

Evaluierung „Kärntner Pflegemodell“

H.-J. Bodenhöfer

A. Michael

U. Tunst

Evaluierung „Kärntner Pflegemodell“

Endbericht

Institut für Höhere Studien Kärnten

Institut für Höhere Studien Kärnten
Domgasse 3, A-9020 Klagenfurt
Telefon: +43-463-592 150
Fax: +43-463-592 150 - 23
Website: ww.carinthia.ihs.ac.at

Prof. Hans-Joachim Bodenhöfer
Tel.: +43-463-592 150 - 12
Email: bodenhoefer@carinthia.ihs.ac.at

Mag.^a Anneliese Michael
Tel.: +43-463-592 150 - 11
Email: michael@carinthia.ihs.ac.at

Unter Mitarbeit von Mag.^a Ulrike Tunst

Klagenfurt, April 2005

Inhaltsverzeichnis

1. KURZFASSUNG	3
2. EINLEITUNG	5
2.1 PROBLEMABRISS	5
2.2 DEMOGRAFISCHER WANDEL.....	7
2.3 PFLEGE POTENZIAL.....	10
2.4 ZUR SITUATION PFLEGENDER ANGEHÖRIGER.....	11
3. BESCHREIBUNG PILOTPROJEKT „KÄRNTNER PFLEGEMODELL“	16
3.1 MODUL „PFLEGESCHECK“	16
3.2 MODUL „PFLEGE-NOTRUFTELEFON“	17
3.3 MODUL „PFLEGEHILFSMITTEL-POOL“	18
3.4 ADMINISTRATION	18
4. METHODIK	19
4.1 BEGRIFF EVALUIERUNG.....	19
4.2 DURCHFÜHRUNG DER EVALUIERUNG.....	20
5. EVALUIERUNG SERGEBNISSE	22
5.1 PFLEGESCHECK	22
5.1.1 <i>Projektverlauf</i>	22
5.1.2 <i>Auswertung Befragung und Interviews</i>	23
5.1.3 <i>Resümee Pflegescheck</i>	62
5.2 PFLEGE-NOTRUFTELEFON.....	66
5.2.1 <i>Projektverlauf</i>	66
5.2.2 <i>Auswertung Dokumentationsblätter und Interviews</i>	67
5.2.3 <i>Resümee Pflege-Notruftelefon</i>	76
5.3 PFLEGEHILFSMITTEL-POOL.....	78
5.3.1 <i>Projektverlauf</i>	78
5.3.2 <i>Auswertung Interviews</i>	80
5.3.3 <i>Resümee Pflegehilfsmittel-Pool</i>	82
6. ZUSAMMENFASSUNG	84
7. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	95
8. TABELLENVERZEICHNIS	96
9. LITERATURVERZEICHNIS	97
10. ANHANG	99

1. Kurzfassung

Die Betreuung von Pflegebedürftigen im Kreis der Familie ist die mit Abstand bedeutendste Säule der Pflegevorsorge. Aufgrund des sozio-demografischen Wandels ist jedoch davon auszugehen, dass der Anteil der Pflegearrangements mit familiärer Betreuungsleistung abnehmen wird. Um die Säule der familiären Pflege zu sichern, wurden im Rahmen des Pilotprojekts „Kärntner Pflegemodell“ drei Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger und zur Qualitätssicherung der Pflege zuhause erprobt:

- der *Pflegescheck* im Wert von € 1.000,-/Jahr ermöglichte es pflegenden Angehörigen, eine „Auszeit“ von der Pflege zu nehmen. Verwendungsmöglichkeiten: mobile soziale Dienste oder stationäre Kurzzeitpflege etc.;
- das *Pflege-Notruftelefon*, eine kostenlose 24-stündige Telefon-Hotline, diente als beratende und koordinierende Anlaufstelle für in die Pflege involvierte Personen. Ziel: bessere Abstimmung des bestehenden Informations- und Hilfsbedarfs mit vorhandenen Unterstützungsangeboten;
- die *Pflegehilfsmittel-Pools*: in zwölf Kärntner Gemeinden wurden lokale Hilfsmittel-Pools mit insgesamt 29 Pflegebetten¹ initiiert. Ziel: kostenlose Vermittlung und Bereitstellung von Pflegebehelfsmitteln auf Gemeindeebene.

Ziel des „Kärntner Pflegemodells“ war es, durch entlastende Angebote für pflegende Angehörige, den möglichst langen Verbleib von Pflege- und Hilfsbedürftigen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Gleichzeitig sollte es zu einer Entlastung öffentlicher Budgets durch einen sich daraus ergebenden geringeren Bedarf an Heimplätzen kommen.

Projektdurchführung

Die Evaluierungsergebnisse beruhen auf der schriftlichen Befragung pflegender Angehöriger von Pflegescheck-NutzerInnen mittels eines standardisierten Erhebungsbogens (Modul Pflegescheck). Weiters wurden persönliche und telefonische Interviews mit pflegenden Angehörigen sowie mit Personen, die mit der operativen Umsetzung der einzelnen Projektteile betraut waren, durchgeführt (Module Pflegescheck, Pflege-Notruf und Pflegehilfsmittel-Pool).

Evaluierungsergebnisse

Pflegescheck:

- 79 Personen nahmen in den beiden Pilotgemeinden (Gemeinde Steindorf/Ossiachersee, Stadtteil Waidmannsdorf in Klagenfurt) einen Scheck in Empfang.² Zu Projektbeginn wurde die Zahl potenzieller Pflegescheck-BezieherInnen auf 250 Personen geschätzt. Mögliche Ursachen für den geringen Nutzungsgrad waren u. a.: die Eingrenzung der Bezugsberechtigten (ab Pflegegeldstufe drei; Pflege durch Angehörige seit mindestens drei Monaten erforderlich); die Einschränkung der Verwendungsmöglichkeiten (stationäre Kurzzeitpflege und/oder mobile soziale Dienste); die Problematik, die Zielgruppe (Pflegegeld-EmpfängerInnen) zu informieren (Datenschutz); die Konzentration von Werbemaßnahmen auf die erste Projektphase;
- 52 % der Befragten nutzten den Pflegescheck für mobile soziale Dienste, 41 % für stationäre Kurzzeitpflege, 23 % für den Ankauf von Pflegehilfsmitteln (Mehrfachnennungen waren möglich);
- 84 % der Pflegenden fühlten sich aufgrund der Betreuungsarbeit seelisch, 60 % zeitlich, 58 % körperlich und 26 % finanziell belastet. Das Angebot des Pflegeschecks wird als geeignet eingeschätzt, eine Entlastung pflegender Angehöriger zu erreichen: 61 % der Befragten gaben an, dass sie sich mit ruhigem Gewissen erholen konnten (seelische Entlastung); 48 % haben eine körperliche Entlastung erfahren; auch die Chance auf Regenerationsphasen (Urlaub; Zeit zum Entspannen/für Hobbies) wurde von rd. jeder dritten Pflegeperson als positiver Effekt der Nutzung des Pflegeschecks angegeben (Mehrfachnennungen waren möglich);
- eine nachhaltige Entlastung konnte mit dem Pflegescheck in Höhe von € 1.000,-/Jahr nicht erzielt werden (möglich waren zehn bis zwölf Tage Urlaub/Jahr oder alternativ rd. 100 Stunden³ mobile

¹ Nicht mehr in Verwendung stehende Betten aus Kärntner Krankenanstalten.

² Die Auswahl der beiden Pilotgemeinden erfolgte unter dem Gesichtspunkt der Einbeziehung von Gebieten mit städtischem (Klagenfurt: Stadtteil Waidmannsdorf) und ländlichem (Gemeinde Steindorf) Charakter. Trotz der relativ geringen Fallzahl an Pflegescheck-EmpfängerInnen (79 Personen) erlauben die Ergebnisse in ihrer Eindeutigkeit klare Aussagen und bieten eine nützliche Entscheidungshilfe.

³ Unter der Annahme von Kosten in Höhe von € 10,- je Stunde.

Pflegehilfe pro Jahr, das entspricht etwa acht Stunden pro Monat). Jedoch wurde das mit der Nutzung des Schecks verbundene Ausmaß an Entlastung von den interviewten Hauptpflegepersonen klar honoriert;

- eine dauerhafte Unterbringung der/des Gepflegten in einem Heim war für 18 % der Hauptpflegepersonen sehr wahrscheinlich, für 20 % wenig wahrscheinlich und für 62 % unwahrscheinlich;
- für 34 % der Befragten kam es durchaus in Frage, die Pflege der/des Angehörigen größtenteils bzw. völlig an mobile soziale Dienste zu übergeben, für 41 % war dies nur vorübergehend/für kurze Zeit und für 25 % überhaupt nicht vorstellbar (Pflegescheck als Ergänzung, aber nicht als Ersatz für das Pflegegeld);

Pflege-Notruftelefon:

- 157 private Pflegepersonen haben in der Projektlaufzeit von 13,5 Monaten durch insgesamt 324 Anrufe vom Service des Pflege-Notrufs Gebrauch gemacht. Erst nach einer intensiveren Phase der Bewerbung des Pflege-Notrufs ab November 2004 stieg die Zahl der Anrufe im Februar 2005 erstmals auf über 70 Anrufe/Monat an; das Gros der Anrufe erfolgte in der Zeit zwischen 8.00 Uhr und 16.00 Uhr, in den Nachtstunden von 22.00 Uhr bis 6.00 Uhr wurde der Pflege-Notruf nicht frequentiert;
- die AnruferInnen holten Rat zu den Themen Pflegescheck, mobile soziale Dienste, Pflegegeld, Bewältigung der Pflege zuhause (allgemeine Überforderung; Umgang mit Alzheimer, Inkontinenz, Aggression, Konflikte etc.), Pflegehilfsmittel, Heimplätze etc. ein.

Pflegehilfsmittel-Pools:

- in den meisten Gemeinden fand die Gründung eines Pflegebehelfsmittel-Pools erst auf Initiative des Vereins hin statt; sämtliche in den Gemeinde-Pools befindlichen Pflegehilfsmittel standen nahezu durchgehend bei Pflegefamilien in Nutzung (hoher Auslastungsgrad); bei zwei Drittel der befragten Gemeinden überstieg die Nachfrage das verfügbare Angebot an Behelfsmitteln.

Schlussfolgerungen

Die im Rahmen des „Kärntner Pflegemodells“ angebotenen Unterstützungsleistungen für Pflegefamilien erscheinen prinzipiell – in Ergänzung zum bestehenden Pflegevorsorgesystem - geeignet, pflegende Angehörige weiter zu entlasten und den Verbleib von hilfs- und pflegebedürftigen Personen in der gewohnten häuslichen Umgebung zu unterstützen. Bei einer allfälligen Fortführung der Projektidee sollte(n) ...

Pflegescheck:

- eine bessere Erreichbarkeit der Zielgruppe durch nachhaltige Informationsmaßnahmen gesichert werden;
- die Überprüfung der Richtlinien für den Bezug des Schecks im Hinblick auf die Zugangskriterien (z. B. Höhe der PflegegeldEinstufung, Anforderung der Pflege durch Angehörige seit mindestens drei Monaten etc.) und die adäquaten Verwendungsmöglichkeiten ins Auge gefasst werden;

Pflege-Notruftelefon:

- wiewohl eine Reihe von sozialen Unterstützungsstrukturen existiert und deren Vernetzung wünschenswert wäre, die Sinnhaftigkeit eines 24-Stunden-Pflegenotrufs überlegt werden, zumal im Rahmen der Studie keine Nachfrage nach einem solchen Angebot während der Nachtstunden erkennbar wurde;
- eine stärkere und nachhaltige Verankerung der Notrufnummer in der Zielgruppe angestrebt werden;

Pflegehilfsmittel-Pools:

- die Einbindung der Pools in bestehende soziale Unterstützungsstrukturen angestrebt werden, um Leistungsangebote der regionalen Anbieter von Pflegehilfsmitteln zu bündeln und vorhandene Kapazitäten optimal zu nutzen; bei einem Ausbau der Pools sollten auch Qualitätskriterien Beachtung finden (bei Bedarf Ergänzung um moderne vollautomatische Pflegebetten).

2. Einleitung

2.1 Problemabriss

In den kommenden Jahrzehnten ist mit einem deutlichen sozio-demografischen Wandel - Alterung der Gesellschaft, veränderte Lebensformen und Familienstrukturen - zu rechnen, der Einfluss auf den künftigen Pflegebedarf als auch auf das Pflegepotenzial haben wird.

Die Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung und Faktoren, die zur Reduktion des informellen, familiären Pflegepotenzials beitragen, zwingen zu der Frage, wie die sozial- und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen gestaltet werden können, um hilfs- und pflegebedürftigen Menschen ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, gleichzeitig aber auch die Pflegenden - Angehörige wie auch Beschäftigte professioneller Pflegedienste - vor psychischer wie physischer Überforderung zu schützen.

Aufgrund des Vorrangs der häuslichen Versorgung⁴ vor der stationären Pflege ist es wichtig, das Pflegenetzwerk aus familiärer Pflege, ambulanten und mobilen sozialen Diensten - komplementär zu (teil)stationären Einrichtungen - zu unterstützen und weiterzuentwickeln, sodass ein für alle in den Pflegeprozess involvierten Personen bedarfs- und bedürfnisgerechtes sowie nachhaltig finanzierbares Angebot entsteht. In der Fachwelt gilt es als unumstritten, dass manche Aspekte der Altenarbeit ohne spezifische Ausbildung, andere jedoch nur von hochqualifiziertem Personal geleistet werden können.⁵ Viele Pflegetätigkeiten erscheinen sehr alltagsnah, sodass für Außenstehende der Eindruck entsteht, es bedarf hierfür keiner besonderen Qualifikation. Dies kann in der Praxis zu Pflegefehlern führen.⁶

Sowohl für pflegende Angehörige als auch für die Gepflegten selbst ist der Verbleib in den eigenen vier Wänden die mit Abstand bevorzugte Wohn- und Lebensform.⁷ Ein Grund hierfür ist sicherlich, dass bei subjektiver Zufriedenheit mit der eigenen Wohnung eine Übersiedlung in ein Seniorenwohn- oder Pflegeheim nur als letzter Ausweg akzeptiert wird, da dieser Umzug auch einen letzten Lebensabschnitt markiert.⁸ Dementsprechend wird der überwiegende Teil pflegebedürftiger Menschen zu Hause betreut (Schätzungen für Deutsch-

⁴ Diese umfasst auch alternative Wohnformen wie betreutes oder integriertes Wohnen.

⁵ Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2000): Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich (Seniorenbericht 2000). Wien. S. 445.

⁶ Viele Pflegetätigkeiten erscheinen sehr alltagsnah, sodass der Eindruck entsteht „pflegen kann jeder“. Pflege-theoretikerInnen betonen jedoch, dass viele Themen der Pflege zwar alltäglich und einfach erscheinen, jedoch kompliziert und bei falscher Praxis schädlich für die gepflegte Person sein können (z. B. die Nahrungsaufnahme bei Schluckstörungen). Vgl. Fachtagung „Häusliche Pflege in Balance – Selbstbewusst, kompetent, anerkannt“, November 2003, Wissenschaftszentrum Bonn. <http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen,did=14236.html>.

⁷ Infratest Sozialforschung (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002, Schnellbericht. München. Juli 2003. S. 33.

⁸ Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen et al. (2001): Internationales Jahr der älteren Menschen: Auf dem Weg zu einer neuen Seniorenpolitik. Wien. S. 32.

land gehen von einem Anteil von 80 % aus).⁹ Auch in Österreich wird ein ähnlich hoher Anteil Hilfs- und Pflegebedürftiger (über 75 %¹⁰) von Familienangehörigen versorgt. Die Form der dauerhaften stationären Unterbringung in einem Alten- oder Pflegeheim betrifft vielfach erst Personen jenseits des 80. Lebensjahres und aufgrund der höheren Lebenserwartung (Verwitwungsrisiko) insbesondere hochbetagte Frauen im Alter von 85 oder mehr Jahren.¹¹

Die häusliche Pflege kann jedoch nur nachhaltig stabil und belastbar und damit eine wichtige Säule der Pflegevorsorge sein, wenn eine gute Pflegequalität gesichert werden kann, gleichzeitig aber auch eine Überforderung der in die Pflege involvierten Personen vermieden wird (z. B. durch entlastende Angebote, die wirtschaftliche und sozialversicherungsrechtliche¹² Absicherung oder auch die gesellschaftspolitische Aufwertung des Images der häuslichen Pflege). Um die Pflegebereitschaft von Familienangehörigen zu stützen, ist es wichtig diese mit ihrer Aufgabe und möglichen daraus resultierenden Problemen nicht alleine zu lassen. Ein ausreichendes Angebot an flexibler, niedrighschwelliger und auch präventiver Information, Beratung und Hilfestellung im Pflegealltag ist erforderlich, um zu vermeiden, dass notwendige Unterstützung erst gesucht wird, wenn die Ressourcen der pflegenden Angehörigen bereits völlig erschöpft sind. Dies ist aus humanitärer wie volkswirtschaftlicher Sicht sinnvoll, um die psychische und physische Belastung für pflegende Angehörige zu reduzieren, den Betroffenen einen Verbleib in gewohnter Umgebung zu ermöglichen, eine gute Pflegequalität zu sichern und um Finanzierungs- und Versorgungsengpässen in der Pflegevorsorge entgegen zu wirken.

Hier setzt das Pilotprojekt „Pfleagemodell Kärnten“ an, welches die Entlastung pflegender Angehöriger sowie die Qualitätssicherung der „Pflege zuhause“ zum Ziel hat. Im Rahmen des Pflegemodells werden drei Module angeboten: der Pflegescheck, das Pflege-Notruf-telefon sowie Pflegehilfsmittel-Pools (siehe Kapitel 3). Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Evaluierung des Pilotprojekts „Pfleagemodell Kärnten“, insbesondere die Analyse der Effektivität der angebotenen Module im Hinblick auf eine Entlastung pflegender Angehöriger. Weiter sollen potenzielle Verbesserungen inhaltlicher, struktureller und/oder organisatorischer Natur untersucht werden.

⁹ Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2000). S. 123ff.

¹⁰ Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen et al. (2001). S. 28.

¹¹ Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2000). S. 59.

¹² Seit 1.1.1998 besteht die Möglichkeit einer begünstigten Weiterversicherung für pflegende Angehörige in der Pensionsversicherung (bei Pflege eines Angehörigen ab Pflegegeldstufe 3). Vgl. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen et al. (2001). S. 29; Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2004): Bericht über die soziale Lage 2003-2004, S. 93.

2.2 Demografischer Wandel

Ein Grund für die zunehmende Alterung der Gesellschaft ist die kontinuierlich steigende *Lebenserwartung* der österreichischen Bevölkerung.¹³ Lag die Lebenserwartung (bei Geburt) der ÖsterreicherInnen Mitte des 20. Jahrhunderts bei 62 Jahren für Männer bzw. bei 67 Jahren für Frauen, so betrug die Lebenserwartung der Männer im Jahr 2001 76 Jahre, jene der Frauen 82 Jahre. Prognosen für das Jahr 2050 gehen von einer weiter steigenden Lebenserwartung auf 83 und auf 88 Jahre für Männer bzw. Frauen aus.¹⁴

Verstärkt wird der gesellschaftliche Alterungsprozess durch ein wachsendes *Geburtendefizit* (Bilanz aus Lebendgeburten und Sterbefällen). Zwar wird das natürliche Bevölkerungsdefizit Österreichs bis zum Jahr 2028 noch durch Zuwanderungsströme aus dem Ausland kompensiert (Wanderungsgewinne übertreffen die Verluste aus dem Überschuss an Sterbefällen), sodass die Einwohnerzahl zunächst noch weiter ansteigt; nach 2028 übertrifft das Geburtendefizit jedoch auch die Wanderungsgewinne und die Einwohnerzahl sinkt.¹⁵

In Bezug auf den *Alterungsprozess* der Gesellschaft lässt sich sowohl für den Prognosezeitpunkt 2031 (Bevölkerungswachstum) als auch für 2050 (Rückgang der Einwohnerzahl) folgender Strukturwandel erkennen: der Anteil der Bevölkerungsgruppen unter 65 Jahren sinkt, umgekehrt steigt der Anteil der 65- und mehr Jährigen an.

Tabelle 1: Veränderung der Altersstruktur der österr. Bevölkerung bis 2050 (Anteile nach Altersgruppen in %)

	bis 20 J.	20 - 64 J.	65+ J.	Einwohnerzahl absolut [in 1.000]
2001	22,9%	61,7%	15,5%	8.033
2031	17,9%	57,0%	25,1%	8.416
2050	16,7%	53,8%	29,5%	8.163

Quelle: Geschäftsstelle der Österreichischen Raumordnungskonferenz (2004), *Hauptszenario*, S. 60.

Zur Abschätzung des künftigen Hilfs- bzw. Pflegebedarfs ist vor allem der *Anstieg der Gruppe der Hochbetagten*, d. h. der Menschen im Alter von 85 und mehr Jahren, relevant.¹⁶

¹³ Zum Folgenden vgl. Geschäftsstelle der Österreichischen Raumordnungskonferenz (2004): ÖROK-Prognosen 2001-2031, Teil 1: Bevölkerung und Arbeitskräfte nach Regionen und Bezirken Österreichs. Wien. S. 21ff; Prognosen S. 45ff.

¹⁴ Gemäß mittlerer Prognosevariante.

¹⁵ Geschäftsstelle der Österreichischen Raumordnungskonferenz (2004): Prognose Hauptszenario.

¹⁶ Geschäftsstelle der Österreichischen Raumordnungskonferenz (2004). S. 56ff.

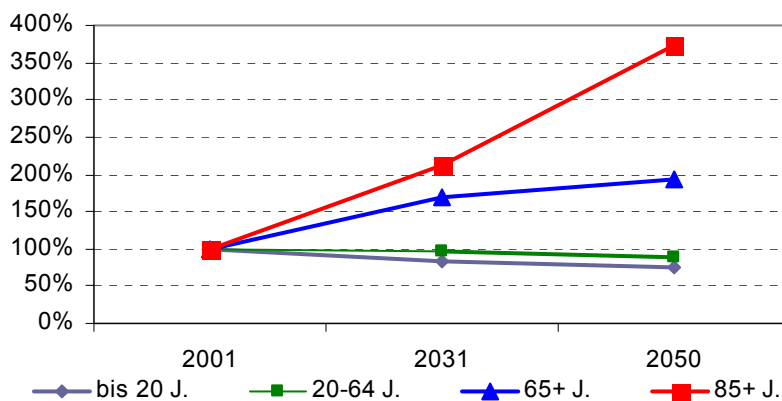
Tabelle 2: Veränderung des Anteils Hochbetagter (85+ Jahre) in Österreich bis 2050

	Anteil [%]	85+ Jahre, absolut
2001	1,7%	140.000
2031	3,5%	298.000
2050	6,4%	524.000

Quelle: Geschäftsstelle der Österreichischen Raumordnungskonferenz (2004), Hauptszenario, S. 60.

Der zahlenmäßige Anstieg hochaltriger Menschen impliziert eine wachsende Zahl an Personen mit multimorbidem¹⁷ Krankheitsgeschehen und daher intensivem Pflegebedarf. Von Bedeutung ist insbesondere die wachsende Gruppe von Personen mit demenziellen Störungen.¹⁸ Gerade die Pflege älterer Menschen mit psychischen Veränderungen stellt für Familienangehörige eine besondere Belastung dar.¹⁹ Der Anstieg von Pflegebedürftigen mit Demenzerkrankungen lässt erwarten, dass die Grenzen des Leistbaren im Bereich der häuslichen Pflege tendenziell früher als bisher erreicht werden.²⁰

Während sich die Zahl der 65- und mehr Jährigen in Österreich von 2001 bis 2050 verdoppeln, d. h. von 1,2 Mio. auf 2,4 Mio. steigen wird, wächst die Zahl der 85- und mehr Jährigen im selben Zeitraum um das 3,7-fache (von 140.000 auf 524.000).²¹

Abbildung 1: Index der Einwohnerzahl nach Altersklassen, 2001 = 100 %

Quelle: Geschäftsstelle der Österr. Raumordnungskonferenz (2004), Hauptszenario, S. 60, Berechnung IHS K.

Das Erreichen eines hohen Alters ist nicht in jedem Fall gleichzusetzen mit dem Bedarf an Hilfs- bzw. Pflegeleistungen, wenngleich das Pflegebedarfsrisiko mit dem Alter steigt. Eine aktuelle Studie für Vorarlberg zeigt, dass nur 4,1 % der 65- bis 69-Jährigen Pflegegeld

¹⁷ Gleichzeitiges Auftreten verschiedener Krankheitsbilder.

¹⁸ Vgl. Geser-Engleitner, Erika und Jochum, Christoph (2004): Die Entwicklung der Pflegeressourcen im Bereich der Altenpflege. Vorarlberg 2003 – 2020. Dornbirn-Feldkirch. November 2004. S. 9: altersspezifische Prävalenzraten demenzieller Störungen laut epidemiologischen Studien.

¹⁹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin. April 2002.

²⁰ Geser-Engleitner, Erika und Jochum, Christoph (2004). S. 10.

²¹ Geschäftsstelle der Österreichischen Raumordnungskonferenz (2004). S. 56ff.

erhalten, aber bereits ein Drittel der 80- bis 84-Jährigen. In der Altersgruppe über 90 Jahre beziehen 87 % der Personen Pflegegeld.²² Auch Studien für Deutschland zeigen, dass immerhin 40 % der über 80-Jährigen alleine und ohne Bedarf an fremder Hilfe wohnen und leben können. Etwa 30 % in dieser Altersgruppe sind primär auf hauswirtschaftliche Hilfe (Wohnungsreinigung, Einkauf etc.) angewiesen und rund 30 % haben wirklichen Pflegebedarf (Körperhygiene, An- und Auskleiden etc.).²³

Inwiefern diese Daten für die Zukunft repräsentativ sind, hängt nicht zuletzt auch vom medizinischen Fortschritt und vom Greifen von Präventionsmaßnahmen ab, deren Erfolge derzeit kaum realistisch abgeschätzt werden können. Historische Langzeitvergleiche sind aus dieser Perspektive jedenfalls problematisch.

Die Fachliteratur ist sich darüber einig, dass die Pflegebedürftigkeitsquoten, d. h. der Anteil der Pflegebedürftigen pro Altersgruppe, mittel- und längerfristig sinken werden. Mit zunehmender Lebenserwartung steigt auch das Eintrittsalter der Pflegebedürftigkeit. Hauptursachen sind neben dem medizinischen Fortschritt sogenannte Kohorteneffekte, z. B. bessere Lebensbedingungen der zukünftig Hochbetagten in ihren jungen und mittleren Lebensjahren. Die Nettobilanz aus den genannten Entwicklungen weist dennoch auf einen absoluten Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Personen hin: von 2003 bis 2020 wird für Vorarlberg ein Plus der Zahl Pflegebedürftiger von 38 % prognostiziert.²⁴

Prognosen für Österreich gehen davon aus, dass sich die Zahl Pflegebedürftiger²⁵ bis zum Jahr 2030 von derzeit rund 560.000 auf etwa 811.000 Personen erhöhen wird (unter Fortschreibung des aktuellen Anteils betreuungsbedürftiger Menschen an der Gesamtbevölkerung). Unter der Annahme, dass der Gesundheitszustand älterer Menschen zu- und der Betreuungsbedarf abnimmt, geht die Prognose von einem Anstieg betreuungsbedürftiger Personen auf etwa 645.000 Personen aus.²⁶ Obwohl sich die Zahl der Beschäftigten im Pflegebereich allein in den letzten fünf Jahren mehr als verdoppelt hat, wird für die nächste Dekade ein Bedarf von rund 30.000 zusätzlichen Pflegefachkräften prognostiziert – dies nicht zuletzt deshalb, als in Zukunft mit einer Reduktion des familiären Pflegepotenzials zu rechnen ist.²⁷

²² Geser-Engleitner, Erika und Jochum, Christoph (2004). S. 4.

²³ Infratest Sozialforschung (2003). S. 11.

²⁴ Geser-Engleitner, Erika und Jochum, Christoph (2004). S. 7ff.

²⁵ Die Zahl Pflegebedürftiger ist *nicht* gleichzusetzen mit der Zahl der PflegegeldempfängerInnen.

²⁶ Badelt, Christoph et al. (1997): *Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems*. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Wien. März 1997. S. 8ff.

²⁷ Enquete – „Pflegerberuf – Job des Lebens“, 17.11.2004.

http://medwell24.at/CDA_Master/1,3008,3087_3164_26549,00.html

2.3 Pflegepotenzial

Die Betreuung von Pflegebedürftigen im Kreis der Familie ist ein wesentliches Standbein der Pflegevorsorge. Empirische Untersuchungen zeigen, dass die Bereitschaft zur Pflege von Familienangehörigen prinzipiell gegeben ist, jedoch mit steigendem Alter, d. h. je realistischer das Eintreffen einer solchen Situation wird, abnimmt. Für viele Menschen ist die Betreuung eines pflegebedürftigen Angehörigen eine Selbstverständlichkeit, wobei die dahinter stehenden Motive unterschiedlicher Natur sind, wie Liebe, Pflichtgefühl, gesellschaftliche Erwartungshaltung, religiöser Druck und/oder ein Mangel an Alternativen.²⁸ Bei einer repräsentativen Umfrage in der österreichischen Wohnbevölkerung über 18 Jahren gaben 44 % aller Befragten an, die hauptsächliche Betreuung der Mutter - in Antizipation eines Pflegefalls - „auf jedem Fall“ zu übernehmen (im Fall des Vaters waren es 37 %). 11 % gaben an „keinesfalls“ für die Pflege der Mutter zur Verfügung zu stehen; dieser Prozentsatz erhöht sich in der Altersklasse der 46- bis 60-Jährigen, d. h. in der potenziell eher betroffenen Altersgruppe, auf 21 % (in Bezug auf die Pflege des Vaters von 19 % auf 30 %).²⁹ Die eigene Berufstätigkeit wird dabei häufig als Hinderungsgrund angeführt. Bezüglich des familiären Pflegepotenzials ist jedoch anzumerken, dass Pflege zu einem beachtlichen Teil innerhalb derselben Generation stattfindet: etwa 37 % aller Hauptbetreuungspersonen in Österreich sind nach Badelt et al. (1997)³⁰ 60 Jahre alt oder älter, sodass eine Berufstätigkeit kaum einen Ausschließungsgrund darstellt. Diese Gruppe der Pflegenden gewinnt angesichts des zu erwartenden sozio-demografischen Wandels zunehmend an Bedeutung.

Allgemein gibt es eine Reihe von Faktoren, die Einfluss auf das Ausmaß der familiären, informellen Pflegeleistung haben. Diese lassen sich mit dem Schlagwort *Trend zur Individualisierung* zusammenfassen: „Wertewandel; Veränderung sozialer Milieus³¹; Veränderung von Familien- und Haushaltsformen und damit Abnahme des Anteils älterer Menschen, die im Alter mit anderen Personen zusammen leben; Abnahme der sozialen Verankerung in informellen Netzwerken oder die Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit.“³²

Sinkende Geburtenraten führen zu einer geringeren Zahl an Nachkommen. Untersuchungen für Deutschland haben gezeigt, dass vom Geburtsjahrgang 1935 nur etwa 9 % der Frauen kinderlos blieben, vom Jahrgang 1958 waren es immerhin 23 % und Zukunftsprognosen

²⁸ Caritas (2004): *Zum Thema: Betreuen & Pflegen*. Nr. 3/2004. Wien. S. 7.

²⁹ Majce, Gerhard (1998): Generationenbeziehungen in Österreich. Erste Studienergebnisse. Im Auftrag des Bundesministeriums für Umwelt, Jugend und Familie. Wien. S. 12.

³⁰ Badelt, Christoph et al. (1997). S. 109.

³¹ „Solidarität als Bereitschaft zur Pflege von Angehörigen findet sich eher bei Menschen mit geringen Finanz- und Bildungsressourcen.“ Vgl. Geser-Engleitner, Erika und Jochum, Christoph (2004), S. 14.

³² Geser-Engleitner, Erika und Jochum, Christoph (2004). S. 12.

gehen bereits von einer 30 %-Quote an kinderlosen Frauen aus.³³ Durch den zu erwartenden Ausfall bei der Kindergeneration mangelt es im Bedarfsfall bereits theoretisch – abgesehen von der nötigen Bereitschaft zur Pflege - an intergenerationellen Betreuungskapazitäten.

Ein weiterer Grund für das abnehmende familiäre Pflegepotenzial ist das *veränderte Selbstverständnis von Frauen* und die damit einhergehende *steigende außerhäusliche Berufstätigkeit*. Lag die weibliche Erwerbsquote im Jahr 1995 bei 35 %, erreichte sie im Jahr 2002 einen Wert von 42 %.³⁴ Der Wunsch nach einem eigenständigen Einkommen sowie nach Karriere- und Selbstverwirklichung wird in verstärktem Maße umgesetzt. Zum Teil ist es auch ökonomischer Zwang, der Frauen in die Erwerbstätigkeit drängt (höhere Scheidungsraten, wachsende Zahl an Alleinerzieherinnen). Parallel zu diesen Entwicklungen wächst die Bedeutung der Frauenerwerbstätigkeit aus arbeitsmarktpolitischer Sicht (Abnahme der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter). Bei Berufstätigkeit spielt insbesondere der Aspekt der Opportunitätskosten der Pflege eine Rolle, wie Einbußen im sozialen Status oder die Bedrohung persönlicher Entwicklungschancen und Karrieremöglichkeiten³⁵ (die eigene Berufstätigkeit wurde in einer Untersuchung auch am häufigsten als Hindernis für die Übernahme der Pflege der Eltern genannt³⁶).

Auch die *wachsende (berufliche) Mobilität* der Menschen und der *Trend zu Single- und Eingenerationenhaushalten* führt zu einer Reduktion des Pflegepotenzials, aufgrund der damit verbundenen zunehmenden Auflösung (groß)familiärer Strukturen und der Entflechtung familiärer Netze. Die räumliche Nähe zwischen Familienangehörigen ist für die Pflege zu Hause eine wichtige Voraussetzung, wie der „Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen“³⁷ zeigt: demnach lebt etwa die Hälfte der pflegenden Angehörigen mit dem oder der Pflegebedürftigen im selben Haushalt, ein weiteres Viertel in einer zeitlichen Entfernung von max. 15 Minuten.

2.4 Zur Situation pflegender Angehöriger

Pflege wird von Angehörigen, welche diese Leistung erbringen, einerseits als persönliche Bereicherung (durch den Austausch von menschlicher Wärme, Zuwendung, Geduld etc.), gleichzeitig aber auch als Belastung erlebt.

³³ Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2000): Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich (Seniorenbericht 2000). Wien. S. 123. Zitiert nach Kaufmann, Franz-Xaver (1997): Generationsbeziehungen und Generationenverhältnisse im Wohlfahrtsstaat. In: Mansel, Jürgen u. a. (Hrsg.), Generationen-Beziehungen. Austausch und Tradierung. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 17-30.

