 326; Hopf und Schmidt 1993: 61-63). Konnte keine Übereinstimmung in Bezug auf die vorgenommene Kategorienbildung bzw. die Zuweisung von Textstellen zu einer Kategorie erzielt werden, wurde die Textstelle als „offen“ codiert. Im Anschluss an die Themenanalyse bzw. die Auswertung entlang der Hauptkategorien der Interviews erfolgte eine Typenbildung, um Unterschiede und Ähnlichkeiten insbesondere zwischen PP und PB sowie den unterschiedlichen Pflegesettings aufzudecken. Weiterhin wurden Wirkungszusammenhänge zwischen den Hauptkategorien analysiert.

6 Ergebnisse

6.1 Empirische Überprüfung und Bestimmung neuer bewertungsrelevanter Aspekte ambulanter Pflege aus Sicht von PB und PP (F1, F2)

Insgesamt wurden basierend auf den durchgeführten Interviews bei gemeinsamer Betrachtung aller Pflegesettings 22 Aspekte (exklusive zugehöriger Subkategorien) gefunden, welche für PB und PP bei der subjektiven Beurteilung der ambulanten Pflege bewertungsrelevant sind. Hierunter finden sich auch die Aspekte der Pflege nach Niens et al. (2017) (F1). Ebenso konnte die Unterscheidung zwischen Aspekten, welche vom Leistungserbringer abhängig sind, und solchen, die vom Leistungserbringer unabhängig sind, grundsätzlich bestätigt werden. Dabei kommen als Leistungserbringer sowohl professionelle Pflegekräfte als auch PP und weitere Ehrenamtliche in Betracht. Bislang nicht ausreichend präzisiert war, ob die leistungserbringerabhängigen Aspekte ausschließ-

lich vom Leistungserbringer geprägt werden oder nur teilweise. Nimmt man an, dass leistungserbringerabhängige Aspekte nicht zwingend *ausschließlich* durch den Leistungserbringer beeinflusst werden können, so kann die bisherige Zuordnung nicht aufrechterhalten werden.

Bereits bekannte und durch die Interviews bestätigte, leistungserbringerabhängige Aspekte waren *Ergebnis- und Prozessqualität*. Zu den bestätigten leistungserbringerunabhängigen Aspekten gehören *Anzahl der Leistungserbringer*, *Spektrum der Pflegeleistungen* sowie *Einheiten der Pflegeleistungen* und deren *Verteilung in der Woche*. Die bisher als leistungserbringerunabhängig eingeordneten Aspekte *Minuten pro Einsatz* und *Pflegezeit insgesamt* erwiesen sich nach Auswertung der Interviews auch als zumindest teilweise vom Leistungserbringer abhängig. Alle diese Aspekte stellen jeweils Hauptkategorien des entwickelten Kategoriensystems dar.

Ausgehend von den durchgeführten Interviews müssen folgende Aspekte als neue Hauptkategorien ergänzt werden (F2): Physis des Leistungserbringers, äußeres Erscheinungsbild des Leistungserbringers, Schnelligkeit des Leistungserbringers, Vertrauen zum Leistungserbringer, Chemie zwischen Leistungserbringer, PP und PB, Beliebtheit des Leistungserbringers, Zeitpunkt des Pflegeeinsatzes bzw. Zeitfenster, in dem ein Pflegeeinsatz beginnt, Anzahl der Pflegeeinsätze pro Woche, Soziale Kontakte zur und Interaktion mit der Pflegekraft, Bürokratie im Umgang mit der Pflegekasse und Transparenz der Pflegedienst-Rechnung. Die Aspekte Persönlichkeit des Leistungserbringers und Kompetenz des Leistungserbringers, die nur mittelbar Berücksichtigung in der theoretischen Betrachtung fanden, wurden zudem als weitere eigenständige Hauptkategorien aufgenommen. Der frühere Aspekt Sympathie gegenüber dem Leistungserbringer wurde umbenannt in Chemie zwischen Leistungserbringer und PB bzw. Leistungserbringer und PP und wurde so enger an den Sprachgebrauch der Interviewten angepasst. Der frühere Aspekt der Zuverlässigkeit des Leistungserbringers wurde als Subkategorie in die Hauptkategorie Persönlichkeit des Leistungserbringers überführt. Außerdem wurde die neue Hauptkategorie Pünktlichkeit des Leistungserbringers eingeführt. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über das aus den Interviews abgeleitete Kategoriensystem. Spalte 1 beinhaltet sämtliche Hauptkategorien und damit die Aspekte, auf deren Basis PB und PP die wahrgenommene Qualität ambulanter Versorgung beurteilen, zusammengefasst für alle Pflegesettings und unterteilt in (ganz oder teilweise) leistungserbringerabhängig oder -unabhängig.

6.2 Inhaltliche Ausgestaltung der bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege (F3)

Die oben genannten bewertungsrelevanten Aspekte ambulanter Pflege können hinsichtlich ihres Inhalts mithilfe des Interviewmaterials konkretisiert werden. In Spalte 2 der Tabelle 1 finden sich die Definitionen der Hauptkategorien, und Spalte 3 enthält die entsprechenden Subkategorien.

Tabelle 1: Kategoriensystem der bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege aus Sicht von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen

Aspekt der Pflege	Definition	Unterkategorien
Vom Leistungserbringer (LE) abhängig		
*Kompetenz LE	Nur fachliche Fähigkeiten	*Fachwissen/Ausbildung LE *Erfahrung LE
*Persönlichkeit LE	Merkmale des LE, die sich zurückführen lassen auf Gemeinsamkeiten, Charakter und „Pflege-Soft-Skills“	*Gemeinsamkeiten: *Interessen *Wohnort *Herkunft Charakter: *hilfsbereit *empathisch *kommunikativ *humorvoll *optimistisch *verständnisvoll *anpassungsfähig *Fähigkeit, sich „zusammenzureißen“ = Selbstbeherrschung *fleißig *ehrlich „Pflege-Soft-Skills“: *freundlich *respektvoll, keine Dominanz, keine Bevormundung *gründlich *selbständig *verschwiegen *zuverlässig
*Schnelligkeit LE	Geschwindigkeit, in der der LE eine Pflegeleistung erbringt	
*Physis LE	körperliche Kraft und Fitness	

Aspekt der Pflege	Definition	Unterkategorien
*Äußeres LE	gepflegte Erscheinung	Dienstkleidung neutrales Erscheinungsbild saubere Kleidung Körperhygiene
Prozessqualität	empfundene Qualität des Leistungserbringungsprozesses	professionell Hygiene aktivierende Pflege Sicherheitsgefühl Berücksichtigung von Wünschen und Bedürfnissen des PB würdevolle Behandlung liebvoller Umgang
Ergebnisqualität	empfundene Qualität des Resultats der Pflegeleistung	
*Vertrauen in LE	verlassen können auf LE bzw. PB der Obhut des LE überlassen	
*Chemie	persönliche Beziehung zu LE	
*Beliebtheit LE	Entspricht der „Lieblingspflegekraft“.	
*Pünktlichkeit LE	Erscheint und beendet der LE pünktlich zum vereinbarten Zeitpunkt?	
Min./Einsatz	Dauer eines Pflegeeinsatzes zur Vornahme einer oder mehrerer Pflegeleistungen in Minuten	
Pflegezeit insgesamt/Woche	Produkt aus Dauer und Anzahl der Einsätze/Woche	
*Soziale Kontakte	Interaktion mit LE (als anderer Mensch)	Gespräche Vermeidung von Einsamkeit
Vom Leistungserbringer (LE) unabhängig		
Spektrum Pflegeleistungen	Pflegeleistungen nach SGB XI	Selbstversorgung Haushaltsführung Betreuung und Entlastung Kurzzeitpflege Tagespflege Hilfsmittel
Anzahl LE	Anzahl der Personen, die den PB pflegen	
Einheiten Pflegeleistungen/Woche	Anzahl der Pflegeleistungen in einer Woche	Selbstversorgung Haushaltsführung Betreuung und Entlastung

Aspekt der Pflege	Definition	Unterkategorien
		Kurzzeitpflege Tagespflege Hilfsmittel
Verteilung Pflegeleistungen/Woche	Verteilung der Pflegeleistungen in einer Woche	
*Anzahl Einsätze	Einsatz = Besuch eines PB zur Vornahme von Pflegeleistungen	
*Zeitpunkt bzw. -fenster Einsatz	vereinbarte (!) Uhrzeit (konkreter Zeitpunkt oder Zeitraum) für Einsatzbeginn	morgens abends
*Bürokratie Pflegekasse	Schwierigkeiten im Umgang und Kontakt mit der Pflegekasse	Anträge: Umfang, Verständlichkeit, Bearbeitungszeit, Wartezeiten (Genehmigung, Telefon etc.) MDK-Gutachten
*Transparenz Pflegedienst-Rechnung	Modalitäten der Abrechnung von Pflegeleistungen durch den Pflegedienst	Übersicht, Nachvollziehbarkeit und Intervall der Abrechnung

Quelle: Eigene Zusammenstellung; mit * gekennzeichnete Aspekte wurden induktiv abgeleitet und zu Niens et al. (2017) ergänzt.

Die Aspekte aus Tabelle 1 bilden die Bewertungsgrundlage von PB und PP für die Beurteilung der subjektiven Qualität ambulanter Pflege. Diese subjektiven Bewertungen können sich einerseits auf die Erbringung konkreter Pflegeleistungen (*Ergebnis- und Prozessqualität*) und andererseits auf die Rahmenbedingungen der Pflege beziehen. Zunächst werden die von den Leistungserbringern abhängigen bewertungsrelevanten Aspekte erklärt. Danach werden die von den Leistungserbringern unabhängigen Aspekte dargestellt.

Der Aspekt der *Kompetenz des Leistungserbringers* konnte insoweit konkretisiert werden, dass es sich dabei ausschließlich um fachliche Fähigkeiten handelt, welche durch Ausbildung oder Pflegeererfahrung erworben werden können. Davon abzugrenzen ist der Aspekt der *Persönlichkeit des Leistungserbringers*, welcher sich unterteilen lässt in *Charaktereigenschaften*, *Gemeinsamkeiten* der Pflegekraft mit PB oder PP und „Pflege-Soft-Skills“. Während der Charakter des Leistungserbringers, wie auch die Gemeinsamkeiten zu PB oder PP, kaum beeinflussbar sind, ist anzunehmen, dass die „Pflege-Soft-Skills“ gezielt durch Schulungen gefördert werden können. Als wünschenswerte Charaktereigenschaft wiederkehrend benannt wurden bspw. *Humor*, *Empathie*, *Ehrlichkeit* und *Optimismus*. Gemeinsamkeiten bezogen sich, besonders im ländlichen Raum,

auf denselben Wohnort und daraus resultierende, gemeinsame Bekannte oder auf Interessen hinsichtlich der Freizeitgestaltung. Zu den wünschenswerten „Pflege-Soft-Skills“ zählen *Freundlichkeit* und *Respekt*, *Zuverlässigkeit*, *keine Dominanz bzw. Bevormundung von PB bzw. PP*, aber auch *selbständiges, gründliches Arbeiten* und *Verschwiegenheit* im Hinblick auf Vertrauliches.

Die *Schnelligkeit* und die *Physis des Leistungserbringers* spielen ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Wahrnehmung der Qualität einer konkreten Pflegeleistung, wobei Physis ausschließlich die körperlichen Voraussetzungen und die Fitness umfasst, die ein Leistungserbringer bei der pflegerischen Versorgung eines körperlich eingeschränkten PB zwingend benötigt. Auch das *Äußere eines Leistungserbringers* wirkt sich auf die wahrgenommene Versorgungsqualität aus, wobei PB und PP auf saubere und neutrale Kleidung achten, angemessene Körperhygiene wünschen und bei professionellen Pflegedienstleistern entsprechende Dienstkleidung sehen möchten.

Die *Prozessqualität*, also die empfundene Qualität des Leistungserbringungsprozesses, ist zu unterteilen in Subkategorien zweier Klassen, die sich einerseits auf die fachlichen Kompetenzen des Leistungserbringers und andererseits auf dessen Persönlichkeit zurückführen lassen. Mit der fachlichen Kompetenz konnotiert sind z. B. ein höheres Sicherheitsgefühl des PB, Fähigkeiten zur aktivierenden Pflege, ein hoher Hygienestandard und ein professionelles an Pflegestandards orientiertes Vorgehen. Die empfundene *Prozessqualität* hängt weiterhin von Verhaltensweisen ab, die auf die *Persönlichkeit des Leistungserbringers* zurückgehen und sich dadurch erfassen lassen, inwiefern die Wünsche des PB berücksichtigt werden und ob ein würdevoller und liebevoller Umgang herrscht. Deutlich wird dieser Unterschied an folgenden Zitaten desselben PB Frau T.:

Am wichtigsten ist mir, glaube ich, dass meine Wünsche respektiert werden. Im Rahmen dessen, was so möglich ist. Beim Pflegedienst oder auch bei der Privatperson. Also konkret meine ich, meine Mutter hat mich z. B. immer gefragt, möchtest du dies oder das, wie möchtest du das oder jenes haben. Das macht der Pflegedienst auch, also man wird nicht nach Standard gewaschen, sondern so, wie man es haben möchte, z. B. das finde ich sehr angenehm und am wichtigsten.

Auf Nachfrage, welche Vorteile eine Pflege durch eine ausgebildete Pflegekraft mit sich bringt, antwortete Frau T.: „und ich hatte ein größeres Gefühl der Sicherheit, weil ich das Gefühl hatte, die sind professionell, die können das mit dem Transfer. Unter *Ergebnisqualität* ist das empfundene Resultat der konkreten Pflegeleistung zu verstehen. Hohe *Ergebnis- und Prozessqualität* einer Pflegeleistung treten häufig gemeinsam auf, können aber auch auseinanderfallen. Dies ist etwa dann der Fall, wenn eine Pflegeleistung wie das Waschen im Er-

gebnis zwar sehr zur Zufriedenheit des PB ausfällt, dabei aber viel Wasser verschüttet wurde.

Das *Vertrauen in den Leistungserbringer* meint, dass PB bzw. PP das Gefühl haben, sich bzw. den anderen der Obhut des Leistungserbringers überlassen zu können, so wie es die PP Frau S. beschreibt:

wenn jemand da ist, auf den ich mich verlassen kann, nimmt mir das ja das Problem. [...] Wenn es aber jemand ist, wie die M. z. B., wo ich mich verlassen kann, dann bin ich ausgelassener, da kann ich eher sagen, ich mach meinen Kram mal [...] dann bin ich freier, weil ich weiß, wenn ich unterwegs bin und es wäre was, die hätte das im Griff und wüsste, was zu tun ist.“ Die PB Frau H. betont ebenso die Bedeutung des Gefühls, sich auf einen Leistungserbringer verlassen zu können, und äußert sich wie folgt: „Ich wüsste, die [Leistungserbringerin] würde mich nicht verlassen. Es sei denn, sie ist selber krank oder so, ne.

Die *Chemie* zwischen Leistungserbringer und PB bzw. PP beschreibt die persönliche Beziehung der Beteiligten. Sie ist dabei unabhängig von der fachlichen *Kompetenz des Leistungserbringers*, sondern meint ausschließlich die zwischenmenschlichen Verhältnisse und ist stark mit der *Persönlichkeit des Leistungserbringers* verknüpft. Deutlich wird dies anhand eines Zitats der PP Frau S. über deren pflegebedürftige Mutter: „*auch die Chemie muss ja als allererstes passen zwischen meiner Mutter und [dem Leistungserbringer]. Aber wie gesagt, das ist, sobald man sich freundlich meiner Mutter zuwendet, ist sie aufgeschlossen.*“

Der bewertungsrelevante Aspekt der *Beliebtheit eines Leistungserbringers* beinhaltet die Summe der Eigenschaften einer ggf. vorhandenen „Lieblingspflegekraft“ von PB bzw. PP und wird dadurch maßgeblich durch die subjektive Wahrnehmung unterschiedlicher leistungserbringerabhängiger Aspekte bestimmt.

Die *Pünktlichkeit des Leistungserbringers* ist nur bedingt durch den Leistungserbringer selbst beeinflussbar. Einerseits können äußere Faktoren, wie z. B. Verkehrsstau oder betriebsbedingte Probleme, dazu führen, dass ein Leistungserbringer nicht rechtzeitig beim PB erscheint. Andererseits kann es jedoch auch bereits im Verhalten des Leistungserbringers verankert sein, keinen großen Wert auf Pünktlichkeit zu legen. In vergleichbarer Weise vom Leistungserbringer abhängig sind die *Minuten pro Pflegeeinsatz* sowie damit in Verbindung stehend die gesamte Pflegezeit. Die *Länge der Pflegezeit* ist allerdings nicht allein durch den Leistungserbringer bestimmt, sondern hängt auch von der Vereinbarung und den finanziellen Ressourcen ab. Der Aspekt *Soziale Kontakte* meint hier Gespräche und den Austausch mit einem Leistungserbringer. Diese Gespräche betreffen nicht den Bereich der pflegerischen Versorgung, sondern dienen dem persönlichen Austausch mit einem anderen Menschen, der gerade

bei körperlich eingeschränkten PB aufgrund geringer Mobilität oft nur im eigenen häuslichen Umfeld stattfinden kann. Auch wenn eine in der Person des Leistungserbringers begründete Aufgeschlossenheit gegenüber dem PB bereits zuträglich ist, kann ein sozialer Kontakt darüber hinaus auch davon abhängen, dass bspw. Interessen oder ein gemeinsamer Wohnort Verbundenheit schaffen.

Von den soeben dargestellten (teilweise oder ausschließlich) leistungserbringerabhängigen Aspekten abzugrenzen sind solche, die nicht von dem Leistungserbringer beeinflussbar sind. Diese Aspekte bestimmen weniger über die Wahrnehmung der subjektiven Qualität einzelner Pflegeleistungen, sondern sind vielmehr maßgeblich für die Bewertung der Rahmenbedingungen der pflegerischen Versorgung.

Das *Spektrum der Pflegeleistungen*, das von den Interviewten thematisiert wurde, lässt sich in die Unterkategorien Selbstversorgung, Betreuung, Haushaltsführung, Tages- und Kurzzeitpflege und Pflegehilfsmittel teilen. Die *Einheiten Pflegeleistungen pro Woche* und *deren Verteilung* beziehen sich ebenfalls auf diese Subkategorien. Die *Anzahl der Leistungserbringer* umfasst alle Personen, die Leistungen für PB bzw. PP erbringen.

Im Hinblick auf die Erweiterung des Leistungsspektrums der Pflegekasse um den Bereich der Betreuung wurde deutlich, dass dies zwar von PB und PP positiv bewertet wird. Allerdings seien die vorhandenen Angebote meist unpassend bzw. zu teuer. Insbesondere, wenn Entlastungsleistungen vom Pflegedienst erbracht würden, reichten die 125 Euro nach § 45 b SGB XI kaum aus, um eine merkliche Entlastung für PP zu erzielen. Darüber hinaus seien die angebotenen Leistungen oft unpassend, da z. B. Arbeiten, für die eine Leiter bestiegen werden müsste, oder das Fensterputzen in oberen Etagen generell nicht ausgeübt werden dürfen. Die interviewten PB kritisieren zudem, dass Betreuungsangebote häufig auf schwer pflegebedürftige Personen ausgerichtet seien. So etwa Frau O.:

ich war mal in D. im L-W-Haus, da waren wir da so eingeladen, alle die da Betreuung hatten. Und das hat nachher die Dame auch gesagt, die das geleitet hat, dass ... da hab ich mich nicht wohl gefühlt. Ich meine, ich bin ja nun auch nicht mehr jung, aber das war mir doch alles zu, doch ziemlich ältere, die, die gefüttert werden mussten und so, also da fühlte ich mich nicht wohl zwischen. Also die hätten mich noch weiter runter gezogen in meiner ganzen Art.

Zusätzlich als wichtig für die Bewertung der Versorgung identifiziert wurden die *Anzahl der Pflegeeinsätze* sowie der *Zeitpunkt eines Pflegeeinsatzes*. Der *Zeitpunkt eines Pflegeeinsatzes* ist dabei bezogen auf die zwischen Leistungserbringer und PB bzw. PP vereinbarte Uhrzeit, in der ein Pflegeeinsatz beginnen soll, und scheint von besonderer Bedeutung für die subjektive Versorgungsqualität

zu sein. Dies belegt die Aussage der PB Frau O. zur Uhrzeit des Einsatzbeginns am Morgen: *„ich hab ja einen Dienstleister, weil ich alleine bin. Und es kommt darauf an, was die vor allem Dingen auch mal mit der Zeit ein bisschen auf die Leute eingehen und nicht, dass man dreiviertel 10 noch mit einem Nachthemd (nicht) da sitzt. Es ist keiner zum Duschen da, nicht da.“*

Ähnlich verhält es sich für den Einsatz am Abend, wie Frau T. als PP ihres Mannes beschreibt: *„Er liegt hier um 19:00 Uhr im Bett und kann nicht schlafen und er sagte heute Morgen: ‚So kann ich einfach nicht leben.‘ Wenn die ihn um 19:00 Uhr ins Bett legen schläft er vor 00:00 Uhr nicht“.*

Alternativ zur Festlegung einer konkreten Uhrzeit wird oft vereinbart, dass Beginn oder Ende eines Pflegeeinsatzes auch in einer *Zeitspanne* liegen können (bspw. 10:00 bis 12:00 Uhr). Die Länge dieser Zeitspanne wird ebenso von den PP und PB als bedeutsam für die Bewertung der pflegerischen Versorgung genannt.

Außerdem spielt die *Anzahl der Pflegeeinsätze*, welche durch einen externen Leistungserbringer (der nicht PP ist) erbracht werden, eine wichtige Rolle für die Bewertung der Versorgung, wie das Zitat von derselben PP Frau T. zum Ausdruck bringt: *„Und er [PB] weiß natürlich auch, wenn der Pflegedienst öfter käme, würde ich bald durchdrehen, weil ihm wären das sicher auch zu viele fremde Leute, weil wir haben ja auch dauernd noch Therapie.“*

Auch die Umstände der Verwaltung der pflegerischen Versorgung haben einen Einfluss auf die subjektive Wahrnehmung durch PB bzw. PP und werden durch den Aspekt *Bürokratie Pflegekasse* abgebildet. Besonders häufig wurde dabei die Verständlichkeit und der Umfang von Anträgen der Pflegeversicherung sowie lange Bearbeitungs- oder Wartezeiten erwähnt. Ähnliches gilt für die Modalitäten der Abrechnung durch den ggf. vorhandenen Pflegedienst, was sich in der Hauptkategorie *Transparenz Pflegedienst-Rechnung* widerspiegelt. Hier wurden vorwiegend Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Abrechnungen, aber auch zu lange Abrechnungsintervalle thematisiert und als Subkategorien aufgenommen.

6.3 Zusammenwirken der bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege (F4)

Im Rahmen der Interviewauswertung zeigte sich, dass neben der inhaltlichen Ausgestaltung auch eine Aufbereitung der Wirkungszusammenhänge zwischen den bewertungsrelevanten Aspekten der Pflege erfolgen sollte. Die Abbildung zeigt, wie die bewertungsrelevanten Aspekte im Rahmen der Bewertung ambulanter Pflege durch PB bzw. PP zusammenwirken.

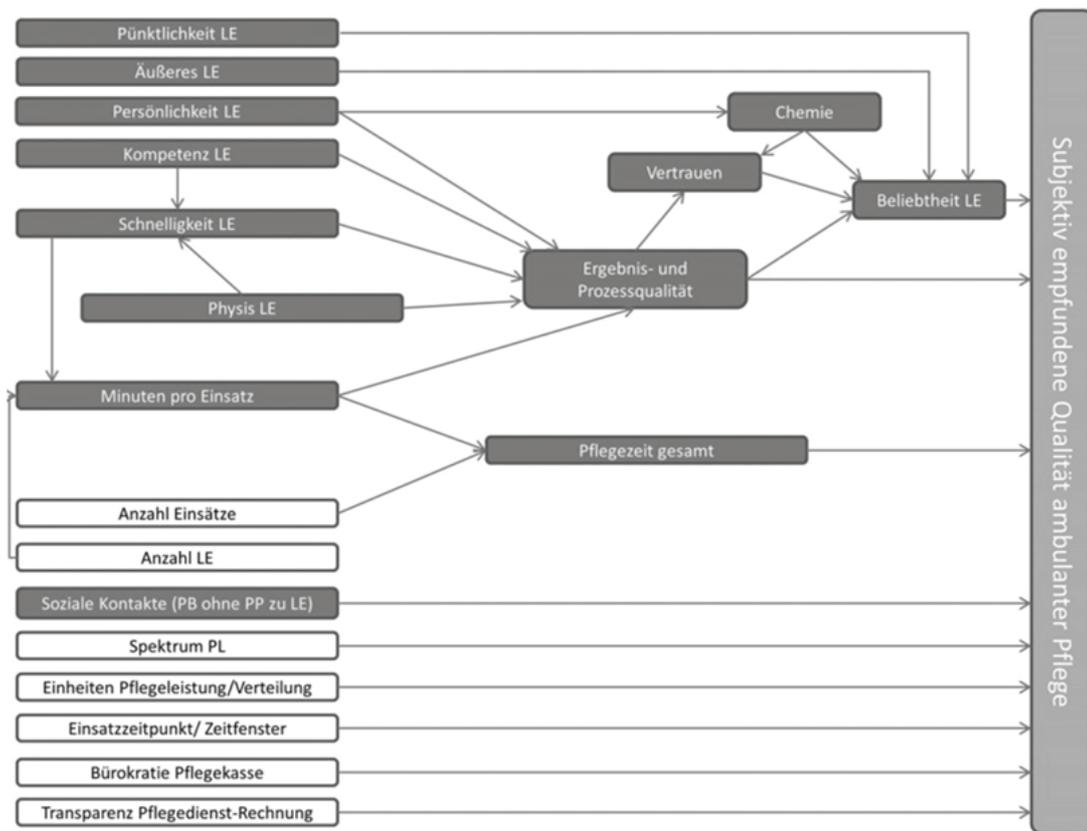


Abbildung 1: Zusammenwirken bewertungsrelevanter Aspekte der Pflege aus Sicht von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen

Quelle: Eigene Zusammenstellung; grau = leistungserbringerabhängige Aspekte; weiß = leistungserbringerunabhängige Aspekte, LE = Leistungserbringer

Die wahrgenommene *Ergebnis- und Prozessqualität* wird einerseits von der *Persönlichkeit* und der *Kompetenz des Leistungserbringers* bestimmt. Andererseits hat auch die *Schnelligkeit des Leistungserbringers* bei der Erbringung einer Pflegeleistung, die wiederum von *Kompetenz* und *Physis des Leistungserbringers* abhängig ist, einen Einfluss. Zudem ist die *Physis des Leistungserbringers* bedeutsam für die *Ergebnis- und Prozessqualität*, wenn z. B. aufgrund des hohen Körpergewichts eines PB ein Mindestmaß an körperlicher Kraft des Leistungserbringers notwendig ist. Die *Minuten pro Einsatz* sind ebenfalls entscheidend für die *Ergebnis- und Prozessqualität*. So ist ausreichend Zeit pro Pflegeeinsatz notwendig, um Hektik zu vermeiden und eine Pflegeleistung gründlich erbringen zu können.

Die *Persönlichkeit des Leistungserbringers* ist grundlegend für die *Chemie* zwischen Leistungserbringer und PB bzw. PP. Die *Chemie* bestimmt zusammen mit der wahrgenommenen *Ergebnis- und Prozessqualität* über das *Vertrauen zum Leistungserbringer*.

Die wahrgenommene *Ergebnis- und Prozessqualität* einer Pflegeleistung hat direkten Einfluss auf die subjektiv empfundene Qualität der Versorgung. Als Folge aus *Persönlichkeit, Kompetenz, Physis, Schnelligkeit des Leistungserbringers* und den *Minuten pro Einsatz* entscheidet sie außerdem gemeinsam mit dem *Äußeren des Leistungserbringers, dem Vertrauen zum Leistungserbringer* und der *Chemie zwischen Leistungserbringer und PB bzw. PP* über dessen *Beliebtheit* bei PB und PP. Die PP Herr D. beschreibt den beliebtesten Leistungserbringer folgendermaßen:

Sie ist gesprächig, also gesprächig...ordentlich, also von sich aus so...wenn einer hier angekleidet kommt hier mit einem Sack oder was weiß ich, da sagt man, naja gut ok, aber nein, so ordentlich ist die Person, also die Pflegekraft auch gepflegt, gepflegte Person... Ähm, ist sehr, sehr akkurat, also muss man sagen, kniet sich beim Reinigen und putzen auf die Knie und und [...].

Herr D. hebt somit die *Persönlichkeit*, das gepflegte *Äußere* und die hohe *Ergebnis- und Prozessqualität* hervor. Auch betont die PP Frau T. die *Persönlichkeit* und die *Ergebnis- bzw. Prozessqualität* ihrer Lieblingspflegekräfte. Zusätzlich thematisiert sie jedoch *Kompetenz*, resultierend aus Erfahrung, sowie *Pünktlichkeit* und *Schnelligkeit*:

Sie sind eben sehr erfahren und sie sind ruhig und sind trotzdem schnell und machen eben alles zur richtigen Zeit also in der Zeitspanne in der halben Stunde gründlich und gut sind auch liebevoll zu ihm und unterhalten sich mit ihm und das ist immer sehr, sehr gut. Die eine ist sehr humorig und bringt ihn ständig zum Lachen und macht ihre Witzchen und fast n bisschen spöttisch oft und aber da können die immer nur lachen und das hat er natürlich wahnsinnig gerne. Auf die freuen wir uns dann immer weil auch ich mich dann nicht so zusammenreißen muss.

Die *Minuten pro Pflegeeinsatz* werden bestimmt durch die *Schnelligkeit des Leistungserbringers*, sofern ein Pflegedienst an der Versorgung beteiligt ist, aber vor allem von den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen und den individuellen Vereinbarungen mit dem Pflegedienst. Außerdem wirkt sich die *Anzahl der Leistungserbringer* auf die *Minuten pro Einsatz* aus, weil bei einem häufigen Wechsel Abläufe in Bezug auf die Pflege regelmäßig neu erklärt werden müssen, was zusätzliche Zeit in Anspruch nimmt, wie mehrere PB und PP berichten. Die *Minuten pro Pflegeeinsatz* bestimmen schließlich zusammen mit der Anzahl der Einsätze über die *gesamte Pflegezeit* und dadurch über die subjektive Pflegequalität.

Für alle weiteren in der Abbildung aufgeführten bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege gilt, dass keine Zusammenhänge zwischen ihnen gefunden

wurden, sodass anzunehmen ist, dass diese sich direkt auf die subjektiv empfundene Qualität ambulanter Pflege auswirken.

6.4 Unterschiede zwischen den bewertungsrelevanten Aspekten der Pflege innerhalb und zwischen den Pflegesettings (F5, F6)

In der bisherigen Betrachtung wurden die bewertungsrelevanten Aspekte ambulanter Pflege ohne die Berücksichtigung der Pflegesetting-spezifischen Besonderheiten dargestellt. Im Folgenden wird daher erörtert, ob sich Unterschiede im Hinblick auf die Thematisierung dieser Aspekte innerhalb und zwischen den Pflegesettings offenbaren. Tabelle 2 zeigt die Unterschiede in der Benennung durch die Interviewten je nach Setting auf. Für alle anderen gefundenen Aspekte aus Tabelle 1 gilt, dass sich aus dem Interviewmaterial keine eindeutigen Unterschiede hinsichtlich ihrer Benennung im Zusammenhang mit der subjektiven Beurteilung der Pflege zwischen und innerhalb der Pflegesettings ableiten lassen.

Tabelle 2: Bewertungsrelevante Aspekte nach Pflegesetting aus Sicht von Pflegebedürftigen (PB) und Pflegepersonen (PP)

Pflegesetting Aspekte	PB mit PP		PB, PP, PD		PB mit PD
	PB	PP	PB	PP	PB
Kompetenz Leistungserbringer	0	0	X	X	X
Äußeres Leistungserbringer	0	0	X	X	X
Pünktlichkeit	0	0	X	X	X
Soziale Kontakte	0	0	0	0	X
Minuten/Einsatz	0	0	X	X	X
Einheiten Pflegeleistungen/Woche	X	0	X	X	X
Verteilung Pflegeleistungen/Woche	X	0	X	X	X
Anzahl Einsätze	0	X	0	X	0
Zeitpunkt Einsatz bzw. Zeitfenster	0	0	X	X	X
Transparenz Pflegedienst-Rechnung	-	-	0	X	X

Quelle: Eigene Zusammenstellung; PD = Pflegedienst, 0 = nicht thematisiert im Interview, X = thematisiert im Interview

PB, die ausschließlich durch einen Pflegedienst versorgt werden, benennen im Zusammenhang mit der subjektiven Beurteilung der ambulanten Pflege alle gefundenen Aspekte, ausgenommen des Aspekts der *Anzahl der Pflegeeinsätze*. Die Erzählungen dieser PB grenzen sich außerdem von denen anderer Settings dadurch ab, dass der neue Aspekt *Soziale Kontakte* ausschließlich hier als bewertungsrelevant benannt wird. So äußert sich PB Frau H. auf die erste Erzählaufforderung folgendermaßen: „Ja, und auch die Kontakte sind mir auch schon wichtig, wenn die [Pflegekräfte] kommen.“ Ähnlich wünscht sich Frau O. als PB: „Ja ich sage, dass die dann auch mal 5 Minuten Zeit haben, um mit den Leuten dann da irgendwo zu sprechen oder so“.

Weitere Unterschiede zwischen kombiniert und ausschließlich professionell versorgten PB zeigen sich im Hinblick auf den Aspekt der *Transparenz der Pflegedienst-Rechnung*. Kombiniert versorgte PB benennen diesen Aspekt nicht, allerdings deren PP. Eine mögliche Erklärung hierfür kann sein, dass die Prüfung der Abrechnungen des Dienstes überwiegend durch die PP vorgenommen wird. Für die Aspekte *Kompetenz*, *Äußeres* und *Pünktlichkeit des Leistungserbringers* sowie *Minuten/Einsatz*, *Einheiten* und *Verteilung einer Pflegeleistung* und *Zeitpunkt/Zeitfenster des Einsatzes* gilt, dass diese sowohl von PP und PB in kombinierter Versorgung als auch professionell versorgten PB aufgegriffen werden, wenn es um die Bewertung der Pflege geht.

Demgegenüber thematisieren PB, die ausschließlich von einer PP versorgt werden, weder *Kompetenz* noch das *Äußere des Leistungserbringers*. Dies liegt vermutlich darin begründet, dass die Versorgung hier alleinig durch die i. d. R. vertraute PP erfolgt, deren Fähigkeiten und Äußeres nicht hinterfragt, sondern vielmehr als gegeben wahrgenommen werden. Auch die bedingt leistungserbringerabhängigen Aspekte *Pünktlichkeit des Leistungserbringers*, *Soziale Kontakte* und *Minuten/Einsatz* benennen diese Interviewpartner nicht. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass die hier interviewten PB mit ihrer PP zusammen in einem Haushalt leben, sodass diesen Aspekten im Vergleich mit professionell versorgten PB keine Bedeutung zufällt. Allerdings nennen die PP, die einen PB alleine versorgen, die *Anzahl der Einsätze* als relevanten Aspekt für die Entscheidung gegen die Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes. Als wesentliches Argument führt die PP Frau G. die zeitliche Gebundenheit an, welche entsteht, wenn externe Leistungserbringer die Pflege unterstützen:

Wir haben ohnehin viele Termine, die Physiotherapeutin, die kommt ins Haus und macht mit meinem Mann was, dann kommt eben wie gesagt diese Putzhilfe hier ins Haus [...] und wenn man dann noch zusätzlich einen Pflegedienst hat, dann ist man zeitlich noch mehr in ein Korsett gespannt und irgendwann, wird einem das Korsett zu eng, man braucht auch diese Freiräume und das will ich uns soweit wie möglich erhalten.

Ähnlich argumentieren auch PP, welche bereits Unterstützung durch einen Pflegedienst erfahren, gegen zusätzliche Pflegeeinsätze eines ambulanten Pflegedienstes. Herr D. äußert sich wie folgt:

Ne, ne, ne, ne, ne, ne, ne, ne...Also ich sag mal so, das ist nicht ihr [PB] Ding, ist auch nicht mein Ding. So ein regelmäßiges Betreuungsangebot, [...] weil sie kriegt ja schon Atemtherapie, das ist dann auch zweimal die Woche so [...]. Also ich sag mal so ein regelmäßiges [Angebot] wäre nicht schön, das wäre eine Belastung in diesem Falle, das wäre eine Belastung.

Dagegen spricht keiner der interviewten PB dieser Pflegesettings davon, dass zusätzliche Pflegeeinsätze als belastend empfunden würden. Die PP, die einen PB alleinig versorgen, thematisieren sonstige Aspekte, insbesondere leistungserbringerabhängige Aspekte, nicht, was sich damit erklären lässt, dass neben ihnen keine anderen Leistungserbringer agieren.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen den Settings mit und ohne Pflegedienst ist, dass PP und PB, welche keine Versorgung durch externe Leistungserbringer erhalten, den *Zeitpunkt des Pflegeeinsatzes* nicht aufgreifen. Dagegen wird der Einsatzzeitpunkt sowohl von professionell versorgten PB als auch kombiniert versorgten PB und deren PP ausführlich thematisiert. Dabei haben die PP und PB, unabhängig vom jeweiligen Setting, geäußert, dass morgens frühere und abends spätere Einsätze die wahrgenommene Versorgungsqualität verbessern würden.

7 Diskussion

Im Zusammenhang mit der Bewertung der subjektiven Qualität ambulanter Pflege werden von PB und PP unterschiedliche bewertungsrelevante Aspekte thematisiert, welche sich einteilen lassen in Aspekte, die sich auf die wahrgenommene Qualität der Erbringung einzelner Pflegeleistungen beziehen, und andere, die die Rahmenbedingungen der Versorgung kennzeichnen. Aspekte, die die subjektiv wahrgenommene Qualität konkreter Pflegeleistungen (*Ergebnis- und Prozessqualität*) beeinflussen, sind im Wesentlichen vom Leistungserbringer abhängig. Ob die Qualität ambulanter Versorgung subjektiv als hoch bewertet wird, hängt davon ab, inwieweit die Ausprägungen dieser bewertungsrelevanten Aspekte mit den Vorstellungen der PB und PP von „guter“ häuslicher Pflege übereinstimmen.

Auf Basis der durchgeführten Interviews konnten alle aus theoretischen Überlegungen bekannten Aspekte der Pflege (Niens et al. 2017) für teilweise

oder ausschließlich durch einen Pflegedienst versorgte PB empirisch bestätigt werden. Gleiches gilt für PP kombiniert versorgter PB. Durch induktive Kategorienbildung wurden zudem weitere Aspekte ergänzt. Die gefundenen Aspekte decken sich teilweise mit den Ergebnissen von Sonntag et al. (2017). Dies gilt insbesondere für die Kriterien der personalbezogenen und versorgungsbezogenen Qualitätsdimensionen. So benennen PB und PP in Zusammenhang mit der Bewertung ambulanter Pflege ebenfalls Freundlichkeit, Qualifikation und respektvolles Verhalten der Pflegekräfte, die Berücksichtigung von individuellen Wünsche und Bedürfnissen bei der Versorgung, Sorgfalt und Gründlichkeit bei der Körperpflege und Hauswirtschaft, die zur Verfügung stehende Zeit für Pflege und persönliche Zuwendung, eine verständliche Übersicht über die Kosten, guten Kontakt zu den Pflegekräften, die Anzahl der Leistungserbringer bzw. den Wunsch nach seltenem Personalwechsel sowie nach aktivierender Pflege. Jedoch wurden auch Unterschiede zwischen der Bedeutung der Kriterien für die Auswahl von Pflegeheimen und der bewertungsrelevanten Aspekte ambulanter Pflege deutlich. In Bezug auf die ambulante Versorgung konnten zusätzlich die Hauptkategorien Physis, das Äußere und die Pünktlichkeit der Pflegekräfte sowie der Zeitpunkt eines Pflegeeinsatzes als bewertungsrelevant identifiziert werden.

In Abwandlung zum Vorschlag der Unterscheidung von personalbezogenen und versorgungsbezogenen Aspekten (Sonntag et al. 2017) wird hier unterschieden zwischen (ganz oder teilweise) leistungserbringerabhängigen und leistungserbringerunabhängigen bewertungsrelevanten Aspekten der ambulanten Pflege. Die abweichenden Begrifflichkeiten wurden gewählt, da im Bereich der häuslichen Pflege die Versorgung nicht zwingend durch eine professionelle Pflegekraft, sondern auch ausschließlich durch eine PP erfolgen kann. Mit den hier verwendeten Bezeichnungen werden sowohl PP als auch professionelle Pflegekräfte berücksichtigt. Zudem sollten ausgehend von den Aussagen der Interviewten personenbezogene und versorgungsbezogene Qualitätskriterien nicht als unabhängig betrachtet werden. Ergebnis- und Prozessqualität einer Versorgungsleistung werden in den Erzählungen mit der Qualifikation und Persönlichkeit des Leistungserbringers verknüpft. Dadurch kommt die Abhängigkeit dieser Aspekte vom Leistungserbringer deutlich zum Ausdruck, was gegen eine Differenzierung zwischen personalbezogenen und versorgungsbezogenen Aspekten in der Art von Sonntag et al. (2017) spricht.

Die Auswertung des Interviewmaterials zeigt zudem bisher nicht ausdrücklich betrachtete Unterschiede zwischen Pflegesettings mit und ohne Beteiligung eines Pflegedienstes auf. Deutlich wird, dass PB, welche ausschließlich durch eine PP versorgt werden, weniger bewertungsrelevante Aspekte benennen als

PB, die einen Pflegedienst nutzen. Gleiches gilt für PP, die auf die Unterstützung durch einen Pflegedienst oder ehrenamtliche Helfer verzichten, verglichen mit PP, die einen Pflegedienst in Anspruch nehmen.

Wenn PB oder PP einen Aspekt nicht benennen, dann darf daraus nicht geschlossen werden, dass dieser für die subjektive Bewertung der Pflege generell nicht relevant ist. Vielmehr scheint es so zu sein, dass bestimmte Aspekte im Pflegealltag von PB und PP, welche keinen Pflegedienst nutzen, nicht präsent sind, ggf. weil diese als selbstverständlich wahrgenommen und deswegen in den Gesprächen nicht thematisiert werden. So leben alle hier interviewten PB dauerhaft mit ihrer PP zusammen, wodurch sich vergleichsweise weniger Restriktionen hinsichtlich der Einsatzzeitpunkte und der Dauer eines Pflegeeinsatzes ergeben, als wenn externe Leistungserbringer die Pflege übernehmen. Daraus lässt sich schließen, dass sich die bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege einer Person ändern, wenn sich die Umstände ihrer Pflege ändern. Des Weiteren muss berücksichtigt werden, dass die Interviewten aufgrund des offenen methodischen Vorgehens nur bewertungsrelevante Aspekte benennen können, die diese auch aktuell reflektieren. Aspekte, die im Bereich des vorbewussten Handelns liegen, konnten entsprechend nicht aufgedeckt werden.

Wesentliche Unterschiede zwischen PB und PP innerhalb eines Pflegesettings in Bezug auf die bewertungsrelevanten Aspekte ihrer Pflege wurden nicht gefunden, ausgenommen die *Anzahl der Einsätze* durch externe Leistungserbringer und die *Transparenz der Rechnung des Pflegedienstes* bei kombiniert versorgten PB. Somit scheinen PB und PP die subjektive Qualität der ambulanten Pflege weitestgehend auf Basis der gleichen Bewertungsgrundlage zu beurteilen. Dieser Befund stimmt mit den Ergebnissen von Sonntag et al. (2017) überein, was für die Zuverlässigkeit der Analyse spricht. Auch sie stellen fest, dass es lediglich punktuelle Bewertungsunterschiede zwischen PB und ihren Angehörigen hinsichtlich der Wichtigkeit der betrachteten Kriterien für die Auswahl eines Pflegeheims gibt. Inwieweit PB und ihre PP jedoch die gleichen Vorstellungen dahingehend haben, welche Ausprägung die hier aufgedeckten Aspekte zur Bewertung ambulanter Pflege annehmen sollen, z. B. hinsichtlich der Eigenschaften einer Pflegekraft, wurde nur vereinzelt beleuchtet und sollte in weiteren Analysen detaillierter untersucht werden. Die Ergebnisse können Aufschluss darüber geben, inwiefern PP z. B. in Demenzfällen als Interessenvertreter ihrer PB geeignet sind, weil sie die gleichen Vorstellungen von „guter“ häuslicher Pflege haben wie die PB.

Um weitere Erkenntnisse über die Bewertung der subjektiven Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Pflege zu gewinnen, sollte neben einer Differenzierung zwischen und innerhalb der Pflegesettings auch eine Unterscheidung nach den

Leistungsbereichen der sozialen Pflegeversicherung vorgenommen werden (§ 28 und § 28 a SGB XI). Denkbar ist, dass PB bzw. PP auf Grundlage unterschiedlicher Aspekte über die Prozess- und Ergebnisqualität von Leistungen aus dem Bereich Selbstversorgung und Hauswirtschaft urteilen. So können Schnelligkeit und Selbständigkeit einer Pflegekraft beim Reinigen der Wohnung für PB bzw. PP eine große Rolle spielen, bei der Körperpflege jedoch irrelevant sein, weil hier eher Empathie gefragt ist.

Eine weitere Fragestellung, die hier nicht betrachtet wurde, ist die nach der relativen Wichtigkeit der verschiedenen bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege in der Wahrnehmung von PB bzw. PP. Anzunehmen ist, dass bei der Beurteilung der Versorgungsqualität bestimmten Aspekten eine höhere Bedeutung beigemessen wird als anderen und diese, für PB und PP besonders wichtigen Aspekte, somit einen höheren Einfluss auf die subjektive Qualität ausüben. Das Wissen über die subjektive Wichtigkeit einzelner Aspekte ist hilfreich, um zu entscheiden, welche Bereiche der ambulanten Pflege vorrangig in den Blick genommen werden sollten, wenn es darum geht, die Versorgung stärker an den subjektiven Bedarf von PB und PP anzupassen. Zudem wäre es auch sinnvoll, die relative Wichtigkeit der Aspekte in Abhängigkeit vom Pflegegrad des PB zu betrachten.

Die hier durchgeführten Interviews liefern bereits erste Anhaltspunkte dafür, wie die subjektive Qualität der Versorgung verbessert werden könnte. Ausgehend von den Erzählungen der PB und der PP bietet es sich an, im Bereich der neu in das SGB XI aufgenommenen Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45 b SGB XI) anzusetzen. Zwar wird die Neueinführung dieses Leistungsbereichs grundsätzlich begrüßt, positive Auswirkungen auf individueller Ebene berichten die Interviewten jedoch kaum. So reiche der Geldbetrag von 125 Euro monatlich nur für wenige Leistungseinheiten, wenn Mitarbeiter eines Pflegedienstes derartige Entlastungsleistungen übernehmen. Eine Lösung hierfür könnte im verstärkten Einsatz Ehrenamtlicher bestehen, welche die Leistungen kostengünstiger als professionelle Pflegekräfte erbringen können. So ließen sich von den entsprechend § 45 b SGB XI zur Verfügung stehenden 125 Euro mehr Leistungseinheiten finanzieren, sodass insbesondere für PP ein stärkerer Entlastungseffekt eintritt. Ziel muss es daher sein, eine ausreichende Anzahl Ehrenamtlicher für die Erbringung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen zu gewinnen. Ebenso sind die Anbieter von Betreuungsleistungen für PB gefragt, Angebote bereitzustellen, die dem Bedarf von PB in den unteren Pflegegraden entsprechen, und auf eine homogene Gruppenzusammensetzung zu achten, um dem subjektiven Bedarf der Adressaten dieser Angebote besser Rechnung zu tragen.

Zu berücksichtigen ist, dass die berichteten Ergebnisse nur für die interviewten PB und PP „repräsentativ“ sind. So konnten nur jeweils zwei PB interviewt werden, welche ausschließlich durch einen Pflegedienst oder ausschließlich durch eine PP versorgt werden. Hier wäre eine höhere Anzahl wünschenswert, um verbreitete Muster der in diesem Setting bedeutsamen, bewertungsrelevanten Aspekte abzubilden. Auch können Verzerrungen durch mangelnde Objektivität der Autoren trotz aller Bemühungen um die Intracoder-Reliabilität sowie die Plausibilität, Zuverlässigkeit und Bestätigbarkeit des entwickelten Kategoriensystems nicht ausgeschlossen werden. Allerdings darf aufgrund der theoretischen Sättigung für Pflegesettings, in denen die PP und ein Pflegedienst zusammenwirken, davon ausgegangen werden, dass die wesentlichen bewertungsrelevanten Aspekte abgebildet werden konnten.

Die Ergebnisse dieser qualitativen Studie können weiterhin als Grundlage für die Konstruktion eines quantitativen Erhebungsinstruments zur Messung der subjektiven Qualität ambulanter Pflege aus Sicht von PB und PP dienen. Die gefundenen bewertungsrelevanten Aspekte zeigen, welche Konstrukte zu berücksichtigen sind. Die Validierung dieses Instruments mittels großer Stichproben sowie die Prüfung der statistischen Relevanz der Unterschiede und Gemeinsamkeiten innerhalb und zwischen den untersuchten Pflegesettings sollten im nächsten Schritt erfolgen. Daran anknüpfend ist eine repräsentative Messung der subjektiven Qualität ambulanter Pflege denkbar, so wie sie in Ansätzen schon im Erhebungsbogen des MDS (2018) durchgeführt wird. Die hier beschriebene Untersuchung zeigt, dass dort wesentliche bewertungsrelevante Aspekte derzeit noch nicht berücksichtigt werden. Hierzu gehört z. B. die subjektive *Ergebnis- und Prozessqualität* von Pflegeleistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung oder der Betreuung. Die Relevanz anderer Aspekte, die im Erhebungsbogen des MDS (2018) bereits enthalten sind, konnte wiederum bestätigt werden. Dies sind z. B. Absprachen bezüglich des Zeitpunkts eines Pflegeeinsatzes, die Anzahl der Leistungserbringer eines Pflegedienstes sowie einige Persönlichkeitsmerkmale der Pflegedienst-Mitarbeiter und deren Äußeres. Schließlich misst eine Frage die subjektive Ergebnisqualität hauswirtschaftlicher Leistungen.

Eine Erweiterung des Erhebungsbogens des MDS (2018) um die hier neu aufgedeckten bewertungsrelevanten Aspekte sowie eine Erweiterung um die Perspektive der PP würde zukünftig eine stärkere und differenziertere Berücksichtigung der Perspektive der Leistungsempfänger ambulanter Pflege im Rahmen der Pflegequalitätsmessung ermöglichen.

Literaturverzeichnis

- Behr, Anja; Meyer, Roger; Holzhausen, Martin; Kuhlmei, Adelheid; Schenk, Liane (2014): „Lebensqualität und Gesundheit – Subjektive Perspektiven von selbstauskunftsfähigen Pflegeheimbewohnern – Eine qualitative Studie“, *Pflege* 27: 269–380.
- Bruker, Christine; Klie, Thomas; Wernicke, Florian (2017): „Qualitative Studie“, in: Thomas Klie (Hg.): *Gutes Leben mit Demenz: Daten, Erfahrungen und Praxis. Pflegereport 2017*. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung 19. Freiburg u. a.: medhochzwei, 96–128.
- Curry, Ann; Stark, Stanley (2000): „Quality of service in nursing homes“, *Health services management research* 13: 205–215.
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (2018): Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 2018. Personenzentriert forschen, gestalten und versorgen. Download unter: http://www.netzwerkversorgungsforschung.de/uploads/DKVF%202018/2018_DKVF_Flyer_RZ_2017_09_25_web.pdf (Zugriff am 19. Juni 2018).
- Donabedian, Avedis (1988): „The Quality of Care. How Can It Be Assessed?“, *Journal of the American Medical Association* 23 (30), 260 (12): 1743–1748.
- Hensen, Peter (2018): „Qualität und Qualitätsmessung in der Pflege – Theoretische Grundlagen und methodische Zugänge“, in: Klaus Jacobs; Adelheid Kuhlmei; Stefan Greß; Jürgen Klauber; Antje Schwinger: *Pflege-Report 2018*. Berlin: Springer, 3–14.
- Hopf, Christel; Schmidt, Christiane (1993): Zum Verhältnis von innerfamiliären sozialen Erfahrungen, Persönlichkeitsentwicklung und politischen Orientierungen: Dokumentation und Erörterung des methodischen Vorgehens in einer Studie zu diesem Thema. Hildesheim. Social Science Open Access Repository. Download unter: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/45614> (Zugriff am 29. Mai 2019).
- Josat, Sabine (2005): „Welche Qualitätskriterien sind Angehörigen in der stationären Altenpflege wichtig? Eine Einzelfallstudie“, *Pflege* 18: 169–175.
- Kämmer, Karla (2008): „Altenhilfe in einer Gesellschaft des langen Lebens“, in: Karla Kämmer (Hg.): *Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft: 23–44.
- Kehl, Konstantin (2016): „Nach dem Pflegestärkungsgesetz II: Eine alternative Interpretation der Probleme und ein Plädoyer für potenzialorientierte Reformen“, *Zeitschrift für Sozialreform* 62: 49–78.
- Köcher, Renate; Sommer, Michael (2017): Wie ältere Menschen in Deutschland denken und leben. Generali Altersstudie 2017. Generali AG, Institut für Demoskopie Allensbach, Köln.
- Kuckartz, Udo (2014): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Juventa.
- Mayring, Philipp; Brunner, Eva (2010): „Qualitative Inhaltsanalyse“, in: Barbara Friebertshäuser; Antje Langer; Annedore Prengel (Hg.): *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim: Juventa, 323–333.
- MDS, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2018): Qualitätsprüfungs-Richtlinien Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI. Teil 1 – Ambulante Pflege. Essen, Köln.
- Netten, Ann; Burge, Peter; Malley, Juliette; Potoglou, Dimitris; Towers, Ann-Marie; Brazier, John; Flynn, Terry; Forder, Julien; Wall, Beryl (2012): „Outcomes of social care for adults:

developing a preference-weighted measure“, *Health Technology and Assessment* 16: 1–166.

Niens, Christine; Hille, Cornelius; Schüler, Stefan; Hoffmeister, Friederike; Marggraf, Rainer (2017): „Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Pflege. Stärkung der subjektiven Perspektive durch Reformmaßnahmen der sozialen Pflegeversicherung?“, *Zeitschrift für Sozialreform* 63: 517–547.

Roth, Günther (2002): Qualität in Pflegeheimen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Institut für Gerontologie, Dortmund.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn.

Schnabel, Eckart (2005): „Keine verbindlichen Kriterien für gute Pflege“. Interview. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Download unter: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/keine-verbindlichen-kriterien-fur-gute-pflege-3076.php> (Zugriff am 19. Juni 2018).

Sonntag, Pia-Theresa; Baer, Nadja-Raphaela; Schenk, Liane (2017): Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege – Eine quantitative Versichertenbefragung. Abschlussbericht für das ZQP und den AOK-Bundesverband. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin.

Kurzbiografien

Christine Niens ist seit 2009 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Arbeitsbereich Umwelt- und Ressourcenökonomik des Departments für Agrarökonomie und RURALE ENTWICKLUNG der Universität Göttingen. Sie studierte Sozialwissenschaften und promovierte zum gesundheitlichen Verbraucherschutz vor Mykotoxinen. Seit 2014 bearbeitet sie das Projekt „Bedarfsgerechtigkeit und Effizienz ambulanter pflegerischer Versorgung im ländlichen Raum“.

Cornelius Hille hat Rechtswissenschaften und Volkswirtschaftslehre an der Georg-August-Universität Göttingen studiert. Er arbeitet dort seit 2015 im Arbeitsbereich Umwelt- und Ressourcenökonomik des Departments für Agrarökonomie und RURALE ENTWICKLUNG in dem Projekt „Bedarfsgerechtigkeit und Effizienz ambulanter pflegerischer Versorgung im ländlichen Raum“.

Rainer Marggraf ist Professor für Umwelt- und Ressourcenökonomik am Department für Agrarökonomie und RURALE ENTWICKLUNG der Universität Göttingen. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Grundlagen und Anwendungen wohlfahrtsökonomischer Analysen von öffentlichen Gütern.

Abstract: This paper examines the subjective perspective of home care recipients, which has so far been given little consideration in current care research and corresponding surveys to determine the appropriateness of care. Qualitative interviews with recipients and their private caregivers were used to identify various criteria by which both of them subjectively assess the quality of home care. Finally, it is recommended to integrate these criteria into existing measuring instruments to evaluate the quality of outpatient care in order to achieve a comprehensive assessment of the appropriateness of long-term outpatient care.

7.3.4 Beitrag IV: Belastungen von Pflegepersonen

Niens, C. (2019): „Aber ich bin jetzt eben so weit, dass ich mir sage, ich schaffe es so einfach nicht mehr“ - Empirische Befunde zur subjektiven Belastung pflegender Angehöriger. Pflegewissenschaft 11/12 - 2019: 411 - 428.