³⁴ Statistik Austria (2003): Statistisches Jahrbuch Österreichs 2004. Wien. S. 168.

³⁵ Geser-Engleitner, Erika und Jochum, Christoph (2004). S. 14.

³⁶ Majce, Gerhard (1998). S. 13.

³⁷ Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2000). S. 123.

Gemäß einer in Tirol durchgeführten Umfrage im Jahr 2004 (befragt wurden Pflegende, die Angehörige ab der Pflegegeldstufe 3 betreuten) fühlt sich rund ein Viertel aller Pflegenden (26,5 %) durch die Tätigkeit körperlich und/oder seelisch „sehr belastet“, weitere 38,5 % geben an „belastet“ zu sein, 12,9 % fühlen sich „weniger belastet“. Nur 22,1 % geben an „eher nicht belastet“ zu sein.³⁸ Am häufigsten wird der große Zeitaufwand für die Pflege als Grund für die empfundene Belastung genannt (48,5 %), etwa jede/r Dritte bezeichnet die zu pflegende Person als eher schwierig (29,2 %). Nachgereiht finden sich Gründe wie allgemeine körperliche und/oder seelische Beanspruchung (17,2 %), der Verzicht auf Freizeit, Familie und Einschränkungen in der eigenen Lebensgestaltung (13,3 %) sowie das Verhältnis der Arbeitsaufteilung mit Familienangehörigen (12 %). Knapp 7 % geben an, allgemein keine Unterstützung zu erhalten.

Ob und in welchem Ausmaß erbrachte Hilfs- und Pflegeleistungen von pflegenden Angehörigen als Belastung empfunden werden, hängt von der individuellen Lebens- sowie der Hilfs- bzw. Pflegesituation ab und variiert je nach persönlicher Belastungsschwelle und Bewältigungsmöglichkeit. Pflegende Angehörige stellen keine homogene Gruppe dar. Das subjektive Belastungsempfinden variiert beispielsweise mit dem Alter. So werden körperlich anstrengende Tätigkeiten von Pflegenden, die selbst bereits hochaltrig sind und Gebrechlichkeiten aufweisen, eher als Belastung empfunden als im Fall der intergenerativen Pflege (seitens der jüngeren, körperlich meist leistungsfähigeren Kindergeneration).

Ebenso spielen Art, Umfang und Dauer des Hilfs- bzw. Pflegebedarfs in Bezug auf die empfundene psychische und physische Belastung eine wesentliche Rolle. Ist der Unterstützungsbedarf auf Hilfeleistungen im Bereich der Hauswirtschaft beschränkt (Reinigen der Wohnung, Wäsche machen, Zubereiten von Mahlzeiten, Einkäufe, Amtswege erledigen etc.) wird die Belastung als geringer eingestuft als bei körperbezogenen Verrichtungen (Körperhygiene, An- und Ausziehen, Hilfe beim Toilettengang, Mobilitätshilfe im Wohnbereich, Nahrungsaufnahme etc.).³⁹ Insbesondere der Umgang mit Demenzerkrankungen wird als besonders belastend empfunden, da der zeitliche Betreuungsaufwand enorm hoch ist und die Symptome⁴⁰ zu besonderen psychischen Belastungen führen.⁴¹

Das zeitliche Ausmaß der täglich zu leistenden Hilfs- oder Pflegeleistung spielt in jedem Fall eine entscheidende Rolle für das Belastungsausmaß. Ebenso die zeitliche Dauer der Pflege,

³⁸ IMAD (2004): Tiroler Hauspflegestudie 2004. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung. Studie im Auftrag der Arbeiterkammer Tirol. August 2004.

³⁹ Infratest Sozialforschung (2003). S. 23.

⁴⁰ Symptome primärer und sekundärer Demenz: Gedächtnisstörungen, Störung des abstrakten Denkens (planen, Probleme lösen), Störung des Urteilsvermögens, Persönlichkeitsveränderungen (Misstrauen, Reizbarkeit, Aggressivität, Depression), Desorientiertheit (in bezug auf Ort, Zeit, Person etc.). Vgl. Messer, Barbara: Tägliche Pflegeplanung in der stationären Altenpflege, http://pflegen-online.de/download/Messer_1.pdf.

⁴¹ Badelt, Christoph et al. (1997). S. 152.

da die Verpflichtung häufig nicht bloß vorübergehend sondern längerfristig eingegangen wird (so gaben bei einer österreichweiten Befragung zwei Drittel der Pflegenden an, die Aufgabe seit mindestens drei Jahren durchzuführen⁴²). Eine Pflegesituation, die mit dem Zubereiten eines warmen Essens und der Übernahme von diversen Besorgungen beginnt, kann sich schleichend zu einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung entwickeln. Das Ausmaß der subjektiv empfundenen Belastung ist daher im Zeitverlauf nicht konstant. Hinzu kommt, dass der Betreuungsaufwand von der Tagesverfassung der betreuten Person abhängig ist und die Belastung an manchen Tagen als stärker, an anderen Tagen als weniger stark empfunden wird.

Bei außerhäuslicher Berufstätigkeit führt das Erbringen von Hilfs- bzw. Pflegeleistungen zu einer Mehrfachbelastung: Haushalt, Familie, Beruf und/oder Pflege sind miteinander in Einklang zu bringen. Dieses Thema erscheint vor allem für Frauen relevant, da Männer vielfach erst dann für Betreuungsarbeiten zur Verfügung stehen, wenn sie bereits pensioniert sind.⁴³ Viele Frauen sehen sich nach der Familiengründungs- und Erziehungsphase somit ein zweites Mal im Zwiespalt zwischen eigenen beruflichen Interessen und der Obsorge für unterstützungsbedürftige Angehörige. Die Entscheidung *gegen* die eigene Berufstätigkeit ist dabei mit negativen Konsequenzen verbunden: Verlust der eigenständigen finanziellen und sozialrechtlichen Absicherung, verminderte Wiedereinstiegs- und Karrierechancen etc. Diese Argumente werden in Zukunft an Bedeutung gewinnen, da traditionelle weibliche Lebensbiographien (Mitversicherung beim Lebenspartner, Verzicht auf eigene Berufstätigkeit) rückläufig sind. Zur Aufrechterhaltung des familiären Pflegepotenzials wird es daher vermehrt nötig sein, flexible und sozialverträgliche Arbeitszeitmodelle für die Arbeitswelt zu entwickeln (Telearbeit, Jobsharing, flexible Arbeitswoche, temporäre Reduktion von Arbeitszeit *und* Aufgaben etc.).⁴⁴ Aus der Perspektive von Pflegenden erscheint der Kontakt zur Arbeitswelt - neben materiellen Gesichtspunkten - auch wesentlich, da so die Kontrolle über die eigenen Lebensumstände besser gewahrt bleibt (soziale Kontakte, Abwechslung, intellektuelle Herausforderung, Anerkennung und Selbstbestätigung; hinzu kommt, dass eine stärkere Beteiligung anderer Familienmitglieder bei der Pflege der/des Angehörigen leichter einforderbar wird). Die außerhäusliche Arbeit stellt in diesem Fall eine Art positiven Gegenpol zur Pflegesituation dar.

Auch eine fehlende altersgerechte Infrastruktur (bauliche Defizite und Barrieren) und/oder ein Mangel an Pflegehilfsmitteln können zu einem Mehraufwand in der Pflege und zu einem höheren Grad an Belastung führen.

⁴² Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2000). S. 123 ff; vgl. auch: IMAD (2004): über 82 % der Befragten pflegen seit mindestens einem Jahr, etwa ein Drittel seit mehr als 5 Jahren, 11 % seit über 10 Jahren.

⁴³ Badelt, Christoph et al. (1997). S. 121.

⁴⁴ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000). S. 29ff.

In zahlreichen Untersuchungen zur Situation pflegender Angehöriger wurden bestehende Belastungsquellen bzw. Problembereiche aufgezeigt.⁴⁵ Vielfach wird nicht die Arbeit am bzw. mit dem zu pflegenden Menschen selbst, sondern es werden die erschwerten Alltags- und Lebensbedingungen als psychisch und/oder physisch belastend empfunden.⁴⁶

Pflegende verzichten oft über Monate, häufig über Jahre und zum Teil gänzlich auf eigene Entspannung, Ruhepausen, Freizeit und/oder Urlaub. Aufgrund des „Angebundenseins“ werden eigene Bedürfnisse (wie Arztbesuche, Kuraufenthalte, Hobbies oder auch Frisörbesuche) weitgehend zurückgestellt. Eine häufige Folge der Pflegetätigkeit ist der Verlust bzw. die Ausdünnung sozialer Kontakte und eine zunehmende soziale Isolation der Pflegenden.

Besonders belastet sind Personen, die die Betreuung größtenteils alleinverantwortlich und ohne nennenswerte Hilfe durch Dritte (wie Verwandte, Freunde und/oder professionelle soziale Dienste) bewerkstelligen (müssen) und daher kaum „abschalten“ können. Das Gefühl, die gesamte Verantwortung alleine zu tragen und „immer für die Pflege da sein zu müssen“ führt in vielen Fällen zu enormer zeitlicher und psychischer Belastung (Abgrenzungsproblematik). Pflegende scheuen sich vielfach, selbst kleinere Besorgungen außer Haus zu erledigen - aus schlechtem Gewissen (Abhängigkeitssituation) und aus Angst, in der Abwesenheit könnte „etwas passieren“. Vielfach sind es Frauen, denen Betreuungsaufgaben entsprechend tradierter Geschlechterrollen unhinterfragt zugewiesen werden. Diese fühlen sich teilweise sogar gehemmt, Unterstützung und Hilfe zu suchen und anzunehmen.⁴⁷

Psychische Belastung entsteht auch durch den täglichen Umgang mit Leid und Krankheit, die Angst vor dem Verlust des geliebten Menschen, die Konfrontation mit dem Thema Sterben und Tod. Ältere Pflegende machen sich oft Gedanken über die Zukunft; darüber, wie es weitergeht, wenn sie selbst die Pflege nicht mehr bewerkstelligen können.

Vielfach ist die Pflege auch mit Spannungen und Konflikten zwischen der Pflegeperson und der/dem Gepflegten verbunden, wodurch die psychische und emotionale Belastung ansteigt. Dies ist verstärkt bei Fällen von Demenz und Verwirrtheit der Fall, die mit Wesens- und Verhaltensänderungen der Pflegebedürftigen einhergehen.

⁴⁵ Vgl. u. a. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2000), S. 124 und 436ff; IMAD (2004); Nemeth C., Pochobradsky E. (2002): Qualitätssicherung in der Pflege - Pilotprojekt. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.). Wien.; Nemeth C., Pochobradsky E. (2004): Qualitätssicherung in der häuslichen Betreuung. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.). Wien; Badelt, Christoph et al. (1997), S. 105ff.; Meyer, Martha (2004): EUROFAMCARE - Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. National Background Report for Germany. University of Bremen. Institute of Applied Nursing Research. Juli 2004, S. 28ff ; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002), S. 198ff.

⁴⁶ Nemeth, C. und Pochobradsky, E. (2002). S. 26.

⁴⁷ Badelt, Christoph et al. (1997): S. 149.

Hinzu kommen körperliche Beeinträchtigungen und psychosomatische Beschwerden, z. B. durch das Heben bei mangelnder Mobilität, durch fehlende Nachtruhe oder durch das Problem der Mehrfachbelastung (Erschöpfung, Rückenprobleme, Gliederschmerzen, Beschwerden des Herz-Kreislaufsystems, Nervosität, Schlafstörungen etc.). Untersuchungen für Deutschland zeigen, dass das Ausmaß körperlicher Beschwerden bei Pflegenden über dem Durchschnittswert der Bevölkerung liegt. Dies nicht allein bei Symptomen körperlicher Erschöpfung oder bei Gliederschmerzen, sondern auch bei Magen- und Herzbeschwerden.⁴⁸ Die Problematik wird dadurch erschwert, dass Pflegehilfsmittel⁴⁹ nicht bekannt sind oder nicht zur Anwendung kommen bzw. die Handhabung nicht richtig erfolgt. Dies ist in ländlichen Gebieten eher problematisch als in urbanen Regionen.⁵⁰ Hilfsmittel erleichtern den Pflegealltag und können auch den Gepflegten mehr Lebensqualität bringen.

Die Betreuungsarbeit wird weiter durch Informationsdefizite seitens der Pflegenden erschwert, wenn z. B. ein Mangel an Hilfsmitteln und fehlende Prophylaxemaßnahmen zu Pflegefehlern wie Dekubitus führen oder entlastende Angebote nicht in Anspruch genommen werden (Tages- und Kurzzeitpflege, soziale Dienste etc.).⁵¹

Bei einigen der genannten Problembereiche setzt das zu evaluierende Pilotprojekt „Pflegemodell Kärnten“ an. Grundsätzlich gilt, dass Entspannung und Regeneration für pflegende Angehörige erst möglich werden, wenn diese die zu Pflegenden gut versorgt wissen.⁵² Umgekehrt schützt die Entlastung von Angehörigen (z. B. durch einen Kurzurlaub oder die Bereitstellung von Pflegehilfsmitteln und Informationen) vor überlastungsbedingten Pflegefehlern und hebt somit die Pflegequalität.

⁴⁸ Knorr, Ragnwolf (1997): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter. <http://idw-online.de/pages/de/news1000>.

⁴⁹ Hilfsmittel wie orthopädische Hilfen, Pflegebetten, Rollstühle, Produkte zur Dekubitusprophylaxe wie Wechseldruckmatratzen, Seh- und Hörhilfen, Treppen-/Badelifter etc. Vgl. Nemeth, C. und Pochobradsky, E. (2002). S. 25.

⁵⁰ Nemeth, C. und Pochobradsky, E. (2002). S. 28.

⁵¹ Nemeth, C. und Pochobradsky, E. (2002). S. II.

⁵² Nemeth, C. und Pochobradsky, E. (2002). S. 26.

3. Beschreibung Pilotprojekt „Kärntner Pflegemodell“

Das „Kärntner Pflegemodell“ strebt die Entlastung pflegender Angehöriger bzw. von familiären Pflegenetzwerken durch den Einsatz öffentlicher Mittel an. Damit soll ein möglichst langer Verbleib von Pflege- und Hilfsbedürftigen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung ermöglicht werden, was vielfach dem Wunsch der gepflegten Personen entspricht, aber auch Wunsch der pflegenden Angehörigen ist. Ein erhoffter positiver Zusatzeffekt ist eine damit erzielbare Entlastung öffentlicher Budgets durch den geringeren Bedarf an Heimplätzen.

Im Pilotprojekt wurden drei Module umgesetzt, die unterschiedliche Hilfestellungen für pflegende Angehörige bzw. die von ihnen betreuten Angehörigen anbieten. Die Konzeption der einzelnen Module ist im nächsten Abschnitt näher beschrieben.⁵³

3.1 Modul „Pflegescheck“

Der Pflegescheck im Wert von € 1.000,- pro Pflegegeld-EmpfängerIn, mit dem Ziel der Qualitätssicherung der Pflege zuhause, konnte für zwei Verwendungsmöglichkeiten genutzt werden:

- *Tages-/Kurzzeitpflege* in einer stationären Einrichtung (finanziert wurde mit dem Scheck stationäre Pflege im Umfang von etwa 10 bis 12 Tagen in ausgewählten Einrichtungen⁵⁴).
Idee: Pflegefamilien melden ihren Terminwunsch für den „Pflegeurlaub“ beim Verein an, der den Aufenthalt mit dem Heim fixiert und die Verrechnung des Schecks vornimmt;
- *Unterstützung bei der Pflege zuhause durch mobile soziale Dienste* (Hauskrankenpflege/-hilfe). Geht man von Kosten je Stunde in der Höhe von € 10,- aus, waren damit 100 Stunden Hauskrankenpflege/-hilfe im Jahr finanzierbar (die Kosten sind meist sozial gestaffelt und weisen eine relativ große Bandbreite auf).

Mit dem Scheck sollte eine adäquate Versorgung der zu Pflegenden im Fall einer Verhinderung der Angehörigen gewährleistet und gleichzeitig eine Entlastung von Pflegenden ermöglicht werden. Anspruchsberechtigt waren Pflegegeld-EmpfängerInnen ab der Pflegegeldstufe 3 (d. h. Personen mit einem Pflegebedarf von mehr als 120 Stunden monatlich⁵⁵), die seit mindestens drei Monaten von Angehörigen betreut wurden. Der Scheck wurde in zwei Pilotgemeinden umgesetzt, im Klagenfurter Stadtteil Waidmannsdorf und in der ländlich geprägten Gemeinde Steindorf/Ossiachersee (Kriterium: Wohnsitz der/des Pflegescheck-Empfängerin/s).

⁵³ Konzeption laut Förderantrag des Vereins „Altwerden zuhause“.

⁵⁴ Die Kosten einer stationären Unterbringung bei Kurzzeitpflege belaufen sich auf etwa € 80 bis € 100 pro Tag.

⁵⁵ Vgl. <http://www.help.gv.at/Content.Node/36/Seite.360510.html>.

Die Modullaufzeit betrug rund 11 Monate (Ende Jänner bis Ende Dezember 2004). Aufgrund statistischer Berechnungen ging man von einer Zahl von 250 potenziellen Pflegescheck-EmpfängerInnen in den beiden Pilotgebieten aus. Der Budgetrahmen für das Modul „Pflegescheck“ betrug € 250.000,-.

3.2 Modul „Pflege-Notruftelefon“

Das Pflege-Notruftelefon war als 24-stündiger Telefonservice für pflegende Angehörige aus dem Raum Kärnten sowie für alle Menschen, die Fragen zur Pflege zu Hause haben konzipiert. Das für AnruferInnen kostenlose Notruftelefon wurde durchgängig mit diplomierten Pflegefachkräften des Instituts für Gesundheits- und Krankenpflege (dem Berufsverband der Kärntner Krankenpfleger) besetzt. Ziel des Pflege-Notruftelefons war es, eine Anlaufstelle für alle Pflegefragen zu bieten und insbesondere auch koordinierend tätig zu werden, d. h. lösungsorientierte Hilfestellungen anzubieten: Kontakthanbahnung mit Krankenhäusern, sozialen Diensten, Ämtern und Behörden; Durchführung von Konferenzschaltungen zur Klärung von Pflegeproblemen; Vermittlung von Pflege-Know-how (insbesondere Wissen über reaktivierende Pflege und Prophylaxe).

Das Institut für Gesundheits- und Krankenpflege (IGK) und der Verein „Altwerden zuhause“ arbeiteten im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft zusammen. Es war geplant, möglichst viele Anbieter sozialer Dienste als Mitglieder und Projektbeteiligte in der ARGE zu gewinnen und das Notruftelefon zu einem 24-h-Pflegenotdienst auszubauen. Damit sollte das existierende „Pflegerloch“ in der Nacht und an Wochenenden beseitigt werden und Akuthilfe zu jeder Tages- und Nachtzeit verfügbar sein (Verbesserung des Angebots durch Vernetzung sämtlicher Anbieter).

Der Budgetrahmen für das Notruftelefon betrug € 100.000,-. Als Projektlaufzeit wurde der Zeitraum 15. Jänner bis 31. Dezember 2004 festgesetzt.

Bereits mit Vertragsabschluss im Jänner 2004 wurde eine Zwischenevaluierung bezüglich der Resonanz auf den angebotenen Service (Anruffrequenz), vereinbart. Aufgrund zu geringer Nachfrage wurde der Vertrag zwischen dem Verein „Altwerden zuhause“ und dem IGK mit Ende Juni 2004 gekündigt. Die Kosten bis zu diesem Zeitpunkt beliefen sich auf € 23.000,-.

Im Juli 2004 wurde die Fortführung dieses Projektteils ohne Beteiligung des Vereins „Altwerden zuhause“ zwischen dem Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und dem IGK vereinbart. Die Projektlaufzeit wurde bis März 2005 verlängert.

3.3 Modul „Pflegehilfsmittel-Pool“

Das dritte Modul umfasste das Angebot an 50 Kärntner Gemeinden (bis 5.000 EinwohnerInnen), ein Pflegebett zu um 50 % ermäßigten Kosten anzuschaffen. Damit sollten lokale Hilfsmittel-Pools (zum kostenlosen Verleih pflegetechnischer Behelfsmittel), ähnlich dem bereits bestehenden Pool in der Gemeinde Steindorf am Ossiachersee, initiiert werden.

Die Vorteile der kommunalen Hilfsmittel-Pools werden in dem kostenlosen Angebot „vor Ort“ und der raschen Reaktionsmöglichkeit bei Bedarf an Pflegehilfsmitteln gesehen. Durch die Bereitstellung von Pflegehilfsmitteln soll verhindert werden, dass Pflege zuhause an einer mangelhaften Pflegeinfrastruktur scheitert.

Für dieses Modul wurde ein Budgetrahmen von € 10.000,- festgesetzt.

3.4 Administration

Für den zur Projektabwicklung erforderlichen Bürobetrieb (Sachkosten wie Miete, Bürobedarfsartikel etc.) wurden € 8.500,- (Februar bis Dezember 2004) budgetiert. Die Personalkosten (Einstellung einer Bürokraft, halbtags) wurden mit € 16.000,- angesetzt. Der Budgetrahmen betrug in Summe € 24.500,-.

Aufgrund der in Umsetzung befindlichen finanztechnischen Abrechnung der einzelnen Projektmodule zum Zeitpunkt der Vorlage des Evaluierungsberichtes können keine abschließenden Aussagen über die endgültigen Kosten des Projekts „Kärntner Pflegemodell“ getroffen werden.

4. Methodik

4.1 Begriff Evaluierung

Der Begriff „Evaluierung“ umfasst eine Vielfalt von Methoden/Verfahren und von Forschungs- und Beratungsansätzen zur Bewertung von Maßnahmen, Programmen, Organisationen etc. Im empirisch-wissenschaftlichen Sinn versteht man unter dem Begriff Evaluation jede methodisch kontrollierte, verwertungs- und bewertungsorientierte Form des Sammelns und Auswertens von Informationen. Das Resultat des Evaluationsprozesses sind Wertaussagen in Form eines Evaluationsberichtes, wobei die getroffenen Urteile den Kriterien Nachvollziehbarkeit, Überprüfbarkeit und Kritisierbarkeit standhalten müssen. Grundsätzlich soll ein Evaluationsbericht praxisrelevantes Handlungswissen zur Verfügung stellen.⁵⁶

Die Evaluation des Pilotprojekts „Kärntner Pflegemodell“ ist dem Typus einer Evaluation zu Kontrollzwecken zurechenbar (Kontrollparadigma): Dabei werden die gesetzten zielgerichteten Maßnahmen bestimmten Erfolgskriterien unterworfen, wie z. B. Effektivität, Effizienz und Akzeptanz. Evaluationen dieser Art werden genutzt als weitere Kontrollform administrativen Handelns - neben der Kontrolle der Rechtmäßigkeit, der politischen Kontrolle und der Wirtschaftlichkeits-Kontrolle. Offen bleibt, wie und anhand welcher Kriterien der Erfolg gemessen wird, da die Bewertung nach unterschiedlichsten Kriterien (Effizienz der Durchführung, Effektivität der Maßnahmen etc.) und aus unterschiedlichen Perspektiven (Auftraggeber, Betroffene, ökonomische Effizienz etc.) erfolgen kann. Die Antwort auf diese Fragestellung lässt sich aus dem vorhandenen Informationsbedarf des Auftraggebers oder den Möglichkeiten der Informationsbeschaffung ableiten.

Grundsätzlich steht beim „Kontrollparadigma“ die Beurteilung der Implementierung und des Erfolgs eines Interventionsprogramms im Vordergrund.⁵⁷ Kann aus den vorliegenden Programmunterlagen eine operationalisierte Zielsetzung abgeleitet werden, oder ist bereits in der Planung eine explizite Ziel-Mittel-Relation formuliert, sind klassische Evaluierungsmethoden, wie das Experiment oder das Quasi-Experiment, die geeignete Wahl.⁵⁸ In den meisten Fällen wird jedoch die Anwendung alternativer Methoden notwendig, da eine eindeutig messbare Zielformulierung bei der Planung oft nicht festgelegt wird oder gar nicht möglich ist. Indikatorenmodelle oder die Befragung der Betroffenen sind Alternativen, um in

⁵⁶ Kromrey, Helmut (2001): Evaluation – ein vielschichtiges Konzept, Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. Empfehlungen für die Praxis. In Sozialwissenschaften und Berufspraxis, 24. Jg., Heft 2/2001, S. 105ff.

⁵⁷ Zum Folgenden siehe Kromrey, Helmut (2001), S. 125ff.

⁵⁸ Bei dieser Methodik werden die Effekte einzelner Programme anhand eines nachgespielten Prozessablaufes konstruiert. Eine Experimentalgruppe, die den Auswirkungen des Projektes „ausgesetzt“ wird, und eine äquivalenten Kontrollgruppe, die „verschont“ bleibt, sollen durch unterschiedliche Reaktionen, die Effekte des Programms sichtbar machen.

einer qualitativen Dimension die Bewertung des untersuchten Programms durchzuführen. Es ist festzuhalten, dass die aus der Befragung der Adressaten des Programms erhaltenen Antworten nicht den Status einer Evaluation als methodisch kontrollierter, empirischer Qualitätsbewertung haben. Erfasst wird damit die „Akzeptanz“ (oder die Nicht-Akzeptanz) der Beteiligten, die aber durchaus eine wesentliche Information darstellt.

4.2 Durchführung der Evaluierung

Das „Kärntner Pflegemodell“ wurde als Pilotprojekt konzipiert und hat daher experimentellen Charakter. Primäres Ziel der Evaluierung war es, die Effektivität und Akzeptanz der angebotenen Maßnahmen bzw. Module (Pflegescheck, Pflege-Notruf und Hilfsmittel-Pool) zu prüfen (Kontroll-Evaluierung). Neben der Bedarfs- und Zielevaluierung erfolgte auch eine Performance-Evaluierung. Zu den relevanten Fragestellungen zählten u. a.:

- Welchen Hilfsbedarf äußern pflegende Angehörige, welche Art von Unterstützung wird benötigt? (Bedarfsanalyse)
- Sind die angebotenen Module bedarfsadäquat? Welche Art von Entlastung pflegender Angehöriger wird mit den Modulen erreicht? (Zielevaluierung)
- Welche Informationspolitik wurde im Rahmen des Projekts betrieben? Wie wird der administrative Aufwand (Zugang und Abwicklung) seitens der NutzerInnen beurteilt? (Prozessevaluierung).

Zur Informationsbeschaffung (Zufriedenheits- und Unzufriedenheitsäußerungen, Akzeptanzinformationen etc.) wurde auf die Methode der *Befragung* (Befragung pflegender Angehöriger und von operativen Projektpartnern, d. h. von Moduldurchführenden) und auf Unterlagen der Moduldurchführenden zurückgegriffen.

Als Erhebungsinstrument für das Modul „Pflegescheck“ wurde ein standardisierter Fragebogen zur schriftlichen Befragung der pflegenden Angehörigen von Pflegescheck-NutzerInnen konzipiert (Voll- und Querschnitterhebung). Zur Komplettierung und Vertiefung der primär quantitativen Daten wurden persönliche Interviews mit Hauptpflegepersonen durchgeführt. Hierzu wurde ein Interviewleitfaden entwickelt.⁵⁹

Die Auswahl der beiden Pilotgemeinden erfolgte unter dem Gesichtspunkt der Einbeziehung von Gebieten mit städtischem (Klagenfurt: Stadtteil Waidmannsdorf) und ländlichem (Gemeinde Steindorf) Charakter. Trotz der relativ geringen Fallzahl an Pflegescheck-EmpfängerInnen (79 Personen) erlauben die Ergebnisse in ihrer Eindeutigkeit klare Aussagen und bieten eine nützliche Entscheidungshilfe.

⁵⁹ Fragebogen und Interviewleitfaden sind im Anhang, Kapitel 10, abgebildet.

Die Evaluierung des Moduls „Pflege-Notruftelefon“ erfolgte anhand von elektronisch erfassten Dokumentationsblättern zu den erfolgten Anrufen. Vertiefende Informationen, insbesondere im Hinblick auf die Zufriedenheit mit dem angebotenen Service, wurden mittels telefonischer Befragungen von NutzerInnen des Pflege-Notruftelefons ermittelt. Des Weiteren wurden persönliche und telefonische Gespräche mit den Modulverantwortlichen geführt.

Die Evaluierung der Hilfsmittel-Pools (Modul 3) basiert auf persönlichen und telefonischen Interviews mit den Modulverantwortlichen bzw. mit den mit der Umsetzung betrauten Personen.

Die Auswertung quantitativer Daten erfolgte mit Hilfe der deskriptiven Statistik.

5. Evaluierungsergebnisse

5.1 Pflegescheck

5.1.1 Projektverlauf

Modulverantwortliche Organisation: Verein „Altwerden zuhause“.

Modullaufzeit: Jänner bis Dezember 2004.

Marketing: Im Herbst 2003 fand eine öffentliche Auftaktveranstaltung zum „Kärntner Pflegemodell“ statt. Der Pflegescheck wurde darüber hinaus in verschiedenen Medien (Zeitungen, Rundfunk, Fernsehen), über Postwurfsendungen (Folder) und über die Anbieter mobiler sozialer Dienste beworben. Werbemaßnahmen wurden primär Ende 2003 sowie in den Anfangsmonaten des Projekts (bis Feber 2004) gesetzt. Vom Verein „Altwerden zuhause“ wird hierzu angemerkt, dass für Werbemaßnahmen eine Obergrenze von etwa 10 % des Gesamtbudgets angestrebt wurde.

Budgetierung (lt. Förderantrag): € 250.000,-. Diese Summe ergibt sich aus der statistisch geschätzten Planzahl von 250 potenziellen Pflegescheck-EmpfängerInnen und einem Höchstbetrag je Scheck von € 1.000,-.

Nach sechsmonatiger Laufzeit wurden € 57.759,- für das Modul Pflegescheck ausgegeben (laut Zwischenbericht des Vereins „Altwerden zuhause“, Projektstand August 2004). Der Verein ging im August 2004 von einer Unterschreitung der ursprünglichen Planzahl von 250 Pflegescheck-EmpfängerInnen aus: bis Ende der Projektlaufzeit wurde mit einer Zahl von 140 bis 150 Pflegescheck-EmpfängerInnen (ca. 50 in Steindorf, ca. 90 bis 100 in Waidmannsdorf) kalkuliert.

Am Ende der Projektlaufzeit (Stand Jänner 2005) wurde vom Verein für das Modul Pflegescheck ein vorläufiger Mittelverbrauch von € 74.000,- gemeldet. Die Zahl der Pflegescheck-EmpfängerInnen belief sich auf 79 Personen - die maximal verfügbare Summe je Scheck (€ 1.000,-) wurde nicht in jedem Fall ausgeschöpft; die erwartete Planzahl von 250 Personen deutlich unterschritten.

In Interviews mit Verantwortlichen des Vereins wurden verschiedene Ursachen für diese Unterschreitung angeführt: die Eingrenzung der Bezugsberechtigten ab Pflegegeldstufe 3; die Anforderung, dass die Pflege durch die Angehörigen bereits seit drei Monaten erfolgt sein musste; die Problematik, potenzielle Pflegescheck-EmpfängerInnen über das Angebot zu informieren, da dem Verein aus Datenschutzgründen keine Adressen von Pflegegeld-BezieherInnen zur Verfügung gestellt werden konnten.

5.1.2 Auswertung Befragung und Interviews

Den Ausgangspunkt für die schriftliche Erhebung zum Pflegescheck bildeten die Antragsformulare der Pflegescheck-Interessierten, d. h. die Adressen der Pflegescheck-BezieherInnen/-EmpfängerInnen bzw. ihrer pflegenden Angehörigen in den beiden Pilotgemeinden. Aufgrund dieser Daten konnte nicht in jedem Fall darauf geschlossen werden, ob auch vom Pflegescheck Gebrauch gemacht wurde, d. h. eine Leistung, die mit dem Pflegescheck gegenverrechnet werden konnte, tatsächlich in Anspruch genommen wurde (Pflegescheck-NutzerInnen). Telefonische Kontakte mit Pflegescheck-EmpfängerInnen im Herbst 2004 ergaben, dass bis zu diesem Zeitpunkt in mehreren Fällen noch keine Inanspruchnahme, d. h. Einlösung des Pflegeschecks erfolgt war und noch keine Erfahrungen vorlagen. Daher wurde die schriftliche Befragung gegen Ende der Projektlaufzeit, im Dezember 2004, durchgeführt.

Fragebogenerhebung - Stichprobe: Die Datengrundlage für die schriftliche Befragung bildeten jene 72 Personen, die Mitte Dezember 2004 als Pflegescheck-EmpfängerInnen, d. h. als potenzielle Pflegescheck-NutzerInnen in den beiden Pilotgemeinden registriert waren. Diese 72 Pflegescheck-EmpfängerInnen wurden von insgesamt 70⁶⁰ Hauptpflegepersonen betreut, an die der Fragebogen gesendet wurde. Erinnerungstelefonate haben ergeben, dass der Scheck in vier der 72 Fälle zwar beantragt, aber aufgrund der eingeschränkten Verwendungsmöglichkeit nicht eingelöst wurde⁶¹; in zwei Fällen ist der/die AntragstellerIn (Pflegescheck-EmpfängerIn) noch vor der Nutzung verstorben. Von den 72, Mitte Dezember 2004 registrierten Pflegescheck-BezieherInnen haben somit 66 Personen tatsächlich vom Pflegescheck Gebrauch gemacht (Pflegescheck-NutzerInnen). Bis Ende Jänner 2005 langten 44 ausgefüllte und verwertbare Fragebögen ein, sodass sich eine Rücklaufquote, bezogen auf die Grundgesamtheit von 66 tatsächlichen Pflegescheck-NutzerInnen, von 67 % ergab. Von den 44 Fragebögen stammten 11 aus Steindorf und 33 aus Waidmannsdorf. In der restlichen Projektlaufzeit sind noch weitere Pflegescheck-EmpfängerInnen⁶² hinzu gekommen, die nicht mehr in die Befragung einbezogen werden konnten.

Die im Jänner 2005 durchgeführten Erinnerungstelefonate ergaben, dass in der Gruppe jener betreuenden Angehörigen, die den Fragebogen nicht retourniert hatten, mehrere Personen gesundheitsbedingt nicht mehr dazu imstande waren (Umzug ins Altersheim,

⁶⁰ Zwei pflegende Angehörige betreuten zwei Personen gleichzeitig. Diese Hauptpflegepersonen haben jeweils zwei Fragebögen erhalten.