Der Beitrag beschäftigt sich mit den Ursachen der Belastung von Pflegepersonen infolge der Pflege Angehöriger. Unter den gefundenen Belastungsursachen sind auch Aspekte, die in der Literatur bisher nicht erwähnt wurden. Dazu gehört der hohe bürokratische Aufwand im Hinblick auf Antragsstellungen bei der Pflegekasse, mangelhafte Krankenhauspflege und die Einsatzzeiten des ggf. in Anspruch genommen Pflegedienstes. Darüber hinaus wird untersucht, ob die im Zuge der Pflegereformen der Jahre 2002, 2014 und 2015 neu eingeführten Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45 b SGB XI) zu einer Reduzierung der subjektiven Belastungen beitragen konnten. Die gefundenen Belastungskategorien wurden hinsichtlich ihrer Wirkungszusammenhänge analysiert und zu den bereits bekannten Belastungsquellen physischer, psychischer und finanzieller Belastungen in Beziehung gesetzt.

„Aber ich bin jetzt eben so weit, dass ich mir sage, ich schaffe es so einfach nicht mehr“

Empirische Befunde zur subjektiven Belastung pflegender Angehöriger

Dr. Christine Niens

In diesem Beitrag werden die subjektiv wahrgenommenen Belastungen von Pflegepersonen untersucht, welche einen pflegebedürftigen Menschen in häuslicher Umgebung versorgen. Hierzu wurden qualitative Interviews mit 15 Pflegepersonen in Deutschland geführt. Mittels inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse werden bisher nicht betrachtete Belastungsquellen aufgedeckt, zu denen u. a. der bürokratische Aufwand im Austausch mit der Pflegekasse und Belastungen infolge der Inanspruchnahme eines Pflegedienstes gehören. Weiterhin zeigte sich, dass Pflegepersonen der Nutzung von Entlastungsleistungen in Form personeller Unterstützung kritisch gegenüberstehen, auch weil sie Eingriffe in ihre Privatsphäre fürchten.

“Now I'm at the point where I tell myself, I just can't do it anymore”

Empirical findings on the subjective strains of home care givers

This paper examines the subjective strains of home care givers in Germany. A total of 15 qualitative interviews with home care givers were conducted and analysed using a structuring qualitative content analysis. The results reveal new yet unknown reasons for strains of home care givers. These are e. g., bureaucratic burdens in contact with the national care insurance fund, or liabilities because of using a nursing service. Moreover, the results show that home care givers have a critical attitude about getting support by volunteers or professional nursing staff, as they are afraid of intrusions to their privacy.

Korrespondenzadresse

Dr. Christine Niens
Georg-August-Universität Göttingen
Heinrich-Düker-Weg 10
37073 Göttingen
cniens@uni-goettingen.de

Eingereicht am 31.01.2019
Akzeptiert am 24.06.2019

DOI: 10.3936/1732

EINLEITUNG

Die Zahl pflegebedürftiger Menschen steigt in Deutschland stetig. Derzeit sind 3,4 Millionen Menschen in einen Pflegegrad nach § 15 SGB XI eingeordnet (Statistisches Bundesamt, 2018), womit das von Rothgang et al. (2012) erst für das Jahr 2030 prognostizierte Niveau an Pflegebedürftigkeit bereits jetzt erreicht ist. Gleichzeitig wird davon ausgegangen, dass der bereits bestehende Fachkräftemangel zunimmt und die Finanzierung der Pflege aus Mitteln der sozialen Pflegeversicherung vor Probleme gestellt wird. Letzteres resultiert vor allem aus der demographischen Entwicklung, die dazu führt, dass immer weniger Beitragszahler immer mehr Beitragsempfängern gegenüberstehen (Schlömer, 2012; Hackmann et al., 2014). Als Lösungsstrategie wird von Hackmann et al. (2014), in Übereinstimmung mit dem gesetzlichen Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 3 SGB XI), eine Senkung der Heimquote zugunsten einer Erhöhung des Anteils der vergleichsweise kostengünstigeren ambulanten Pflege vorgeschlagen.

Bereits jetzt werden in Deutschland etwa 76 % der pflegebedürftigen Menschen ambulant versorgt (Statistisches Bundesamt, 2018). Knapp 68 % dieser Pflegebedürftigen werden dabei von Angehörigen ohne Unterstützung professioneller Pflegedienste informell gepflegt (Statistisches Bundesamt, 2018). Die regelmäßige Versorgung eines pflegebedürftigen Menschen kann die Pflegenden jedoch erheblich belasten. Besonders drastisch brachte dies DER SPIEGEL im Rahmen einer Titelseite zum Ausdruck, welche sich aus journalistischer Perspektive mit den Belastungen Pflegenden auseinandersetzt: „Am Ende aller Kräfte“ seien die Pflegenden demnach und Deutschland erlebe gar eine „Pflegekatastrophe“ (Fichtner, 2018). In ähnlicher Art weisen auch die Süddeutsche Zeitung (Staudinger, 2017) und die DAK in Form ihres Pflegereports (Klie, 2017) darauf hin, dass 90 % der pflegenden Angehörigen mehr Unterstützung einforderten. Vor dem Hintergrund, dass der Ausbau der informellen Pflege durch Angehörige zukünftigen Versorgungslücken entgegenwirken soll, bedürfen die Belastungen von Pflegenden besonderer Aufmerksamkeit. Andernfalls kann sich die verstärkte Umsetzung des Vorrangs ambulanter Versorgung zur Verringerung des Risikos eines drohenden „Pflegenotstandes“ (Rothgang et al., 2012) nicht als tragfähige Lösung erweisen. Angesichts der hohen Bedeutung der informellen ambulanten Pflege hat sich auch die Wissenschaft in Bereichen wie der Gerontologie oder den Pflegewissenschaften verstärkt mit den Belastungen pflegender Angehöriger beschäftigt (z. B. Rösler-Schidlack et al., 2010).

In diesem Beitrag werden Ursachen für die subjektiven Belastungen von Personen untersucht, welche einen pflegebedürftigen Menschen (PB) in häuslicher Umgebung regelmäßig als Pflegeperson (PP) versorgen. Hierzu werden zunächst die Bedeutung der häuslichen Pflege und die gesetzlichen Möglichkeiten zur Entlastung von PP skizziert. Es folgt ein Überblick über bisherige Arbeiten zur subjektiven Belastung pflegender Angehöriger. Anschließend werden die Ergebnisse einer selbst durchgeführten, qualitativen Untersuchung zu den Belastungsursachen in der

informellen Pflege vorgestellt. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Frage, inwieweit Maßnahmen, wie die neu eingeführten Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45 b SGB XI, die Belastungen der PP infolge der informellen Pflege verringern, also sprichwörtlich „entlasten“ können.

HINTERGRUND UND ZIELSETZUNG

Die Bedeutung der informellen Pflege in Deutschland und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige

Wie bedeutsam die ambulante Versorgung von PB für die pflegerische Versorgungsstruktur in Deutschland ist, lässt sich bereits aus der Konzeption des SGB XI ersehen. Denn hier ist der Vorrang der ambulanten vor der stationären Pflege bereits seit Bestehen der Pflegeversicherung von 1995 im § 3 SGB XI (seinerzeit PflegeVG v. 26.05.1994, BGBl. I/1994: 1014) gesetzlich normiert. Schon die Zielsetzung des SGB XI bringt damit zum Ausdruck, dass PB möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben sollen, was auch durch eine Stärkung der Pflegebereitschaft von Angehörigen realisiert werden soll.

Um diese häusliche Pflege über die Zahlung des Pflegegeldes gem. §§ 28 Abs. 1 Nr. 2 und 37 SGB XI (oder auch der Kombinationsleistung i. S. d. § 38 SGB XI in verbundener Inanspruchnahme gemeinsam mit der Pflegesachleistung gem. § 36 SGB XI) zusätzlich zu fördern und PP zu entlasten, wurde mit dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II v. 21.12.2015, BGBl. I/2015: 2424) ein auch ausdrücklich als solcher bezeichneter „Entlastungsbetrag“ in § 45 b SGB XI eingeführt. Dies ermöglicht es den PB, einen monatlichen Betrag i. H. v. 125,- € unabhängig von dem Grad der Pflegebedürftigkeit abzurufen und Unterstützungsmaßnahmen zu bezahlen. So kann der Entlastungsbetrag etwa für Leistungen im Bereich der Hauswirtschaft, für Fahrten zur Tages- oder Nachtpflege, die Nutzung von Kurzzeitpflege oder von Betreuungs- und Entlastungsangeboten (die jeweils nach Landesrecht als Unterstützungsangebote anerkannt sind), nicht aber für Leistungen der Selbstversorgung verwendet werden. Anbieter solcher Entlastungs- und Betreuungsleistungen, die das System der Pflegeversicherung früher als „niedrigschwellige Entlastungsangebote“ kannte, sind entsprechend geschulte Ehrenamtliche, oder auch Pflegedienste. Damit hat der Gesetzgeber jedenfalls teilweise auf Erkenntnisse aus der Forschung reagiert und versucht, die von der Pflege schwerwiegend belastete Gruppe der PP zu entlasten (Gräßel, 1997).

Subjektive Belastung pflegender Angehöriger und deren Auswirkungen

Belastungen werden von Georg et al. (2001) beschrieben als die „Summe aller Einflüsse, die auf einen Menschen einwirken“. Im Fall von PP können physische, psychische und finanzielle Belastungen unterschieden werden. Die Wirkung der Belastung führt zur Beanspruchung. Ob sich Belastungen infolge der Pflege Tätigkeit schädigend auf psychische und körperliche Gesundheit einer PP auswirken, ist abhängig von deren Dauer und Intensität, den individuel-

len Ressourcen der Betroffenen sowie der sozialen Unterstützung (Georg et al., 2001; Rösler-Schidlack et al., 2009; Schneekloth et al., 2005).

Es liegen zahlreiche empirische Studien vor, die die subjektive Belastung von PP und die damit verbundenen Folgen untersuchen (z. B. Eggert et al., 2018). Viele aktuelle empirische Arbeiten betrachten die subjektiven Belastungen von PP, welche Menschen mit Demenz versorgen (z. B. Bayerischer Demenzsurvey, 2017). Vergleichsweise seltener sind Studien, die Belastungen von PP körperlich eingeschränkter PB in den Mittelpunkt stellen. Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigen übereinstimmend, dass sich informelle Pflege belastend auf die PP auswirkt. Schneekloth (2005) stellt in einer repräsentativen Befragung, die pflegende Angehörige von PB mit und ohne kognitive Einschränkungen berücksichtigt, fest, dass sich insgesamt 42 % der Hauptpflegepersonen in Deutschland *eher stark* und weitere 42 % sogar *sehr stark* durch die Pflege eines Angehörigen belastet fühlen. Dabei ist der Hilfebedarf von Demenzkranken oft höher als von kognitiv weniger beeinträchtigten PB und führt zu höherer subjektiver Belastung (Schulz et al., 2004). Zudem beruht die Belastung der PP von Menschen mit Demenz teilweise auf anderen Ursachen, wie Aggression oder Ruhelosigkeit der PB (Bruker et al., 2017).

Unabhängig davon, ob Menschen mit oder ohne Demenz gepflegt werden, lassen sich physische, psychische und auch finanzielle Belastungen der PP infolge der informellen Pflege empirisch nachweisen. Mittels einer repräsentativen Befragung von 1151 Hauptpflegepersonen in Österreich zeigen Pochobradsky et al. (2005), dass sich mehr als zwei Drittel (70 %) der Befragten durch die Pflege Angehöriger „ab und zu“ bis „fast immer überbelastet“ fühlen. Dabei geben nur 31 % der Befragten an, nicht unter physischen Belastungen infolge der Pflege zu leiden. Nur 19 % aller PP geben an, keine psychischen Belastungen zu empfinden. Im Bereich psychischer Belastungen werden das Gefühl der Verantwortung, Überforderung und Aussichtslosigkeit und als wichtigster Grund die zeitliche Gebundenheit genannt. Finanzielle Belastungen beruhen häufig auf der Inanspruchnahme professioneller Hilfen und den Ausgaben für Pflegehilfsmittel. Mit steigender Pflegegeldstufe nehmen sowohl die physischen als auch die psychischen Belastungen zu. Besonders die psychische Belastung der PP durch soziale Isolation verstärkt sich mit steigender Pflegegeldstufe. Gründe dafür, warum PP trotz der hohen Belastung keine Unterstützungs- oder Beratungsangebote nutzen, sind u. a. Selbstüberschätzung und gleichzeitig die Unterschätzung der auf sie zukommenden Pflege, vermeintliche soziale Verpflichtung, die Aufgabe alleine bewältigen zu müssen und Angst davor, fremde Personen in das eigene private Umfeld zu lassen. Hinzu kommen Unwissenheit über finanzielle Unterstützung sowie die mangelnde Übereinstimmung zwischen vorhandenem Angebot und individuellem Unterstützungsbedarf (Pochobradsky et al., 2005). Haubner (2016) ergänzt, dass sich Pflegeroutine im Sinne verfestigter Verhaltensabläufe hemmend auf die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung auswirken kann.

Als Folge der Belastungen sind negative Effekte auf den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand der PP belegt. Pinquart et al. (2003) verglichen mittels einer Meta-Analyse von 84 Studien PP und Nicht-Pflegende (als Kontrollgruppe) im Hinblick auf Unterschiede hinsichtlich des wahrgenommenen Stressniveaus, Depressivität, körperlicher Gesundheit, Selbstwirksamkeitserwartungen bzw. allgemeine optimistische Selbstüberzeugungen und allgemeines Wohlbefinden. Sie stellen fest, dass PP gestresster und depressiver sind. Zudem weisen sie ein geringeres subjektives Wohlbefinden, ein schlechteres körperliches Gesundheitsempfinden und eine weniger optimistische Selbstüberzeugung auf. Dabei waren die Unterschiede zwischen PP und der Kontrollgruppe für Depressivität, Stress, allgemeines Wohlbefinden und Selbstwirksamkeit größer, als für den subjektiven körperlichen Gesundheitszustand. Auch Schulz et al. (2004) weisen u. a. auf eine höhere Anfälligkeit für Depressionen und Angststörungen hin, wobei weibliche PP stärker betroffen sind, und in Übereinstimmung mit den Ergebnissen des Bayerischen Demenzsurveys (2017), eine geringere Lebenszufriedenheit aufweisen. Burton et al. (2003) zeigen weiter, dass im Bereich körperlicher Beschwerden von PP Kreuzschmerzen dominieren.

Schließlich wurden auch Auswirkungen auf den Pflegestil und die Fortdauer der häuslichen Pflege belegt. Graß et al. (2007) führen an, dass Belastungen eine Ursache für aggressives Verhalten gegenüber PB darstellen können. Eine Befragung des Zentrums für Qualität in der Pflege (Eggert et al., 2018) von 1006 PP bestätigt, dass subjektive Belastung einen Risikofaktor für Gewalt in der Pflege darstellt. Letztlich hat das Ausmaß der subjektiven Belastung der PP auch Einfluss auf die generelle Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege (Gräßel, 2001).

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass in den bisherigen Analysen die Untersuchung der subjektiven Belastungen von PP überwiegend mittels quantitativer Methoden erfolgte. Ausnahmen stellen die Arbeiten von Bruker et al. (2017) und Haubner (2016) dar, die qualitativ die Belastungen von PP kognitiv eingeschränkter PB erforschen. Aktuelle qualitative Studien, welche sich auf die Belastungen von PP körperlich eingeschränkter PB konzentrieren und noch unbekannte Belastungsquellen aufdecken könnten, fehlen hingegen.

Forschungsfragen

Nachfolgend werden, ausgehend von der oben dargestellten Literaturanalyse, die folgenden Fragestellungen empirisch untersucht:

1. Was sind die Ursachen für die subjektiven Belastungen der PP von vorrangig körperlich eingeschränkten PB und existieren weitere, durch die bisherige Forschung nicht benannte Belastungsursachen?
2. Welchen Einfluss hat die Einbeziehung eines ambulanten Pflegedienstes auf die subjektive Belastung von PP?
3. Welche Beziehungen bestehen zwischen den einzelnen Belastungsursachen?

Aufgrund der gesetzlichen Änderung kann der Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI seit Januar 2017 von allen PP, beispielsweise für die Finanzierung der Betreuung des

PB oder für hauswirtschaftliche Leistungen, in Anspruch genommen werden. Vor diesem Hintergrund werden im Rahmen der vierten Forschungsfrage die Auswirkungen dieser Neuerungen auf die Belastung von PP betrachtet:

4. Inwiefern kann durch die Einführung des Entlastungsbetrags nach § 45 b SGB XI eine Verringerung der Belastungen von PP erreicht werden?

METHODEN

Zur Untersuchung der oben genannten Fragestellungen wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, das es PP erlaubt, frei über ihren Pflegealltag und die damit verbundenen Belastungen zu erzählen. Ein quantitativer Forschungsansatz schien vor dem Hintergrund, dass tiefere Einblicke in das Belastungserleben gewonnen und ggf. bisher unbekanntes Belastungsquellen aufgedeckt werden sollten, ungeeignet. Insgesamt wurden 15 teilstandardisierte Leitfadeninterviews durchgeführt, welche wie folgt eingeleitet wurden: „Wir möchten herausfinden, wie es gelingt, die Wünsche von Pflegepersonen und Pflegebedürftigen bei der Pflege im häuslichen Umfeld zu berücksichtigen. Ich würde Sie nun bitten, mir etwas darüber zu erzählen, was Ihnen bei der Pflege Ihrer(s) Frau/Tochter/Mannes wichtig ist. Sie können alles erzählen, was Ihnen einfällt.“ Sofern die PP im Rahmen Ihrer Erzählung das Thema „Belastung durch Ausübung der Pfllegetätigkeit“ ansprachen, wurden diese gebeten, mehr hierüber zu erzählen. Im weiteren Gesprächsverlauf wurde die Bekanntheit und Inanspruchnahme der neuen Betreuungs- und Entlastungsleistungen thematisiert, wobei die Interviewten gebeten wurden mehr über ihre diesbezüglichen Erfahrungen zu erzählen. Der inhaltliche Teil der Interviews wurde mit folgender Frage beendet: „Wenn Sie sich etwas wünschen könnten, was sollte sich an der Pflege Ihrer(s) Frau/Tochter/Mannes ändern?“. Abschließend wurden soziodemographische Daten von PP und PB, weitere Informationen bezüglich der Pfllegetätigkeit (z. B. Unterstützung durch weitere Personen) und Pflegebedürftigkeit (Dauer, Grad) erfasst.

Die Interviewten wurden mithilfe eines Zeitungsartikels über das Forschungsprojekt, welcher mit einem Aufruf zur Mitwirkung an der Studie verbunden war, gewonnen. Voraussetzung für die Studienteilnahme war die regelmäßige Ausübung der Pfllegetätigkeit seit mindestens sechs Monaten. Des Weiteren mussten die versorgten PB vorrangig körperliche Einschränkungen aufweisen, welche die Pflegebedürftigkeit bedingen. In zwei Fällen wurden auch PP interviewt, die kognitiv eingeschränkte PB ambulant versorg(t)en. Dies betrifft die Interviews mit Herrn B. und Frau C. (Tabelle 1). Die PP Herr B. wurde in die Studie einbezogen, da sich die kognitiven Veränderungen seiner Frau erst einige Jahre nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit einstellten. Daraufhin wechselte sie in eine stationäre Versorgung. Der pflegebedürftige Ehemann von Frau C. weist zwar kognitive Veränderungen auf, jedoch überwiegen die körperlichen Einschränkungen. Der Ehemann von Frau C. ist dauerhaft bettlägerig. Da sich der Pflegeaufwand in beiden Fällen in erster Linie aus den körperlichen Einschränkungen der PB und nicht aus dem mit kognitiven Einschränkungen verbundenen problematischen Verhalten wie „Wandering“

oder unangemessenem Verhalten in der Öffentlichkeit ergibt, wurden diese PP ebenfalls in die Studie einbezogen.

Insgesamt wurden acht weibliche und sieben männliche PP interviewt. Außerdem wurden verschiedene ambulante Versorgungssettings berücksichtigt (Tabelle 1), um hieraus resultierende Unterschiede in Bezug auf die Belastung von PP untersuchen zu können. Der Prozess der Datenerhebung und Auswertung verlief parallel von Juni 2017 bis November 2018.

Zunächst wurden zu jedem Interview Memos verfasst. Anschließend wurden alle Interviews vollständig wörtlich transkribiert. Danach wurde das gesamte Interviewmaterial mittels inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse und induktiver Kategorienbildung, unter Verwendung der Software MAXQDA, ausgewertet (Kuckartz, 2014). Die ersten vier Interviews wurden von der Autorin und einem zweiten, an der Studie beteiligten Interviewer, gemeinsam ausgewertet. Dabei wurden Haupt- und Subkategorien gebildet, welche Ursachen für die Belastungen in Folge informeller Pflege darstellen, und es wurde ein Codierleitfaden erstellt. Danach wurde das gesamte Interviewmaterial der Autorin und dem zweiten Interviewer nochmals unabhängig codiert. Das Kategoriensystem und der Codierleitfaden wurden dabei erneut, entsprechend der neu gewonnenen Erkenntnisse, angepasst. Zur Absicherung der Intrakodierbarkeit wurde die Codierung nach Abschluss dieser Analysephase noch einmal geprüft (Mayring et al., 2010). In einem weiteren Auswertungsschritt wurden die Wirkungszusammenhänge zwischen den Haupt- und Subkategorien von der Autorin und dem zweiten Interviewer gemeinsam analysiert, um das Beziehungsgeflecht zwischen den einzelnen Belastungsquellen aufzudecken. Zudem wurden die Belastungsquellen zu den bereits bekannten Belastungsdimensionen „physisch“, „psychisch“ und „finanziell“ in Beziehung gesetzt. Das Kategoriensystem bzw. die Codierung wurden im weiteren Verlauf mit drei externen Wissenschaftlern, welche über mehrjährige Erfahrung im Bereich inhaltsanalytischer Auswertungen verfügen, hinsichtlich Plausibilität, Zuverlässigkeit und Bestätigbarkeit diskutiert (Mayring und Brunner 2010; Hopf und Schmidt, 1993), um die intersubjektive Nachvollziehbarkeit sicherzustellen. Konnte keine Übereinstimmung in Bezug auf die vorgenommene Kategorienbildung erzielt werden, wurde die Textstelle als „offen“ codiert. Ebenso wurden die analysierten Wirkungszusammenhänge zwischen Haupt- und Subkategorien kritisch diskutiert.

ERGEBNISSE

Alle interviewten PP berichten von Belastungen infolge der informellen Pflege. Auch PP, die die Versorgung eines Angehörigen als positive und sinngebende Aufgabe wahrnehmen, beschreiben belastende Situationen und wünschen sich Entlastung im Pflegealltag. Ebenso wurde deutlich, dass das Ausmaß der Belastung und die Anzahl benannter Belastungsquellen zwischen den PP stark variieren. Während Frau T. sich durch die Versorgung ihres Ehemannes derart stark belastet fühlt, dass sie nicht weiß, wie lange die häusliche Versorgung noch aufrechterhal-

Pflegeperson (PP)			Pflegetbedürftige(r) (PB)					
	Alter	Ausübung der Pflege seit:		Pflegegrad	Pflegetbedürftig seit	Pflege-Dienst	Entlastungsbetrag § 45b SGB XI	Anmerkungen
Frau R.	76	2007	Ehemann	4	2007	Ja	Ja (Betreuung, Hauswirtschaft)	
Frau K.	79	2005	Tochter	5	2005	Ja	Ja (Hauswirtschaft)	Gemeinsames Interview mit beiden PP
Herr K.	76						Ja (Hauswirtschaft)	
Frau T.	80	2017	Ehemann	3	2017	Ja	Ja (Betreuung, Hauswirtschaft)	
Herr B.	79	2007	Ehefrau	5	2007	Ja	Nein	PB wechselte in ein Pflegeheim
Frau N.	78	Unklar	Ehemann	5	unklar	Ja	Nein	
Frau C.	77	2007	Ehemann	5	2007	Ja	Ja (Betreuung, Hauswirtschaft)	PB ist dement und bettlägerig
Herr E.	70	2012	Ehefrau	3	2012	Nein	Ja (Betreuung)	
Frau S.	52	2016	Mutter	5	2016	Ja	Nein	PB durch eine 24-Stunden Pflegekraft zusätzlich versorgt.
Herr S.	-		Ehefrau				Nein	
Frau G.	66	2012	Ehemann	4	2012	Nein	Ja (Hauswirtschaft)	
Herr D.	69	2015	Partnerin	3	2015	Ja	Nein	
Herr Z.	68	2012	Ehefrau	2	2012	Nein	Ja (Hauswirtschaft)	
Herr H.	75	1992	Tochter	5	1992	Ja	Nein	PB bei Interview anwesend
Frau H.	75						Nein	

Tabelle 1: Beschreibung der interviewten Pflegepersonen und der gepflegten Angehörigen, (Quelle: Eigene Darstellung).

ten werden kann, stellt Herr D. dies nicht in Frage. Herr D. ist froh, seine Lebenspartnerin pflegen „zu dürfen“, nennt insgesamt weniger Belastungsquellen und wünscht sich lediglich etwas mehr Zeit, um sich der Pflege seiner Lebenspartnerin widmen zu können. Problematisch aus seiner Sicht ist eher die Doppelbelastung, die sich in seinem Fall aus der Pflege und der gleichzeitigen Versorgung von Haustieren, Gartenarbeit sowie Reparatur- und Instandhaltungsmaßnahmen des gemeinsamen Wohnhauses ergibt. Ähnliches gilt auch für die PP Herrn Z., der die gemeinsame Zeit mit seiner pflegebedürftigen Ehefrau sehr schätzt und angibt, die Pflege im positiven Sinne als tagesfüllende Aufgabe wahrzunehmen. Allerdings wünscht auch er sich etwas mehr Zeit für sich und weniger Einschränkungen im Alltag oder auch in Bezug auf gemeinsame Urlaube mit seiner Frau.

Was sind die Ursachen für die subjektiven Belastungen der PP von vorrangig körperlich eingeschränkten PB und existieren weitere, durch die bisherige Forschung nicht benannte Belastungsursachen?

Im Folgenden wird zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage ein Überblick über die von den PP thematisierten Ursachen für die subjektive Belastung durch die informelle Pflege vorrangig körperlich eingeschränkter PB

gegeben. In Tabelle 2 sind alle gefundenen Belastungsursachen als Haupt- und Subkategorien in einer Übersicht zusammengefasst und erklärt. Nachstehend werden jene Ursachen, die bisher in der Literatur zur subjektiven Belastung von PP nicht ausdrücklich benannt wurden, unter Einbeziehung von Zitaten der Interviewten näher beschrieben.

Eine neu aufgedeckte Ursache für Belastungen in der informellen Pflege ist der bürokratische Aufwand im Zusammenhang mit der Pflegekasse, und hier insbesondere die Antragsstellung, z. B. für Hilfsmittel oder für Transport-scheine. Dieser bürokratische Aufwand stellt für die PP gerade bei plötzlichem Eintritt der Pflegebedürftigkeit, aber auch im weiteren Verlauf eine große Herausforderung zusätzlich zur eigentlichen Pflege dar, wie die PP Frau T. beschreibt: „Ganz, ganz erschwerend in solch einer Situation ist die Bürokratie. Glauben Sie, man ist ja selber so gefordert mit der Pflege, wenn man schon einen Angehörigen zu Hause pflegt. Auch in meinem Alter, das spielt nämlich auch noch ne Rolle, also diese Bürokratie die hat mich bald umgebracht. [...] Das kann man alleine überhaupt nicht mehr schaffen. Täglich diese Zuzahlungen von der [Krankenkasse], Rechnungen [...] man musste immer nur regeln und regeln. Es geht ja nichts ohne Antragstellen [...] Mir fällt das unwahrscheinlich schwer neben der ganzen Pflege. Ich habe am Anfang immer gesagt. Ich bräuchte ne Sekretärin

Hauptkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorien	Erklärung
Zeitdruck	Anzahl von Terminen:		Umschreibt den empfundenen Stress durch die Einhaltung sämtlicher „Pflege-Termine“ zum vereinbarten Zeitpunkt.
	Zuhause	Pflegedienst, Haushaltshilfe, Therapie, Betreuer und Helfer Arztbesuche	
	Außerhalb	Therapie, Arztbesuche Tagespflege	
	Einsatzzeitpunkt des Pflegedienst	morgens abends Unpünktlichkeit*	
Fehlende personelle Unterstützung	Fehlende Verfügbarkeit geeigneter Helfer: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ehrenamtliche ▪ Familienmitglieder 		Umfasst die mangelnde Entlastung der PP durch informelle Helfer.
Mitleiden mit PB wegen eingeschränkter Selbstbestimmtheit	Selbstversorgung, Aktivitäten/Hobbys, Bettruhe		Umschreibt das Mitgefühl mit dem PB, welches aus dessen pflegebedingten Einschränkungen resultiert.
Fehlender persönlicher Freiraum	Keine Zeit für: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hobbys und Freizeitaktivitäten ▪ Nebenverdienst ▪ individuelle soziale Kontakte ▪ Erholung durch „Ausruhen“ ▪ Urlaub ohne PB 		Umschreibt pflegebedingte Defizite bei der Verwirklichung eigener Interessen und Bedürfnisse der PP.
Physischer Kraftaufwand	Selbstversorgung Haushaltsführung Betreuung		Umschreibt mit der Pflege verbundene körperliche Anstrengungen.
Subjektive Ausweglosigkeit aus Lebenssituation	Ablehnung von: <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeheim - Tagespflege - Kurzzeitpflege 		Gründe, warum eine Versorgung jenseits der häuslichen Pflege nicht als geeignet erscheint.
Zeitaufwand zur Versorgung des PB	Bürokratie*	Pflegekasse: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl der Anträge und Umfang der Anträge, ▪ Verständlichkeit der Anträge Pflegedienst: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfung der Abrechnung, ▪ Abrechnungsintervalle, ▪ Verständlichkeit der Abrechnung 	Umfasst alle pflegebedingten sowie darüber hinaus anfallenden Tätigkeiten der PP, die aus der Pflegebedürftigkeit des PB resultieren.
	Informationsbeschaffung	Leistungsumfang SGB XI Antragsstellungen	
	Anzahl und Dauer der Pflegeleistungen	Selbstversorgung Hauswirtschaft Betreuung	
	Übernahme der früheren Aufgaben des PB*	Besorgungen Bankgeschäfte	

Hauptkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorien	Erklärung
Wissensdefizit bzgl. Bürokratie i. V. m. der Pflegekasse	Antragsstellung für: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hilfsmittel, ▪ Transportscheine, ▪ Umbaumaßnahmen im häuslichen Umfeld 		Beschreibt Kenntnisse und Routine der PP hinsichtlich der Beantragung von Leistungen der Pflegekasse.
Geringe Mobilität des PB	Innerhalb und außerhalb des häuslichen Umfelds	Grad der körperlichen Einschränkung, Körpergewicht des PB, Leistungsumfang SGB XI, Kostenübernahme für Hilfsmittel, Wohnumgebung	Umschreibt, was PP daran hindert, den PB uneingeschränkt bewegen und sich gemeinsam mit diesem fortbewegen zu können.
	Nur außerhalb	Transport	
	Nur innerhalb	Umbauten	
Zuzahlungen/private Kosten	Hilfsmittel Leistungen des Pflegedienstes Private Helfer		Umfasst finanzielle Aufwendungen i. V. m. der Pflege.
Subjektive Pflegequalität professioneller Leistungserbringer	Pflegedienst Tagespflege Kurzzeitpflege Krankenhauspflege*		Umschreibt die Zufriedenheit mit der Pflege durch professionelle Pflegekräfte.
Soziale Isolation und fehlende öffentliche Teilhabe mit PB	Keine gemeinsame Teilnahme an: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Familienfeiern ▪ Veranstaltungen in Kultur oder Sport Fehlende Möglichkeiten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Freunde u. Verwandte zu treffen/zu empfangen ▪ Gemeinsam die Wohnung zu verlassen Wenig soziale Kontakte		Umschreibt fehlende Möglichkeiten zur Teilnahme an öffentlichen und privaten Veranstaltungen und zur Aufrechterhaltung oder Herstellung sozialer Kontakte.
Verlust der Privatsphäre im häuslichen Umfeld*	Anzahl unterschiedlicher Leistungserbringer	Therapeuten, Haushaltshilfen, Betreuer, Pflegekräfte	Umschreibt, dass das eigene Zuhause durch die hohe Anzahl an Fremden nicht mehr als Privatbereich wahrgenommen wird.
	Anzahl Hausbesuche		
Druck als PP nicht „ausfallen“ zu dürfen	Angst vor: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eigener Krankheit, ▪ Unfälle u. Verletzungen ▪ Eigener Pflegebedürftigkeit 		Umschreibt den gefühlten Verantwortungsdruck, den PB selbst versorgen zu müssen, weil es aus Sicht der PP keinen adäquaten Ersatz gibt.
Ständig wechselnde Pflegekräfte vom Pflegedienst*			Umfasst die Anzahl an Pflegekräften, die den PB abwechselnd versorgen.
Restriktionen Pflegedienst*	Zeit/Pflegeeinsatz Dokumentationspflicht Digitale Zeiterfassung		Umschreibt Pflichten und Beschränkungen des Pflegedienstes.

Tabelle 2: Kategorien subjektiver Belastungen von Pflegepersonen (PP) vorrangig körperlich eingeschränkter Pflegebedürftiger (PB) mit Subkategorien. * = bisher nicht in der Literatur benannte Ursachen, (Quelle: Eigene Erhebung).

und n Büro. Es war wirklich, ich ich kanns, habs nicht mehr geschafft.“ Später antwortet Frau T. auf die Frage, ob sie sich mehr Informationen wünschen würde, um die bürokratischen Angelegenheiten besser bewältigen zu können: „Also ich würde mir eher wünschen, dass mir das jemand abnimmt. Also das ist wirklich mein größter Wunsch.“

Auffällig ist weiterhin, dass mehrere PP nicht nur die eigenen Belastungen infolge des bürokratischen Aufwands thematisieren, sondern von einem generellen Problem ausgehen, das viele PP betrifft und zwar insbesondere dann, wenn Wissensdefizite bestehen. Frau S. beschreibt die Überforderung infolge von Wissensdefiziten wie folgt: „Also ich denke mir immer nur, Leute, die überhaupt keine Ahnung haben, was ist denn das für die für ein Dschungel? Wo hat man denn eigentlich irgendwen, der einen berät, behilflich ist, unter die Arme greift [...]. Das war so eine Odyssee, also das war, fand ich halt, zu diesem Emotionalen, weil man ist ja mit der Situation schon überfordert, fand ich das sehr erschwerend.“ Auch Frau R., die ihren Mann pflegt, fühlt sich durch die Kommunikation mit der Pflegekasse und der vorschreitenden Digitalisierung belastet: „Ja gut, ich meine, das Problem ist ja jetzt auch mit den Krankenkassen. Sie hängen ja nur noch in der Warteschleife. Also den Antrag könnten sie ja am besten hier über Internet und was weiß ich alles. Ich sage, ich habe einen Computer oben, mit dem habe ich vor Jahren nochmal Karten gespielt [...]. Ansonsten, ich brauche das Internet nicht unbedingt, weil ich hätte auch gar nicht die Zeit, mich da jetzt wieder [...] E-Mail hab ich nicht [...] Und dann hängt man in dieser Schleife und ohne Ende und irgendwann meldet sich dann mal ein Herr und dann weiß der auch nicht Bescheid. Es ist nicht so einfach. Ich sage manchmal, ‚Ich bin ja jetzt nicht unbedingt auf den Kopf gefallen, aber mir tun wirklich Leute leid, die vielleicht ihr Leben lang nur ihren Haushalt gemacht haben. Die tun mir so leid, weil die ja nirgends weiterkommen. Das ist schrecklich für viele Menschen, glaub ich.“ Schließlich beschreibt die PP Frau G. Probleme nach der Ablehnung von beantragten Hilfsmitteln: „Dieser ganze Aufwand, dass ich dann da mich durchtelefonieren muss und dann nur Ablehnung zu hören kriege, das ist dermaßen frustrierend und macht mir so viel zusätzlich, nimmt mir so viel zusätzlich von der Zeit weg, die ich lieber für meinen Mann aufbringen würde.“

Als weitere Ursache subjektiver Belastungen konnte der Verlust der Privatsphäre im häuslichen Umfeld identifiziert werden, welcher umso intensiver erlebt wird, je mehr unterschiedliche Leistungserbringer an der Versorgung beteiligt sind. Frau R. äußert sich im Hinblick auf die Eingriffe in ihre Privatsphäre: „Ich sage, wir haben ja auch überhaupt kein Privatleben mehr. Weil jeden Tag kommt irgendwer durch die Tür gestiefelt [...].“ Die PP Frau T. ergänzt, dass weitere Belastungen neben der eigentlichen Pflege des PB aus der Übernahme der früheren Aufgaben des PB, wie z.B. Bankgeschäften, resultieren mit deren Erledigung die PP nicht vertraut ist.

Schließlich ist im weiteren Zusammenhang auch die, aus Sicht der PP, unzureichende pflegerische Versorgung des PB bei Krankenhausaufenthalten zu nennen. Diese wird

vor allem dann zur Belastung, wenn die PB einen hohen Pflegegrad haben und eine entsprechend intensive Versorgung, wie die regelmäßige Anreicherung von Essen und Trinken, benötigen. Frau R. äußert sich über die Versorgung ihres Mannes, der in Pflegegrad 4 eingeordnet ist, im Krankenhaus so: „Er ist letztes Jahr im Mai drei Wochen sehr schwer krank gewesen, lag im Krankenhaus. Und wenn ich nicht gesagt hätte, ich möchte, dass mein Mann entlassen wird, das hätte er wahrscheinlich nicht überstanden. Weil das Pflegepersonal einfach nicht die Zeit hat, sich um jemanden zu kümmern, der a) auf einem Auge total blind ist, das andere knapp 30 % Sehkraft noch hat, wenn überhaupt jetzt. [...]. Das Essen wurde hingestellt. Wenn ich dann kam – ich war jeden Tag etwa 6/7 Stunden im Krankenhaus – weil ich schon gesehen habe, wie schwierig es für die Leute ist, so einen Patienten zu versorgen. Ja, dann stand der Kaffee noch im Schnabelbecher, ja also Ihr Mann hat gefrühstückt und, und, und... Dann hat er in diesen drei Wochen 17 Kilo abgenommen.“ Auch Herr H. berichtet von einer unzureichenden pflegerischen Versorgung seiner pflegebedürftigen Tochter, die ebenfalls in Pflegegrad 4 eingeordnet ist und deren Pflege er aufgrund der unzureichenden Versorgung im Krankenhaus selbst übernommen hat: „Sie kann ja nichts machen. Sie kann einfach nichts machen, sie kann nicht alleine essen, nicht frühstücken und so weiter. Da sind wir dann auch da, wenn sie im Krankenhaus ist, da kommen wir täglich, morgens bis mittags und dann ab nachmittags auch wieder und versorgen sie. Nachmittags dann für das Trinken und das Abendbrot.“ Die PB selbst fügt hinzu: „Ihr seid morgens, mittags, abends... Die haben das dahin gestellt das Essen, "so nun iss!", ne. Wenn mein Eltern nicht gekommen wären, dann hätte ich kein Essen gekriegt.“

Welchen Einfluss hat die Einbeziehung eines ambulanten Pflegedienstes auf die subjektive Belastung von PP?

Wird ein Pflegedienst in die Versorgung des PB einbezogen, treten als potentielle, in der Literatur bisher nicht benannte Belastungsquellen, der bürokratische Aufwand im Zusammenhang mit diesem Pflegedienst ebenso wie die Einsatzzeitpunkte und die Pünktlichkeit sowie ständig wechselndes Pflegepersonal, hinzu. Darüber hinaus können Restriktionen bezüglich der zur Verfügung stehenden Pflegezeit zur Versorgung des PB, Dokumentationspflichten sowie die digitale Zeiterfassung durch Pflegekräfte negativ und belastend empfunden werden. Nachstehend werden zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage die Auswirkungen der Inanspruchnahme eines Pflegedienstes beschrieben.

Die Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes kann sowohl be- als auch entlastend auf die PP wirken. Ein entlastender Effekt kann grundsätzlich darin bestehen, dass der PP die Erbringung bestimmter Pflegeleistungen abgenommen wird. Des Weiteren kann die Einbeziehung eines Pflegedienstes ein Mittel sein, um die ambulante Pflege des PB überhaupt ermöglichen zu können. Dies gilt insbesondere in Fällen, wo bestimmte Pflegeleistungen aufgrund mangelnder körperlicher Kraft oder fehlender Kompetenzen nicht durch die PP erbracht werden können. Auch vermitteln regelmäßige Einsätze ausgebildeter Fach-

kräfte den PP die Sicherheit, dass Defizite in der Versorgung des PB frühzeitig erkannt werden. Die Einbeziehung von Fachkräften wird demnach als Instrument zur Qualitätssicherung genutzt. Die PP Frau S. betont weiter die anleitende Funktion, die Pflegedienste beim plötzlichen Eintritt schwerer Pflegebedürftigkeit einnehmen können: „[...] bei jemandem, bei dem adhoc Pflegebedürftigkeit eintritt und nicht schleichend, wie bei meiner Mutter durch den Schlaganfall. Wenn dann jemand nach Hause kommt, sind ja alle überfordert, ja, wenn ich dann natürlich so einen tollen Pflegedienst habe, [...] weil meine Mutter nach Hause kommt aus der Kurzzeitpflege und ich erstmal zur Verfügung stehen muss, bis eine Pflegekraft organisiert ist und kommen kann, ist das schon toll, wenn mir wer anderthalb Stunden abends und morgens zeigt, wie macht man überhaupt wen fertig. [...] das sind ja Sachen, die wusste ich alle gar nicht.“

Neben den genannten positiven Auswirkungen kann die Zusammenarbeit mit einem Pflegedienst auch Belastungen der PP verursachen. Diese Belastungen stehen oft in Zusammenhang mit einer Unzufriedenheit mit den erbrachten Leistungen oder den Rahmenbedingungen der Leistungserbringung. So erschweren etwa geringe Transparenz und lange Abrechnungsintervalle eine Überprüfung der Rechnungen des Pflegedienstes. Ähnliches gilt für die digitale Zeiterfassung, wie Frau R. darlegt: „Nur ich finde es nicht in Ordnung, wenn die ihr Handy haben, drücken auf das Handy, es ist jetzt 8:16 Uhr und ich weiß gar nicht, wann gehen die Leute jetzt wieder weg. Also sie drücken, wenn sie aus dem Auto steigen. Und ich weiß nicht sicher, wenn sie wieder einsteigen. Mag alles sein, aber für mich wär es wichtig zu sehen, was brauchen die denn eigentlich an Zeit, oder? [...] Weil das ist ja eigentlich nicht sinnvoll, dass man als ja jetzt praktisch sag ich mal "Arbeitgeber" noch nicht mal weiß, was passiert denn jetzt hier. Was haben die bei dir hier gearbeitet. Ja, das ist das, worüber ich mich dann ärgere.“

Ebenso kann Unpünktlichkeit der Pflegekräfte als belastend empfunden werden, wie Frau T. erläutert: „Manche stehen um 8:00 Uhr vor der Tür, manche stehen 7:45 Uhr und dann gibt es aber auch welche die kommen erst 20 nach oder 8:30 Uhr und meinen dann, es ging nicht schneller oder ich hatte noch jemanden vorher oder so irgendwie und weil wir uns ja hier auch unsere Zeit sehr einteilen müssen, dass man mit ihm fertig wird vormittags. Ich muss ja auch noch mal einkaufen und was erledigen und dann kommt man überhaupt nicht weiter.“ Ebenso belastend kann sich ein häufiger Wechsel des Pflegepersonals auswirken. Die Gründe dafür beschreibt Frau R. so: „Wenn jeden Tag jemand anderes kommt, dann bin ich schon mal so genervt, weil ich einfach finde, es kann doch nicht sein, wenn - mein Mann hat den PG 4 [...]. Es ist ein sehr kranker Mensch. Da muss doch nun nicht jeden Tag jemand anderes kommen.“

Frühe Einsätze des Pflegedienstes am Abend stellen vor allem dann eine Belastung dar, wenn hierbei auch das zu Bett bringen des PB erfolgen muss. Das frühe zu Bett bringen führt nicht nur zu Unzufriedenheit des PB, weil

dieser entgegen seines Wunsches, z.T. mehr als die Hälfte des Tages im Bett verbringen muss. Die Situation kann sich auch für PP insofern negativ auswirken, dass ihr eigener Tagesrhythmus gestört und Freiraum eingeschränkt wird, weil sie etwa das Abendessen für den PB bereits am Nachmittag bereitstellen müssen. Unabhängig von der Zufriedenheit mit den Leistungen des Pflegedienstes wirken tägliche Einsätze am frühen Morgen belastend, da PP keine Möglichkeiten zum „Ausschlafen“ verbleiben. Als weiterer belastender Faktor wird eine subjektiv nicht hinreichende Pflegequalität der durch den Pflegedienst erbrachten Leistungen benannt, was dazu führt, dass die PP Pflegekräfte „überwachen“ oder Leistungen „nachbessern“ muss. Schließlich kann die Unzufriedenheit des PB mit der Versorgung durch den Pflegedienst zusätzlich belastend für die PP sein. Auch bedeuten die regelmäßigen Einsätze des Pflegedienstes weitere Hausbesuche zusätzlich zu denen von ÄrztInnen oder TherapeutInnen und damit verstärkte Eingriffe in die Privatsphäre.

Außerdem können zeitliche Vorgaben und Dokumentationspflichten des Pflegedienstes negative Gefühle und Belastungen hervorrufen. So wird die Zeit, die den Pflegekräften zur Verfügung steht, oft als zu kurz empfunden. Frau T. erklärt, dass die Abrechnung der Pflegeleistungen nach Zeitkontingenten in ihrem Fall dazu führe, dass sie die Einsätze des Pflegedienstes grundsätzlich vor- und nachbereiten müsste, um die Zeitvorgaben einzuhalten und erhebliche Zuzahlungen zu vermeiden. Die Ablehnung derartiger Vorgaben ist bei einigen PP dabei so groß, dass sie lieber auf die Unterstützung durch einen Pflegedienst verzichten. Die PP Herr Z. bringt seine Skepsis wie folgt zum Ausdruck: „[...] dann hatte ich mal gefragt gehabt mit Pflegedienst, wie das ist, wenn die kommen, dann sagt sie ja, das gäbe auch bestimmte Zeiten, also festgeschrieben, vorgegebene Zeiten, um die Frau zu waschen oder so was. Da hab ich gesagt: ‚Wissen Sie was, das mach ich selber‘, denn man kann eine Frau nicht in fünf Minuten ausziehen, dann in die Dusche begleiten, dann waschen, abtrocknen, Haarföhnen und das in fünf Minuten alles und das ist...Das ist mir einfach abgegangen.“ Für Frau G. spricht besonders die ausführliche Dokumentationspflicht gegen die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes: „Aber ansonsten Pflegedienst, ich habe das schon mitbekommen, erstmal wenn sie kommen, hinsetzen, dann Sachen auspacken, Formulare ausbreiten, eintragen, abfragen und das nimmt so viel Zeit in Anspruch, dass ich denke, gut Bürokratie ist nötig, ich weiß das, aber in dem Maße, das ist ausufernd.“ Schließlich wurde deutlich, dass die Zuzahlungen, welche für die Inanspruchnahme der Pflegedienste zu leisten sind, nicht nur belasten sondern auch dazu führen, dass auch aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen weniger Leistungen in Anspruch genommen werden, als die PP zur Unterstützung und dauerhaften Aufrechterhaltung der informellen Pflege eigentlich benötigt.

Welche Beziehungen bestehen zwischen den einzelnen Belastungsursachen?

Nachfolgend werden die Wirkungszusammenhänge zwischen sämtlichen Haupt- und Subkategorien, welche aus dem Interviewmaterial abgeleitet wurden (Tabelle 2), an-

hand der Abbildungen 1-3 visualisiert und in Beziehung zu den bereits bekannten Belastungsdimensionen „physisch“, „psychisch“ und „finanziell“ gesetzt. Die gefundenen Haupt- und Subkategorien stellen dabei die Ursachen für die subjektiven physischen, psychischen und finanziellen Belastungen der PP dar und werden als „Belastungsfaktoren“ bezeichnet. Einige dieser Belastungsfaktoren resultieren aus dem Zusammenspiel mehrerer Einzelkategorien, welche ebenfalls in die Abbildung integriert und als „Charakteristika der Pflegesituation“ bezeichnet werden. Bestimmte Haupt- oder Subkategorien nehmen außerdem die Funktion einer intervenierenden Größe ein, die die Stärke des Zusammenhangs zwischen den Charakteristika der Pflegesituation und den Belastungsfaktoren einerseits und den Belastungsfaktoren und Belastungsdimensionen „physisch“, „psychisch“ und „finanziell“ andererseits beeinflusst. Zusätzlich wurden die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen von PP und PB als externe intervenierende Größe integriert.

Weiterhin ist im Hinblick auf die Abbildungen 1-3 zu beachten, dass die Haupt- und Subkategorien aus Tabelle 2 immer dann getrennt voneinander betrachtet werden, wenn sie für unterschiedliche Belastungsfaktoren grundlegend sind oder jeweils unterschiedliche Beziehungen zu anderen Haupt- oder Subkategorien aufweisen. So führen frühe Einsatzzeiten eines Pflegedienstes am Morgen zu anderen Belastungsfaktoren als frühe Einsatzzeiten des Pflegedienstes am Abend. Des Weiteren muss die Einsatzzeit des Pflegedienstes am Abend, ausgehend von den Aussagen der Interviewten, mit anderen Haupt- oder Subkategorien in Beziehung gesetzt werden. Ebenso kann eine Haupt- oder Subkategorie (Charakteristik der Pflegesituation) mitursächlich für mehrere Belastungsfaktoren sein. In ähnlicher Weise kann ein bestimmter Belastungsfaktor Einfluss auf mehr als nur eine der benannten physischen, psychischen und finanziellen Belastungsdimension nehmen.

Ursachen physischer Belastungen

Die physischen Belastungen (Abbildung 1) ergeben sich aus dem empfundenen physischen Kraftaufwand, welchen die PP zur Versorgung der PB erbringen muss, dem Zeitaufwand der auf die Versorgung der PB entfällt und, sofern ein Pflegedienst in Anspruch genommen wird, frühen Einsatzzeiten dieses Dienstes am Morgen.

Der für die Pflege erforderliche physische Kraftaufwand resultiert aus der Anzahl und der Dauer der erforderlichen Pflegeleistungen, der körperlichen Einschränkung bzw. dem Unterstützungsbedarf und dem Körpergewicht des PB. Frühe Einsatzzeiten des Pflegedienstes führen besonders dann zu physischen Belastungen der PP, wenn diese täglich erfolgen.

Der gesamte Zeitaufwand, der auf die Pflege entfällt ergibt sich einerseits aus der Erledigung bürokratischer Aufgaben und andererseits aus der Anzahl und der Dauer der erbrachten Pflegeleistungen sowie der Übernahme der früheren Aufgaben des PB, wie z.B. Bankgeschäften. Dabei ist der Zeitaufwand, welcher auf bürokratische Angelegenheiten entfällt, umso höher, je mehr Informationen die PP für die Erledigung benötigt und je geringer die personelle Unterstützung ist, die sie etwa durch Verwandte erhält. Der Zeitaufwand, welcher auf die Erbringung der Pflegeleistungen und die Übernahme der früheren Aufgaben des/der PB entfällt, ist ebenfalls umso größer, je geringer die personelle Unterstützung der PP hierbei ausfällt. Die PP Frau T. beschreibt die Ursachen ihrer subjektiven physischen Belastungen wie folgt: „Ich muss jetzt seit vier Monaten jeden Morgen um 6:30 Uhr aufstehen und das bringt mich absolut...macht einen total fertig. [...] Und es ist eben einfach so, ich mache den Haushalt, ich kaufe ein, ich mache Wäsche, ich mache alles und wenn ich mittags nach Hause komme vom Einkaufen dann muss ich essen machen schleunigst

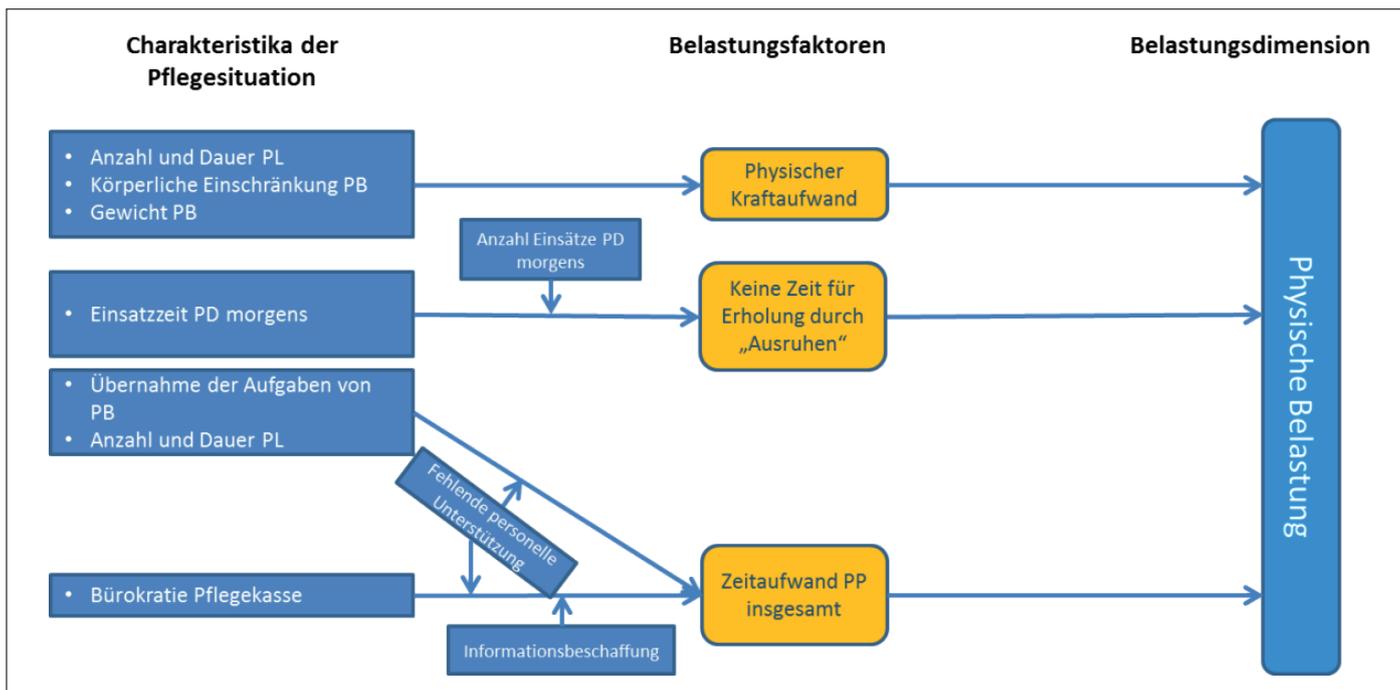


Abbildung 1: Ursachen und Zusammenhänge physischer Belastung von Pflegepersonen, PD = Pflegedienst, PL = Pflegeleistung (Quelle: Eigene Darstellung)

[...] danach bin ich natürlich todmüde und fix und fertig und dann sagt er, „jetzt muss ich aber erst noch mal“ und das sind so diese Augenblicke, wo ich dann fast zusammenklappe. Und er kann ja nichts alleine. Er kann es nicht. Er kann nicht alleine auf den Stuhl oder auf die Toilette gar. Das geht gar nicht. [...]“

Ursachen psychischer Belastungen

Die psychischen Belastungen (Abbildung 2) der PP können aus der empfundenen Überforderung bei der Erledigung bürokratischer Angelegenheiten, wie der Antragsstellung bei der Pflegekasse, resultieren. Diese Überforderung ist dann besonders hoch, wenn PP nur geringe Kenntnisse in diesem Bereich besitzen, also ein Wissensdefizit besteht. Frau T. beschreibt die empfundenen Belastungen dazu folgendermaßen: „Wenn er jetzt dringend mal wirklich zum Arzt muss, wie mach ich das dann? Wie kriege ich so schnell den Transportschein hier her und dann noch genehmigt von der Krankenkasse? Wenn man in dieser ganzen Mühle erstmal drin ist, ist es eigentlich furchtbar.“ Hinzu kommen Belastungen wegen abgelehnter Anträge für notwendige Hilfsmittel, wie Frau H. ausführt: „Das ist immer nur ein, es gibt dies nicht und es gibt das nicht. Jedes Mal so ein bisschen. Jetzt brauchten wir so Kraftknotenpunkte am Rollstuhl. Für das Auto. Damit das sicherer ist. Das haben wir in O. beantragt, hat die Pflegekasse abgelehnt erstmal. Und jetzt wurde die Kasse dann von der Stadt oder vom Landkreis dazu verpflichtet, das zu übernehmen. Und jetzt wieder dieser Tanz. Am Telefon: Nein, das wird nicht übernommen. Dann hat mein Mann wieder alles geholt,

alle Papiere und so weiter. Und jetzt wird es übernommen. Es ist immer ein..., es wird übernommen, aber...“

Der Zeitaufwand der auf die Pflege der PB entfällt, führt häufig dazu, dass der PP zu wenig persönlicher Freiraum verbleibt, so wie Frau H. erzählt: „Man hat keine Zeit für sich, man ist ständig da, sie [die PB] ist ständig da. Wir können nicht mal einkaufen gehen, keine Geschenke oder Aufmerksamkeiten. Es ist für sie eine ständige Aufsicht erforderlich. [...] Man kann sie maximal eine halbe Stunde aus den Augen lassen.“ Später ergänzt Frau H.: „Ich wünschte, jemand kommt mal und fährt mal mit M. raus, damit ich mit meinem Mann mal in die Stadt fahren kann. Nicht jede Woche, aber mal so hin und wieder.“ Zum Zeitaufwand kommt der empfundene Zeitdruck hinzu, welcher durch Anzahl der pflegebedingten Termine von PP und PB maßgeblich bestimmt wird. Die PP Frau T. beschreibt, wie sich dies auf Freizeitaktivitäten auswirkt, welche eigentlich dazu dienen sollten Abstand von der Pflegesituation und Entspannung zu ermöglichen. „[...] ich kann eben wenn ich wirklich mal spazieren gehe [...] dann immer wieder der Blick auf die Uhr, 17:30 muss ich zu Hause sein. Da wird er auch unruhig und sagt er muss jetzt essen, sonst schaffen wir das nicht, und das ist eben für beide ein enormer Druck.“

Die wahrgenommene Versorgungsqualität in Pflegeheimen sowie fehlende personelle Unterstützung und die Kosten, welche auf stationäre Pflege oder Betreutes Wohnen entfallen, bewirken, dass eine PP das Gefühl verspürt, sich in einer ausweglosen Situation zu befinden und zusätzlich

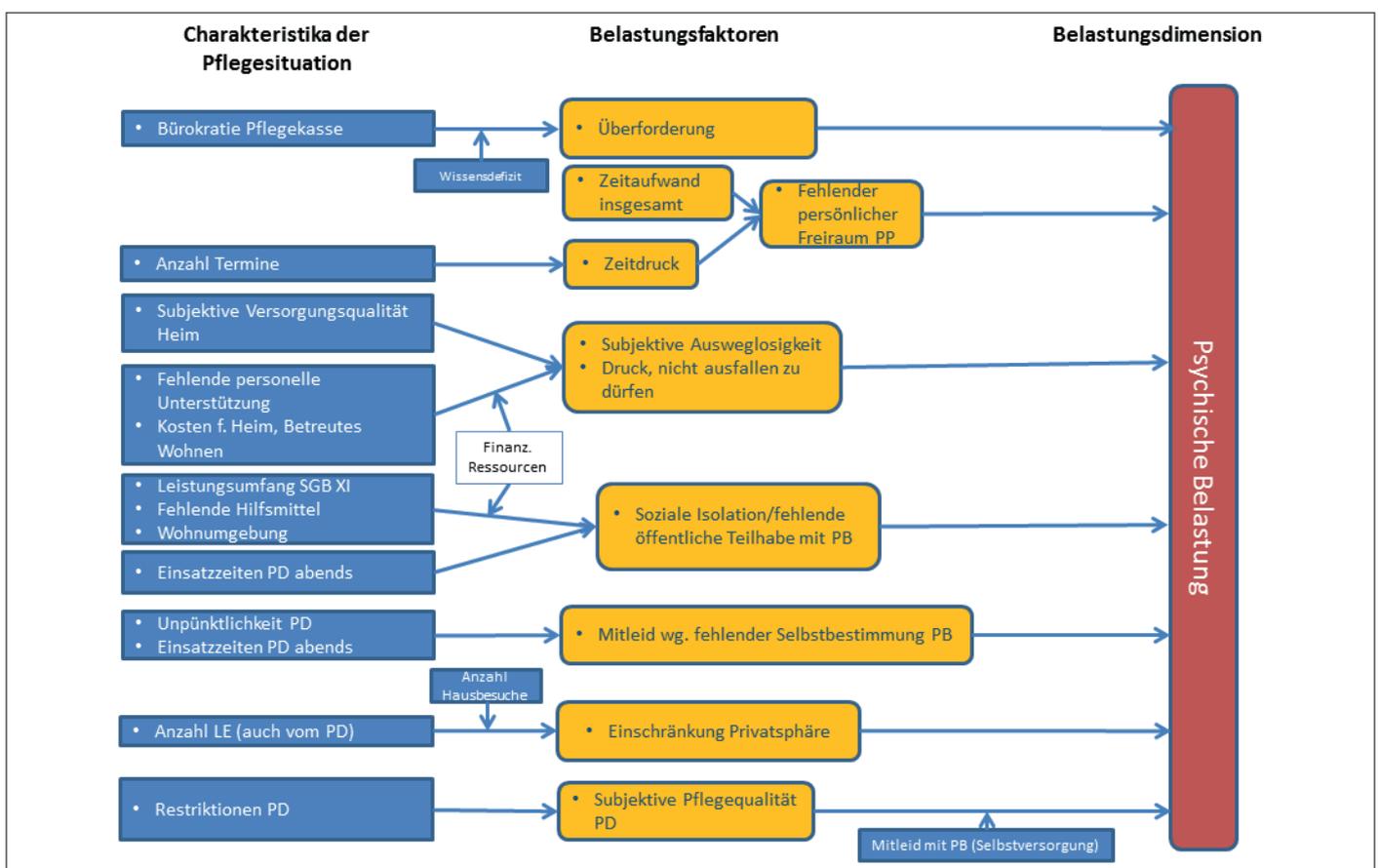


Abbildung 2: Ursachen und Zusammenhänge psychischer Belastung von Pflegepersonen, LE = Leistungserbringer (Quelle: Eigene Darstellung)

dem Druck ausgesetzt ist, als PP nicht ausfallen zu dürfen, weil Alternativen zur Pflege durch sie fehlen. So berichten mehrere PP davon, sehr vorsichtig im Alltag geworden zu sein, um Unfälle, Krankheit oder sogar eigene Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, weil dies dazu führe, dass die ambulante Pflege des Angehörigen nicht mehr aufrechtzuerhalten sei. Dieses Gefühl ist besonders stark ausgeprägt, wenn die individuellen finanziellen Ressourcen gering sind, weil dann keine Möglichkeiten bestehen, bspw. in Betreute Wohnobjekte umzuziehen oder geeignete Helfer privat zu finanzieren.

Psychisch belastend für PP kann außerdem die soziale Isolation bzw. fehlende öffentliche Teilhabe gemeinsam mit dem PB wirken. Die soziale Isolation resultiert aus dem Fehlen von Hilfsmitteln, die zum Verlassen der Wohnung benötigt werden, der individuellen Wohnumgebung (steile Treppen) und dem Leistungsumfang des SGB XI. Frau G. wünscht sich diesbezüglich: „[...] eine Möglichkeit hier raus zu kommen, also draußen und unabhängig bewegen können. Denn mit dem Rollstuhl können wir das nicht, wir sind da auf eine Brems- und Schiebehilfe angewiesen und die trägt die Kasse nicht. Wahrscheinlich nicht. Und eine Zuzahlung von 1.500,- € können wir uns da nicht leisten.“ Soziale Isolation kann aber auch die Folge früher Einsatzzeiten des Pflegedienstes am Abend sein, wie Frau T. ausführt: „Ja, wenn wir mal Besuch haben. Es kommen ja ab und zu mal Leute zu Besuch und wollen meinen Mann mal sehen und man erzählt sich n bisschen was und auch meine Enkel waren ab und zu mal da und so, dann sitzt er ab 17:00 Uhr da und sagt mir du musst jetzt Abendbrot machen obwohl die Leute um 16:00 Uhr gekommen sind und dann trinken wir n bisschen Kaffee zusammen oder sitzen und erzählen und dann um 17:30 Uhr muss ich sagen, tut mir leid ich muss jetzt Abendbrot machen und das zerreißt so einen Nachmittag.“

Auch Mitleid, welches die PP gegenüber dem PB empfindet, weil dieser in seiner Selbstbestimmung und Lebensge-

staltung stark eingeschränkt ist, kann sich auf die PP psychisch belastend auswirken. So wird der Tagesablauf eines PB, der auf einen Pflegedienst angewiesen ist, wesentlich durch die Einsatzzeiten des Dienstes fremdbestimmt. Dies gilt besonders mit Blick auf die Einsatzzeiten am Abend. Weitere psychische Belastungen der PP ergeben sich aus Einschränkungen der Privatsphäre im eigenen häuslichen Umfeld. Deren Ausmaß hängt im Wesentlichen von der Anzahl der Leistungserbringer ab, die in die Versorgung einbezogen werden, bzw. der Anzahl der Hausbesuche.

Schließlich wirkt es sich auch psychisch belastend auf die PP aus, wenn die subjektive Pflegequalität durch einen Pflegedienst darunter leidet, dass dieser bzw. dessen Mitarbeiter gewissen Restriktionen unterworfen sind. Frau T. beschreibt die Auswirkungen der zeitlichen Restriktionen auf die subjektive Pflegequalität der durch einen Pflegedienst erbrachten Pflegeleistungen so: „Und das ist eigentlich eine schlechte Sache für eine liebevolle Pflege, immer auf die Uhr gucken zu müssen. Und dann sagen sie oft zu mir: ‚Machen Sie das jetzt noch? Kämmen oder eincremen oder Hemdzuknöpfen? Ich muss jetzt schnell gehen.‘ Das gibt's eben auch.“ Insgesamt gilt hier auch, dass die Belastung umso größer ausfällt, je mehr die PP mit dem PB aufgrund der Umstände mitleidet.

Ursachen finanzieller Belastungen

Eine wesentliche Ursache für finanzielle Belastungen (Abbildung 3) ergibt sich in kombinierten Versorgungssettings aus den Zuzahlungen, die für Leistungen des Pflegedienstes erbracht werden müssen. Da die finanziellen Leistungen der Pflegekasse für Leistungen eines Pflegedienstes (Pflegesachleistungen, § 34 SGB XI) begrenzt sind, müssen darüber hinaus gehende Leistungen oder Pflegezeiten aus eigenen finanziellen Mitteln bezahlt werden. Besonders bei der Abrechnung von Pflegeleistungen mittels Zeitkontingenten wirkt sich dies aus. Das wird deutlich an folgender Aussage der PP Frau T.: „Dann sagen die

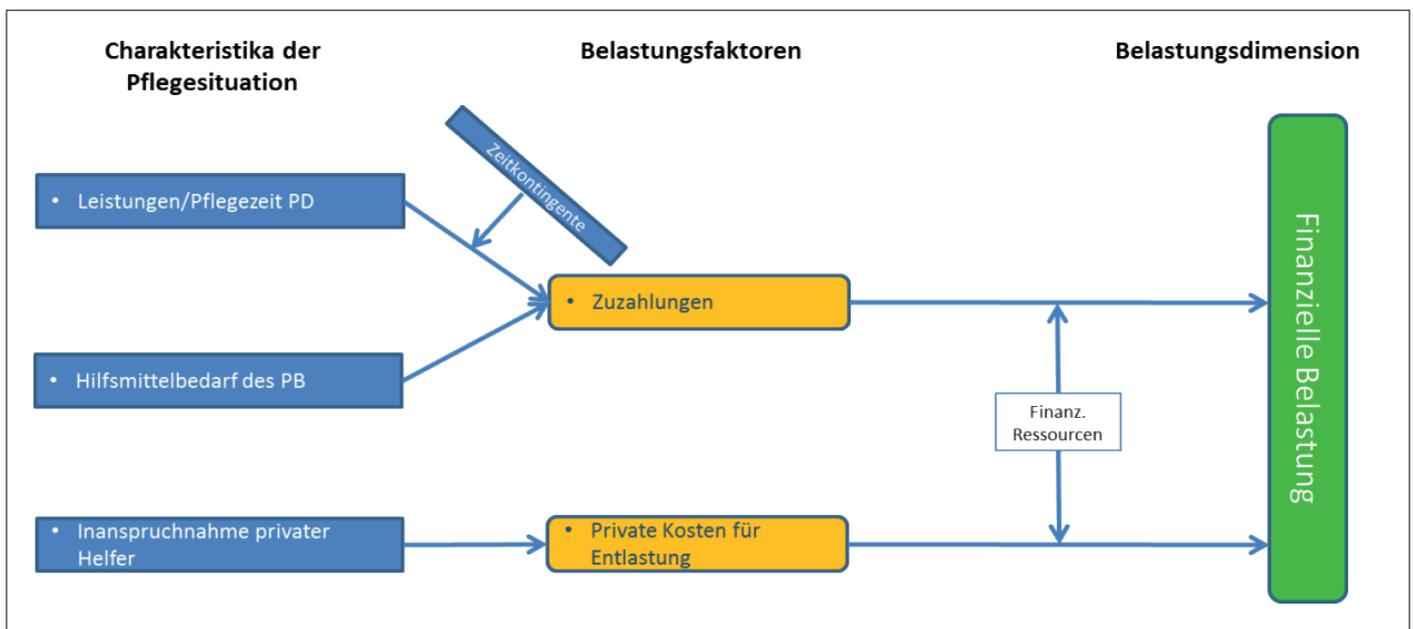


Abbildung 3: Ursachen und Zusammenhänge finanzieller Belastung von Pflegepersonen (Quelle: Eigene Darstellung)

[Pflegerkräfte]: „Ach ja, auf ne Minute kommt es doch nicht an“. Ja es kommt eben leider doch drauf an. Und ich möchte die dann auch nicht hetzen, weil das mein Mann ja auch braucht, die Pflege. Und das ist dann auch immer so, weil die das eben oft nicht einsehen, dass man auf Minute arbeitet. Bloß ich muss es zahlen.“

Hinzu kommt als weitere Form finanzieller Belastungen, dass zum Erhalt von qualitativ hochwertigen Pflegehilfsmitteln häufig private Zuzahlungen erforderlich sind. Exemplarisch dafür steht die Situation von Frau B: „Da, ich kann zum Beispiel diese Hygienehosen, die ganz von der Krankenasse übernommen werden, die zerreißen, die gehen nicht und bei den anderen muss man ziemlich, also für meine Verhältnisse schon noch ganz schön viel zuzahlen.“ Schließlich stellt es auch eine finanzielle Belastung dar, wenn PP zur Erleichterung der Pflege auf selbst zu finanzierende private Helfer zurückgreifen. Grundsätzlich gilt, dass alle Kosten, die mit der Pflege verbunden sind, vor allem dann als belastend empfunden werden, wenn wenige private finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen.

Inwiefern konnte durch die Einführung des Entlastungsbetrags nach § 45 b SGB XI eine Verringerung der Belastungen von PP erreicht werden?

Nur sechs der 15 interviewten PP nahmen den Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI zum Zeitpunkt des Interviews in Anspruch. Die PP Frau R. und die PP Herr Z. nutzten die Leistung nur in der Vergangenheit, aktuell jedoch nicht. Die übrigen sieben PP haben den Entlastungsbetrag bisher nicht abgerufen. Im Folgenden wird zunächst dargestellt, inwiefern die PP, die Leistungen nach § 45 b SGB XI nutzen, hierdurch entlastet werden. In diesem Zusammenhang wird auch erläutert, warum Frau R. und Herr Z. die Leistungen derzeit nicht mehr in Anspruch nehmen. Anschließend wird beschrieben, warum einige PP auf Leistungen im Rahmen des § 45 b SGB XI verzichten.

Der Entlastungsbetrag wird von den PP, die ihn aktuell abrufen oder in der Vergangenheit nutzten, überwiegend in die Erbringung hauswirtschaftlicher Leistungen und die Betreuung des PB investiert. Alle PP, die den Entlastungsbetrag zur Betreuung des PB einsetzen, berichten von einer Reduzierung ihrer Belastungen, wobei positive Effekte auf die Belastungsfaktoren „Soziale Isolation und fehlende öffentliche Teilhabe mit dem PB“ und „Zeitaufwand zur Versorgung des PB“ thematisiert werden.

So führt Frau T. aus, dass das Verlassen der Wohnung mit ihrem Mann, um beispielsweise spazieren zu gehen, nur mit Unterstützung eines freiwillig Engagierten, welcher über den Entlastungsbetrag finanziert wird, möglich sei. Somit können in ihrem Fall die Belastungen durch soziale Isolation und fehlende öffentliche Teilhabe mit dem PB herabgesetzt werden. Auch Herr E. berichtet, dass die über den Entlastungsbetrag finanzierte Betreuung seiner Frau neue Möglichkeiten zur öffentlichen Teilhabe mit ihr schaffe. Von diesen, so ergänzt er, profitiere auch er, weil gemeinsame Ausflüge und die Hausbesuche der Betreuerin Abwechslung zum Pflegealltag böten. Die PP Frau C. erklärt zudem, dass die Zeit, in der ihr Mann betreut wird, von

ihr gelegentlich genutzt würde, um stundenweise das Haus zu verlassen. Damit kann durch den Entlastungsbetrag eine Reduzierung des „Zeitaufwand zur Versorgung des PB“ und den daraus resultierenden Belastungen erzielt werden. Jedoch ergänzt Frau C., dass sie hierbei nur ein „gutes Gefühl“ habe, wenn die Betreuung durch fachlich qualifizierte Personen übernommen würde, zu der ein Vertrauensverhältnis auch von Seiten des PB bestehe. Frau C. äußert sich wie folgt: „Und bei der Betreuung, die wir haben, [...] die eine, die Krankenschwester ist, [...] da hat sich son Vertrauensverhältnis auch zwischen ihm und ihr aufgebaut, wenn ich da weg fahre, dann hab ich immer ein ganz gutes Gefühl. Die kanns einmal, die kann es einmal schon mal vom beruflichen her und dann, also wenn sie nur was zum Beispiel was gewechselt werden muss, dann kann die das, aber sie setzt sich hin sie hört ihm zu, der erzählt und wenn er hundertmal dasselbe erzählt, sie hört ihm zu. Und geht auch drauf ein und kennt dann auch manchmal diesen oder jenen da, von den Bauern, früheren Bauern, ja, das ist schon ein Glücksfall. Das ist ein Glücksfall, wen man trifft, damit steht und fällt alles. Die können noch so tolle Gesetze und Ideen haben, wenn sie nicht die Leute haben. Das ist wirklich, damit steht und fällt alles. Ich bin mir auch sicher, dass es so ist, also wirklich.“

Auch Herr E. betont, wie stark die entlastende Wirkung der Betreuung von der Person, die die Leistung erbringt, abhängt. Er thematisiert ausführlich das gute Verhältnis zwischen ihm, seiner Frau und der Betreuerin und erklärt, lieber auf die Leistung zu verzichten, als eine Vertretung im Krankheitsfall zu akzeptieren. Ähnlich argumentiert auch Frau R., die in der Vergangenheit über den Entlastungsbetrag sowohl hauswirtschaftliche Leistungen, als auch Betreuung für ihren Mann finanzierte, derzeit jedoch keine Leistungen im Rahmen des § 45 b SGB XI nutzt. Sie nennt ebenfalls Kompetenz und Erfahrung, ein gutes persönliches Verhältnis zwischen Betreuer, PP und PB, Kontinuität und gegenseitiges Vertrauen als Voraussetzung dafür, dass die aus dem Entlastungsbetrag finanzierte Betreuung auch tatsächlich zur Reduzierung von Belastungen von PP beiträgt. Da der ehemalige Betreuer ihres Mannes aufgrund einer beruflichen Veränderung nicht mehr zur Verfügung stehe und keine vergleichbare Person gefunden werden konnte, verzichtet Frau R. derzeit lieber auf die Betreuung, erklärt sie. Als Grund dafür, den Entlastungsbetrag auch nicht für mehr für hauswirtschaftliche Leistungen einzusetzen, führt Frau R. an, weitere Einschränkungen ihrer Privatsphäre durch Hausbesuche fremder Leistungserbringer vermeiden zu wollen. Zusätzlich kritisiert sie, dass die angebotenen Leistungen im hauswirtschaftlichen Bereich nicht ihrem Bedarf entsprächen, weil beispielsweise keine Arbeiten ausgeführt werden dürften, zu denen das Besteigen einer Leiter notwendig sei. Gerade bei diesen Arbeiten wäre für Frau R., aufgrund ihres Alters, aber Unterstützung hilfreich. Sie äußert sich so: „Ach so, übrigens mit diesem Putzen da mit den 104 € [Anm.: früherer Betrag, alte Rechtslage]. Also das hab ich dann letztes Jahr Ende Oktober habe ich geschrieben, dass ich das nicht mehr möchte und ab Januar würde ich mir das überlegen. Also ich putze jetzt selber. Und wenn Sie dann so jemanden haben, der vielleicht auch ein bisschen laut ist und dann so... Ich sage, wir haben

ja auch überhaupt kein Privatleben mehr. Weil jeden Tag kommt irgendwer durch die Tür gestieftelt und dann noch zusätzlich. Also das mache ich jetzt nicht mehr. Und die Dinge, gestern jetzt mal hatte ich Gardinen gewaschen in einem Raum. Ja wenn ich das alles selber machen muss mit meinen 76, auf die Leiter klettern muss und so eine junge Frau darf das nicht. Dann brauche ich auch eigentlich keine mehr. Das ist doch so. Das sind doch Sachen, wo ich denke, das wäre was, was Dir abgenommen werden kann.“ Letztlich haben damit einerseits die mangelnde Verfügbarkeit geeigneter Betreuer und andererseits der Wunsch nach Erhalt von Privatsphäre sowie ein unpassendes Angebot hauswirtschaftlicher Leistungen bei Frau R. dazu geführt, auf entlastende Leistungen im Zusammenhang mit § 45 b SGB XI zu verzichten. Auch die PP Frau T. und Frau C. bringen trotz ihrer positiven Erfahrungen mit den Betreuern ihrer Angehörigen eine skeptische Haltung gegenüber einer Unterstützung im Haushalt, welche ebenfalls über den Entlastungsbetrag finanziert werden könnte, zum Ausdruck. Als Grund hierfür nennen auch sie, zusätzliche Eingriffe in ihre Privatsphäre durch weitere Hausbesuche „Fremder“ vermeiden zu wollen. Herr Z. berichtet dagegen von negativen Erfahrungen hinsichtlich der Qualität der erbrachten hauswirtschaftlichen Leistungen, welche über den Entlastungsbetrag finanziert wurden. Dies habe schließlich dazu geführt, dass er nun eine Haushalthilfe privat finanziere und den Entlastungsbetrag nicht mehr abrufe. Angemerkt wurde weiterhin, dass in Fällen, wo die hauswirtschaftlichen Leistungen von einem Pflegedienst erbracht würden, der Entlastungsbetrag nur die Finanzierung einer geringen Stundenzahl ermögliche, was nur wenig Entlastung bewirke.

Die PP, die den Entlastungsbetrag bisher noch nie genutzt haben, begründen ihre Entscheidung vor allem damit, weitere Termine und daraus resultierende Belastungen vermeiden zu wollen. Die PP Herr D. meint im Hinblick auf mögliche Betreuung seiner pflegebedürftigen Partnerin: „Also ich sag mal so, das ist nicht ihr Ding, ist auch nicht mein Ding ... So ein regelmäßiges Betreuungsangebot, da kommt jemand von 9h30 bis 11h10 so und das ja jeden zweiten Tag oder ich, ich weiß es nicht, ... weil sie kriegt ja schon Atemtherapie, das ist dann auch zweimal die Woche [...]. Also ich sag mal so ein regelmäßiges wäre nicht schön, das wäre eine Belastung in diesem Falle, das wäre eine Belastung.“ Weiterhin konnten Informationsdefizite der PP als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags identifiziert werden. So waren zwei PP die Leistungen des § 45 b SGB XI bisher generell nicht bekannt. Außerdem führt eine PP an, weiteren bürokratischen Aufwand vermeiden zu wollen und daher auf den Entlastungsbetrag zu verzichten.

DISKUSSION

Die qualitative Befragung von PP hat gezeigt, dass die informelle Pflege eines/einer vorrangig körperlich eingeschränkten PB eine positive und sinngebende, aber auch subjektiv belastende Aufgabe darstellen kann. Mittels induktiver Kategorienbildung konnten einerseits Ursachen für die Belastungen aufgedeckt werden, welche in ähnli-

cher Form bereits aus der Literatur bekannt sind (z.B. Pochobradsky et al., 2005). Hierzu gehören die folgenden Hauptkategorien: geringe Mobilität des PB, hoher Zeitaufwand für die Versorgung, Zeitdruck und zeitliche Gebundenheit an Termine, fehlender persönlicher Freiraum der PP, fehlende personelle Unterstützung, subjektive Qualität der Leistungen professioneller Leistungserbringer, physischer Kraftaufwand, subjektive Ausweglosigkeit aus der Lebenssituation, soziale Isolation und fehlende öffentliche Teilhabe mit dem PB, Druck, als PP nicht ausfallen zu dürfen, Mitleiden mit dem PB aufgrund von Einschränkungen seiner Selbstbestimmung und schließlich Zuzahlungen und private Kosten in Zusammenhang mit der Pflege. In der vorliegenden Untersuchung wurden jedoch auch Belastungsursachen gefunden, welche bisher nicht explizit in der Literatur betrachtet wurden. Hier ist insbesondere der hohe bürokratische Aufwand in Verbindung mit der Antragsstellung bei der Pflegekasse zu nennen, welcher einerseits aus der hohen Anzahl und dem Umfang der Anträge und andererseits aus Wissensdefiziten und Verständnisproblemen seitens der PP resultiert. Auch sind hier die Belastungen der PP zu nennen, welche sich aus der Inanspruchnahme eines Pflegedienstes, Defiziten bei der Krankenhauspflege bei Krankenhausaufhalten des PB und der Übernahme der früheren Aufgaben des PB ergeben.

Sämtliche aus den Interviews abgeleiteten Ursachen subjektiver Belastungen konnten den bekannten Belastungsdimensionen „physisch“, „psychisch“ und „finanziell“ zugeordnet werden. Dabei ist hervorzuheben, dass die PP, die sich wie Herr D. und Herr Z. vergleichsweise gering belastet fühlen, männlich sind und PB versorgen, die in mittlere Pflegegrade eingestuft sind. Dies bestätigt, dass subjektive Belastungen mit steigendem Pflegegrad des PB zunehmen, wie von Schneekloth (2005) und Pochobradsky et al. (2005) beschrieben und dass sich in Übereinstimmung mit Schulz et al. (2004) Männer weniger durch die Pflege belastet fühlen als Frauen.

Grundsätzlich kann der Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI zur Reduzierung von Belastungen der PP beitragen. Voraussetzung hierfür ist aber, dass PP über die Leistungen informiert sind. Zudem ist die positive Wirkung an bestimmte Bedingungen geknüpft: Zunächst müssen PP und auch PB bereit sein, weitere Termine und Eingriffe in ihre Privatsphäre zu akzeptieren, sofern Hauswirtschaft oder Betreuung im häuslichen Umfeld finanziert werden. Außerdem müssen geeignete Leistungserbringer vorhanden sein. Insbesondere bei PB mit hohem Pflegegrad kann eine Betreuung, die der PP ausreichend Freiraum und Sicherheit bietet, um tatsächlich zu entlasten, nur realisiert werden, wenn die Betreuenden über hinreichende Kompetenzen, auch im Bereich der bisher nicht berücksichtigten Selbstversorgung, verfügen. Einschränkungen der entlastenden Wirkung resultieren aus den Beschränkungen des Leistungsangebots im Bereich der Hauswirtschaft, aber auch den geringen Stundenzahlen, welche aus dem Entlastungsbetrag finanziert werden können, wenn ein Pflegedienst die Leistungen erbringt. Um PP wirksam zu entlasten, werden hier Erleichterungen bei der Erledigung bürokratischer Aufgaben empfohlen. Einerseits durch Ver-

einfachungen bzw. verbesserte Erläuterungen. Vor allem aber mittels Unterstützung bei der Bewältigung durch Beratende, z. B. von Pflegediensten oder Wohlfahrtsverbänden, die Anträge gemeinsam mit der PP im häuslichen Umfeld ausfüllen. Die Finanzierung könnte ggf. auch über den Entlastungsbetrag erfolgen.

Auffällig ist, dass viele PP einer möglichen Entlastung durch personelle Unterstützung kritisch gegenüberstehen, obwohl fehlende Unterstützung als wichtige Belastungsursache benannt wurde und viele PP Unterstützung wünschen, um persönlichen Freiraum zurückzugewinnen. Dieser Wunsch scheint jedoch an genaue Kriterien gebunden zu sein. So wird Hilfe nur von Familienmitgliedern oder ausgewählten, vertrauten Pflegekräften oder Ehrenamtlichen gerne in Anspruch genommen. Eine Unterstützung durch neue unbekannte Leistungserbringer wird dagegen oft als „Störung des Alltags“ und zusätzliche Belastung empfunden. Dagegen wird mehrfach die hohe Bedeutung von Hilfsmitteln, wie Rampen oder Deckenliftern betont, die die Pflege erleichtern und öffentliche Teilhabe ermöglichen. Ein Grund hierfür könnte sein, dass die Nutzung von Hilfsmitteln den persönlichen Bereich und die eingespielten Abläufe und Routinen der PP nicht beeinträchtigt. Auch Haubner (2016) beschreibt, wie Pflegeroutine die Inanspruchnahme externer Hilfen verhindern kann. Dieses Phänomen scheint sich auch hier wieder zu finden.

Zu berücksichtigen ist, dass die hier aufgedeckten Belastungsfaktoren und Zusammenhänge nicht als erschöpfend für alle PP angesehen werden. Limitierungen ergeben sich aus der Rekrutierung der Interviewten, die keiner bestimmten Samplingstrategie folgte. Trotzdem werden unterschiedliche Pflegesettings, die Pflegegrade 2-5 und eine hohe Spannweite hinsichtlich der Dauer der Pflegeetätigkeit abgedeckt. Allerdings sind die Grenzen der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse zu beachten. So können nur Belastungsquellen herausgearbeitet werden, die den PP bewusst sind und die von ihnen thematisiert werden. Nicht untersucht wird, was die Abwesenheit bestimmter Inhalte bedeutet. Somit verbleibt die Analyse auf der Ebene und in der Perspektive der Interviewten und der latente Gehalt des Textmaterials wird nicht erfasst (Rosenthal, 2015). Ungeachtet dessen, kann aber aufgrund der Ähnlichkeiten zwischen den hier induktiv ermittelten Kategorien und den in der Literatur benannten Belastungsursachen von der Zuverlässigkeit und Gültigkeit der Ergebnisse ausgegangen werden. Dies spricht auch für die Belastbarkeit der neu aufgedeckten Belastungsursachen. Diese sollten, nach erneuter empirischer Bestätigung, in bestehende quantitative Messinstrumente integriert werden, um eine umfassende Erhebung der subjektiven Belastungen von PP zu gewährleisten.

Interessant für die zukünftige Pflegeforschung hinsichtlich der Inanspruchnahme von Entlastungsleistungen in Form von Betreuung ist, in wie weit das Beziehungssystem zwischen PP und PB für die Entscheidung bedeutsam ist, Betreuung der PP zuzulassen bzw. von Seiten des PB zu akzeptieren. Dieser Aspekt blieb hier unberücksichtigt, sollte aber zukünftig in Einzelfallanalysen mittels Fallre-

konstruktionen näher untersucht werden. Auch sollte in nachfolgenden Studien stärker betrachtet werden, ob PP über die vielfältigen Verwendungsmöglichkeiten des Entlastungsbetrags ausreichend in Kenntnis gesetzt sind, um eine informierte Entscheidung über die Nutzung von entlastenden Leistungen treffen zu können.

LITERATUR

- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2018). Bayerischer Demenz Survey (BayDem). Bericht für die Projektphase 2015-2017 (zitiert als: Bayerischer Demenz Survey).
- Bruker, C., Klie, T., Wernicke, F. (2017). Qualitative Studie. In Klie, T. (Hrsg.), *Pflegereport 2017. Gutes Leben mit Demenz. Daten, Erfahrungen und Praxis, Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung*, (pp. 96 - 129). Hamburg: DAK. (zitiert als: Bruker/Klie/Wernicke).
- Burton, L. C., Zdaniuk, B., Schulz, R., Jackson, S., Hirsch, C. (2003). *Transitions in Spousal Caregiving*. *The Gerontologist*, 43/2, 230 - 241.
- Eggert, S., Schnapp, P., Sulmann, D. (2018). *Aggression und Gewalt in der informellen Pflege. ZQP-Analyse*. Berlin.
- Fichtner, U. (2018). *Am Ende aller Kräfte*. *DER SPIEGEL*, 5/2018, 42 - 48.
- Georg, J., Frowein, M. (2001). *Pflege Lexikon*. Göttingen: Hogrefe.
- Graß, H., Walentich, G., Rothschild M. A., Ritz-Timme, S. (2007). *Gewalt gegen alte Menschen in Pflegesituationen. Phänomenologie, Epidemiologie und Präventionsstrategien*. *Rechtsmedizin*, 6/2007, 367 - 371.
- Gräbel, E. (1997). *Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter*, Frankfurt, Washington: Hänsel-Hohenhausen.
- Gräbel, E. (2001). *Häusliche-Pflege-Skala HPS. Zur Erfassung der subjektiven Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen*. Ebersberg: Vless.
- Hackmann, T., Müller, D., Steiner, M., Tiessen, J. (2014). *Pflege vor Ort gestalten und verantworten. Konzept für ein Regionales Pflegebudget*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Haubner, T. (2016). *Die neue Kultur des Helfens. Zur sozialpolitischen Instrumentalisierung des Ehrenamts in der Pflege*. *Luxemburg* 1, 112 - 118.
- Hopf, C., Schmidt, C. (1993). *Zum Verhältnis von innerfamiliären sozialen Erfahrungen, Persönlichkeitsentwicklung und politischen Orientierungen. Dokumentation und Erörterung des methodischen Vorgehens in einer Studie zu diesem Thema*. Hildesheim.
- Klie, T. (Hrsg.) (2017). *Pflegereport 2017. Gutes Leben mit Demenz: Daten, Erfahrungen und Praxis, Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung*. Hamburg: DAK.
- Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Mayring, P., Brunner, E. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse*. In Friebertshäuser, A. L., Prengel, A. (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (pp. 323 - 333). Weinheim: Juventa.
- Pinquart, M., Sörensen, S. (2003). *Differences Between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health. A Meta-Analysis*. *Psychology and Aging*, 18/2, 250 - 267.
- Pochobradsky, E., Bergmann, F., Brix-Samoylenko, H., Erfkamp, H., Laub, R. (2005). *Situation pflegender Angehöriger. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz*. Wien.
- Rosenthal, G. (2015). *Interpretative Sozialforschung*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Rösler-Schidlack, B., Stummer, H., Ostermann, H. (2010). *Gesundheitsbezogene Lebensqualität und soziale Unterstützung bei pflegenden Angehörigen*. *Pflegewissenschaft*, 2.2010, 75 - 86.
- Rothgang, H., Müller, R., Unger, R. (2012). *Themenreport „Pflege 2030“: Was ist zu erwarten - was ist zu tun?*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Schlömer, C. (2012). *Die künftige Entwicklung des Arbeitskräfteangebotes in den Regionen Deutschlands*. In Maretzke, S. (Hrsg.), *Fachkräftemangel. Ein neues, demografisch bedingtes Phänomen?* (pp. 33 - 42). BBSR-Online-Publikation Nr. 02/2012.
- Schneekloth, U., Wahl, H. W. (Hrsg.) (2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III)*. München.
- Schulz, R., Martire, L. M. (2004). *Family Caregivers of Persons with Dementia. Prevalence, Health Effects, and Support Strategies*. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12/3, 240 - 249.
- Statistisches Bundesamt (2018). *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden.
- Staudinger, M. (2017). *Angriff auf das Ehrenamt. Kommerzielle Anbieter entdecken das lukrative Geschäft mit der Nachbarschaftshilfe*. *Süddeutsche Zeitung* 05.12.2017.

7.3.5 Beitrag V: Dezentralisierung der Pflegeplanung und Förderung von freiwilligem Engagement
Niens, C., Hoffmeister, F., Marggraf, R. (2016): Sicherstellung pflegerischer Langzeitverordnung - Zur Rolle von Kommunen und Ehrenamt. Gesundheits- und Sozialpolitik, 70 (6): 42 - 50.

In diesem Beitrag wird der Mehrbedarf an „Ehrenamtsstunden“ ermittelt, welcher sich aus der Umsetzung eines neuen, von der Bertelsmann Stiftung entwickelten, Versorgungskonzepts eines „Regionalen Pflegebudgets“ zur Sicherstellung pflegerischer Langzeitversorgung ergäbe. Anschließend werden, ausgehend von einer Befragung von 90 Freiwilligen aus dem Bereich der ambulanten Pflege, Handlungsempfehlungen zur Deckung des ermittelten Bedarfs an zusätzlichen „Ehrenamtsstunden“ formuliert. Die Empfehlungen richten sich dabei auf die inhaltliche Gestaltung von Werbemaßnahmen zur Aktivierung neuer Freiwilliger sowie auf die freiwillige Tätigkeit selbst, um eine hohe Zufriedenheit und dauerhaftes Engagement der bereits Aktiven zu fördern. Hierzu werden u. a. Zusammenhänge zwischen extrinsischen und intrinsischen Motiven und der Fluktuationsneigung untersucht.

Aufteilung der Autorenschaft: Kapitel 1: C. Niens; Kapitel 2: C. Niens; Kapitel 3: F. Hoffmeister; Kapitel 4: C. Niens, F. Hoffmeister Kapitel 5: C. Niens, R. Marggraf; Kapitel 6: C. Niens, C.; Kapitel 7: C. Niens, F. Hoffmeister.

Sicherstellung pflegerischer Langzeitversorgung –

Zur Rolle von Kommunen und Ehrenamt

CHRISTINE NIENS,
FRIEDERIKE HOFFMEISTER,
RAINER MARGGRAF

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Langzeitversorgung zählt zu den zentralen Herausforderungen. Regionale Versorgungskonzepte und die verstärkte Einbindung Ehrenamtlicher werden als mögliche Lösung angeführt. Der Beitrag diskutiert, inwieweit regionale Konzepte erfolgsversprechend sind, wie viele zusätzliche Ehrenamtsstunden benötigt würden und wie die Aktivierung Ehrenamtlicher gelingen kann. Die Betrachtungen erfolgen auf Basis eines Konzepts der Bertelsmann Stiftung und einer quantitativen Befragung zur Motivlage Ehrenamtlicher.

1. Einleitung

Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wurde im Jahr 1994 die soziale Pflegeversicherung (sPV) als selbstständiger Zweig der Sozialversicherung eingerichtet. Nach § 3 des XI. Sozialgesetzbuches (SGB XI) soll die sPV mit ihren Leistungen vorrangig die ambulante Pflege und die pflegerische Versorgung durch informelle Helfer unterstützen. Dementsprechend genießen Leistungen der häuslichen Versorgung Vorrang vor Leistungen der Tages- und Kurzzeitpflege und diese Vorrang vor der vollstationären Versorgung. Aufgrund unterschiedlicher gesellschaftlicher Entwicklungen steht die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und vorrangig ambulanten pflegerischen Versorgung in Deutschland vor großen Herausforderungen. Es stellt sich die Frage, wie die erhöhte Nachfrage nach Pflegezeit gedeckt werden kann, um Bedarfsgerechtigkeit langfristig sicherzustellen (Niens et al., 2015).

Als Lösungsansätze werden u. a. vom Sachverständigenrat zur Begutachtung

der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2014) regionale Versorgungskonzepte und parallel dazu die Stärkung eines Hilfemixes durch vermehrte Einbindung Ehrenamtlicher empfohlen.

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, wie die oben genannten Lösungsansätze der Dezentralisierung bei gleichzeitig verstärkter Einbindung Ehrenamtlicher zur Sicherstellung ambulanter pflegerischer Langzeitversorgung beitragen können und welche Herausforderungen für die Kommunen sich hieraus ergeben. Die Betrachtungen erfolgen beispielhaft anhand eines von der Bertelsmann Stiftung entworfenen regionalen Versorgungskonzepts „Pflege vor Ort gestalten und verantworten: Konzept für ein regionales Pflegebudget“ (BMK) und einer selbst durchgeführten Befragung Ehrenamtlicher.

2. Herausforderungen für das Pflegesystem und Lösungsansätze

Der anhaltende demographische Wandel in Deutschland bedingt einen generellen Rückgang des Unterstützungspotenzials

bei gleichzeitiger Zunahme der Anzahl Pflegebedürftiger. Während im Jahr 2010 noch 4,5 Pflegebedürftige 100 Erwerbstätigen gegenüberstanden, wird in 2050 ein Verhältnis von 10,9:100 erwartet (Raffelhüschen und Hackmann, 2016). Diese Verschiebung der Generationsverhältnisse hat zur Folge, dass zukünftig deutlich mehr finanzielle Mittel zur Sicherstellung pflegerischer Versorgung benötigt werden, welche von immer weniger Erwerbstätigen finanziert werden müssen.

Außerdem wird sich das Verhältnis der Bevölkerung im Alter von über 80 Jahren, die ein hohes Risiko besitzt pflegebedürftig zu werden, zu Personen im Alter zwischen 50 und 65 Jahren, welche das größte Potenzial besitzen Pflegeleistungen zu erbringen, in den nächsten Jahren bundesweit verschieben (Schlömer, 2012). Während im Jahr 2005 noch 4,1 50- bis 64-Jährige je einem 80-Jährigen und Älteren gegenüberstanden wird für das Jahr 2030 ein Verhältnis von 2,5:1 prognostiziert (Grünheid und Fiedler, 2013). Das intergenerationelle Unterstützungspotential nimmt somit deutlich ab. Zugleich bewirkt die Abwanderung der jüngeren Generation aus strukturschwachen Regionen, dass sich ambulante informelle Pflege durch Familienangehörige, aber auch alltägliche Hilfen durch Nachbarn und Freunde deutlich reduzieren (Kehl, 2016; SVR, 2014). Die sinkende Anzahl informeller Hilfenetzwerke und die steigende Anzahl alleinlebender Pflegebedürftiger gestaltet die Realisierung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ somit zunehmend schwieriger (SVR, 2014). Verschärft wird die Situation noch durch den anhaltenden Fachkräftemangel (SVR, 2014), der die Diskrepanz zwischen Nachfrage und Angebot an Pflege- und Versorgungszeit weiter erhöht.

Zur Bewältigung der oben beschriebenen Herausforderungen werden zwei Ansätze empfohlen (SVR, 2014):

1. Der Ausbau ambulanter Pflege (u. a. §§ 36, 37, 38a, 43 SGB XI) durch vermehrte Einbindung der Kommunen und den Aufbau regional angepasster Versorgungssettings (Burgi, 2013; Engelmann et al., 2013).
2. Die verstärkte Einbindung Ehrenamtlicher in einen Hilfemix, um die hohe Nachfrage nach ambulanter

Pflegezeit, besonders im Bereich der Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung zu decken und den Wegfall familiärer Unterstützung zu kompensieren bzw. pflegende Angehörige zu entlasten (SVR, 2014; Burgi, 2013; Engelmann et al., 2013).

Diese Lösungsansätze sind nicht unabhängig voneinander, sondern sollen gemeinsam realisiert werden, um bedarfsgerechte ambulante Pflege sicherzustellen. So betonen regionale Versorgungskonzepte wie das BMK (Hackmann et al., 2014), dass es zentrale Aufgabe der Kommunen sei, niedrigschwellige Versorgungsangebote auf- und auszubauen. Niedrigschwellige Angebote bezeichnen Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige, welche von (geschulten) Ehrenamtlichen oder Alltags- und Pflegebegleitern erbracht werden. Die Verantwortungsübertragung an die Kommunen liegt darin begründet, dass diese die örtlichen Strukturen am besten kennen und daher besonders geeignet sind, bedarfsgerechte Versorgungssettings zu schaffen, die es Pflegebedürftigen ermöglichen ambulant versorgt zu werden.

3. Konzept für ein regionales Pflegebudget der Bertelsmann Stiftung

Hauptbestandteil des BMK ist die Einführung eines regionalen Pflegebudgets, das durch die in jedem Kreis beziehungsweise jeder kreisfreien Stadt neu zu schaffende ‚Regionale Einheit‘ (RE) zur Gestaltung der pflegerischen Versorgung vor Ort verwaltet wird. Das zugewiesene Budget aus den Mitteln der sPV ist bestimmt durch das Produkt aus der Anzahl der Pflegebedürftigen und dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit. Die Höhe der Zahlung an die RE ist damit unabhängig von der Versorgungsart der Pflegebedürftigen. Aufgrund der höheren Heimquote wird kreisfreien Großstädten jedoch ein Zuschlag auf das Budget gewährt, während dünn besiedelte ländliche Kreise mit einem Abschlag bedacht werden. Die Mittel der sPV werden von den Krankenkassen erhoben und auf neu gegründete organisatorisch selbstständige Pflegekassen der Länder übertragen, welche die Mittel monatlich budgetiert an die RE überleiten.

Die Sicherstellung bedarfsgerechter pflegerischer Versorgung soll primär durch Kosteneinsparungen infolge der Erhöhung des Anteils ambulant versorgter Pflegebedürftiger erreicht werden. Gelingt es den RE die pflegerische Versorgung durch Erhöhung des Anteils der im Vergleich zur stationären Unterbringung günstigeren ambulanten Pflege sicherzustellen, entstehen Budgetüberschüsse. Dieses Budget ist zwar zweckgebunden einzusetzen etwa für neue quartiernahe Versorgungskonzepte, Angebote zur Prävention, Förderung altersgerechten Wohnraums und Infrastruktur, eröffnet jedoch zugleich Budgetmanagement-Optionen.

Anreize für Pflegebedürftige, sich ambulant und nicht stationär versorgen zu lassen, sollen durch regional angepasste Versorgungssettings geschaffen werden. Diese Versorgungssettings sollen in Bezug auf die angebotenen Versorgungsleistungen sowie die Leistungserbringer (Hilfemix) auf die sozialräumlichen Gegebenheiten zugeschnitten und somit am Bedarf der Pflegebedürftigen in der Region orientiert sein. Aufgabe der RE ist es, die dafür notwendigen Angebote an niedrigschwelligen Hilfen, überwiegend durchgeführt von Ehrenamtlichen, aufzubauen und auszuweiten.

Weitere Einsparungen, neben denen, die aus dem Ausbau ambulanter Pflege resultieren, können durch das Selektivvertragsrecht erzielt werden. So können etwa sektorenübergreifende Leistungserbringer, welche Versorgungsleistungen durch Pflegefachkräfte, Physiotherapeuten und Ehrenamtliche aus einer Hand anbieten, durch die Auszeichnung als präferierte Leistungsanbieter gefördert werden (Hackmann et al., 2014). Entstehende Budgetdefizite bei den RE, sollten Maßnahmen zur Senkung der Pflegekosten nicht die erhoffte Wirkung erzielen, hat das Land auszugleichen.

Der Aufbau und die Ansiedlung der RE soll sich am Aufbau der Sozialämter der Länder orientieren. Nach § 3 Abs. 2 SGB XII sind grundsätzlich die kreisfreien Städte und die Kreise die örtlichen Träger der Sozialhilfe (Groth, § 3 SGB XII Rn. 4). Danach sind in der Regel die Kommunen für die Sicherstellung bedarfsgerechter pflegerischer Versorgung zuständig. Die RE erhalten größere Handlungsspielräume und eigene Kompetenzen in der Pflegeplanung und Pflegesteuerung. Sie sollen u. a. An-

gehörige und Pflegebedürftige über die Angebote in ihrer Region informieren, beraten und individuell zugeschnittene Versorgungskonzepte (Case und Care Management) erstellen und geeignete Leistungserbringer empfehlen.

Daneben sieht das BMK weitere Umstrukturierungsmaßnahmen zur Erzielung von Synergieeffekten vor: Bestehende Aufgaben der Pflegekassen (Antragsannahme und Weiterleitung an die Pflegekasse, Leistungsabrechnung und -bewilligung) sind auf die RE zu übertragen, um künftig die Leistungen nach §§ 28 ff. SGB XI und §§ 61 ff. SGB XII dem Pflegebedürftigen aus einer Hand zu gewähren. Daneben sollen vor allem die Pflegekassen von den Krankenkassen entkoppelt und auf Landesebene angesiedelt werden (Hackmann et al., 2014).

Die Aufgabenwahrnehmung der RE wird jedoch nicht kostenneutral umzusetzen sein. Es wird erwartet, dass die regionalen Versorgungsstrukturen zusätzliche Personal- und Sachkosten in Höhe von ca. 260 Millionen Euro pro Jahr bundesweit verursachen, die jedoch durch die Erhöhung des Anteils der kostengünstigeren ambulanten Versorgung, insgesamt kompensiert werden (Hackmann et al., 2014).

4. Diskussion des Bertelsmann-Konzeptes

Es stellt sich die Frage inwiefern das BMK tatsächlich einen Beitrag zur Sicherstellung bedarfsgerechter Pflege zu leisten vermag. Das Konzept eines regionalen Pflegebudgets verfolgt im Wesentlichen vier Ziele:

- (1) Minderung des Fachkräftemangels
- (2) Förderung bedarfsgerechter Versorgung
- (3) Entlastung der kommunalen Haushalte
- (4) Reduzierung der Pflegekosten

Die mit Ziel (1) anvisierte Minderung des Fachkräftemangels soll einerseits durch Erhöhung der Attraktivität des Pflegemarktes erreicht werden, indem erwartete Budgetüberschüsse für Lohn-erhöhungen zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit und der Sicherung einer langfristigen Berufsausübung eingesetzt werden (Hackmann et al., 2014). Mit dem erwarteten Rückgang personalintensiver vollstationärer Versorgung und

der Erhöhung des Anteils Ehrenamtlicher in der ambulanten Pflege, sinkt andererseits der generelle Bedarf an Fachkräftestunden. So wird davon ausgegangen, dass der Bedarf an professionellen Pflegekräften in der ambulanten Versorgung nur halb so hoch ist, wie in der stationären Pflege (Hackmann et al., 2014).

Unter der im Ziel (2) angestrebten bedarfsgerechten Versorgung wird vor allem die gem. § 3 und § 43 Abs. 1 SGB XI vorgesehene Bevorzugung ambulanter vor stationärer Versorgung verstanden. Dabei bleiben die gegenwärtigen individuellen Leistungsansprüche und Wahlmöglichkeiten der Pflegebedürftigen unberührt. Die Steuerung erfolgt ausschließlich über die gesteigerte Attraktivität ambulanter Versorgung. Durch eine bessere Steuerung des Pflegeprozesses und die verstärkte Einbindung ehrenamtlicher Helfer soll ein Versorgungssetting entstehen, welches die sozialräumlichen Gegebenheiten berücksichtigt und so den Ausbau ambulanter Pflege erlaubt (Hackmann et al., 2014). Hierfür soll die RE bei der Pflegeplanung, die regionalen Leistungserbringer in den Prozess einbeziehen und die Zusammenarbeit zwischen ihnen stärken. In Niedersachsen sind hierfür bereits die wesentlichen Strukturen vorhanden. Dort verfasst die Kommune in eigener Verantwortung (§ 5 NPflegeG) die örtlichen Pflegeberichte (§ 3 NPflegeG) und führt die örtlichen Pflegekonferenzen mit Einbindung der Leistungserbringer durch (§ 4 NPflegeG). Demgegenüber bedarf es für die anvisierte Übertragung des Sicherstellungsauftrags auf die RE gravierender gesetzlicher Änderungen, deren Realisierung zweifelhaft ist (Vgl. § 69 SGB XI; Kreutz, 2016).

Zunächst hängt es von den Wünschen der Pflegebedürftigen ab, ob die Erhöhung des Anteils ambulanter Pflege gelingt. Da Pflegebedürftige überwiegend die ambulante Versorgung präferieren, erscheint dieser Ansatz grundsätzlich zur Zielerreichung geeignet. Es besteht jedoch das Risiko, dass ambulante Versorgung nicht bedarfsgerecht durchzuführen ist, weil trotz der Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs nicht genügend Pflegekräfte vorhanden sind, familiäre Pflegepersonen fehlen und Ehrenamtliche nicht ausreichend gewonnen werden können. Hierfür spricht, dass Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität informeller

Pflege (Kehl, 2016) wie auch des Pflegeberufes (Kreutz, 2016) oft nicht die erhoffte Wirkung erzielen. Zudem weist Kreutz (2016) daraufhin, dass eine pflegerische Versorgung, welche sich auf Laien anstelle professioneller Dienstleister stütze, an Stabilität und Verlässlichkeit verliere, so dass negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität nicht ausgeschlossen werden können.

Die mit Ziel (3) angestrebte Entlastung der Haushalte resultiert aus den Einspareffekten bei der Hilfe zur Pflege (§§ 61 ff. SGB XII), infolge des Rückgangs der kostenintensiveren stationären Versorgung.

Sind die oben genannten Ziele erreicht, ist auch das Ziel (4) umgesetzt, denn die Reduktion der Pflegekosten ergibt sich unmittelbar aus der Verminderung des Anteils der Pflegebedürftigen in vollstationärer Versorgung und den damit verbundenen Einspareffekten sowie der vermehrten Einbindung Ehrenamtlicher. Vorstellbar ist auch, dass Pflegekosten gesenkt werden, weil durch Reinvestitionen des nicht genutzten Pflegebudgets in Prävention, der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden kann. Demgegenüber stehen jedoch die zusätzlichen Sach- und Personalkosten, die für die Umsetzung des BMK anfallen. Inwieweit diese tatsächlich durch die Einspareffekte kompensiert werden, ist unsicher. So ist zu bedenken, dass Ehrenamtliche Versorgungsleistungen im Bereich der Hauswirtschaft sowie Betreuung, die nicht von Familie, Freunden oder Nachbarn geleistet werden, sowie Angebote zur Entlastung von Pflegepersonen zwar grundsätzlich kostengünstiger erbringen als professionelle Pflegekräfte. Allerdings ist auch der Einsatz Ehrenamtlicher mit finanziellen Aufwendungen verbunden. Es fallen beispielsweise Kosten für Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen an, die für Ehrenamtliche anerkannter niedrigschwelliger Betreuungsangebote zwingend erforderlich sind (§ 45b Abs. 1 S. 5 Nr. 4 SGB XI i. V. m. § 45c Abs. 3 S. 1 u. S. 4, Abs. 3a S. 3 SGB XI). Daher ist es wünschenswert, Freiwillige möglichst langfristig zu binden. Indes hat eine repräsentative Untersuchung gezeigt, dass nur etwa die Hälfte der geschulten Ehrenamtlichen längere Zeit aktiv die Betreuung demenziell Erkrankter übernimmt (Gräßel und Schirmer, 2006).

Letztlich stützt sich das BMK auf die Annahme, dass sich die Sicherstellung bedarfsgerechter pflegerischer Versorgung über die Schaffung von Anreizen erreichen lässt. Dabei gilt es, die ambulante Versorgung für Pflegebedürftige durch regional angepasste Versorgungssettings besonders attraktiv erscheinen zu lassen. Hierzu soll die RE durch erzielbare Budgetüberschüsse, welche aus der Minimierung der Heimquote resultieren, motiviert werden. Obwohl Anreizstrukturen prinzipiell zur Zielförderung geeignet sind, können sich drei Aspekte negativ auf den Erfolg des BMK auswirken:

Erstens bleiben die Anreize für die RE durch die Vorgaben des in Art. 104a GG verankerten Konnexitätsprinzips, demzufolge Defizite der RE durch das Land auszugleichen sind, auf das Erzielen von Überschüssen beschränkt (Kube, Art. 104a GG Rn. 8). Budgetdefizite bleiben somit folgenlos für die RE. Hiergegen wirken ausschließlich Einsparpotentiale im Bereich der Hilfe zur Pflege infolge einer geringen Heimquote. Ob diese Einsparpotentiale bzw. Budgetüberschüsse tatsächlich einen hinreichenden Anreiz zur Förderung regionaler Versorgungssettings bieten, ist offen.

Zweitens besteht das Risiko, dass Kommunen um Geld zu ‚sparen‘ weniger auf eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung achten und die Beitragsmittel der sPV vermehrt für die bisher steuerfinanzierten Infrastrukturaufgaben verwenden (s. dazu auch Kreutz, 2016).

Drittens verlangt das sinkende familiäre Unterstützungspotenzial, dass alternative Hilfen im Bereich der ambulanten Versorgung vor allem durch Ehrenamtliche erbracht werden müssen. Entscheidend ist für die erfolgreiche Umsetzung des BMK somit die Gewinnung einer ausreichenden Anzahl Ehrenamtlicher, welche im Rahmen niedrigschwelliger Angebote die familiäre und professionelle pflegerische Versorgung unterstützen und entlasten. Im BMK wird jedoch nicht ausgeführt, wie die Aktivierung ehrenamtlichen Engagements durch die RE erreicht werden kann. Dies ist insofern problematisch, da 100 Entscheider aus der kommunalen Sozial- und Pflegeplanung in einer Untersuchung des Forsa-Instituts äußerten, dass ihrerseits dringender Unterstützungsbedarf in Bezug auf die Förderung des Ehrenamts besteht (ZQP,

2013). 95% sahen die Förderung des ehrenamtlichen Engagements als eine wichtige Aufgabe der örtlichen Sozial- und Pflegeplanung. 82% gaben an, sich bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe von der Politik allein gelassen zu fühlen. Als vielversprechend von den Befragten werden eine Vergrößerung von Qualifizierungs- und Hilfsangeboten sowie eine finanzielle Anerkennung eingeschätzt.