⁶¹ Teilweise wird von den Gepflegten fremde Hilfe abgelehnt, sodass mobile soziale Dienste oder ein Kurzaufenthalt nicht in Frage kommen. In solchen Fällen hätten die pflegenden Angehörigen den Scheck gerne für andere Dinge verwendet, z. B. für den Ankauf einer Zahnprothese, für Taxifahrten zum/vom Arzt oder für Hilfsmittel wie z. B. Bettwäsche.

⁶² Die endgültige Zahl der Pflegescheck-EmpfängerInnen belief sich nach Angaben des Vereins „Altwerden zuhause“ auf 79 Personen.

eigene schwere Erkrankung); in anderen Fällen hat sich die Pflegesituation derart verschlechtert, dass sich pflegende Angehörige aufgrund der hohen Pflegebelastung nicht in der Lage fühlten, den Fragebogen zu retournieren. In zwei Fällen war die gepflegte Person verstorben, sodass die Angehörigen bitten, von einer Befragung Abstand zu nehmen.

Im nächsten Abschnitt erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der schriftlichen Befragung, ergänzt um vertiefende Aussagen aus persönlichen Interviews mit pflegenden Angehörigen von Pflegescheck-NutzerInnen.

Die Auswahl der beiden Pilotgemeinden erfolgte unter dem Gesichtspunkt der Einbeziehung von Gebieten mit städtischem (Klagenfurt: Stadtteil Waidmannsdorf) und ländlichem (Gemeinde Steindorf) Charakter. Trotz der relativ geringen Fallzahl an Pflegescheck-EmpfängerInnen (79 Personen) erlauben die Ergebnisse in ihrer Eindeutigkeit klare Aussagen und bieten eine nützliche Entscheidungshilfe.

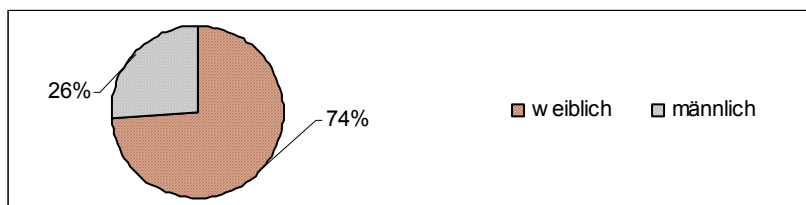
Der Fragebogen, der Interviewleitfaden sowie eine Charakterisierung der InterviewpartnerInnen sind im Anhang (Kapitel 10) wiedergegeben.

5.1.2.1 Sozio-demografische Merkmale: Wer pflegt?

Um die Gruppe der Pflegenden näher beschreiben zu können, wurden sozio-demografische Merkmale der Hauptpflegepersonen erhoben. Die Hauptpflegeperson trägt die Verantwortung für die sichere Erbringung der nötigen Hilfs- und Pflegedienste. Es handelt sich um jene nicht professionelle Pflegeperson, die den gesamten Umfang bzw. den größten Anteil der familiären Pflege leistet.

Geschlecht: Knapp drei Viertel (74 %) der Hauptpflegepersonen sind Frauen, ca. ein Viertel (26 %) sind Männer (N = 43⁶³). Immerhin vier der elf männlichen Hauptpflegepersonen sind unter 65 Jahre alt, berufstätig und gehen einer Vollzeitbeschäftigung nach.

Abbildung 2: Hauptpflegepersonen nach Geschlecht (Anteile in %, N = 43)

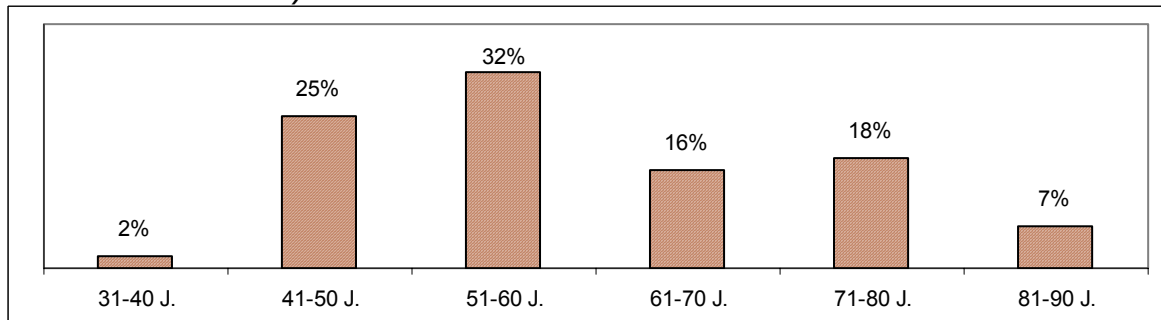


Quelle: IHS K

⁶³ N = Anzahl gültiger Nennungen.

Alter: Das Alter der Hauptpflegepersonen liegt im Minimum bei 38 Jahren, im Maximum bei 88 Jahren, bzw. im Durchschnitt beim Alter von 60 Jahren. Mehr als die Hälfte der Hauptpflegepersonen sind im Alter zwischen 41 und 60 Jahren, jede vierte Person ist 71 Jahre alt oder älter.

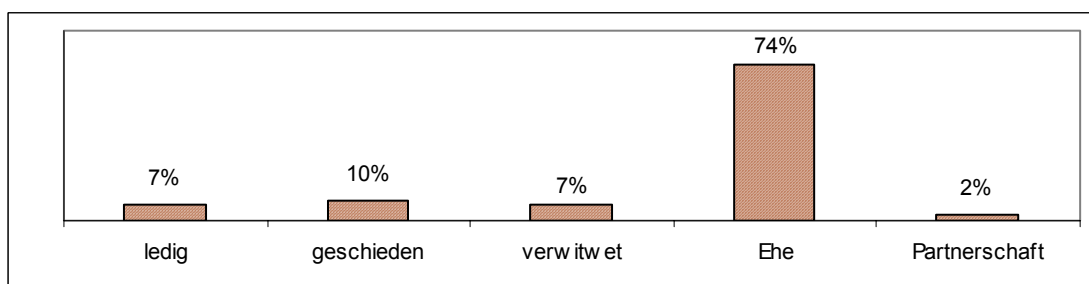
Abbildung 3: Hauptpflegepersonen nach Altersgruppen: 10-Jahresschritte (Anteile in %, N = 44)



Quelle: IHS K

Familienstand: Drei von vier Hauptpflegepersonen leben in einer Ehe oder Lebensgemeinschaft (76 %), 24 % sind alleinstehend.

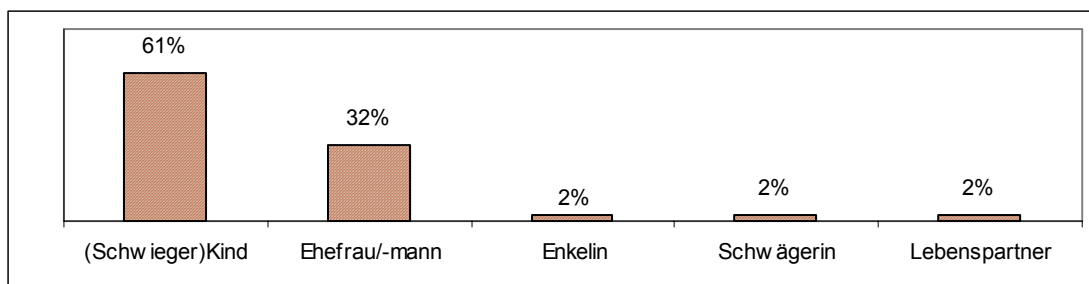
Abbildung 4: Hauptpflegepersonen nach Familienstand (Anteile in %, N = 42)



Quelle: IHS K

Verwandschaftsverhältnis: Die Betreuungsarbeit wird in erster Linie von der Kinder- bzw. Schwiegerkindergeneration geleistet (61 %), gefolgt von den EhepartnerInnen (32 %).

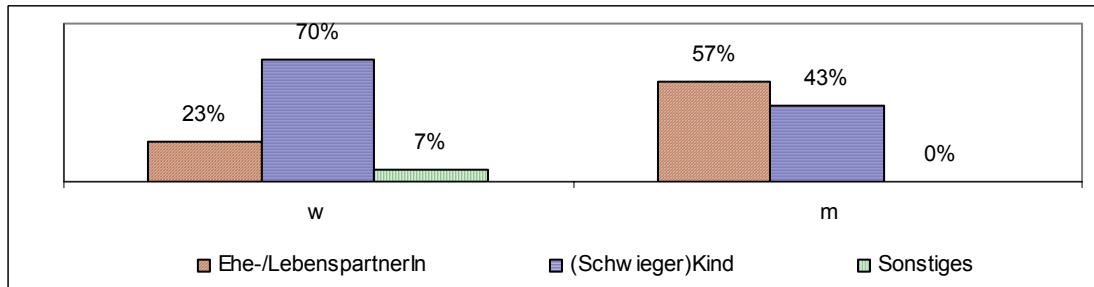
Abbildung 5: Hauptpflegepersonen: Verwandschaftsverhältnis zum/r Pflegeschek-Nutzer/in (Anteile in %, N = 44)



Quelle: IHS K

Die Gruppe der weiblichen Pflegescheck-NutzerInnen (N = 30) wird in vermehrtem Ausmaß von der (Schwieger)Kindergeneration betreut (70 %), nur jede fünfte Pflegebedürftige von ihrem Ehemann. Da 80 % der verwitweten Pflegescheck-NutzerInnen weiblichen Geschlechts sind (siehe weiter unten) ist dieser Umstand nicht weiter verwunderlich. Bei den männlichen Pflegescheck-Nutzern (N = 14) überwiegt hingegen die partnerschaftliche Hilfe (57 %).

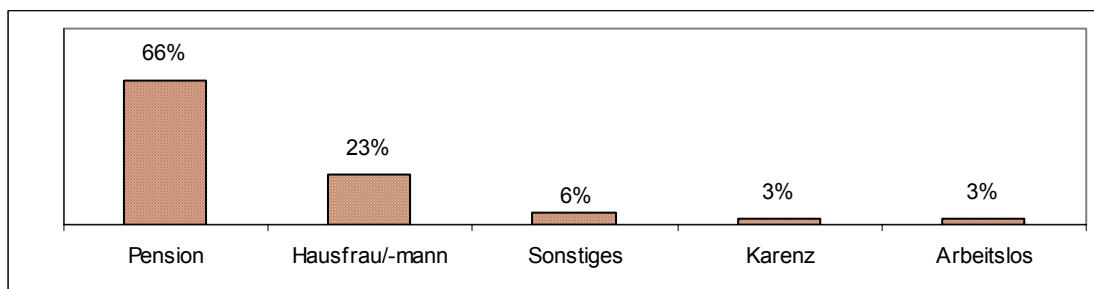
Abbildung 6: Pflegescheck-NutzerInnen nach Geschlecht und nach betreuender Person (Anteile in %, N = 44)



Quelle: IHS K

Berufstätigkeit: Die überwiegende Mehrheit der Hauptpflegepersonen (80 %) ist zum Zeitpunkt der Befragung nicht berufstätig. Der Großteil dieser Personengruppe ist bereits in Pension (66 %).

Abbildung 7: Nicht berufstätige Hauptpflegepersonen (Anteile in %, N = 35)



Quelle: IHS K

Knapp ein Viertel der nicht im Berufsleben stehenden Personen sind als Hausfrau/-mann tätig. Dabei handelt es sich zur Gänze um Hausfrauen, von denen 86 % unter 60 Jahre alt sind. Als „sonstiger“ Grund für die Nichtausübung eines Berufes wird eine „vorübergehende Auszeit vom Beruf“ angegeben. Niemand der Befragten befindet sich in Pflegekarenz.

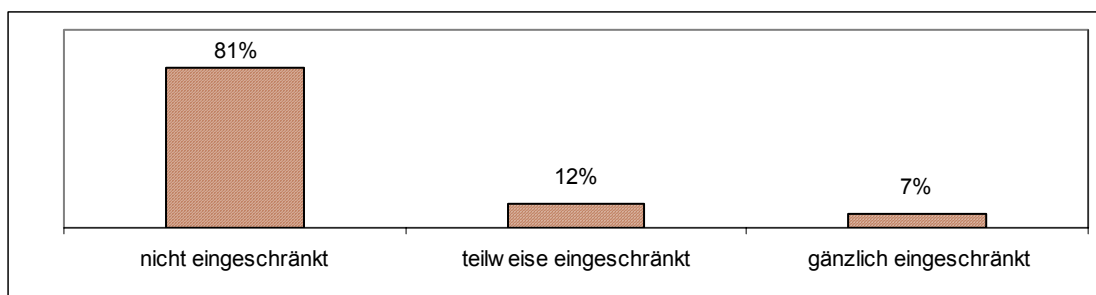
Jene Hauptpflegepersonen, die einen Beruf ausüben (20 %), arbeiten zu 78 % Teilzeit, nur 22 % der Berufstätigen vereinbaren die Pflege mit einer Vollzeitbeschäftigung. Die

Kombination „Vollzeitbeschäftigung und Pflege“ trifft bei Männern in stärkerem Ausmaß zu als bei Frauen: 57 % der vollzeitbeschäftigten Hauptpflegepersonen sind Männer.

Aufgrund des hohen Anteils von Hauptpflegepersonen, die sich bereits in Pension befinden bzw. als Hausfrau tätig sind, ist der Anteil jener Personen, die ihre Berufstätigkeit zur Ausübung der Pflege eingeschränkt haben, gering: bei insgesamt 41 Nennungen betrifft dies 8 Personen bzw. knapp 19 % der Befragten.

81 % der Befragten haben für die Pflege keinerlei Einschränkung der Berufstätigkeit auf sich genommen: gegenüber dem hohen Anteil von Pflegepersonen, die bereits in Pension oder als Hausfrau tätig sind, gehen 15 % davon einer Voll- oder Teilzeitbeschäftigung nach.

Abbildung 8: Einschränkung der Berufstätigkeit für die Pflege (Anteile in %, N = 41)



Quelle: IHS K

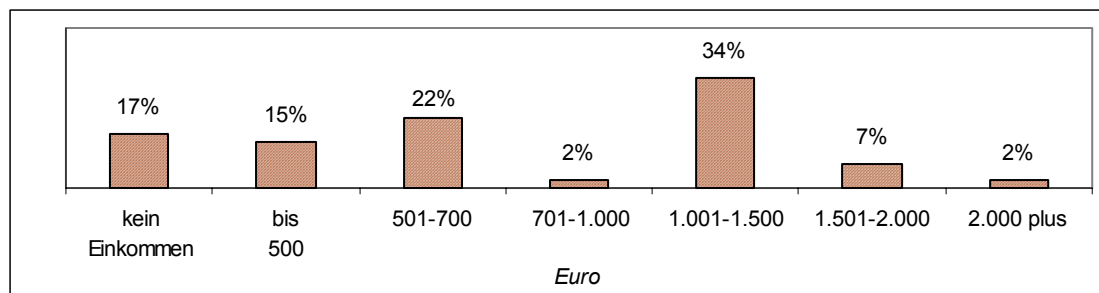
Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege wird von den Berufstätigen überwiegend als „schwierig“ eingeschätzt (63 %). Immerhin 37 % der Befragten meinen, Beruf und Pflege lassen sich „eher gut“ miteinander vereinbaren (sämtliche Personen mit dieser Einschätzung sind Vollzeit tätig).

In den mit Hauptpflegepersonen geführten Interviews kam das Thema der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf nur in einem Fall zum Tragen. Nur eine interviewte Hauptpflegeperson war berufstätig und gab an, den Beruf vorübergehend stark eingeschränkt zu haben. Dies war kein Problem seitens des Arbeitgebers, der bereits bei Arbeitsantritt auf die Pflegesituation hingewiesen wurde. Der Arbeitsplatz befindet sich in der Nähe der eigenen Wohnung sowie der Wohnsitze der zu pflegenden, getrennt lebenden Eltern. *„Vor kurzem trat eine Verschlechterung bei beiden [Elternteilen] ein und ich habe nebenbei gearbeitet. Da habe ich gemerkt, dass ich zumindest von der Arbeit her eine Auszeit brauche, sonst wäre es nicht mehr gegangen“* [ID 1]⁶⁴.

⁶⁴ Zur Charakterisierung der InterviewpartnerInnen siehe Anhang, Kapitel 10.

Einkommen: Etwa 90 % der Hauptpflegepersonen verfügen über ein monatliches Nettoeinkommen⁶⁵ von maximal € 1.500,-. Ohne jedes Einkommen sind immerhin 17 % der Befragten. Jede zweite Hauptpflegeperson hat ein Einkommen unter € 700,- und liegt damit unter bzw. nur knapp über der Mindestpensionsgrenze⁶⁶.

Abbildung 9: Hauptpflegepersonen nach dem monatlichen Nettoeinkommen (Anteile in %, N = 41)



Quelle: IHS K

Nettohaushaltseinkommen: Nur jede zweite Hauptpflegeperson, die nicht im selben Haushalt mit dem/der Pflegeschek-Nutzer/in lebt, hat nähere Angaben zum monatlichen Nettohaushaltseinkommen⁶⁷ gemacht (N = 5). 40 % dieser Haushalte verfügen über ein Einkommen unter € 1.000,-, 40 % haben ein Einkommen zwischen € 1.501,- und € 2.000,- und 20 % der Haushalte verfügen über ein Nettoeinkommen zwischen € 2.501 und € 3.000,-.

Wohnsitz: Der Großteil der Hauptpflegepersonen lebt in derselben Gemeinde bzw. im selben Stadtbezirk wie die zu betreuende Person. Dies kann – entsprechend anderer empirischer Untersuchungen - als Indiz dafür gewertet werden, dass die räumliche Nähe von Pflegenden und Gepflegten eine wesentliche Voraussetzung für die Pflege zuhause darstellt.

5.1.2.2 Sozio-demografische Merkmale: Wer wird gepflegt?

Im folgenden Abschnitt werden sozio-demografische Daten der Pflegeschek-NutzerInnen aufbereitet.

⁶⁵ Bei Pensionen: ohne Pflegegeld, inklusive Ausgleichszulage.

⁶⁶ Mindestpension ASVG/ Ausgleichszulagen-Richtsätze (Alleinstehende): € 662,99. Quelle: http://sozialinfo.wien.at/detail?skin=1&language=de&kid=177&it_1=2069&itc=1.

⁶⁷ Bei Pensionen: ohne Pflegegeld, inklusive Ausgleichszulage.

Alter: Das Durchschnittsalter der Pflegescheck-NutzerInnen beträgt 81,4 Jahre (Minimum: 47 Jahre, Maximum: 97 Jahre). Mit einem Anteil von 50 % ist die Kohorte der 81- bis 90-Jährigen die stärkste Gruppe, gefolgt von den 71- bis 80-Jährigen mit 34 %.

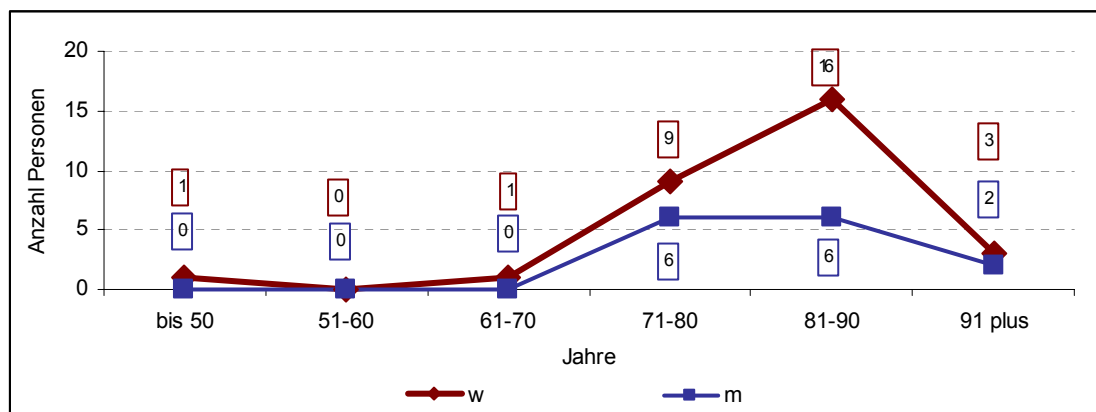
Tabelle 3: Anzahl Pflegescheck-NutzerInnen nach Altersgruppen (N = 44)

	bis 50 J.	51-60 J.	61-70 J.	71-80 J.	81-90 J.	90 plus J.	
absolut	1	0	1	15	22	5	44
Anteil	2 %	0 %	2 %	34 %	50 %	11 %	100 %

Quelle: IHS K

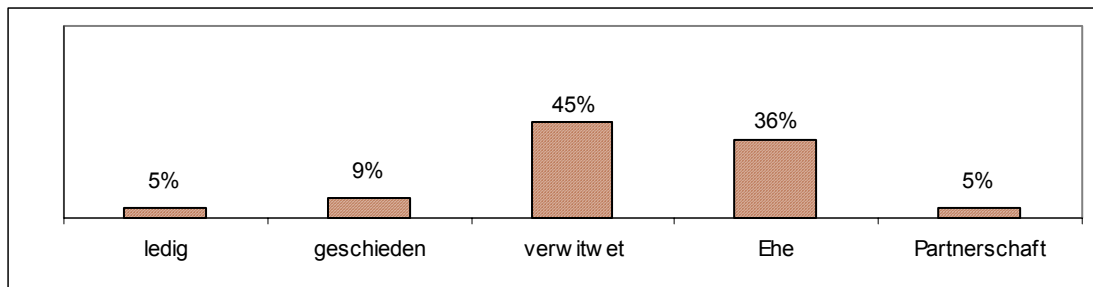
Geschlecht: Zwei Drittel (68 %) der Pflegescheck-NutzerInnen sind Frauen, 32 % sind Männer. Der hohe Frauenanteil ist nicht verwunderlich, da das Risiko der Pflegebedürftigkeit vor allem bei hochbetagten Menschen in Erscheinung tritt und diese Gruppe, aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen, weiblich dominiert ist. Über 60 % der Pflegescheck-NutzerInnen sind in der Altersgruppe ab 81 Jahre anzutreffen, wobei hier der Anteil der Frauen mit 70 % deutlich überwiegt.

Abbildung 10: Pflegescheck-NutzerInnen nach Altersklassen und Geschlecht (N = 44)



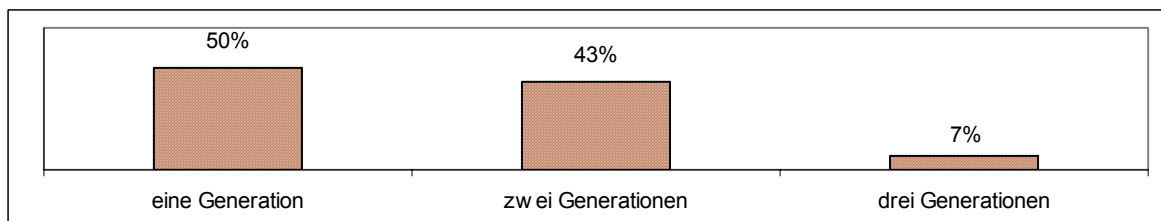
Quelle: IHS K

Familienstand: 59 % der Pflegescheck-NutzerInnen sind alleinstehend, 41 % leben in einer Partnerschaft. Aufgrund des hohen Alters vieler Gepflegter ist der Anteil verwitweter Personen mit 45 % am größten: 80 % der verwitweten Personen sind Frauen.

Abbildung 11: Pflegescheck-NutzerInnen nach Familienstand (Anteile in %, N = 44)

Quelle: IHS K

Ein- bzw. Mehrgenerationen-Haushalte: Jede/r zweite Pflegescheck-Nutzer/in (N = 44) lebt in einem Eingenerationenhaushalt, davon 64 % gemeinsam mit ihrem/r Ehe- oder Lebenspartner/in, 36 % leben alleine. 43 % der Betreuten leben in einem Zweigenerationenhaushalt, nur 7 % gemeinsam mit (Schwieger)Kindern und Enkelkindern.

Abbildung 12: Pflegescheck-NutzerInnen in Ein- und Mehrgenerationenhaushalten (Anteile in %, N = 44).

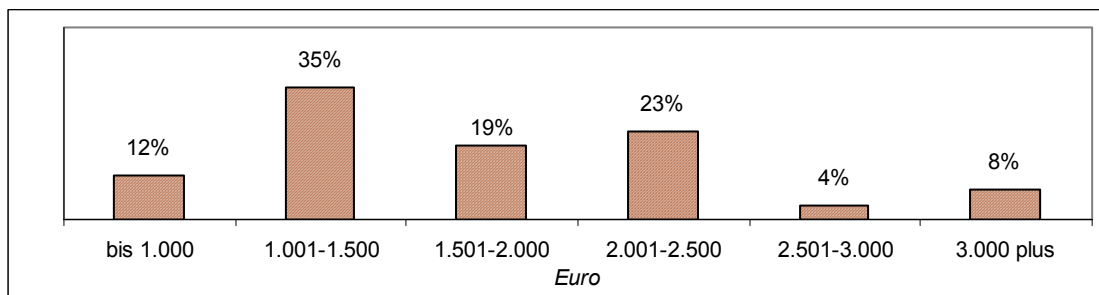
Quelle: IHS K

Der Großteil der Befragten (77 %) lebt mit der Hauptpflegeperson im gemeinsamen Haushalt. In der stärker ländlich geprägten Gemeinde Steindorf liegt dieser Anteil mit 85 % über jenem im Klagenfurter Stadtteil Waidmannsdorf (74 %).

Nettohaushaltseinkommen: Drei von vier Befragten, die mit der gepflegten Person im gleichen Haushalt leben, haben Angaben zum monatlich verfügbaren Nettohaushaltseinkommen⁶⁸ gemacht (N = 26). Abbildung 13 zeigt die Verteilung nach Einkommensklassen. Knapp 50 % der Haushalte leben mit einem monatlichen Nettohaushaltseinkommen von maximal € 1.500,-.

⁶⁸ Bei Pensionen: ohne Pflegegeld, inklusive Ausgleichszulage.

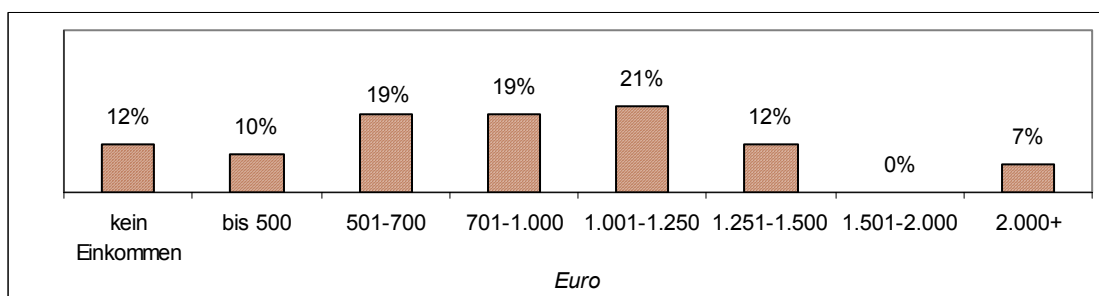
Abbildung 13: Monatliches Nettohaushaltseinkommen bei gemeinsamem Haushalt von Hauptpflegeperson und gepflegter Person (Anteile in %, N = 26).



Quelle: IHS K

Nettoeinkommen: Das monatliche Nettoeinkommen⁶⁹ der Pflegescheck-NutzerInnen selbst liegt bei 93 % der Befragten im Bereich unter € 1.501,-. Der Anteil der Pflegescheck-NutzerInnen mit einem Einkommen bis € 700,- liegt bei 41 %. Mehr als jede/r zehnte Gepflegte (durchwegs Frauen) verfügt über kein eigenes Einkommen.

Abbildung 14: Monatliches Nettoeinkommen der Pflegescheck-NutzerInnen (Anteile in %, N = 42)



Quelle: IHS K

5.1.2.3 Pflegesituation – Ausmaß des Pflegebedarfs

In diesem Abschnitt wird die Gruppe der Pflegescheck-NutzerInnen hinsichtlich ihres Pflegebedarfes analysiert. Hierzu werden Indikatoren wie die PflegegeldEinstufung, die bisherige Dauer der Betreuungs- und Pflegearbeit, der Grad der Mobilität oder der Betreuungsbedarf bei Tag bzw. Nacht herangezogen. Daraus lässt sich – neben anderen Kriterien - auf die mit der Pflege zusammenhängenden Belastungen für Angehörige schließen.

⁶⁹ Bei Pensionen: ohne Pflegegeld, inklusive Ausgleichszulage.

Ein Indiz für den erforderlichen Pflegeaufwand ist die PflegegeldEinstufung entsprechend dem Bundespflegegesetz aus dem Jahr 1993. Das Pflegegeld ist eine zweckgebundene Leistung zur Abdeckung der pflegebedingten Mehraufwendungen und stellt keine Einkommenserhöhung dar. Die Höhe des Pflegegeldes wird – je nach Ausmaß des erforderlichen Pflegebedarfs und unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit - in sieben Stufen festgelegt. Der Pflegescheck konnte ab der Pflegegeldstufe 3 in Anspruch genommen werden.

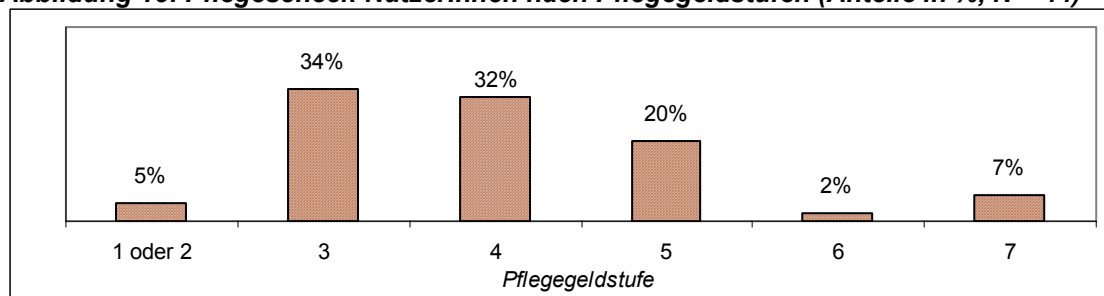
Tabelle 4: Pflegebedarf, Pflegegeldstufe und Pflegegeld

Pflegebedarf in Stunden pro Monat	Pflegegeldstufe	Pflegegeld/Monat, Euro seit 1.1.2005
mehr als 50	1	148,30
mehr als 75	2	273,40
mehr als 120	3	421,80
mehr als 160	4	632,70
mehr als 180 wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist	5	859,30
mehr als 180 wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegerperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist	6	1.171,70
mehr als 180 wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder eine gleichzeitiger Zustand vorliegt	7	1.562,10

Quelle: BMSGK⁷⁰

Pflegegeldstufe: Gemäß der durchgeführten schriftlichen Befragung sind 86 % der Pflegescheck-NutzerInnen den Pflegegeldstufen drei bis fünf zuzuordnen (N = 44).

Abbildung 15: Pflegescheck-NutzerInnen nach Pflegegeldstufen (Anteile in %, N = 44)



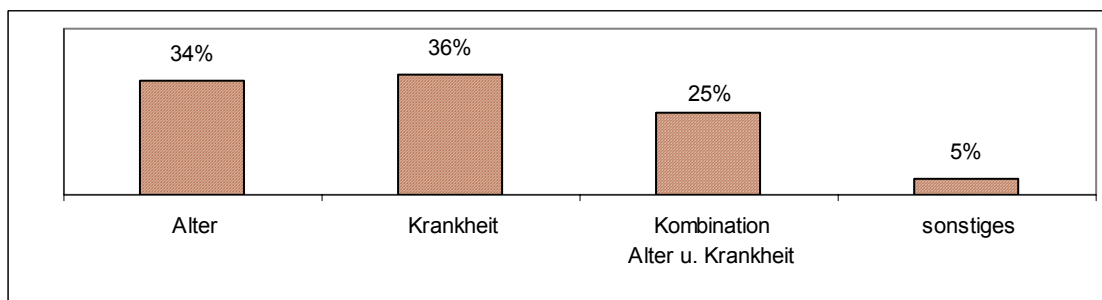
Quelle: IHS K

⁷⁰ Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Pflegevorsorge. <http://bmsgk.cms.apa.at/cms/site/liste.html?channel=CH0044>.

Der zeitliche Pflegeaufwand für diese Personen beträgt mindestens 120 Stunden monatlich (Tabelle 4). In zwei Ausnahmefällen wurde der Scheck an Personen mit einer PflegegeldEinstufung unter der Stufe drei vergeben (anhängiges Verfahren zur Höherstufung).

Ursache des Pflegebedarfs: Die Ursache für den Pflegebedarf der/s Angehörigen ist bei 34 % der Pflegescheck-NutzerInnen das Alter und ein damit einhergehender geistiger und/oder körperlicher Abbau. In 36 % der Fälle wird eine schwere Erkrankung oder ein Unfall als Hauptursache angeführt (Schlaganfall, Parkinson, Operationen etc.). Bei jeder vierten Person ist der Pflegebedarf auf eine Kombination aus Alter und Erkrankung/Unfall zurückzuführen (25 %). In jeweils einem Fall handelt es sich um eine Kombination aus Alter und Kriegsinvalidität bzw. um eine Behinderung (Abbildung 16, „sonstiges“).

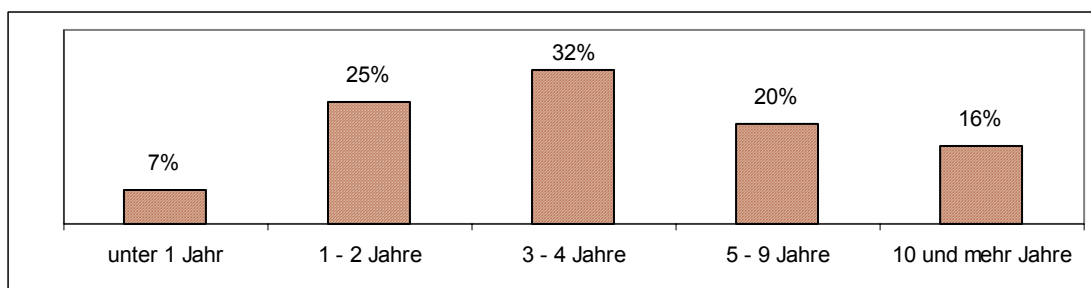
Abbildung 16: Ursache des Pflegebedarfs (Anteile in %, N = 44)



Quelle: IHS K

Dauer der Pflege: Neben dem zeitlichen Aufwand für die Pflege je Monat ist die bisherige Dauer der Pflege ein weiteres wesentliches Kriterium zur Abschätzung der aus der Pflegeleistung entstehenden Belastungen. Im Durchschnitt wird der/die Pflegescheck-Nutzer/in von der Hauptpflegeperson seit 4,75 Jahren gepflegt; im Minimum seit 3 Monaten, im Maximum seit 15 Jahren.