Vor dem Hintergrund dieses Befragungsergebnisses besteht ein wesentliches Defizit des BMK darin, nicht zu erläutern, wie eine Gewinnung Ehrenamtlicher und die Aufrechterhaltung des Engagements gelingen. Ebenso geht aus dem BMK nicht hervor, wie viele zusätzliche Ehrenamtsstunden voraussichtlich benötigt werden, um eine hinreichende Anzahl niedrigschwelliger Angebote aufbauen zu können. Dies erschwert die erfolgreiche Umsetzung des Konzepts.

5. Abschätzung des Mehrbedarfs an ehrenamtlichem Engagement bei Umsetzung des BMK

Im BMK werden zwei Szenarien entworfen, wie sich die Umsetzung des regionalen Pflegebudgets auf die Inanspruchnahme ambulanten Pflege auswirken kann. In Szenario I wird angenommen, dass jeweils 10% der stationär versorgten Pflegebedürftigen in einer Region aus den Pflegestufen 1 – 3 in ambulante Versorgung durch einen professionellen Pflegedienst wechseln. In Szenario 2 wird darüber hinaus eine fast völlige Vermeidung (90%) der stationären Versorgung von Pflegebedürftigen der Stufe 1 unterstellt (Hackmann et al., 2014). Entsprechend wechseln zusätzlich zu den 10% aus Szenario 1 weitere 90% der Pflegebedürftigen der Stufe 1 von stationärer Pflege in Kombinations- bzw. Sachleistungen.

Diese Szenarien haben Auswirkungen auf den Bedarf an Ehrenamtsstunden, wenn bei den Versorgungsformen ambulant und stationär von einem unterschiedlichen Wert der Relation „Ehrenamtsstunden pro Pflegebedürftigem“ auszugehen ist. In den Szenarien wird auf die drei Versorgungsformen „stationär (st)“, „ambulant Sachleistung (S)“ und „ambulant-Kombinationsleistung (K)“ Bezug genommen. Damit ist die aus den Szenarien resultierende Änderung des Bedarfs an Ehrenamtsstunden (ΔE) durch

$$(1) \Delta E = \sum_{i=1}^3 \left(\frac{E_i^S}{P_i^S} - \frac{E_i^{st}}{P_i^{st}} \right) \Delta P_i^{st} + \left(\frac{E_i^K}{P_i^K} - \frac{E_i^S}{P_i^S} \right) \Delta P_i^S$$

mit P_i^j = Zahl der Pflegebedürftigen der Pflegestufe i ($i = 1, 2, 3$) in der Versorgungsform j ($j = st, S$) und E_i^j/P_i^j = Ehrenamtsstunden pro Pflegebedürftigem der Pflegestufe i in der Versorgungsform j ($j = st, S, K$) bestimmt.

In der Pflegestatistik wird nur differenziert zwischen ambulanter Versorgung durch Pflegegeld und Versorgung durch Sach- oder Kombinationsleistungen. Für die Schätzung des Mehrbedarfs an Ehrenamtsstunden müssen deshalb die beiden Summanden auf der rechten Seite der Gleichung (1) zusammengefasst werden.

$$(2) \Delta E = \sum_{i=1}^3 \left(\frac{E_i^A}{P_i^A} - \frac{E_i^{st}}{P_i^{st}} \right) \Delta P_i^{st}$$

mit E_i^A/P_i^A = Ehrenamtsstunden pro Pflegebedürftigem der Pflegestufe i im Durchschnitt der beiden Versorgungsformen S und K.

Im Szenario I gilt

$$(3) \Delta P_i^{st} = 0,1 \cdot P_i^{st} \quad i = 1, 2, 3.$$

Im Szenario II gilt die Gleichung (3) nur für die Pflegestufen 2 und 3. Für die Pflegestufe 1 gilt

$$(4) \Delta P_1^{st} = 0,81 P_1^{st}.$$

Als Indikator für den minimalen Mehrbedarf an Ehrenamtsstunden in der ambulanten Pflege bietet sich der Entlassungsbetrag von 125 Euro an, den ambulant versorgte Pflegebedürftige in jeder Pflegestufe ab dem 01.01.2017 monatlich erhalten. Bei einer angenommenen durchschnittlichen Aufwandsentschädigung der Ehrenamtlichen von 7 Euro pro Stunde ergibt sich für den Klammerausdruck auf der rechten Seite von Gleichung (2) ein Wert von 18 Ehrenamtsstunden im Monat.

Der Mehrbedarf an monatlichen Ehrenamtsstunden, der auf Grundlage dieser Berechnung aus den beiden Szenarien resultiert, ist in Tabelle 1 dargestellt.

Der Bedarf an zusätzlichen Ehrenamtsstunden bei Umsetzung des BMK unterscheidet sich erheblich zwischen den einzelnen Bundesländern und beträgt in den Szenarien 1 und 2 in Bremen 12 391 bzw. 46 274 Stunden pro Monat und in Nordrhein-Westfalen 301 943 bzw. 1 066 354 Stunden monatlich. Wird angenommen, dass Freiwillige sich durchschnittlich zehn Stunden pro Monat engagieren, würden bundesweit

etwa 145 288 (Szenario 1) bzw. 518 807 (Szenario 2) zusätzliche Ehrenamtliche benötigt, um die erhöhte Nachfrage nach niedrigschwelligen Angeboten, welche den Wechsel in ambulante Pflege ermöglichen sollen, zu decken.

6. Motivation ehrenamtlicher Helfer

Obwohl die erfolgreiche Umsetzung des BMK mit einem erheblichen Mehrbedarf an Ehrenamtsstunden verbunden wäre, ist aus dem Konzept nicht abzuleiten, wie die Gewinnung Ehrenamtlicher gelingt.

Wissenschaftliche Studien zur Aktivierung Ehrenamtlicher haben indes gezeigt, dass Werbemaßnahmen besonders wirksam sind, wenn gezielt die Motive angesprochen werden, die Ehrenamtliche zur Übernahme ihres freiwilligen Engagements bewegen (Clary et al., 1994). Aufgrund dessen ist die Kenntnis der Motivlage Ehrenamtlicher für die Kommunen für die erfolgreiche Gewinnung Ehrenamtlicher besonders entscheidend. Folglich muss geklärt werden, was Menschen zur Übernahme und Fortführung eines Ehrenamts im Zusammenhang mit Pflegebedürftigen motiviert, um gezielt das freiwillige Engagement stärken zu können. Vor diesem Hintergrund wurde eine quantitative Befragung von Ehrenamtlichen, welche in der Betreuung Pflegebedürftiger tätig sind, durchgeführt. Diese Studie wird nachfolgend vorgestellt, um u. a. aktuelle Einblicke in die Motivlage Ehrenamtlicher zu geben und Handlungsempfehlungen für kommunale Entscheidungsträger formulieren zu können.

6.1. Methodik

Im Zeitraum von Mai bis Juni 2015 wurde mittels eines Fragebogens eine schriftliche Befragung von Ehrenamtlichen durchgeführt, welche sich in einem organisatorischen Rahmen für Pflegebedürftige in Niedersachsen engagieren. Insgesamt wurden 200 Fragebögen an die Ehrenamtskoordinatoren ausgegeben, die diese an die Ehrenamtlichen der Organisation weiterleiteten. Der Fragebogen enthielt offene und geschlossene Fragen zur ehrenamtlichen Tätigkeit und zur Soziodemographie. Dabei wurden die Motive für ehrenamtliches Engagement mittels einer deutschen Version

Tabelle 1: Monatlicher Mehrbedarf an Ehrenamtsstunden bei Umsetzung des BMK

Region	Szenario 1 (Std/Monat)	Szenario 2 (Std/Monat)
Bremen	12 391	46 274
Saarland	18 265	77 002
Hamburg	28 967	107 280
Mecklenburg-Vorpommern	37 618	128 435
Brandenburg	48 879	147 076
Thüringen	45 733	161 770
Sachsen-Anhalt	52 988	168 845
Berlin	53 132	211 090
Rheinland-Pfalz	62 447	239 083
Schleswig-Holstein	61 052	239 492
Sachsen	90 481	294 840
Hessen	95 009	343 652
Baden-Württemberg	173 673	611 712
Niedersachsen	172 402	628 256
Bayern	197 905	716 985
Nordrhein-Westfalen	301 943	1 066 354
Deutschland	1 452 886	5 188 070

Quelle: Hackmann et al., (2014), Eigene Berechnung nach Statistisches Bundesamt (2016a; 2016b).

des „Volunteer Functions Inventory“ (VFI) (Clary et al., 1998; Oostlander et al., 2014) erhoben. Der VFI ist ein auf Selbstauskunft basierendes Messinstrument, welches auf einem funktionalen Ansatz beruht. Das bedeutet, Clary et al. (1998) gehen einerseits davon aus, dass freiwilliges Engagement jeweils verschiedene Funktionen für unterschiedliche Individuen erfüllen kann. Andererseits kann freiwilliges Engagement auch für dasselbe Individuum jeweils mehrere Funktionen gleichzeitig erfüllen. Insgesamt haben Clary et al. (1998) sechs verschiedene funktionale Motivklassen (Tabelle 2) empirisch ermittelt, welche mit 30 Items (je 5 Items pro Funktion) und 7-stufigen endpunktbenannten Skalen von 1 = „gar nicht wichtig“ bis 7 = „sehr wichtig“ gemessen werden.

Da für ein dauerhaftes Engagement die Zufriedenheit mit der ehrenamtlichen Tätigkeit wichtig ist, wurden basierend auf Herzberg et al. (1967) sowie Hackman und Oldham (1976), die Zufriedenheit mit und die Wichtigkeit von Tätigkeitsmerkmalen wie Vielfalt, Signifikanz und Identität der Aufgabe, Autonomie und Feedback, Aufwandsentschädigung sowie die Beziehung zu anderen Mitarbeitern mittels 7-stufigen endpunktbenannten Skalen erfasst. Der Fragebogen wurde mithilfe kognitiver

Pretests (n=10) geprüft. Aufgrund der Pretestergebnisse wurde die Ausweikkategorie „nicht beurteilbar“ bei den Items zur Wichtigkeit und Zufriedenheit bezüglich der Merkmale der ehrenamtlichen Tätigkeit ergänzt.

Insgesamt wurden 90 ausgefüllte Fragebögen zurückgesandt, was einer Rücklaufquote von 45% entspricht. Die Datenanalyse erfolgt mit SPSS 23.

6.2. Ergebnisse

6.2.1. Soziodemographie und Dauer des Ehrenamts

Die befragten Ehrenamtlichen sind zu 76,7% (n=69) weiblich und zu 23,3% männlich (n=21). Das Durchschnittsalter beträgt 56,3 Jahre (Median [md] = 62,0; Standardabweichung [sd] = 19,2 Jahre), wobei die jüngste Person 18 und die älteste 86 Jahre alt ist. Die meisten Befragten stammen aus dem Landkreis Göttingen (43,3%) sowie aus Wohnorten zwischen 10 000 bis mehr als 100 000 Einwohnern und somit aus urbanen Regionen. Knapp drei Viertel der befragten Ehrenamtlichen sind Rentner (n = 43; 47,8%) oder nicht erwerbstätig (n = 20; 22,2%). Lediglich ein Viertel ist ganztags- oder halbtags hauptberuflich erwerbstätig (jeweils n = 11; 12,2%).

Tabelle 2: Funktionen des Ehrenamts nach Clary et al. (1998) und Ergebnisse zweier Beispielitems pro Funktion

	md	m	sd	α
Werte_gesamt: Ausdruck von Altruismus	6,00	5,56	1,24	,805
Ich bin um Menschen besorgt, die schlechter dran sind als ich.	5,00	4,93	1,91	
Ich finde es wichtig, anderen zu helfen.	7,00	6,14	1,33	
Erfahrungen_gesamt: Erweiterung von Wissen und Fähigkeiten	5,20	5,04	1,29	,749
Die Freiwilligentätigkeit ermöglicht mir, Dinge durch praktische Erfahrung zu lernen.	6,00	5,01	1,95	
Ich kann meine Stärken kennenlernen.	5,00	4,91	1,93	
Selbstwert_gesamt: Steigerung des Selbstwertgefühls	4,60	4,20	1,54	,826
Die Freiwilligentätigkeit gibt mir das Gefühl, gebraucht zu werden.	6,00	5,17	1,88	
Durch meine Freiwilligentätigkeit fühle ich mich besser.	4,00	4,00	2,06	
Schutz_gesamt: Schutz vor Schuldgefühlen besser gestellt zu sein als andere	2,40	2,63	1,39	,812
Durch meine Freiwilligentätigkeit fühle ich mich weniger einsam.	3,00	3,18	2,22	
Die Freiwilligentätigkeit lenkt mich von meinen Sorgen ab.	1,00	2,04	1,65	
Soziale Anpassung_gesamt: Stärkung von Sozialkompetenzen	1,80	2,29	1,39	,814
Meine Freunde sind freiwillig tätig.	1,00	2,14	1,83	
Die Freiwilligentätigkeit ist für Menschen aus meinem engsten Bekanntenkreis eine wichtige Tätigkeit.	2,00	2,70	1,99	
Karriere_gesamt: Verbesserung der Karriereaussichten	1,50	2,42	1,78	,911
Ich kann neue Kontakte knüpfen, die für meinen Beruf oder meine Karriere von Vorteil sein könnten.	1,00	2,71	2,22	
Erfahrungen in der Freiwilligentätigkeit machen sich gut in meinem Lebenslauf.	1,00	2,43	2,06	

Legende: md = Median, m = Mittelwert, sd = Standardabweichung, α = Cronbach's), n je > 86, 7-stufige endpunktbenannte Skala: 1 = „gar nicht wichtig“; 7 = „sehr wichtig“

Quelle: Eigene Erhebung (Die Ergebnisse der Analyse aller VFI-Items können bei den Autoren angefordert werden)

Durchschnittlich sind die Befragten knapp sieben Jahre ehrenamtlich im Bereich der Unterstützung älterer bzw. pflegebedürftiger Menschen engagiert (Mittelwert [m] = 6,91; md = 3,9 Jahre). Im Monat leisten sie im Mittel 15,7 Stunden ehrenamtliche Arbeit (md = 12 Stunden). Gut ein Drittel der Untersuchungsteilnehmer (31,1%, n = 28) gibt an, hauptberufliche Erfahrungen mit älteren und pflegebedürftigen Menschen zu haben.

6.2.2. Motive für ehrenamtliches Engagement

Die insgesamt 30 VFI-Items zur Messung der Motivation Ehrenamtlicher wurden entsprechend Clary et al. (1998) zu sechs Dimensionen verdichtet, wobei jede Dimension einer Funktion des Ehrenamts entspricht. Alle Dimensionen weisen eine gute bis sehr gute interne Konsistenz auf ($\alpha > 0,7$, Tabelle 2). Das stärkste Motiv für ehrenamtliches Engagement stellt die Wertefunktion und damit der Aus-

druck einer altruistischen Haltung dar. An zweiter und dritter Stellen folgen die Erfahrungs- und die Selbstwertfunktion. Die Schutzfunktion und die Soziale Anpassungsfunktion sind den Befragten dagegen eher unwichtig. Die geringste Rolle für die freiwillige Tätigkeit spielt die Karrierefunktion (Tabelle 2).

Es kann ein starker negativer Zusammenhang zwischen dem Alter und der Karrierefunktion nachgewiesen werden ($r_s = -0,53$; $p > 0,001$). Mit steigendem Alter sinkt somit die Wichtigkeit der Karrierefunktion für das freiwillige Engagement. Die geringe Bedeutung der Karrierefunktion in dieser Untersuchung kann folglich auf der Tatsache beruhen, dass sich fast die Hälfte aller Befragten bereits im Rentenalter befindet (md = 62 Jahre). Für alle anderen VFI-Motive können keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Alter der Befragten nachgewiesen werden. Geschlechtsspezifische Effekte wurden ebenfalls nicht gefunden.

Die einzelnen VFI-Motive korrelieren untereinander signifikant positiv, mit

Ausnahme der Karriere- und der Wertefunktion, zwischen denen kein signifikanter Zusammenhang nachweisbar ist. Ebenso besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Werte- und der Sozialen Anpassungsfunktion. Dies entspricht im Wesentlichen den Ergebnissen von Clary et al. (1998) und Oostlander et al. (2014). Des Weiteren fällt auf, dass die Karrierefunktion mit den übrigen VFI-Motiven (Schutz: $r_s = 0,53$; Soziale Anpassung: $r_s = 0,38$; Erfahrung: $r_s = 0,51$; Selbstwert: $r_s = 0,42$; p je < 0,001) stärker korreliert, als die Wertefunktion (Schutz: $r_s = 0,27$; Erfahrung: $r_s = 0,28$; Selbstwert: $r_s = 0,33$; p je < 0,05). Die Wertefunktion basiert vorrangig auf einer Identifikation mit den Zielen des Ehrenamts, nämlich hilfsbedürftige Menschen unterstützen zu wollen. Ihr liegt ein hoher Grad an Internalisierung zu Grunde, so dass die Tätigkeit dem Ehrenamtlichen persönlich wichtig und wertvoll erscheint (Deci und Ryan, 2000; Oostlander et al., 2014; Wehner und Güntert, 2015).

Dagegen können die Karriere- und die Soziale Anpassungsfunktion als extrinsische Funktionen verstanden werden (Deci und Ryan, 2000; Oostlander et al., 2014; Wehner und Güntert, 2015), die aufgrund einer instrumentellen Absicht oder äußerer Zwänge verfolgt werden. In der vorliegenden Studie ist die Wertefunktion und somit ein intrinsisches Motiv, der dominierende Beweggrund für das ehrenamtliche Engagement mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen.

Grundsätzlich sind alle abgefragten Tätigkeitsmerkmale für die Befragten von Bedeutung. Zudem sind die Ehrenamtlichen mit allen abgefragten Merkmalen, außer der erhaltenen Aufwandsentschädigung, zufrieden (Tabelle 3). Dies lässt insgesamt auf eine hohe Arbeitszufriedenheit schließen (m über alle Items = 5,8).

Es zeigen sich signifikant positive Zusammenhänge zwischen der Bedeutung der Wertefunktion des Ehrenamts und der Wichtigkeit folgender Tätigkeitsmerkmale: Arbeitsbedingungen $r_s = 0,29$; Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen $r_s = 0,25$; Selbstständiges Arbeiten $r_s = 0,30$; Schulungen und Fortbildungen $r_s = 0,25$; Zusammenarbeit mit den Hauptamtlichen $r_s = 0,24$ und Erfolge der eigenen Arbeit $r_s = 0,38$ (jeweils $p < 0,05$). Weiterhin ist ein positiv signifikanter Zusammenhang zwischen dem zweitwichtigsten Beweggrund, der Erfahrungsfunktion und der Vielfalt der Tätigkeit erkennbar ($r_s = 0,27$, $p > 0,05$). Dagegen können signifikante Korrelationen zwischen der Karrierefunktion und der Wichtigkeit der betrachteten Tätigkeitsmerkmale nur für die Beziehung zur Leitung $r_s = -0,22$, $p < 0,05$ und für die Wichtigkeit der Aufwandsentschädigung $r_s = 0,46$, $p > 0,001$ nachgewiesen werden. D. h. Ehrenamtlichen, denen die Karrierefunktion wichtig ist, ist auch die Aufwandsentschädigung aber nicht die Beziehung zur Leitung wichtig. Dagegen kann kein Zusammenhang zwischen der Wertefunktion und der Bedeutung der Aufwandsentschädigung nachgewiesen werden.

Der überwiegende Teil der Befragten (63,3%; $n = 57$) gibt an, für ihr ehrenamtliches Engagement keine Aufwandsentschädigung zu erhalten. Von denjenigen, die eine Aufwandsentschädigung erhalten ($n = 33$) beurteilen gut ein Drittel

Tabelle 3: Zufriedenheit und Wichtigkeit unterschiedlicher Tätigkeitsmerkmale

Wenn Sie Ihr Ehrenamt in der Betreuung pflegebedürftiger Menschen betrachten, wie wichtig sind Ihnen/ wie zufrieden sind Sie mit folgenden Aspekten?	Wichtigkeit			Zufriedenheit		
	m	md	sd	m	md	sd
Arbeitsbedingungen	5,8	6	1,4	6	6	1,2
Anerkennung durch die Leitung	5,9	6	1,4	5,4	6	1,5
Anerkennung durch andere Haupt- oder Ehrenamtliche	5,8	6	1,4	5,2	5	1,6
Beziehung zur Leitung	5,9	6	1,2	5,8	6	1,3
Führung und Koordination	5,9	6	1,2	5,9	6	1,3
Möglichkeiten Verantwortung zu übernehmen	6	6	1,4	5,9	6	1,2
Betreuung der Ehrenamtlichen	5,8	6	1,4	5,8	6	1,4
Mitbestimmungsmöglichkeiten	5,5	6	1,6	5,7	6	1,4
Atmosphäre unter den Ehrenamtlichen	6,1	6	1,2	6,3	6	0,8
Schulungen und Fortbildungen	5,5	6	1,6	5,7	6	1,4
Erfolge der eigenen Arbeit	5,8	6	1,2	5,8	6	1,4
Zusammenarbeit mit den Hauptamtlichen	5,9	6	1,3	5,9	6	1,2
Kontakt mit Mitarbeitern anderer Organisationen	4,8	5	1,8	4,6	5	1,9
Vielfalt der Tätigkeit	5,8	6	1,3	5,6	6	1,5
Aufwandsentschädigung	4,5	5	2,2	3,4	4	1,9
Möglichkeit, selbstständig zu arbeiten	6,3	7	0,9	6,2	6	1,1

Legende: m=Mittelwert, md= Median, sd=Standardabweichung; n je > 81, 7-stufige endpunktbenannte Skala: 1 = „gar nicht wichtig“; 7 = „sehr wichtig“

Quelle: Eigene Erhebung

($n = 11$; 33,3%) diese als viel bis eher zu gering. Knapp ein Viertel (22,2%; $n = 20$) schätzt die Aufwandsentschädigung als angemessen ein. Keiner der Befragten beurteilt die Aufwandsentschädigung als viel zu hoch. Es zeigt sich, dass für Ehrenamtliche, die eine Aufwandsentschädigung erhalten, die Karrierefunktion signifikant wichtiger ist ($md = 3,7$), als Ehrenamtlichen, die keinen finanziellen Ausgleich ($md = 1$) bekommen $U = 361$, $p < 0,001$, $r = -0,50$.

6.2.3. Fluktuationsneigung

Die Frage nach Gedanken an die Aufgabe des Ehrenamts bejahen mehr als ein Viertel der Befragten ($n = 25$; 27,8%). Knapp drei Viertel ($n = 65$; 72,2%) geben an, noch nie über eine Beendigung ihres Engagements nachgedacht zu haben. Als wichtigste potenzielle Fluktuationsgründe (Mehrfachantworten möglich) werden zeitliche Gründe ($n = 17$) genannt, gefolgt von beruflichen und familiären (jeweils $n = 6$), sowie gesundheitlichen Gründen ($n = 5$).

Ehrenamtliche, die bereits darüber nachgedacht haben, ihr Engagement zu beenden, sind signifikant jünger ($md = 53,00$) als Ehrenamtliche, welche die

Aufgabe der Tätigkeit noch nie in Erwägung gezogen haben ($md = 63,50$ $U = 577$, $p < 0,05$, $r = -0,22$). Außerdem bestehen Zusammenhänge zwischen der Fluktuationsneigung und den extrinsischen Funktionen des Ehrenamts „Karriere“ und „Soziale Anpassung“. So zeigt sich, dass Ehrenamtlichen die bereits darüber nachgedacht haben, ihr Engagement aufzugeben, die Karrierefunktion signifikant wichtiger ist ($md = 2,30$) als Freiwilligen, die eine Beendigung noch nie in Betracht gezogen haben ($md = 1,40$), $U = 522,5$, $p < 0,05$, $r = 0,24$. Gleiches gilt für die Soziale Anpassungsfunktion. Ehrenamtlichen, die bereits mit dem Gedanken gespielt haben die Freiwilligenarbeit zu beenden, erscheint die Stärkung ihrer Sozialkompetenz wichtiger ($md = 2,40$) als Ehrenamtlichen ohne Fluktuationsgedanken ($md = 1,70$), $U = 467$, $p < 0,06$, $r = -0,267$. Des Weiteren weisen Ehrenamtliche, die bereits über die Beendigung der Freiwilligentätigkeit nachgedacht haben, signifikant höhere Werte im Bereich der Ehrenamtsfunktionen „Erfahrung“ ($md = 5,6$ vs. $md = 5$, $U = 481$, $p < 0,05$, $r = -0,267$) und „Selbstwert“ ($md = 4,80$ vs. $md = 4,20$, $U = 558$, $p < 0,05$, $r = -0,22$) auf. Ins-

gesamt sind die Effekte $r < 0,3$ aber als eher gering anzusehen (Field, 2005). Es sind keine signifikanten Unterschiede der Wichtigkeit der Wertefunktion und der Schutzfunktion in Abhängigkeit von der Fluktuationsneigung nachweisbar.

7. Handlungsempfehlungen

Ausgehend von den oben dargestellten Befragungsergebnissen und des geschätzten Bedarfs an zusätzlichen Ehrenamtlichen welche bei Umsetzung des BMK benötigt würden, werden nun Handlungsempfehlungen für die Kommune zur Stärkung ehrenamtlichen Engagements formuliert. Die Empfehlungen richten sich dabei auf die inhaltliche Gestaltung von Werbemaßnahmen zur Aktivierung neuer Ehrenamtlicher, sowie auf die ehrenamtliche Tätigkeit selbst, um eine hohe Arbeitszufriedenheit und dauerhaftes Engagement zu fördern.

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass eine altruistische Werterhaltung und die Erfahrungsfunktion altersunabhängig die wichtigsten Motive für die freiwillige Tätigkeit darstellen. Zu dem gleichen Ergebnis kommen auch Wehner und Güntert (2015), was für die Reliabilität der Untersuchungsergebnisse spricht. Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse von Clary et al. (1994), die die Wirksamkeit von Werbung, welche gezielt die Bedürfnisse Ehrenamtlicher anspricht, belegen, ist den Kommunen zu empfehlen, mit der Werte- und Erfahrungsfunktion für das Ehrenamt zu werben. Mit zunehmender Bedeutung der Wertefunktion steigen die Wichtigkeit der Erfolge der eigenen Arbeit und des selbstständigen Arbeitens. Das zweitwichtigste Motiv, die Erfahrungsfunktion, geht insbesondere mit einer hohen Wichtigkeit hinsichtlich der Vielfalt der Tätigkeit einher. Da die Werte- und die Erfahrungsfunktion die dominierenden Anreize für die Ausübung der Freiwilligentätigkeit darstellen, sollte bei der Gestaltung der ehrenamtlichen Tätigkeit darauf geachtet werden, dass den Bedürfnissen der Ehrenamtlichen bezüglich dieser Tätigkeitsmerkmale Rechnung getragen wird. Ebenso können diese Tätigkeitsmerkmale im Rahmen der Werbung mit der Werte- und Erfahrungsfunktion verbunden werden. Dann wäre herauszustellen, dass es sich bei dem Ehrenamt um eine abwechs-

lungsreiche, selbstbestimmte Tätigkeit handelt, die es ermöglicht hilfsbedürftige Menschen zu unterstützen, praktische Erfahrungen, auch im Umgang mit unterschiedlichen Menschen zu sammeln und die mit vielen Erfolgserlebnissen verbunden ist.

Die Aufwandsentschädigung spielt für die Befragten von allen abgefragten Tätigkeitsmerkmalen die geringste Rolle für ihr Engagement. Entgegen der Einschätzung kommunaler Entscheider (ZQP, 2013) ist eine finanzielle Aufwandsentschädigung für die Aktivierung ehrenamtlichen Engagements also nur begrenzt erfolgsversprechend. Besser geeignet erscheinen Qualifizierungsmaßnahmen und insbesondere eine Tätigkeit, die selbstständiges Arbeiten und damit einen hohen Grad an Autonomie ermöglicht. Es ist etwa denkbar, dass im Rahmen der Werbung für das Ehrenamt auch auf die gesetzlich vorgesehene Möglichkeit der Teilnahme an kostenlosen Schulungskursen gem. § 45 SGB XI bzw. Fortbildungen im Rahmen der Angebote nach § 45c SGB XI hingewiesen wird.

Als wichtigster Fluktuationsgrund werden in der vorliegenden Untersuchung zeitliche Gründe angeführt. Da es sich bei Zeitknappheit der Ehrenamtlichen um einen Fluktuationsgrund handelt, welcher nicht in der ehrenamtlichen Tätigkeit selbst begründet liegt, kann an dieser Stelle kaum Einfluss genommen werden, um der Beendigung des Ehrenamts entgegenzuwirken. Einen Ansatzpunkt bietet allenfalls die Flexibilisierung der Einsatzzeiten. Diese müssen dann jedoch mit dem Bedarf der betreuten Klienten vereinbar sein.

Es konnte weiterhin gezeigt werden, dass eine Motivation, die vornehmlich external begründet ist, mit einer Zunahme der Fluktuationsneigung einhergeht. Hier sollte basierend auf repräsentativen Daten geprüft werden, ob extrinsisch Motivierte tatsächlich höhere Fluktuationsraten aufweisen.

Zunächst kann jedoch festgehalten werden, dass es für Kommunen nachteilig sein kann mit verbesserten Karriereaussichten für das Ehrenamt zu werben, weil einerseits Karrieremotivierte häufiger Fluktuationsgedanken haben und andererseits verbesserte Karriereaussichten als eher unwichtiger Beweggrund für das freiwillige Engagement angeführt werden. Wird eine Verbesserung der

Karriereaussichten für die Aktivierung Ehrenamtlicher genutzt, spricht diese vor allem jüngere Personen an. Hier wäre zu empfehlen die ehrenamtliche Tätigkeit mit einer Aufwandsentschädigung zu verbinden und entsprechend zu bewerben, da mit der Wichtigkeit der Karrierefunktion auch die Bedeutung der Aufwandsentschädigung zunimmt. In diesem Zusammenhang kann etwa auch eine Werbung mit der sog. Ehrenamtskarte in Niedersachsen erwogen werden, falls eine Aufwandsentschädigung nicht geleistet werden kann. Ehrenamtliche, die seit mindestens drei Jahren fünf Stunden in der Woche oder 250 Stunden im Jahr ihr Ehrenamt ausüben und das 18. Lebensjahr vollendet haben, erhalten mit der Ehrenamtskarte in Niedersachsen und Bremen Vergünstigungen bei diversen Einrichtungen und Kommunen.

Ob Kommunen generell versuchen sollten, ältere Personen ab ca. 62 Jahren für ein Ehrenamt zu gewinnen, kann auf Basis dieser Studie nicht entschieden werden. Jüngere Ehrenamtliche leisten nicht mehr Stunden als ältere Ehrenamtliche. Es bleibt jedoch offen, ob jüngere Ehrenamtliche ihre Klienten bedarfsgerechter bzw. zu höherer Zufriedenheit versorgen können. So ist denkbar, dass jüngere Ehrenamtliche geringere krankheitsbedingte Fehlzeiten aufweisen oder Tätigkeiten schneller und somit kostengünstiger erbringen können. Für die Sicherstellung der Kosteneffizienz sowie der Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Pflege sollte dies berücksichtigt werden. Entsprechende Daten zur Überprüfung wurden hier jedoch nicht erhoben.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße und des eng umrissenen Untersuchungsgebiets (urbane Regionen Niedersachsens) sind die hier gefundenen Zusammenhänge nur begrenzt generalisierbar und bedürfen einer weiteren Überprüfung, insbesondere hinsichtlich der Übertragbarkeit auf ländliche Räume bzw. regionaltypische Motivlagen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie können jedoch Anhaltspunkte liefern, wie die Aktivierung ehrenamtlichen Engagements als ein Beitrag zur kosteneffizienten Sicherstellung bedarfsgerechter ambulanter Pflege gelingen kann. ■

Literatur

- Burgi, M. (2013):** Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos.
- Clary, E. G./Snyder, M./Ridge, R. D./Copeland, J./Stukas, A. A./Haugen, J./Miene, P. (1998):** Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (6): 1516–1530.
- Clary, E. G./Snyder, M./Ridge, R. D./Miene, P./Haugen, J. (1994):** Matching Messages to Motives in Persuasion: A Functional Approach to Promoting Volunteerism. *Journal of Applied Social Psychology*, 24 (13): 1129–1149.
- Deci, E. L./Ryan, R. M. (2000):** The ‚What‘ and ‚Why‘ of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11 (4): 227–268.
- Engelmann, D./Gohde, J./Künzel, G./Schmidt, S. (2013):** Gute Pflege vor Ort – Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter. Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin.
- Field, A. (2005):** *Discovering Statistics using SPSS*. 2ed. London: SAGE Publications.
- Gräßel, E./Schirmer, B. (2006):** Freiwillige Helferinnen und Helfer zur Entlastung der Angehörigen demenzkranker Menschen. Ergebnisse einer prospektiven Verlaufsuntersuchung zu den Erwartungen und Erfahrungen in Bezug auf Schulung und professionelle Begleitung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39 (3): 217–226.
- Groth, A., in: Rolfs, C./Giesen, R./Kreikebohm, R./Udsching, P. (2016):** Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht. 41. Ed. (01.04.2016), München: C.H. Beck. § 3 SGB XII.
- Grünheid, E./Fiedler, C. (2013):** Bevölkerungsentwicklung: Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. URL: http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/bevoelkerung_2013.html (Stand: 29.08.2016).
- Hackman, J. R./Oldham, G. R. (1976):** Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16 (2): 250–276.
- Hackmann, T./Müller, D./Steiner, M./Tiessen, J. (2014):** Pflege vor Ort gestalten und verantworten. Konzept für ein Regionales Pflegebudget. URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Pflege_vor_Ort_gestalten_und_verantworten.pdf (Stand 29.08.2016).
- Hackmann, T./Raffelhüschen, B. (2016):** Prognose zur Anzahl der Pflegefälle in Deutschland im Zeitraum der Jahre von 2010 bis 2050 (in 1.000). Statista. URL: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/262539/umfrage/prognostizierte-entwicklung-der-anzahl-der-pflegefaelle-in-deutschland/> (Stand 29.08.2016).
- Herzberg, F./Mausner, B./Snyderman, B. (1967):** *The motivation to work*. 2ed. New York: Wiley.
- Kehl, K. (2016):** Nach dem Pflegestärkungsgesetz II: Eine alternative Interpretation der Probleme und ein Plädoyer für potenzialorientierte Reformen. *Zeitschrift für Sozialreform*, 62(1): 49–78.
- Kreutz, D. (2016):** Die regionalen Pflegebudgets. Wie die Bertelsmann-Stiftung und Prognose AG die Pflege billiger machen wollen. *Soziale Sicherheit* (1): 15–20.
- Kube, H., in: Epping, V./Hillgruber, C. (Hrsg.):** Beck'scher Online-Kommentar Grundgesetz, 29. Ed. (01.06.2016), München: C.H. Beck, Art. 104a GG.
- Landesbetrieb für Statistik und Kommunikation (2011):** *Pflegestatistik Niedersachsen*.
- Müller, R./Rothgang, H. (2016):** Bedarfs- und Angebotsanalyse und -prognose über Ausbildungsplätze in der Altenpflegeausbildung. URL: http://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2015/150212_Gutachten_Altenpflegeausbildung_Bericht.pdf (Stand 29.08.2016).
- Niens, C./Marggraf R./Hoffmeister F. (2015):** *Ambulante Pflege im ländlichen Raum – Überlegungen zur effizienten Sicherstellung von Bedarfsgerechtigkeit*, Diskussionspapiere, Nr. 1513. URL: <https://www.uni-goettingen.de/de/diskussionsbeitr%C3%A4ge-des-departments-ab-heft-4-2007/72592.html> (Stand 29.08.2016).
- Oostlander, J./Güntert, S. T./van Schie, S./Wehner, T. (2014):** Volunteer Functions Inventory (VFI): Konstruktvalidität und psychometrische Eigenschaften der deutschen Adaption. *Diagnostica*, 60 (2): 73–85.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR] (2014):** *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Gutachten. URL: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf (Stand 29.08.2016).
- Schlömer, C. (2012):** *Raumordnungsprognose 2030: Bevölkerung, private Haushalte, Erwerbspersonen*. BBSR – Analysen Bau. Stadt. Raum. Band 9. Bonn: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung.
- Statistisches Bundesamt (2016a):** *Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Pflegeheime 2013*. (Anzahl insgesamt & vollstationär nach Pflegestufen).
- Statistisches Bundesamt (2016b):** *Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste 2013*. (Anzahl ambulant Kombinations- & Pflegeschleistungen).
- Wehner, T./Güntert, S. T. (2015):** *Psychologie der Freiwilligenarbeit*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Zentrum für Qualität in der Pflege [ZQP] (2013):** *Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix*, Berlin. URL: <http://zqp.de/upload/content.000/id00367/attachment00.pdf> (Stand 29.08.2016).

7.3.6 Beitrag VI: Engagementpotential in der deutschen Bevölkerung

Niens, C. (2020): Willingness of the German population to volunteer in the areas of nature conservation, home care and public services. Schriften der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften des Landbaues e.V. - Landwirtschaft und ländliche Räume im gesellschaftlichen Wandel, 55: 117 – 128.

Neue Versorgungskonzepte für den ländlichen Raum basieren im Bereich der Daseinsvorsorge und der ambulanten Pflege oft auf einer verstärkten Einbindung Freiwilliger. Auch der Naturschutz ist auf die Mithilfe Freiwilliger angewiesen, beispielsweise wenn es um die Beurteilung des Zustandes der biologischen Vielfalt geht. In diesem Beitrag wird das Engagement-Potential der deutschen Bevölkerung ab 18 Jahren in den Bereichen Naturschutz, ambulante Pflege und Daseinsvorsorge untersucht. Zur Messung des Engagement-Potentials wird nicht nur die grundsätzliche Engagementbereitschaft erhoben, sondern es werden explizit die zeitlichen Restriktionen der Befragten einberechnet, die die Übernahme einer freiwilligen Tätigkeit verhindern. Es werden Zusammenhänge zwischen den Erwartungen und Motiven der Befragten und dem Engagement-Potential analysiert und es wird geprüft, inwieweit das Antwortverhalten durch soziale Erwünschtheit verzerrt ist. Abschließend wird anhand eines neuen Pflegekonzepts der Bertelsmann-Stiftung diskutiert, ob das Engagement-Potential aktuell groß genug ist, um den Bedarf an zusätzlich benötigten „Ehrenamtsstunden“ bei Umsetzung des Konzepts zu decken. Der Beitrag nimmt damit Bezug auf die Veröffentlichung von Niens et al. (2016) in der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“.

WILLINGNESS OF THE GERMAN POPULATION TO VOLUNTEER IN THE AREAS OF NATURE CONSERVATION, HOME CARE AND PUBLIC SERVICES

Abstract

Volunteering is of high importance in Germany. Especially in rural areas, additional volunteers will be needed in the future to fill the gaps in local services and home care. In a similar way, nature conservation depends on the support provided by volunteers in various areas, such as for protecting biodiversity. This study analyses the "Willingness to volunteer" of the German population in three different areas: nature conservation, home care of the elderly and public services, using a quantitative survey (n = 584) carried out by the author. Approximately half of the respondents do not exclude volunteering in the future. Results further point to a preference for volunteering in the areas of nature conservation and public service instead of volunteering in home care. The interest in volunteering is primarily driven by intrinsic motivation and the respondents' attitudes are not biased by social desirability.

Keywords: Quantitative survey, Volunteer Functions Inventory, Social Desirability

1. Introduction

Volunteering can foster social cohesion, strengthen mutual responsibility and trust, reduce social exclusion as well as enable active participation of citizens. Thus, volunteering contributes to the creation of social capital and society's consolidation (BMFSFJ, 2017). Against this background, the increased involvement of volunteers is considered as one strategy to mitigate some of the various effects of central social and political challenges facing Germany as demographic change and environmental pollution (BMFSFJ, 2017: 390ff; NABU, 2019). For example, in rural areas which are affected by an ageing and declining population (BMFSFJ, 2017; PROPLANTA, 2014), volunteering can help to reduce supply shortages regarding long-term care of the elderly (HACKMANN et al., 2014) and local services (LÜBKING, 2014; KAETHER et al., 2016). Also, nature conservation is traditionally an area of strong volunteer engagement, currently representing 3.50 % of German volunteers (SIMONSON et al., 2017: 114). The dependence on voluntary engagement leads to permanent efforts of nature conservation associations to recruit new volunteers (NABU, 2019). Against this background, the article investigates the extent to which the German population is willing to volunteer in the areas of home care of the elderly, local services and nature conservation. Moreover, the motives and expectations of the respondents associated with volunteering are revealed.

2. Voluntary engagement in Germany

The Freiwilligensurvey (SIMONSON et al., 2017) has reported on the development of volunteering in Germany on the basis of a representative telephone survey since 1999. Currently, 43.60 % of the German population aged 14 and over are volunteers (SIMONSON et al., 2017: 155). Beyond, a total of 11.60 % of the non-volunteering population, are confident that they want to become active volunteers in the future (SIMONSON et al., 2017: 169).

The concept of voluntary engagement is not fully defined, but there is an agreement that voluntary work should not be carried out on the basis of external constraints and should not be geared towards material gain (SIMONSON et al., 2017; BMFSFJ, 2017.) The German ENQUETE COMMISSION (2002: 38ff) further demands that voluntary work fosters public

welfare, takes place in public spaces and is carried out collectively. In the present study, volunteering is defined as: "A long-term, planned activity that is of public utility and goes beyond friends and family. It is unpaid and freely and has to take place within an organisational framework".

2.1 Importance of voluntary engagement in local services and home care

Demographic change and the scarcity of public funds are central to the growing importance of voluntary work in home care and local services. Rural communities in the structurally weak and peripheral regions of Germany – characterised by high unemployment, low average income and low value added (BMFSFJ, 2017: 363ff) – are particularly affected by an ageing society and financial shortage (BBSR, 2017; MARETZKE, 2010). These developments are accompanied by declining population sizes due to a rural exodus and changing social structures (BBSR, 2017; VOGEL, 2017; NEU, 2011). As a result, various challenges regarding the organisation and financial support of local services and long-term care of the elderly arise (BMFSFJ, 2017). For example, in affected communities the question arises how the supply of local services like public transport, shops, afternoon care for children or sports grounds can be maintained in the absence of available funding to finance professional providers and a low number of users due to the declining population (KAETHER et al., 2016; MARETZKE, 2010). In order to avoid gaps in the provision of local services, KAETHER et al. (2016) propose to increasingly involve volunteers who, for example, drive public buses, run food stores or provide afternoon care for children.

The increased involvement of volunteers is also recommended to ensure long-term care of elderly persons in rural areas (SVR, 2014, HACKMANN et al., 2016). The reasons for this are the forecast increase in the number of people in need of long-term care and the associated increasing costs, the decreasing family support due to the migration of younger generations to urban regions and a lack of skilled workers (KEHL, 2016; SVR, 2014). In view of this trend, HACKMANN et al. (2014) developed a new concept which is intended to ensure the provision of long-term care in rural areas. This concept is essentially based on a reduced proportion of people receiving inpatient care in favour of an increase in the proportion of home care. HACKMANN et al. (2014) developed different scenarios for this purpose, whereby the reduced proportion of persons cared for in nursing homes varies between -10 % (scenario 1) and -90% (scenario 2). However, due to the lack of skilled workers, it is recommended to increase involvement of volunteers to realise the reduction in the nursing home quota (HACKMANN et al., 2014). NIENS et al. (2016) estimate that the implementation of scenario 1 would require 1,452,886 additional volunteer hours per month across Germany, while the implementation of scenario 2 would even result in 5,188,070 additional hours per month.

2.2 Importance of voluntary engagement in nature conservation

Already the establishment of nature conservation in Germany at the beginning of the 20th century was based on voluntary initiative, which still forms a crucial basis for nature conservation (JESSEL, 2011). Voluntary engagement currently making a major contribution to a solid database for assessing the state of biological diversity in Germany, such as the „Rote Liste“ and the fulfilment of international reporting obligations. Moreover, the voluntary engagement is of great economic importance. For example, voluntary work in bird monitoring provides a service that sums up to between EUR 2.1 million and EUR 5.3 million assuming an hourly rate of between EUR 10 and 25 and 210,500 hours of voluntary work (SUDFELDT, 2011). However, voluntary nature conservation in Germany is also increasingly confronted with a declining number of active members in associations and federations (BLAB, 2011). Hence, the question arises of how a reversal of this trend can be achieved in order to be able to implement necessary nature conservation projects in the future.

3. Objectives and research questions

Considering the developments described above and the new concepts for rural areas recommending an increased involvement of volunteers, it can be assumed that the demand for volunteers will increase in the future particularly in the areas of local services, home care of the elderly and nature conservation. Against this background, the aim of this study is to assess the "Willingness to volunteer" of the German population in the three areas mentioned above. This information cannot be taken from the Freiwilligen survey (SIMONSON et al., 2017) since it only shows the willingness to volunteer in the area of environmental protection, nature conservation and animal welfare. The willingness to volunteer in the areas of home care and local services is not explicitly reported. Therefore, an additional own survey is necessary. Beyond that, the aim of the present study is not only to assess a general willingness to get engaged in the three areas, but also the actual possibility of volunteering on a long-term basis. Since time constraints represent the most important reason, why volunteering is not possible (SIMONSON et al., 2017: 165), this is explicitly taken into account in the present study to estimate the "Willingness to volunteer". Hence, the "Willingness to volunteer" is here characterized by two determinants. Firstly, respondents must be open-minded about volunteering in general. Secondly, respondents must have sufficient time to volunteer on a continuous basis in the future. Only respondents who meet both criteria are taken into account in the calculation of the "Willingness to volunteer".

The following research questions are examined with regards to the three areas of voluntary work, local services, nature conservation and home care:

Q 1 How high is the "Willingness to volunteer" of the German population aged 18 and over?

Q 2 Which expectations do future volunteers have regarding the design of voluntary work?

Q 3 Which motives determine the "Willingness to volunteer"?

Q 4 Are there any correlations between respondents' motives and expectations regarding the design of voluntary work?

Q 5 To what extent can motives and sociodemographic characteristics explain differences in the "Willingness to volunteer"?

In addition, respondents from urban regions (residences with more than 5000 inhabitants) and respondents from rural regions (residences with less than 5000 inhabitants) (HENKEL, 2016: 10) are compared.

4. Methodology

A quantitative survey was conducted from May to July 2017 using a self - constructed questionnaire. The respondents were recruited all over Germany (Lower Saxony, Hesse, North Rhine-Westphalia, Hamburg, Berlin, Schleswig Holstein, Rhineland-Palatinate, Saxony, Saxony-Anhalt and Brandenburg) by students of a scientific seminar at the University of Göttingen in public places and on the university campus.

4.1 Questionnaire

The questionnaire contains three items on personal attitudes towards voluntary engagement in general (Table 1, I1 – I3) to ensure reliability of the first component of the dependent variable, one item on the individual time restrictions of the respondents, which prevent them from volunteering, and seven items on sociodemographic data. Moreover, the tendency of the respondents to answer in a socially desirable way is measured using the SES 17 by STÖBER (1999, 2001), because it can be assumed that there is a high level of desirability going along with volunteering.

Only respondents who have a positive attitude towards voluntary engagement and who also have enough time to volunteer are seen as potential new volunteers. These respondents were questioned additionally about their motives and their expectations regarding the design of voluntary work. Moreover, they were asked to indicate in which area they would like to volunteer and which specific activities they would prefer. The proposed areas are: "home care", "nature conservation", "local services" and "other" with the possibility of supplementing an additional area. Furthermore, the potential new volunteers were asked about the number of hours that could probably be afforded on a regular monthly basis.

The motives for volunteering were analysed using a German version of the Volunteer Functions Inventory (VFI) (CLARY ET AL., 1998; OOSTLANDER et al., 2014). In total, CLARY et al. (1998) empirically identified six different functional motives (Table 3), each measured with five items. In this study, the original version with 30 items was reduced to 18 items in order to keep the questionnaire as short as possible. The reduction of the scale is based on the results of two previous surveys analysing the motivation of volunteers from the areas of home care and nature conservation in Germany, which were carried out by the author in 2015 (n = 117) and 2016 (n = 494). The following rules were applied to the scale reduction:

- Measurement of each motive with at least three items to ensure reliability
- No significant decrease in the internal consistency of the VFI motives due to eliminating two items compared to the original version
- The internal consistency must reach a level of Cronbach's $\alpha \geq 0.70$.

For all VFI motives a reduction of two items was possible without violating these rules. Besides, the motive "political responsibility" according to BIERHOFF et al. (2007) was integrated into the questionnaire (Table 3). Following HACKMAN and OLDFHAM (1976) and HERZBERG et al. (1967), the importance of different job characteristics such as "Autonomy", "Feedback", "Job Variety" and "Interpersonal Relationships" were also surveyed to analyse the respondents' expectations regarding the design of voluntary work in an organisational framework (Table 2). The questionnaire contains mainly endpoint-named five-level scales as well as some open and half-open questions. The students of the scientific seminar tested it by means of 46 cognitive pre-tests regarding comprehensibility and problems of the respondents in answering the items. For this purpose probing techniques and confidence ratings were used. Based on pre-test results, the category "do not know" was added to one item, which asks for the number of hours that respondents could spend for volunteering, since it must be assumed that this item cannot be reliably answered by some respondents.

4.2 Statistical analysis

The data analysis was done with SPSS 25. According to CLARY et al. (1998) and BIERHOFF et al. (2007), the motive items were combined to seven dimensions, each with three items (Table 3). The reliability was checked by Cronbach's α , whereby an internal consistency of $\alpha \geq 0.70$ was achieved in each case.

As some of the variables do not fit the normal distribution assumption, non-parametric correlations and non-parametric tests for dependent and independent samples were performed to analyse differences in the importance of job characteristics and motives for volunteering. The effect size was calculated as follows: $r = z / \sqrt{n}$ (FIELD, 2005). According to COHEN (1988: 82) $r = 0.10$ corresponds to a small effect, $r = 0.30$ to a medium effect and $r = 0.50$ to a large effect. Furthermore, a new variable called "Willingness to volunteer" was calculated as follows: $(I_1 + I_2 + I_3 + I_4) / 4$, where I_3 (I would like to volunteer (additionally) in the future.) and I_4 (If you think of all the things you have to do in your everyday life, how much time do you have for volunteering? 1 = "no time" - 5 "a lot of time") each had to have a scale value of at least "2", to ensure that only respondents are considered who do not exclude to volunteer in

the future. To explain the "Willingness to volunteer" by the motives for volunteering and sociodemographic data a multiple regression model was used. However, it should be noted that previous studies suggest correlations between the six VFI motives (OOSTLANDER et al., 2014: 78). In order to avoid the problem of multicollinearity due to correlations between the VFI motives, the most important motives for an interest in volunteering in this survey were combined to a new variable called "Central motives".

4.3 Sociodemographic data

A total of 584 people aged 18 and over were interviewed. The respondents are to 49.00 % male, 50.00 % are female (1.00 % absent) and on average 42 years old (mean (m) = 41.92, median (md) = 40.00, standard deviation (sd) = 14,34; Germany as a whole 45.20 years, STATISTISCHES BUNDESAMT, 2018 a). The proportion of respondents with Abitur is 63.60 % and thus higher in the sample than the German average of 33.00 % (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2017). About one third of the respondents are full-time employed (38.90 %), 12.70 % are part-time employed, 23.10 % are currently studying, 10.40 % are not or marginally employed. Nearly half of respondents (48.80 %) live in places with less than 5000 inhabitants and thus in rural areas. 30.80 % live in cities between 5000 and under 100 000 inhabitants. The remaining 19.20 % live in cities with 100 000 inhabitants or more (1.20 % absent). About two thirds (69.90 %) of the respondents stated that they are currently not involved in voluntary work.

5. Results

5.1 Attitudes towards volunteering and the "Willingness to volunteer" (Q 1)

A positive attitude of the respondents towards voluntary work cannot be found. None of the items 1-3 used to measure respondents' attitudes towards volunteering reached a mean or median of "4" or higher (Table 1). Only 27.9 % of the respondents partly or fully agree with the statement: "I would like to volunteer (additionally) in the future". More than half of the respondents (60.50 %) have little or no time to volunteer (additionally), only 8.60 % state to have much or very much time (Figure 1). On average, the respondents also tend not to have any time to volunteer (m = 2.05, sd = 1.04, md = 2.00, r_s with SES 17 = -0.06). Significant correlations between the Items I 1 - 1 4 and the SES 17 (STÖBER, 1999, 2001) cannot be found. It can therefore be assumed that the responses are not biased by social desirability.

Table 1: Attitudes towards volunteering: mean (m), median (md), standard deviation (sd), sample size (n) and correlation (r_s) with the SES 17.

Item and scale	m	sd	md	n	r_s with SES 17
I 1 Have you ever thought about taking on an (additional) voluntary activity? (1 = No, never - 5 = yes, very often)	2.88	1.20	3.00	581	0.04
I 2 Volunteering is a lot of fun. (1= Does not apply at all - 5 = Applies completely)	3.51	1.17	3.00	584	0.06
I 3 I would like to volunteer (additionally) in the future. (1 = Does not apply at all - 5 = Fully applies)	2.74	1.20	3.00	580	0.01

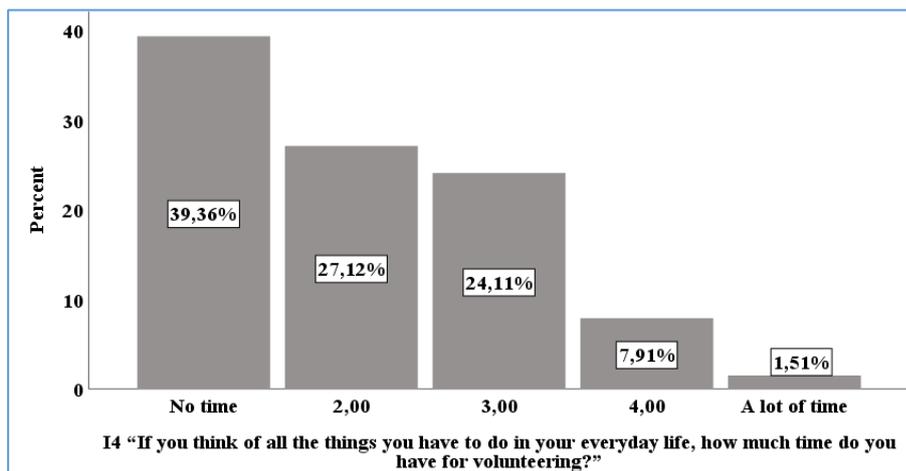
Source: Own survey.

A total of 282 respondents (48.50 %) do not exclude taking up a voluntary engagement in the future. Overall, the "Willingness to volunteer" is in the middle range (m = 3.06, md = 3.00, sd = 0.61). Women (md = 3.17) show a significantly higher "Willingness to volunteer" than men (md = 2.83), U = 6631.00, p < 0.00, r = - 0.28. However, only about 5.00 % of the

respondents (n = 24) reach a scale value of “4” or higher and thus show a high individual "Willingness to volunteer" (home care n = 4, nature conservation n = 11, local services n = 9). On average, potential new volunteers are able to spend 13.57 hours a month (md = 10, sd = 11.07) doing voluntary work, 11.10 % are unable to provide any information.

A total of 47.20 % (n = 117) of the respondents who are interested in volunteering would like to work in the field of local services. The most popular kind of services are offering sporting activities such as soccer or gymnastics (18.50 %, n = 74), followed by after-school care for children (14.80 %, n = 59) and disaster control (10.50 %, n = 42). 39.10 % (n = 97) of the potential new volunteers prefer to be active in nature conservation. 13.70 % (n = 34) of the respondents, who do not exclude volunteering in the future, favour an engagement in the area of home care. The most popular activities in the area of nature conservation are planting trees (14.00 %, n = 67), creating biotopes (13.40 %, n = 64) and building and placing nesting boxes for birds (12.70 %, n = 61). In the area of home care, assistance in leisure activities, such as walking (19.90 %, n = 31), helping with housework, shopping and repairs (19.20%, n = 30) and accompanying people to family celebrations and public events (16.70%, n = 26) are preferred. The number of voluntary work hours the respondents could spend monthly does not differ between the three areas of voluntary work (H (3) = 0.12, p = 0.99). Besides, there is no correlation between the respondents’ age and the number of hours they could spend monthly.

Figure 1: Time restrictions of the respondents (n = 531).



Source: Own survey.

5.2 Expectations regarding the design of voluntary work (Q 2)

The respondents place particular importance on a trusting atmosphere among volunteers, a harmonious relationship with their supervisors and good cooperation with the full-time staff. This means that the three most important job characteristics can be assigned to the "Interpersonal Relationships" dimension. Flexible working hours are also important, as well as aspects from the "Autonomy" dimension, such as working independently or realising one's own ideas. The amount of an expense allowance is rather unimportant. Public recognition is less relevant to the respondents than positive feedback from the people they volunteer for. Overall, there are no or only minor significant correlations between the SES 17 (STÖBER, 1999, 2001) and the importance of job characteristics. Thus it can be assumed that the responses are not biased by social desirability (Table 2).