Abbildung 17: Bisherige Dauer der Pflege seitens der Hauptpflegeperson in Jahren (Anteile in %, N = 44)

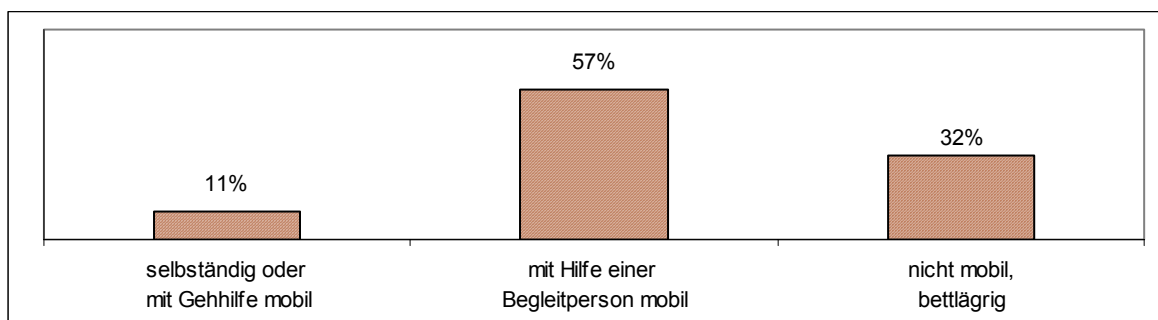


Quelle: IHS K

Knapp 70 % der Hauptpflegepersonen sind seit mindestens drei Jahren mit der Pflege ihrer Angehörigen betraut. Hierbei ist zu beachten, dass sich der Grad der Hilfs- bzw. Pflegebedürftigkeit und damit die Intensität des erforderlichen Unterstützungsbedarfs im Zeitverlauf verändert. Aufgrund der zeitpunktbezogenen Erhebung sind Aussagen zur Genese der Pflegebedürftigkeit nicht möglich.

Mobilität: Nur 11 % der betreuten Personen sind nach den Angaben der Hauptpflegepersonen selbständig bzw. mit Gehhilfen mobil; 57 % benötigen die Hilfe einer Begleitperson; 32 % sind nicht mobil: nur in knapp zwei Drittel dieser Fälle korreliert dieser Umstand auch mit einer höheren PflegegeldEinstufung (Stufen fünf bis sieben).

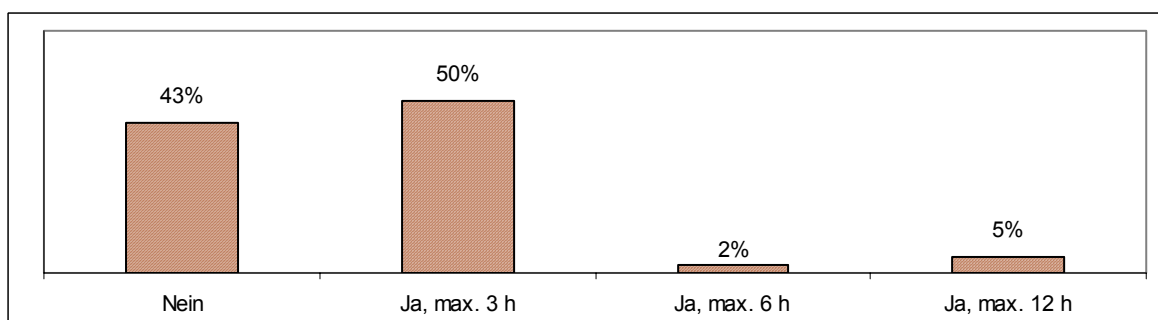
Abbildung 18: Grad der Mobilität der gepflegten Personen (Anteile in %, N = 43)



Quelle: IHS K

Betreuungsbedarf bei Tag und Nacht: Ergänzend zur PflegegeldEinstufung wurden die Hauptpflegepersonen gebeten, ihre Einschätzung des Pflegebedarfs der/des Angehörigen tagsüber bzw. während der Nacht anzugeben. 93 % der Befragten geben an, dass sie die/den betreute/n Angehörige/n im Normalfall⁷¹ tagsüber „nicht“ oder „nicht länger als drei Stunden“ alleine zu Hause lassen können.

Abbildung 19: Kann die betreute Person tagsüber im Normalfall alleine gelassen werden (Anteile in %, N = 44)

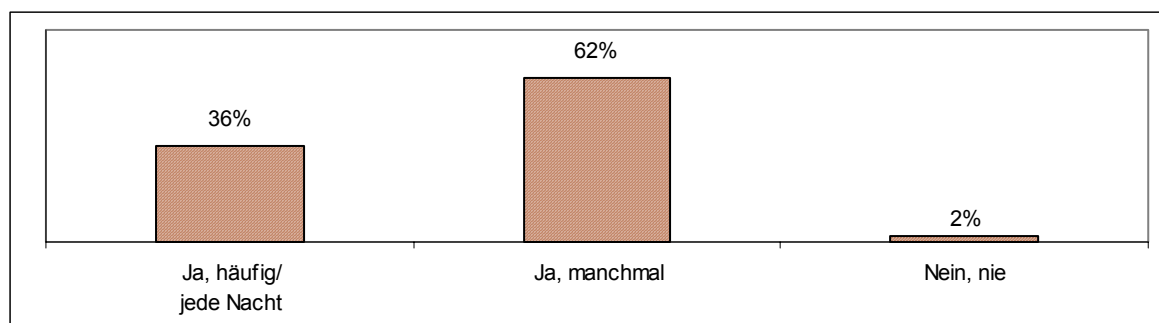


Quelle: IHS K

⁷¹ Im „Normalfall“ wurde umschrieben mit „im Alltag, im Durchschnitt, üblicherweise“. Nicht gemeint war hingegen „in Ausnahmefällen, wenn es nicht anders geht“.

Für 43 % aller Hauptpflegepersonen ist ein Alleinlassen überhaupt nicht möglich. Auch während der Nacht benötigt der überwiegende Teil der Pflegescheck-NutzerInnen zumindest hin und wieder Hilfe und Betreuung: nur 2 % der Befragten geben an, dass dies „niemals“ der Fall ist, während 36 % der Hauptpflegepersonen „häufig“ oder sogar „jede Nacht“ Hilfe leisten.

Abbildung 20: Ist Hilfe während der Nacht nötig (Anteile in %, N = 44)



Quelle: IHS K

Diese Einschätzungen der Hauptbetreuungspersonen lassen vermuten, dass der objektiv bemessene, monatlich erforderliche Pflegeaufwand (Einstufung Pflegegeld gemäß zu erbringender Hilfsverrichtungen und Betreuungsmaßnahmen) in der Praxis doch häufig überschritten wird. Für viele Hauptpflegepersonen dürfte die Pflege mit dem Gefühl eines mehr oder minder „rund um die Uhr zur Verfügung stehen Müssens“ und auch mit einer häufigen Unterbrechung der Nachtruhe verbunden sein (insbesondere bei der Betreuung Angehöriger mit kognitiver Beeinträchtigung, die einen erhöhten Betreuungs- und Aufsichtsbedarf aufweisen).

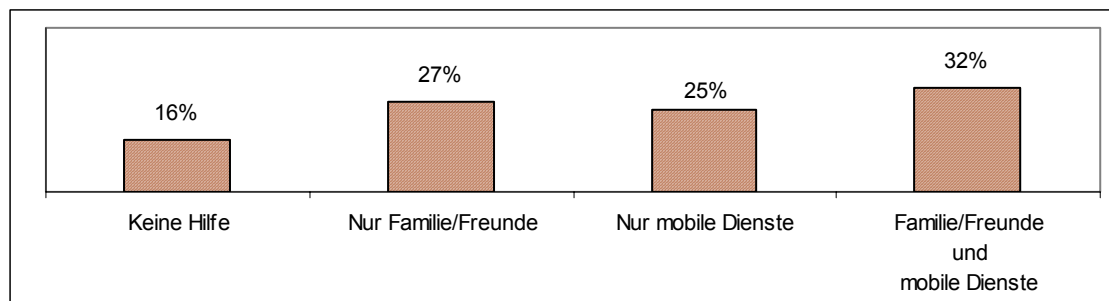
5.1.2.4 Unterstützung der Hauptpflegepersonen VOR dem Pflegescheck

Unterstützung der Hauptpflegepersonen durch Dritte: In diesem Abschnitt wird analysiert, inwiefern Hauptpflegepersonen VOR dem Pflegescheck auf die Unterstützung von Familienangehörigen/Verwandten, Freunden/Bekanntem sowie von professionellen Pflegediensten (mobil oder stationär) zurückgegriffen haben bzw. zurückgreifen konnten. Erfolgt eine Unterstützung der Hauptpflegeperson im Pflegealltag, ist im allgemeinen davon auszugehen, dass die Pflege von der Hauptpflegeperson als weniger belastend empfunden wird, wobei selbstverständlich Umfang und Art der Hilfeleistung durch Dritte einer näheren Betrachtung zu unterziehen wären. So meinte etwa eine Hauptpflegeperson im persönlichen Interview: *„Man wird wohl hin und wieder gelobt - brav, brav - aber das hilft wenig. Es ist Initiative gewünscht, die Übernahme der Pflege durch Freunde für einen Tag, damit man einen Tag keine Verantwortung hat. Die Problematik ist, dadurch dass ich greifbar bin, wird*

immer nur auf mich zurückgegriffen, obwohl ich in einem Familienverband bin, wo mehrere sind. Alle anderen haben Familie - ich lebe getrennt, meine Kinder sind in Wien und im Ausland. So stehe ich faktisch zur Verfügung. Ich habe keine Hilfe von den Geschwistern, höchstens im Ernstfall, wenn es ihr [Mutter] ganz schlecht geht, dass sie dann helfen kommen, aber für die normale Betreuung nicht“ [ID 3].

Der Großteil der Befragten (84 %) konnte vor dem Pflegescheck - zumindest manchmal - auf Hilfe durch Dritte zurückgreifen. In den meisten Fällen wurden die Hauptpflegepersonen im Pflegealltag sowohl von Verwandten/Freunden *als auch* von mobilen sozialen Diensten unterstützt (32 %).

Abbildung 21: Wer unterstützte Hauptpflegepersonen VOR dem Pflegescheck (Anteile in %, N = 44)



Quelle: IHS K

Insgesamt 57 % der Befragten geben an, mobile soziale Dienste (nur diese oder in Verbindung mit Hilfe von Familie/Freunden) in Anspruch genommen zu haben (N = 44, Mehrfachnennungen⁷² möglich). Der Großteil davon nahm *täglich* Hilfe im Ausmaß von *durchschnittlich 2,6 Stunden* in Anspruch.

Tabelle 5: Ausmaß der Inanspruchnahme mobiler Dienste vor dem Pflegescheck (N = 26)

	täglich	wöchentlich	fallweise
Anteil	62 %	34 %	4 %
Zeitausmaß (Durchschnitt)	2,6 Std./Tag	3,5 Std./Woche	-

Quelle: IHS K

57 % der Hauptpflegepersonen wurden im Pflegealltag durch die Familie bzw. Verwandte unterstützt, davon 73 % „manchmal“ und 27 % „häufig“ (25 Personen, Mehrfachnennungen möglich). 18 % der Hauptpflegepersonen haben „manchmal“ Hilfe von Freunden/Nachbarn erhalten (8 Personen, Mehrfachnennungen möglich).

⁷² Anmerkung: Die im folgenden genannten Prozentsätze ergänzen sich nicht auf 100 %, da bei dieser Frage Mehrfachnennungen möglich waren.

Nur eine sehr kleine Minderheit (5 % bzw. zwei Personen) gibt an, „alleine gut zurechtgekommen zu sein und keine fremde Hilfe benötigt zu haben“. Die nähere Betrachtung der Pflegesituation lässt nicht darauf schließen, dass es sich hierbei um „leichte“ Pflegefälle handelt oder der Pflegebedarf erst seit kurzer Zeit gegeben ist: in den betrachteten Fällen handelt es sich um die Pflegestufen 4 und 5, die bisherige Dauer der Pflege beträgt 3 bzw. 8 Jahre. Der zusätzliche Kommentar einer Betreuenden lässt Rückschlüsse darauf zu, warum diese auf die Unterstützung mobiler sozialer Dienste verzichtet: „*Wenn Windel und Bett voll sind, ist keine Pflegehilfe da*“.

Etwa jede zehnte Hauptbetreuungsperson (11 %) gibt auf die Frage, ob sie bei der Pflege durch andere Personen unterstützt wurde, an, dass sie „alleine zurecht kommen musste, sich aber Hilfe gewünscht hätte“. In einem dieser fünf Fälle wurde die Hauptpflegeperson manchmal auch von Freunden/Nachbarn unterstützt, in einem anderen Fall wurden mobile Pflegedienste in Anspruch genommen. Dennoch dürfte das Ausmaß dieser externen Unterstützungsleistungen subjektiv als zu gering angesehen worden sein.

Inanspruchnahme *stationärer Kurzzeitpflege* VOR dem Pflegescheck: Jede fünfte Hauptpflegeperson (20 %) gibt an, die/den Angehörigen vor der Pflegescheckaktion zumindest einmal zur Kurzzeitpflege in einem Heim untergebracht zu haben. Vier von fünf Hauptpflegepersonen (80 %) haben von dieser Art des „Urlaubs von der Pflege“ vor dem Scheck keinen Gebrauch gemacht (N = 44).

Die Ergebnisse der Befragung weisen, ähnlich jenen anderer empirischer Befunde⁷³, darauf hin, dass ein durchaus großer Teil an Pflegefamilien *keine* professionelle Hilfe in Anspruch nimmt: in Bezug auf mobile soziale Dienste sind es immerhin 43 %. Vielfach dürfte Hilfe erst dann hinzugezogen werden, wenn bereits eine erhebliche Belastungssituation eingetreten ist.⁷⁴

⁷³ Vgl. z. B. IMAD (2004): Tiroler Hauspflegestudie 2004. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung. Studie im Auftrag der Arbeiterkammer Tirol. August 2004: 44 % der Hauptpflegepersonen, die PflegegeldempfängerInnen ab der Pflegegeldstufe 3 betreuen, gaben an, keine Hilfe von außen zuzuziehen (wie Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern etc.).

⁷⁴ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin. April 2002. S. 204ff: Wenngleich die Zufriedenheit Pflegenden mit professionellen Diensten in der Regel hoch ist (Sicherheit, Regelmäßigkeit und Erwartbarkeit der Hilfe von außen; Entlastung durch Gesprächsmöglichkeit, Tipps und Anleitungen), wird die Hilfe von jener Personengruppe, die ohne Unterstützung durch professionelle Dienste arbeitet, vielfach auch als unnötig bezeichnet. Die Gründe für diese Einstellung können vielfältiger Natur sein: das Gefühl selbst für die Pflege verantwortlich zu sein und zu versagen, wenn man fremde Hilfe sucht; der Wunsch nach Unabhängigkeit; die Angst vor der Einmischung Fremder und dem Entstehen von Konflikten aufgrund des Pflegedreiecks (pflegende Angehörige sind durch learning-by-doing oft hervorragend für die Pflege qualifiziert und betrachten die Pflege als alltagsorientierte Sorgenarbeit, professionell Pflegende haben teilweise einen anderen Zugang, vermitteln Angehörigen das Gefühl Laien zu sein, für sie ist Pflege berufliche Erwerbsarbeit).

Seitens der InterviewpartnerInnen wurden zum Thema „Unterstützung durch Dritte“ auszugsweise folgende Kommentare gemacht.

„Ich brauche jemanden [Hauskrankenhilfe] vormittags und nachmittags“ [ID 1].

„Ich bin bei der Pflege auf mich allein gestellt, meine Kinder leben in Wien und im Ausland und haben selbst Familie. Ich bin dadurch doch ziemlich hilflos. Für die Fahrten zum/vom Krankenhaus [Chemotherapie des Mannes] helfen mir die Nachbarn“ [ID 4].

In einem Interview wird angemerkt, dass auch nachbarschaftliche Hilfe häufig mit einer finanziellen Entschädigung verbunden ist: *„Früher habe ich einen Nachbarn gehabt, der mir geholfen hat, meinen Vater in den Rollstuhl zu heben. Ich habe eine Bekannte, die ich bezahlen muss und dem Nachbarn habe ich natürlich auch etwas geben müssen. Umsonst ist natürlich nichts, das ist eh klar“ [ID 6].*

„Ich muss immer Hilfe in Anspruch nehmen - alleine würde man es nicht schaffen. Ich habe schon Unterstützung, aber das kostet alles. Ja, ich habe eine Hauskrankenpflege für in der Früh und am Vormittag, eine Frau, die mithilft, so dass ich das Haus verlassen kann. Weil sonst wäre ich rund um die Uhr eingesperrt und das geht überhaupt nicht, das würde nicht gehen, aber so geht's eigentlich ganz gut. Angehörige gibt es schon, aber die kümmern sich nicht“ [ID 7].

„Die Pflege - das macht mir keiner, dass ich wohin könnte. Deswegen sag ich Ihnen, die fünf Tage [Urlaub während stationärem Kurzeitaufenthalt der Gepflegten] waren herrlich, das war schon schön. Ich mache alles selber, wie sich's halt gehört. Mein Mann arbeitet in der Nacht und hilft mir am Vormittag beim Heben, mein Bruder kommt Mittags. Mobile Hauskrankenpflege brauche ich nicht, solange es noch geht. Sie [Mutter] ist ja nicht anspruchsvoll“ [ID 8].

„Die Kinder kommen mir schon helfen – zu Mittag kommt ein Sohn heim, da hilft er mir und abends kommt auch einer, wenn ich ihn brauche [Ehefrau wird von ihren drei Kindern bei der Pflege unterstützt, Mann hat Multiple Sklerose]. Ich hab wohl so privat [auch] einen Pfleger, der kommt in der Früh waschen helfen. Weil die Kinder gehen alle arbeiten, die kannst auch nicht in der Früh sekkieren. Und mein Mann will nicht so früh aufstehen, wie die Kinder in die Arbeit gehen müssen – den [Mann] kannst auch nicht so einteilen“ [ID 9].

Aber auch Unkenntnis bzw. finanzielle Restriktionen sind Gründe, warum professionelle Hilfe nicht hinzugezogen wird.

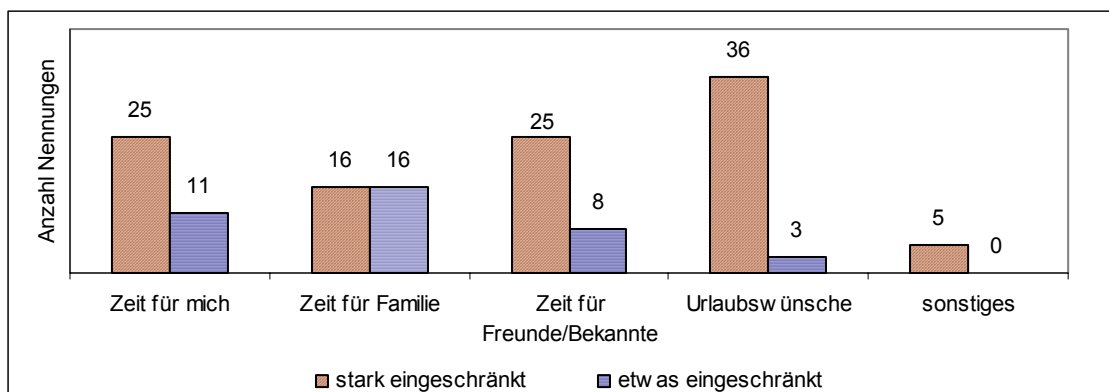
5.1.2.5 **Einschränkungen und Belastungen der Hauptpflegepersonen durch die Pflege**

Zur Evaluierung des Moduls Pflegescheck wurde untersucht, inwiefern das Angebot (mobile Hauskrankenpflege/-hilfe oder stationäre Kurzzeitpflege) den Bedarf der Hauptpflegepersonen trifft. Es wurde analysiert, welche Wünsche und Bedürfnisse pflegende Angehörige aufgrund der übernommenen Verpflichtung eingeschränkt haben, in welchen Situationen Angehörige trotz dieser Einschränkungen eine Pflegevertretung benötigt hätten und welche Arten von Belastungen auf die Betreuung der gepflegten Person zurückzuführen sind.

Einschränkung von Bedürfnissen der Hauptpflegepersonen: Die Antworten auf die Frage, welche Wünsche und Bedürfnisse pflegende Angehörige aufgrund der Pflege eingeschränkt haben und in welchem Ausmaß, sind in Abbildung 22 dargestellt. Es zeigt sich, dass die Pflege der/s Angehörigen in drei Viertel aller Fälle zu (zum Teil massiven) Einschnitten bei eigenen Wünschen und Bedürfnissen führt.

Am häufigsten wird der Verzicht auf Urlaub angeführt, gefolgt von „Zeit für mich“, „Zeit für Freunde/Bekannte/Veranstaltungen“ und „Zeit für die restliche Familie“. Als „sonstige“ Einschränkungen werden Einschränkungen im Beruf oder bei der Nachtruhe erwähnt. Zwei Hauptpflegepersonen bringen ihre Situation mit folgenden Kommentaren auf den Punkt: „*Bin ausschließlich für Pflege und Betreuung im Einsatz!*“ oder „*Sämtliche Bedürfnisse im Alltag [wurden eingeschränkt]*“.

Abbildung 22: Wünsche/Bedürfnisse, die aufgrund der Pflege eingeschränkt wurden (N = 44, Mehrfachnennungen möglich)



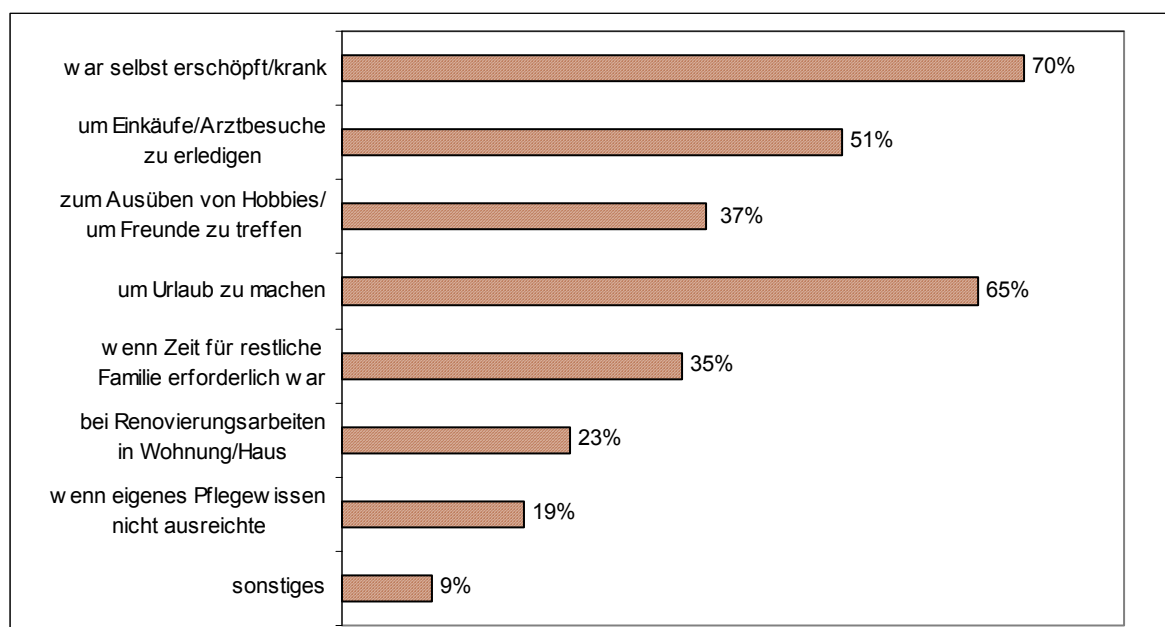
Quelle: IHS K

Der Verzicht auf Urlaub wird nicht nur am häufigsten genannt sondern auch von über 80 % der Befragten als „starke“ Einschränkung eingestuft. Längere Erholungsphasen von der Pflege scheinen demnach für den Großteil der Befragten nicht möglich zu sein.

Verhinderung: Im Zuge der mit Hauptpflegepersonen geführten Interviews wurde deutlich, dass viele Menschen eigene Wünsche und Bedürfnisse zur Bewältigung der Pflegeaufgabe so sehr in den Hintergrund gestellt haben (Arzt- und Frisörbesuche oder z. B. Einkäufe werden teilweise völlig aus dem eigenen Bedürfniskatalog gestrichen), dass viele Situationen der „Verhinderung“ überhaupt nicht mehr aufzutreten scheinen. Vor diesem Hintergrund sind die Antworten auf Frage 1.8 zu beurteilen, bei der es darum ging abzuklären, in welchen Situationen Hauptpflegepersonen die Pflege jemand anderen übergeben wollten und sich Hilfe durch Dritte gewünscht hätten (es ist zu vermuten, dass die nachstehenden Werte das Mindestausmaß an Verhinderung abbilden). Selbstverständlich werden Art und Umfang von „Verhinderung“ individuell unterschiedlich beurteilt und sind abhängig von der persönlichen Pflege- und Lebenssituation.

Die Befragungsergebnisse zeigen allgemein, dass Unterstützung, insbesondere bei eigener Erkrankung/Erschöpfung und beim Erfüllen von Urlaubswünschen, benötigt wird. Letzteres lässt sich derart interpretieren, dass es für viele Betreuende kaum möglich ist, eine längere Erholungspause von der Pflege zu Hause zu finden. Immerhin jede/r zweite Befragte hätte sich eine Vertretung durch Dritte für dringende Erledigungen, wie Einkäufe oder auch Arztbesuche gewünscht.

Abbildung 23: Situationen, in denen Hauptpflegepersonen Hilfe durch Dritte benötigt hätten (Anteile in %, N = 43, Mehrfachnennungen möglich)



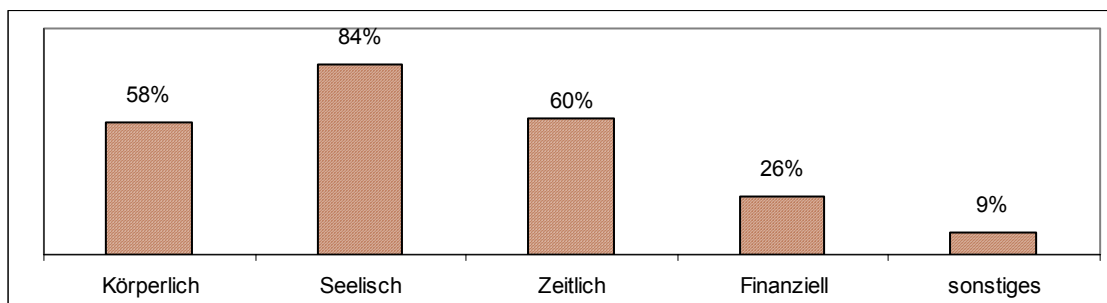
Quelle: IHS K

Unter „sonstiges“ werden nötige Kur- oder Krankenhausaufenthalte seitens der Hauptpflegepersonen angeführt. In einem Fall wird die generelle Überforderung mit der Pflegesituation zum Ausdruck gebracht „weil ich es alleine nicht mehr schaffe“.

Eine einzige der 44 Hauptpflegepersonen gibt an, dass bei guter Organisation der Pflege „Verhinderung“ zu bewältigen sei und fühlt sich daher von diesem Problem nicht betroffen. Es wird von ihr darauf hingewiesen, dass auf die Unterstützung von mobilen sozialen Diensten im Umfang von zwei Stunden täglich zurückgegriffen wird.

Besondere Belastungen durch die Pflege: Die Belastungen im Zusammenhang mit der Pflege der/des Angehörigen sind vielfältig, wobei seitens der Hauptpflegepersonen die seelische Belastung am häufigsten als Problem genannt wird. Für immerhin jede vierte Hauptpflegeperson ist die Situation auch finanziell belastend.

Abbildung 24: Besondere Belastungen durch die Pflege (Anteile in %, N = 43, Mehrfachnennungen).

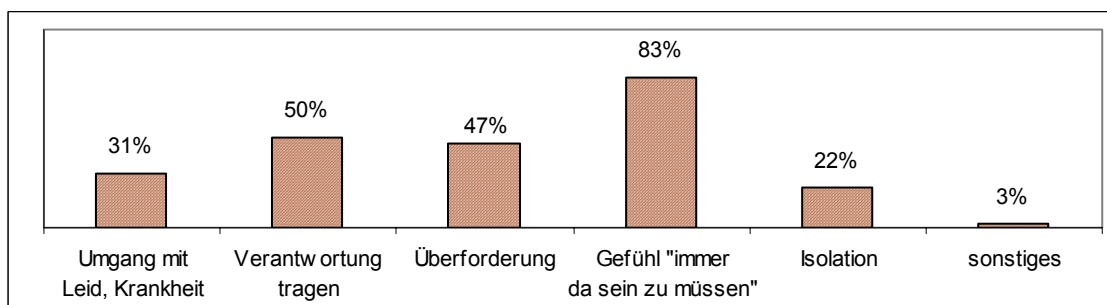


Quelle: IHS K

Als „sonstige“ Belastung wird z. B. die gestörte Nachtruhe empfunden (kein Durchschlafen möglich) oder auch der phasenweise besonders große Betreuungsaufwand bei psychisch instabilen Gepflegten. Nur 4 % der Befragten geben an, in keiner besonderen Weise belastet zu sein.

Die seelische Belastung tritt insbesondere im Gefühl „immer da sein zu müssen“ zu Tage, aber auch durch das Tragen von Verantwortung und das Gefühl der allgemeinen Überforderung.

Abbildung 25: Seelische Belastungen nach ihrer Art (Anteile in %, N = 36, Mehrfachnennungen)

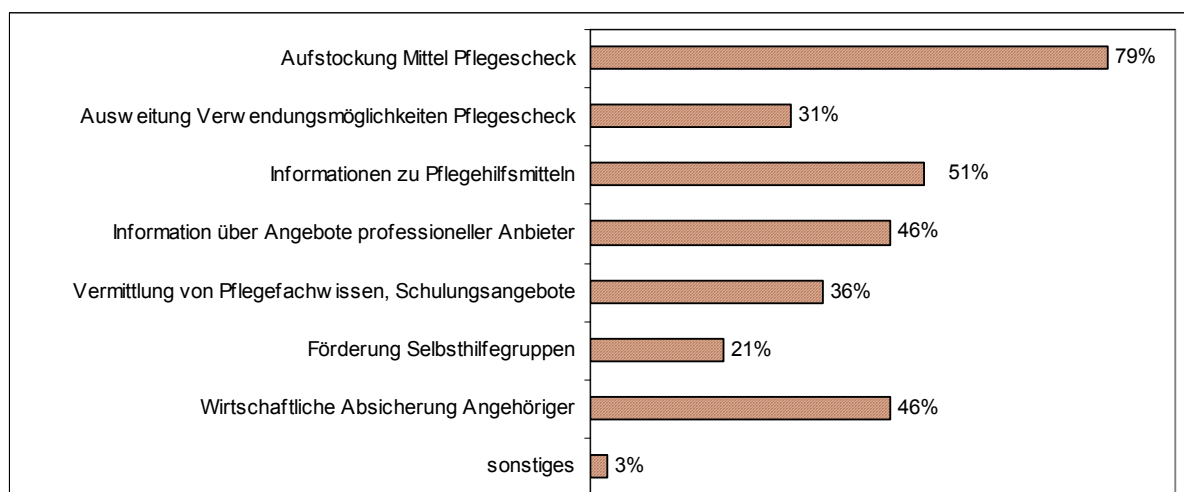


Quelle: IHS K

Angesichts der Vielfalt an Einschränkungen und Belastungen, mit denen sich Hauptpflegepersonen konfrontiert sehen, widmete sich eine Frage auch dem Punkt, was neben dem Pflegescheck in seiner derzeitigen Konzeption notwendig wäre, um eine Entlastung pflegender Angehöriger herbeizuführen.

Der größte Teil der Befragten (79 %) ist der Meinung, dass eine Aufstockung der Mittel für den Pflegescheck nötig wäre. Das Instrument Pflegescheck wird demnach durchaus als hilfreich für eine Entlastung pflegender Angehöriger beurteilt, wenngleich das Ausmaß an Hilfe, welches mit € 1.000,- pro Jahr finanzierbar ist, beschränkt ist.

Abbildung 26: Was wäre über den Pflegescheck hinaus nötig zur Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger (Anteile in %, N = 44)



Quelle: IHS K

Einige schriftliche Kommentare von Hauptpflegepersonen weisen darauf hin, dass es genügend Informationsquellen und Informationen zu Pflegehilfsmitteln (Angebote und Finanzierung) als auch zu den Angeboten professioneller Dienste gibt (Aufklärung erfolgt in Krankenhäusern über soziale Dienste, in Reha-Kliniken oder orthopädische Fachgeschäfte etc.), dennoch hält jede zweite Hauptpflegeperson mehr Information und Beratung über Pflegehilfsmittel für nötig, in Bezug auf die Angebote professioneller Dienste sind es 46 % der Befragten.

Auch eine wirtschaftliche Absicherung von pflegenden Angehörigen erscheint 46 % der Befragten wichtig, insbesondere wird deren Bedeutung für Personen im berufsfähigen Alter hervorgehoben.

Schulungsangebote für pflegende Angehörige oder die Förderung von Selbsthilfegruppen werden von einer geringeren Zahl an Personen als „entlastend“ beurteilt. Aufgrund von Kommentaren in Telefonaten und bei Interviews lässt sich dieses Ergebnis folgendermaßen interpretieren: das nötige Pflegewissen haben sich viele Personen im Laufe der Jahre

angeeignet, sodass subjektiv vielfach kein Informationsdefizit empfunden wird; für Selbsthilfegruppen oder Schulungsangebote fehlt vielen Pflegenden auch die Zeit und der nötige Freiraum, sich von der Pflegeverantwortung zu absentieren.

Eine Ausweitung der Verwendungsmöglichkeiten des Schecks, z. B. zum Ankauf von Pflegehilfsmitteln, halten 31 % der Befragten für nötig.

Unter „sonstiges“ wurde der Kommentar *„mehr Auswahlmöglichkeit beim Pflegepersonal [Hauskrankenhilfe] wäre sehr nötig“* angeführt.

Im Zuge der geführten Interviews wurden zum Thema Einschränkungen, Verhinderungen und Belastungen durch die Pflege folgende Kommentare gemacht.