The importance of the job characteristics "teamwork" and "possibility to work long-term for the same clients / the same project" differ significantly between the respondents. Those respondents who would like to volunteer in nature conservation are more interested in teamwork than those who prefer to volunteer in home care ($z = -2.64, p > 0.05, r = 0.16$). To work on a long-term base for the same clients / the same project has a higher priority for

respondents who would like volunteer in nature conservation than for potential new volunteers in the area of local services ($z = 3.15$, $p < 0.05$, $r = 0.19$). However, according to Cohen (1988: 82), the effect sizes are small. Significant differences in the importance of the job characteristics between respondents living in rural areas with less than 5000 inhabitants and respondents from urban areas cannot be found.

Table 2: Importance of Job characteristics: mean (m), median (md), standard deviation (sd), sample size (n) and correlation (r_s) with the SES 17; * = $p < 0.05$.

Importance of Job Characteristics 1 = "Not important at all" - 5 = "Very important"	m	sd	md	n	r_s with SES 17
If you are thinking about volunteering, how important are the following aspects to you?					
Feedback					
Recognition by the supervisor / contact person	3.33	1.11	4.00	326	-0.01
Recognition by full-time or voluntary staff	3.30	1.48	3.00	326	0.03
Public recognition	2.88	1.08	3.00	325	0.11*
Positive feedback from my clients / visible improvements through my work	3.87	0.90	4.00	325	0.10
Interpersonal Relationships					
Harmonious relationship with the supervisor / contact person	4.13	0.95	4.00	326	0.05
Good cooperation with the full-time staff	4.09	0.85	4.00	325	0.13*
Trusting atmosphere among the volunteers	4.21	0.79	4.00	324	0.19*
Autonomy					
Opportunities for co-determination	3.67	0.99	4.00	325	0.12*
Work independently	3.75	0.92	4.00	325	0.06
Opportunity to take responsibility	3.60	0.95	4.00	323	0.05
Realising my own ideas	3.72	1.03	4.00	324	0.07
Job variety and Task identity					
Possibility to volunteer for the same clients / project in the long term	3.23	1.06	3.00	325	-0.07
Possibility to take over different tasks for my clients / in my project	3.32	0.85	3.00	322	-0.01
Variety of activities	3.75	0.87	4.00	325	0.09
Friendship					
Opportunity to build friendships	3.64	0.90	4.00	325	0.04
Working in a team	3.76	0.97	4.00	325	0.06
Regular meetings of volunteers	3.18	1.05	3.00	326	0.06
Working conditions					
Flexible working times	3.93	1.02	4.00	325	0.03
Trainings / further education	3.00	1.19	3.00	325	0.07
Expense allowance	2.20	1.07	2.00	325	-0.06

Source: Qwn survey.

5.3 Motives for interest in volunteering (Q 3) and correlations between motives and Job characteristics (Q 4)

The most important motives for volunteering are "Values", "Understanding" and "Enhancement". The motive "Protective" is rather unimportant (Table 3). No or only minor significant correlations of the motives with the SES 17 (STÖBER, 1999, 2001) are detected. The three motives "Values", "Understanding" and "Enhancement" are significantly more relevant to the respondents' interest in volunteering than the other four motives. For example, the motives "Values" ($z = -13.33$, $p < 0.001$, $r = 0.79$), "Understanding" ($z = -13.47$, $p < 0.001$, $r = 0.80$) and "Enhancement" ($z = 12.93$, $p < 0.001$, $r = 0.77$) are significantly more relevant to the respondents than the motive "Social".

Table 3: Motives for volunteering: mean (m), median (md), standard deviation (sd), sample size (n) and Cronbach's α .

Motives 1= "Does not apply at all" - 5 = "Applies completely"	m	sd	md	n	α
Career	2.90	1.03	3.00	282	0.71
<ul style="list-style-type: none"> Volunteering can help me to get my foot in the door at a place where I would like to work. Volunteering will help me to succeed in my chosen profession. Volunteering experience will look good on my resume. 					
Enhancement	3.71	0.82	3.67	282	0.75
<ul style="list-style-type: none"> Volunteering makes me feel needed. Volunteering makes me feel better about myself. Volunteering is a way to make new friends. 					
Social	2.55	0.97	2.67	282	0.77
<ul style="list-style-type: none"> People I'm close to want me to volunteer. Others with whom I am close place a high value on community service. Volunteering is an important activity to the people I know best. 					
Protective	2.48	0.91	2.33	282	0.70
<ul style="list-style-type: none"> Doing volunteer work relieves me of some of the guilt over being more fortunate than others. Volunteering helps me work through by own personal problems. Volunteering is a good escape from my own troubles. 					
Values	4.02	0.74	4.00	282	0.70
<ul style="list-style-type: none"> I am genuinely concerned about the particular group I am serving. I feel it is important to help others. I can do something for a cause that is important to me. 					
Understanding	3.91	0.71	4.00	283	0.70
<ul style="list-style-type: none"> I can learn more about the cause for which I am working. Volunteering lets me learn things through direct, hands on experience. I can explore my own strengths. 					
Political Responsibility	2.82	1.04	2.67	282	0.84
<ul style="list-style-type: none"> Volunteering enables me to draw attention to social problems. By volunteering, I hope to achieve political change. For me, volunteering is a way to achieve social change. 					

Source: Own survey.

Comparable significant differences can be found between the three most important motives and "Political responsibility", "Career", and "Protective" (each $p < 0.001$). The effect size r of all differences is above the value of 0.50, which corresponds to a strong effect (COHEN, 1988: 82) with high empirical relevance. There are no significant differences in the motivation between respondents from rural and urban regions.

However, the importance of the motives "Values", "Career" and "Political Responsibility" differs between the areas of volunteering. Respondents who are interested in volunteering in the area of nature conservation place significantly higher importance on the motive "Values" than respondents who are interested in volunteering in local services ($z = 3.13$, $p < 0.01$, $r = 0.19$). In addition, "Career" is more important for respondents who prefer volunteering in nature conservation than for respondents from the areas of home care ($z = -2.68$, $p < 0.05$, $r = 0.16$) and of local services ($z = 3.74$, $p < 0.01$, $r = 0.22$). The motive "Political responsibility" is also significantly more relevant for respondents who would like to volunteer in the area of nature conservation ($z = 3.27$, $p < 0.01$, $r = 0.19$) than in local services. But, according to COHEN (1988: 82), the effect size of all differences found, and thus their empirical relevance, is small.

There are some significant correlations between the three most important motives for volunteering and different job characteristics, in particular with the dimension "Interpersonal Relationships". A high importance of "Understanding", "Values" and "Enhancement" is linked to high importance of all items of the dimension "Interpersonal Relationships" (Harmonious relationship to the supervisor / contact person and: Understanding $r_s = 0.32$, Values $r_s = 0.22$, Enhancement $r_s = 0.26$; Good cooperation with the full-time staff and: Understanding $r_s = 0.39$, Values $r_s = 0.32$, Enhancement $r_s = 0.32$; Trusting atmosphere among volunteers and: Understanding $r_s = 0.27$, Values $r_s = 0.27$, Enhancement $r_s = 0.41$; each $p < 0.05$). Besides, a positive correlation of the motive "Understanding" with the dimension "Autonomy" is also detected (co-determination possibilities $r_s = 0.35$; realising my own ideas $r_s = 0.29$; each $p < 0.05$).

5.4 Interrelationships of the "Willingness to volunteer", sociodemographic data and the "Central motives" for volunteering (Q 5)

The data analysis reveals that the three VFI motives "Values", "Understanding" and "Enhancement" have the highest importance for the interest in volunteering. Therefore, these are combined to the new variable "Central motives" (Cronbach's $\alpha = 0.78$) and included in the regression model as a covariate. The multiple regression analysis shows influences of the independent variable "Central motives", the respondents' gender and the size of their place of residence on the "Willingness to volunteer", $F(3, 276) = 27.04$, $p < 0.001$, $n = 278$. If the value of the "Central motives" increases by one unit, the "Willingness to volunteer" increases by 0.37 units. The "Willingness to volunteer" of men is 0.23 units lower than that of women. Respondents living in places with less than 5000 inhabitants and thus in rural regions show a 0.11 unit higher "Willingness to volunteer" than respondents from urban regions. Approximately one fifth ($R^2 = 0.22$) of the variance in the "Willingness to volunteer" can be explained by the three independent variables. Besides, there is no relationship between the "Willingness to volunteer" and other socio-demographic data such as age or education.

6. Discussion

About half of all respondents ($n = 282$) in this study see the possibility of volunteering in the future. Taken 13.57 hours per month as a reference, the respondents would provide 3853.88 additional hours of voluntary work per month in the areas of nature conservation, home care and local services. However, the proportion of those who have a high "Willingness to volunteer" of ≥ 4 is low in the survey with 24 persons and 4.12 % of all respondents. If only these 24

respondents are taken into account when calculating the additional volunteer hours, this results in an average of 325.68 hours per month.

In accordance with the Freiwilligensurvey (SIMONSON et al, 2017), time constraints are an important reason that keeps the respondents from volunteering. Compared to the Freiwilligensurvey (SIMONSON et al, 2017: 169), which reveals that 11.60 % of the German population intend to get engaged in the future, the proportion of those who are likely to become volunteers ("Willingness to volunteer" ≥ 4) is low in this study. This could partly be explained by the fact of investigating only German-speaking persons aged 18 and over, whereas the Freiwilligensurvey (SIMONSON et al, 2017) includes persons aged 14 and over and is not limited to German-speaking persons. As the engagement of pupils is particularly high (SIMONSON, 2017: 169), this could be one reason for the difference between the two studies. Besides, the present study exclusively considers the "Willingness to volunteer" in the areas of nature conservation, home care and local services.

The feasibility of new approaches based on an increased participation of volunteers in order to avoid supply shortages in rural areas is discussed using the example of the new care concept of HACKMANN et al. (2014). According to NIENS et al. (2016), a total of 1,452,886 additional hours of voluntary work per month are required in scenario 1 and 5,188,070 additional hours in scenario 2 assuming the care concept of HACKMANN et al. (2014) is implemented. If the 13.57 hours / month calculated here are used as a basis, 107,066 ($1,452,886 / 13.57$) additional volunteers would be needed if scenario 1 is realised and 382,319 ($5,188,070 / 13.57$) additional volunteers would be required in scenario 2 to cover the demand for volunteers in home care. Given a total of 69,051,391 inhabitants aged 18 years and older in Germany (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2018 b), this would correspond to about 0.16 % of the adult German population in scenario 1 and 0.55 % in scenario 2. Against the background of the quota of 5.82 % of respondents who would like to become engaged in home care calculated here ($100 / 584 * 34$), it seems to be easy to cover the demand of additional volunteers. However, only four respondents who prefer a voluntary engagement in home care have a "Willingness to volunteer" of "4" or higher. This corresponds to 0.68 % of all respondents. This proportion only slightly exceeds the required 0.55 % of the total German population aged 18 years and older when scenario 2 of the care concept of HACKMANN et al. (2014) is implemented.

It should be noted that this study cannot be seen as representative of the German population. On average, the respondents are younger and higher educated than the national average, which may have led to overestimations of the "Willingness to volunteer", especially against the background that younger and more educated people are more interested in volunteering (SIMONSON et al., 2017:169). Besides, in order to be able to make generalisable predictions regarding the "Willingness to volunteer" in the areas of local services, home care and nature conservation, the non-German-speaking population should be taken into account too. Against this background, the results can only give first hints to the feasibility of approaches based on an increased participation of volunteers in order to avoid supply shortages in rural areas. However, the study provides important insights into the "Willingness to volunteer" of the highly educated people in Germany, for example regarding their expectations, motives and preferred areas of volunteering.

One positive note that should be emphasised is that the responses in this study are not biased by social desirability. This is particularly important with regard to the relevance of the expense allowance, as there is a risk that respondents will deny its importance. The weak correlation between I 4 (time restrictions) and the SES 17 also indicates that time constraints were not used as socially accepted responses to hide "Unwillingness to Volunteer". In light of this, useful findings regarding the recruitment of new (high educated) volunteers for nature conservation projects and new concepts for rural areas can be derived.

It could be shown that well-established scales of motivation such as the VFI (CLARY et al., 1998) can explain a significant proportion of the "Willingness to volunteer" which represents not only a general interest in volunteering but also the real possibility to become a volunteer by taking individual time restrictions into account. The three most important VFI motives are "Values", "Understanding" and "Enhancement". OOSTLANDER et al. (2014: 75ff) characterise the motives "Values" and "Understanding" as primarily intrinsic and linked with a high degree of internalisation. Thus, the results of the present study suggest that the interest in volunteering is mainly based on intrinsic motivation instead of external reasons. Potential volunteers with high intrinsic motivation place great importance on a harmonious and trusting relationship with the people they work with. In addition, potential volunteers with a high level regarding the motives "Understanding" expect opportunities for co-determination and want to realise their own ideas. A positive correlation between the motive "Understanding" and the autonomy orientation has already been proven by OOSTLANDER et al. (2014: 76ff), which supports the reliability of the results of the present study.

Due to the high effectiveness of advertisements which specifically address the needs of their recipients (CLARY et al., 1994), initiatives to recruit new volunteers for home care, local services and nature conservation should focus on the motives "Values", "Understanding" and "Enhancement". The high importance of the dimensions "Interpersonal Relationships" and "Autonomy" must also be taken into account in the design of volunteer work in order to ensure a high level of satisfaction and motivation among new volunteers, especially if they are highly educated.

In addition, since voluntary engagement and active political participation often occur together, a variety of political participation opportunities for citizens should be created which motivate persons who are not yet politically active, and promote communication between groups of people who otherwise have little contact (BMFSFJ, 2017: 494f). Thus, the development of social capital and a high "Willingness to volunteer" in Germany can be achieved which help to overcome social challenges like demographic change and environmental pollution due to the increased involvement of volunteers.

Literatur

- BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung) (2017): Deutschland altert unterschiedlich. <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BBSROnline/2010/ON062010.html>.
- BIERHOFF, H.-W., SCHÜLKEN, T. and M. HOOF (2007): Skalen der Einstellungsstruktur ehrenamtlicher Helfer (SEEH). Zeitschrift für Personalpsychologie, 6 (1): 12 – 27.
- BLAB, J. (2011): Ergebnisse des Workshops „Ehrenamtliche wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet der Biodiversität – Datensammlung, Transfer und Nutzung für die praktische Anwendung“. Vortrag gehalten auf dem „Dialogforum Ehrenamt“, 17.02.-18.02.2011, Bonn.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend) (2017): Zweiter Engagementbericht. Demografischer Wandel und bürgerschaftliches Engagement: Der Beitrag des Engagements zur lokalen Entwicklung, Drucksache 18/11800.
- CLARY, E. G., SNYDER, M., RIDGE, R. D., COPELAND, J., STUKAS, A. A., HAUGEN, J. AND P. MIENE (1998): Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. In: Journal of Personality and Social Psychology 74 (6): 1516 – 1530.
- CLARY, E. G., SNYDER, M., RIDGE, R. D., MIENE, P. and J. HAUGEN (1994): Matching Messages to Motives in Persuasion: A Functional Approach to Promoting Volunteerism. Journal of Applied Social Psychology 24 (13): 1129 - 1149.
- COHEN, J. (1988): Statistical power analysis for the behavioural sciences. New York.
- ENQUETE - KOMMISSION (2002): Zukunft des Bürgerlichen Engagements. Drucksache 14/8900.
- HACKMAN, J. R. and G. R. OLDFHAM (1976): Motivation through the design of work: Test of a theory. In: Organizational Behavior and Human Performance, 16 (2): 250 - 276.

- HACKMANN, T., MÜLLER, D., STEINER, M. and J. TIESSEN (2014): Pflege vor Ort gestalten und verantworten. Konzept für ein regionales Pflegebudget. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- HENKEL, G. (2016): Geschichte und Gegenwart des Dorfes. Land und Ländlichkeit, 46–47/2016.
- HERZBERG, F., MAUSNER, B. and B. SNYDERMAN (1967): The motivation to work. New York.
- JESSEL, B. (2011): Ehrenamtliche Aktivitäten im Bereich Erfassung und Monitoring der biologischen Vielfalt. Vortrag gehalten auf dem „Dialogforum Ehrenamt“, 17.02.-18.02.2011, Bonn.
- KAETHER, J., DEHNE, P. and A. NEUBAUER (2016): Regionalstrategie Daseinsvorsorge. Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur.
- KEHL, K. (2016): Nach dem Pflegestärkungsgesetz II: Eine alternative Interpretation der Probleme und ein Plädoyer für potenzialorientierte Reformen. Zeitschrift für Sozialreform, 62 (1): 49 – 78.
- KLIE, T., KLIE, A. W. and MARZLUFF, S. (2017): Second Engagement Report 2016. Demographic Change and Civic Engagement: Civic Engagement and its Contribution to Local Development. <https://www.bmfsfj.de/blob/115598/e737186a9375c1dde5c49b2e393f6fe5/zweiter-engagementbericht-2016---monitor-englisch-data.pdf>.
- LÜBKING, U. (2013): Städte und Gemeinden gestalten den demografischen Wandel. In: DStGB Dokumentation Nr. 116. Deutscher Städte- und Gemeindebund (Hg.). Berlin.
- MARETZKE, S. (2010): Vielfalt des Demografischen Wandels. BBSR-Online-Publikation 06/2010
- NABU (2019): Im NABU aktiv werden. <https://www.nabu.de/spenden-und-mitmachen/aktiv-vor-ort/index.html>
- NEU, C. (2011): Demographischer Wandel, Infrastruktur und Bürgerengagement. Kurzexpertise. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hg.): Bürgerschaftliches Engagement in ländlichen Räumen – Ressource für Lebensqualität und Zukunftsfähigkeit. Berlin: 43-46.
- NIENS, C., HOFFMEISTER, F. and R. MARGGRAF (2016): Sicherstellung pflegerischer Langzeitversorgung – Zur Rolle von Kommunen und Ehrenamt, Gesundheits- und Sozialpolitik (6): 42 – 50.
- OOSTLANDER, J., GÜNTERT, S. T., VAN SCHIE, S. and T. WEHNER (2014): Volunteer Functions Inventory (VFI): Konstruktvalidität und psychometrische Eigenschaften der deutschen Adaption. Diagnostica, 60 (2): 73-85.
- PROPLANTA (2014): Durchschnittsalter der Bevölkerung in Baden-Württemberg. https://www.proplanta.de/Fotos/Durchschnittsalter-der-Bevoelkerung-in-Baden-Wuerttemberg_Bild14120071733.html
- SIMONSON, J., VOGEL, V. and C. TESCH-RÖMER (2017): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Springer VS, Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2017): Statistisches Jahrbuch 2017, Bildung. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/Bildung.pdf?__blob=publicationFile
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2018 a). Bevölkerungsstand: Durchschnittsalter nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit. In: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Durchschnittsalter_Zensus.html
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2018 b). Bevölkerung, Familien, Lebensformen. In: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/Bevoelkerung.pdf?__blob=publicationFile#page=1&zoom=auto,-47,723
- SUDFELDT, C. (2011): Ergebnisse der Umfrage unter den ehrenamtlichen MitarbeiterInnen des Vogelmonitorings und daraus resultierende Handlungserfordernisse. Vortrag gehalten auf dem „Dialogforum Ehrenamt“, 17.02.-18.02.2011, Bonn.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn.
- VOGEL, B. (2017): Wie geht es weiter in Dorf und Kleinstadt? Demografische Provokationen und neue Konflikte um Daseinsvorsorge. In: Georgia Augusta 10: 16-27.

7.3.7 Beitrag VII: Monetarisierung von freiwilligem Engagement

Niens, C., Hille, C., Marggraf, R. (2018): Money is Time? – Zur Bedeutung monetärer Anreize für freiwillig Engagierte in der ambulanten Pflege und dem Umweltschutz. Sozialer Fortschritt 67 (2): 113 - 136.

Die fortschreitende Monetarisierung freiwilligen Engagements wird kritisch diskutiert, wie der Zweite Engagementbericht der Bundesregierung (2017) zeigt. Welche Bedeutung freiwillig Engagierte monetären Anreizen tatsächlich beimessen, ist bisher jedoch wenig untersucht. Auch die Daten des Freiwilligensurveys liefern hierfür keine hinreichende Grundlage. Im Rahmen dieses Beitrags werden Chancen und Risiken der Monetarisierung freiwilligen Engagements diskutiert und es wird geprüft, ob monetäre Anreize ein wirksames Mittel zur Förderung freiwilligen Engagements darstellen. Hierzu wurde eine schriftliche Befragung von 242 Freiwilligen aus den Bereichen „Umweltschutz“ und „ambulante Pflege“ durchgeführt. Die Bedeutung monetärer Anreize wird dabei zu anderen intrinsischen und extrinsischen Motiven in Relation gesetzt und es werden Unterschiede zwischen den betrachteten Engagementbereichen untersucht.

Aufteilung der Autorenschaft: Kapitel 1: C. Niens; Kapitel 2: C. Hille; Kapitel 3: C. Niens; Kapitel 4: C. Niens, C. Hille; Kapitel 5: C. Niens, C. Hille, R. Marggraf; Kapitel 6: C. Niens; Kapitel 7: C. Niens; Kapitel 8: C. Niens.

Money is Time? – Zur Bedeutung monetärer Anreize für freiwillig Engagierte in der ambulanten Pflege und dem Umweltschutz

Christine Niens, Cornelius Hille und *Rainer Marggraf*

Zusammenfassung

Die Diskussion um monetäre Zuwendungen zur Aktivierung von freiwilligem Engagement ist ungebrochen aktuell. Vor diesem Hintergrund werden Chancen und Risiken der Monetarisierung am Beispiel Freiwilliger aus der ambulanten Pflege und dem Umweltschutz diskutiert. Die Betrachtung basiert vorrangig auf einer quantitativen Befragung zu Motiven und Erwartungen der Engagierten. Es zeigt sich, dass für beide Engagementgruppen monetäre Anreize von geringer Bedeutung sind. Dominierend sind altruistische Motive und intrinsische Anreize. Dabei ist der Wille, politische Verantwortung zu übernehmen bei Freiwilligen im Umweltschutz stärker ausgeprägt. Dagegen sind die Wahrung von Tradition und Gemeinsinn für Freiwillige aus der ambulanten Pflege charakteristisch.

Abstract: Money Is Time? The Importance Of Monetary Incentives For Volunteers In Outpatient Care And Environmental Protection

The discussion about financial contributions as an instrument to enable volunteering is still up to date. In this context this paper shows the opportunities and the risks of such “monetisation”, which are then debated for the volunteering sectors of home care and environmental protection. The analysis is based on a quantitative survey regarding motives and expectations of volunteers. It reveals for both sectors that financial incentives have only slight influence. In this paper, we show that altruistic motives and intrinsic incentives dominate volunteers’ motivation instead. On the one hand, volunteers in environmental protection tend to show more willingness to shoulder political responsibility. On the other hand, volunteers in home care favour the preservation of tradition and community spirit.

JEL-Klassifizierung: I00

1. Einleitung

Freiwilliges Engagement ist für den Zusammenhalt einer Gesellschaft von zentraler Bedeutung, weil es Lebensqualität schafft und den Gemeinsinn fördert (Zweiter Engagementbericht, S. 7). Derzeit sind mehr als 40 % der Wohnbevölkerung in Deutschland ab 14 Jahren z. B. im Sport, im sozialen Bereich oder dem Umweltschutz freiwillig tätig (Freiwilligensurvey 2014).

Die hohe Bedeutung und Vielfalt des Engagements stellt auch Bundeskanzlerin Angela Merkel in ihrer Rede zur Würdigung des Ehrenamts vom 11. Mai 2017 heraus: „Vom Sportverein über die Altenpflege, den Beistand für sterbende Menschen, die Feuerwehr, das Technische Hilfswerk, die Kirchengemeinden, den Kulturbereich und die Kleiderkammern bis hin zu den Suppenküchen: Alles lastet auf den Schultern der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer.“

Wie divers das zivile Engagement in Deutschland ist, belegt auch der Zweite Engagementbericht 2016 (Zweiter Engagementbericht, S. 108 ff.), der die Unterschiedlichkeit des Engagements mithilfe von Spannungsfeldern aufzeigt. Angesichts der vielfältigen Ausgestaltung freiwilliger Tätigkeit ist es nicht überraschend, dass keine abschließende und allgemein anerkannte Definition existiert, die sämtliche Engagementformen abdeckt. So wird neben dem Begriff des „Ehrenamts“ häufig auch von „Freiwilligentätigkeit“ oder „Bürgerlichem Engagement“ gesprochen. Auch wenn Uneinigkeit in Bezug auf die inhaltliche Ausgestaltung einer Definition besteht, werden alle Formen des Engagements ganz überwiegend mit einer unentgeltlichen Tätigkeit in Verbindung gebracht (Zweiter Engagementbericht, S. 262).

Seit einigen Jahren sind jedoch Tendenzen zu beobachten, die als eine „Monetarisierung des Engagements“ (Zweiter Engagementbericht, S. 262 ff.) bezeichnet werden. Ziel dieser Monetarisierung sind unter anderem die Erhöhung der Verbindlichkeit und die Steigerung des Engagements durch die Schaffung finanzieller Anreize (Zweiter Engagementbericht, S. 262 ff.).

Von einer Monetarisierung sind jedoch nicht alle Ehrenamtsbereiche in gleichem Maße betroffen. Während in der ambulanten Pflege der Trend zur Monetarisierung durch die Legislative im Rahmen der Pflegereformen gesetzlich gefördert wird, ist Vergleichbares in Bereichen wie dem Umwelt- und Naturschutz nicht festzustellen.

Im Rahmen dieses Beitrags werden Chancen und Risiken der Monetarisierung freiwilligen Engagements kritisch diskutiert und es wird geprüft, ob monetäre Anreize ein wirksames Mittel zur Förderung freiwilligen Engagements darstellen. Nach einer generellen Einführung in die Thematik der Monetarisierung, erfolgt die Betrachtung exemplarisch für den Bereich der ambulanten Pflege. Die Grundlage der Analyse bilden vorrangig die Ergebnisse einer von den Autoren durchgeführten quantitativen Befragung Freiwilliger. Um zu prü-

fen, ob die Bedeutung monetärer Anreize in Abhängigkeit von den Charakteristika der freiwilligen Tätigkeit variiert, werden als Vergleichsgruppe für Engagierte in der Pflege auch Freiwillige aus dem Umweltschutz in die Untersuchung einbezogen. Die freiwillige Tätigkeit im Umweltschutz wurde ausgewählt, da die Engagementbereiche „Pflege“ und „Umweltschutz“ gegenüberliegende Positionen auf den Spannungsachsen des Engagements einnehmen (Zweiter Engagementbericht, S. 108 ff.). Bestünde ein Zusammenhang zwischen den Charakteristika des Engagements und der Bedeutung monetärer Anreize, sollten sich diese hier besonders deutlich zeigen. Um die Bedeutung monetärer Anreize in Relation zu anderen Beweggründen für das Engagement setzen zu können, werden zudem weitere Motive und Erwartungen der Freiwilligen aufgezeigt. In der abschließenden Diskussion wird auf Basis der Befragungsergebnisse dargestellt, wie Organisationen die Engagementbereitschaft Freiwilliger und die Stabilität der Leistungserbringung in der ambulanten Pflege und im Umweltschutz fördern können.

2. Monetarisierung freiwilligen Engagements

Monetarisierung ist begrifflich zurückzuführen auf das lateinische *monetarius*, welches sich frei übersetzen lässt mit *vermünzt* oder *gemünzt*. Monetarisierung überführt also definitorisch das freiwillige Engagement in einen messbaren finanziellen Gegenwert. Ausgehend von diesem Grundverständnis ist zunächst klarzustellen, dass eine solche Monetarisierung nicht bereits bei der Erstattung von Auslagen beginnt. Vielmehr geht es um einen darüber hinaus gehenden zusätzlichen Geldbetrag, welcher einen Gegenwert zur tatsächlich erbrachten Arbeit bzw. der zur Verfügung gestellten Zeit darstellt. Daher ist der Begriff der Monetarisierung im Sinne von *Klie et al.* (2009) zu verstehen, die eine Monetarisierung erst dann annehmen, wenn über Auslagererstattung hinausgehende Beträge an Freiwillige übergeben werden. Hinter der Zahlung von Geldbeträgen steht der Gedanke, dass freiwilliges Engagement ein Zeitopfer darstellt, das jedoch nicht daran scheitern soll, dass der „Opferbereite“ nicht über die notwendige finanzielle Ausstattung verfügt, diese Zeit erbringen zu können.

Innerhalb des Begriffs der Monetarisierung sind verschiedene Fallgruppen voneinander abzugrenzen, wobei als Abgrenzungskriterium dabei die Höhe bzw. die Funktion der geleisteten Zahlung oder Geldleistung dienen kann (ausführlich: *Klie et al.* 2009). Wo das so genannte „freiwillige Engagement“ höchstens eine Auslagererstattung umfassen darf, ist es beim „bezahlten freiwilligen Engagement“ angedacht, demjenigen, der die Bereitschaft hat, seine Zeit zur Erbringung freiwilliger Arbeit „zu opfern“ für dieses „Opfer“ eine (pauschale) finanzielle Entschädigung zukommen zu lassen. Dort wird die Zeit als ein Gegenwert von Geld oder umgekehrt Geld als Gegenstück von Zeit bewertet. Monetarisiertes Engagement ist also bezahltes freiwilliges Engagement.

3. Chancen und Risiken der Monetarisierung freiwilligen Engagements

3.1 Chancen: Anreizwirkung und gesellschaftliche Teilhabe

Ein häufiges Argument für die Monetarisierung freiwilligen Engagements ist die Anreizwirkung von Geld- oder Sachleistungen. So wird aus Sicht kommunaler Pflege- und Sozialpartner häufig angenommen, eine materielle Entlohnung würde die Gewinnung Freiwilliger erleichtern (Naumann/Schacher 2013, S. 51) und die Stabilität der Leistungserbringung erhöhen (Zweiter Engagementbericht, S. 271 f., Jakob 2013, S. 7). Schließlich kann die monetäre Anerkennung als Aufwertung der Tätigkeit empfunden werden, so dass sich eine Bezahlung positiv auf die Engagementbereitschaft und Verlässlichkeit der Freiwilligen auswirkt (Zweiter Engagementbericht).

Außerdem wird argumentiert, dass einkommensschwachen Personen durch Geld- oder Sachleistungen das freiwillige Engagement oft erst ermöglicht wird (Zweiter Engagementbericht, S. 269; Jakob 2013, S. 7). Vorstellbar ist, dass sich durch monetäre Zuwendungen für Personen mit niedrigen Einkommen die Möglichkeit ergibt, anstelle einer gering bezahlten Nebentätigkeit eine Freiwilligentätigkeit auszuüben, weil sich hierdurch ebenfalls das benötigte zusätzliche Einkommen erzielen lässt. So können auch Personen eine Freiwilligentätigkeit übernehmen, die anderenfalls untätig geblieben wären (Jakob 2013, S. 8 f.).

Ferner kann bezahltes Engagement, wie z. B. Freiwilligendienste, den Zugang zu einem regulären Beschäftigungsverhältnis eröffnen oder bietet für bestimmte Personengruppen, die nicht in das Erwerbsleben eintreten können, die (letzte) Chance zur gesellschaftlichen Teilhabe in Verbindung mit der Erzielung eines Einkommens (Evers 2006, S. 67).

3.2 Risiken

3.2.1 Korrumpierung intrinsischer Motivation und Autonomieverlust

Entgegen der Überzeugung kommunaler Entscheidungsträger (Naumann/Schacher 2013, S. 51) betont Kardinal Lehmann (2013) die Risiken der Monetarisierung für das Motivationspotential freiwilligen Engagements und warnt, dass das Ehrenamt durch eine Entlohnung nicht attraktiver würde, sondern eine Geldzahlung vielmehr dessen grundlegende Wurzeln zerstöre. Diese Auffassung wird auch durch das von Heckhausen (1989, S. 455 ff.) beschriebene Phänomen, der „Korrumpierung intrinsischer Motivation durch extrinsischer Anreize“ untermauert. Eine monetäre Entlohnung stellt einen extrinsischen Anreiz dar, weil ihre Wirkung nicht aus der Tätigkeit selbst resultiert. Intrinsische Anreize liegen dagegen in der Aufgabe selbst begründet. Heckhausen (1989) zu-

folge, kann die Motivation sich für einen guten Zweck zu engagieren durch Zahlung einer Entschädigung abnehmen, weil der Erhalt einer Vergütung das Gefühl mindert, freiwillig und selbstbestimmt tätig zu sein. Folglich kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine Engagementförderung, die auf extrinsische Anreize in Form monetärer Entlohnung setzt, das eigentliche Motivationspotential des Engagements in den Hintergrund drängt.

Ähnlich argumentiert auch *Evers* (2007, S. 12), der anführt, dass eine materielle Entlohnung die Formalisierung des Engagements fördere und sich die Tätigkeit dadurch an die der Hauptamtlichen annähere. Es resultiere eine Verwischung der Grenzen zwischen Erwerbstätigkeit und Engagement. Diese Entwicklung könnte mit den Erwartungen der Freiwilligen an eine eigenverantwortliche und kreative Gestaltung ihres Engagements kollidieren. Letztlich kann Monetarisierung einen Verlust an Autonomie bedeuten, wenn an die monetäre Vergütung Ansprüche geknüpft sind, die nicht mit dem freien Willen der Engagierten übereinstimmen (Zweiter Engagementbericht, S. 268, S. 276). Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen (2014, S. 2 f.) betont, dass Geldzahlungen Abhängigkeiten schaffen und die Möglichkeit der Einbringung eigener Vorstellungen der Freiwilligen herabsetzen.

3.2.2 Verdrängung „regulärer“ Arbeitsplätze und Lohndumping

Zu den wesentlichen Argumenten gegen eine Monetarisierung freiwilliger Tätigkeiten zählt, dass bezahltes Engagement reguläre Arbeitsplätze verdrängen könnte. *Pinl* (2013; Zweiter Engagementbericht, S. 267) befürchtet, die Entlohnung Freiwilliger könnte eine „Deprofessionalisierung“ fördern und „unter dem Deckmantel der Ehrenamtlichkeit einen Niedriglohnsektor von schlecht bezahlten, nicht sozialversicherungspflichtigen Engagierten schaffen“.

In diesem Zusammenhang kommt es auch zu Grauzonen zwischen Engagement und Erwerbsarbeit (*Staudinger*, 2017), was Schwierigkeiten hinsichtlich der Einhaltung des Mindestlohnes und steuerrechtlicher Regelungen mit sich bringt. Dabei sticht die Kombination von der Ehrenamtspauschale aus § 3 Nr. 26 EStG mit einem Minijob hervor. Diese macht es möglich, dass zwar ein Lohn i. H. v. 640,- € monatlich ausbezahlt, dabei jedoch die Ehrenamtspauschale von 200,- € monatlich in Abzug gebracht wird, was zur Folge hat, dass auf den verbleibenden Restbetrag lediglich die Sozialabgaben eines Minijobs anfallen.

3.2.3 Gerechtigkeitskonflikte

Weitere Risiken der Monetarisierung betreffen Gerechtigkeitsfragen. Im Hinblick auf die Neugewinnung bzw. Bindung Freiwilliger ist zu befürchten, dass

Organisationen und Engagementbereiche benachteiligt werden, die nicht in der Lage sind hohe Aufwandsentschädigungen zu zahlen (Klie et al. 2009, S. 39).

Ferner werden Aspekte sozialer Gerechtigkeit berührt, weil die Monetarisierung des Engagements Ungleichheiten bei der Verteilung materieller Ressourcen eher verstärkt als diese zu reduzieren (Zweiter Engagementbericht, S. 269). Für Frauen etwa, denen der Zugang zu einer Vollzeitbeschäftigung verschlossen ist, kann der Erhalt eines Entgeltes zwar zunächst als Einkommensquelle und Aufwertung ihres Engagements gegenüber ihrer männlichen Partner dienen. Langfristig führt dies jedoch nicht zu finanzieller Absicherung, da aus der Tätigkeit keine Rentenansprüche erwachsen (Roß 2008, S. 214). Dadurch werden die positiven Effekte einer Entlohnung des Engagements überlagert. Jakob (2013, S. 7) weist zudem darauf hin, dass Engagierte mit höherem Bildungsabschluss häufiger eine Vergütung für ihr freiwilliges Engagement erhalten, als Personen mit Haupt- oder Volksschulabschluss.

4. Monetarisierung des Engagements in der ambulanten Pflege

Die zunehmende Wichtigkeit von Ehrenamtlichen bzw. freiwillig Engagierten in zahlreichen gesellschaftlichen Bereichen lässt sich besonders im Bereich der Pflege feststellen. Die so genannte „informelle Pflege“ im häuslichen Umfeld, jenseits der organisierten Strukturen, zählt bereits seit ihrer Einführung zu einer Säule der sozialen Pflegeversicherung. Daher ist man hier in besonderem Maße darauf angewiesen, genügend Engagierte gewinnen zu können.

Die Gründe für den hohen Bedarf an Freiwilligen in der Pflege sind vielfältig (Haubner 2017). Insbesondere das parallele Auftreten verschiedener gesellschaftlicher Entwicklungen ist hierfür ursächlich. So lässt sich zunächst ein anhaltender Fachkräftemangel feststellen. Gleichzeitig führt der demographische Wandel dazu, dass zunehmend mehr Ältere gepflegt werden müssen und zugleich immer weniger Jüngere für eine Pflege zur Verfügung stehen. Die jüngere Generation hat dabei zudem das Problem überhaupt die Zeit zu finden, um die Versorgung Pflegebedürftiger zu unterstützen. Besonders im ländlichen Raum gestaltet sich die Gewinnung von Freiwilligen schwierig, wofür auch die „Landflucht“, also die Abwanderung der jüngeren Bevölkerungsgruppen in urbane oder stadtnahe Metropolregionen, ursächlich ist (Kehl 2016).

Begleitet werden diese Entwicklungen durch einen Finanzierungsmangel in der Pflege (Braeseke et al. 2015, S. 38). Aus der demographischen Strukturänderung folgt, dass wenige erwerbstätige Beitragszahler immer mehr pflegebedürftige Beitragsempfänger der sozialen Pflegeversicherung finanzieren müssen. Einen Ausweg soll eine Verstärkung der informellen Pflege durch freiwillig Engagierte bieten. Diese könnten Versorgungsleistungen im Vergleich zu professionellen Kräften einerseits kostengünstiger erbringen. Andererseits ließen sich

entstehende Versorgungsdefizite infolge des Fachkräftemangels mithilfe zusätzlicher Freiwilliger zumindest teilweise reduzieren.

Dieser Lösungsansatz ist jedoch umstritten. So wird diskutiert, ob das freiwillige Engagement als Substitut für die öffentliche Daseinsvorsorge „missbraucht“ wird, wenn der Staat die Verantwortung für die Sicherstellung der ambulanten Pflege Freiwilligen aufbürdet und dabei strukturelle Finanzierungsdefizite ignoriert (*Pinl* 2015, S. 54; Erster Engagementbericht, S. 47). Ungeachtet dieser Diskussion ist eine Monetarisierung des Engagements in der ambulanten Pflege nun jedoch gesetzlich im SGB XI verankert. Dies gründet auf dem Gedanken, pflegende Angehörige entlasten zu können, wenn durch monetäre Anreize zusätzliche Freiwillige hinzugewonnen werden. Hierdurch soll auch § 3 SGB XI Rechnung getragen werden, wonach ambulante Versorgung Vorrang vor stationärer Pflege hat.

Die in der ambulanten Pflege häufig anzutreffende Form der Monetarisierung von Engagement liegt im so genannten „bezahlten freiwilligen Engagement“, das über eine reine Auslagererstattung hinausgeht (*Klie et al.* 2009). Wichtige Ausformung dieser Monetarisierung in der Pflege ist der Entlastungsbetrag gem. § 45b SGB XI. Dieser ist ausdrücklich dafür vorgesehen, für Unterstützungsangebote i. S. d. § 45a SGB XI aufgewendet zu werden, die so wörtlich in Abs. 1 S. 2 Nr. 1 „insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer“ durchführen sollen. Auf diesem Wege werden Pflegebedürftigen aus dem Versicherungserlös Beträge zugeteilt, die ausdrücklich „monetarisiertes Ehrenamt“ finanzieren sollen. Außerdem erfolgt eine Förderung dieser Ehrenamtlichen gemeinsam mit den pflegenden Angehörigen durch von der Pflegekasse finanzierte Pflegekurse i. S. d. § 45 SGB XI, um diesen Engagierten das nötige Fachwissen für eine Tätigkeit in der häuslichen Pflege zu vermitteln (ausführlich zum Ehrenamt im SGB XI: *Hoffmeister/Hille* 2015). Schließlich besteht nach § 45d SGB XI eine jährliche Förderung zum Aufbau ehrenamtlicher Strukturen, vor allem Selbsthilfegruppen, in Höhe von 0,10 Euro pro Versichertem – was mit Stand der Versichertenzahl vom 01.07. (BMG 2016) einem Gesamtbetrag von gut 7 Millionen Euro für das Jahr 2016 entspricht.

5. Bewertung der Risiken der Monetarisierung für die ambulante Pflege

5.1 Korrumpierung intrinsischer Motivation

Aus der sozialpsychologischen Literatur ist zu entnehmen, dass der Einsatz extrinsischer Anreize in Form von Geld zu einer Reduzierung der intrinsischen Motivation führen kann (*Deci et al.* 1999). Nach *Deci et al.* (1999) kann eine Geldzahlung von ihrem Empfänger auf unterschiedliche Weise interpretiert werden. Menschen streben nach Autonomie und Kompetenz. Wird die Geld-

zahlung als Bestätigung von Kompetenz verstanden, kann sich dies positiv auf die intrinsische Motivation auswirken. Wird die Geldzahlung aber als Kontrolle interpretiert, setzt dies das Autonomiegefühl des Empfängers herab, und die intrinsische Motivation sinkt. Weiterhin erläutern *Deci et al.* (1999), dass, bei – aus Sicht der Ausführenden – interessanten Tätigkeiten, eine Geldzahlung auch dann die intrinsische Motivation herabsetzt, wenn das Geld als Anerkennung für gute Leistung dient.

Da angenommen werden kann, dass Freiwillige in der Pflege ihre Tätigkeit als interessant und sinnvoll empfinden, ist davon auszugehen, dass ihre intrinsische Motivation durch monetäre Anreize abnimmt. Und zwar unabhängig davon, ob das Geld als Mittel zur Kontrolle oder Bestätigung guter Leistung gewertet wird. Insgesamt erscheint es zwar unrealistisch, dass Engagierte ihre freiwillige Tätigkeit beenden, weil sie fortan eine Geldzahlung erhalten. Allerdings ist vorstellbar, dass die Zahl der geleisteten Stunden oder die Identifikation mit den Zielen der wohltätigen Organisation abnehmen. Denkbar ist auch, dass die Gewinnung neuer Freiwilliger erschwert wird, weil die Tätigkeit selbst weniger intrinsische Anreize bietet.

Vor diesem Hintergrund ist die Ausgestaltung der §§ 45a und b SGB XI problematisch, da hiernach die Zahlung einer Aufwandsentschädigung für Freiwillige, die ihre Leistung im Rahmen niedrigschwelliger Angebot erbringen, gesetzlich vorgesehen ist. Ein Ehrenamt eines niedrigschwelligen Angebots ohne Bezahlung sieht das SGB XI nicht vor. Eine Möglichkeit zur Reduzierung der negativen Auswirkungen monetärer Anreize könnte darin bestehen, den Engagierten innerhalb ihrer Organisation eine Möglichkeit zur regelmäßigen Spende ihrer Aufwandsentschädigung zu eröffnen. So würden sie zum einen durch ihre Tätigkeit und zum anderen durch die Spende ihrer dafür erhaltenen Aufwandsentschädigung die Ziele ihrer Organisation doppelt unterstützen können. Ob sich hierdurch tatsächlich die Verdrängung intrinsischer Motivation vermeiden lässt, wäre jedoch gesondert empirisch zu prüfen.

5.2 Verdrängung von Arbeitsplätzen und Lohndumping

Mit Blick auf eine Verdrängung „regulärer“ Arbeitsplätze ist zu berücksichtigen, dass nur dort reguläre Arbeitsplätze bedroht werden können, wo diese vorhanden und auch zukünftig finanzierbar sind. Für Kommunen und gemeinnützige Organisationen eröffnet sich durch den Einsatz der im Vergleich zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten kostengünstigeren bezahlten Freiwilligen die Chance, Leistungen aufrechterhalten zu können, die aufgrund knapper finanzieller Mittel oder fehlender personeller Ressourcen anders nicht (mehr) bereitgestellt werden könnten. Dies betrifft, wie beschrieben, in besonderem Maße die ambulante Pflege, aber auch die Daseinsvorsorge (Zweiter

Engagementbericht, S. 270 ff.) besonders in ländlichen oder strukturschwachen Regionen.

Die Lösung eines drohenden Lohndumpings ist auch für den Bereich der ambulanten Pflege auf politischer Ebene zu realisieren und liegt in einem eindeutigen Verbot der Kombination von Minijob mit Ehrenamt und Ehrenamtspauschale, wie es im Engagementbericht (Zweiter Engagementbericht, S. 281) vorgeschlagen wird.

5.3 Gerechtigkeitskonflikte

Das Argument, Monetarisierung würde soziale Ungleichheit weiter verstärken, weil aus dem Engagement keine Sozialversicherungsansprüche erwachsen, kann nur für in dieser Untersuchung nicht berücksichtigte Pflegepersonen i. S. d. § 19 SGB XI ausgeräumt werden. Denn Pflegepersonen erhalten für ihr sehr zeitaufwändiges Engagement (von mindestens 10 Stunden/Woche) gem. § 44 SGB XI Leistungen zur sozialen Sicherung. Derartige Sicherung findet jedoch nicht statt für die hier betrachteten sonstigen Engagierten, wie bspw. Ehrenamtliche i. S. v. § 45b SGB XI oder freiwillige Helfer aus Wohlfahrtsverbänden oder kirchlichen Organisationen.

6. Prüfung der Chancen von Monetarisierung in der ambulanten Pflege

Offen ist, wie die Chancen der Monetarisierung für den Bereich der ambulanten Pflege zu bewerten sind und ob es dadurch tatsächlich möglich ist, den notwendigen Bedarf an Freiwilligen zu decken. Bei Umsetzung eines neuen Versorgungskonzeptes der Bertelsmann-Stiftung „Pflege vor Ort gestalten“ (Hackmann et al. 2014) würden für eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung in Deutschland etwa zwischen 1,4 und 5 Millionen zusätzliche Freiwillige benötigt (Niens et al. 2016, S. 46).

Vor dem Hintergrund der Chancen der Monetarisierung stellt sich ungeachtet der Risiken die Frage, ob sich finanzielle Anreize eignen, um einerseits neue Freiwillige für die ambulante Pflege zu gewinnen und andererseits die Motivation der bereits Engagierten zu erhalten oder wenigstens nicht derartig zu verringern, dass ihre Engagementbereitschaft sinkt.

Die Überprüfung dessen kann am besten auf empirischer Grundlage erfolgen, wobei die Motive und Erwartungen freiwillig Engagierter in der ambulanten Pflege im Mittelpunkt stehen müssen.

Weiterhin stellt sich die Frage, ob die gewonnen Erkenntnisse hinsichtlich der Motive und Erwartungen Engagierter in der ambulanten Pflege auf Freiwillige

in anderen Engagementbereichen übertragbar sind oder ein Zusammenhang zwischen den Charakteristika der freiwilligen Tätigkeit und der Bedeutung monetärer Anreize besteht. Zu klären ist entsprechend, ob die Motive und die Bedeutung monetäre Anreize in Abhängigkeit von der Art der freiwilligen Tätigkeit variieren. Um dies zu untersuchen, ist ein Vergleich mit Freiwilligen eines anderen Engagementbereichs notwendig, wobei sich die Charakteristika dieser freiwilligen Tätigkeit möglichst klar von denen der ambulanten Pflege unterscheiden sollten.

6.1 Spannungsfelder des Engagements – Umweltschutz als Vergleichsgruppe zur Pflege

Die Vielfalt freiwilligen Engagements, kann mithilfe von Spannungsachsen abgebildet werden, die die Charakteristika der zahlreichen Engagementformen in Deutschland gegenüberstellen (Zweiter Engagementbericht, S. 108 ff.). Die Ausgestaltung des Engagements kann variieren zwischen „Konflikt und Wandel“ als ein Endpunkt der Achse und „Konsens und Bewahrung“ als gegenüberliegendem Pol. Zudem kann Engagement einerseits „Dialog und Mitsprache“, andererseits aber auch „Freiwilligenarbeit“ im Sinne des praktischen Tuns bedeuten. Weiterhin sind formell organisiertes und informelles Engagement zu unterscheiden, wobei entweder das Ziel verfolgt wird die eigene gesellschaftliche Gruppe, oder die Integration „Fremder“ zu unterstützen. Auch kann Engagement zwischen „Geselligkeit“ und „Zielorientierung“ sowie „gemeinschaftlicher Kooperation“ und „zweckorientierter professionalisierter Organisation“ variieren (Zweiter Engagementbericht, S. 112 ff.).

Bei Betrachtung der Charakteristika unterschiedlicher Engagementbereiche wird deutlich, dass der Umweltschutz besonders als Vergleichsgruppe zur ambulanten Pflege geeignet ist, da sich die Tätigkeiten sehr unterschiedlich in den Spannungsfeldern des Engagements verorten. Während das Engagement in der Pflege durch Wahrung traditioneller Werte und des Gemeinnsinns geprägt ist, zeichnet sich Freiwilligentätigkeit im Umweltschutz viel stärker durch Protest, Widerstand sowie Zweckorientierung aus.

Häufig wird im Umweltschutz das Ziel verfolgt, Probleme transparent zu machen oder sich für umweltfreundliche Verhaltensweisen einzusetzen, die von der Mehrheit der Gesellschaft als überflüssig angesehen werden, mit dem Ziel gesellschaftliche Veränderungen zu bewirken. Hingegen zählen für Freiwillige in der ambulanten Pflege das soziale Miteinander, die Pflege von Kontakten und die Bewahrung von traditionellen Werten, wie Loyalität oder Vertrauen, die aus ihrer Sicht von der Gesellschaft nicht mehr hinreichend verwirklicht werden. Damit ist das Engagement in der Pflege mit „Konsens und Bewahrung“, jenes im Umweltschutz mit „Konflikt und Wandel“ verbunden (Zweiter Engagementbericht, S. 112 ff.). Beide Engagementformen können zwar in prak-

tischem Tun bestehen. Das Engagement in der Pflege findet jedoch meist fernab von politischer Aktivität statt, wohingegen Aktive aus dem Umweltschutz durch „Dialog und Mitsprache“ bei politischen Entscheidungen regelmäßig als Interessenvertreter mitwirken. Im Umweltschutz geht es oft um zweckorientiertes Handeln, das zum Teil durch große Organisationen professionell organisiert wird. In der Pflege steht dagegen eher Geselligkeit und gemeinschaftliche Kooperation im Vordergrund. Zudem handelt es sich bei einer freiwilligen Tätigkeit in der Pflege um ein personenbezogenes Engagement. Die Tätigkeit kommt einer oder mehreren konkreten Hilfebedürftigen zugute. Dagegen setzt sich ein Engagierter im Umweltschutz zumindest nicht ausschließlich für bestimmte Personen ein, sondern auch für unbekannte Adressaten wie zukünftige Generationen oder den Schutz von bedrohten Tieren und Pflanzen.

Weitere Unterschiede zwischen dem Engagement in der ambulanten Pflege und Umweltschutz bestehen hinsichtlich der Monetarisierung. Auf die gesetzliche Förderung der Monetarisierung des Engagements in der Pflege wurde bereits in Kapitel 4 hingewiesen. Im Hinblick auf eine freiwillige Tätigkeit im Umweltschutz zeigt sich, dass finanzielle Anreize ebenfalls eine Rolle spielen, jedoch in geringerem Ausmaß. So sieht die Finanzordnung des Naturschutzbund Deutschland e.V. (NABU) ausdrücklich vor, dass auch Aufwandsentschädigungen gezahlt werden können, wobei explizit unterschieden wird zwischen Auslagererstattung und Aufwandsentschädigung. Zudem ist auch für den Engagementbereich des Umweltschutzes anzunehmen, dass eine Monetarisierung durch staatliche Mittel jedenfalls nicht ausgeschlossen ist. Denn regelmäßig werden Projekte zum Schutz von Umwelt und Natur auch durch staatliche Zahlungen, wie etwa im Rahmen der Verbändeförderung des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (2017), finanziert. Dabei können Teile der staatlichen Gelder von Organisationen wie dem NABU, durchaus zur Zahlung einer Aufwandsentschädigung eingesetzt werden, so dass der Staat auch im Bereich des Umweltschutzes zumindest mittelbar zur Monetarisierung des freiwilligen Engagements beiträgt. Die Schaffung eines eigenen Aufgabenfeldes für „bezahlte Ehrenamtliche“ wie es in der ambulanten Pflege durch § 45b SGB XI der Fall ist, existiert im Umweltschutz jedoch nicht.

6.2 Zielsetzung

Mithilfe einer quantitativen Befragung Freiwilliger aus dem Umweltschutz und der ambulanten Pflege werden die Bedeutung einer monetären Aufwandsentschädigung und weiterer Beweggründe für freiwilliges Engagement untersucht. Es wird vermutet, dass unterschiedliche Positionen in den Spannungsfeldern des Engagements mit unterschiedlichen Motiven und Ansprüchen der Aktiven an die freiwillige Tätigkeit einhergehen. H1 und H2 untersuchen daher,

ob sich die Motive und Ansprüche der Freiwilligen aus dem Umweltschutz und der ambulanten Pflege unterscheiden.

H1: Die Motive für das Engagement im Umweltschutz und der Pflege und die Ansprüche der Freiwilligen an ihre Tätigkeit sind verschieden.

H2: Die Bedeutung der monetären Aufwandsentschädigung unterscheidet sich zwischen Freiwilligen im Umweltschutz und Freiwilligen in der Pflege.

Die H3 resultiert aus den Ergebnissen vorhergehender Untersuchungen die zeigen, dass freiwilliges Engagement eher intrinsisch und altruistisch als egoistisch und extrinsisch motiviert ist (Niens et al. 2016; Oostlander et al. 2014; Freiwilligensurvey 2014; Clary et al. 1998).

H3: Eine monetäre Entlohnung ist Freiwilligen weniger wichtig als intrinsische Anreize, unabhängig davon, ob Sie im Umweltschutz oder der Pflege aktiv sind.

H4 und H5 nehmen direkten Bezug auf die in Kapitel 3.1 beschriebene Annahme, finanzielle Anreize könnten die Stabilität des Engagements fördern. Es wird geprüft, ob eine monetäre Entlohnung die Verbindlichkeit des Engagements und Einsatzbereitschaft positiv beeinflusst.

H4: Die Fluktuationsneigung von Freiwilligen, die eine monetäre Aufwandsentschädigung erhalten ist geringer, unabhängig vom Engagementbereich.

H5: Engagierte, für die eine monetäre Aufwandsentschädigung von Bedeutung ist, leisten mehr Stunden freiwillige Arbeit pro Monat, unabhängig vom Engagementbereich.

6.3 Prüfung der Hypothesen

Die Durchsicht des Freiwilligensurveys 2014¹ ergab, dass die Überprüfung der H1–H5 nicht mithilfe der dort erhobenen Daten erfolgen kann. Hierfür sind die folgenden Punkte ursächlich:

- Im Freiwilligensurvey 2014 werden die Engagementbereiche ambulante Pflege und Umweltschutz nicht explizit ausgewiesen. Vielmehr verteilen sich Engagierte aus der Pflege auf die Kategorien Gesundheit, Sozialer Bereich sowie Geselligkeit und Freizeit.
- Im Vergleich zum Freiwilligensurvey muss hier ein enges Verständnis von Engagement zugrunde gelegt werden. Es wird verlangt, dass die Befragten aktuell engagiert und darüber hinaus in eine Organisation eingebunden sind.

¹ Der Freiwilligensurvey ist eine telefonische Befragung von Personen über 14 Jahren zum freiwilligen Engagement in Deutschland und dient der Sozialpolitik als grundlegende Quelle zur Bewertung von freiwilligem Engagement. Er wird erstellt vom Deutschen Zentrum für Altersfragen und durchgeführt durch das infas-Institut.

Die Einbindung in eine Organisation ist notwendig, da § 45b SGB XI dies als Bedingung formuliert, damit Freiwillige aus dem Entlastungsbetrag monetär entschädigt werden können. Um sicherzustellen, dass Freiwillige befragt werden, die auch von der Förderung der Monetarisierung des Engagements in der Pflege betroffen sind, muss die organisatorische Einbindung Voraussetzung für die Befragungsteilnahme sein.

- Die Bedeutung monetärer Anreize sowie die Vielfalt der Motive Engagierter werden im Freiwilligensurvey nicht zufriedenstellend erfasst. So kritisiert *Ahrens* (2017), dass das Hilfemotiv, die Möglichkeit zur Erweiterung von Kompetenzen, zur Übernahme von Verantwortung und zur Vertretung eigener Interessen nicht erfasst werden. Auch *Priller* und *Strachwitz* (2017, S. 23) fordern „eine grundlegende Überarbeitung, stärkere Differenzierung und zeitgemäße Aktualisierung bei den Fragen zu den Engagementmotiven“.
- Vor diesem Hintergrund wurde eine eigene Befragung Engagierter durchgeführt. Diese hat zum Ziel, die Motive und Erwartung von Freiwilligen aus der ambulanten Pflege und dem Umweltschutz durch die Einbeziehung einer etablierten Motivskala sowie der Berücksichtigung unterschiedlicher Arbeitscharakteristika in Anlehnung an die Arbeitsmotivationsforschung detaillierter abzubilden.

7. Quantitative Befragung Engagierter in der ambulanten Pflege und im Umweltschutz

7.1 Methodik

Von Mai bis Juni 2016 wurden in Deutschland insgesamt 242 Personen ab 18 Jahren, welche sich freiwillig im Umweltschutz oder für ambulant versorgt Pflegebedürftige engagieren, schriftlich befragt. Hierzu wurde ein Fragebogen von Studierenden eines Forschungsseminars an Freiwillige ausgegeben, welche ihre Tätigkeit regelmäßig und eingebunden in eine Organisation ausüben. Nach Einholung des Einverständnisses der Organisationsleitung wurden die Fragebögen persönlich an die Aktiven übergeben. Die Einbindung in eine Organisation war Teilnahmevoraussetzung, da die Vergütung Ehrenamtlicher in der ambulanten Pflege gemäß § 45a ff. SGB XI an eine Organisationszugehörigkeit gebunden ist. Hierdurch sollte sichergestellt werden, dass gezielt die Freiwilligen befragt werden, auf die die gesetzlich vorgesehene Monetarisierung zugeschnitten ist und nicht bspw. gelegentliche Helfer.

Der eingesetzte Fragebogen enthielt offene und geschlossene Fragen zum aktuellen Engagement sowie zur Wichtigkeit verschiedener Merkmale der freiwilligen Tätigkeit wie der Aufwandsentschädigung, zu Motiven und zur Soziodemographie der Befragten. Die Motive für das Engagement wurden mittels einer

deutschen Version des „Volunteer Functions Inventory“ (VFI) (Clary et al. 1998; Oostlander et al. 2014) erhoben. Insgesamt haben Clary et al. (1998) sechs verschiedene funktionale Motivklassen (Tabelle) empirisch ermittelt, welche mit 30 Items (je 5 Items pro Funktion) und hier mit 5-stufigen endpunktbenannten Skalen von 1 = „gar nicht wichtig“ bis 5 = „sehr wichtig“ gemessen wurden. Ergänzend wurde das Motiv „Politische Verantwortung“ nach Bierhoff et al. (2007) aufgenommen. Zusätzlich zur Bedeutung der Aufwandsentschädigung wurde angelehnt an Herzberg et al. (1967), Hackman/Oldham (1976) und Sims et al. (1976) die Wichtigkeit weiterer Tätigkeitsmerkmale wie Vielfalt der Aufgabe, Autonomie und Feedback ebenfalls mittels 5-stufiger endpunktbenannter Skalen ermittelt. Der Fragebogen wurde mithilfe kognitiver Pretests (n = 11) geprüft.

Die Datenauswertung erfolgt mittels SPSS 24. Zur Prüfung der Hypothesen wurden, da die Daten nicht der Normalverteilungsannahme entsprechen, nicht-parametrische Tests durchgeführt, wobei die Effektstärke wie folgt berechnet wurde: $r = z \div \sqrt{n}$ (Field 2005). Nach Cohen (1988, S. 82) entspricht $r = ,10$ einem kleinen Effekt, $r = ,30$ einem mittleren Effekt und $r = ,50$ einem großen Effekt. Mittels einer Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation konnten die Daten zur Wichtigkeit der Merkmale der Freiwilligentätigkeit zu den drei Faktoren: „Autonomer Erfolg“ (sechs Items), „Soziale Anerkennung“ (drei Items) und „Finanzielle Anerkennung“ (zwei Items) verdichtet werden. Durch die Varimaxrotation wird die Varianz innerhalb eines Faktors maximiert. Ziel ist es nur eine geringe Anzahl von Items, welche besonders hoch auf eine Dimension laden, zu einem gemeinsamen Faktor zu verdichten, sodass dessen Interpretierbarkeit erleichtert wird.

Die Motiv-Items wurden nach Clary et al. (1998) zu sechs Dimensionen zusammengefasst (Tabelle). Die Überprüfung der Skalengüte erfolgte über Cronbach's α , wobei jeweils eine Skalengüte von $\alpha > ,70$ erreicht wird.

7.2 Ergebnisse

7.2.1 Soziodemographie nach Engagementgruppen

Gut 45 % der Befragten (n = 110) engagieren sich freiwillig für Pflegebedürftige, etwa 55 % (n = 132) sind im Umweltschutz aktiv. Von den 128 befragten Frauen sind 86 (67 %) für Pflegebedürftige freiwillig tätig. Dagegen führen 80 % der 101 befragten Männer eine Freiwilligentätigkeit im Umweltschutz aus. Die Freiwilligen im Umweltschutz sind im Mittel 56 Jahre alt wobei 19 % aus Wohnorten mit weniger als 5000 Einwohnern stammen und sich somit ländlichen Regionen zuordnen lassen. Personen, die sich für Pflegebedürftige engagieren, sind im Mittel 60 Jahre alt, gut 39 % von ihnen leben im ländlichen Raum.

Etwa 10 % der Befragten, die Pflegebedürftige unterstützen, besitzen ein Abitur oder einen höheren Bildungsabschluss. Dagegen besitzen knapp 80 % der Freiwilligen im Umwelt- und Naturschutz mindestens ein Abitur. Freiwillige im Umweltschutz engagieren sich durchschnittlich 25 Stunden (Median (md) = 15,00; Standardabweichung (sd) = 30,34), wobei 16 % hauptberufliche Vorerfahrungen besitzen. Nur 10 % erhalten eine regelmäßige Aufwandsentschädigung, die meist unter 5 Euro pro Stunde beträgt. Personen, die Pflegebedürftige freiwillig unterstützen, engagieren sich mit durchschnittlich 16 Stunden pro Monat (md = 13,50; sd = 13,07) zeitlich in etwas geringerem Umfang. Jedoch besitzen mit 42 % deutlich mehr Personen hauptberufliche Vorerfahrung, 26 % erhalten eine Aufwandsentschädigung, deren Höhe im Durchschnitt zwischen 5 und 10 Euro beträgt. Mehr als 90 % der Befragten beider Bereiche sind bereits länger als ein Jahr freiwillig tätig.

7.2.2 Motive, monetäre Anreize und Tätigkeitsmerkmale nach Engagementbereich

H1: Die Motive für das Engagement im Umweltschutz und der Pflege und die Ansprüche der Freiwilligen an ihre Tätigkeit sind verschieden.

Das wichtigste Motiv für freiwilliges Engagement ist die Wertefunktion und somit der Ausdruck von Altruismus. An zweiter Stelle folgt für Aktive im Umweltschutz das Bestreben, politische Veränderungen herbeizuführen, welches im Bereich Pflege gemeinsam mit der sozialen Anpassungsfunktion nur das viertwichtigste Motiv darstellt. Es folgen die Erfahrungsfunktion und die Selbstwertfunktion. Die Erfahrungsfunktion ist für Aktive aus beiden Engagementbereichen gleich wichtig, jedoch ist sie für Freiwillige aus der Pflege das zweitwichtigste Motiv, während sie im Umweltschutz das drittwichtigste Motiv darstellt. Die Soziale Anpassungsfunktion, Selbstschutz und verbesserte Karriereaussichten sind dagegen beiden Engagementgruppen weniger wichtig (Tabelle).

Die Freiwilligen möchten selbstbestimmt und eigenverantwortlich arbeiten sowie positives Feedback und sichtbare Erfolge erzielen. Zudem legen sie Wert auf die Anerkennung durch andere Ehrenamtliche und die Organisationsleitung. Eine monetäre Anerkennung wird dagegen weniger wertgeschätzt und ist den Befragten beider Engagementbereiche eher unwichtig (Tabelle). Außerdem ist allen Befragten eine vertrauensvolle Atmosphäre unter den Freiwilligen ihrer Organisation sehr wichtig (md = 5).

Signifikante Unterschiede zwischen den Motiven von Freiwilligen im Umweltschutz und in der Pflege sind für „Politische Verantwortung“, die Wertefunktion, die Selbstwert- und die Schutzfunktion nachzuweisen. Bezüglich der Erwartungen an die Tätigkeit unterscheiden sich die Freiwilligen hinsichtlich der Wertschätzung sozialer Anerkennung signifikant. Die Effektstärken sind

gering, mit Ausnahme bei der Selbstwertfunktion und des Motives „Politische Verantwortung“ (Tabelle). Für Freiwillige aus dem Umweltschutz ist die „Politische Verantwortung“ signifikant wichtiger. Dagegen ist für Aktive in der Pflege die Steigerung des Selbstwertgefühls durch ihr Engagement von signifikant höherer Bedeutung. Die H1 kann somit aufrechterhalten werden.

H2: Die Bedeutung der monetären Aufwandsentschädigung unterscheidet sich zwischen Freiwilligen im Umweltschutz und Freiwilligen in der Pflege.

In Bezug auf die Bedeutung einer monetären Aufwandsentschädigung liegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Engagementgruppen vor (Tabelle). Folglich ist die H2 abzulehnen. Monetäre Anreize sind für beide Engagementgruppen gleich (un-)wichtig.

Signifikante Unterschiede hinsichtlich der Bedeutung einer monetären Aufwandsentschädigung zwischen Männern und Frauen wurden ebenfalls nicht gefunden ($z = -2,465$, $p > .05$, $n = 184$). Jedoch sinkt die Bedeutung der Aufwandsentschädigung mit steigendem Alter der Befragten ($r_s = -.344$, $p < .000$, $n = 200$).

Tabelle

Bedeutung der funktionalen Motive (a-f) nach *Clary* et al. (1998), des Motives „Politische Verantwortung“ nach *Bierhoff* et al. (2007) (g) sowie verschiedener Tätigkeitsmerkmale (h-j) nach Engagementbereich: 1 = „gar nicht wichtig“ bis 5 = „sehr wichtig“, Median (md), signifikante Unterschiede und Effektstärke r (H1-H2).

	Pflege md	Umweltschutz md	Mann-Whitney-Test (H1 & H2)
a. Werte: Ausdruck von Altruismus	4,4	4,2	$p = ,018$, $z = -2,367$, $n = 187$, $r = ,18$
b. Erfahrung: Erweiterung von Wissen/persönlichen Fähigkeiten	3,8	3,8	$p > ,05$
c. Selbstwert: Steigerung des Selbstwertgefühls	3,7	2,8	$p < ,001$, $z = -6,036$, $n = 203$, $r = ,42$
d. Soziale Anpassung: Stärkung von Sozialkompetenzen	2,6	2,7	$p > ,05$
e. Schutz: Schutz vor Schuldgefühlen besser gestellt zu sein als andere	2,2	1,6	$p < ,001$, $z = -3,645$, $n = 222$, $r = 0,24$
f. Karriere: Verbesserung der Karriereaussichten	1,8	1,6	$p > ,05$

	Pflege md	Umweltschutz md	Mann-Whitney-Test (H1 & H2)
g. Politische Verantwortung: Sensibilität für gesellschaftliche Missstände und Wunsch diese zu reduzieren	2,6	4,0	$p < ,001$, $z = -5,709$ $n = 204$, $r = ,40$
h. Autonomer Erfolg: Eigenverantwortliches Arbeiten/positives Feedback/Mitbestimmung	4,0	4,0	$p > ,05$
i. Soziale Anerkennung: Anerkennung durch die Organisationsleitung/andere Freiwillige	3,7	3,3	$p = ,009$, $z = -2,610$, $n = 203$, $r = ,18$
j. Finanzielle Anerkennung: Bedeutung monetärer Aufwandsentschädigung	2,0	2,5	$p > ,05$

Quelle: Eigene Erhebung. Die vollständige deutsche Version der VFI-Skala kann bei Oostlander et al. (2014) eingesehen werden. Die Ergebnisse der Einzelitems sind von den Autoren beziehbar.

7.2.3 Wichtigkeit monetärer Anreize und intrinsischer Motive

H3: Eine monetäre Entlohnung ist Freiwilligen weniger wichtig als intrinsische Anreize, unabhängig davon, ob Sie im Umweltschutz oder der Pflege aktiv sind.

Für die Befragten aus der Pflege und dem Umweltschutz sind die Werte- (md = 4,2, asymptotischer Wilcoxon-Test: $z = -9,97$, $p < ,000$, $n = 171$, $r = ,76$) und die Erfahrungsfunktion (md = 3,8, asymptotischer Wilcoxon-Test: $z = -10,04$, $p < ,000$, $n = 186$, $r = ,74$) signifikant wichtiger als eine monetäre Anerkennung (md = 2,0). Ebenfalls ist „Autonomer Erfolg“ im Rahmen des Engagements (md = 4,0 asymptotischer Wilcoxon-Test: $z = -10,08$, $p < ,000$, $n = 168$, $r = ,78$) von signifikant höherer Bedeutung als eine monetäre Anerkennung. Gleiches gilt für die Selbstwertfunktion (md = 3,2, asymptotischer Wilcoxon-Test: $z = -6,667$, $p < ,000$, $n = 203$, $r = ,46$) und das Bestreben politische Verantwortung zu übernehmen (md = 3,7, asymptotischer Wilcoxon-Test: $z = -6.610$, $p < ,000$, $n = 205$, $r = ,46$). Es handelt sich jeweils um mittlere bis starke Effekte mit hoher empirischer Relevanz.

Bei der Werte- und der Erfahrungsfunktion stehen die Identifikation mit den Zielen des Engagements und das Interesse an der Tätigkeit selbst im Vordergrund (Oostlander et al. 2014, S. 75 f.). Gleiches gilt für das Motiv „Politische Verantwortung“. Der Anreiz sich zu engagieren, liegt in der Tätigkeit selbst begründet und erfolgt aus innerem Antrieb. Intrinsische Anreize können auch aus

der Gestaltung der Tätigkeit selbst und den „Arbeitsbedingungen“ resultieren. Mit der Zunahme des Grads an Autonomie, der empfundenen Sinnhaftigkeit der Aufgabe und positiven Feedbacks kann die intrinsische Motivation zunehmen (Hackman/Oldham 1976). Die Freiwilligen messen somit unabhängig vom Engagementbereich intrinsischen Anreizen und altruistischen Motiven einen signifikant höheren Wert zu als extrinsischen Anreizen in Form monetärer Entlohnung. H3 darf angenommen werden.

Darüber hinaus besteht ein starker positiver Zusammenhang zwischen der Karrierefunktion und der Bedeutung einer monetären Entlohnung ($r_s = .500$, $p < .000$, $n = 184$). Freiwillige, die hohen Wert auf eine monetäre Entlohnung legen, ist auch die Karrierefunktion wichtig. Extrinsische Motivation geht demnach mit hoher Bedeutung egoistischer Motive einher.

7.2.4 Monetäre Aufwandsentschädigung, Verbindlichkeit und Einsatzbereitschaft

H4: Die Fluktuationsneigung von Freiwilligen, die eine monetäre Aufwandsentschädigung erhalten ist geringer, unabhängig vom Engagementbereich.

Die Fluktuationsneigungen von Engagierten mit und ohne monetäre Aufwandsentschädigung (je $md = 1$) sind nicht signifikant verschieden ($z = -.189$, $p > .05$, $n = 202$). Die H4 ist daher abzulehnen. Mit steigender Wichtigkeit der Wertefunktion nimmt jedoch die Fluktuationsneigung der Befragten ab ($r_s = -.204$, $p < .005$, $n = 183$). Auch besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Bedeutung monetärer Entlohnung und der Fluktuationsneigung ($r_s = .204$, $p < .017$, $n = 202$). Insgesamt sind die Effekte jedoch gering.

H5: Engagierte, für die eine monetäre Aufwandsentschädigung von Bedeutung ist, leisten mehr Stunden freiwillige Arbeit pro Monat, unabhängig vom Engagementbereich.

Im Durchschnitt leisten Freiwillige, die eine monetäre Aufwandsentschädigung erhalten signifikant ($z = -2,188$, $p = ,028$, $n = 204$, $r = ,15$) mehr Stunden pro Monat ($md = 19$) als Freiwillige ohne monetäre Entlohnung ($md = 12$). Jedoch ist der Unterschied für Engagierte im Umweltschutz nicht signifikant. Auch ist die Effektstärke gering. Insgesamt darf die H5 jedoch nicht abgelehnt werden.

8. Diskussion

Die Annahme, durch monetäre Anreize ließen sich Freiwillige einfacher gewinnen bzw. die Verbindlichkeit des Engagements erhöhen, kann auf Basis der hier durchgeführten Befragung nicht bestätigt werden. Eine monetäre Entloh-

nung ist Freiwilligen eher unwichtig und Fluktuationsgedanken sind unabhängig von dem Erhalt einer Geldzahlung. Dies gilt für die ambulante Pflege und den Umweltschutz gleichermaßen. Zwar leisten entlohnte Freiwillige, vor allem in der ambulanten Pflege, mehr Stunden pro Monat, was ein Hinweis auf eine Anreizwirkung und Erhöhung der Verbindlichkeit infolge monetärer Anreize darstellen kann. Der Effekt ist allerdings gering und muss zur Absicherung an einer repräsentativen Stichprobe untersucht werden. Gleiches gilt für die positive Beziehung zwischen Fluktuationsneigung und der Bedeutung einer monetären Aufwandsentschädigung einerseits, und dem negativen Zusammenhang zwischen der Wertefunktion und der Fluktuationsneigung andererseits.

Um neue Freiwillige zu gewinnen und bereits aktive zu binden, sollte auf die Bedürfnislage der Betroffenen abgestellt werden. Nach *Clary et al. (1994)* ist Werbung besonders wirksam, wenn gezielt die Funktionen des Engagements angesprochen werden, die für Freiwillige wichtig sind. Die Motive für die Aufnahme der Tätigkeit und die dauerhafte Fortsetzung unterscheiden sich dabei nicht. Freiwillige, die einen für sich relevanten Nutzen aus der Tätigkeit ziehen, sind zufriedener und planen eine dauerhafte Fortsetzung ihres Engagements (*Clary et al. 1998*). Diese Erkenntnis verlangt nach einer möglichst optimalen Passung zwischen der Ausgestaltung der freiwilligen Tätigkeit und den Bedürfnissen der (zukünftigen) Aktiven.

Im vorliegenden Fall sind die Freiwilligen intrinsisch und altruistisch motiviert. Dieses Ergebnis entspricht denen vorgehender Studien (z. B. *Niens et al. 2016; Oostlander et al. 2014; Hackman/Oldham 1976*). So sind den Befragten, unabhängig von Engagementbereich altruistische Aspekte, Wissens- und Erfahrungserweiterung, Autonomie und Erfolg, Mitbestimmungsmöglichkeiten sowie soziale Anerkennung und Vertrauen deutlich wichtiger als Geldzahlungen. Ausgehend von den Befragungsergebnissen können daher für Organisationen im Umweltschutz und in der ambulanten Pflege folgende Empfehlungen für die Ausgestaltung einer freiwilligen Tätigkeit formuliert werden:

- Um dem Bedürfnis nach sozialer Anerkennung, eigenen Erfolgen und dem Wunsch „etwas Gutes für andere zu tun“ gerecht zu werden, sollten Aktive ein regelmäßiges Feedback über Ergebnisse und Wichtigkeit ihrer Tätigkeit erhalten, entweder von denjenigen, die vom Engagement profitieren, von anderen Freiwilligen oder der Organisationsleitung. Hierzu sollten regelmäßige Treffen der Engagierten mit freiwilliger Teilnahme durchgeführt werden. Bei Bedarf kann die Organisationsleitung oder die Ehrenamtskoordination eingebunden werden.
- Um den Bedürfnissen nach Mitbestimmung und Eigenverantwortung Rechnung zu tragen, sollten Freiwillige die Gelegenheit erhalten, gemeinsame Ziele und Wünsche zu formulieren, die dann an höhere Stellen herangetragen

und dort berücksichtigt werden können. Auch hierfür bieten sich die bereits erwähnten Freiwilligentreffen an.

- Dort, wo Freiwillige monetär entlohnt werden (müssen), ist auf eine strikte Trennung von Erwerbstätigkeit und Engagement zu achten, um einer „Veränderung der Kultur freiwilliger Tätigkeit“ entgegenzuwirken (Zweiter Engagementbericht, S. 281 ff.). Eine monetäre Entlohnung darf nicht zu einer Formalisierung führen, die mit einer Einschränkung von Autonomie einhergeht. Schließlich ist Selbstbestimmtheit in Kombination mit Erfolgen für Freiwillige besonders wichtig.
- Um dem Bedürfnis nach Erfahrungserweiterung und dem Erwerb neuer Fähigkeit zu entsprechen, sollten den Freiwilligen regelmäßig Weiterbildungsangebote eröffnet werden.

Angesichts der oben formulierten Empfehlungen bietet es sich an, in Aufenthaltsräume zu investieren und die Qualifikation der Freiwilligen sowie die Führungskompetenzen der Ehrenamtskoordinatoren zu fördern, anstatt das Engagement monetär zu vergüten. So verlangt das Bedürfnis der Engagierten nach Autonomie, sozialer Anerkennung und insbesondere der Wunsch nach einer vertrauensvollen Atmosphäre nach einem professionellen Führungsstil. Hierzu gehören die Beherrschung von Feedbackregeln und Kompetenzen, um Gruppenkonflikte zu vermeiden oder zu lösen. Entsprechende Fähigkeiten können bei Personen ohne Führungserfahrung nicht ohne Schulungen vorausgesetzt werden und müssen daher ausdrücklich gefördert werden.

Die Untersuchung legt neben einheitlichen Befunden auch Unterschiede in der Motivlage Freiwilliger in Abhängigkeit von den Positionen der Tätigkeit in den Spannungsfeldern des Engagements offen, die bei der Bindung und Neugewinnung Freiwilliger berücksichtigt werden sollten.

So ist der Wille „Politische Verantwortung“ zu übernehmen bei Aktiven aus dem Umweltschutz deutlich stärker ausgeprägt, als bei Freiwilligen in der Pflege. Hier spiegeln sich einerseits die größere politische Nähe eines Engagements im Umweltschutz und der Wunsch nach „Dialog und Mitsprache“ in den Motiven der Freiwilligen wieder. Andererseits geht das Bestreben, gesellschaftliche Missstände zu beheben, mit „Konflikt und Wandel“ einher, einer Eigenschaft des Engagements, die für den Umweltschutz, nicht jedoch für die Pflege charakteristisch ist. Um das Anliegen Freiwilliger aus dem Umweltschutz nach gesellschaftlicher Sensibilisierung und kollektiv umweltbewusstem Handeln besser verwirklichen zu können, wäre es denkbar, Gelder, welche sonst für die Entlohnung des Engagements eingesetzt würden, für Aufklärungs- und Informationskampagnen zu verwenden. Würden diese federführend von den Aktiven gestaltet, ließe sich gleichzeitig das Streben nach „Autonomen Erfolg“ realisieren. Zusätzlich wünschenswert wäre die Finanzierung von Projektvorhaben der Freiwilligen, die dazu dienen, eigene Umweltschutzanliegen durchzusetzen.

Die höhere Bedeutung der Selbstwertfunktion für Aktive in der Pflege kann ebenfalls mit den Charakteristika des Engagements in Verbindung gebracht werden. Typisch für diesen Engagementbereich sind Wahrung traditioneller Werte, Konsens und Geselligkeit. Eine Erhöhung des Selbstwerts durch freiwilliges Engagement resultiert bei *Clary et al.* (1998) aus der Möglichkeit sich gebraucht und besser zu fühlen bzw. neue Freunde zu finden. Diese Bedürfnisse kann das Engagement durch seine Eigenschaften erfüllen. So ist denkbar, dass Freiwillige eine Erhöhung ihres Selbstwertgefühls erleben, weil die Wahrung traditioneller Werte in Form der Unterstützung Pflegebedürftiger ihren Bedürfnissen entspricht oder die Geselligkeit einen Ausweg aus der Einsamkeit bietet. Dies ist insbesondere bei Personen hohen Lebensalters, wie sie vermehrt in der Pflege anzutreffen sind, vorstellbar.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch *Köstler* (2010, S. 5) in einer Untersuchung zu den Motiven von Freiwilligen, die in Seniorengenossenschaften aktiv sind. Nach *Köstler* (2010, S. 5) können die Freiwilligen intrinsische Motivation durch Sinngebung und Relatedness erfahren. Sinngebung kann dabei aus der Befriedigung innerer Bedürfnisse oder dem Gefühl gebraucht zu werden resultieren. Relatedness zielt auf Aktivitäten ab, die dazu dienen, der eigenen Einsamkeit zu entgehen. Beide Motive erinnern inhaltlich an die Selbstwertfunktion von *Clary et al.* (1998). Als Alternative zur Bezahlung der Freiwilligen, erscheinen daher in der ambulanten Pflege Maßnahmen zur Steigerung der Engagementbereitschaft (z.B. gemeinschaftliche Unternehmungen) passend, die darauf abzielen, den sozialen Kontakt und das Wir-Gefühl unter den Engagierten zu fördern.

Negative Effekte einer Monetarisierung auf das intrinsische Motivationspotential können basierend auf den Ergebnissen der hier durchgeführten Befragung nicht unterstellt werden. Es stellt sich jedoch die grundsätzliche Frage, ob extrinsische Anreize in Form monetärer Vergütungen sinnvoll sind, wenn das Engagement selbst ausreichend Anreize bietet und die Gefahr besteht, die intrinsische Motivation der Engagierten durch Monetarisierung zu reduzieren wie es *Deci et al.* (1999) beschreiben. Festzuhalten bleibt, dass monetäre Anreize die Bindung und Gewinnung neuer Freiwilliger möglicherweise auch erschwert. Ungeachtet der Diskussion, ob freiwilliges Engagement zunehmend als „Reparaturbetrieb für unzulängliches staatliches Handeln“ (Erster Engagementbericht, S. 47) dient, scheint Monetarisierung letztlich nicht geeignet die Engagementbereitschaft derart zu erhöhen, dass sich der Ausfall familiärer Hilfenetzwerke, Fachkräftemangel oder Finanzdefizite zukünftig durch Freiwillige kompensieren lassen. Es bietet sich an, diesen Befund in einer bundesweiten, repräsentativen Befragung unter Einbeziehung weiterer Engagementbereiche zu überprüfen, um belastbare Empfehlungen für die Engagementpolitik und für Organisationen zur bedürfnisgerechten Ausgestaltung freiwilliger Tätigkeit formulieren zu können.

Literatur

- Ahrens, P.-A. (2017): Impulspapier zur Ausgestaltung des Fünften Freiwilligensurveys (2019), Impulspapiere zum Workshop zum 5. Deutschen Freiwilligensurvey, Berlin, <http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/fws/Impulspapiere.pdf> [01.09.2017].
- Bierhoff, H.-W./Schülken, T./Hoof, M. (2007): Skalen der Einstellungsstruktur ehrenamtlicher Helfer (SEEH), Zeitschrift für Personalpsychologie, 6 (1), S. 12 – 27.
- Braeseke, G./Hernandez, J./Hofman, E./Peters, V./Richter, T./Augurzky, B./Heger, D./Rapen, H./Stroka, M./Wübker, A. (2015): Ökonomische Herausforderungen der Altenpflegewirtschaft, Endbericht, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie, Berlin und Essen.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen (2014): Monetarisierung. Kein Weg zur Förderung bürgerschaftlichen Engagements, Positionspapier, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2016): Soziale Pflegeversicherung, Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung nach Altersgruppen und Geschlecht am 1.7.2016, Berlin, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html> [17.08.2017].
- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (2017): Aktuelle Projekte und Beispiele. Verbände unterstützen erfolgreiche Umweltpolitik, http://www.bmub.bund.de/themen/forschung-foerderung/foerderprogramme/verbaendefoerderung/projekte-und-beispiele/?tx_bmuprojects_projectlist%5Baction%5D=list&tx_bmuprojects_projectlist%5Bcontroller%5D=Project&cHash=dfec4d0ccc76d7668aaaf89d33f61c44e [17.08.2017].
- Clary, E. G./Snyder, M./Ridge, R. D./Copeland, J./Stukas, A. A./Haugen, J./Miene, P. (1998): Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (6), S. 1516 – 1530.
- Clary, E. G./Snyder, M./Ridge, R. D./Miene, P./Haugen, J. (1994): Matching Messages to Motives in Persuasion: A Functional Approach to Promoting Volunteerism, *Journal of Applied Social Psychology*, 24 (13), S. 1129 – 1149.
- Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioural sciences*, New York.
- Deci, E. L./Ryan, R. M./Koestner, R. (1999): A Meta-Analytic Review of Experiments Examining the Effects of Extrinsic Rewards on Intrinsic Motivation, *Psychological Bulletin*, 125 (6), S. 627 – 668.
- Deutscher Bundestag (2012): Erster Engagementbericht. Für eine Kultur der Mitverantwortung, Drucksache 17/10580. (Zitiert als: Erster Engagementbericht)
- Deutscher Bundestag (2017): Zweiter Engagementbericht. Demografischer Wandel und bürgerschaftliches Engagement: Der Beitrag des Engagements zur lokalen Entwicklung, Drucksache 18/11800. (Zitiert als: Zweiter Engagementbericht)
- Evers, A. (2006): Wenn Welten durcheinander geraten. Monetarisierung, bezahlte Arbeit und freiwilliges Engagement, in: Amman, H./Farago, P. (Hrsg.), *Monetarisierung der Freiwilligkeit, Referate und Zusammenfassungen der 5. Tagung der Europäischen Freiwilligenuniversität 2005*, Zürich.

- (2007): Erwerbsarbeit und Engagement. Beziehungsmuster, Spannungen und Widersprüche, in: Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (BBE) (Hrsg.), Engagement und Erwerbsarbeit, Dokumentation der Fachtagung 2007, Berlin.
- Field, A.* (2005): *Discovering Statistics using SPSS*, London.
- Hackman, J. R./Oldham, G. R.* (1976): Motivation through the design of work: Test of a theory, *Organizational Behavior and Human Performance*, 16 (2), S. 250 – 276.
- Hackmann, T./Müller, D./Steiner, M./Tiessen, J.* (2014): Pflege vor Ort gestalten und verantworten. Konzept für ein regionales Pflegebudget, Gütersloh.
- Haubner, T.* (2017): Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft. Laienpflege in Deutschland, Frankfurt am Main.
- Heckhausen, H.* (1989): *Motivation und Handeln*, Berlin.
- Herzberg, F./Mausner, B./Snyderman, B.* (1967): *The motivation to work*, New York.
- Hoffmeister, F./Hille, C.* (2015): Bedeutung, Wesen und Merkmale des Ehrenamts im Pflegebereich, *NJW*, S. 3753 – 3757.
- Jakob, G.* (2013): Wenn Engagement zu (Erwerbs-)Arbeit wird. Zu den Folgen einer Monetarisierung bürgerschaftlichen Engagements, in: *Zwischen Erwerbsarbeit und Engagement. Die Debatte um das Geld im bürgerschaftlichen Engagement*, Stiftung Mitarbeiter, S. 6 – 13.
- Kehl, K.* (2016): Nach dem Pflegestärkungsgesetz II: Eine alternative Interpretation der Probleme und ein Plädoyer für potenzialorientierte Reformen, *Zeitschrift für Sozialreform*, 62 (1), S. 49 – 78.
- Klie, T./Stemmer, P./Wegner, M./Alt, N./Meissner, A.* (2009): Untersuchung zur Monetarisierung von Ehrenamt und Bürgerschaftlichem Engagement in Baden-Württemberg im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, Freiburg.
- Köstler, U.* (2010): Aktivierung von Engagementpotentialen: Der Entscheidungsfindungsprozess – in Initiativen der Hilfe auf Gegenseitigkeit im Alter, *Sozialer Fortschritt* (1), S. 1 – 7.
- Lehmann, K.* (2013): Eröffnungsrede bei der zentralen Auftaktveranstaltung der 9. Bundesweiten Woche des Bundesnetzwerks Bürgerschaftliches Engagement (BBE), <http://www.engagement-macht-stark.de/aktionswoche/aktionswoche-2017/rueckblick-2013/rede-karl-kardinal-lehmann/> [17.08.2017].
- Merkel, A.* (2017): Rede von Bundeskanzlerin Merkel im Rahmen der Veranstaltung zur Würdigung von Ehrenamtsprojekten am 11. Mai 2017, Heidenheim, <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Rede/2017/05/2017-05-11-bk-merkel-ehrenamtsprojekte.html;jsessionid=58127CCA2DB75937079BA3017B42B46D.s6t1> [13.07.2017].
- Naturschutzbund Deutschland (NABU) e.V. (2011): Finanzordnung des Naturschutzbund Deutschland (NABU) e.V. Vom Bund-Länder-Rat 2011 beschlossene Fassung, Stuttgart.
- Naumann, D./Schacher, U.* (2013): Ungenutzte Potenziale im Engagementfeld Pflege? Einschätzungen der Bevölkerung und kommunaler Sozial- und Pflegeplaner, in: Zentrum für Qualität der Pflege (Hrsg.), *Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix. ZQP Themenreport*, Berlin.

- Niens, C./Hoffmeister, F./Marggraf, R.* (2016): Sicherstellung pflegerischer Langzeitversorgung – Zur Rolle von Kommunen und Ehrenamt, Gesundheits- und Sozialpolitik (6), S. 42 – 50.
- Oostlander, J./Güntert, S. T./van Schie, S./Wehner, T.* (2014): Volunteer Functions Inventory (VFI): Konstruktvalidität und psychometrische Eigenschaften der deutschen Adaption, *Diagnostica*, 60 (2): S. 73 – 85.
- Pinl, C.* (2013): Freiwillig zu Diensten? Über die Ausbeutung von Ehrenamt und Gratisarbeit, Frankfurt am Main.
- (2015): Ehrenamt statt Sozialstaat? Kritik der Engagementpolitik, *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 14 – 15/2015, S. 49 – 54.
- Priller, E./Strachwitz, R. G.* (2017): Impulspapier zur Ausgestaltung des Fünften Freiwilligensurveys (2019), Impulspapiere zum Workshop zum 5. Deutschen Freiwilligensurvey, Berlin, <http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/fws/Impulspapiere.pdf> [11.09.2017].
- Roß, P.-S.* (2008): Alles Arbeit oder was?! Bezahlte Arbeit und freiwilliges Engagement im Tätigkeitsmix, in: Maier, K. (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der „Krise der Arbeitsgesellschaft“*, Freiburg.
- Simonson, J./Vogel, C./Tesch-Römer, C.* (Hrsg.) (2016): *Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014*, Wiesbaden. (Zitiert als: *Freiwilligensurvey 2014*)
- Sims, H. P./Szilagyi, A. D./Keller, R. T.* (1976): The Measurement of Job Characteristics, *Academy of Management Journal*, 19, S. 195 – 212.
- Staudinger, M.* (2017): Wenn das Ehrenamt zum Billigjob wird. Kommerzielle Anbieter entdecken das lukrative Geschäft mit der Nachbarschaftshilfe, *Süddeutsche Zeitung*, München, <http://www.sueddeutsche.de/muenchen/soziales-engagement-wenn-das-ehrenamt-zum-billigjob-wird-1.3776137> [06.12.2017].

8 Diskussion

In der nachfolgenden Diskussion werden das Vorgehen im Rahmen der eigenen qualitativen und quantitativen Untersuchungen und die Aussagekraft der Ergebnisse kritisch hinterfragt. Anschließend erfolgt eine Auseinandersetzung mit inhaltlichen Aspekten, wobei u. a. diskutiert wird, ob es angemessen ist, einen wesentlichen Teil der Verantwortung für die Sicherstellung bedarfsgerechter Langzeitpflege an freiwillig Engagierte zu übertragen.

8.1 Angewandte Methoden in den eigenen empirischen Analysen

8.1.1 Qualitative Methoden: Grenzen der qualitativen Inhaltsanalyse

Die Auswertung der qualitativen Interviews erfolgt mittels inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2014).¹⁷ Diese Methode zielt ab, auf eine Reduzierung des Datenmaterials entlang der Interviewinhalte. Dabei wurden die Kategorien auf Basis des Gesagten der InterviewpartnerInnen gemischt deduktiv und induktiv gebildet. Bei ausgewählten Textstellen, welche mehr Inhalte aufzuweisen schienen als an der Oberfläche erkennbar ist, wurde auch offen kodiert (Glaser und Strauss, 2010). Das resultierende Kategoriensystem gibt die für die Fragestellung bedeutenden Inhalte der geführten Interviews mit PB und mit ihren Pflegepersonen wieder.

Insgesamt beruht die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse in erster Linie auf den tatsächlich geäußerten Interviewinhalten. Die Auswertung ist somit auf die manifesten Inhalte des Textmaterials beschränkt. Die latenten Inhalte des Gesagten, also die Dinge, die zwischen den Zeilen stehen und von den Interviewten nicht direkt geäußert werden, bleiben verborgen. Zwar kann die vereinzelte Anwendung des offenen Kodierens einige verdeckte Information offenlegen. So können ausschnitthaft zusätzliche Inhalte identifiziert werden, die den Interviewten zum Interviewzeitpunkt nicht unmittelbar bewusst waren, die aber unbewusst als belastend oder als bedeutend für die Bewertung der Qualität ambulanter Pflege empfunden werden. Eine umfassende Offenlegung des latenten Gehalts des Textmaterials ermöglicht die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse trotz der punktuellen Anwendung des offenen Kodierens jedoch nicht.

Entsprechend ist es mittels qualitativer Inhaltsanalysen nicht möglich umfänglich zu rekonstruieren, wie es dazu kommt, dass ein PB oder eine Pflegeperson besonderen Wert auf Pünktlichkeit der Pflegekraft legt oder Entlastungs- und Betreuungsangebote ablehnt. Ebenso kann nur auf manifester Ebene erklärt werden, warum eine Pflegeperson die Versorgung des PB als positive und sinnstiftende Aufgabe wahrnimmt, während eine andere sich überlastet und überfordert fühlt. Die Entstehungshintergründe der Wahrnehmungen von PB und von Pflegepersonen bleiben verborgen.

¹⁷ Zur Diskussion der Güterkriterien wie der Inter- und Intracoderreliabilität sowie der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit der Datenerhebung und -auswertung der qualitativen Studien siehe die Beiträge III und IV.

Insgesamt werden nur die Folgen der informellen Pflege oder die aus Sicht der Interviewten als bedeutend empfundenen bewertungsrelevanten Aspekte zur Beurteilung von Pflegequalität abgebildet, ohne die tieferliegenden Gründe hierfür zu hinterfragen. Um Erkenntnisse über die Entstehungsgeschichte der individuellen Wahrnehmungen der PB und der Pflegepersonen zu erlangen, müssten zusätzliche Information über die Erfahrungen und Entscheidungen der Interviewten im Laufe ihres Lebens vorliegen. Ausgehend von den Biographien der Interviewten ließen sich Annahmen formulieren, nach welchen Mustern die Interviewten handeln und warum bestimmte Ereignisse auf eine bestimmte Weise interpretiert werden. So ließen sich über den direkt geäußerten Inhalt hinaus weitere Gründe, neben den direkt genannten aufdecken, die erklären, warum eine Pflegeperson trotz erheblicher Belastungen die informelle Versorgung aufrechterhält oder warum einem PB die Persönlichkeit einer Pflegekraft wichtiger ist, als ihre berufliche Qualifikation. Auch ließen sich unterschiedliche Typen von Pflegepersonen und PB identifizieren, die stellvertretend für weitere Fälle den Prozess der Entstehung spezifischer Belastungen oder das Zustandekommen der Relevanzen im Hinblick auf die bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege nachzeichnen.

Möglichkeiten hierzu bieten die Verfahren der interpretativen Sozialforschung, wie die Biographische Fallrekonstruktion (Rosenthal, 1995, 2015) oder auch die Methode der Grounded Theorie nach Glaser und Strauss (2010). Die biographische Fallrekonstruktion (Rosenthal, 1995, 2015) verlangt narrative biographische Interviews als Datengrundlage und verfolgt das Ziel, am Einzelfall und auf Basis der Kontrastierung von erzählter und erlebter Lebensgeschichte Strukturhypothesen zu bilden, die das Handeln und die Wahrnehmung einer Person charakterisieren. Ausgehend hiervon werden Verlaufstypen gebildet, die auf das interessierende Phänomen zugeschnitten sind und z. B. das Zustandekommen der Belastungen von Pflegepersonen vor dem Hintergrund ihrer Biographien in Form eines Fließtextes darstellen.

In der Methode der Grounded Theory von Glaser und Strauss (2010) wird das Interviewmaterial dagegen einzeln und in mehreren Schritten zunächst offen, dann axial und schließlich selektiv codiert. Die resultierenden Kategorien bilden jedoch nicht die manifesten Inhalte des Interviewmaterials ab, sondern beziehen sich auf Ursache-Wirkungs-Beziehungen sowie intervenierende Größen, Bearbeitungsstrategien und Kontextfaktoren im Zusammenhang mit einem bestimmten Phänomen, wie die Entstehung der Belastungen Pflegenden. Als Ergebnis ergibt sich ein empirisch geerdetes Theoriemodell, das beispielsweise das Zustandekommen unterschiedlicher Typen von Pflegepersonen oder PB erklären könnte, wobei die latenten Gehalte des Textmaterials - anders als bei der qualitativen Inhaltsanalyse - umfassend berücksichtigt sind.

8.1.2 Theoretische Sättigung und Geltungsbereich der Interviewstudie

Von einer theoretischen Sättigung in qualitativen Studien wird gesprochen, wenn durch Auswertung weiterer Daten keine neuen Erkenntnisse im Hinblick auf das interessierende Phänomen hinzugewonnen werden können (Rosenthal, 2015). Übertragen auf die hier durchgeführte Interviewstudie ist eine theoretische Sättigung erreicht, wenn sich durch die Auswertung weiterer Interviews keine neuen Kategorien oder Wirkungszusammenhänge mehr aufdecken lassen. Dies gilt sowohl für das Kategoriensystem zu den bewertungsrelevanten Aspekten der Pflege von PB und ihren Pflegepersonen, als auch für das System der Kategorien pflegebedingter Belastungen. Ebenso sollten durch die Analyse zusätzlicher Gespräche keine neuen Wirkungszusammenhänge zwischen den jeweiligen Kategorien offengelegt, sondern, vielmehr die bestehenden bestätigt werden.

Zunächst ist zur Beurteilung der Aussagekraft der Interviewstudie nochmals auf den Geltungsbereich der durchgeführten Untersuchungen hinzuweisen. Dieser ist auf körperlich eingeschränkte PB und ihre Pflegepersonen beschränkt. Somit sind die Ergebnisse auch nur für diesen Personenkreis aussagekräftig. Die Belastung von Pflegepersonen, die einen kognitiv eingeschränkten PB versorgen wird nicht erfasst, ebenso wenig wie die speziellen bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege, die in diesen Konstellationen von Bedeutung sind.

Positiv hervorzuheben ist, dass in die qualitativen Untersuchungen zu den bewertungsrelevanten Aspekten der Pflege und den Belastungen von Pflegepersonen die gängigen Pflegesettings im ambulanten Bereich berücksichtigt konnten. So wurden PB interviewt, die entweder ausschließlich informell, kombiniert oder nur professionell versorgt werden. Ebenso wurden Gespräche mit Pflegepersonen geführt, die einen PB alleine oder mit Unterstützung eines professionellen Pflegedienstes, von Dauerpflegekräften und von geschulten Freiwilligen versorgen.

Das resultierende Kategoriensystem zur empfundenen Qualität ambulanter Pflege fasst alle identifizierten bewertungsrelevanten Aspekte, unabhängig vom Pflegesetting über alle interviewten PB und Pflegepersonen hinweg, zusammen. Durch die Auswertung der letzten drei Interviews mit PB und der vier zuletzt geführten Gespräche mit ihren Pflegepersonen (zwei Paarungen aus PB und einer bzw. zwei Pflegepersonen sowie regelmäßiger Unterstützung durch einen Pflegedienst und eine Paarung aus PB und einer Pflegeperson ohne Pflegedienst) konnten keine neuen Kategorien mehr gefunden werden. Vielmehr bestätigte die Analyse der letzten insgesamt sieben Interviews das bestehende System. Somit scheint die theoretische Sättigung für das zusammenfassende Kategoriensystem über alle Pflegesettings und alle PB und Pflegepersonen hinweg erreicht zu sein.

Einschränkend ist hier jedoch anzuführen, dass sich unter den zuletzt interviewten PB keine Personen befanden, die ausschließlich professionell durch einen Pflegedienst versorgt werden. Die Einbeziehung

weiterer PB aus dieser Versorgungsform hätte durchaus noch neue bewertungsrelevante Aspekte und damit zusätzliche Kategorien hervorbringen können. Auch ist zu berücksichtigen, dass unter letzten sieben Interviewten nur eine Paarung aus PB und Pflegepersonen war, die der rein informellen ambulanten Pflege zuzuordnen sind. Um von einer theoretischen Sättigung in allen Versorgungsformen ausgehen zu können, hätte zumindest eine weitere solche Paarung interviewt und analysiert werden müssen. Im Sinne des theoretischen Samplings und des maximal kontrastiven Vergleichs hätten weitere PB und zusätzliche Pflegepersonen aus rein informellen und rein professionellen Pflegesettings ausgewählt werden sollen, die sich an der Oberfläche möglichst stark von den bereits Interviewten unterscheiden, um ggf. weitere bewertungsrelevante Aspekte aufzudecken. Die Tatsache, dass die Auswertung der letzten fünf Interviews mit PB und ihren Pflegepersonen in kombinierter Versorgung keine neuen bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege mehr hervorbrachte, kann jedoch als Hinweis auf die theoretische Sättigung in diesem Pflegesetting gewertet werden.

Im Hinblick auf die Belastungen Pflegenden und das aus den Interviews mit Pflegepersonen entwickelte Kategoriensystem gilt, dass die Auswertung der drei zuletzt geführten Gespräche keine neuen Belastungskategorien mehr hervorbrachte. Ebenso konnten keine zusätzlichen Wirkungszusammenhänge zwischen den einzelnen Belastungskategorien aufgedeckt werden. Dies spricht auch hier zunächst für eine theoretische Sättigung über alle Pflegepersonen hinweg. Einschränkungen zeigen sich jedoch auch hier bei genauerer Betrachtung der Interviewten. So war nur eine Pflegeperson unter den letzten drei Interviewten, die einen PB ausschließlich informell pflegt und zwei Pflegepersonen versorgen gemeinsam einen PB mit Unterstützung eines Pflegedienstes. Um die theoretische Sättigung für die Pflegepersonen allen Settings annehmen zu können, hätte zumindest jeweils noch ein weiteres Interview geführt und ausgewertet werden müssen, wobei sich die Pflegepersonen möglichst maximal im Hinblick auf Faktoren, wie den Grad der Pflegebedürftigkeit des PB, unterscheiden sollten.

Schließlich ist bezüglich aller geführten Interviews mit Pflegepersonen anzumerken, dass nur eine Teilnehmerin einer Erwerbstätigkeit in Teilzeit nachging. Alle anderen Interviewten waren nicht mehr erwerbstätig. Die Belastungen berufstätiger Pflegepersonen werden dementsprechend nicht abgebildet. Damit ist der Geltungsbereich sowohl im Bereich pflegebedingter Belastungen als auch im Hinblick auf die bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege auf Pflegepersonen begrenzt, die selbst keiner Berufstätigkeit nachgehen.

Auch können die bewertungsrelevanten Aspekte und die pflegebedingten Belastungen im Zusammenhang mit dem Vorhandensein einer Dauerpflegekraft aufgrund der geringen Anzahl von zwei Interviewten Pflegepersonen aus der gleichen Familie hier nur ausschnittshalft dargestellt werden.

Auch wenn eine theoretische Sättigung für den Bereich Qualitätsbeurteilung ambulanter Pflege und der Belastungen von Pflegepersonen körperlich eingeschränkter PB nicht im vollen Umfang angenommen werden kann, konnte die Studie zu einem Erkenntnisfortschritt beitragen. So wurde eine Vielzahl bisher unbekannter bewertungsrelevanter Aspekte aufgedeckt und die Beziehungen untereinander offengelegt. Darüber hinaus konnten neue Quellen pflegebedingter Belastungen identifiziert und zu den bereits bekannten Größen physischer, psychischer und finanzieller Belastungen in Beziehung gesetzt werden.

8.1.3 Quantitative Methoden: Erklärungskraft des „Volunteer Functions Inventory“ für die Motivation Freiwilliger in der ambulanten Pflege

Der VFI (Clary et al., 1998) wird zur Ermittlung der Motivation von Freiwilligen aus den verschiedensten Engagementbereichen eingesetzt. Angesichts des breiten Einsatzbereichs des Instruments ist kritisch zu hinterfragen, ob der VFI die spezifischen Motivationen in den unterschiedlichen Engagementbereichen angemessen erfassen kann.

Chacón et al. (2017) haben einen systematischen Review von 48 Studien mit insgesamt 67 unabhängigen Stichproben durchgeführt, in denen der VFI (Clary et al., 1998) zur Anwendung kam. Die Ergebnisse zeigen, dass in allen untersuchten Engagementbereichen, geschlechts- und altersunabhängig die Wertefunktion (Values) die höchste Bedeutung für die Freiwilligen hat (Chacón et al., 2017). Die Wertefunktion stellt damit übergreifend das wichtigste Motiv für ein freiwilliges Engagement dar. Altersspezifische Unterschiede zeigen sich dagegen bei der Erfahrungsfunktion (Understanding) und der Karrierefunktion (Career). Beide Funktionen erreichen höhere Bedeutungen in Analysen mit jüngeren Personen im Alter bis 40 Jahre. Frauen ist die soziale Anpassungsfunktion (Social) zudem wichtiger als Männern.

Von den 26 Studien, in denen eine Faktorenanalyse durchgeführt wurde, bestätigen 18 Untersuchungen die ursprüngliche Struktur von sechs Faktoren. Somit kann insgesamt von einer hohen Stabilität der VFI-Dimensionen ausgegangen werden (Chacón et al., 2017). Des Weiteren darf angenommen werden, dass der VFI die wesentlichen Motive für freiwilliges Engagement, unabhängig von der konkreten Tätigkeit, korrekt erfassen. In Bezug auf unterschiedliche Engagementbereiche und den hier zugrundeliegenden Motiven für eine freiwillige Tätigkeit zeigen sich jedoch Grenzen. So weisen Clary und Snyder (1995) selbst darauf hin, dass der VFI nicht auf bestimmte Engagementbereiche zugeschnitten ist und die spezifischen Motive der Freiwilligen in den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen nicht vollständig berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund kann nicht ausgeschlossen werden, dass im Rahmen der selbst durchgeführten quantitativen Studien mit Freiwilligen nur ein Teil der Funktionen erfasst wurden, die das Engagement für die Befragten erfüllt.

Schließlich empfehlen auch Chacón et al. (2017) die Items des VFI durch eine offene Frage nach den Gründen für die Entscheidung sich freiwillig zu engagieren zu ergänzen, um die Anzahl der Motive nicht zu unterschätzen und den VFI an die verschiedenen Freiwilligensettings anzupassen. Darüber hinaus könnten qualitative, offene Methoden eingesetzt werden, um neue Funktionen von freiwilligem Engagement aufzudecken, speziell für die hier untersuchte Gruppe Freiwilliger, die in der ambulanten Pflege aktiv, geschult und in eine Organisation eingebunden sind.

In den eigenen quantitativen Untersuchungen befanden sich zudem unter den Befragten, welche bereits in der ambulanten Pflege engagiert sind, viele ältere Personen. Daher hätte auch die Erweiterung des VFI um die „Continuity of Work“ Funktion nach Brayley et al. (2014) förderlich sein können, um die Erklärungskraft der Skala für die Altersgruppe zu erhöhen. Die „Continuity of Work“ Funktion zeigt inwieweit das freiwillige Engagement hilfreich ist, um über die Zeit der Erwerbstätigkeit hinaus berufsbezogene Fähigkeiten anwenden zu können und die berufsbezogene Identität zu wahren. Brayley et al. (2014) konnten anhand eines Samples von 187 Personen im Alter zwischen 49 und 86 Jahren zeigen, dass die „Continuity of Work“ Funktion insgesamt 42,68 % der Varianz sich freiwillig zu engagieren erklären kann. Dies ist ein größerer Anteil als die übrigen VFI Funktionen aufklären, wobei die Karrierefunktion aufgrund der Befragungsgruppe, die sich größtenteils bereits im Ruhestand befand, von vornherein aus der Analyse ausgeschlossen wurde.

In Bezug auf die Untersuchung von Brayley et al. (2014) sind jedoch das kleine Sample und die Tatsache zu berücksichtigen, dass Personen befragt wurden, die berufliche Erfahrungen im Bereich Management und Geschäftsführung besaßen. Inwieweit die Ergebnisse auf die hier untersuchte Gruppe der freiwillig Engagierten in der ambulanten Pflege übertragbar sind, ist offen. Nichtsdestotrotz besaßen immerhin knapp ein Drittel der Befragten in der Untersuchung des Jahres 2015 und mehr als 40,00 % der Befragten des Jahres 2016 hauptberufliche Erfahrungen mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen. Vor diesem Hintergrund hätte eine Berücksichtigung der „Continuity of Work“ Funktion durchaus einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn im Hinblick auf die Erklärung der Motivation für freiwilliges Engagement in der ambulanten Pflege ermöglichen können. Für eine generelle Erweiterung des VFI um diese altersgruppenspezifische Funktion wären jedoch weitere Untersuchungen mit Freiwilligen aus anderen Bereichen und repräsentative Stichproben notwendig.

Die selbst durchgeführte Studie zu den Motiven von Freiwilligen in der ambulanten Pflege und im Umwelt- und Naturschutz im Jahr 2016 zeigt indes, dass das Motiv der politischen Verantwortung für Befragte aus der Pflege von geringerer Bedeutung ist, als für Engagierte im Umweltschutz. Dahingegen besitzt die Selbstwertfunktion (Enhancement) für Engagierte aus der ambulanten Pflege eine signifikant höhere Wichtigkeit als für Personen, die im Umweltschutz aktiv sind. Dieses Ergebnis spricht für die

hohe Bedeutung einer zielgruppen- und engagementbereichsbezogenen Betrachtungsweise, wenn neue Freiwillige gewonnen oder die Zufriedenheit der bereits Aktiven (ausgehend von ihren Motiven und Bedürfnissen) gefördert werden sollen.

8.1.4 Repräsentativität und Güte der Fragebogenstudien der Jahre 2015 und 2016

Die Erhebung der quantitativen Daten erfolgte unter Mithilfe von Studierenden mehrerer Forschungsseminare, die die Befragten der Untersuchungen der Jahre 2015 und 2016 über die Ehrenamtskoordinatoren verschiedener Freiwilligenorganisationen rekrutierten. Im Hinblick auf die Repräsentativität der Daten ist anzuführen, dass keine gesicherten Erkenntnisse zu den soziodemographischen Merkmalen und der Dauer und Intensität der Tätigkeit von Freiwilligen, welche geschult sind und sich in einem organisatorischen Rahmen regelmäßig für ambulant versorgte PB freiwillige engagieren, vorliegen. Angesichts dessen können Aussagen zur Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtgruppe dieser Freiwilligen nur schwer abgeleitet werden. Einen Anhaltspunkt kann aber die Anzahl der befragten Organisationen geben. Hier wurde eine große Bandbreite berücksichtigt. So wurden kirchliche Organisationen, aber auch verschiedene freie Wohlfahrtsvereine und weitere Anbieter niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote einbezogen. Somit darf zumindest angenommen werden, dass wesentliche Untergruppen der geschulten und freiwillig in der ambulanten Pflege engagierten Personen betrachtet wurden.

Aufgrund der Kontaktaufnahme zu den freiwillig Engagierten über die EhrenamtskoordinatorInnen der Freiwilligenorganisationen, muss damit gerechnet werden, dass insbesondere die Beantwortung der Zufriedenheits-Items in positive Richtung verzerrt ist. So fand das Ausfüllen der Fragebögen nicht unter kontrollierten Bedingungen statt, sondern es ist vielmehr nicht auszuschließen, dass die EhrenamtskoordinatorInnen in einigen Fällen bei der Bearbeitung anwesend waren. Insbesondere wenn die Anonymität der Befragung nicht vollständig gesichert ist, muss mit Verzerrungen gerechnet werden, die Objektivität, Reliabilität und Validität der Daten herabsetzen können. Ebenso sind Probandenselektionseffekte möglich, wenn verstärkt Personen an den Befragungen teilnahmen, welche besonders zufrieden mit ihrem Engagement waren.