„Man macht Abstriche, man muss bereit sein, Abstriche im eigenen Leben vorzunehmen, wenn man Pflege übernimmt. Ich habe durch die Pflege die Arbeit eingeschränkt, dadurch gibt es finanzielle Einbußen. Man kann Sachen nicht wie andere normale Familien machen. Die Familie muss zurückstecken, das ist klar. Man muss immer so planen, dass man einen Sprung weg [zu den Gepflegten] muss. Bis jetzt ist noch kein Notfall [plötzliche Verhinderung der Hauptpflegeperson] eingetreten. In diesem Fall wäre ein Rückgriff auf die Familie und die Hauskrankenhilfe nötig. Belastet ist man schon, auf jeden Fall. Es sind die Umstände, die zu starken Belastungen führen. Ohne Zeitdruck ist die Pflege nicht das Problem. Die Eltern haben gute und schlechte Phasen, bei guten ist es überhaupt kein Problem. Es ist nicht unbedingt die körperliche Anstrengung sondern die psychische, weil man nicht abschalten kann. [Aber] die Pflege gehört zu meinem Alltag, das gehört dazu, das passt...“ [ID 1].

„Es ist so: Montag, Mittwoch und Freitag hat er Dialyse, dann kann er oft bis zur nächsten Dialyse nicht aufstehen und da musst du da sein ... ich muss halt rund um die Uhr da sein. Das einzige wo wir noch hingehen ist der Frisör. Das ständig da sein ist schon eine seelische Belastung, ja sehr. Weil er so schwer krank ist, muss ich Nerventabletten nehmen. Urlaub? – das ist schwierig. Mein Mann ist halt ein bisschen eigensinnig. Er will nicht zu den Kindern, er will in seinem Reich [Wohnung] da bleiben. Heuer war ich in Tirol, da haben die Söhne hier geschlafen, sie haben sich abgewechselt“ [ID 2].

„Es ist ständig das Gefühl, wenn man sich einmal nicht kümmert, ständig ein Schuldgefühl. Ich kann auch nirgendwo hinfahren, muss immer erreichbar sein. Die Belastung ist auf der seelischen Seite, das Gefühl immer da sein zu müssen. Die Gefahr ist, dass man mit ihr [der Gepflegten] isoliert wird. Es ist sicher auch zeitaufwendig und auch kostenaufwendig. Ich muss immer hinfahren zu ihr und ich bin selbst nicht sehr gesund. Ich habe selbst einen Herzschrittmacher. Es ist schon auch eine körperliche Belastung [Stützen beim Spazierengehen]. Diese 1.000,- Euro helfen natürlich sehr, weil ich mir damit zwischendurch

immer wieder Hilfe besorgen kann. Aber sie sind ein Tropfen auf dem heißen Stein. Wir haben schon vorher mobile Hauskrankenpflege beansprucht, aber jetzt natürlich intensiver, damit ich etwas freier bin. Sie [Heimhilfe] kommt jeden Tag 2 bis 3 Stunden, wie sie [Mutter] es braucht. Man muss trotzdem schauen - aber es ist viel schöner, wenn man in der Früh nicht aufstehen muss und reinfahren. Man weiß, dass jemand kommt, man hat die Sicherheit. Sie [Mutter] hat eine Notrufuhr, wo sie ständig mit dem Roten Kreuz in Verbindung ist. Das gehört gefördert für alle älteren Leute ab einem gewissen Alter. Das gibt Sicherheit. Ohne dieses Band könnte ich meine Mutter nicht alleine lassen. Ich brauche die Verbindung nach außen, ich kann auch nicht immer zu Hause sitzen oder bei meiner Mutter, weil mich das ja in einem hohen Maße hinunterzieht. In ein Selbsthilfegruppe will ich nicht, das kommt mir vor wie beim Seniorenclub, da habe ich ständig nur die Krankheiten und das was nicht positiv ist für mich ... ich setze mich lieber in ein Cafehaus und sehe zu wie alles Junge an mir vorüber zieht. Eine Frau vom Hilfswerk geht am Vormittag mit ihr einkaufen ... sie kommt an die Luft und sie hat eine Beziehung nach außen. Es ist wahnsinnig wichtig so ein Mensch der nicht aus der Familie kommt, weil sie mit dem anders reden kann, auch sie selbst profitiert davon. Wenn sie nur mit mir zusammen ist, wird ihr auch furchtbar langweilig. Das sollte noch viel, viel mehr gefördert werden. Die Mobile Hauskrankenhilfe, diese Leute sind sehr, sehr wichtig. Vor allem, dass sie geschult sind auf alte Leute. Ein Heim ist so die letzte Station, das ist dann, wenn man sich selbst nicht mehr heben, legen, setzen kann. Für diese Station betrachte ich das Heim und da finde ich, dass es gute Sachen geben soll“ [ID 3].

Belastungen treten auch auf, wenn die Arbeitskraft z. B. des Ehegatten plötzlich fehlt. Eine Interviewte [ID 4] lebt mit ihrem Mann zu zweit in einem großen Haus mit Garten und viel Grund – plötzlich fallen neben der Pflege des Mannes auch viele Arbeiten auf sie zurück (Mähen, Holz machen etc.). *„Ich darf mir jetzt keine Krankheit erlauben, weil mein Mann braucht mich jetzt und wer weiß, wie notwendig noch. Ich bin jetzt überbelastet – nervlich, psychisch ... es bringt jeder Tag eine andere Situation, einmal besser, einmal schlechter. Ich bin nach den Krankenhausbesuchen [Chemotherapie des Mannes] körperlich geschafft [Frau war selbst über Jahre schwer krank]. Ich verzichte zur Zeit selbst auf fast alles - Frisör, Einkäufe etc.“ [ID 4].*

„Ich bin fast rund um die Uhr im Haus, gehe am Tag ev. eine halbe Stunde einkaufen, samstags zur Hundeschule – das ist dann bereits Erholung. Die restliche Familie [Kinder und Enkelkinder] muss in jeder Beziehung zurückstecken. Die eigenen Bedürfnisse [Zahnarztbesuch] schiebt man komplett vor sich her. Jetzt ist die Situation so, es ist ja nicht für ewig, man kann dann alles nachholen. An erster Stelle ist jetzt die Mutter. Der Pflegescheck ist körperlich und seelisch entlastend [mit dem Scheck wurde erstmals mobile Hilfe in Anspruch genommen], weil man weiß, dass jemand die schwierige Aufgabe

[Körperpflege, zu Bett bringen] für Monate abnimmt. Die Hauskrankenhilfe bringt Abwechslung in den Alltag der Mutter, ist freundlich. Die Mutter braucht ja Ansprechpartner, sie ratscht ja fest“ [ID 5]. Um möglichst lange mit dem Pflegescheck auszukommen, werden täglich vier mal 15 Minuten Hauskrankenhilfe hinzugezogen. Die tägliche Hilfe ist der Pflegenden mehr wert bzw. bietet ihr mehr Erholung als ein einmaliger Kurzaufenthalt. Die Einstellung gegenüber Heimen ist generell kritisch: „Mutter ist zu Hause mehr als tausend mal besser aufgehoben als in einem Altersheim, weil im Altersheim wird man links liegen gelassen, weil das Personal fehlt. Und zu Hause hat sie doch noch ihre Ansprache“ [ID 5].

„Wenn ich zurück denke - vor einem Jahr. Da war das Bett 5, 6 mal am Tag nass. Da habe ich sofort überziehen müssen, da habe ich da bleiben müssen, da habe ich nicht weg können. Er [Gepflegter] hat jetzt einen Katheder und ich brauche zwischen den Zeiten, wo die Pflegerin da ist, nichts tun, das geht sich schön aus jetzt. Gesundheitliche Probleme kommen bei der Pflege, das habe ich selber gemerkt. Rückenweh, Schultern, Meniskuseinriss, das kam sicher vom Heben, da denkt man nicht immer wie macht man das richtig. Oder wenn einer nicht schlafen kann, habe ich auch gehabt diese Zeit, das ist jetzt besser. Seelische Belastung auf jeden Fall, auch wenn man Hilfe hat in der Familie oder im Bekanntenkreis, aber gewisse Dinge kann man nicht abschütteln. Das Eingewöhnen und das Wissen, dass man nicht jederzeit weg kann, das sind sicherlich Schwierigkeiten“ [ID 6].

„Die Pflegesituation ist plötzlich aufgetreten [Gehirnblutung], ohne Vorwarnung. Wir [Lebenspartner] sind alleine. Das macht es auch so schwierig, ich bin wirklich alleine für alles. Man muss sich ja vorstellen, das ganze Leben ist ausgerichtet und richtet sich nach ihm und nicht nach meinen Bedürfnissen. Denn ich kann ab 12 Uhr mittags für mich überhaupt nichts mehr machen, außer hier im Haus. Belastend ist das, dass man fast kein Gespräch miteinander hat. Weil bei ihm das Sprachzentrum so betroffen ist, also ist das eine schwierige Situation. Wenn man sich so ein Wochenende vorstellt, ohne das man mit jemanden kommunizieren kann, das ist eine Belastung. Und das ich natürlich körperlich mit ihm und an ihm zu tun habe, dass ich an Kreuzschmerzen leide, aber ich weiß nicht, ob das eine besondere Belastung ist, es gehört halt dazu“ [ID 7].

„Es ist schon nervlich belastend und die Kleine [Tochter] dazu, die kommt jetzt gerade in die Pubertät. Der Bruder [der Hauptpflegeperson] kommt halt auch noch jeden Tag zum Essen, denn früher hat die Mama für ihn gekocht. Ich sag Ihnen, ab und zu möchte ich aus der Tür raus und - aber es vergeht wieder, was sollst machen. Am Anfang war es schwieriger und aufreibender, als sie noch keinen Katheder hatte. Mutter ist zu uns gezogen, unsere Tochter [Teenager] musste ihr Zimmer hergeben, sie schläft jetzt bei uns [Eltern]. Wenn ich nicht pflegen kann, weiß ich noch nicht was ich tue. Die Situation haben wir noch nie gehabt. Da kann ich nur Schwester Ingrid [Hauskrankenhilfe] anrufen, die hilft bestimmt. Ich habe zwar

im Sommer eine schwere Bronchitis gehabt, aber du musst, bei einem Kind musst du ja auch, hilft nichts“ [ID 8].

„Es wird zwei Jahre her sein – der Bandscheibenvorfall. Und da hab ich dann müssen die Hebebühne ansuchen. Vorher hab ich ja alles so gehoben. Die seelische Belastung ist mehr [belastend] als die körperliche, es ist die körperliche auch hart - aber das muss einer durchmachen, das kann man nicht beschreiben. Du kannst ja keine Nacht durchschlafen, ich hab ja meinen Mann zwei-, dreimal umdrehen müssen. Und das ist halt auch, dass du angebunden bist, du kannst ja keine zwei Stunden wohin gehen, da muss schon ein Kind eingreifen. Alles [hab ich zurückstecken müssen] – freilich waren die Kinder da, aber ich war ja so übermüdet, dass ich froh war, wenn ich eine Stunde daheim hab sitzen können und nichts tun [musste]. Das hat mir mehr gebracht, als irgendwohin fortfahren.“ [ID 9].

Bezüglich des Informationsangebotes zum Thema Pflege meint eine Hauptpflegeperson „es gibt genug Angebote (z. B. Vorträge), man muss halt hingehen und sich das anhören. Informationen gibt es auch übers Internet – das gehört zu meiner Entspannungsphase am Abend“ [ID 1]. Es wird aber auch angemerkt „als ich begonnen habe mit der Pflege, habe ich jede Information mühsamst zusammengetragen“ [ID 1]. Informationen werden auch über Ärzte, mobile Dienste und Behörden eingeholt: „... wir haben unseren Doktor, dem Chef von der Dialyse, er ist für mich der Ansprechpartner. Wenn ich was brauche, gehe ich zu ihm, er ist immer für mich da. Er gibt mir auch Rat wie ich was machen soll. Ich habe auch sonst noch niemanden gebraucht“ [ID 2]; „Wir haben Kontakt zum Hilfswerk und fragen dort an, was es gibt. Ich glaube das hängt ziemlich davon ab, wie beholfen oder unbeholfen die Leute sind. Ich glaube das Angebot ist da“ [ID 3]; „Ich habe mich selbst erkundigt, über das was ich gebraucht habe. Vom Magistrat gibt es Hilfe. Ich war auf Informationsabenden vom Magistrat wie mein Vater im Krankenhaus war. Die bieten schon Hilfestellung. Man kann sich schon erkundigen, so ist es wieder nicht, dass man alleine gelassen wird“ [ID 6]. Eine andere Person hat u. a. Wissen aus der Reha-Klinik mitgenommen: „Ich habe keinen Kurs besucht, mir alles autodidaktisch angeeignet. Von den vier Monaten [die der Mann in der Reha-Klinik war] war ich 2 Monate auch dort, ich habe dort in der Nähe gewohnt und war praktisch täglich bei ihm. Und wie er dann nach Hause gekommen ist, habe ich schon einiges gewusst - wie man anzieht, wie man halt umgeht. Die Hauskrankenhilfe -. von denen habe ich natürlich auch gelernt. So bin ich halt in diese Rolle hineingewachsen“ [ID 7]. In einem anderen Fall wird deutlich, dass sich Personen bei plötzlicher Konfrontation mit einer Pflegesituation durchaus überfordert fühlen: „Es ist wie eine Bombe über uns gekommen [Diagnose Krebs]. Von einem Tag auf den anderen war nichts mehr wie es vorher war. Wir hatten beide einen Schock. Wir haben ja nicht gewusst, dass wir Pflegegeld beantragen können, dass es den Pflegescheck gibt ...“ [ID 4].

5.1.2.6 **Nutzung des Pflegeschecks – Entlastung der Hauptpflegepersonen**

Nach Analyse der Pflegesituation und der daraus entstehenden Einschränkungen und Belastungen im Leben der Hauptpflegepersonen, werden in diesem Abschnitt die Inanspruchnahme der angebotenen Pflegescheckleistungen und die daraus resultierenden Entlastungen untersucht.

Anzahl der Pflegescheck-NutzerInnen: Ein wesentliches Evaluierungskriterium ist die Zahl der Personen, die vom Pflegescheck Gebrauch gemacht haben. Gemäß dem Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge⁷⁵ lag der Anteil aller Pflegegeld-EmpfängerInnen (Bundes- und Landespflegegeld) im Jahr 2002, bezogen auf die Gesamtbevölkerung Österreichs⁷⁶, bei 4,4 %. Rund 45 % aller Pflegegeld-EmpfängerInnen fielen auf die Pflegegeldstufen 3 bis 7, das sind etwa 2 % der Gesamtbevölkerung (auch aktuellere Daten für das Jahr 2004 zeigen, dass rund 43 % aller Pflegegeld-EmpfängerInnen (Bundespflegegeld) in den Pflegegeldstufen drei bis sieben zu finden sind⁷⁷). In Kärnten lag der Anteil der Pflegegeld-EmpfängerInnen (Pflegegeld-BezieherInnen des Bundes ohne Opferfürsorgegesetz und Landeslehrer sowie Pflegegeld-BezieherInnen des Landes) im Jahr 2002 mit 6,1 % über dem Österreichdurchschnitt. Unter der Annahme, dass auch in Kärnten der Anteil der Pflegegeldstufen 3 bis 7 bei 45 %⁷⁸ liegt, beträgt ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung etwa 2,7 %. Die zu Projektbeginn vorgenommene Schätzung ging von einer Zahl potenzieller Pflegescheck-EmpfängerInnen von maximal 250 Personen bzw. von einem Budgetrahmen von € 250.000,- aus. Diese Annahme beruhte u. a. auf dem genannten Anteil an Pflegegeld-BezieherInnen an der Wohnbevölkerung (berücksichtigt wurde des weiteren, dass es alleinstehende Pflegegeld-BezieherInnen gibt oder dass ein Teil der Pflegegeld-EmpfängerInnen fremde Hilfe generell ablehnt). Die tatsächliche Zahl der Pflegescheck-EmpfängerInnen in den beiden Pilotgebieten lag bei 79 Personen, sodass die prognostizierte Zahl von 250 Personen deutlich unterschritten wurde: nur 32 % der 250 potenziellen BezieherInnen haben einen Scheck erhalten (46 in Waidmannsdorf, 33 in Steindorf; aufgrund der geringeren Einwohnerzahl Steindorfs im Vergleich zu Waidmannsdorf wurde das Angebot des Pflegeschecks in Steindorf demnach intensiver genutzt).

Hinsichtlich der **Nutzungsalternativen** des Pflegeschecks überwiegt die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch mobile soziale Dienste (52 %). Diese liegt vor der Nutzung des Angebots stationärer Kurzzeitpflege (41 %, vgl. Abbildung 27). Ein Drittel der Personen, die

⁷⁵ Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2002): Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2002. Wien. S. 27-32.

⁷⁶ Statistik Austria, Bevölkerungsstatistik, Einwohnerzahl im Jahr 2002, http://www.statistik.at/fachbereich_03/bevoelkerung_tab1.shtml.

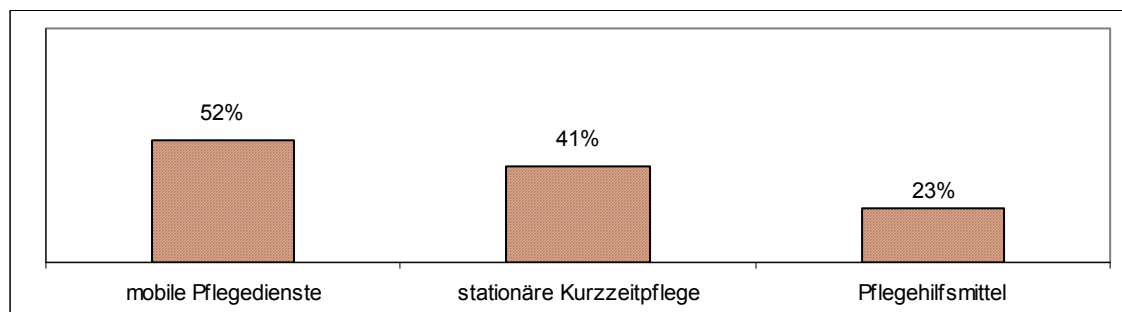
⁷⁷ Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2004): Bericht über die soziale Lage 2003-2004. Wien. S. 91.

⁷⁸ Dies trifft zumindest beim Landespflegegeld für Kärnten im Jahr 2002 zu: 45 % aller PflegegeldempfängerInnen fielen auf die Pflegegeldstufen 3 bis 7.

sich für eine stationäre Kurzzeitpflege entschieden haben, machte bereits vor dem Pflegescheck Erfahrung mit diesem Angebot; 70 % der Hauptpflegepersonen, die den Scheck für mobile soziale Dienste in Anspruch genommen haben, griffen schon vor dem Scheck auf die Unterstützung durch die mobile Hauskrankenpflege bzw. –hilfe zurück.

In Ausnahmefällen wurde der Scheck auch für den Ankauf von Pflegehilfsmitteln genehmigt (23 %).⁷⁹ Damit konnte laut Verein „Altwerden zuhause“ die Situation von Pflegefamilien verbessert werden, welche die Betreuung durch professionelle Dienste aus div. Gründen nicht in Anspruch nehmen wollten (z. B. weil die/der Gepflegte nur die Betreuung durch Familienangehörige akzeptiert). Zu den Anschaffungen, die mit dem Scheck (mit)finanziert wurden zählen: WC-Halterungen, ein elektrischer Rollstuhl, Gehhilfen, ein Pflegebett oder Badewannenlifte.

Abbildung 27: Inanspruchnahme des Pflegeschecks nach Nutzungsalternativen (Anteile in %, N = 44, Mehrfachnennungen möglich)

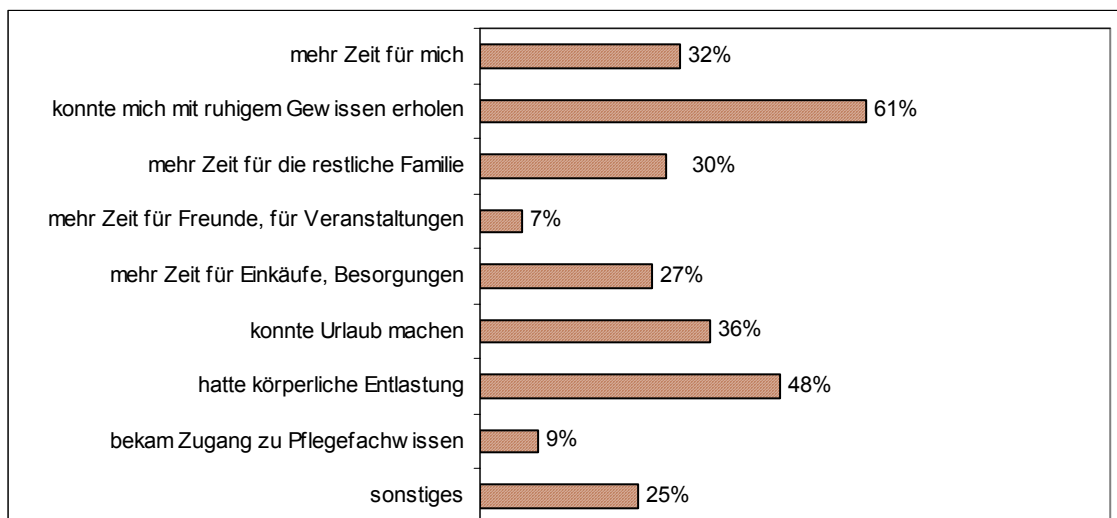


Quelle: IHS K

Entlastung: Eine Kernfrage der Evaluierung ist, welche positiven Auswirkung(en) der Pflegescheck auf die Lebenssituation der Hauptpflegepersonen hatte. Am häufigsten wurde von den Befragten die Antwort „konnte mich mit ruhigem Gewissen erholen, weil ich meine/n Angehörige/n gut versorgt wusste“ gewählt.

⁷⁹ Eine nicht barrierefreie Umgebung kann einen erhöhten Betreuungsbedarf nach sich ziehen und damit die Bereitschaft bzw. das Vermögen, zu Hause zu pflegen, beeinträchtigen. Die Beseitigung von Barrieren kann daher den Hilfs- und Betreuungsbedarf senken und auch die Lebensqualität von Gepflegten erhöhen. Manche Maßnahmen sind dabei mit höherem technischen und finanziellen Aufwand verbunden (Adaption eines Bades, Einbau eines Lifts), andere Probleme sind einfacher zu lösen, wie z. B. das Anbringen von Haltegriffen, das Fixieren von Teppichen etc.

Abbildung 28: Auswirkungen des Pflegeschecks auf die Lebenssituation der Hauptpflegeperson (Anteile in %, N = 44, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: IHS K

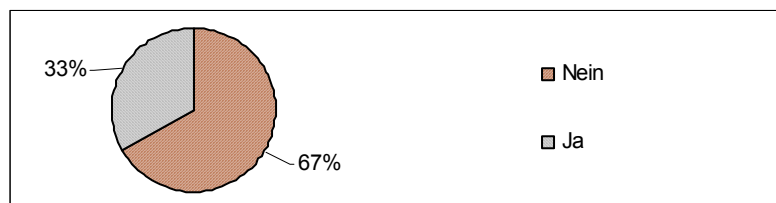
Dies gibt zur Interpretation Anlass, dass dem vielfach als seelische Belastung empfundenen Gefühl „immer da sein zu müssen“ mit Hilfe des Pflegeschecks entgegen gewirkt werden konnte (jede Form der Erholung ist für Pflegenden erfahrungsgemäß erst möglich, wenn eine gute Versorgung der/des Angehörigen sicher gestellt ist). Etwa jede zweite Hauptpflegeperson gibt an, dass eine „körperliche Entlastung“ durch die Pflegescheckleistung eingetreten ist. Aber auch die Chance auf Regenerationsphasen - „Zeit für mich, zum Entspannen, für Hobbies“ oder „Urlaub“ – wurde von etwa jeder dritten Pflegeperson als positiver Effekt angegeben. Von einer Pflegeperson wurde der Kommentar angefügt *„Zeit für mich habe ich völlig abgeschrieben“* – als Folge wurde die Rubrik „mehr Zeit für mich“ erst gar nicht angekreuzt. Dieser Umstand könnte auch auf andere Hauptpflegepersonen zutreffen.

Unter der Rubrik „sonstiges“ wurden stichwortartig folgende Anmerkungen gemacht: *„Kuraufenthalt war möglich“*, *„Operation konnte durchgeführt werden“*, *„Krankheit konnte auskuriert werden“*, *„Pflegescheck war finanzielle Hilfe“* oder *„mehr Zeit für den Beruf“*. Angeführt wurden aber auch folgende Kommentare: *„geht es der/m Gepflegten gut, geht es mir gut“* oder *„der elektrische Rollstuhl ermöglicht es erst, die Pflege zu Hause durchzuführen - man gewinnt Freiraum für die/den Gepflegte/n und die Pflegenden, das tut der Pflegesituation gut“*.

Der Zugang zu Pflegewissen spielt in der Gruppe der Befragten eine untergeordnete Rolle (9 %). Nur 7 % der pflegenden Angehörigen von Pflegescheck-NutzerInnen gaben an, mehr Zeit für Freunde oder den Besuch von Veranstaltungen gewonnen zu haben.

Bedenken gegenüber professionellen Diensten: Auch wenn die Angebote im Rahmen des Pflegeschecks zumindest zeitweise zu Erleichterungen des Pflegealltags führten, fiel es nicht allen Pflegenden leicht, professionelle Hilfe anzunehmen. Immerhin 33 % der Befragten, die bislang Erfahrungen mit mobilen Diensten oder einer stationären Kurzzeitpflege gemacht hatten, geben an, dass sie Bedenken hatten, die Pflege professionellen Diensten zu übergeben.

Abbildung 29: Bedenken, die Pflege professionellen Pflegediensten anzuvertrauen (Anteile in %, N = 36)



Quelle: IHS K

Von diesen 33 % führt wiederum jeweils jede dritte Hauptpflegeperson als Begründung für die Bedenken an, dass

- ihr Angehöriger die Betreuung durch fremde Personen eher ablehnt. Folgende Kommentare wurden hierzu angeführt: *„zu Hause ist jeder Handgriff eingespielt, man kennt die Bedürfnisse der gepflegten Person selbst am besten und kann darauf eingehen“*; *„es spielt beim Gepflegten die Angst mit, dass aus einem Kurzaufenthalt im Heim ein Dauerzustand werden könnte“*; *„demente Personen haben Angst vor jeder Form von Veränderung und vor allem Fremden“* ;
- ihr Angehöriger nicht gut genug versorgt wird. Folgende Kommentare wurden hierzu angeführt: *„im Heim gibt es nicht genügend Personal, sodass die Pflegequalität nicht wie zu Hause gewährleistet werden kann“*; *„der Tagesablauf im Heim ist vorgegeben und nimmt wenig Rücksicht auf die Bedürfnisse der Gepflegten“*; *„nach der Entlassung im Heim gilt es oft Aufbauarbeit am Gepflegten zu leisten“*; *„bei den mobilen Diensten fehlt die Kontinuität der Betreuung durch häufigen Personenwechsel“*;
- sie sich selbst für die Pflege verantwortlich fühlten und ein schlechtes Gewissen hatten, die Pflege anderen zu übergeben.

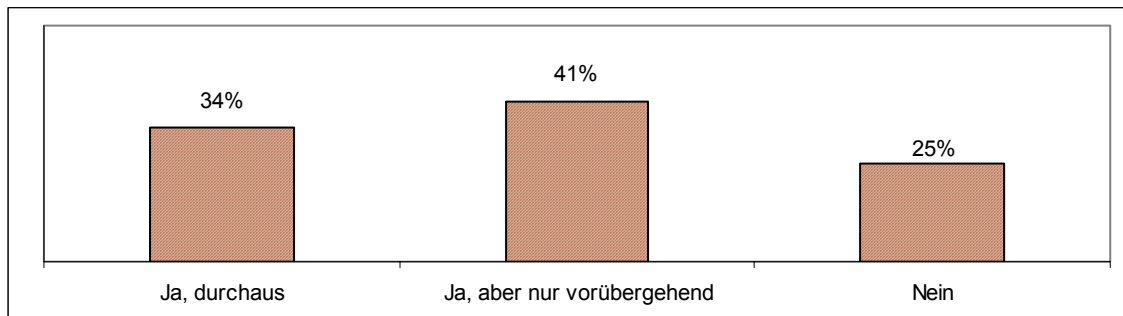
Fast alle Hauptpflegepersonen, die zunächst Bedenken geäußert hatten, beurteilen die mit professionellen Diensten gemachten Erfahrungen im nachhinein als insgesamt „eher positiv“ (96 %, N = 24); „eventuelle Bedenken/Ängste“ waren für 62 % (N = 13) „unbegründet“.

Die hinzugefügten Kommentare zeigen, dass diese Beurteilung nicht immer einfach war und diese Einschätzungen nicht zuletzt auch auf einem „gesunden Realismus“ pflegender Angehöriger beruhen und von der jeweiligen Perspektive - Hauptpflegeperson oder Pflegebedürftige/r - abhängig sind. Die Hauptpflegepersonen sind der Meinung, dass zu Hause am besten auf die Bedürfnisse der/des Gepflegten eingegangen werden kann und sich diese in der gewohnten Umgebung auch am wohlsten fühlen. Gleichzeitig wird aber auch angemerkt, dass „Auszeiten“ von der Pflege nötig sind. Diese ermöglichen den Pflegefamilien Erholungsphasen, gepflegte Personen sind nach einem Heimaufenthalt wieder zufriedener mit der Betreuung zu Hause und üben sich weniger in Selbstmitleid. Stationäre Kurzaufenthalte werden von den gepflegten Angehörigen zwar nicht begrüßt, solange es sich jedoch um kurzfristige Aufenthalte handelt, werden diese doch akzeptiert. In einem Fall wird die positive Erfahrung mit der Kurzzeitpflege im Heim betont (*„positive Atmosphäre im Pflegeheim, herzliches Kümern seitens des Personals“*). Derart positive „Schnupper-Erfahrungen“ sind auch für die Gepflegten positiv, da die Alternative „Heim“ dadurch an Schrecken verliert. In zwei Fällen wurde auf negative Heimerfahrungen hingewiesen (*„kein ausgebildetes Personal, bei Ruf lange Wartezeit (WC), Essen wurde kalt serviert, Geschirr war nicht sauber, erst nach Intervention wurden Missstände bereinigt“*; *„Gepflegte/r war um 11 Uhr noch im Bett und um 17 Uhr schon wieder“*). Mehrere Hauptpflegepersonen erachteten es daher als wichtig, das Heim im Vorfeld zu besichtigen und auch während des Aufenthalts (Kontroll)Besuche seitens Verwandter/Freunden zu organisieren.

In Bezug auf mobile soziale Dienste war die Zufriedenheit im Nachhinein meist groß: den Kommentaren nach waren die *„Zusammenarbeit gut, die Pflegepersonen korrekt, verlässlich, kompetent, nett und hilfsbereit, der Service O.K.“*. Auch die Sicherheit, dass z. B. jeden Morgen jemand vorbeikommt, wurde als positiv hervorgehoben. Ebenso die Beratung und die Vermittlung von Pflegewissen. Als Kritikpunkte wurden angeführt, dass bei Akutfällen oder in der Nacht dennoch keine Hilfe gegeben ist (z. B. wenn die/der Gepflegte aus dem Bett fällt). Auch könnten sich demente Personen nur schwer auf fremde Hilfe einstellen. Kritische Kommentare gab es auch dahingehend, dass das Personal unter Zeitdruck arbeite und die Fluktuation groß sei, sodass es an Bezugspersonen fehle.

Mehrheitliche Pflege durch professionelle Dienste: Entsprechend den bisher erwähnten teils positiven und teils negativen Erfahrungen von Pflegefamilien mit professionellen Diensten und anderer Faktoren ist es für den Großteil der Befragten (75 %) zwar vorstellbar, *„die Pflege künftig größtenteils oder völlig an mobile soziale Dienste auszulagern“* - mehrheitlich kommt eine solche Lösung jedoch *„nur vorübergehend/nur für kurze Zeit“* in Frage.

Abbildung 30: Pflege des Angehörigen völlig oder größtenteils an mobile soziale Dienste übergeben (Anteile in %, N = 44)



Quelle: IHS K

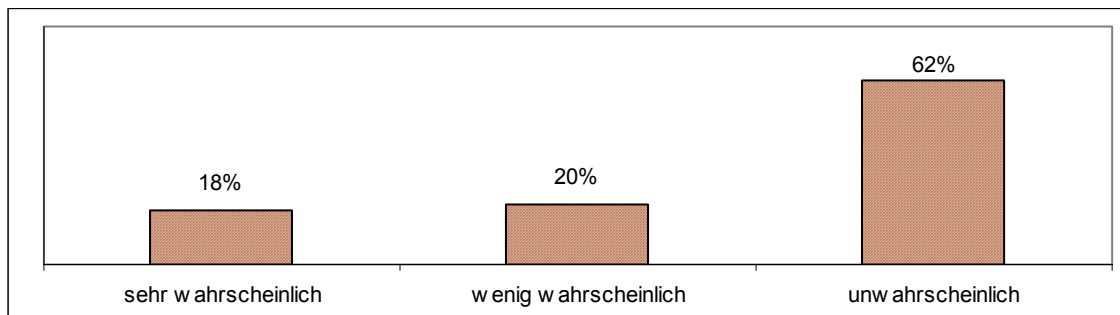
Einige Begründungen, warum dies nur für kurze Zeit akzeptiert werden würde, wurden ergänzend angeführt: *„möchte meinen Mann selbst betreuen, solange ich es kann“*; *„Hilfe ist positiv bei z. B. eigener Erkrankung, ist negativ für demente Angehörige wegen Unsicherheit und Verwirrung durch Personenwechsel“*; *„die negativen Folgen überwiegen: nach 55 Jahren Zusammensein ist man ein Herz und eine Seele, man ist nur noch für den lieben Angehörigen da, positiv ist die eigene Entlastung“*; *„es gibt keine Möglichkeit für ein bis zwei Nächte eine Hauskrankenhilfe zu bekommen“*; *„positiv: kann dann eigene Bedürfnisse erledigen, negativ: Gepflegte stellt sich schwer auf Fremde ein“*.

Rund ein Drittel der Hauptpflegepersonen könnte es sich „durchaus“ vorstellen, die Pflegeaufgabe mehrheitlich in die Hand von professionellen mobilen Diensten zu legen. Einige hinzugefügten Kommentare zeigen, dass dies z. B. bei allgemeiner Überforderung der Hauptpflegeperson zutrifft, jedoch z. T. an der Finanzierbarkeit der externen Dienstleistungen scheitert: *„körperliche und seelische Überforderung“*; *„bin selbst im Rollstuhl, kann Hilfe nur schwer durchführen“*; *„vorstellbar, aber aufgrund der hohen Kosten bei großem Pflegeaufwand nicht finanzierbar“*; *„bei Anpassung der Pflegegeldstufe an den Bedarf (Kosten)“*.

Für immerhin jede vierte Hauptpflegeperson ist es nicht vorstellbar, die Pflege der/des Angehörigen größtenteils an mobile soziale Dienste zu übergeben. Die beigefügten Kommentare zeigen, dass dies nicht allein der persönliche Wunsch von Hauptpflegeperson und/oder der/des Gepflegten ist, sondern auch auf eine mangelnde Flexibilität mobiler Dienste (keine Hilfe in der Nacht) bzw. die Nicht-Finanzierbarkeit zurückzuführen ist. Kommentare: *„fühle mich selbst verantwortlich“*; *„Sorge um mangelnde Pflege“*; *„eine mobile Hauskrankenhilfe können wir uns trotz Scheck und Pflegegeld nicht leisten, da meine Frau keine Pension hat. Ich muss den ganzen Haushalt machen, alle Einkäufe etc. Wir würden drei mal täglich Hilfe brauchen, das ist nicht leistbar“*; *„bin seit 5 Jahren immer da - er würde es nicht verstehen, sollte sich das ändern“*; *„es ist Pflege rund um die Uhr nötig“*.

Ein Ziel des Pflegeschecks ist es, Hauptpflegepersonen zu unterstützen um einen frühzeitigen Umzug von Pflegepersonen in ein Heim vermeiden zu helfen. Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass die Unterbringung in einem Heim für über 80 % der Befragten – meist aus moralischen Gründen - keine wirkliche Alternative zur Pflege zuhause darstellt.

Abbildung 31: Umzug in ein Heim ist ... (Anteile in %, N = 44)



Quelle: IHS K

Folgende Gründe wurden angeführt, warum ein Umzug in ein Heim nur wenig wahrscheinlich oder unwahrscheinlich ist: *„nur, wenn ich selbst nicht mehr pflegen kann“; „nicht, solange ich meinen Beruf ausüben kann, die Begleitung finanzierbar ist, solange Platz für die eigene Familie da ist“; „Vater soll solange wie möglich in gewohnter Umgebung bleiben können“; „Vater hätte sich in einem Heim auf Dauer nicht wohl gefühlt, ich hätte ein schlechtes Gewissen gehabt, ihn nicht im Familienverband gelassen zu haben“; „aufgrund von Erfahrungen in der Familie - waren nicht zufrieden“; „Vater war immer für mich da, für die Enkel“; „mache Pflege gern, hoffentlich bleibe ich gesund“; „solange ich kann, pflege ich selbst“; „ist kein Thema für mich und Gepflegte, solange ich selbst gesund bin“; „fühle mich selbst verantwortlich“; „wäre nicht gewünscht – die Pflege zu Hause ist gut für die Angehörige, ein Heim wäre auch finanziell kaum leistbar“; „Dauerunterbringung von Gepflegtem nicht gewünscht“; „nur bei Verschlechterung des Zustandes“; „mute dies meiner Mutter nicht zu - solange sie konnte, kümmerte sie sich um die gesamte Familie“; „meine Frau will zuhause bleiben, solange ich sie pflegen kann“; „Gepflegte fühlt sich zu Hause sehr wohl, braucht die familiäre Atmosphäre“; „kommt nicht in Frage – das würde sein Leben beenden“; „schlechte Erfahrungen mit Heimen - maximal vorübergehend“.*

18 % der Befragten geben an, dass ein Umzug ins Heim „sehr wahrscheinlich ist“. Drei Kommentare lassen darauf schließen, dass sich die Hauptpflegepersonen bereits in einer Situation befinden, in der die Pflege zuhause für sie kaum mehr durchführbar ist: *„kann die Pflege [des Elternteils] weiterhin weder seelisch noch körperlich verkraften, mein eigener Ehemann wird durch die Pflegesituation depressiv, man muss abwägen, ob die eigene Familie nicht wichtiger ist“; „ich bin berufstätig und alleinstehend“; „weil die Kosten für die mobile Hauskrankenhilfe das Budget übersteigen“.* In anderen Fällen dürfte die Situation

noch nicht akut sein „wenn ich körperlich nicht mehr in der Lage sein sollte“; „wenn die Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist“; „wenn ich selbst nicht mehr kann“.

Ergänzende Kommentare aus den geführten Interviews:

„Der Scheck ist genau gekommen, wie bei meinem Vater die Verschlechterung kam. Ich brauche [jetzt] jemanden [Hauskrankenhilfe] auch zu Mittag. Was ich selber tun kann, mache ich, ich kenne die Eltern und merke, wenn etwas nicht stimmt ... denn alles zu zahlen schafft man nicht. Sie [Eltern] haben die Gewissheit, dass immer wer kommt. Sich [weiterhin, wie mit dem Scheck] über Mittag Hauskrankenpflege leisten zu können wäre schon toll [Gepflegte muss zum Essen und Trinken aufgefordert werden]. Der Scheck ist eine seelische und zeitliche Entlastung. Der Verein [Hauskrankenhilfe] arbeitet gut zusammen. Es kommen meist die gleichen PflegerInnen, das ist fein. Ich habe auch Vereine erwischt, wo das überhaupt nicht funktioniert hat. Die Eltern haben dann auch andere Ansprechpersonen, sie freuen sich auf die Pfleger. Professionelle Hilfe ist notwendig, die sind geschult. Aber ich merke, dass es ihnen [Eltern] schon lieber ist, wenn ich die Körperpflege übernehme. Aufgrund persönlicher Bindung und dem Wunsch, die Pflege zu kontrollieren, ist es nicht vorstellbar, die Pflege ganz in die Hände professioneller Dienste zu geben. Ein Kurzaufenthalt [im Heim] ist kein Thema, da für die Eltern eine Änderung der Umgebung eine Belastung wäre. Wenn es nicht anders geht, ev. in die geriatrische Abteilung. Aber das Krankenhaus hat nicht ausreichend Personal, daher werden Dämpfer verabreicht. Nach der Entlassung dauert es Wochen, bis der alte Zustand wieder hergestellt werden kann. Eine dauerhafte Entlastung ist es [der Scheck] sicher nicht, aber man kann zusätzlich jemanden holen, denn eine Stunde [Hauskrankenhilfe] kostet ein Heidengeld, € 12 bis € 16“ [ID 1].

„Professionelle Hilfe will ich nicht, will mein Mann nicht, er will das nicht. Nein [zu mobilen Diensten und Kurzzeitpflege] ... so lange ich das [die Pflege bewältigen] kann“ [ID 2].

In einem Fall wurden mobile Dienste nur vorübergehend beansprucht: „Ich brauche noch niemanden. Ich wüsste ja gar nie, wann jemand kommt [Hauskrankenhilfe zum Waschen]. Wir wollen ja in der Früh waschen und anziehen. Es gibt dringendere Fälle.“ [ID 4]. Wenn es einmal nötig wird, will man auf das Rote Kreuz zurückgreifen. Ein Heim kommt für das Ehepaar derzeit nicht in Frage: „Nein!! Ich bin froh, dass ich für den Mann da sein kann. Da müsste mir etwas passieren. Mein Mann hat mich vor Jahren gebeten, wo er gesund war: sollte mir was passieren, bitte gib mich ja nicht in ein Heim [Mann hatte in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen beim Besuch eines Bekannten gemacht]. Solange ich kann, hole ich lieber eine Hilfe ins Haus. Die gewohnte Umgebung trägt ja viel zur Genesung bei“ [ID 4].

„Ich persönlich bin sehr begeistert. Man kann wenigstens ein paar Monate [Hilfe durch die Hauskrankenhilfe] in Anspruch nehmen. Das ist das Idealste. Eine Kurzzeitpflege hilft ja nur

ca. 14. Tage. Die HKH kommt derzeit 4 x täglich je 15 Minuten und hilft beim Wechsel vom Rollstuhl ins Bett und umgekehrt. Der Scheck passt genau für die Pflegesituation. Ich bin voll begeistert, der Scheck ist ein traumhaftes Ding. Schade, dass er ausläuft, so etwas Positives“ [ID 5].

„Mit dem Pflegescheck habe ich es mir leisten können, dass ich mit meiner Tochter und meiner Schwester ein paar Tage auf der Alm verbracht habe, tageweise. Eine Bekannte war da, hat auf den Vater geschaut [die Mittel für den Scheck wurden für mobile Dienste eingesetzt - so blieb der finanzielle Spielraum, die Zeit der Bekannten abzugelten]. Sonst [ohne Scheck] hätte ich das nicht können. Der Pflegescheck ist eine große Hilfe, aber keine dauerhafte Entlastung ... das ist abhängig von der Pension und was man so [an Hilfe und Hilfsmitteln] braucht. Mit der Pflegerin redet man oft, da kann man sich ausreden. Einen Kuraufenthalt im Heim wollte ich nicht, ich will ihn nicht weggeben, weil wenn er in ein Heim kommt, brauche ich bis die normale Situation wieder da ist, einige Tage. Neue Umgebung, neue Leute - das ist viel zu anstrengend. Es belastet ihn viel mehr“ [ID 6].

„Ich habe mobile Hauskrankenpflege bereits vor dem Pflegescheck konsumiert. Nur habe ich sie jetzt im letzten halben Jahr mehr gebraucht, weil er einen offenen Fuß hat, der zusätzliche Pflege braucht. Da müssen die [PflegehelferInnen] viel länger da sein und auch am Wochenende. Dadurch habe ich enorme Kosten. Und da ist mir das [Scheck] recht gekommen. Das [Dekubitus] ist eine zusätzliche Belastung, so dass sich das mit dem Pflegegeld und mit der Pension und mit allem gar nicht mehr ausgeht, was ich da zu zahlen habe - oder halt schwer. Er [der Gepflegte] tut schon sehr auswählen. Wenn da einer kommt der ihm nicht sympathisch ist, dann merkt man das auch gleich. Dadurch, dass wir schon so lange dabei [Kunden der Hauskrankenhilfe] sind, kann ich schon sagen, die nicht oder die schon, soweit das vom dortigen Betriebsablauf möglich ist ... im großen und ganzen richten sie sich schon nach einem. Und letztendlich, die, die kommen, kommen gerne, er ist ja angenehm, er ist überhaupt nicht lästig oder aggressiv ... die, die er mag, die mag er. Er ist angemeldet in einem Pflegeheim in Welzenegg, seit Beginn seiner Erkrankung. Am Anfang, wo man nicht gewusst hat, wie es wird, habe ich ihn sicherheitshalber angemeldet und dort ist er immer noch in Evidenz. Ich muss erst das Gefühl haben, ich kann nicht mehr, dann werde ich vielleicht sagen: jetzt ist es soweit. Das Heim ist die letzte Instanz - es hängt von mir ab, wie gut ich beisammen bin. 1.000,- Euro sind nicht so wenig ... man kann natürlich immer mehr gebrauchen, aber ich glaube man muss auch realistisch bleiben“ [ID 7].

„Ich war nur 5 Tage weg [in Italien]. Sie [Mutter] habe ich eine Woche oben [im Heim] gehabt in St. Martin. Es war wirklich angenehm. Sie geht schon [für kurze Zeit ins Heim], weil sie einsieht, dass ich es brauche. Zu Beginn war sie nicht so begeistert. Für sie war die Woche halt irrsinnig lange, eh klar. Was für mich zu kurz war, war für sie zu lange. Aber es schadet gar nicht, danach hat ihr wieder alles gepasst, sie hat weniger genörgelt. Ihr Kurzaufenthalt

war eine seelische Entlastung [für mich]. Ich war mit dem Heim sehr zufrieden Einmal im Jahr raus [können] – wenn das immer wäre, das wäre schon fein. Ein Heim [auf Dauer] kommt nicht in Frage – ich gebe sie in kein Heim“ [ID 8].

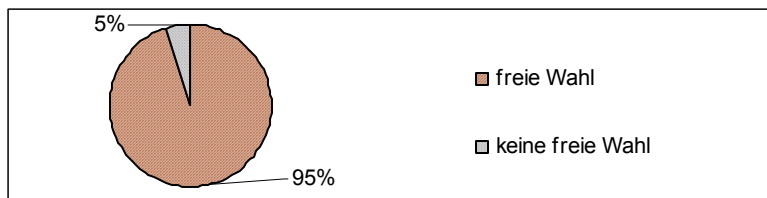
„Mit der Hebebühne tu ich mir halt leichter – vom Bett heraus in den Rollstuhl, vom Sofa in den Rollstuhl ... das ist mir eine sehr große Hilfe. Wenn ich das nicht hätte, könnt ich nicht mehr zu Hause pflegen“. Angeführt wird aber auch die finanzielle Entlastung: „Das ich das [Hebelift] wegzahlen hab können. Weil ich ja nur die Mindestrente hab. [ID 9].

5.1.2.7 Pflegescheck – administrative Abwicklung

Freie Wahl unter Nutzungsalternativen: Die überwiegende Mehrheit (95 %) der Befragten gibt an, dass sie die Art der Pflegescheckleistung „völlig frei und nach eigenem Wunsch/Bedarf“ wählen konnte. Kapazitätsengpässe, z. B. bei der Unterbringung zur Kurzzeitpflege, scheinen nicht aufgetreten zu sein.⁸⁰

Kritik, an der Wahlfreiheit wurde von 5 % der Hauptpflegepersonen geäußert. Diese bezog sich in einem Fall auf die eingeschränkte Auswahl bei finanzierten Pflegehilfsmitteln; im zweiten Fall darauf, dass nur Rechnungen professioneller, institutionalisierter Pflegedienste anerkannt wurden. Eine Person fand das Angebot an Heimen für die stationäre Kurzzeitpflege zu beschränkt.

Abbildung 32: Wahlfreiheit bei der Nutzung des Pflegeschecks (Anteile in %, N = 43)

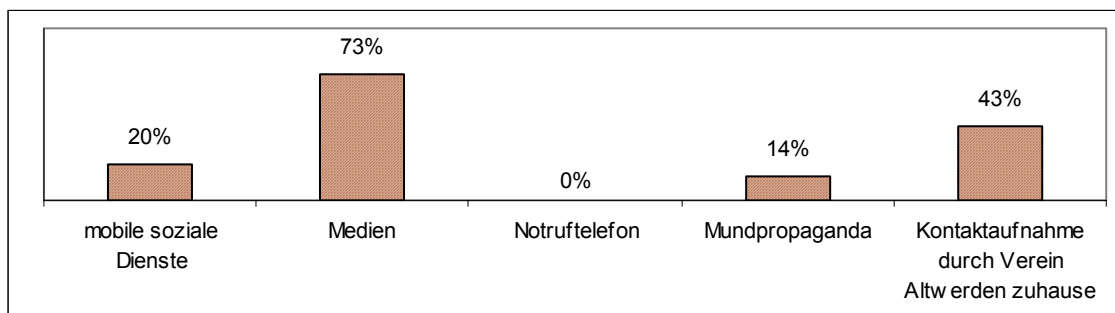


Quelle: IHS K

Informationen zum Scheck - Werbemaßnahmen: Der Pflegescheck wurde auf öffentlichen Veranstaltungen, in den Medien, über Anbieter mobiler sozialer Dienste etc. beworben. Die Abbildung 33 zeigt, über welche Informationsschienen die Pflegescheck-NutzerInnen bzw. ihre pflegenden Angehörigen auf das Angebot des Schecks aufmerksam wurden.

⁸⁰ In Steindorf und Waidmannsdorf standen jeweils zwei Heime zur Auswahl.

Abbildung 33: Wie wurden Hauptpflegepersonen auf den Scheck aufmerksam (Anteile in %, N = 44, Mehrfachnennungen möglich)



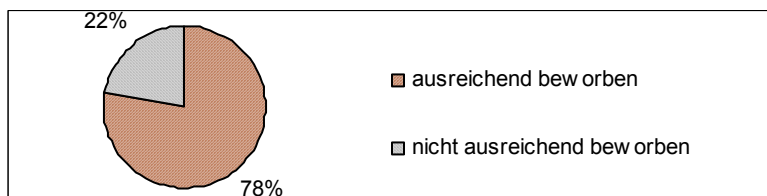
Quelle: IHS K

In erster Linie wurde die Information zum Pflegescheck über Medienberichte transportiert.

Fast jede/r zweite Hauptpflegeperson gibt an, durch die Kontaktaufnahme seitens des Vereins Altwerden zu Hause auf das Angebot aufmerksam geworden zu sein. Dieser direkte Kontakt spielte in der kleinen Gemeinde Steindorf eine stärkere Rolle als in Waidmannsdorf: in Steindorf erfolgte der Informationsfluss bei 62 % der Pflegefamilien (auch) über die dort wohnende Vereinsobfrau Maria-Luise Mittermüller, im einwohnerreicheren und stärker durch Anonymität geprägten Waidmannsdorf liegt dieser Prozentsatz mit 35 % klar darunter. Da auch das Verhältnis „Pflegescheck-NutzerInnen zu potenzielle Pflegescheck-EmpfängerInnen“ in Steindorf deutlich über jenem in Waidmannsdorf liegt, scheint die Kleinräumigkeit der Gemeinde sowie die langjährige Tradition der persönlichen Kontaktpflege zu Pflegefamilien positive Wirkung auf die Nutzung des Angebotes zu haben.

Der Großteil der Befragten (78 %) ist der Meinung, der Pflegescheck wurde ausreichend beworben, etwa jede fünfte Hauptpflegeperson (22 %) ist hingegen der Meinung, der Scheck wurde nicht ausreichend beworben. 14 % der Hauptpflegepersonen vermuten, dass es Pflegende in ihrer Gemeinde/im Stadtbezirk gibt, die den Scheck aus Unwissenheit nicht beantragt haben.

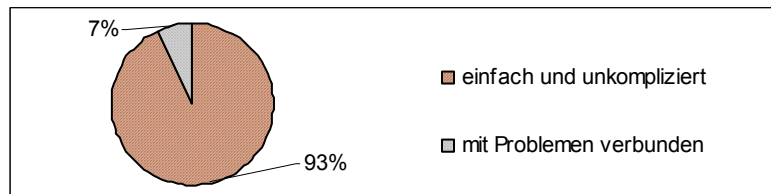
Abbildung 34: Wurde der Pflegescheck ausreichend beworben? (N = 41)



Quelle: IHS K

Administration: Die Abwicklung des Pflegeschecks seitens des Vereins „Altwerden zuhause“ wird von mehr als 90 % aller Befragten als „einfach und völlig unkompliziert“ beurteilt.

Abbildung 35: Abwicklung des Pflegeschecks (Anteile in %, N = 43)



Quelle: IHS K

7 % der Hauptpflegepersonen geben an, dass es Unklarheiten bzw. Schwierigkeiten bei der Abwicklung des Pflegeschecks gab. In einzelnen Fällen gab es eine gewisse Verunsicherung, da nach der Antragstellung keine definitive positive Verständigung erfolgte, dass der Pflegescheck genehmigt wurde. Der Informationsfluss zwischen dem Verein „Altwerden zuhause“ und den AntragstellerInnen ist daher in einzelnen Fällen als nicht optimal zu beurteilen - gerade die von vielen als „einfach und unkompliziert“ empfundene Abwicklung dürfte bei einigen Interessenten aufgrund von Kommunikationsproblemen zu Unsicherheiten geführt haben. Zur Verwirrung könnte auch beigetragen haben, dass auf Info- und Werbebroschüren mit dem Foto eines „Pflegeschecks“ geworben wurde, sodass sich einige Hauptpflegepersonen auf die Antragstellung hin eine Verständigung bzw. Bestätigung in Form eines „Gutscheins/Schecks“ erwartet haben könnten. Hierzu dürften auch abgedruckte Formulierungen auf Werbefoldern wie „Der Pflegescheck im Wert von 1.000 Euro jährlich wird in Form eines Gutscheines ausgehändigt“ beigetragen haben.

Auch die Verwendungsmöglichkeiten des Schecks waren den Hauptpflegepersonen teilweise nicht völlig klar: dies betrifft Pflegefamilien, denen in Ausnahmefällen der Scheck für den Ankauf von Pflegehilfsmitteln zugesagt wurde. Aufgrund eines Folders, in dem eine Reihe von Pflegehilfsmitteln aufgelistet wurden, ging zumindest eine Person davon aus, dass sämtliche aufgelisteten Behelfsmittel mit dem Scheck finanziert werden könnten. Die Liste hatte jedoch rein informativen Charakter und war nicht als taxative Aufzählung von Pflegehilfsmitteln gedacht, für die der Scheck verwendet werden konnte.

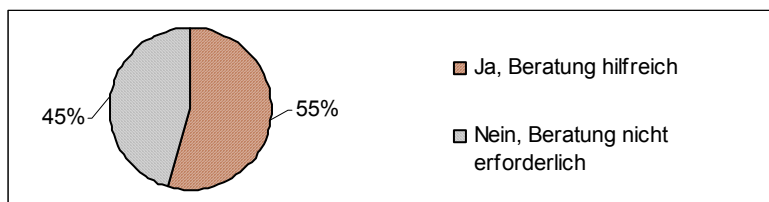
Im Zuge telefonischer Erinnerungstelefonate und der geführten Interviews wurde in einzelnen Fällen auch Kritik bezüglich der Verrechnung mit den Anbietern mobiler sozialer Dienste geübt. In einzelnen Fällen wurden die Rechnungen direkt an den Verein „Altwerden zuhause“ geschickt. Verzögerungen bei Überweisungen haben dazu geführt, dass Pflegefamilien gemahnt wurden, was als unangenehm empfunden wurde. Die Abwicklungsmodalitäten sollten daher bei allfälliger Fortführung der Projektidee auf eine mögliche

Optimierung hin überprüft werden (eindeutiger Informationsfluss/Infogehalt von Foldern/Broschüren, Abwicklung der Leistungsverrechnung z. B. direkt zwischen Verein und Anbietern mobiler sozialer Dienste).

War Beratung durch den Verein eine Hilfe?: Der Pflegescheck wurde über den Verein „Altwerden zuhause“ abgewickelt. Viele Hauptpflegepersonen (55 %) empfanden die persönliche Beratung zum Thema Pflegescheck über den Verein als hilfreich (Information über Anbieter sozialer Dienste, über Heime etc.), davon 60 % als „sehr hilfreich“.

45 % fühlten sich selbst gut über die Angebote professioneller Anbieter oder die Palette an Pflegehilfsmitteln informiert und hielten die finanzielle Unterstützung für primär ausschlaggebend dafür, den Scheck in Anspruch genommen zu haben.

Abbildung 36: Inanspruchnahme des Pflegeschecks: war Beratung durch den Verein „Altwerden zuhause“ hilfreich? (N = 44)



Quelle: IHS K

Das Service des Pflege-Notruftelefons war für niemanden ausschlaggebend dafür, den Pflegescheck zu beantragen bzw. zu nutzen.

Folgende in den geführten Interviews getätigten Aussagen unterstreichen die vielfach als einfach empfundene Abwicklung des Pflegeschecks.

„Es war so unkompliziert, denn es geht nicht alles so leicht. Ich musste nicht über alles Rechenschaft ablegen und genauestens begründen warum und weshalb. Das war dann für mich innerlich noch mehr Aufbau, das du mal ohne große Lauferei etwas für die Pflege bekommst. Man hat ein ganzes Jahr Zeit, man kann es [Hauskrankenhilfe] nehmen, wenn man es braucht, das ist schon fein. Man kriegt noch ein bisschen Unterstützung zusätzlich [zur Hauskrankenhilfe in der Früh und am Abend ist auch Hilfe zu Mittag finanzierbar]“ [ID 1].

Trotz dieser generell empfundenen Zufriedenheit wurde später, am Ende des Interviews, angemerkt, dass es am Beginn durchaus Verunsicherungen gab, z. B. da zunächst ein gemeinsamer Haushalt gefordert war oder auch, weil nach der Antragstellung keine Verständigung kam (z. B. in Form eines Schecks – wie auf der Infobroschüre des Vereins

„Altwerden zuhause“ abgebildet).⁸¹ Die Hauptpflegeperson hat zunächst ein, zwei Monate zugewartet, sich dann nochmals erkundigt. Erst dann war für sie klar, dass mit dem gestellten Antrag praktisch alles erledigt war und die Familie Leistungen im Wert von € 1.000,- bereits nutzen hätte können.

„Es war problemlos das Ganze, das ist normalerweise nicht der Fall, es ist sonst immer mit Rennereien verbunden. Das habe ich angenehm empfunden“ [ID 7].

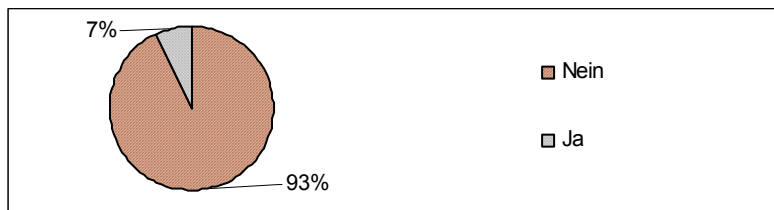
„Sie [Mutter] war 7 Tage im Heim. Ich habe alles mitgeben müssen: den Rollstuhl, Windeln, Zuckermessgerät ... im Preis (€ 800,-) waren nur Essen und Betreuung inkludiert. Einen Rettungstransport habe ich selber bezahlt. Die Organisation des Heimplatzes habe ich selbst übernommen. Die Bezahlung durch den Verein „Altwerden zuhause“ hat lange gedauert, ich habe schon eine Mahnung bekommen, es ist unangenehm, weil ich selber das halt gar nicht mag. Aber oben [Pflegeheim] hat alles gepasst ... wenn es wieder möglich ist, würde ich es wieder machen“ [ID 8].

Im Hinblick auf das erfolgte Marketing fühlten sich die meisten InterviewpartnerInnen gut informiert, dennoch nicht in jedem Fall: *„Ich habe mir eigentlich mehr Information gewünscht, war ziemlich uninformiert. In dem Jahr waren Wahlen und da ist geredet worden und dann habe ich die längste Zeit wieder nichts davon gehört. Dann durch Zufall, durch die Zeitung oder so, ist es mir wieder eingefallen ... und dann habe ich einfach angerufen und angefragt bei der Landesregierung. Alles [die Abwicklung] war problemlos. Es war nicht sehr publik, wahrscheinlich weil es so ein neues Projekt war - hat es ja vorher noch nie gegeben, und weil es nur beschränkt war auf diese zwei Gemeinden. Ich weiß gar nicht, ob alle Leute das in Anspruch genommen haben, das war nicht sehr publik, das Ganze“ [ID 7].*

5.1.2.8 Kritikpunkte und Änderungswünsche

Kritik: Kritikpunkte zum bzw. Veränderungswünsche werden von nur 7 % der Befragten geäußert, für 93 % „passt der Scheck genau so wie er ist“. Die Kritik betrifft die Abwicklung (kein definitives O.K. nach der Antragstellung) und die Verwendungsmöglichkeiten des Schecks (man hätte den Scheck z. B. gerne für eine medizinische Therapie oder für günstigere private Pflegehilfe beansprucht).

⁸¹ Vgl. Verein „Altwerden zuhause“: *Alle Informationen über den Pflegescheck*. Broschüre. S. 3: Richtlinien für den Pflegescheck.

Abbildung 37: Kritik am Pflegescheck (Anteile in %, N = 43)

Quelle: IHS K

Die beiden eigentlichen Verwendungsmöglichkeiten – mobile Pflegedienste und stationäre Kurzzeitpflege – dürften dennoch für verschiedene Pflegefamilien kein optimales Angebot darstellen: einige Familien haben den Ankauf von Pflegehilfsmitteln präferiert und keine externe Hilfe in Anspruch genommen; auch die deutlich unter den Erwartungen zurückgebliebene Nachfrage nach dem Pflegescheck in den beiden Pilotgemeinden (79 statt der erwarteten 250 BezieherInnen) wäre noch einer näheren Untersuchung zu unterziehen.

Aus den geführten Interviews lässt sich auch Kritik an den von den Krankenkassen finanzierten Hilfsmitteln herauslesen.

„Von Krankenkasse gibt es nur bestimmte Hilfsmittel, z. B. eine bestimmte Marke von Windeln. Man weiß, man kommt damit nicht zurecht, aber man erhält für geeignete Windeln keinen Zuschuss“ [ID 1]. Die Kritik zielt darauf ab, die Verwendungsmöglichkeiten des Schecks zu überdenken.

In einem Fall wurde der Scheck nur vorübergehend für medizinische Maßnahmen durch die Hauskrankenpflege (Verabreichen von Spritzen) in Anspruch genommen. Die Interviewte pflegt ihren krebserkrankten Mann seit etwa einem halben Jahr und benötigt (aus subjektiver Sicht) bislang weder Pflegehilfsmittel noch die Unterstützung durch mobile Dienste. Sie hat jedoch hohe Ausgaben für Medikamente. Da sie selbst nicht mobil ist, benötigt sie die Hilfe einer Nachbarin für Fahrten zum und vom Krankenhaus, die ebenfalls Kosten verursachen. *„Ich kann ja meinen Mann nicht zum Invaliden schlagen, damit ich den Pflegescheck in Anspruch nehmen kann. Es wäre schon gut, wenn es den Scheck österreichweit gäbe – aber jeder Fall ist anders, ist individuell. Das [Kosten für Medikamente, Kosten für den Transport zum/vom Krankenhaus durch Nachbarn] sind [für uns] Ausgaben, das sind Probleme“ [ID 4].*

5.1.2.9 Abschließende Kommentare zum Scheck

36 Personen haben abschließend persönliche Anmerkungen zum Pflegescheck gemacht. In rund 80 % dieser Fälle handelt es sich um positive Kommentare, in einigen Fällen um Kritikpunkte. Die positiven Kommentare, diese sind nachstehend aufgelistet, lassen einen

positiven Grundtenor und auch Dankbarkeit der Befragten erkennen: *„war sehr zufrieden und wäre dankbar, wenn es im nächsten Jahr wieder einen [Pflegescheck] geben würde“*; *„bin sehr zufrieden“*; *„Scheck war in Ordnung“*; *„gute Einrichtung - kann nur begrüßt und gefördert werden“*; *„Scheck ist wichtig - man braucht manchmal Abstand von der Pflege“*; *„Pflegescheck ist gute Einrichtung - weil es sich nicht um Bargeld handelt, kann kein Unfug passieren“*; *„würde ich erkranken, könnte meine Frau in ein Heim, das wäre für mich sehr beruhigend“*; *„gut, dass es ihn gibt“*; *„ich bin sehr dankbar für den Scheck“*; *„eine positive Einführung“*; *„mir war der Scheck eine große Hilfe“*; *„sehr gut“* oder *„rasche, unkomplizierte, unbürokratische Hilfe“*.

Kritische Kommentare bzw. Änderungsvorschläge zum Scheck betreffen die finanzielle Ausstattung des Schecks, die begrenzten Verwendungsmöglichkeiten oder die bisherige Einschränkung auf nur zwei Gemeinden: *„es ist sicher nötig, für sozial schwache Personen den Scheck zu erhöhen, nach Einkommen zu staffeln“*; *„in meinem persönlichen Fall ist die Grenze der Finanzierbarkeit erreicht, es wäre mehr Pflegegeld oder mehr Geld im Rahmen des Pflegeschecks nötig, sonst droht das Heim“*; *„eine Ausweitung auf ganz Kärnten wäre wünschenswert - sonst müssen sich andere Gemeinden ja gefrotzelt fühlen“*; *„professionelle Pflegedienste bieten zahlreiche Nachteile gegenüber privaten professionellen Pflegehelfern - neben Steuern und Abgaben auch Kosten für Organisation, das System ist schwerfällig (erst ab 9 Uhr erreichbar), kein Mitspracherecht bei Auswahl des Personals“*.

5.1.3 Resümee Pflegescheck

Mit dem Pflegescheck sollten eine Entlastung von Hauptpflegepersonen ermöglicht und eine adäquate Versorgung von pflegebedürftigen Personen (ab Pflegegeldstufe drei) im Fall einer Verhinderung pflegender Angehöriger gewährleistet werden. Ziel war es nicht zuletzt, die für die Pflegevorsorge wesentliche Säule der familiären Pflege aufrecht zu erhalten.

Die Inanspruchnahme des Pflegeschecks ist deutlich hinter den ursprünglichen Erwartungen zurückgeblieben. Ging man zu Beginn des Projektes von einer BezieherInnenzahl von 250 Personen aus, so haben laut Verein „Altwerden zuhause“ lediglich 79 Personen (46 in Waidmannsdorf und 33 in Steindorf) einen Pflegescheck beantragt. Seitens des Vereins wird angemerkt, dass ein gezieltes Informieren potenzieller Pflegescheck-BezieherInnen nicht möglich war, da die Adressen von Pflegegeld-EmpfängerInnen aus Datenschutzgründen nicht zur Verfügung gestellt werden konnten. Es könnte also Personen gegeben haben, die trotz der gesetzten Werbemaßnahmen (Medienarbeit etc.) nicht über das Angebot informiert waren. Auch die Anforderung, dass die Pflege bereits seit mindestens drei Monaten durch die/den Angehörige/n erfolgt sein musste, könnte die Zahl der BezieherInnen bzw. tatsächlichen NutzerInnen laut Verein „Altwerden zuhause“ eingeschränkt haben.

Es ist weiter zu vermuten, dass ein Teil der Pflegefamilien weder die Hilfe mobiler Dienste noch eine stationäre Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen wollte, sodass das Angebot des Pflegeschecks für diese nicht bedarfsgerecht war.

Auch waren vor dem Start des Projektes strengere Richtlinien für die Inanspruchnahme des Schecks vorgesehen, welche in Werbebroschüren⁸² abgedruckt wurden (z. B. Pflege im gemeinsamen Haushalt erforderlich, für Pflegegeld-EmpfängerInnen ab 50 Jahre). Spätere Aufweichungen dieser Richtlinien könnten manche Interessierte nicht mehr erreicht und von einer Inanspruchnahme abgehalten haben.

Für jene Personen, die vom Angebot des Pflegeschecks Gebrauch gemacht haben, stellten der Scheck bzw. seine Verwendungsmöglichkeiten (Kurzurlaub von der Pflege, Unterstützung durch mobile soziale Dienste) grundsätzlich Instrumente zur Entlastung dar:

- über 80 % der Hauptpflegepersonen haben ihre Urlaubswünsche aufgrund der Pflege stark eingeschränkt
- jede zweite Hauptpflegeperson nimmt starke Einschränkungen bei der Zeit für sich selbst oder für Freunde und Bekannte hin
- über 84 % fühlen sich durch die Pflege seelisch belastet, wobei das Gefühl „immer da sein zu müssen“ die stärkste psychische Belastung darstellt
- rund 60 % der Hauptpflegepersonen empfinden die Pflege zeitlich und körperlich belastend
- jede vierte Person fühlt sich durch die Pflege auch finanziell belastet
- zwei Drittel der Befragten hätten sich in der Situation eigener Erkrankung/Erschöpfung oder um selbst Urlaub zu machen Hilfe durch dritte Personen gewünscht bzw.
- jede zweite Hauptpflegeperson für dringende Erledigungen wie Einkäufe, Arztbesuche.