8.1.5 Repräsentativität und Güte der Fragebogenstudie des Jahres 2017

In der Befragung des Jahres 2017 wurden die Befragten deutschlandweit auf öffentlichen Plätzen ebenfalls unter Mitwirkung von Studierenden eines Forschungsseminars gewonnen. Die Fragebögen wurden von den StudienteilnehmerInnen vor Ort und ohne Mitwirkung der Studierenden ausgefüllt. In dieser Befragung wurden im Sinne einer Quotenstichprobe angestrebt, eine möglichst repräsentative Verteilung der Merkmale Alter, Geschlecht und Bildung, gemessen an der deutschen Bevölkerung, zu erreichen.

Die Ergebnisse der Studie des Jahres 2017 zeigen jedoch, dass Personen mit hohem Bildungsabschluss (Abitur) überrepräsentiert sind¹⁸. Insgesamt verfügen 63,60 % der Befragten über ein Abitur, während der Anteil von Personen mit Abitur an der deutschen Gesamtbevölkerung nur 33,00 % beträgt. (Statistisches Bundesamt, 2017). Darüber hinaus wurden bei der Auswahl der Befragten die Einwohnerzahlen der einzelnen Bundesländer und damit auch ihr repräsentativer Anteil in der Stichprobe nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse aus der Bevölkerungsbefragung des Jahres 2017 zum Engagementpotential in Deutschland treffen daher vor allem auf gebildete Personen zu und erlauben keine generalisierbaren Erkenntnisse hinsichtlich ggf. bestehender regionaler Besonderheiten auf Ebene der Bundesländer.

Im Hinblick auf die Relevanz der Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung ist außerdem zu berücksichtigen, dass der Anteil hoch gebildeter Personen unter den freiwillig Tätigen, über alle Engagementbereiche hinweg, vergleichsweise hoch ist. So gibt der Freiwilligensurvey (Simonson et al., 2017) an, dass 54,10 % der Personen mit abgeschlossenem Fachhochschul- oder Universitätsstudium freiwillig tätig sind. Überdurchschnittliche Anteile freiwillig Engagierter finden sich darüber hinaus unter Personen mit Fachhochschulreife oder Abitur, aber ohne Berufsausbildung (49,40 %) sowie unter Personen mit dem Abschluss einer Berufs- oder Fachakademie auf (49,90 %). Die geringste Engagemtrate von 23,50 % weisen hingegen Personen mit einer niedrigen oder mittleren Schulbildung auf, d. h. mit einem Haupt- oder Realschulabschluss, aber ohne berufliche Ausbildung. Aufgrund des hohen Anteils von Personen mit hohem Bildungsabschluss unter den Freiwilligen in Deutschland insgesamt, wurden in der eigenen Bevölkerungsbefragung des Jahres 2017 die wesentliche Gruppe (potentieller) freiwillig Engagierter, sowie ihre Motive und Erwartungen an das freiwillige Engagement erfasst, so dass wichtige Hinweise zur Aktivierung des Engagements und zur Förderung der Zufriedenheit der Freiwilligen aus den Ergebnissen abgeleitet werden können.

Denkbar ist allerdings auch, dass an der Bevölkerungsbefragung besonders viele Personen mitgewirkt haben, die von vornherein ein höheres Interesse an einer freiwilligen Tätigkeit besitzen, als diejenigen, die das Ausfüllen des Fragebogens verweigerten. Ebenso muss aufgrund des hohen Anteils von Befragten mit Abitur davon ausgegangen werden, dass bei der Übertragung der ermittelten Engagementquote auf die deutsche Bevölkerung das Engagementpotential insgesamt überschätzt wurde. Eine entsprechende Gewichtung der Engagementquoten nach Bildungsabschluss hätte eine potentielle Überschätzung reduzieren können.

¹⁸ Siehe hierzu auch die Diskussion des Beitrags: Niens, C.: Willingness of the German population to volunteer in the areas of nature conservation, home care and public services.

Aufgrund der Anwesenheit der Studierenden beim Ausfüllen des Fragebogens und des persönlichen Kontakts zwischen Studierenden und Befragten sind außerdem Interviewereffekte möglich. Auch diese können zu Einschränkungen der Objektivität der erhobenen Daten führen. Positiv hervorzuheben ist, dass keine Effekte sozialer Erwünschtheit im Hinblick auf die Bedeutung altruistischer Motivation und die Wichtigkeit verschiedener Tätigkeitsmerkmale, insbesondere auch einer monetären Aufwandsentschädigung, gefunden wurden. Dies wiederum ist ein Beleg für die Güte der Messung und insbesondere für die interne Validität.

8.1.6 Abschließende Bewertung der Datenqualität: Plausibilität der Ergebnisse der quantitativen Studien

Wie kann die Qualität der quantitativen Daten nun zusammenfassend bewertet werden? Für die Güte der in den quantitativen Studien der Jahre 2015, 2016 und 2017 erhobenen Daten spricht der wiederholte Nachweis der Bedeutung der Wertefunktion und der Erfahrungsfunktion für freiwillig Engagierte. Dieses Ergebnis stimmt mit der Sekundäranalyse von Chacón et al. (2017) überein, in die insgesamt 48 Studien eingeflossen sind, in denen der VFI zur Anwendung kam. Auch die geringe Bedeutung der Karrierefunktion deckt sich mit den Schlussfolgerungen von Chacón et al. (2017).

Des Weiteren erscheinen die gefunden Zusammenhänge zwischen den Motiven für freiwilliges Engagement und den gewünschten Merkmalen der freiwilligen Tätigkeit plausibel. Es zeigt sich, dass freiwillig Engagierte, die durch ihr Engagement ihre Perspektive erweitern und mehr über sich selbst lernen möchten, Aufgaben bevorzugen, die dies aufgrund ihrer Merkmale auch zulassen. So geht eine hohe Bedeutung der Erfahrungsfunktion mit einer hohen Wichtigkeit der Vielfalt der geforderten Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie dem Wunsch nach Autonomie einher. Das bedeutet, Personen, die anstreben durch ihr freiwilliges Engagement neue Erfahrungen zu machen und sich selbst besser kennenzulernen, möchten auch eine abwechslungsreiche Tätigkeit ausführen, die Ihnen die Möglichkeit gibt, sich selbst „auszuprobieren“. Ebenso wünschen sich diese Personen Mitbestimmungsmöglichkeiten und legen Wert darauf, eigene Ideen im Rahmen des Engagements zu verwirklichen und ihre Fähigkeiten zu testen. Dahingegen hat für Personen, die mithilfe des freiwilligen Engagements ihre Karriereaussichten verbessern wollen, die Aufwandsentschädigung eine hohe Bedeutung. Extrinsisch motivierte Freiwillige legen also hohen Wert auf extrinsische Anreize. Auch erscheint es plausibel, dass für extrinsisch motivierte Personen Autonomie und die Inhalte der Tätigkeit weniger wichtig sind, da das Engagement nicht aus der inneren Überzeugung erfolgt, sich für einen guten Zweck einsetzen zu wollen, sondern zur Erreichung externer Ziele dient. Folglich sind auch die Tätigkeit selbst sowie die Mitbestimmungsmöglichkeiten für die Zufriedenheit mit dem Engagement von untergeordneter Bedeutung.

In vergleichbarer Weise kann auch nachvollzogen werden, warum in den Studien keine Zusammenhänge zwischen der Werte- und der Karrierefunktion identifiziert wurden: dient das Engagement einem externen Ziel, das nicht unmittelbar durch die freiwillige Tätigkeit selbst erreicht wird, spielen auch Motive, die für eine Identifikation mit dem eigentlichen Zweck des Engagements sprechen, keine Rolle. Die Tätigkeit ist in diesem Fall vorrangig extrinsisch durch das übergeordnete Ziel der Verbesserung der Karriereaussichten motiviert.

Auch lassen sich die deutlichen Unterschiede zwischen den freiwillig Engagierten in der ambulanten Pflege und dem Umweltschutz im Hinblick auf die Bedeutung des Motives der politischen Verantwortung mithilfe der Charakteristika dieser Engagementbereiche anschaulich erklären. Während eine freiwillige Tätigkeit in der Pflege durch die Wahrung traditioneller Werte gekennzeichnet ist, zeichnet sich ein Engagement im Umwelt- und Naturschutz durch Widerstand und Protest aus (Deutscher Bundestag, 2017, S. 112ff.). Das Motiv der politischen Verantwortung zielt auf die Herbeiführung von Wandel und gesellschaftlicher Veränderung ab. Eine hohe Zustimmung zu den Motiv-Items spiegelt also die generelle Ausrichtung einer freiwilligen Tätigkeit im Umwelt- und Naturschutz wieder. Vor diesem Hintergrund ist auch die unterschiedliche Bedeutung des Motivs „Politische Verantwortung“ für Freiwillige aus der ambulanten Pflege und für Engagierte im Umwelt- und Naturschutz nachvollziehbar, was für die Validität der Daten spricht. Auch wenn die Stichprobenszusammensetzung und der geringe Standardisierungsgrad beim Ausfüllen des Fragebogens aller drei Studien zu Einschränkungen der Messgüte führen, erscheinen die Ergebnisse zur Motivation und zum Zusammenhang von Motiven und Erwartungen an die Gestaltung der freiwilligen Tätigkeit insgesamt plausibel und aussagekräftig für die jeweilige Befragten-Gruppe.

8.2 Inhaltliche Aspekte

8.2.1 Zum verstärkten Einsatz von Freiwilligen in der ambulanten Pflege

Der verstärkte Einsatz freiwillig Engagierter in der ambulanten Pflege kann erheblich zur Stabilisierung des Pflegesystems beitragen, wie die vorhergehenden Ausführungen gezeigt haben. So bietet die vermehrte Einbindung Freiwilliger die Möglichkeit den Personalmangel in der Pflege, die Auflösung familiärer Netzwerke und auch die fehlenden finanziellen Ressourcen der Pflegekassen zu kompensieren. Angesichts des großen Potentials freiwilligen Engagements für die zukünftige Sicherstellung der pflegerischen Langzeitversorgung, ist die Förderung ehrenamtlicher Strukturen auch gesetzlich in § 45 c SGB XI verankert.

Die starke Einbindung Freiwilliger ist jedoch nicht unumstritten. Es stellt sich die Frage, ob freiwilliges Engagement geeignet ist, die Pflege durch Familienangehörige oder professionelle Pflegekräfte, welche sich durch ein hohes Maß an Verbindlichkeit auszeichnet, dauerhaft zu ersetzen. Schließlich

kann ein freiwilliges Engagement in der Regel jederzeit unterbrochen oder komplett beendet werden. Die Unterstützung der Langzeitpflege durch Freiwillige ist somit mit Unsicherheiten hinsichtlich der Kontinuität der Leistungserbringung verknüpft und es ist fragwürdig, ob die Versorgung von PB, die auf eine zuverlässige Unterstützung angewiesen sind, auf nur bedingt verlässlichen Strukturen beruhen sollte. Schließlich geht damit das Risiko einer Unter- oder Fehlversorgung einher, wenn Freiwillige spontan ihr Engagement beenden oder es aufgrund von mangelndem Fachwissen zu Fehlern in der Versorgung kommt. Darüber hinaus kann die subjektiv empfundene Qualität der Pflege leiden, wenn freiwillig engagierte LeistungserbringerInnen häufig wechseln und sowohl mit dem PB als auch den Bedingungen seiner Versorgung nicht vertraut sind.

Auch ist es, unabhängig von den Bedenken im Hinblick auf die Pflegequalität fraglich, ob es zukünftig überhaupt genug Freiwillige geben wird, um einen Teil der Verantwortung für die ambulante pflegerische Langzeitversorgung auf diese Personengruppe übertragen zu können. Der zu erwartende Anstieg der Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung setzt voraus, dass auch die absolute Anzahl der freiwillig in der ambulanten Pflege engagierten Personen entsprechend zunimmt. Mit der Erhöhung der Pflegequote geht zudem einher, dass auch der Anteil der Personen in der deutschen Bevölkerung, die freiwillig in der ambulanten Pflege tätig sind, ansteigen muss. Ob hiermit wirklich gerechnet werden darf, ist jedoch zweifelhaft. Schließlich werden die Sektoren in denen um freiwillig Engagierte geworben wird, immer zahlreicher und vielfältiger. Mittlerweile sind zu den klassischen Zweigen wie dem Umwelt- und Naturschutz, dem Sport und der Politik viele weitere Einsatzbereiche hinzugekommen. Dazu gehören Tätigkeiten in der lokalen Daseinsvorsorge und der Flüchtlingshilfe. Die Nachfrage nach freiwilligem Engagement und der Wettbewerb um die Engagierten nehmen also zu. Angesichts der eher geringen Beliebtheit eines Engagements in der Pflege im Vergleich zu anderen Bereichen wie dem Sport, der Kinderbetreuung oder auch dem Umwelt- und Naturschutz, ist es eher unwahrscheinlich, dass tatsächlich ausreichend Freiwillige für die ambulante Langzeitpflege gewonnen werden können. Schließlich ist zu bedenken, dass die Anzahl an PB von derzeit etwa 3,41 Millionen bis in das Jahr 2050 auf mehr als 5 Millionen anwachsen könnte. Vor diesem Hintergrund ist es kaum vorstellbar, dass Konzepte wie das „Regionale Pflegebudget“ der Bertelsmann-Stiftung (Hackmann et al., 2014), die sich grundlegend auf das freiwillige Engagement der BürgerInnen stützen, langfristig und flächendeckend eine bedarfsgerechte Pflege sicherstellen könnten. Es droht eine Unterversorgung, die jedoch nicht mehr ausschließlich auf einem Pflegekräftemangel beruht, sondern zusätzlich auf zu geringes freiwilliges Engagement zurückgeführt werden müsste. Das eigentliche Problem, nämlich das fehlender LeistungserbringerInnen, ist also nicht gelöst. Vielmehr kommt es zu einer Problemverschiebung bei der die Verantwortung an die BürgerInnen zurückgespielt wird.

In diesem Zusammenhang stellt sich schließlich die prinzipielle Frage, ob der Staat und die Sozialpolitik sich nicht ihrer Verantwortung entziehen, wenn die Zuständigkeit für die Sicherstellung der Langzeitpflege zu wesentlichen Teilen freiwillig Engagierten übertragen wird. Eine Abkehr von der „Allzuständigkeit des Staates“ ist in unterschiedlichen Bereichen bereits seit den 1990er Jahren in Deutschland erkennbar. Pinl (2015) spricht von einem Paradigmawechsel am Ende der 1990er Jahre zu einer neoliberalen Politik, der dazu geführt habe, dass zunehmend die Eigenverantwortung der BürgerInnen an die Stelle staatlicher Fürsorge tritt. Dieser Trend zeigt sich nun auch in der pflegerischen Langzeitversorgung, die ohne die zusätzliche und kostengünstige Arbeitskraft Freiwilliger zukünftig vermutlich nicht mehr für alle PB aufrechterhalten werden kann. Dabei erscheint der Rückgriff auf Freiwillige, die aus dem Engagement auch selbst einen Nutzen ziehen können, wie es auch die Skalen zur Messung der Motivation Freiwilliger andeuten, zunächst unproblematisch. Kritisch zu hinterfragen ist jedoch, ob die Freiwilligen als „Notnagel missbraucht“ werden in einer Situation, in der die politische Steuerung in Form von Beitragserhöhungen und Pflegereformen nicht mehr ausreicht, oder, ob es sich bei einem Engagement in der Pflege um „bürgerliche Pflicht“ im Sinne einer selbstverständlichen gegenseitigen Unterstützung unter den BürgerInnen Deutschlands handelt? In jedem Fall ist die zentrale Stellung der Freiwilligen für die zukünftige Sicherstellung bedarfsgerechter Pflege mit (großen) Risiken behaftet.

Zu diesen Risiken gehört auch die gesetzlich geförderte Monetarisierung des Engagements in der ambulanten Pflege im Rahmen des SGB XI. Diese darf nicht dazu führen, dass sich ein neuer Billiglohnsektor bildet, der Personen, denen der Zugang zum regulären Arbeitsmarkt verwehrt ist, dazu bewegt, gegen eine Aufwandschädigung unterhalb des Mindestlohns Pflege- und Betreuungsleistungen zu erbringen, die nicht freiwillig motiviert, sondern in finanzieller Not begründet sind. Dies widerspricht dem Grundgedanken der freiwilligen Verantwortungsübernahme und steht einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung entgegen.

Zu betonen ist abschließend, dass freiwillig Engagierten, unabhängig von ihrem Potential den Mangel an Personal und finanziellen Mittel zu kompensieren, eine wichtige Funktion für die Bedarfsgerechtigkeit pflegerischer Versorgung zukommt. So haben Freiwillige häufig genügend Zeit für Gespräche, Zuwendung und individuelle Beschäftigung mit dem PB. Professionelle Pflegekräfte unterliegen dagegen strengen zeitlichen Restriktionen, die es ihnen nicht erlauben, sich ausgiebig auf persönlicher Ebene den PB zuzuwenden. Die selbst durchgeführte qualitative Befragung zeigt indes, dass die Kommunikation und der persönliche Austausch besonders für PB, welche ausschließlich durch einen Pflegedienst versorgt werden, eine hohe Bedeutung besitzen. Diesem Bedürfnis können freiwillig Engagierte deutlich besser nachkommen als professionelle Pflegekräfte, wodurch sie einen wichtigen Beitrag zur subjektiven Qualität und zur Bedarfsgerechtigkeit der ambulanten Pflege leisten.

8.2.2 Zuverlässigkeit der Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Die Prognosen zur zukünftigen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland sind in erster Linie abhängig von den Annahmen zu zwei Faktoren:

- 1) der Zunahme der Lebenserwartung der in Deutschland Geborenen und
- 2) dem Gesundheitsstatus im Alter.

Beide Einflussgrößen hängen wesentlich von dem medizinischen Fortschritt ab. Hinzu kommt die Wirkung von Präventionsmaßnahmen, die den Eintritt der Pflegebedürftigkeit verhindern oder hinauszögern können. Ebenso spielen Lebensstile, Ernährungsgewohnheiten und gesundheitsschädliche Umwelteinflüsse für die Lebenserwartung und den Gesundheitszustand älterer Menschen eine bedeutende Rolle und damit auch für den zu erwartenden Anstieg der Pflegebedürftigkeit. Die Entwicklung all dieser Faktoren ist mit wachsendem zeitlichem Horizont immer schwieriger abzuschätzen. Unabhängig hiervon können gesetzliche Reformen, wie zuletzt die Neuformulierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, durch Veränderungen der Voraussetzungen für das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit sprunghafte absolute und relative Zunahmen der Pflegebedürftigkeit nach sich ziehen. Diese Unsicherheiten führen zu Einschränkungen der Aussagekraft der in dieser Analyse vorgestellten Prognosen zur Anzahl von PB, zur Pflegequote und letztlich auch zum Pflegefachkräftebedarf. Vor diesem Hintergrund sollten die genannten Zahlen nur als Schätzungen interpretiert werden. Dies gilt insbesondere für die Voraussagen, die bis in das Jahr 2050 und 2060 reichen.

Nichtdestotrotz gilt der generelle Trend einer starken Zunahme der Anzahl von PB und der Pflegequote in Deutschland als sicher. So muss auch bei deutlicher Zunahme der Geburtenrate oder später eintretender Pflegebedürftigkeit davon ausgegangen werden, dass sowohl die absolute Anzahl an PB als auch die Pflegequote in Deutschland zunehmen werden.

Hinsichtlich des zu erwartenden Pflegefachkräftemangels gilt, dass abzuwarten ist, wie stark der Anstieg der Pflegebedürftigkeit tatsächlich in Zukunft ausfallen wird, welche Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität von Pflegeberufen noch ergriffen werden und wie die bereits umgesetzten, z. B. die neue bereichsübergreifende Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann, wirken. Grundsätzlich muss auch in Bezug auf den Pflegefachkräftemangel angenommen werden, dass dieser angesichts der zu erwartenden Anzahl von PB weiter bestehen wird, was die Sicherstellung pflegerischer Langzeitversorgung zukünftig zusätzlich erschweren könnte. Dies gilt vor allem in strukturschwachen Regionen, die jetzt bereits Nachteile bei der Gewinnung des notwendigen Pflegepersonals haben.

9 Handlungsempfehlungen für die Sicherstellung bedarfsgerechter ambulanter Pflege

Ausgehend von den vorherigen Ausführungen - und insbesondere den eigenen Analysen - können folgende Handlungsempfehlungen für die Pflegepolitik und für die Sicherstellung bedarfsgerechter ambulanter Pflege formuliert werden:

- Die Wirkungen des PSG II sollten evaluiert werden. Vor allem ist eine Überprüfung des Effekts des Entlastungsbetrags nach § 45 b SGB XI im Hinblick auf die Entlastungswirkung bei Pflegepersonen mittels repräsentativer Befragungen zu empfehlen.
- Angesichts der hohen Belastungen von Pflegepersonen sollten weitere Entlastungsangebote geschaffen werden, insbesondere im Bereich bürokratischer Angelegenheiten im Zusammenhang mit Antragsstellungen bei der Pflegekasse. Die Abrechnung könnte über den Entlastungsbetrag erfolgen.
- Die Angebote im Bereich der hauswirtschaftlichen Entlastungsleistungen müssen stärker an die Bedarfe der älteren Pflegepersonen und die körperlich stark eingeschränkter PB angepasst werden. Hierzu werden im Vorfeld die Ermittlung der Bedarfslage im Hinblick auf regionalen Besonderheiten, das Alter und den Gesundheitszustand der Pflegepersonen sowie den Pflegegrad und den Unterstützungsbedarf des PB empfohlen.
- Die Möglichkeiten für ambulant versorgte PB zur sozialen Teilhabe mit und ohne ihre Pflegepersonen sollten verbessert werden, besonders für stark körperlich aber nicht kognitiv eingeschränkte Menschen. Dies gilt sowohl für die Ausgestaltung und die Gruppenzusammensetzung bei Betreuungsangeboten, als auch für die finanzielle Bezuschussung von Rollstuhltransporten z. B. zu kulturellen Veranstaltungen.
- Angesichts der fortschreitenden Alterung der Gesellschaft sollten präventive Gesundheitsmaßnahmen und Rehabilitation ausgebaut werden, um das Einsetzen von Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern und so Alter und Pflegebedürftigkeit zu „entkoppeln“.
- Um allen PB unabhängig von ihrem Wohnort ein Verbleiben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen, müssen Leistungen der Daseinsvorsorge wie ÖPNV, ärztliche Versorgung und Einkaufsmöglichkeiten im Nahbereich auch in strukturschwachen Regionen aufrechterhalten werden, begleitet von Maßnahmen zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts und ggf. mit Unterstützung freiwillig Engagierter.
- Um den steigenden Bedarf an freiwillig Engagierten in der ambulanten Pflege zu decken müssen wirksame Konzepte zur Aktivierung des Engagementpotentials und zur langfristigen Erhaltung der Engagementbereitschaft entwickelt werden. Die staatlich geförderte Monetarisierung des Engagements wird angesichts der steigenden Zahl von PB und der geringen Bedeutung einer Aufwandsentschädigung für die Engagierten voraussichtlich nicht

ausreichen. Um die Wirksamkeit von Aktivierungsstrategien zu erhöhen, kann die Betonung altruistischer Werte, harmonischer zwischenmenschlicher Beziehungen und eine Hervorhebung der Erfahrungs- und Selbstwertfunktion empfohlen werden. Ebenso können Zufriedenheit und Motivation der Freiwilligen gefördert werden, wenn ihre Motive und Erwartungen bei der Übertragung von Aufgaben und der Ausgestaltung der Tätigkeit beachtet werden. Die lokalen Anbieter niedrighschwelliger Angebote sind diesbezüglich entsprechend zu schulen und zu unterstützen. Hierin könnte eine Aufgabe der neu gegründeten Deutschen Stiftung für Engagement und Ehrenamt liegen.

- Aufgrund des zu erwartenden erheblichen Anstiegs der Pflegebedürftigkeit sind weitere Strategien zur Steigerung der Attraktivität von Berufen in der Altenpflege zu entwickeln. Hier sollten neben extrinsischen Anreizen in Form von Lohnerhöhungen besonders die intrinsisch motivierenden Merkmale der Tätigkeit und die belastenden Arbeitsbedingungen in den Blick genommen werden. Dazu gehört auch der hohe Zeitdruck bei der Erledigung der Pflegeaufgaben, der auch einer qualitativ hochwertigen Pflege entgegensteht.
- Das Kosten-Nutzen-Verhältnis des Ausbaus informeller ambulanter Pflege sollte ermittelt werden. Insbesondere ist zu prüfen, welche indirekten Kosten, z. B. in Form von Krankheitskosten für die Behandlung pflegebedingter Belastungen der Pflegepersonen entstehen. Zu berücksichtigen sind auch Krankheitskosten für die Behandlung von PB, welche durch nicht sachgerecht ausgeführte Laienpflege verursacht werden, d. h. durch eine Fehl-, Unter- oder Überversorgung. Auf der Nutzenseite ist neben den Einsparungen von Pflegekosten unbedingt auch die in monetäre Größen überführte Wertschätzung der PB für eine informelle Pflege im häuslichen Umfeld einzubeziehen.
- Da nicht sicher davon ausgegangen werden kann, dass ausreichend Freiwillige für eine Erhöhung des Anteils ambulanter und vorrangig informeller Pflege gewonnen werden können, muss auch über alternative Lösungen zur Sicherstellung pflegerischer Langzeitversorgung nachgedacht werden, um die Bedarfsgerechtigkeit der Pflege zukünftig gewährleisten zu können.

10 Anregungen für weitere Forschungsaktivitäten

Im Folgenden werden Anregungen für weitere Forschungsaktivitäten im Zusammenhang mit der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Langzeitpflege formuliert. Die Ausführungen beziehen sich auf die Stärkung der informellen ambulanten Pflege und den damit einhergehenden Forschungsbedarfen aus sozialwissenschaftlicher und wohlfahrtsökonomischer Perspektive.

10.1 Sozialwissenschaftliche Untersuchungen

10.1.1 Untersuchung der Belastungen von Pflegebedürftigen

Zusätzlich zu den Belastungen von Pflegepersonen sollten auch die Belastungen von körperlich eingeschränkten PB untersucht werden. Dies kann mittels qualitativer Verfahren erfolgen. Denkbar sind grundsätzlich verschiedene Vorgehensweisen, die von der konkreten Zielsetzung der Untersuchung abhängig sind.

Grundsätzlich würden sich interpretative Verfahren und narrative biographische Interviews eignen, wenn offengelegt werden soll, wie es dazu kommt, dass PB ihre körperlichen Einschränkungen unterschiedlich wahrnehmen und sich in unterschiedlicher Weise belastet fühlen. Durch die Ergänzung um Familiengespräche (Hildenbrand, 2005) ließen sich auch die Interaktionsmuster innerhalb der Familie und Wechselwirkungen der Belastungen von PB und Pflegenden berücksichtigen und in eine abschließende Typenbildung integrieren.

Alternativ ließe sich eine Aufdeckung unterschiedlicher Belastungstypen unter den PB auch mittels der Grounded Theory (Glaser und Strauss, 2010) erreichen. Ist es hingegen Ziel der Untersuchung fallübergreifend unterschiedliche Belastungskategorien unabhängig von ihrer Entstehungsgeschichte aufzudecken, sind ebenso teilstrukturierte Interviews und eine Auswertung mittels inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse möglich.

10.1.2 Untersuchung der Entstehungsgeschichte der Belastungen von Pflegepersonen

In der vorliegenden Analyse wurden die Belastungen von Pflegepersonen in Form eines Kategoriensystems für alle Interviewten zusammenfassend dargestellt, sowie die Wirkungszusammenhänge physischer, psychischer und finanzieller Belastungen offengelegt. Nicht untersucht wurde die Entstehungsgeschichte der Belastungen und die Gründe, warum die Pflegepersonen die Herausforderung der häuslichen Pflege auf unterschiedliche Weise wahrnehmen und auf unterschiedliche Art bearbeiten. Dies ließe sich mithilfe von Einzelfallbetrachtungen und vor dem Hintergrund der Lebensgeschichten von Pflegepersonen analysieren. Denkbar wären auch hier narrative biographische Interviews und eine Auswertung des Textmaterials mittels Biographischer Fallrekonstruktion (Rosenthal, 1995, 2015).

10.1.3 Aufdeckung neuer Motive für freiwilliges Engagement

Die vorhergehenden Ausführungen des Kapitels 8.1.3 und die Auswertungen der eigenen quantitativen Befragungen (Beitrag VI) deuten an, dass der VFI nicht die Gesamtheit der Motive sich freiwillig zu engagieren erfasst. Vielmehr ist anzunehmen, dass es weitere Motive gibt, die mittels des VFI nicht erhoben werden können. Diese können sowohl unabhängig vom konkreten Engagementbereich, als auch nur in speziellen Formen des Engagements wirksam sein. Welche zusätzlichen Beweggründe

freiwillig Engagierte in der ambulanten Pflege haben, könnte mithilfe offener Interviews und qualitativer Inhaltsanalysen aufgedeckt werden. Basierend auf dieser qualitativen Studie ließe sich ein Fragebogen entwickeln, der die identifizierten Motive jeweils mithilfe mehrerer Items operationalisiert, um die Reliabilität der Messung sicherzustellen. Nach einer Prüfung des Instruments auf seine Messgenauigkeit wären repräsentative Erhebungen der Motivation Freiwilliger in der ambulanten Pflege möglich.

10.1.4 Entwicklung eines Erhebungsinstruments zur Messung der subjektiven Qualität ambulanter Pflege

Bisher fehlt es an Erhebungsinstrumenten, die eine umfassende und repräsentative Messung der subjektiven Qualität ambulanter Pflege in Deutschland erlauben. Die in den eigenen qualitativen Untersuchungen aufgedeckten bewertungsrelevanten Aspekte der Pflege (Beitrag III) könnte die Grundlage für die Konstruktion eines Instruments darstellen, das die Pflegequalität aus Sicht körperlich eingeschränkter PB und, sofern vorhanden, ihrer Pflegepersonen erfasst. Eine besondere Herausforderung bei der Entwicklung besteht in der Zielgruppe der Befragung. So müssen Items und Skalen so formuliert werden, dass Sie auch von vornehmlich älteren Menschen alleine bearbeitet werden können, um Einschränkungen der Güte der Messung im Hinblick auf Objektivität, Reliabilität und Validität zu vermeiden. Ein kognitiv überfordernder Fragebogen, der die Anwesenheit Dritter bei der Bearbeitung erfordert, lässt zumindest dann, wenn es sich etwa um die Pflegeperson selbst oder Mitarbeiter eines Pflegedienstes handelt, keine aussagekräftigen Befunde hinsichtlich der Qualität ambulanter Pflege aus Sicht von PB erwarten. Hilfreich bei der Entwicklung eines geeigneten Instruments sollte die Zusammenarbeit mit Pflegewissenschaftler, Psychologen und Gerontologen sein. Zudem wird eine umfassende Prüfung des Erhebungsinstruments mithilfe von kognitiven Pre-Tests und umfangreichen Validierungsstudien empfohlen, um die Zielgruppeneignung und die Messgüte zu gewährleisten.

10.2 **Wohlfahrtsökonomische Betrachtung: Kosten-Nutzen-Analyse zum weiteren Ausbau ambulanter Pflege**

Ob eine weitere Stärkung der ambulanten Pflege aus volkswirtschaftlicher Sicht sinnvoll ist, kann mithilfe einer Kosten-Nutzen-Analyse untersucht werden. Soll die Heimquote gesenkt und der Anteil ambulant versorgter PB erhöht werden, wie es auch das „Regionale Pflegebudget“ (Hachmann et al., 2014) anstrebt, gehen damit spezifische volkswirtschaftliche Kosten und volkswirtschaftliche Nutzen einher. Diese müssen monetarisiert und zueinander in Verhältnis gesetzt werden. Übersteigen die volkswirtschaftlichen Nutzen des weiteren Ausbaus der ambulanten Pflege die damit verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten, ist eine Erhöhung des Anteils ambulant versorgter PB aus volkswirtschaftlicher Sicht vorteilhaft.

Auf der Nutzenseite ist in jedem Fall der direkte materielle Nutzen in Form von Einsparungen aufgrund der Erhöhung des Anteils der, im Vergleich zur stationären Unterbringung, kostengünstigeren ambulanten Pflege zu berücksichtigen. Ebenso fließt hier die in Geldeinheiten gemessene Wertschätzung der PB für eine ambulante Pflege, anstelle einer Heimunterbringung, als immaterieller Nutzen ein. Die Kosten resultieren u. a. aus indirekten materiellen Effekten wie steigenden Krankheitskosten aufgrund pflegebedingter Belastungen von Pflegepersonen oder auch professioneller Pflegekräfte infolge der Anforderungen in der ambulanten Pflege. Bei erwerbstätigen Pflegepersonen können sich indirekte Kosten aus Arbeitsausfällen ergeben, die mit der Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen in Zusammenhang stehen. Ursächlich hierfür könnten eine erhöhte Anzahl von Krankheitstagen oder die Inanspruchnahme von Pflegezeiten sein. Auch bei professionellen in der ambulanten Pflege tätigen Pflegekräften sind erhöhte Fehlzeiten aufgrund der gestiegenen Anforderungen nicht auszuschließen. Die Folge dieser Arbeitsausfälle von Pflegekräften und Pflegepersonen wären indirekte materielle Kosten durch Produktionsverluste mit negativen Auswirkungen auf das zukünftige Inlandsprodukt. Direkte Kosten für den weiteren Ausbau der ambulanten Pflege fallen für Schulungen von zusätzlichen Pflegepersonen und sonstigen Freiwilligen an, die an der ambulanten Pflege beteiligt sind. Des Weiteren ist mit direkten Kosten für die Maßnahmen zur Rekrutierung zusätzlicher Freiwilliger zu rechnen, welche benötigt werden, wenn der Anteil ambulant versorgter PB steigt und sich damit auch die Nachfrage nach niedrigschwelligen Entlastungs- und Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI erhöht. Auch immaterielle Kosten können nicht ausgeschlossen werden. Diese könnten aus der Besorgnis von Angehörigen resultieren, der pflegerischen Versorgung eines Familienmitglieds nicht gewachsen zu sein. Diese immateriellen Kosten ließen sich über die minimalen Entschädigungsforderungen der (zukünftigen) Pflegepersonen für die empfundenen Ängste monetarisieren.

11 Zusammenfassung

Die Sicherstellung pflegerischer Langzeitversorgung zählt angesichts des demographischen Wandels zu den zentralen aktuellen und zukünftigen Herausforderungen in Deutschland. Aufgrund der steigenden Zahl an Pflegebedürftigen, der Auflösung familiärer Netzwerke, knapper finanzieller Mittel der Pflegekassen und eines anhaltenden Pflegekräftemangels ist es fraglich, wer die notwendigen Pflegeleistungen zukünftig erbringen kann und wie sich diese solidarisch finanzieren lassen.

Bisher wurden Alterung, hohe Pflegequoten und das Wegbrechen informeller Hilfe überwiegend mit ländlichen und strukturschwachen Räumen im Osten und in der Mitte Deutschlands in Zusammenhang gebracht. Prognosen legen jedoch nahe, dass auch bisher weniger betroffene ländliche und städtische Regionen zukünftig mit dieser Problematik konfrontiert sein werden. Vor diesem Hintergrund strebt die Pflegepolitik einen Ausbau der im Vergleich zur stationären Unterbringung kostengünstigeren ambulanten Pflege an, wobei freiwillig Engagierte einen wesentlichen Teil der Pflege- und Betreuungsleistungen übernehmen sollen. Parallel dazu wird das Ziel verfolgt, die Bedarfsgerechtigkeit der Pflege zu erhöhen, wobei der Begriff der Bedarfsgerechtigkeit jedoch nicht abschließend definiert.

In der vorliegenden Analyse werden diese Zielsetzungen der Pflegepolitik kritische hinterfragt. Hierzu wurden Literatur- und Sekundärdatenanalysen, eine qualitative Studie mit ambulant versorgten Pflegebedürftigen und ihren Pflegepersonen sowie zwei quantitative Befragungen von freiwillig in der Pflege engagierten Personen im städtischen und ländlichen Raum Deutschlands durchgeführt. Zur Ermittlung des zukünftigen Engagementpotentials, erfolgte zudem eine weitere quantitative Befragung der deutschen Bevölkerung. Die Ergebnisse dieser Analysen sind in insgesamt sieben Beiträgen veröffentlicht.

Zunächst wurde der Begriff der Bedarfsgerechtigkeit auf Basis von Literaturrecherchen näher ausgestaltet (Beitrag I und II). Dabei wurde deutlich, dass Einigkeit dahingehend besteht, dass für die Beurteilung von Bedarfsgerechtigkeit die Vorstellungen der LeistungsempfängerInnen, d. h. der Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen, eine wichtige Rolle spielen. Vor diesem Hintergrund wurde zunächst auf theoretischer Basis geprüft, ob die vergangenen Pflegestärkungsgesetze I und II zur Bedarfsgerechtigkeit der ambulanten Pflege aus Sicht der LeistungsempfängerInnen beitragen können (Beitrag II).

Welche Aspekte der Pflege für die Bewertung der Versorgungsqualität ambulanter Pflege durch die LeistungsempfängerInnen in der Praxis wichtig sind, wurde bisher noch nicht empirisch untersucht. Um diese Forschungslücke zu schließen wurden mithilfe offener Interviews von ambulant versorgten Pflegebedürftigen und Pflegepersonen insgesamt 22 bewertungsrelevante Aspekte der Pflege offengelegt und die Wirkungszusammenhänge zwischen ihnen analysiert (Beitrag III).

Eine weitere Auswertung des Textmaterials der qualitativen Studie zeigt, dass alle interviewten Pflegepersonen unter Belastungen infolge der Pflege eines Angehörigen leiden. Deutlich wurde darüber hinaus, dass Leistungen der Pflegeversicherungen, welche der Entlastung von Pflegenden dienen sollen, in ihrer derzeitigen Form nur begrenzte Wirkung entfalten können (Beitrag IV).

Der Beitrag V wendet sich schließlich der Frage zu, wie eine Erhöhung des Anteils ambulanter Pflege und die verstärkte Einbindung Freiwilliger gelingen können. Als Diskussionsbasis dient ein neues Pflegekonzept der Bertelsmann Stiftung, das „Regionale Pflegebudget“. Dieses Pflegekonzept strebt an, die Finanzierbarkeit und die Bedarfsgerechtigkeit der Langzeitpflege durch Reduzierung der kosten- und personalintensiven stationären Pflege sicherzustellen und zugleich die ambulante Pflege im Wesentlichen über niedrigschwellige Angebote zu realisieren. Diese sollen von freiwillig Engagierten erbracht werden. Ausgehend von diesem Ansatz wird zunächst ermittelt, wie viele zusätzliche Stunden freiwillige Arbeit benötigt würden, sollte das Regionale Pflegebudget deutschlandweit umgesetzt werden. Anschließend wird basierend auf einer quantitativen Befragung von Freiwilligen in der ambulanten Pflege dargelegt, welche Motive und Erwartungen für das Engagement bedeutsam sind. Auf dieser Grundlage werden Empfehlungen formuliert, wie die Zufriedenheit und Motivation der bereits Aktiven erhalten und neue Freiwillige für die ambulante Pflege hinzugewonnen werden können.

In Beitrag VI wird u. a. untersucht, ob die Engagementbereitschaft in Deutschland groß genug ist, um den Bedarf an zusätzlichen Freiwilligen bei Umsetzung des „Regionalen Pflegebudgets“ zu decken. Hierzu werden die Ergebnisse der eigenen Bevölkerungsbefragung herangezogen. Es zeigt sich, dass die Engagementbereitschaft derzeit zwar ausreichend ist, um die Nachfrage nach zusätzlichen Freiwilligen zu decken, fraglich ist jedoch ob dies auch dann noch der Fall ist, wenn der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung in Zukunft so deutlich ansteigt, wie die aktuellen Prognosen erwarten lassen.

Schließlich gibt eine weitere quantitative Befragung von freiwillig Engagierten Aufschluss darüber, welche Bedeutung monetäre Anreize für freiwilliges Engagement haben (Beitrag VII). Befragt wurden Personen, welche in der ambulanten Pflege engagiert sind und Freiwillige aus dem Umwelt- und Naturschutz. Letztere wurden aufgrund der konträren strukturellen Merkmale der freiwilligen Tätigkeit als Vergleichsgruppe zu Engagierten in der ambulanten Pflege herangezogen. Bestünde ein Zusammenhang zwischen den Merkmalen einer freiwilligen Tätigkeit und der Wirkung monetärer Anreize, sollte dieser bei dem Vergleich der genannten Freiwilligengruppen besonders offensichtlich werden. Es wird jedoch deutlich, dass monetäre Anreize für Freiwillige in der ambulante und auch für Engagierte im Umwelt- und Naturschutz nur eine geringe Rolle spielen. Jedoch möchten Personen, die im Umwelt- und Naturschutz aktiv sind, gesellschaftliche Sensibilisierung und Veränderung durch ihr

Engagement bewirken, während für Freiwillige aus der ambulanten Pflege dies weniger relevant ist. Motivierend für ein Engagement in der ambulanten Pflege sind eher die Steigerung des Selbstwertgefühls und der Ausdruck altruistischer Werte.

An die Darstellung der wissenschaftlichen Beiträge schließt sich eine inhaltliche und methodische Diskussion der durchgeführten Analysen an. Anschließend werden Handlungsempfehlungen für die zukünftige Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Langzeitversorgung und für die Stärkung von freiwilligem Engagement in der ambulanten Pflege formuliert. Zudem wird zu einer Untersuchung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses eines Ausbaus der ambulanten Pflege durch Angehörige angeregt, weil indirekte Kosten z. B. infolge von Arbeitsausfällen oder durch die Behandlung pflegebedingter Belastungen wahrscheinlich sind. Schließlich wird auf die hohe Bedeutung einer intakten Infrastruktur, der Aufrechterhaltung von Leistungen der Daseinsvorsorge und der Stärkung des sozialen Zusammenhalts in ländlichen und strukturschwachen Regionen hingewiesen, da dies die Grundlage für eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung der Pflegebedürftigen vor Ort bildet und gleichzeitig zur Stabilisierung des Pflegesystems sowie zur Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in Deutschland beiträgt.

12 Literatur

- Ajzen, I. (1985): From intentions to actions: A theory of planned behavior. In: Kuhi, J., Beckmann, J. (Eds.): Action-control: From cognition to behavior, 11 - 39. Springer, Heidelberg.
- Ajzen, I. (1988): Attitudes, personality, and behavior. Dorsey Press, Chicago.
- Ajzen, I. (1991): The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50: 179 - 211.
- Asghar, H. (2015): The Volunteer Functions Inventory: Examination of dimension, scale reliability and correlates. International Journal of Innovative and Applied Research, 3: 52 - 64.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2018): Bayerischer Demenz Survey, Bericht für die Projektphase 2015 - 2017 (zitiert als: Bayerischer Demenz Survey).
- Behr, A., Meyer, R., Holzhausen, M., Kuhlmeier, A., Schenk, L. (2014): „Lebensqualität und Gesundheit – Subjektive Perspektiven von selbstauskunftsfähigen Pflegeheimbewohnern – Eine qualitative Studie“. Pflege, 27: 269 - 380.
- Bierhoff, H.-W., Schülken, T., Hoof, M. (2007): Skalen der Einstellungsstruktur ehrenamtlicher Helfer (SEEH). Zeitschrift für Personalpsychologie, 6 (1): 12 - 27.
- Brayley, N., Obst, P., White, K., Lewis, I., Warburton, J., Spencer, N. (2014): Exploring the validity and predictive power of an extended volunteer functions inventory within the context of episodic skilled volunteering by retirees. Journal of Community Psychology, 42 (1): 1 - 18.
- Bruker, C., Klie, T., Wernicke, F. (2017): „Qualitative Studie“. In: Klie, T. (Hrsg.): Gutes Leben mit Demenz: Daten, Erfahrungen und Praxis. Pflegereport 2017. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung 19. Freiburg u. a.: medhochzwei, 96 - 128.
- Bujard, M. (2015): Folgen der dauerhaft niedrigen Fertilität. Comparative Population Studies, 40: 35 - 86.
- Bujard, M.; Dreschmitt, K. (2016): Szenarien der Bevölkerungsentwicklung bis 2060. Wie beeinflussen Migration und Geburten Deutschlands Zukunft? Gesellschaft Wirtschaft Politik (GWP), 3: 333 - 345.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2017): Einwohner 65 Jahre und älter. <https://bbsr-geodienste.de/raumbeobachtung/>
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2019 a): Laufende Raumbbeobachtung – Raumabgrenzungen. Raumtypen 2010 auf Kreisebene. https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/Raumtypen2010_krs/Raumtypen2010_Kreise.html?nn=443222
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2019 b): Wachsen und Schrumpfen von Städten und Gemeinden im bundesweiten Vergleich. https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/gemeinden/wachsend-schrumpfend-gemeinden/Wachs_Schrumpf_Gemeinden_node.html
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2019): Laufende Raumbbeobachtung - Raumabgrenzungen. Siedlungsstrukturelle Kreistypen. <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/Kreistypen4/kreistypen.html?nn=443222>

- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2019): Laufende Raubeobachtung – Raumabgrenzungen. Siedlungsstrukturelle Kreistypen.
<https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raubeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/Kreistypen4/kreistypen.html?nn=443222>
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2018 a): Privathaushalte in Deutschland nach ihrer Mitgliederzahl, 1900 bis 2016.
<https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/Bilder/L53Privathaushalte-Mitglieder-ab-1900.html?nn=9754814>
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2018): Medianalter der Bevölkerung in Deutschland, 1950 bis 2060.
<https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/B20Medianalter-Bevoelkerung-1950-Vorausberechnung.html>
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2019): Pflegebedürftige nach Altersgruppen, 1999-2050.
https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige_Anzahl.html
- Bundesministerium des Inneren, für Heimat und Bau, Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019): Unser Plan für Deutschland - Gleichwertige Lebensverhältnisse überall - Schlussfolgerungen von Bundesminister Horst Seehofer als Vorsitzendem sowie Bundesministerin Julia Klöckner und Bundesministerin Dr. Franziska Giffey als Co-Vorsitzenden zur Arbeit der Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“.
- Bundesministerium des Innern (2011): Demografiebericht. Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes.
<https://www.demografieportal.de/SharedDocs/Informieren/DE/BerichteKonzepte/Bund/Demografiebericht.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (2019 a): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_17.Februar_2020_bar.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (2019): Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2012): Entwicklung der Altersstruktur.
- CDU, CSU, FDP (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 26.10.2009.
<http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf>
- Chacón, F., Gutiérrez, G., Sauto, V., Vecina, M. L., Pérez, A. (2017): Volunteer Functions Inventory: A systematic review. *Psicothema*, 29 (3): 306 - 316.
- Clary, E. G., Snyder, M. (1995): Motivations for volunteering and giving: A functional approach. In: C. H. Hamilton, W. F. Ilchman (Eds.): *New directions for philanthropic fundraising*, 111 - 123. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
<http://dx.doi.org/10.1002/pf.41219950809>
- Clary, E. G., Snyder, M., Ridge, R. D. (1992): Volunteers' motivations: A functional strategy for the recruitment, placement, and retention of volunteers. *Nonprofit Management and Leadership*, 2: 333 - 350.

- Clary, E. G., Snyder, M., Ridge, R. D., Copeland, J., Stukas, A. A., Haugen, J., Miene, P. (1998): Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (6): 1516 - 1530.
- Clary, E. G., Snyder, M., Ridge, R. D., Miene, P., Haugen, J. (1994): Matching messages to motives in persuasion: A functional approach to promoting volunteerism. *Journal of Applied Social Psychology*, 24 (13): 1129 - 1149.
- Cnaan, R., Goldberg-Glen, R. (1991): Measuring Motivation to Volunteer in Human Services. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 27: 269-284.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (2000): The „what“and„why“of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11: 227 - 268.
- Deutscher Bundestag (2017): Zweiter Bericht über die Entwicklung des bürgerschaftlichen Engagements in der Bundesrepublik Deutschland. Schwerpunktthema: „Demographischer Wandel und bürgerschaftliches Engagement: Der Beitrag des Engagements zur lokalen Entwicklung“. Drucksache18/11800.
- Deutscher Bundestag (2017): Zweiter Engagementbericht. Demografischer Wandel und bürgerschaftliches Engagement: Der Beitrag des Engagements zur lokalen Entwicklung, Drucksache 18/11800. (Zitiert als: Zweiter Engagementbericht)
- Diakoniestationen Essen gGmbH (2019): Beschreibungen der Leistungen der Pflegeversicherung. Vereinbarte Leistungskomplexe mit den Pflegekassen in NRW gültig ab 01.02.2019.
- Fletcher, T., Major, D. (2004): Medicalstudents' motivations to volunteer: An examination of the nature of gender differences. *Sex Roles*, 51: 109 - 114.
- Generali Zukunftsfonds (2012): Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Fischer, Frankfurt a. M.
- Glaser, B. G., Strauss, A. L. (2010): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Verlag Hans Huber, Hofgrebe AG, Bern.
- Graf, M. (2007): Die Theorie des geplanten Verhaltens. In: Krüger, D., Vogt, H. (Hrsg.): *Theorien in der biologiedidaktischen Forschung: Ein Handbuch für Lehramtsstudenten und Doktoranden*, 33 – 43. Springer: Berlin, Heidelberg.
- Gräbel, E. (1997): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter. Hänsel - Hohenhausen, Frankfurt, Washington.
- Gräbel, E. (2001): Häusliche-Pflege-Skala HPS. Zur Erfassung der subjektiven Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen. Vless, Ebersberg.
- Gräbel, E. (2001): Häusliche-Pflege-Skala HPS. Zur Erfassung der subjektiven Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen. Vless, Ebersberg.
- Hackman, J. R., Oldham, G. R. (1976): Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16 (2): 250 - 276.
- Hackmann, T., Müller, D., Steiner, M., Tiessen, J. (2014): Pflege vor Ort gestalten und verantworten. Konzept für ein Regionales Pflegebudget. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
<https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/pflege-vor-ort-gestalten-und-verantworten/>

- Hajek, A., König H. H. (2018): The relation between personality, informal caregiving, life satisfaction and health-related quality of life: evidence of a longitudinal study. *Quality of Life Research*, 27 (5): 1249 - 1256
- Hensen, P. (2018): „Qualität und Qualitätsmessung in der Pflege – Theoretische Grundlagen und methodische Zugänge“. In: Jacobs, K., Kuhlmeiy, A., Greß, S.; Klauber, J., Schwinger, A.: *Pflege-Report 2018*, 3 - 14. Springer, Berlin.
- Herzberg, F., Mausner, B., Snyderman, B. (1967): *The motivation to work*. New York, Wiley.
- Hildenbrand, B. (2005): *Fallrekonstruktive Familienforschung*. VS Verlag, Wiesbaden.
- Jacobs, K. und Rothgang, H. (2012): „Der Pflege-Bahr: zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten“. *G+S - Gesundheits- und Sozialpolitik*, 5 / 2012: 41 - 50.
- Jacobs, K., Kuhlmeiy, A., Greß, S., Klauber, J., Schwinger, A. (Hrsg.) (2019): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Springer Open.
- Jonas, K., Doll, J. (1996): Eine kritische Bewertung der Theorie überlegten Handelns und der Theorie geplanten Verhaltens. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 1996: 18 - 31.
- Kersten, J., Neu, C., Vogel, B. (2017): Das Soziale-Orte-Konzept. Ein Beitrag zur Politik des sozialen Zusammenhalts. In: *Umwelt- und Planungsrecht (UPR)*, 2 / 2017: 50-56.
- Kersten, J., Neu, C., Vogel, B. (2019): Gleichwertige Lebensverhältnisse - für eine Politik des Zusammenhalts. *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ)*, 46/2019: 4 - 11.
- Kim, M., Zhang, J. J., Connaughton, D. (2010): Modification of the Volunteer Functions Inventory for application in youth sports. *Sport Management Review*, 13: 25 - 38.
- Klie, T. (2017): *Pflegereport 2017. Gutes Leben mit Demenz: Daten, Erfahrungen und Praxis. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung*. DAK Hamburg.
- Kölner Statistische Nachrichten – 1/2019: Kapitel 1: Bevölkerung und Haushalte. *Statistisches Jahrbuch 2018*, 95. Jahrgang.
- Konzertierte Aktion Pflege der Bundesregierung (2019): Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html>
- Kuckartz, U. (2014): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Juventa, Weinheim.
- Kuhlmeiy, A., Dräger, D., Winter, M., Beikirch, E. (2010): Compass-Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. *Informationsdienst Altersfragen* (37) 4 2010. www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_04_2010_gesamt_PW.pdf
- Landeshauptstadt München, Referat für Stadtplanung und Bauordnung (2015): *Prognose der Münchner Privathaushalte Haushaltsvorausberechnung 2014 bis 2030*. <https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Stadtplanung-und-Bauordnung/Stadtentwicklung/Grundlagen/Haushaltsprognose.html>
- muenchen.de (2020): *Die Privathaushalte mit Kindern in den Stadtbezirken am 31.12.2018; Die Privathaushalte in den Stadtbezirken am 31.12.2018 nach der Haushaltsgröße* <https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtinfos/Statistik/Bev-lkerung/Haushalte.html>

- Netten, A., Burge, P., Malley, J., Potoglou, D., Towers, A.-M., Brazier, J., Flynn, T., Forder, J., Wall, B. (2012): „Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure “. Health Technology and Assessment, 16: 1 - 166.
- Niens, C. (2019): „Aber ich bin jetzt eben so weit, dass ich mir sage, ich schaffe es so einfach nicht mehr“ - Empirische Befunde zur subjektiven Belastung pflegender Angehöriger. Pflegewissenschaft 11/12 - 2019: 411 - 428.
- Niens, C., Hille, C., Hoffmeister, F., Schüler, S., Marggraf, R. (2017): Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Pflege - Stärkung der subjektiven Perspektive durch Reformmaßnahmen der sozialen Pflegeversicherung? Zeitschrift für Sozialreform (ZSR), 63 (4): 517 - 547.
- Niens, C., Hille, C., Marggraf, R. (2019): Subjektive Qualität ambulanter Pflege. Bewertungsrelevante Aspekte auch Sicht von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Zeitschrift für Sozialreform (ZSR), 65 (2): 115 - 145.
- Niens, C., Marggraf, R., Hoffmeister, F. (2015): Ambulante Pflege im ländlichen Raum - Überlegungen zur effizienten Sicherstellung von Bedarfsgerechtigkeit. Diskussionsbeiträge des DARE, Nr. 1513.
<http://www.unigoettingen.de/de/diskussionsbeitr%C3%A4ge-desdepartments-ab-heft-4-2007/72592.html>
- Okun, M. A., Barr, A., Herzog, A. (1998): Motivation to volunteer by older adults: A test of competing measurement models. Psychology and Aging, 13, 608 - 621.
- Oostlander, J., Güntert, S. T., van Schie, S., Wehner, T. (2014): Volunteer Functions Inventory (VFI): Konstruktvalidität und psychometrische Eigenschaften der deutschen Adaption. Diagnostica, 60 (2): 73 - 85.
- Pinl, C. (2015): Ehrenamt statt Sozialstaat? Kritik der Engagementpolitik.
<https://www.bpb.de/apuz/203553/ehrenamt-statt-sozialstaat-kritik-der-engagementpolitik>
- Pinquart, M., Sörensen, S. (2003): Differences between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health. A Meta-Analysis. Psychology and Aging, 18 (2): 250 - 267.
- Pochobradsky, E., Bergmann, F., Brix - Samoylenko, H., Erfkamp, H., Laub, R. (2005): Situation pflegender Angehöriger. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Wien.
- Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung in Niedersachsen vom 01.09.2015.
https://www.biva.de/dokumente/gesetze/Landesrahmenvertrag_AP_NI.pdf
- Rosenthal, G. (1995): Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen. Campus Verlag, Frankfurt / New York.
- Rosenthal, G. (2015): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Beltz Juventa, Weinheim.
- Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R. (2012): Themenreport »Pflege 2030«. Was ist zu erwarten - was ist zu tun? Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen [zitiert als Sachverständigenrat] (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn.