Das Zuziehen mobiler Dienste im Pflegealltag oder ein Kurzurlaub von der Pflege scheinen durchaus geeignet, die Belastungen der Hauptpflegepersonen zu mindern. So gaben 61 % der Befragten an, dass sie sich durch die Inanspruchnahme des Pflegeschecks „mit ruhigem Gewissen erholen konnten“; knapp 50 % haben eine körperliche Entlastung erfahren; 36 % nutzten das Angebot, um Urlaub zu machen und einige Tage Abstand von der Pflege zu gewinnen (Mehrfachnennungen waren möglich). Insbesondere Pflegefamilien, die auf professionelle Pflegehilfe in größerem Ausmaß angewiesen sind bzw. deren soziale Lage angespannt ist, führten auch die aus dem Scheck resultierende finanzielle Entlastung an (man kann sich etwas mehr an Pflege leisten, gewinnt ein wenig mehr Freiheit für sich selbst oder hat etwas mehr Zeit für den Beruf).

⁸² Vgl. Verein „Altwerden zuhause“: *Alle Informationen über den Pflegescheck*. Broschüre. S. 3.

Die eigentlichen Verwendungsmöglichkeiten des Schecks – mobile Pflege und stationäre Kurzzeitpflege – waren nicht immer bedarfsadäquat. Es gab Pflegefamilien, die aus verschiedenen Gründen (sozialer Druck selbst zu pflegen, Wunsch nach Unabhängigkeit, Unkenntnis, mangelnde Finanzierbarkeit professioneller Hilfe, keine Betreuung durch mobile Dienste in den Nachtstunden oder an Wochenenden, häufiger Personalwechsel, zu wenig Mitspracherecht bei der Auswahl des Pflegepersonals etc.) keine professionelle Pflege in Anspruch nehmen wollten, die aber dennoch Hilfe benötigten (z. B. Pflegehilfsmittel oder Medikamente, die nicht von der Krankenkasse finanziert werden; Mobilitätshilfe wie Transporte vom/zum Krankenhaus oder Arzt etc.). Bei einer allfälligen Fortführung der Projektidee, die auf die Entlastung der inhomogenen Gruppe pflegender Angehöriger abzielt, wäre daher im Vorfeld zu prüfen, ob die Verwendungsmöglichkeiten des Schecks in der gegenwärtigen Form ausreichend sind oder auch andere Nutzungsmöglichkeiten für den Regel- oder Ausnahmefall in Betracht zu ziehen wären; dies auch vor dem Hintergrund der allgemein als eher gering zu beurteilenden Nachfrage seitens potenzieller Pflegescheck-EmpfängerInnen in den beiden Pilotgemeinden (79 von 250 Personen).

Hauptpflegepersonen, welche das Angebot der mobilen Dienste oder der stationären Kurzzeitpflege genutzt haben, hatten mehrheitlich keine Bedenken, die Pflege des Angehörigen professionellen Diensten zu überlassen. Fast alle Hauptpflegepersonen, die im Vorfeld Bedenken äußerten (Ablehnung von Fremden durch Pflegescheck-NutzerIn, schlechtes Gewissen, mangelnde Pflegequalität im Heim), beurteilten die Erfahrungen mit professionellen Diensten im nachhinein als „eher positiv“. Hier wurde auch ein gesunder Realismus pflegender Angehöriger erkennbar: während Hauptpflegepersonen einhellig der Meinung sind, dass sie selbst am besten auf die Bedürfnisse der Gepflegten eingehen und sich diese in der gewohnten Umgebung am wohlsten fühlen, wird gleichzeitig angemerkt, dass „Auszeiten“ von der Pflege nötig sind. Dementsprechend konnte sich die Mehrheit der Hauptpflegepersonen vorstellen, die Pflege ihrer/s Angehörigen - zumindest vorübergehend - großteils an mobile Dienste zu übergeben (sofern dies finanzierbar ist). Eine Dauerlösung in einem Heim kam hingegen nur für eine Minderheit in Frage und nur dann, wenn die Pflege zuhause überhaupt nicht mehr zu bewältigen bzw. zu finanzieren wäre.

Eine nachhaltige Entlastung pflegender Angehöriger ist mit dem Pflegescheck im Wert von € 1.000,-/Jahr kaum erzielbar, dennoch wird das damit verfügbare zusätzliche Ausmaß an Entlastung und Unterstützung von den Hauptpflegepersonen deutlich honoriert, wie einige Kommentare aus den geführten Interviews bestätigen: *„eine dauerhafte Entlastung ist der Scheck sicher nicht, aber man kann sich zusätzlich jemanden holen“*; *„man kann wenigstens ein paar Monate Hilfe durch die Hauskrankenpflege in Anspruch nehmen“*; *„mit dem Scheck habe ich es mir leisten können, mit meiner Tochter ein paar Tage auf der Alm zu verbringen – sonst hätte ich das nicht können. Der Scheck ist eine große Hilfe, aber keine dauerhafte*

Entlastung“; „*einmal im Jahr raus können – das wäre schon fein*“. Insbesondere wenn professionelle Pflege in größerem zeitlichen Umfang nötig, die Hauptpflegeperson weitgehend alleine verantwortlich und die soziale Situation der Pflegefamilie angespannt ist, bleibt die Belastung der Hauptpflegesituation trotz Pflegegeld und Pflegescheck vermutlich groß. Eine Aufstockung der Mittel für den Pflegescheck wurde – obwohl man mit dem jetzigen Angebot schon sehr zufrieden war - von 80 % der Befragten als nötig empfunden, um die Situation pflegender Angehöriger weiter zu verbessern. Insbesondere zur Vermeidung des Übertritts in ein Pflegeheim dürfte der Scheck in seiner jetzigen Form (1.000,- Euro) kaum Einfluss auf eine Entscheidung nehmen.

Im Hinblick auf die administrative Abwicklung des Schecks gaben 95 % der Befragten an, dass sie die Art der Pflegescheckleistung völlig frei und nach eigenem Wunsch/Bedarf wählen konnten.

93 % waren der Meinung, die Abwicklung war einfach und unkompliziert. Kapazitätsengpässe scheinen nicht aufgetreten zu sein. Dennoch hat es in einzelnen Fällen phasenweise Verunsicherungen gegeben, z. B. bezüglich der geltenden Richtlinien für die Inanspruchnahme des Schecks; die Form des „Pflegeschecks“ (Gutschein, schriftliche Verständigung) oder der Liste der Hilfsmittel, die mit dem Scheck finanziert werden konnten. Bei allfälliger Fortführung der Projektidee sollte daher auch besonderes Augenmerk auf die inhaltliche und visuelle Aufbereitung von Broschüren und Informationsmaterial gelegt werden (klarer, eindeutiger Transport von Richtlinien, Verzicht auf unwesentliche Informationen, eindeutiges O.K. nach der Antragstellung etc.).

Im Zuge telefonischer Erinnerungstelefonate und der geführten Interviews wurde in einzelnen Fällen auch Kritik bezüglich der Verrechnung mit den Anbietern mobiler sozialer Dienste geübt. Verzögerungen bei Überweisungen haben dazu geführt, dass Pflegefamilien gemahnt wurden, was als unangenehm empfunden wurde. Die Abwicklungsmodalitäten sollten daher bei allfälliger Fortführung der Projektidee auf eine mögliche Optimierung hin überprüft werden (z. B. Abwicklung der Leistungsverrechnung direkt zwischen dem Verein und den Anbietern mobiler sozialer Dienste).

78 % der Befragten waren der Meinung, der Scheck wurde ausreichend beworben, 22 % stimmten dem nicht zu. Immerhin 14 % der Hauptpflegepersonen vermuteten, dass es Pflegende gab, welche den Scheck aus Unwissenheit nicht beantragt hatten.

Die *sozio-demografischen Merkmale* der Hauptpflegepersonen und Pflegescheck-NutzerInnen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Der Großteil der Hauptpflegepersonen ist weiblich (74 %), verheiratet (74 %), das durchschnittliche Alter beträgt 60 Jahre. Die Betreuung der Pflegescheck-NutzerInnen erfolgt in erster Linie durch die (Schwieger)Kindergeneration (61 %), gefolgt von den Ehe- bzw. LebenspartnerInnen (32 %). 80 % der Hauptpflegepersonen sind nicht berufstätig, die überwiegende Mehrheit ist bereits in Pension.

Zwei Drittel der Pflegescheck-NutzerInnen sind Frauen (68 %), das Durchschnittsalter der Pflegescheck-NutzerInnen beträgt 81 Jahre, 45 % der Pflegescheck-NutzerInnen sind bereits verwitwet, 41 % leben in einer Ehegemeinschaft oder Partnerschaft. Jede/r zweite Pflegeschecknutzer/in lebt in einem Eingenerationenhaushalt, 36 % davon leben alleine. Die durchschnittliche Pflegeperson wird seit 4,75 Jahren gepflegt. Zwei Drittel der Pflegescheck-NutzerInnen sind den Pflegestufen 3 und 4 zugeordnet.

5.2 Pflege-Notruftelefon

5.2.1 Projektverlauf

Modulverantwortliche Organisationen: Verein „Altwerden zuhause“, Institut für Gesundheits- und Krankenpflege (IGK).

Erste Projektphase: 15. Jänner bis 30. Juni 2004.

Aufgrund der unter den Erwartungen gebliebenen Anruhfrequenz (max. 42 Anrufe pro Monat) entschied sich der Verein „Altwerden zuhause“ mit Ende Juni 2004 aus dem Projekt auszuschneiden. Vom budgetierten Finanzrahmen von € 100.000,- wurden in der ersten Projektphase (bis Ende Juni 2004) € 23.000,- verbraucht.

Von Juli bis September 2004 wurde der Pflege-Notruf seitens des IGK ehrenamtlich weitergeführt, Werbemaßnahmen wurden in diesem Zeitraum nicht gesetzt.

Zweite Projektphase: Oktober 2004 bis März 2005.

Da das Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz diesen Projektteil jedoch als Pilotversuch, insbesondere hinsichtlich des 24-Stunden-Services betrachtete, wurde, aufgrund des Interesses an einer umfassenden Evaluierung, ein redimensionierter Neustart des Pflege-Notruftelefons, unter besonderer Berücksichtigung des Themas „Bewerbung und Bekanntmachung“, im Rahmen einer eigenen Fördervereinbarung mit dem IGK in die Wege geleitet.

Im November 2004 übermittelte das IGK Presseaussendungen an zahlreiche österreichische Zeitungen und Agenturen, mit dem Ziel, das Angebot des Pflege-Notrufes einer breiten Öffentlichkeit bekannt zu machen (Tages-, Wochenzeitungen und periodisch erscheinende Blätter, regionale Zeitschriften; APA, Landespressebüro etc.). Ebenso wurden Printmedien ersucht, die Pflege-Notrufnummer in ihrem täglichen Ankündigungskalender (Info-Glossar) zu publizieren.

Im Dezember 2004 und Jänner 2005 wurden Info-Folder (vgl. Anhang, Kapitel 10) an Apotheken, Arztpraxen und Krankenhäuser im Raum Kärnten verteilt. Im Hinblick auf die Aufbereitung des Folders ist kritisch anzumerken, dass der explizite Hinweis fehlt, dass es sich bei der Notrufnummer um einen *kostenlosen* Service handelt. Auch die eigentlichen Leistungen des Pflege-Notrufs hätten eventuell stärker und detaillierter hervorgehoben werden können.

5.2.2 Auswertung Dokumentationsblätter und Interviews

5.2.2.1 Auswertung der Dokumentationsblätter

Vom Modul umsetzenden Institut (IGK) wurden alle über die Notrufnummer geführten Telefonate registriert und Daten zur Problemlage und Pflegesituation elektronisch erfasst.

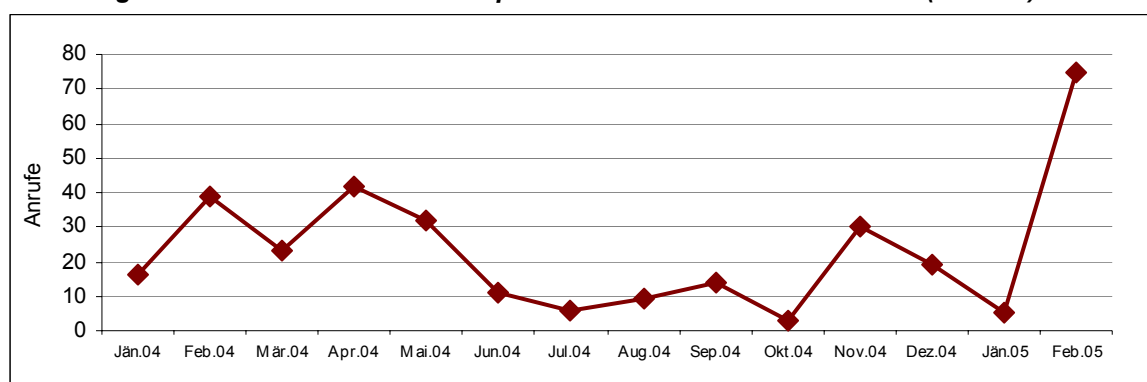
Zahl der Anrufe: In Summe wurden im betrachteten Zeitraum (Mitte Jänner 2004 bis Ende Feber 2005) **324 Anrufe** von Pflegenden⁸³ registriert. Bezogen auf die Projektlaufzeit von 13,5 Monaten gab es durchschnittlich nur 24 Anrufe pro Monat, d. h. im Durchschnitt weniger als einen Anruf täglich. Zahlreiche Personen haben zur Klärung eines Pflegeproblems bzw. –sachverhalts mehr als einen Anruf getätigt (im Maximum elf Anrufe), sodass insgesamt **157**

⁸³ Diese Zahl umfasst nur Anrufe von Privatpersonen mit Pflegeproblemen. Eliminiert wurden Anrufe von Behörden, TherapeutInnen, Pflegediensten, Arztpraxen oder dem AMS (allgemeine Infos zum Notruf, Reaktionen auf erfolgte Kontaktaufnahmen durch das IGK); fehlgeleitete Anrufe (Frage nach der nächsten Blutspendezentrale, Info über Pollenbelastung); Testanrufe des IGK (Test der Telefonanlage); etc.

Personen vom Angebot des Pflege-Notrufs Gebrauch gemacht haben (im Mittel 12 Personen pro Monat).

Die Zahl der Anrufe je Monat ist in Abbildung 38 dargestellt. Der Verlauf zeigt eine höhere Anrufrfrequenz in den ersten Projektmonaten, eine Delle zwischen Juli und Oktober 2004 (interimistische Weiterführung des Notrufs) sowie eine leichte Erholung im November 2004 (Projektneustart, erste Marketingaktivitäten). Im Februar 2005, nach einer Phase intensiver PR-Aktivitäten für den Notruf (Medienarbeit; Info-Kampagnen bei Apotheken, Ärzten, stationären Einrichtungen mit Hilfe von Foldern) ist erstmals ein Anstieg der Zahl der Anrufe erkennbar. Die durchschnittliche Dauer eines Telefonates betrug 20 Minuten (N = 318).

Abbildung 38: Notruftelefon – Anrufrfrequenz Jänner 2004 bis Feber 2005 (N = 324)



Quelle: IHS K

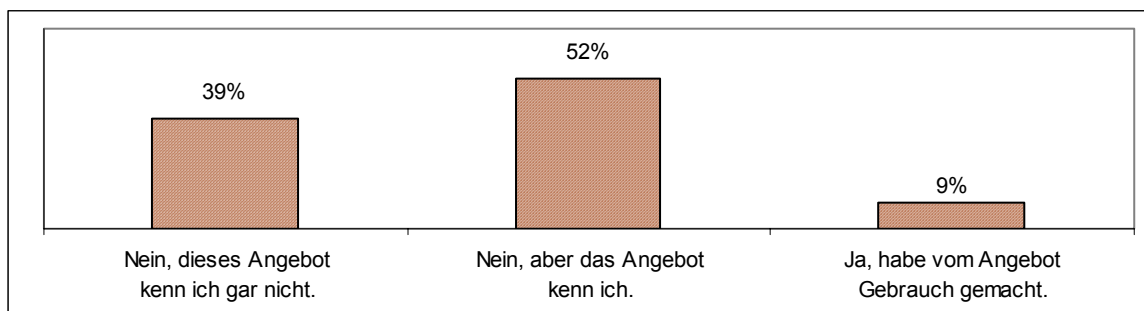
Die geringe Anrufrfrequenz dürfte – aufgrund des deutlichen Anstiegs der Anrufe im Februar 2005 – u. a. auf die beschränkten Marketingaktivitäten und den damit zusammenhängenden geringen Bekanntheitsgrad des Services in den ersten Projektmonaten zurückzuführen sein. Ein Indiz dafür ist auch, dass sogar 39 % der Pflegescheck-NutzerInnen - eine Klientel, bei der neben dem Pflegescheck auch für den Pflege-Notruf geworben wurde – angaben, das Angebot des Pflege-Notrufs nicht zu kennen.

Andererseits hat die Mehrheit der Pflegescheck-NutzerInnen (61 %) das Serviceangebot des Pflege-Notrufs durchaus wahrgenommen, nur 9 % haben jedoch auch davon Gebrauch gemacht (Befragungszeitpunkt Dezember 2004). Der Kommentar einer Hauptpflegeperson⁸⁴ zeigt, dass manche Pflegenden eher auf andere Informationsquellen zurückgreifen und die Beziehungsdimension⁸⁵ zwischen beratender und hilfesuchender Person dabei eine Rolle spielt: „Das Pflege-Notruftelefon kenne ich nicht und brauche ich nicht. Ich rufe die Pflegerin [mobile Dienste] an, ich brauche nicht auch noch Fremde“ [ID 6].

⁸⁴ InterviewpartnerIn zum Thema Pflegescheck, ID 6 (vgl. Anhang, Kapitel 10: Liste der InterviewpartnerInnen).

⁸⁵ Görgen Thomas et al. (2002) : Erkundung des Bedarfs für ein bundeseinheitlich erreichbares telefonisches Beratungsangebot für ältere Menschen. Bericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Justus-Liebig-Universität Gießen. S. 23ff.

Abbildung 39: Pflegescheck-NutzerInnen – Nutzung des Pflege-Notrufs (Anteile in %, N = 44)

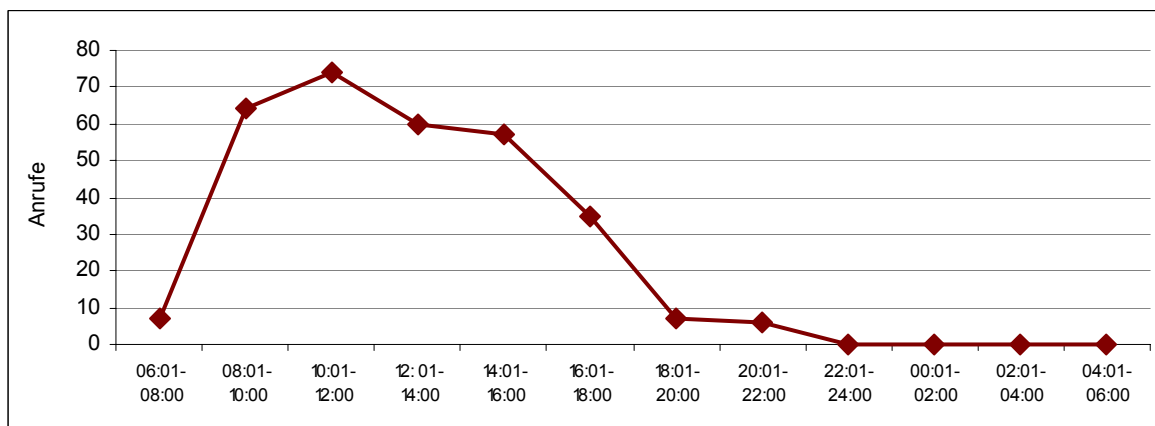


Quelle: IHS

Anrufzeit: das Gros der Anrufe erfolgte zwischen 8.00 Uhr morgens und 16.00 Uhr nachmittags. In den Nachtstunden, d. h. zwischen 22.00 Uhr und 6.00 Uhr früh, wurden hingegen keine Anrufe registriert (Abbildung 40). Aus bisherigen Erfahrungen lässt sich somit nicht ableiten, dass der Pflege-Notruf zur Deckung eines Informationslochs bzw. –defizits während der Nachtstunden genutzt wurde. Solange es keinen „Pflegenotdienst“ für die Nachtstunden und Wochenenden gibt, erscheint das Service in den Nachtstunden eher unnötig. *„Wenn in der Nacht wirklich was ist, kriegt man den [Ärzte]Notruf und die Rettung auch. Ich wüsste nicht einmal was [für ein Pflegeproblem so akut eintreten könnte] – die/der Gepflegte wird am Abend so [umfassend] versorgt, dass es nichts gibt. Wenn etwas organisches [medizinisches] ist, kann der Pflege-Notruf auch nichts machen [ID A⁸⁶].“*

In einem anderen Fall – der Gepflegte ist im Rollstuhl – hat die Angehörige [ID B] schon mehrmals in der Nacht die Rettung zur Hilfe beim Heben des Gepflegten kontaktiert (diese Hilfe war kostenpflichtig). Sie meinte, ein Anruf beim Notruf würde dann Sinn machen, wenn in so einem Fall auch jemand vorbeikommen könnte.

Abbildung 40: Notruftelefon – AnruferInnen nach Tageszeit (N = 310)



Quelle: IHS K

⁸⁶ Charakterisierung der AnruferInnen beim Pflege-Notruf (vgl. Anhang, Kapitel 10).

Problemlagen - Auskunftsbedarf: Da AnruferInnen den Notruf auch mehrmals bezüglich desselben Problems kontaktierten (z. B. Problemschilderung, Übermittlung von Daten, Danken für den Service), wurden hinsichtlich der Anliegen der AnruferInnen Problemkategorien festgelegt und jeder/jedem Anrufer/in eine oder mehrere dieser Kategorien (bei multiplem Auskunftsbedarf) zugeordnet (vgl. Abbildung 41). Damit wurde verhindert, dass einzelne Themen (aufgrund wiederholter Anrufe einer Person) übergewichtet wurden.

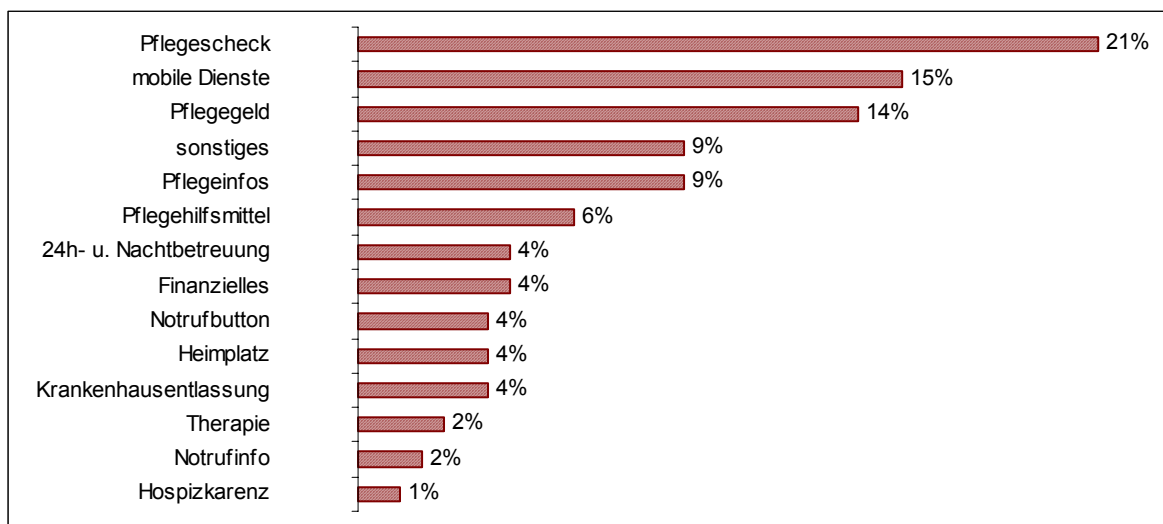
Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass es sich bei den Anliegen der AnruferInnen – mit Ausnahme eines Falles, bei dem eine sofortige medizinische Intervention nötig war – nicht um akute Pflegefälle handelte.

Am häufigsten wurden von den AnruferInnen Informationen zum Pflegescheck (Richtlinien, Reichweite des Schecks etc.) eingeholt (der Großteil dieser Anfragen erfolgte zwischen Jänner und Mai 2004, die letzte diesbezügliche Anfrage im Juli 2004).

Das zweithäufigste Anliegen betraf das Angebot an mobilen Diensten (Informationen über Anbieter, Adressen, Kosten etc.).

Am dritthäufigsten wurden Informationen zum Pflegegeld gewünscht (Antragstellung, Ein- bzw. Höherstufung, Einspruchsmöglichkeit).

Abbildung 41: Pflege-Notruf –Anliegen der AnruferInnen (Mehrfachnennungen; N = 163)



Quelle: IHS K

Unter „sonstiges“ sind AnruferInnen zusammengefasst, die sich im Einzelfall zum Thema Sachwalterschaft erkundigt haben, einen Ansprechpartner zum Reden suchten, einen Krankenhauswechsel vornehmen wollten, die Adressen von Selbsthilfeverbänden wünschten oder medizinische Hilfe benötigten etc.).

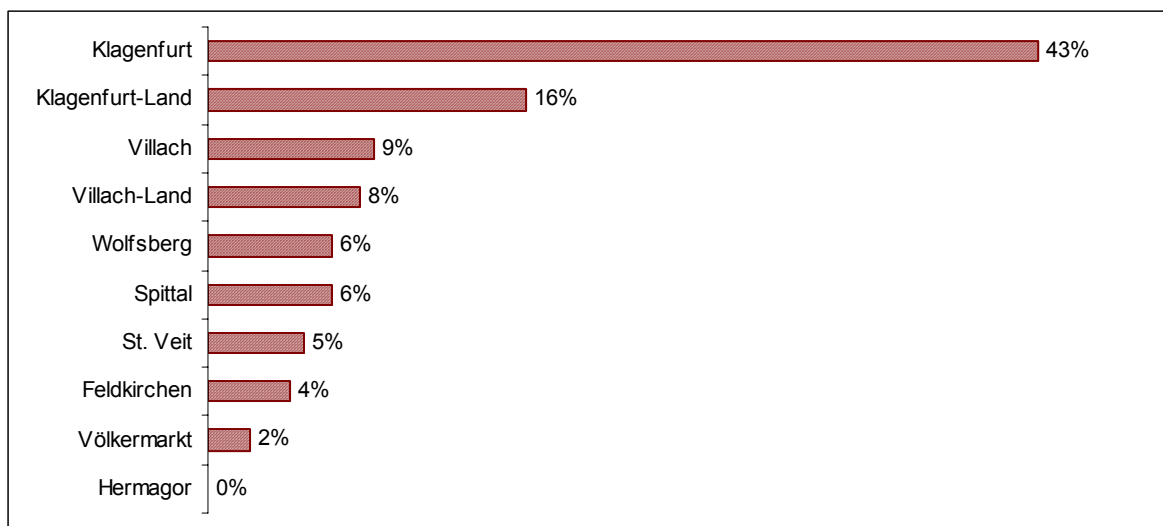
Die Rubrik „Pflegetinfos“ umfasst AnruferInnen, die Hilfe bei der Bewältigung der Pflegeaufgabe suchten (Hilfe bei allgemeiner Überforderung; Umgang mit Alzheimer, Inkontinenz, Aggression oder gestörter Nachtruhe; Info über Hebetechniken; Rat zur Bewältigung von Konfliktsituationen; Erklären von ärztlichen Befunden etc.).

Zehn Personen wurden über das Angebot, die Anschaffung und die Kosten von Pflegehilfsmitteln informiert.

Nur in einzelnen Fällen wurden folgende Themen angesprochen: die Möglichkeit einer 24-Stunden Betreuung bzw. einer Betreuung in den Nachtstunden; massive finanzielle Probleme (Zugang zu Zuschüssen, Unterstützungsleistungen oder Pensionsausgleichszahlungen); Informationen zu Notrufnummern/-buttons oder zu den Möglichkeiten einer Langzeitunterbringung in einem Heim (Ansuchen, Kosten, Anbieter); in einigen Fällen wurde Rat aufgrund einer bevorstehenden Krankenhausentlassung gesucht (Infos zur Bewältigung der Pflege, zu Pflegehilfsmitteln etc.); einige Personen holten Informationen zum Thema Hospizkarenz oder zu Therapieangeboten ein oder wollten sich ganz allgemein über den Pflege-Notruf erkundigen.

Regionale Streuung der AnruferInnen: Betrachtet man die AnruferInnenstruktur hinsichtlich ihrer Herkunft nach Bezirken, so waren knapp 60 % im Raum Klagenfurt bzw. Klagenfurt-Land angesiedelt. 17 % der AnruferInnen stammen aus den Bezirken Villach und Villach-Land. Wenig bis gar nicht frequentiert wurde das Angebot des Pflege-Notrufs von den Bezirken Feldkirchen, Völkermarkt und Hermagor.

Abbildung 42: Pflege-Notruf –Streuung der AnruferInnen nach Bezirk (Anteile in %, N = 140)

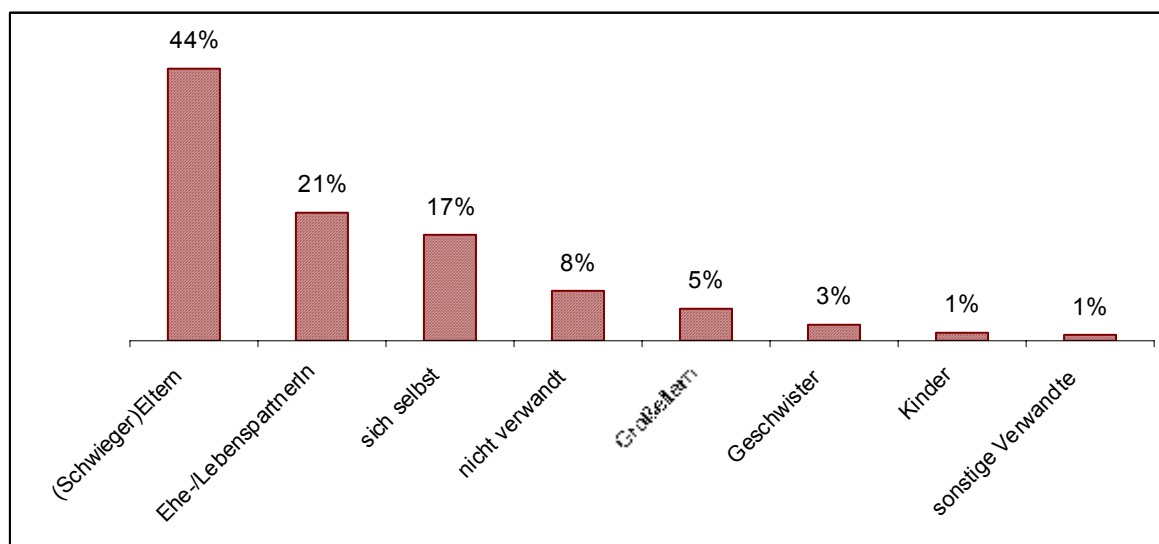


Quelle: IHS K

AnruferInnen nach Geschlecht: Zwei Drittel der Anrufe wurden von Frauen, ein Drittel von Männern getätigt (N = 305).

Verwandschaftsverhältnis: Der Großteil der Anrufe stammte von der (Schwieger)Kindergeneration, welche mit der Pflege der (Schwieger)Eltern betraut ist. 21 % der Anrufe wurden von der Ehe-/Lebenspartnerin bzw. dem -partner getätigt. Anrufe für die eigene Person machten einen Anteil von 17 % aus. Unter der Rubrik „nicht verwandt“ sind Anrufe für Bekannte oder KlientInnen (z. B. bei Sachwalterschaft) zusammengefasst.

Abbildung 43: Verwandschaftsverhältnis: Anruf für ... (Anteile in %, N = 275)

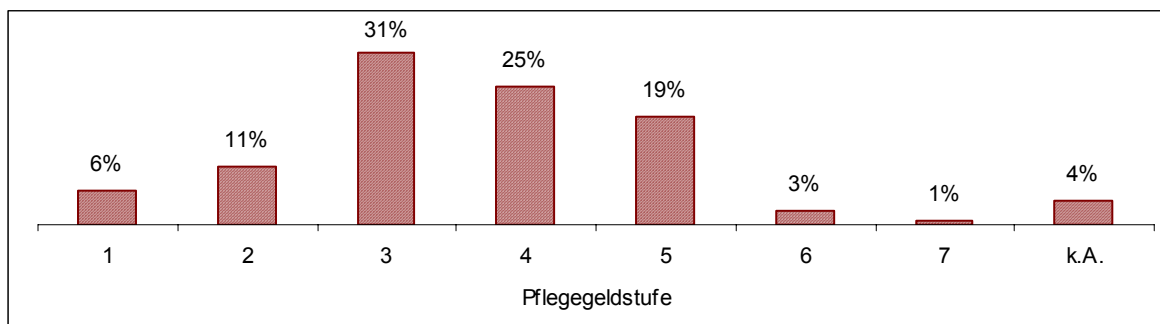


Quelle: IHS K

Gepflegte nach Geschlecht, Alter und Pflegegeldstufe: Daten über die von den AnruferInnen gepflegten Personen zeigen, dass 60 % der Anrufe für weibliche Verwandte bzw. Bekannte getätigt wurden, 40 % für pflegebedürftige Männer (N = 255).

Das Durchschnittsalter der gepflegten Person betrug 65 Jahre; im Minimum 5 Jahre, im Maximum 96 Jahre (N = 145).

Der Großteil der gepflegten Personen (77 % von 145 Personen) besaß bereits eine Pflegegeldeinstufung (vier dieser Personen haben ein Verfahren zur Neuein- bzw. Höherstufung beantragt). Das Service des Notruftelefons wurde insbesondere von Personen in Anspruch genommen, die Angehörige der Pflegegeldstufen drei bis fünf betreuen (für vier Prozent der Gepflegten war die Einstufung nicht bekannt).

Abbildung 44: Pflege-Notruf – Gepflegte nach PflegegeldEinstufung (N = 112)

Quelle: IHS K

23 % der Gepflegten (33 Personen) besaßen keine PflegegeldEinstufung. 64 % davon (21 Personen) hatten jedoch bereits einen Antrag auf PflegegeldEinstufung gestellt.

Die Zahl der Anrufe bzw. NutzerInnen des Pflege-Notrufs ist ein Evaluationskriterium und wirft - angesichts der bislang geringen Frequenz, insbesondere in den Nachtstunden - die Frage auf, ob ein 24-Stunden-Telefonnotruf erforderlich und die Kosten dafür gerechtfertigt sind.