- Simonson, J., Vogel, V. und C. Tesch - Römer (2017): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Wiesbaden: Springer VS.
- Sinn, H.-W. (2013): Das demographische Defizit - die Fakten, die Folgen, die Ursachen und die Politikimplikationen. ifo Schnelldienst 66 (21): 1 - 23.
- Sonntag, P.- T., Baer, N. - R.; Schenk, L. (2017): Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege – Eine quantitative Versichertenbefragung. Abschlussbericht für das ZQP und den AOK-Bundesverband. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin.
- Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung.
- Statistisches Bundesamt (2016): Zusammengefasste Geburtenziffer: Entwicklung der Fertilitätsrate in der BRD und in der ehemaligen DDR von 1950 bis 1990.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/554952/umfrage/fertilitaetsrate-in-der-brd-und-ddr/>
- Statistisches Bundesamt (2017): Statistisches Jahrbuch 2017, Bildung.
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/Bildung.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt (2019 a): Zusammengefasste Geburtenziffer: Entwicklung der Fertilitätsrate in Deutschland von 1990 bis 2018.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/36672/umfrage/anzahl-der-kinder-je-frau-in-deutschland/>
- Statistisches Bundesamt (2019 b): Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren von 1950 bis 2060.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/273406/umfrage/entwicklung-der-lebenserwartung-bei-geburt--in-deutschland-nach-geschlecht/>
- Statistisches Bundesamt (2019 c): Europäische Union: Altenquotienten in den Mitgliedsstaaten im Jahr 2018.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/361840/umfrage/altenquotienten-in-den-eu-laendern/>
- Statistisches Bundesamt (2019 d): Bevölkerung im Wandel: Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung.
- Statistisches Bundesamt (2019 f): Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade 2017.
<https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftigepflegestufe.html;jsessionid=6EB33022D7DD1F4451F942AA8B5C9229.internet711>
- Statistisches Bundesamt (2019): Bevölkerungsentwicklung in den Bundesländern bis 2060. Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung -Variante 2 nach Ländern.
- Statistisches Bundesamt (2020 a): Pflegebedürftige: Deutschland, Stichtag, Art der Versorgung, Altersgruppen.
<https://www.genesis.destatis.de/genesis/online?operation=ergebnistabelleKomprimierungLaeerzeilen&levelindex=1&levelid=1583322514023&downloadname=22400-0001#abreadcrumb>

- Statistisches Bundesamt (2020 b): Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland in den Jahren 1999 bis 2017 (in 1.000).
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2722/umfrage/pflegebeduerftige-in-deutschland-seit-1999/>
- Statistisches Bundesamt (2020 c): Entwicklung der Pflegequote in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren von 1999 bis 2017.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/248374/umfrage/entwicklung-der-pflegequote-in-deutschland-nach-geschlecht/#statisticContainer>
- Statistisches Bundesamt (2020 d): Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht.
http://www.gbebund.de/oowa921install/servlet/oowa/aw92/WS0100/ XWD_PROC? XWD_2/5/xs_setkarte/1/ XWD_28#SVG
- Statistisches Bundesamt (2020 e): Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht.
http://www.gbebund.de/oowa921install/servlet/oowa/aw92/WS0100/ XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE= XWD_2&OPINDEX=5&HANDLER=XS_ROTATE_ADVANCED&DATACUBE= XWD_30&D.000=ACROSS&D.001=PAGE&D.002=DOWN&D.003=PAGE&D.100=PAGE
- Statistisches Bundesamt (2020 e): Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht.
http://www.gbebund.de/oowa921install/servlet/oowa/aw92/WS0100/ XWD_PROC? XWD_2/2/XWD_CUBE.DRILL/ XWD_30/D.001/1000001
- Statistisches Bundesamt (2020): Entwicklung der Gesamtbevölkerung Deutschlands von 1871 bis 2018.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1358/umfrage/entwicklungdergesamtbevoelkerung-deutschlands/>
- Wegweiser Kommune (2020): Pflegebedürftige an der Gesamtbevölkerung in %.
<https://www.wegweiser-kommune.de/statistik/bergenaufruegen+pflege+pflegebeduerftige-an-der-gesamtbevoelkerung+2017+karte>
- Weinert, A. B. (1998): Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch.4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Wingefeld, K., Büscher, A., Gansweid, B., Büker, C., Meintrup, V., Menz, P. U., Horn, A., Weber, J. (2011): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (2). GKV-Spitzenverband.
- Wu, J., Wing Lo, T., Liu, E. (2009): Psychometric properties of the Volunteer Functions Inventory with Chinese students. Journal of Community Psychology, 37: 769 - 780.
- Zensus 2011: Anteil der Einpersonenhaushalte an den Haushalten für Deutschland.
https://ergebnisse.zensus2011.de/#MapContent:00,H137_1,m
- Zok, K. (2011): Erwartungen an die Pflegereform. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. WIdOmonitor, Ausgabe 2 / 2011.
<http://wido.de/publikationenprodukte/widomonitor/widomonitor-2-2011/>

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass diese Habilitationsschrift weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits anderen Prüfungsbehörden vorgelegen hat.

Weiter erkläre ich, dass ich mich an keiner anderen Hochschule um eine Habilitation beworben habe.

Göttingen, den 07. April 2021

Hiermit erkläre ich eidesstattlich, dass diese Habilitation selbständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt wurde und dass kein wissenschaftliches Fehlverhalten im Sinne der Richtlinien der Georg-August-Universität Göttingen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis (Amtlichen Mitteilungen Nr. 68 vom 22.12.2016) vorliegt.

Göttingen, den 07. April 2021

Anhang



Befragung zu Ihrem ehrenamtlichen Engagement



Mai - Juli 2015

Department für Agrarökonomie und Rurale Entwicklung

Universität Göttingen

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Liebe(r) Teilnehmer(in), Ziel dieser Befragung ist es, mehr über die Beweggründe von ehrenamtlich engagierten Menschen zu erfahren und Kenntnisse über ihre Zufriedenheit mit der ehrenamtlichen Arbeit zu erlangen.

Folglich sind Ihre Antworten sehr wichtig und dienen dazu, mehr Personen für ein Ehrenamt zu motivieren und die ehrenamtlichen Tätigkeiten an die Bedürfnisse aktueller und zukünftiger Freiwilliger anzupassen.

1. Die Auswertung des Fragebogens erfolgt **anonym**. Das heißt, niemand weiß später, dass Sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben.

Die Beantwortung dauert etwa 20 Minuten.

Es gibt keine falschen Antworten. Uns interessiert **Ihre persönliche Meinung!**

Bei den meisten Fragen müssen Sie nur ein Kästchen ankreuzen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Manchmal sieht das auch so aus:	Sehr schlecht	Sehr gut	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bei einigen Fragen können Sie mehrere Kästchen ankreuzen.	<input type="checkbox"/> Keine Erfolgserlebnisse	<input type="checkbox"/> Berufliche Gründe	<input type="checkbox"/> Ortswechsel
	<i>Sie können hier mehrere Kästchen ankreuzen!</i>		
Bei wenigen Fragen bitten wir Sie Zahlen einzutragen oder eigene Antworten zu ergänzen.	Anzahl Personen _____ ✍		
	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____ ✍		

2. Bitte beantworten Sie den Fragebogen in der **vorgegebenen Reihenfolge**.
3. Bitte beantworten Sie unbedingt alle Fragen. Überspringen Sie Fragen nur, wenn Sie darauf hingewiesen werden.
4. **Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Rückumschlag bis zum 10. Juli 2015 wieder bei Ihrem(er) EhrenamtskoordinatorIn ab.**

Falls Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an mich wenden:

Frau Dr. Christine Niens

Tel: 0551 394853

E-Mail: cniens@uni-goettingen.de

Allgemeine Fragen zu Ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen

1. Sind Sie derzeit ehrenamtlich mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen tätig?

Ja

Nein



Wenn Sie mit „Nein“ geantwortet haben, bitten wir Sie, an dieser Stelle den Fragebogen zu beenden. Ihre folgenden Antworten könnten bei der Auswertung leider nicht berücksichtigt werden.

2. In welcher Organisationform (z. B. Nachbarschaftshilfe der Gemeinde, Kirche) üben Sie diese ehrenamtliche Tätigkeit aus?

3. Seit wann sind Sie ehrenamtlich mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen tätig? Seit

_____ ⌚ Monat _____ ⌚ Jahr

4. Wie viele Stunden sind Sie durchschnittlich pro Monat mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen ehrenamtlich tätig?

Etwa _____ ⌚ Stunden/Monat

5. Hatten Sie bereits **vor** Ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit hauptberufliche Erfahrungen mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen?

Ja

Nein

6. Wenn Sie Ihr Ehrenamt mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen betrachten, **wie zufrieden** sind Sie mit folgenden Aspekten?

<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	Gar nicht zufrieden							Sehr zufrieden	Nicht beurteilbar
Arbeitsbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anerkennung durch die Leitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anerkennung durch andere Haupt- oder Ehrenamtliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehung zur Leitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führung und Koordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung der Ehrenamtlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitbestimmungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmosphäre unter den Ehrenamtlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungen und Fortbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolge der eigenen Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit mit den Hauptamtlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt mit Mitarbeitern anderer Organisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vielfalt Ihrer Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufwandsentschädigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständiges Arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wenn Sie Ihr Ehrenamt mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen betrachten, **wie wichtig** sind Ihnen folgende Aspekte?

<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	Gar nicht wichtig							Sehr wichtig	Nicht beurteilbar
Vielfalt Ihrer Tätigkeit	<input type="checkbox"/>								
Anerkennung durch die Leitung	<input type="checkbox"/>								
Arbeitsbedingungen	<input type="checkbox"/>								
Beziehung zur Leitung	<input type="checkbox"/>								
Führung und Koordination	<input type="checkbox"/>								
Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen	<input type="checkbox"/>								
Betreuung der Ehrenamtlichen	<input type="checkbox"/>								
Selbstständiges Arbeiten	<input type="checkbox"/>								
Atmosphäre unter den Ehrenamtlichen	<input type="checkbox"/>								
Schulungen und Fortbildungen	<input type="checkbox"/>								
Anerkennung durch andere Haupt-oder Ehrenamtliche	<input type="checkbox"/>								
Zusammenarbeit mit den Hauptamtlichen	<input type="checkbox"/>								
Kontakt mit Mitarbeitern anderer Organisationen	<input type="checkbox"/>								
Erfolge der eigenen Arbeit	<input type="checkbox"/>								
Aufwandsentschädigung	<input type="checkbox"/>								
Mitbestimmungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>								

8. Haben Sie eine Schulungs- oder Weiterbildungsmaßnahme durchlaufen, **bevor** Sie Ihr Ehrenamt mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen angetreten haben?

Ja

Nein

9. Erhalten Sie eine Aufwandsentschädigung für Ihre ehrenamtliche Tätigkeit mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte weiter mit Frage 10. Wenn nicht, gehen Sie bitte weiter zu Frage 11.

10. Wie beurteilen Sie die Höhe dieser Aufwandsentschädigung?

Viel zu gering						Viel zu hoch
<input type="checkbox"/>						

11. Haben Sie schon mal mit dem Gedanken gespielt, Ihre ehrenamtliche Tätigkeit mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen zu beenden?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte weiter mit Frage 12 und 13. Wenn nicht, gehen Sie bitte weiter zu Frage 14.

12. Wie oft haben Sie innerhalb der letzten drei Monate darüber nachgedacht Ihr Ehrenamt aufzugeben?

Nie						Sehr oft
<input type="checkbox"/>						

13. Warum haben Sie darüber nachgedacht Ihr Ehrenamt mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen aufzugeben? *Sie können hier mehrere Kästchen ankreuzen!*

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zeitliche Gründe | <input type="checkbox"/> Zu wenig Anerkennung durch die Leitung | <input type="checkbox"/> Zu wenig Anerkennung durch anderer Mitarbeiter der Organisation |
| <input type="checkbox"/> Berufliche Gründe | <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Gründe | <input type="checkbox"/> Keine Erfolgserlebnisse |
| <input type="checkbox"/> Familiäre Gründe | <input type="checkbox"/> Aufwandsentschädigung zu gering | <input type="checkbox"/> Konflikte mit der Leitung |
| <input type="checkbox"/> Ortswechsel | <input type="checkbox"/> Konflikte mit anderen Mitarbeitern der Organisation | <input type="checkbox"/> Zu wenig Mitgestaltungsmöglichkeiten |
| <input type="checkbox"/> Tätigkeit bietet zu wenig Abwechslung | <input type="checkbox"/> Tätigkeit entspricht nicht (mehr) meinen Interessen | <input type="checkbox"/> Tätigkeit bedeutet zu viel Verantwortung |

Konflikte mit anderen Beteiligten und zwar: _____

_____ 

Sonstige Gründe und zwar: _____

_____ 

Fragen zu den Beweggründen für Ihr ehrenamtliches Engagement mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen

Bitte geben Sie an, wie wichtig bzw. treffend jeder der 30 möglichen Gründe für Ihr ehrenamtliches Engagement ist.

<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	Gar nicht treffend /wichtig	Sehr treffend /wichtig
14. Die Freiwilligentätigkeit kann mir helfen, in dem Feld, in dem ich beruflich arbeiten möchte, einen Fuß in die Tür zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Meine Freunde sind freiwillig tätig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich bin um Menschen besorgt, die schlechter dran sind als ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Menschen, die mir nahestehen, möchten, dass ich freiwillig tätig bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Die Freiwilligentätigkeit gibt mir das Gefühl, wichtig zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mein Bekanntenkreis teilt das Interesse an der Freiwilligentätigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Die Freiwilligentätigkeit hilft mir, meine Sorgen zu vergessen, egal wie schlecht es mir geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich bin besorgt um die Menschen, für die ich die Freiwilligentätigkeit leiste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	Gar nicht treffend /wichtig							Sehr treffend /wichtig
22. Durch meine Freiwilligentätigkeit fühle ich mich weniger einsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich kann neue Kontakte knüpfen, die für meinen Beruf oder meine Karriere von Vorteil sein könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Die Freiwilligentätigkeit nimmt mir etwas vom „Schuldgefühl“, besserdran zu sein als andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich kann mehr über die Sache lernen, für die ich mich als Freiwilliger einsetze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Die Freiwilligentätigkeit steigert mein Selbstwertgefühl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Die Freiwilligentätigkeit erlaubt es mir, eine neue Sichtweise auf Dinge zu gewinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Durch meine Freiwilligentätigkeit kann ich verschiedene berufliche Möglichkeiten ausprobieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ich empfinde Mitgefühl gegenüber bedürftigen Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Menschen, die mir nahestehen, messen der Freiwilligentätigkeit einen hohen Stellenwert bei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	Gar nicht treffend /wichtig							Sehr treffend /wichtig
31. Durch ehrenamtliche Arbeit sammle ich direkte, praktische Erfahrung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ich empfinde es als wichtig, anderen zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ehrenamtliche Arbeit hilft mir, meine persönlichen Probleme zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ehrenamtliche Arbeit wird mir helfen in meinem ausgewählten Beruf erfolgreich zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ich kann etwas für einen guten Zweck tun, der mir wichtig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ehrenamtliche Arbeit ist eine wichtige Aktivität für die Menschen, die ich am besten kenne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Ehrenamtliche Arbeit ist eine Möglichkeit vor meinen eigenen Sorgen zu fliehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Ich kann lernen mit verschiedenen Menschen umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ehrenamtliche Arbeit gibt mir das Gefühl gebraucht zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ehrenamtliche Arbeit lässt mich besser über mich selbst denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Erfahrungen in ehrenamtlicher Arbeit sehen gut in meinem Lebenslauf aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

**Gar nicht
treffend
/wichtig**

**Sehr
treffend
/wichtig**

42. Ehrenamtliche Arbeit ist ein Weg neue Freunde zu finden.	<input type="checkbox"/>						
43. Ich kann meine eigenen Stärken erforschen.	<input type="checkbox"/>						

Angaben zu Ihnen und Ihrer Familie

44. Sie sind: eine Frau ein Mann

45. In welchem Jahr sind Sie geboren? _____✍

46. Wie viele Personen gehören **zurzeit** insgesamt zu Ihrem Haushalt? Sie selbst eingeschlossen. Anzahl Personen _____✍

47. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

Bin noch Schüler/Schülerin	<input type="checkbox"/>
Schule ohne Abschluss beendet	<input type="checkbox"/>
Volks-/Hauptschulabschluss, Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8. Klasse oder 9. Klasse	<input type="checkbox"/>
Mittlere Reife, Realschulabschluss, Polytechnische Oberschule Abschluss 10. Klasse	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)	<input type="checkbox"/>
Abitur (Hochschulreife) bzw. erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Universitätsabschluss, Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Anderer Schulabschluss	<input type="checkbox"/>

48. Wie hoch ist das monatliche Netto-Haushaltseinkommen Ihres Haushalts insgesamt? Gemeint ist die Summe, die alle Personen in Ihrem Haushalt (siehe Frage 55) nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben zur Verfügung haben (einschließlich Erziehungs- und Kindergeld etc.)?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unter 700 € | <input type="checkbox"/> 700 bis unter 1400 € | <input type="checkbox"/> 1400 bis unter 2100 € |
| <input type="checkbox"/> 2100 bis unter 2800 € | <input type="checkbox"/> 2800 bis unter 3500 € | <input type="checkbox"/> 3500 € bis unter 4200 € |
| <input type="checkbox"/> 4200 bis unter 4900 € | <input type="checkbox"/> 4900 € oder mehr | |



Befragung zu Ihrem ehrenamtlichen Engagement mit pflegebedürftigen Menschen



Mai - Juli 2016

Department für Agrarökonomie und RURALE ENTWICKLUNG
Universität Göttingen

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Liebe(r) Teilnehmer(in), Ziel dieser Befragung ist es, mehr über die Beweggründe von ehrenamtlich engagierten Menschen zu erfahren und Kenntnisse über ihre Zufriedenheit mit der ehrenamtlichen Arbeit zu erlangen.

Folglich sind Ihre Antworten sehr wichtig und dienen dazu, mehr Personen für ein Ehrenamt zu motivieren und die ehrenamtlichen Tätigkeiten an die Bedürfnisse aktueller und zukünftiger Freiwilliger anzupassen.

1. Die Auswertung des Fragebogens erfolgt **anonym**. Das heißt, niemand weiß später, dass Sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben.

Die Beantwortung dauert etwa 20 Minuten.

Es gibt keine falschen Antworten. Uns interessiert **Ihre persönliche Meinung!**

Bei den meisten Fragen müssen Sie nur ein Kästchen ankreuzen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Manchmal sieht das auch so aus:	Sehr schlecht	Sehr gut
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei einigen Fragen können Sie mehrere Kästchen ankreuzen.	<input type="checkbox"/> Keine Erfolgserlebnisse	<input type="checkbox"/> Berufliche Gründe
	<input type="checkbox"/> Ortswechsel	
	<i>Sie können hier mehrere Kästchen ankreuzen!</i>	
Bei wenigen Fragen bitten wir Sie Zahlen einzutragen oder eigene Antworten zu ergänzen.	Anzahl Personen _____ ✍	
	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____ ✍	

2. Bitte beantworten Sie den Fragebogen in der **vorgegebenen Reihenfolge**.
3. Bitte beantworten Sie unbedingt alle Fragen. Überspringen Sie Fragen nur, wenn Sie darauf hingewiesen werden.
4. **Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Rückumschlag bis zum 09. Juli 2016 wieder bei Ihrem(er) EhrenamtskoordinatorIn ab.**

Falls Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden:

Frau Dr. Christine Niens

Tel: 0551 394853

E-Mail: cniens@uni-goettingen.de

Allgemeine Fragen zu Ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen

1. Sind Sie derzeit ehrenamtlich mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen tätig?

Ja

Nein



Wenn Sie mit „Nein“ geantwortet haben, bitten wir Sie, an dieser Stelle den Fragebogen zu beenden. Ihre folgenden Antworten könnten bei der Auswertung leider nicht berücksichtigt werden.

2. In welcher Organisationsform (z. B. Nachbarschaftshilfe der Gemeinde, Kirche) üben Sie diese ehrenamtliche Tätigkeit aus?

3. Seit wann sind Sie ehrenamtlich mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen tätig?

Seit _____ ⌚ Monat _____ ⌚ Jahr

4. Wie viele Stunden sind Sie durchschnittlich pro Monat mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen ehrenamtlich tätig?

Etwas _____ ⌚ Stunden/Monat

5. In welchen Bereichen sind Sie im Rahmen Ihres Ehrenamts mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen tätig bzw. in welchen Bereichen könnten Sie sich vorstellen tätig zu sein?

Sie können hier mehrere Kästchen ankreuzen!

Alltagssituationen

Freizeitaktivitäten (z. B.

Ämtergänge und der Ver-

(z.B. Mobilität, Einkäufe,

Spazieren, Vorlesen)

tretung von Rechten

hauswirtschaftliche Un-

terstützung, Reparaturen)

- Soziale Integration und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

 Pflegerische Hilfe (z. B. Waschen, Anziehen)

 Psychosoziale Unterstützung von pflegenden Angehörigen

Sonstiges, und zwar: _____ ✍

6. Hatten Sie bereits **vor** Ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit hauptberufliche Erfahrungen mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen?

- Ja

 Nein

7. Erhalten Sie eine Aufwandsentschädigung für Ihre ehrenamtliche Tätigkeit mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen?

- Ja

 Nein

Wenn ja, bitte weiter mit Frage 8. Wenn nicht, gehen Sie bitte weiter zu Frage 9.

8. Wie hoch ist die Aufwandsentschädigung, die Sie pro Stunde normalerweise erhalten?

< 5 €	5 € bis < 10 €	10 € bis < 15 €	15 € bis < 20 €	> 20 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Haben Sie schon mal mit dem Gedanken gespielt, Ihre ehrenamtliche Tätigkeit mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen zu beenden?

Nein, nie			Ja, sehr oft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie motivierend wären für Sie die folgenden Maßnahmen, Ihr eigenes ehrenamtliches Engagement mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen auszuweiten?

Sie können hier mehrere Kästchen ankreuzen!

<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	Überhaupt nicht motivierend					Völlig motivierend
Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitbestimmungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige öffentliche Anerkennung und Vergünstigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung von Anlauf- und Vermittlungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Aufwandsentschädigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wenn Sie Ihr Ehrenamt mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen betrachten, **wie wichtig** sind Ihnen folgende Aspekte?

<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	Überhaupt nicht wichtig				Völlig wichtig
Arbeitsbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anerkennung durch die Leitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anerkennung durch andere Haupt- oder Ehrenamtliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehung zur Leitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führung und Koordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit, dauerhaft die gleichen Klienten zu betreuen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitbestimmungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmosphäre unter den Ehrenamtlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolge der eigenen Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit mit den Hauptamtlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vielfalt Ihrer Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufwandsentschädigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständiges Arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückmeldung meiner Klienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Wie **wichtig** sind für Sie die nachfolgenden **Beweggründe** sich freiwillig zu engagieren?

<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	Überhaupt nicht wichtig					Völlig wichtig
13.1 Die Freiwilligentätigkeit kann mir helfen, in dem Feld, in dem ich beruflich arbeiten möchte, einen Fuß in die Tür zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2 Meine Freunde sind freiwillig tätig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3 Ich bin um Menschen besorgt, die schlechter dran sind als ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.4 Menschen, die mir nahestehen, möchten, dass ich freiwillig tätig bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.5 Die Freiwilligentätigkeit gibt mir das Gefühl, wichtig zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.6 Mein Bekanntenkreis teilt das Interesse an der Freiwilligentätigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.7 Die Freiwilligentätigkeit hilft mir, meine Sorgen zu vergessen, egal wie schlecht es mir geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.8 Ich bin besorgt um die Menschen für die ich die Freiwilligentätigkeit leiste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.9 Durch meine Freiwilligentätigkeit fühle ich mich weniger einsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.10 Ich kann neue Kontakte knüpfen, die für meinen Beruf oder meine Karriere von Vorteil sein könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Wie **wichtig** sind für Sie die nachfolgenden **Beweggründe** sich freiwillig zu engagieren?

<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	Überhaupt nicht wichtig					Völlig wichtig
13.11 Die Freiwilligentätigkeit nimmt mir etwas vom „Schuldgefühl“, besser dran zu sein als andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.12 Ich kann mehr über die Sache lernen, für die ich mich als Freiwilliger einsetze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.13 Die Freiwilligentätigkeit steigert mein Selbstwertgefühl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.14 Die Freiwilligentätigkeit erlaubt es mir, eine neue Sichtweise auf Dinge zu gewinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.15 Durch meine Freiwilligentätigkeit kann ich verschiedene berufliche Möglichkeiten ausprobieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.16 Ich empfinde Mitgefühl gegenüber bedürftigen Personen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.17 Menschen, die mir nahestehen, messen der Freiwilligentätigkeit einen hohen Stellenwert bei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.18 Die Freiwilligentätigkeit ermöglicht mir, Dinge durch praktische Erfahrung zu lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Wie **wichtig** sind für Sie die nachfolgenden **Beweggründe** sich freiwillig zu engagieren?

<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	Überhaupt nicht wichtig					Völlig wichtig
13.19 Ich finde es wichtig, anderen zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.20 Die Freiwilligentätigkeit hilft mir dabei, eigene Probleme zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.21 Die Freiwilligentätigkeit kann mir helfen, in meinem Beruf erfolgreich zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.22 Ich kann etwas für eine Sache tun, die mir persönlich wichtig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.23 Die Freiwilligentätigkeit ist für Menschen aus meinem engsten Bekanntenkreis eine wichtige Tätigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.24 Die Freiwilligentätigkeit lenkt mich von meinen Sorgen ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.25 Ich kann lernen, mit den verschiedensten Menschen umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.26 Die Freiwilligentätigkeit gibt mir das Gefühl, gebraucht zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.27 Durch meine Freiwilligentätigkeit fühle ich mich besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.28 Erfahrungen in der Freiwilligentätigkeit machen sich gut in meinem Lebenslauf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.29 Durch meine Freiwilligentätigkeit kann ich neue Leute kennen lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.30 Ich kann meine Stärken kennen lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Wie **wichtig** sind für Sie die nachfolgenden **Beweggründe** sich freiwillig zu engagieren?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

**Überhaupt
nicht wichtig**

**Völlig
wichtig**

13.31 Ich habe ein Verlangen auf gesellschaftliche Missstände aufmerksam zu machen.

13.32 Ich habe die Hoffnung politische Veränderung herbeizuführen.

13.33 Ich habe das Bedürfnis, gesellschaftliche Veränderungen zu bewirken.

Angaben zu Ihnen und Ihrer Familie

16. Sie sind: eine Frau ein Mann

24. In welchem Jahr sind Sie geboren? _____

25. Wie viele Personen gehören **zurzeit** insgesamt zu Ihrem Haushalt? Sie selbst eingeschlossen. Anzahl Personen _____

26. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

Bin noch Schüler/Schülerin	<input type="checkbox"/>
Schule ohne Abschluss beendet	<input type="checkbox"/>
Volks-/Hauptschulabschluss, Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8. Klasse oder 9. Klasse	<input type="checkbox"/>
Mittlere Reife, Realschulabschluss, Polytechnische Oberschule Abschluss 10. Klasse	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)	<input type="checkbox"/>
Abitur (Hochschulreife) bzw. erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Universitätsabschluss, Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Anderer Schulabschluss	<input type="checkbox"/>

27. Wie hoch ist das monatliche Netto-Haushaltseinkommen Ihres Haushalts insgesamt? Gemeint ist die Summe, die alle Personen in Ihrem Haushalt (siehe Frage 25) nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben zur Verfügung haben (einschließlich Erziehungs- und Kindergeld etc.)?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unter 700 € | <input type="checkbox"/> 700 bis unter 1400 € | <input type="checkbox"/> 1400 bis unter 2100 € |
| <input type="checkbox"/> 2100 bis unter 2800 € | <input type="checkbox"/> 2800 bis unter 3500 € | <input type="checkbox"/> 3500 € bis unter 4200 € |
| <input type="checkbox"/> 4200 bis unter 4900 € | <input type="checkbox"/> 4900 € oder mehr | |



Befragung zu Ihrem ehrenamtlichen Engagement im Umwelt- und Naturschutz



Mai - Juli 2016

Department für Agrarökonomie und Rurale Entwicklung

Universität Göttingen

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Liebe(r) Teilnehmer(in), Ziel dieser Befragung ist es, mehr über die Beweggründe von ehrenamtlich engagierten Menschen zu erfahren und Kenntnisse über ihre Zufriedenheit mit der ehrenamtlichen Arbeit zu erlangen.

Folglich sind Ihre Antworten sehr wichtig und dienen dazu, mehr Personen für ein Ehrenamt zu motivieren und die ehrenamtlichen Tätigkeiten an die Bedürfnisse aktueller und zukünftiger Freiwilliger anzupassen.

1. **Bitte beachten Sie folgende Informationen:** Wenn Sie sich sozial **und** im Umweltschutz engagieren, entscheiden Sie sich bitte für eine der beiden ehrenamtlichen Tätigkeiten und beziehen Sie sich im Verlauf des Fragebogens ausschließlich auf diese.
2. Die Auswertung des Fragebogens erfolgt **anonym**. Das heißt, niemand weiß später, dass Sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben.

Die Beantwortung dauert etwa 20 Minuten.

Es gibt keine falschen Antworten. Uns interessiert **Ihre persönliche Meinung!**

Bei den meisten Fragen müssen Sie nur ein Kästchen ankreuzen:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja																								
Manchmal sieht das auch so aus:	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Sehr schlecht</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">Sehr gut</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sehr schlecht											Sehr gut	<input type="checkbox"/>											
Sehr schlecht											Sehr gut														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Bei einigen Fragen können Sie mehrere Kästchen ankreuzen.	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Keine Erfolgserlebnisse</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Berufliche Gründe</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Ortswechsel</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;"><i>Sie können hier mehrere Kästchen ankreuzen!</i></p>	<input type="checkbox"/> Keine Erfolgserlebnisse	<input type="checkbox"/> Berufliche Gründe	<input type="checkbox"/> Ortswechsel																					
<input type="checkbox"/> Keine Erfolgserlebnisse	<input type="checkbox"/> Berufliche Gründe	<input type="checkbox"/> Ortswechsel																							
Bei wenigen Fragen bitten wir Sie Zahlen einzutragen oder eigene Antworten zu ergänzen.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Anzahl Personen _____ ✍</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstige: _____ ✍</td> </tr> </table>	Anzahl Personen _____ ✍	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____ ✍																						
Anzahl Personen _____ ✍																									
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____ ✍																									

3. Bitte beantworten Sie den Fragebogen in der **vorgegebenen Reihenfolge**.
4. Bitte beantworten Sie unbedingt alle Fragen. Überspringen Sie Fragen nur, wenn Sie darauf hingewiesen werden.
5. **Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Rückumschlag bis zum 09. Juli 2016 wieder bei Ihrem(er) EhrenamtskoordinatorIn ab.**

Falls Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden:

Frau Dr. Christine Niens

Tel: 0551 394853

E-Mail: cniens@uni-goettingen.de

Allgemeine Fragen zu Ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit im Umwelt- und Naturschutz

1. Sind Sie derzeit ehrenamtlich im Umwelt- und Naturschutz tätig?

Ja

Nein



Wenn Sie mit „Nein“ geantwortet haben, bitten wir Sie, an dieser Stelle den Fragebogen zu beenden. Ihre folgenden Antworten könnten bei der Auswertung leider nicht berücksichtigt werden.

2. In welcher Organisationsform (z. B NABU) üben Sie diese ehrenamtliche Tätigkeit aus?

3. Seit wann sind Sie ehrenamtlich im Umwelt- und Naturschutz tätig?

Seit _____ ✍ Monat _____ ✍ Jahr

4. Wie viele Stunden sind Sie durchschnittlich pro Monat im Umwelt- und Naturschutz ehrenamtlich tätig?

Etwa _____ ✍ Stunden/Monat

5. Welche der folgenden Tätigkeiten üben Sie im Rahmen Ihres Ehrenamtes im Umwelt- und Naturschutz aus bzw. welche der Tätigkeiten könnten Sie sich vorstellen auszuüben?
Sie können hier mehrere Kästchen ankreuzen!

Bauen und Aufhängen
von Nistkästen für Vögel

Pflanzen von Bäumen

Anlegen von Biotopen
(z.B. Teiche oder Hecken)

Unterstützung politi-
scher Aktionen zum Natur-
schutz

aktive Mitarbeit an einem
konkreten zeitlich befristeten
Projekt

aktive Mitarbeit in einer
lokalen Bürgerinitiative zum
Schutz der Natur

- Durchführen von Informationsständen

 Erfassen des Vorkommens von Tier- und Pflanzenarten

 Durchführen von Naturerlebnisaktionen für Kinder und Jugendliche
- Mitwirkung an Naturführungen für Erwachsene

 Sonstiges und zwar: _____

5. Hatten Sie bereits **vor** Ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit hauptberufliche Erfahrungen im Umwelt- und Naturschutz?

- Ja

 Nein

6. Erhalten Sie eine Aufwandsentschädigung für Ihre ehrenamtliche Tätigkeit im Umwelt- und Naturschutz?

- Ja

 Nein

Wenn ja, bitte weiter mit Frage 8. Wenn nicht, gehen Sie bitte weiter zu Frage 9.

7. Wie hoch ist die Aufwandsentschädigung, die Sie pro Stunde normalerweise erhalten?

< 5 €	5 € bis < 10 €	10 € bis < 15 €	15 € bis < 20 €	> 20 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Haben Sie schon mal mit dem Gedanken gespielt, Ihre ehrenamtliche Tätigkeit im Umwelt- und Naturschutz zu beenden?

Nein, nie				Ja, sehr oft
<input type="checkbox"/>				

9. Wie motivierend wären für Sie die folgenden Maßnahmen, Ihr eigenes ehrenamtliches Engagement im Umwelt- und Naturschutz auszuweiten?

Sie können hier mehrere Kästchen ankreuzen!

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

**Überhaupt
nicht
motivierend**

**Völlig
motivierend**

Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote	<input type="checkbox"/>				
Mitbestimmungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>				
Regelmäßige öffentliche Anerkennung und Vergünstigungen	<input type="checkbox"/>				
Einrichtung von Anlauf- und Vermittlungsstellen	<input type="checkbox"/>				
Finanzielle Aufwandsentschädigungen	<input type="checkbox"/>				

10. Wenn Sie Ihr Ehrenamt im Umwelt- und Naturschutz betrachten, **wie wichtig** sind Ihnen folgende Aspekte?

<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	Überhaupt nicht wichtig				Völlig wichtig
Arbeitsbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anerkennung durch die Leitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anerkennung durch andere Haupt- oder Ehrenamtliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehung zur Leitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führung und Koordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit, an einem „Projekt“ von Anfang bis Ende mitzuarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitbestimmungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmosphäre unter den Ehrenamtlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolge der eigenen Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit mit den Hauptamtlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vielfalt Ihrer Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufwandsentschädigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständiges Arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sichtbare Veränderung der Umweltsituation durch meine Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie **wichtig** sind für Sie die nachfolgenden **Beweggründe** sich freiwillig zu engagieren?

<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	Überhaupt nicht wichtig					Völlig wichtig
13.1 Die Freiwilligentätigkeit kann mir helfen, in dem Feld, in dem ich beruflich arbeiten möchte, einen Fuß in die Tür zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2 Meine Freunde sind freiwillig tätig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3 Ich bin um Tiere und Pflanzen besorgt, denen es schlecht geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.4 Menschen, die mir nahestehen, möchten, dass ich freiwillig tätig bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.5 Die Freiwilligentätigkeit gibt mir das Gefühl, wichtig zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.6 Mein Bekanntenkreis teilt das Interesse an der Freiwilligentätigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.7 Die Freiwilligentätigkeit hilft mir, meine Sorgen zu vergessen, egal wie schlecht es mir geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.8 Ich bin besorgt um die Tiere und Pflanzen, für die ich die Freiwilligentätigkeit leiste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.9 Durch meine Freiwilligentätigkeit fühle ich mich weniger einsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.10 Ich kann neue Kontakte knüpfen, die für meinen Beruf oder meine Karriere von Vorteil sein könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Wie **wichtig** sind für Sie die nachfolgenden **Beweggründe** sich freiwillig zu engagieren?

<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	Überhaupt nicht wichtig					Völlig wichtig
13.11 Die Freiwilligentätigkeit nimmt mir etwas vom „Schuldgefühl“, besser dran zu sein als andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.12 Ich kann mehr über die Sache lernen, für die ich mich als Freiwilliger einsetze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.13 Die Freiwilligentätigkeit steigert mein Selbstwertgefühl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.14 Die Freiwilligentätigkeit erlaubt es mir, eine neue Sichtweise auf Dinge zu gewinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.15 Durch meine Freiwilligentätigkeit kann ich verschiedene berufliche Möglichkeiten ausprobieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.16 Ich empfinde Mitgefühl gegenüber bedrohten Tieren und Pflanzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.17 Menschen, die mir nahestehen, messen der Freiwilligentätigkeit einen hohen Stellenwert bei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.18 Die Freiwilligentätigkeit ermöglicht mir, Dinge durch praktische Erfahrung zu lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Wie **wichtig** sind für Sie die nachfolgenden **Beweggründe** sich freiwillig zu engagieren?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

**Überhaupt
nicht wichtig**

**Völlig
wichtig**

13.19 Ich finde es wichtig, anderen zu helfen.

13.20 Die Freiwilligentätigkeit hilft mir dabei, eigene Probleme zu bewältigen.

13.21 Die Freiwilligentätigkeit kann mir helfen, in meinem Beruf erfolgreich zu sein.

13.22 Ich kann etwas für eine Sache tun, die mir persönlich wichtig ist.

13.23 Die Freiwilligentätigkeit ist für Menschen aus meinem engsten Bekanntenkreis eine wichtige Tätigkeit.

13.24 Die Freiwilligentätigkeit lenkt mich von meinen Sorgen ab.

13.25 Ich kann lernen, mit den verschiedensten Menschen umzugehen.

13.26 Die Freiwilligentätigkeit gibt mir das Gefühl, gebraucht zu werden.

13.27 Durch meine Freiwilligentätigkeit fühle ich mich besser.

13.28 Erfahrungen in der Freiwilligentätigkeit machen sich gut in meinem Lebenslauf.

13.29 Durch meine Freiwilligentätigkeit kann ich neue Leute kennen lernen.

13.30 Ich kann meine Stärken kennen lernen.

13. Wie **wichtig** sind für Sie die nachfolgenden **Beweggründe** sich freiwillig zu engagieren?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

**Überhaupt
nicht wichtig**

**Völlig
wichtig**

13.31 Ich habe ein Verlangen auf gesellschaftliche Missstände aufmerksam zu machen.

13.32 Ich habe die Hoffnung politische Veränderung herbeizuführen.

13.33 Ich habe das Bedürfnis, gesellschaftliche Veränderungen zu bewirken.

Angaben zu Ihnen und Ihrer Familie

16. Sie sind: eine Frau ein Mann

24. In welchem Jahr sind Sie geboren? _____

25. Wie viele Personen gehören **zurzeit** insgesamt zu Ihrem Haushalt? Sie selbst eingeschlossen. Anzahl Personen _____

26. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

Bin noch Schüler/Schülerin	<input type="checkbox"/>
Schule ohne Abschluss beendet	<input type="checkbox"/>
Volks-/Hauptschulabschluss, Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8. Klasse oder 9. Klasse	<input type="checkbox"/>
Mittlere Reife, Realschulabschluss, Polytechnische Oberschule Abschluss 10. Klasse	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)	<input type="checkbox"/>
Abitur (Hochschulreife) bzw. erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Universitätsabschluss, Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Anderer Schulabschluss	<input type="checkbox"/>

27. Wie hoch ist das monatliche Netto-Haushaltseinkommen Ihres Haushalts insgesamt? Gemeint ist die Summe, die alle Personen in Ihrem Haushalt (siehe Frage 25) nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben zur Verfügung haben (einschließlich Erziehungs- und Kindergeld etc.)?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unter 700 € | <input type="checkbox"/> 700 bis unter 1400 € | <input type="checkbox"/> 1400 bis unter 2100 € |
| <input type="checkbox"/> 2100 bis unter 2800 € | <input type="checkbox"/> 2800 bis unter 3500 € | <input type="checkbox"/> 3500 € bis unter 4200 € |
| <input type="checkbox"/> 4200 bis unter 4900 € | <input type="checkbox"/> 4900 € oder mehr | |



GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT
GÖTTINGEN

Fragebogen-Nr.: _____

Befragung zur Freiwilligentätigkeit in Deutschland



Mai - Juli 2017

Department für Agrarökonomie und RURALE ENTWICKLUNG

Universität Göttingen

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

1. Liebe(r) Teilnehmer(in), Ziel dieser Befragung ist es herauszufinden, wie viele Menschen in Deutschland an einer Freiwilligentätigkeit interessiert sind und welche Erwartungen Sie an die freiwillige Tätigkeit haben.
Ihre Antworten sind sehr wichtig, weil sie den vielen Einrichtungen und Vereinen, welche hauptsächlich durch Ehrenamtliche getragen werden, bei der erfolgreichen Zukunftsplanung und Nachwuchsgewinnung weiterhelfen.
2. Die Auswertung des Fragebogens erfolgt **anonym**. Das heißt, niemand weiß später, dass Sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben.
3. Die Beantwortung dauert etwa 20 Minuten.
4. Es gibt keine falschen Antworten. Uns interessiert Ihre persönliche Meinung!

Bei den meisten Fragen müssen Sie nur ein Kästchen ankreuzen:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja																		
Manchmal sieht das auch so aus:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: left; width: 10%;">Sehr</td> <td style="text-align: right; width: 10%;">Sehr</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">schlecht</td> <td style="text-align: right;">gut</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sehr	Sehr					schlecht	gut					<input type="checkbox"/>					
Sehr	Sehr																		
schlecht	gut																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Bei einigen Fragen können Sie mehrere Kästchen ankreuzen.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Keine Erfolgs- erlebnisse</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Berufliche Gründe</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Ortswechsel</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><i>Sie können hier mehrere Kästchen ankreuzen!</i></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Keine Erfolgs- erlebnisse	<input type="checkbox"/> Berufliche Gründe	<input type="checkbox"/> Ortswechsel	<i>Sie können hier mehrere Kästchen ankreuzen!</i>														
<input type="checkbox"/> Keine Erfolgs- erlebnisse	<input type="checkbox"/> Berufliche Gründe	<input type="checkbox"/> Ortswechsel																	
<i>Sie können hier mehrere Kästchen ankreuzen!</i>																			
Bei wenigen Fragen bitten wir Sie Zahlen einzutragen oder eigene Antworten zu ergänzen.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Anzahl Personen _____ ✍</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> Sonstige: _____ ✍</td> </tr> </table>	Anzahl Personen _____ ✍	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____ ✍																
Anzahl Personen _____ ✍																			
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____ ✍																			

5. Bitte beantworten Sie den Fragebogen in der **vorgegebenen Reihenfolge**.
6. Bitte beantworten Sie unbedingt alle Fragen. Überspringen Sie Fragen nur, wenn Sie darauf hingewiesen werden.
7. **Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Rückumschlag bis zum 10. Juli 2017 an C. Niens, Platz der Göttinger Sieben 5, 37073 Göttingen.**

Falls Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden:

Frau Dr. Christine Niens

Tel: 0551 394853

E-Mail: cniens@uni-goettingen.de

Allgemeine Fragen zu freiwilligem Engagement

Mit diesem Fragebogen möchten wir etwas über Ihre Meinung zur Freiwilligentätigkeit erfahren. Unter einer Freiwilligentätigkeit verstehen wir hier eine langfristige, geplante Tätigkeit, die gemeinnützig ist und nicht nur Freunden und Verwandten zugutekommt. Sie erfolgt unentgeltlich und freiwillig und findet in einem organisierten Rahmen statt.

1. Gehen Sie derzeit aktiv einer regelmäßigen Freiwilligentätigkeit nach?

Nein Nein, nicht mehr seit: _____ Ja, im Bereich: _____

2. Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, eine (zusätzliche) Freiwilligentätigkeit zu übernehmen?

Nein, nie

Ja, sehr oft

3. Uns interessiert, was Sie persönlich mit Freiwilligentätigkeit verbinden, egal ob Sie eine Freiwilligentätigkeit ausüben oder nicht.

Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen!

Bitte machen Sie in jeder Zeile

ein Kreuz!

Trifft gar

nicht zu

Trifft voll

und ganz zu

3.1 Eine Freiwilligentätigkeit kann mir helfen, in dem Feld, in dem ich beruflich arbeiten möchte, einen Fuß in die Tür zu bekommen.

3.4 Menschen, die mir nahe stehen, möchten, dass ich freiwillig tätig bin.

*Bitte machen Sie in jeder Zeile
ein Kreuz!*

**Trifft gar
nicht zu**

**Trifft voll
und ganz zu**

3.5 Eine Freiwilligentätigkeit kann mir das Gefühl geben, wichtig zu sein.	<input type="checkbox"/>				
3.8 Durch eine Freiwilligentätigkeit kann ich etwas für diejenigen tun, um die ich besorgt bin.	<input type="checkbox"/>				
3.11 Eine Freiwilligentätigkeit könnte mir etwas vom Schuldgefühl nehmen, besser dran zu sein als andere.	<input type="checkbox"/>				
3.12 Durch eine Freiwilligentätigkeit kann ich mehr über die Sache lernen, für die ich mich als Freiwilliger einsetze.	<input type="checkbox"/>				
3.17 Menschen, die mir nahe stehen, messen der Freiwilligentätigkeit einen hohen Stellenwert bei.	<input type="checkbox"/>				
3.18 Eine Freiwilligentätigkeit erlaubt mir, Dinge durch praktische Erfahrung zu lernen.	<input type="checkbox"/>				
3.19 Ich finde es wichtig, anderen zu helfen.	<input type="checkbox"/>				
3.20 Eine Freiwilligentätigkeit ist hilfreich, um eigene Probleme zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>				
3.21 Eine Freiwilligentätigkeit ist hilfreich, um in meinem Beruf erfolgreich zu sein.	<input type="checkbox"/>				
3.22 Durch eine Freiwilligentätigkeit kann ich etwas für eine Sache tun, die mir persönlich wichtig ist.	<input type="checkbox"/>				

*Bitte machen Sie in jeder Zeile
ein Kreuz!*

**Trifft gar
nicht zu**

**Trifft voll
und ganz zu**

3.23 Eine Freiwilligentätigkeit ist für Menschen aus meinem engsten Bekanntenkreis eine wichtige Tätigkeit	<input type="checkbox"/>				
3.24 Eine Freiwilligentätigkeit kann mich von meinen Sorgen ablenken.	<input type="checkbox"/>				
3.26 Durch eine Freiwilligentätigkeit fühle ich mich gebraucht.	<input type="checkbox"/>				
3.27 Durch eine Freiwilligentätigkeit fühle ich mich besser.	<input type="checkbox"/>				
3.28 Erfahrungen in einer Freiwilligentätigkeit machen sich gut in meinem Lebenslauf.	<input type="checkbox"/>				
3.29 Durch eine Freiwilligentätigkeit kann ich neue Leute kennen lernen.	<input type="checkbox"/>				
3.30 Durch eine Freiwilligentätigkeit kann ich meine Stärken kennenlernen.	<input type="checkbox"/>				
3.31 Eine Freiwilligentätigkeit verbinde ich mit viel Spaß.	<input type="checkbox"/>				
3.32 Eine Freiwilligentätigkeit ermöglicht mir, auf gesellschaftliche Missstände aufmerksam zu machen.	<input type="checkbox"/>				
3.33 Durch eine Freiwilligentätigkeit erhoffe ich mir, politische Veränderung herbeiführen zu können.	<input type="checkbox"/>				
3.34 Eine Freiwilligentätigkeit ist für mich ein Weg, gesellschaftliche Veränderungen zu bewirken.	<input type="checkbox"/>				

*Bitte machen Sie in jeder Zeile
ein Kreuz!*

**Trifft gar
nicht zu**

**Trifft voll
und ganz zu**

3.35 Eine Freiwilligentätigkeit ist für
mich ein Weg, einen Beitrag zum Ge-
meinwohl zu leisten.

3.36 Ich habe Lust, eine (zusätzliche)
Freiwilligentätigkeit zu übernehmen.

Fragen zu Ihren Möglichkeiten und Wünschen

4. Wenn Sie an all die Dinge denken, die Sie jetzt bereits im Alltag erledigen müssen, wie viel Zeit bleibt Ihnen dann noch, eine (zusätzliche) Freiwilligentätigkeit dauerhaft zu übernehmen?

Gar keine Zeit Sehr viel Zeit

Wenn Sie keine Zeit haben, fahren Sie, mit Frage 8, auf Seite 9 fort.

5. Wie viele Stunden freiwillige Arbeit könnten Sie regelmäßig im Monat leisten?

Etwas _____ Stunden/Monat

weiß nicht

6. Wo wären Sie am liebsten freiwillig tätig? Bitte entscheiden Sie sich für einen der drei aufgeführten Bereiche oder ergänzen Sie Ihren gewünschten Bereich!

In einer Einrichtung (z. B. Arbeiterwohlfahrt, Besuchsdienst) zur Unterstützung älterer und pflegebedürftiger Menschen. **Bitte weiter mit Frage 6a**

In einer Organisation (z. B. NABU, BUND etc.), die dem Umwelt- oder Naturschutz dient. **Bitte weiter mit Frage 6b**

In einer Dorfgemeinschaft beim Anbieten „örtlicher Dienstleistungen“, z. B. Freiwillige Feuerwehr, Mitarbeit im Dorfladen, THW, Sportverein. **Bitte weiter mit Frage 6c**

In einem anderen Bereich, und zwar: _____ **Bitte weiter mit Frage 7**

6a. In welchen Bereichen wären Sie gerne im Rahmen einer **Freiwilligentätigkeit mit älteren oder pflegebedürftigen** Menschen tätig? *Sie können hier mehrere Kästchen ankreuzen!*

- Alltagssituationen (z.B. Mobilität, Einkäufe, hauswirtschaftliche Hilfe, Reparaturen)
- Soziale Integration und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Hilfe bei der Aufrechterhaltung von Sozialkontakten, z. B. Begleitung zu Familienfeiern und anderen Veranstaltungen)
- Freizeitaktivitäten (z. B. Spazieren, Vorlesen)
- Pflegerische Hilfe (z. B. Waschen, Anziehen)
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme/ Essen anreichen
- Ämtergänge und Vertretung von Rechten
- Gruppenveranstaltungen betreuen (z. B. Spielenachmittage, Bewegungsübungen etc.)
- Lieferfahrten (z. B. Mittag-/Abendessen, Medikamente etc.)
- Psychosoziale Unterstützung von pflegenden Angehörigen
- Sonstiges und zwar: _____ ✍



Weiter mit Frage 7 auf S. 7

6b. Welche der folgenden Tätigkeiten würden Sie gerne im Rahmen einer **Freiwilligentätigkeit im Umwelt- und Naturschutz** ausüben? *Sie können hier mehrere Kästchen ankreuzen!*

- Bauen und Aufhängen von Nistkästen für Vögel
- Unterstützung politischer Aktionen zum Naturschutz
- Durchführen von Informationsständen
- Pflanzen von Bäumen
- Aktive Mitarbeit an einem konkreten zeitlich befristeten Projekt
- Erfassen des Vorkommens von Tier- und Pflanzenarten
- Anlegen von Biotopen (z.B. Teiche oder Hecken)
- Aktive Mitarbeit in einer örtlichen Bürgerinitiative zum Schutz der Natur
- Durchführen von Naturerlebnisaktionen für Kinder und Jugendliche
- Sonstiges und zwar: _____ ✍



Weiter mit Frage 7 auf S. 7

6c. Welche der folgenden **örtlichen Dienstleistungen** würden Sie gerne freiwillig ausüben?

Sie können hier mehrere Kästchen ankreuzen!

- Mitarbeit in einem Dorfladen (z. B. Verkauf, Einräumen von Regalen)
- Fahren eines „Bürger-Buses“ oder in einer Fahrgemeinschaft für Schulkinder oder ältere Menschen etc.
- Koordination für einen „Bürger-Bus“
- Mitarbeit in einer Gemeinde-Bibliothek
- Instandhaltung von öffentlichen Plätzen (z. B. Spielplätze, Parks etc.)
- Mitwirkung im Dorfgemeinschaftshaus
- Betreuung und Instandhaltung eines Schwimmbads, von Sportstätten und Sportplätzen
- Anbieten von Sportaktivitäten (z. B. Sportschützen, Turnen, Fußball)
- Nachmittagsbetreuung für Kinder (z. B. Hausaufgaben-Hilfe, Freizeitangebote)
- Mitwirkung beim Katastrophenschutz (z. B. Freiwillige Feuerwehr, Rettungsdienst, THW)

- Sonstiges und zwar: _____ ✍



Hier geht es weiter mit Frage 7

7. Wenn Sie an eine Freiwilligentätigkeit denken, bei der Sie in eine feste Gemeinschaft oder Organisation eingebunden sind, **wie wichtig** sind Ihnen folgende Aspekte?

<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	Überhaupt				Sehr
	nicht wichtig				wichtig
7.1 Flexible Einsatzzeiten	<input type="checkbox"/>				
7.2 Anerkennung durch die Leitung/Ansprechpartner	<input type="checkbox"/>				
7.3 Anerkennung durch andere Haupt- oder Ehrenamtliche	<input type="checkbox"/>				
7.4 Harmonische Beziehung zur Leitung/Ansprechpartner	<input type="checkbox"/>				
7.5 Regelmäßige Treffen der Ehrenamtlichen	<input type="checkbox"/>				
7.6 Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen	<input type="checkbox"/>				
7.7 Möglichkeit, langfristig für die gleichen Klienten/das gleiche Projekt zu „arbeiten“	<input type="checkbox"/>				
7.8 Mitbestimmungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>				
7.9 Vertrauensvolle Atmosphäre unter den Ehrenamtlichen	<input type="checkbox"/>				
7.10 Eigene Ideen verwirklichen	<input type="checkbox"/>				
7.11 Gute Zusammenarbeit mit den Hauptamtlichen	<input type="checkbox"/>				
7.12 Vielfalt der Tätigkeit	<input type="checkbox"/>				
7.13 Aufwandsentschädigung	<input type="checkbox"/>				
7.14 Selbstständiges Arbeiten	<input type="checkbox"/>				

*Bitte machen Sie in jeder Zeile
ein Kreuz!*

**Überhaupt
nicht wichtig**

**Sehr
wichtig**

7.15 Positive Rückmeldungen meiner Klienten/sichtbare Verbesserungen durch meine Arbeit	<input type="checkbox"/>				
7.16 Schulungen / Fortbildungen	<input type="checkbox"/>				
7.17 Öffentliche Anerkennung	<input type="checkbox"/>				
7.18 Möglichkeit, freundschaftliche Beziehungen aufzubauen	<input type="checkbox"/>				
7.19 Arbeit im Team	<input type="checkbox"/>				
7.20 Möglichkeit unterschiedliche Aufgaben für meine Klienten/in meinem Projekt zu übernehmen	<input type="checkbox"/>				

Fragen zu alltäglichem Verhalten

8. Im Folgenden finden Sie eine Liste von Aussagen. Lesen Sie bitte jeden Satz und entscheiden Sie, ob die jeweilige Aussage auf Sie zutrifft oder nicht. Trifft sie zu, machen Sie bitte ein Kreuz bei „richtig“, ansonsten bei „falsch“. Bedenken Sie bitte, dass *niemand weiß, wer diesen Fragebogen ausgefüllt hat.*

	Falsch	Richtig
8.1 Im Straßenverkehr nehme ich stets Rücksicht auf die anderen Verkehrsteilnehmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Meine Wut oder schlechte Laune lasse ich hin und wieder an unschuldigen oder schwächeren Leuten aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 Ich akzeptiere alle anderen Meinungen, auch wenn sie mit meiner eigenen nicht übereinstimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4 Ich habe schon einmal jemanden ausgenutzt oder übers Ohr gehauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5 In einem Gespräch lasse ich den anderen stets ausreden und höre ihm aufmerksam zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6 Ich zögere niemals, jemandem in einer Notlage beizustehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7 Wenn ich etwas versprochen habe, halte ich es ohne Wenn und Aber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8 Ich würde niemals auf Kosten der Allgemeinheit leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9 Ich bleibe immer freundlich und zuvorkommend anderen Leuten gegenüber, auch wenn ich selbst gestresst bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.10 Ich habe schon einmal geliehene Sachen nicht zurückgegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.11 Ich ernähre mich stets gesund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.12 Manchmal helfe ich nur, weil ich eine Gegenleistung erwarte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.13 Manchmal werfe ich Müll einfach in die Landschaft oder auf die Straße.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.14 Eigene Fehler gebe ich stets offen zu und ertrage gelassen etwaige negative Konsequenzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.15 Ich lästere gelegentlich über andere hinter deren Rücken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.16 Im Streit bleibe ich stets sachlich und objektiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zu Ihnen und Ihrer Familie

9. Sie sind: eine Frau ein Mann Sonstiges

10. In welchem Jahr sind Sie geboren? _____ ✍

11. Was aus der nachstehenden Aufzählung trifft auf Sie zu? Ich bin zurzeit...

- Hauptberuflich erwerbstätig, Vollzeit
- Hauptberuflich erwerbstätig, Teilzeit
- Geringfügig beschäftigt
- Nicht erwerbstätig
- Student/in schulischer Ausbildung
- Sonstiges: _____ ✍

12. Wie viele Personen gehören **zurzeit** insgesamt zu Ihrem Haushalt? Sie selbst eingeschlossen. Anzahl Personen _____ ✍

13. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- | | |
|---|--------------------------|
| 13.1 Schüler/Schülerin | <input type="checkbox"/> |
| 13.2 Schule ohne Abschluss beendet | <input type="checkbox"/> |
| 13.3 Volks-/Hauptschulabschluss, Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8. Klasse oder 9. Klasse | <input type="checkbox"/> |
| 13.4 Mittlere Reife, Realschulabschluss, Polytechnische Oberschule Abschluss 10. Klasse | <input type="checkbox"/> |
| 13.5 Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule) | <input type="checkbox"/> |
| 13.6 Abitur (Hochschulreife) / erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse | <input type="checkbox"/> |
| 13.7 Fachhochschulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| 13.8 Universitätsabschluss, Hochschulabschluss | <input type="checkbox"/> |