Ein anderes Kriterium ist die Zufriedenheit jener Personen, die bislang vom Service des Notruftelefons Gebrauch gemacht haben. Nach Meinung des IGK lässt sich der Erfolg des Pflege-Notrufs insbesondere an den individuellen Verbesserungen messen, die für pflegende Angehörige bzw. Gepflegte durch die Intervention des IGK erzielt werden konnten. Um dies zu ermitteln, wurden Anfang März 2005 telefonische Interviews mit NutzerInnen des Pflege-Notrufs geführt. Die Ergebnisse sind nachstehend zusammengefasst und in Auszügen wörtlich verschriftet. Grundsätzlich war die Zufriedenheit der Personen, die vom Notruf Gebrauch gemacht haben, groß.

5.2.2.2 Interviews mit NutzerInnen des Pflege-Notrufs

„Ich muss Ihnen ganz ehrlich sagen, das [Pflege-Notrufservice] war hervorragend. Das war einmalig – er [Hr. Liptajnik, IGK] hat das [Antrag auf Kurzzeitpflege beim Land Kärnten, Abteilung Soziales] unten [im Büro] sofort ins Laufen gebracht, die Papiere [Antragsunterlagen] sofort herauf geschickt, also das war einmalig. Ich habe damals nicht gewusst, dass es eine Auszeit [28 Tage, vom Land Kärnten, Abteilung Soziales] gibt für Pflegepersonen, das hat mir er gesagt ... er hat alles ausgefüllt, geschickt, ich hab nur mehr unterschreiben müssen, das ist alles tadellos gegangen. Es gibt immer wieder Neuigkeiten [neue Angebote, über die man selbst nicht Bescheid weiß]. Das ist eine wunderbare Einrichtung. Der Service – super. Diese Einrichtung sollte nicht aufgegeben werden. Also - so eine Bedienung kriegt man sonst nicht.“

Ich hab durch Zufall in der Zeitung [Glossar] davon [Notrufnummer] erfahren, aus Neugier angerufen [Anruf im April 2004]. Ich muss Ihnen ganz ehrlich sagen, das [Existenz der Notrufnummer] wissen sehr viele Leute nicht, das gehört viel mehr populär gemacht. In meinem Bekanntenkreis [auch Pflegefamilien] ... die sind nicht informiert, die wissen das nicht. Das [die Notrufnummer] gehört mehr unter die Leute gebracht. Da [in die Tageszeitungen] gehört einmal eine ganze Seite hinein, was der Notruf ist und kann“ [ID A⁸⁷].

„Ich bin in der Zeitung [Glossar] auf die Nummer aufmerksam geworden. Ich hab die Worte Hilfe und gratis gelesen - ich war verzweifelt und hab angerufen; das Wort Hilfe, das war's. Hr. Liptajnik [IGK] hat super geholfen, er ist auch vorbeigekommen, und hat mit mir vor Ort die Situation [Mann ist im Rollstuhl, inkontinent] besprochen. Er hat mit dem Krankenhaus Kontakt aufgenommen, direkt mit dem Arzt Termine ausgemacht, hat mir Wege und Anrufe abgenommen, er hat sich um alles gekümmert. Er war sehr freundlich und hat uns wirklich geholfen“ [ID B].

„Mich hat eine Nachbarin angerufen, die die Nummer irgendwo herausgefunden hat. Dann hab ich die Nummer genommen, hab angerufen, nicht mal richtig gewusst, wer das ist und – [es ist] genau die richtige Nummer gewesen. Die Nachbarin hat die Nummer vermutlich aus der Zeitung.

Ich hab ein Problem mit einer Tante. Sie ist 94-jährig und sträubt sich dagegen, sich helfen zu lassen, obwohl es bei ihr so aussieht... Dann hat er [Liptajnik, IGK] mich sehr gut beraten, muss ich sagen ... das hab ich dann weitergeben können, weil es ist ja immer schwer mit alten Leuten, ihnen begreifbar zu machen, was nützlich ist. Dann sind wir so verblieben, dass er mir einen Antrag ausgefüllt hat für die Bauernkrankenkasse, damit ich ein Pflegegeld bekomme. Dann spürt sie es nicht so [finanziell]. Ich muss mit ihr nicht diskutieren, ob sie einen Pflegedienst nimmt oder ins Heim – das will sie ja auf keinem Fall. So hab ich ihr versprochen: nein, du kannst zu Hause bleiben. Aber ich hab ja Kosten und da hat er mich richtig beraten, da gäbe es ein Pflegegeld dafür und dann spürt sie das nicht so, mit ihrer kleinen Pension. Ich hab das alles nicht gewusst und bin richtig aufgeklärt worden. Und zu aller Zufriedenheit werden wir das jetzt auch lösen, das Problem“ [ID C].

„Die Nummer ist in der Zeitung gestanden, ein Artikel – und das hab ich mir gleich herausgeschnitten und gleich angerufen. Also das [Notruf] ist eine ganz tolle Einrichtung. Es gibt ja soviel Organisationen [mobile Dienste], ich hab eigentlich nur eine gekannt. Der Herr [Liptajnik, IGK] hat mich ganz schnell ans Kärntner Hilfswerk vermittelt. Das [der Notruf] ist

⁸⁷ Charakterisierung der AnruferInnen siehe Anhang, Kapitel 10.

eine ganz tolle Einrichtung, das find ich ganz, ganz super. Ich würde [bei Bedarf] wieder anrufen“ [ID D].

„Die Nummer ist in der Zeitung, in der Kärntner Woche, gestanden. Da gab es einen Artikel. Ich hab mich wegen dem Pflegescheck erkundigt und wurde beraten, dass dieser nur in zwei Gemeinden umgesetzt wird. Habe dort [IGK] alle Infos zum Scheck bekommen – leider konnten wir ihn nicht nutzen“ [ID E].

„War mehr oder weniger zufrieden. Weniger weil ... zuerst haben sie mich da hingehalten mit dem Notrufbutton, da war ich dann so überdrüssig, da hab ich gesagt, dass brauch ich nicht mehr. Erfahren hab ich vom Notruf aus der Zeitung, kann mich aber nicht mehr so genau erinnern, wo [in welcher]“ [ID F].

„Ich habe einen Therapeuten gesucht. Er [Liptajnik, IGK] ist persönlich vorbeigekommen. Ich habe Adressen bekommen und dann dort [Therapeuten] angerufen. Die Nummer stand in der Zeitung“ [ID G].

„Ich kenn die Nummer von der Werbung in der Kronenzeitung. Dort war die Nummer. Ich hab nicht soviel gebraucht, und das was ich gebraucht habe – dass sie mir weiter geholfen haben, wegen Pflegegelderhöhung für meine Mutter, das hat eigentlich ganz gut funktioniert. Sie haben gesagt, wo ich hingehen soll und sogar die Zettel, die auszufüllen waren, vorbeigebracht und so. Die Hilfe hat gepasst. Ich hab dort angerufen und das hat gleich funktioniert“ [ID H].

„Ich wollte mich nur einmal erkundigen, wie das [Kurzzeitpflege] aussieht. Ich mache die Pflege ganz alleine, wenn ich irgendeinmal krank werde, dass ich weiß, wohin ich mich wenden kann. Darum ist es gegangen, das ich weiß, wie das funktioniert. Ich habe mich gut informiert gefühlt. Es war eine grundsätzliche Anfrage.

Ich hab es [Notrufhinweis] nur zufällig entdeckt in der Kärntner Woche, ich habe vorher noch nie etwas davon gehört. Würde man das mehr publik machen, würden es wahrscheinlich auch mehr Leute beanspruchen. Ich muss Ihnen sagen, ich habe die Ohren immer offen – aber ich habe vorher [Feber 2005] noch nie davon gehört. Vielleicht sollte man auch im Radio Werbung machen. Ich vermute, dass viele gar nicht über den Notruf Bescheid wissen, nicht informiert sind. Ich würde es jedenfalls empfehlen, diese Einrichtung [Notruf] aufrecht zu erhalten. Da kann ich mich hinwenden, wenn irgendetwas ist. Wenn da so ein zentraler Punkt ist, wo man etwas deponieren kann – das finde ich gut. Man ist ja oft sehr alleine

gelassen. Wenn der Patient aus dem Krankenhaus kommt, ist das für den Angehörigen nicht so leicht – da fühlt man sich schon ein bisschen alleine gelassen“ [ID I].

„Der Pflege-Notruf hat mir schon super geholfen. Es gab eine Notsituation [Unzufriedenheit mit mobilen Diensten], das haben wir geklärt, ich konnte meinen Frust ablassen. Zu Beginn der Pflege gab es das noch nicht. Es ist wichtig zu wissen, an wen man sich wenden kann. Sie [IGK] haben auch das Pflegebett organisiert. Der Notruf ist eine Erleichterung – man muss nicht alle Anrufe selbst tätigen, sondern bekommt quasi das Ergebnis“ [ID 1, Interview Hauptpflegeperson].

5.2.3 Resümee Pflege-Notruftelefon

Die wachsende Vielfalt und Zahl an Hilfe- und Unterstützungsangeboten für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ist prinzipiell positiv zu beurteilen, sie birgt aber gleichzeitig die Gefahr, dass die Suche nach geeigneten Angeboten, aufgrund der zunehmenden Komplexität und Intransparenz, letztlich ungedeckt bleibt. Ein koordinierend und beratend tätig werdender, regional verankerter Pflege-Notruf (mit Kenntnis der lokalen und regionalen Anbieterstrukturen zur zielgerichteten Weitervermittlung) erscheint prinzipiell geeignet, bestehende Diskrepanzen zwischen vorhandenen Angeboten und bestehendem Hilfsbedarf zu verringern. Insbesondere für Anrufende, die sich zwar über ihre persönliche Problemlage im klaren sind, jedoch keine genaue Vorstellung von einem Soll-Zustand und möglichen Problemlösungen haben, erscheint eine derartige Anlaufstelle wichtig. Die telefonische Beratung ist als erste Kontaktstelle, nicht als Ersatz oder Konkurrenz für persönliche Beratungsangebote zu sehen (Ziel ist vielmehr die Vernetzung, Integration und Flankierung bestehender Angebote).

Das Telefon als Medium der Beratung verfügt über zahlreiche Vorteile (weitgehende Anonymität, durchgängige Verfügbarkeit, Überwindung von räumlichen Distanzen, Möglichkeit der Kommunikation bei eingeschränkter Mobilität etc.) und ist daher ein besonders niedrighwelliges Kontaktmedium.⁸⁸ Die telefonische Beratung älterer Menschen stößt aber auch auf Grenzen: so sind für den Zugang zur Beratungsdienstleistung ein aktives Kontaktieren seitens der Hilfesuchenden und auch bestimmte Kompetenzen und Ressourcen erforderlich (schwer erreichbare Personengruppen, wie sozial isolierte Menschen, machen vom Angebot erfahrungsgemäß weniger Gebrauch, ebenso Menschen mit Hemmungen, Ängsten und Schamgefühl gegenüber der Inanspruchnahme von Hilfe

⁸⁸ Görgen Thomas et al. (2002): Erkundung des Bedarfs für ein bundeseinheitlich erreichbares telefonisches Beratungsangebot für ältere Menschen. Bericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Justus-Liebig-Universität Gießen. S. 29ff.

allgemein; kommunikative, sensorische und motorische Fähigkeiten sind nötig).⁸⁹ Für manche Personen ist der persönliche Kontakt wichtig, sie bevorzugen eine direkte Begegnung mit dem beratenden Menschen. Es ist anzunehmen, dass die relativ niedrige Zahl an Anrufen u. a. auch darauf zurückzuführen ist. Ein genereller Kritikpunkt an der telefonischen Beratung ist, dass die Situation der AnruferInnen nur in Ausschnitten erfasst werden kann. Persönliche Kontaktaufnahmen, z. B. in der Form von Hausbesuchen, wie sie teilweise vom IGK durchgeführt wurden, sind eine Möglichkeit, dem entgegenzuwirken.

Die Aufzeichnungen des IGK zeigen, dass die bisherige Anrufrequenz eher niedrig war: 157 private Pflegepersonen haben in den vergangenen 13,5 Monaten (Mitte Jänner 2004 bis Ende Feber 2005) durch insgesamt 324 Anrufe vom Service Gebrauch gemacht.

Die gesetzten Werbemaßnahmen, insbesondere in der Projektphase bis Oktober 2004, werden sowohl vom IGK als auch von InterviewpartnerInnen als nicht ausreichend bezeichnet. Es dürfte in dieser Phase nicht gelungen sein, die Zielgruppe nachhaltig über das Angebot des Notrufs in Kenntnis zu setzen. Das Einschränken der Marketingaktivitäten seitens des Vereins „Altwerden zuhause“ in der ersten Projektphase ist – da es sich um ein Pilotprojekt handelt – in diesem Zusammenhang negativ zu beurteilen.

Der Anstieg der Zahl der Anrufe im Feber 2005 scheint eine erste positive Reaktion auf die verstärkten Marketingmaßnahmen in den vergangenen Monaten (ab November 2004) zu sein (sofern die Zahl der Anrufe auch in den Folgemonaten ein höheres Niveau als in den Vergleichsmonaten des Jahres 2004 erreicht, was zu prüfen wäre). Entsprechend der geführten Interviews wurde bislang insbesondere auf Einschaltungen in Printmedien reagiert (Artikel in Tages- oder Wochenzeitungen, Info-Glossar in Tageszeitungen).

Sofern das Projekt in Zukunft fortgesetzt wird, sollten insbesondere Konzepte zur nachhaltigen Verankerung der Notrufnummer in der Zielgruppe bzw. der breiten Öffentlichkeit überlegt werden. Alle Info-Materialien sollten nochmals sorgfältig auf den Informationsgehalt geprüft werden (Hinweis auf den Gratisservice in Foldern, stärkeres Hervorheben der Leistungen des Notrufs). Zu empfehlen ist darüber hinaus, Werbemaßnahmen vermehrt in den Bezirken außerhalb des Raums Klagenfurt durchzuführen, da diese bislang in geringerem Ausmaß vom Notruftelefon Gebrauch gemacht haben.

Das Gros der Anrufe erfolgte in der Zeit zwischen 8.00 Uhr und 16.00 Uhr, hingegen gab es keinen Anruf in den Nachtstunden. Auch inhaltlich handelte es sich bei den bisherigen Anrufen – mit einer Ausnahme – nicht um akute Notfälle: primär wurden Informationen zum Pflegescheck, zum Angebot mobiler Dienste und zum Pflegegeld gewünscht. Solange es nicht gelingt, den Notruf zu einem Pflegenotdienst auszubauen, stellt sich die Frage, ob das

⁸⁹ Vgl. Görgen Thomas et al. (2002), S. 117ff.

Aufrechterhalten des Services zwischen 22.00 Uhr und 6.00 Uhr früh sinnvoll ist. Für die Aufrechterhaltung des 24-Stunden-Services spricht, dass z. B. das IGK ohnehin eine Erreichbarkeit rund um die Uhr anbietet und somit den Pflege-Notruf parallel mitbedienen könnte.

Die überwiegend positiven, zufriedenen Reaktionen der InterviewpartnerInnen und deren Hinweise darauf, dass Betroffene bislang zu wenig Kenntnis über dieses Angebot haben dürften, sprechen dafür, eine Verlängerung des Pilotprojektes über die geplante Testphase (Ende März 2005) hinaus, zu prüfen.

5.3 Pflegehilfsmittel-Pool

5.3.1 Projektverlauf

Modulverantwortliche Organisation: Verein „Altwerden zuhause“.

Start des Moduls: Frühjahr 2004.

Im Rahmen des Moduls wurden in zwölf Kärntner Gemeinden Pflegebetten-Pools mit insgesamt 29 Pflegebetten initiiert (Tabelle 6, Seite 79). Die Betten wurden den Gemeinden über den Verein „Altwerden zuhause“ zugeteilt. Der Bestand von 29 Betten setzt sich aus nicht mehr in Verwendung stehenden, kostenlos zur Verfügung gestellten Pflegebetten aus dem Landeskrankenhaus Klagenfurt und der Privatklinik Althofen zusammen.

Durch die unentgeltliche Bereitstellung der Betten blieb das Budget von € 10.000,- unangetastet.

In Anlehnung an den in der Gemeinde Steindorf bestehenden Hilfsmittel-Pool wurden vom Verein „Altwerden zuhause“ zwölf dezentral verwaltete Pflegebetten-Pools initiiert. Im Zeitraum Dezember 2004 bis Feber 2005 wurden telefonische Interviews mit zehn der zwölf Gemeinden bzw. mit GemeindevertreterInnen, die mit der Umsetzung der kommunalen Pflegebetten-Pools betraut sind, geführt, um Informationen zur Evaluierung dieses Projektmoduls zu erhalten. In drei der zehn Gemeinden gab es schon zuvor einen Pflegebettenverleih (Möbling, St. Paul und Steindorf), die meisten Gemeinden haben sich jedoch erst auf Initiative des Vereins „Altwerden zuhause“ hin zur Gründung eines Pools entschlossen. Jede zweite der zehn Gemeinden hat ihren Pflegehilfsmittel-Pool seit der Gründung erweitert (um Pflegebetten, Anti-Dekubitusmatratzen, Gehbehelfe, Leibstühle etc.), in 50 % der interviewten Gemeinden wurden seit der Anschaffung der Pflegebetten im Jahr 2004 keine weiteren Pflegebedarfsmittel in den Pool aufgenommen. Die Erweiterung

der Pools beruht auf privaten Sachspenden; in drei Kommunen wurden Ankäufe von Pflegehilfsmitteln auch über das Gemeindebudget finanziert.

Tabelle 6: Dezentrale Pflegebetten-Pools – Bettenzuteilung über Verein „Altwerden zuhause“

Gemeinde	Wohn- Bevölkerung 2001	Pflegebetten-Pool Stand Frühjahr 2004 (Anzahl Betten)	eine Erweiterung des Pflegebetten- Pools ist erfolgt	AnsprechpartnerIn
Arnoldstein	6.832	2	-	Hr. Gallob Jochen
Arriach	1.554	1	Ja	Hr. Müller Karl-Gerfried (Bürgermeister)
Frauenstein/Kraig	3.528	1	Nein	Hr. Jannach (Vizebürgermeister)
Gitschtal	1.321	2	Nein	Fr. Enzi Christl (Sozialreferat)
Hermagor	7.232	2	Ja	Hr. Haas (Landtagsabgeordneter)
Kirchbach	2.881	2	Nein	Fr. Essl Roswitha (Gemeinderätin)
Metnitz	2.450	1	Nein	Hr. Leitner (Gemeinderat)
Mölbling	1.273	1	Ja	Fr. Wurmitzer (Sozialreferat)
St. Andrä	10.719	5	Nein	Fr. Walzl Rosemarie (Gemeinderätin)
St. Paul im Lavanttal	3.680	3	Ja	Fr. Almasy Pauline (Sozialreferat)
Steindorf	3.583	6	Ja	Fr. Mittermüller M. (Bürgermeisterin)
Wolfsberg	25.301	3	-	Hr. Tatschl Heinrich
Summe		29		

Quellen: Verein „Altwerden zuhause“, Statistik Austria Volkszählungsdaten 2001, IHS K

Gemeinden, die bislang keinen weiteren Ausbau des kommunalen Betten-Pools forciert haben, nennen unterschiedliche Gründe für diesen Umstand: in einem Fall scheint der Bedarf mit dem verfügbaren Angebot gedeckt zu sein; in einer Gemeinde befindet man sich erst in der Anfangsphase - der Ankauf weiterer Hilfsmittel wurde auf kommunaler Ebene beantragt, eine Entscheidung steht noch aus; eine Kommune gibt an, dass die Umsetzung eines Kärntenweiten Pools seitens eines Anbieters sozialer Dienste⁹⁰ zur Diskussion steht und man auf Gemeindeebene daher zunächst abwartet wie sich dieses Projekt entwickelt, bevor man den gemeindeeigenen Hilfsmittel-Pool weiter ausbaut; ein/e InterviewpartnerIn gibt an, dass es in der Abgangsgemeinde schwierig ist, den Gemeinderat von der Anschaffung weiterer Pflegehilfsmittel zu überzeugen.

⁹⁰ Pflegebehelfs-Pool der AVS, vgl. Kärntner Regional Medien GmbH (2005): „Klagenfurter Monatsmagazin“, Ausgabe 02/05, S. 28, 29.

5.3.2 Auswertung Interviews

Ein wesentliches Kriterium zur Evaluierung des Moduls Hilfsmittel-Pool ist die Klärung des Bedarfs, d. h. der Nachfrage nach Pflegebetten in den Gemeinden. Im Hinblick auf die *quantitative Nachfrage* zeigt sich, dass sämtliche Pflegebetten seit der Anschaffung meist durchgehend bei Pflegefamilien im Einsatz sind, was für ein bedarfsadäquates Angebot spricht. Darüber hinaus geben zwei Drittel der InterviewpartnerInnen an, dass in der Gemeinde ein Mehrbedarf an Pflegebetten – über das bestehende Depot hinaus - gegeben ist (in einer Gemeinde befindet sich der Pool erst in der Anfangsphase, sodass zum jetzigen Zeitpunkt keine Auskunft über einen ev. Mehrbedarf gegeben werden konnte). Einige kleine Kommunen, die derzeit über ein oder zwei Pflegebetten verfügen, schätzen den tatsächlichen Bedarf auf zumindest 4 bis 5 Betten. Größere Gemeinden verfügen über eine höhere Stückzahl an Betten, dennoch ist auch dort der Bedarf nicht gedeckt. Aufgrund dieser Versorgungslücke wurden die zur Verfügung stehenden Pflegebetten in einigen Kommunen auch nicht verstärkt beworben (z. B. über Gemeindezeitungen, mobile soziale Dienste, Altentage oder öffentliche Veranstaltungen).⁹¹

Die Nachfrage nach Hilfestellungen für die Pflege zuhause wird seitens der GemeindevertreterInnen auch als Motivationsgrund angegeben, sich für die Gründung eines Hilfsmittelpools auf kommunaler Ebene zu engagieren: in kleinen Gemeinden, in denen man die persönlichen Schicksale der Menschen kennt, kann im Bedarfsfall vor Ort aktiv, rasch und unbürokratisch Hilfe angeboten werden. Insbesondere in der ersten Phase der Pflege zuhause, in der sich Betroffene häufig in einer Art Schockzustand befinden, vielfach Informationsdefizite und Unsicherheiten vorliegen (kann die Pflege zu Hause überhaupt bewältigt werden, mit welchen Kosten ist zu rechnen, welche Formen der Unterstützung gibt es überhaupt etc.) und noch kein Pflegegeld beantragt wurde, wird den Angehörigen die Sorge um die Organisation und Finanzierung eines Pflegebettes abgenommen (gratis Zustellung, technische Einschulung und kostenlose Nutzung). Hier erscheint es hilfreich, wenn die BürgerInnen wissen, dass sie sich an die Gemeinde wenden können.

Neben der technischen Unterstützung (Pflegebett) wurden in den Interviews auch die Bedeutung des persönlichen Kontakts zu den Pflegefamilien und die damit verbundene mögliche Hilfestellung hervorgestrichen (man ist AnsprechpartnerIn für diverse Pflegefragen, liefert Beratung zum Thema Pflegegeld, gibt Hilfestellung bei Behördenwegen etc.).

Ein anderer Aspekt der Evaluierung betrifft die *Qualität* der zur Verfügung gestellten Pflegebetten. In Abhängigkeit vom jeweiligen Pflegebedarf stellten sich die nicht mehr in

⁹¹ Ein anderer Grund, der aus der Sicht einiger InterviewpartnerInnen gegen Werbemaßnahmen sprach, war der Wunsch, das Sachthema nicht politisch zu vermarkten.

Verwendung stehenden Krankenhausbetten (z. T. handelte es sich um Extensionsbetten) nicht in allen Fällen als bedarfsgerecht heraus. Auch waren Nachrüstungen und Wartungsarbeiten nötig, wie z. B. das Anbringen von Seitengittern oder das Entfernen von Rost. Mehrere InterviewpartnerInnen betonten daher, dass neben der Quantität auch die Qualität der Betten wesentlich ist und eine Erweiterung des kommunalen Pools insbesondere auch moderne, vollautomatische Pflegebetten umfassen sollte. Soll die Pflege zuhause nicht an einer mangelhaften Pflegeinfrastruktur scheitern, spielt die Qualität der Pflegehilfsmittel neben der Quantität eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Das Abrücken des moduldurchführenden Vereins „Altwerden zuhause“ von der ursprünglichen Zielsetzung, dem Angebot an 50 Kärntner Gemeinden (bis 5.000 EinwohnerInnen), moderne Pflegebetten um 50 % ermäßigt anzuschaffen, ist aus diesem Gesichtspunkt als nicht optimal zu beurteilen. Mit dem Budget von € 10.000,- wäre laut Verein der Ankauf von fünf bis sechs neuwertigen, vollautomatischen Pflegebetten möglich gewesen, die das durchaus sinnvolle Angebot an Gratisbetten (auch diese sind für viele Familien eine große Hilfe) komplettieren hätten können (vorausgesetzt, in den Gemeinden bis 5.000 EinwohnerInnen wären auch die nötigen Budgetmittel für diesen Zweck zur Verfügung gestellt worden).

Da vor der Pflegebetteninitiative des Vereins „Altwerden zuhause“ in nur drei der zehn interviewten Gemeinden ein Hilfsmittel-Pool existierte, ist die Zielsetzung des Vereins, eine „Initialzündung“ zu bewirken, als Erfolg zu beurteilen.

Die Administration der Pflegebetten wird seitens der InterviewpartnerInnen allgemein als problemlos beurteilt. Die Anlieferung der Pflegebetten vom Krankenhaus bzw. der Privatklinik wurde von den Gemeinden selbst durchgeführt. Generell scheinen die mit dem Umschlag der Betten in Zusammenhang stehenden Transporte auf Gemeindeebene einfach zu bewältigen und lediglich eine Frage der Organisation zu sein: meist wird auf die Unterstützung seitens des gemeindeeigenen Fuhrparks (Bauhöfe) zurückgegriffen, in einem Fall, in dem die Abwicklung des Pools über eine Gemeinderätin und nicht über das Gemeindeamt erfolgt, wird die Unterstützung von örtlichen Unternehmen oder Privatpersonen mit entsprechend geeignetem Fuhrpark gesucht. Die Pflegebetten werden bei Bedarf im gemeindeeigenen Bauhof oder auch in Schulen zwischengelagert, stehen aber ohnehin fast durchgehend bei Pflegefamilien im Einsatz. Die nötige Flächendesinfektion der Pflegebetten wird von den Pflegefamilien selbst organisiert.

Die Schaffung kommunaler Pflegehilfsmittel-Pools, parallel zu bestehenden Strukturen des Verkaufs oder der Vermietung von Pflegebehelfen (über orthopädische Fachgeschäfte, Anbieter sozialer Pflegedienste, Krankenhäuser etc.), ist zumindest aus der Sicht

einkommensschwacher Pflegefamilien als positiv zu beurteilen.⁹² Ein/e InterviewpartnerIn merkt auch an, dass auf diesem Weg die Unabhängigkeit des Pflegebettenverleihs von der Inanspruchnahme sozialer Pflegediensleistungen sichergestellt bleibt. Ebenso bietet der ortsnahe Service gerade in der ersten Phase der Pflege, in der noch kein Pflegegeld beantragt wurde und viele Probleme und Schwierigkeiten der Pflege zuhause zu bewältigen sind, Unterstützung an, da sich Menschen mit Fragen vielfach zuerst an die Gemeindeämter bzw. -vertreterInnen wenden. Solange das Angebot in den Kommunen aus quantitativer wie auch qualitativer Sicht nicht bedarfsgerecht ausgebaut ist, ist eine gute Einbindung des Gemeinde-Pools in das soziale Netz wichtig, um Hilfesuchenden bei Bedarf andere Zugangsmöglichkeiten zu Pflegehilfsmitteln zu eröffnen und um bestehende Kapazitäten an Pflegehilfsmitteln zu bündeln und optimal zu nutzen. In diesem Sinne scheint auch eine stärkere Vernetzung der Gemeinden untereinander empfehlenswert, um Pflegehilfsmittel sowie Erfahrungen über die kommunalen Grenzen hinaus austauschen zu können (beispielsweise wurde in einer Gemeinde bemerkt, dass der Ankauf von speziellen Matratzen nicht erwogen wird, da die Problematik der nötigen Hygiene/Sterilisation nicht gelöst werden kann; in einer anderen Gemeinde scheint dies jedoch kein Problem darzustellen sondern wird von einer Pflegefachkraft, die über die nötige technische Ausstattung verfügt, gelöst).

In der Gemeinde St. Paul, in der die Idee eines Pflegehilfsmittel-Pools schon vor 2004 umgesetzt wurde, wird auch ein allgemein bewussterer, ressourcensparender Umgang mit Pflegehilfsmitteln als positiver Nebeneffekt des Pools genannt. So werden ungenutzte bzw. nicht mehr benötigte Pflegehilfsmittel (z. B. vorrätige Vorlagen, Windeln) in vermehrtem Ausmaß an die Gemeinde übergeben und damit einer sinnvollen (Weiter)Verwendung zugeführt, anstatt brach zu liegen oder entsorgt zu werden.

5.3.3 Resümee Pflegehilfsmittel-Pool

Die Initiative des Vereins „Altwerden zuhause“ kann als positives Signal gewertet werden, für das Thema der Pflege zu Hause zu sensibilisieren und einen kommunalen Pflegehilfsmittel-Pool zu gründen. Da sämtliche in den Pools befindlichen Pflegehilfsmittel nahezu ununterbrochen in Nutzung stehen und die Nachfrage das aktuelle Angebot vieler Gemeinden übersteigt, ist der gemeindeeigene Pool als bedarfsgerechtes Angebot zu beurteilen. Aus sozialpolitischer wie volkswirtschaftlicher Sicht ist die Organisation der

⁹² Auch wenn Pflegegeld bezogen wird, wird der Einstufungsgrad immer wieder als zu gering bewertet, sodass die nötige Pflegehilfe (Sachleistungen oder auch persönliche Dienstleistungen) nur zum Teil mit Hilfe des Pflegegeldes finanziert werden kann.

Nachnutzung von nicht mehr benötigten Pflegehilfsmitteln in Form von gemeindenahen Pools als sinnvoll zu beurteilen, wenngleich dabei auch Qualitätskriterien Beachtung finden müssen. Die Qualität der Pflegebetten entspricht bislang nicht in allen Fällen den Bedürfnissen potenzieller NutzerInnen, sodass ein Ausbau insbesondere auch die Erweiterung um vollautomatische Pflegebetten berücksichtigen sollte.

Die Schaffung einer Parallelstruktur zu den bestehenden Anbietern an Behelfsmitteln ist, da sie ein komplementäres Angebot darstellt und Vorteile gegenüber dem Status quo bietet (Angebot in der Gemeinde, kurze Informations- und Beschaffungswege und somit geringe Lager-, Transaktions- und Transportkosten, keine finanziellen Belastungen für die NutzerInnen) als positiv zu beurteilen. Um über die kommunalen Angebote zu informieren, die in der Gemeinde vorhandene Kapazitäten optimal zu nutzen und bedarfsadäquat auszubauen, wird die Einbindung kommunaler Pflegemittel-Pools in und die Zusammenarbeit mit bestehenden sozialen Netzwerken empfohlen (Kooperation zwischen kommunalen Pflege-Pools und anderen Anbietern von Pflegehilfsmitteln, Ärzten, Anbietern sozialer Dienstleistungen etc.).

6. Zusammenfassung

Rahmenbedingungen

Die Betreuung von Pflegebedürftigen im Kreis der Familie ist die mit Abstand bedeutendste Säule in der Pflegevorsorge: zwei Drittel aller Hilfs- und Pflegebedürftigen in Österreich werden von Familienangehörigen versorgt. Der größte Anteil der Pflegeleistung wird von der (Schwieger)Kindergeneration, d. h. von der Altersgruppe der 40- bis 60-Jährigen erbracht. Mehrheitlich ist es die (Schwieger)Töchtergeneration, die sich, nicht zuletzt aufgrund tradierter Geschlechterrollen, für die Betreuung Angehöriger verantwortlich fühlt.

Aufgrund des sich abzeichnenden sozio-demografischen Wandels ist davon auszugehen, dass der Anteil der Pflegearrangements mit familiärer Betreuungsleistung künftig sinken wird. Hierfür sind zwei Trends verantwortlich:

- Prognosen für Österreich gehen davon aus, dass die Zahl pflegebedürftiger Personen in den nächsten Jahren ansteigen wird: die höhere Lebenserwartung führt zur Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung; mit zunehmendem Alter wächst das Risiko der Hilfs- bzw. Pflegebedürftigkeit; bis zum Jahr 2030 könnte sich die Zahl Pflegebedürftiger⁹³ in Österreich von 560.000 Personen auf etwa 811.000 Personen erhöhen; selbst unter der Annahme, dass sich der Gesundheitszustand älterer Menschen verbessert und der Betreuungsbedarf abnimmt, gehen Modellrechnungen von einem absoluten Anstieg der Zahl Pflegebedürftiger auf 645.000 Personen (Jahr 2030) aus.
- Parallel zu dieser Entwicklung ist ein Rückgang des familiären Pflegepotenzials zu erwarten: Sinkende Geburtenraten führen zum Ausfall der für die Pflege besonders relevanten Kindergeneration und damit zu einem Rückgang intergenerationeller Betreuungskapazitäten; das Pflegepotenzial der (Schwieger)Töchtergeneration sinkt durch den beobachtbaren Anstieg der Frauenerwerbsquote; die zunehmende Individualisierung der Gesellschaft führt zu veränderten Lebensformen bzw. Familien- und Haushaltsstrukturen sowie zu zunehmenden räumlichen Distanzen zwischen Pflegebedürftigen und potenziellen Pflegepersonen, sodass insgesamt mit einem Rückgang großfamiliärer Pflegenetze zu rechnen ist.

Zur nachhaltigen Sicherung des Versorgungsniveaus im Bereich der Altenhilfe ist es daher notwendig – parallel zum weiteren Ausbau der mobilen, ambulanten und (teil)stationären Angebote als Kompensation des abnehmenden familiären Pflegepotenzials – neue Formen der Unterstützung informeller Pflegearrangements zu finden. Dies sowohl aus humanitären

⁹³ Die Zahl Pflegebedürftiger ist *nicht* gleichzusetzen mit der Zahl der Pflegegeld-EmpfängerInnen.

wie auch aus volkswirtschaftlichen Überlegungen (Möglichkeit des Verbleibs Pflegebedürftiger in der gewohnten Umgebung und damit Sicherung der Lebensqualität betreuungsbedürftiger Personen; kosteneffiziente Finanzierung der Versorgungsleistungen).

Die Betreuung von Angehörigen wird von Pflegepersonen als persönliche Bereicherung, vielfach aber auch als Belastung erlebt. Ob und in welchem Ausmaß Hilfs- und Pflegeleistungen als belastend empfunden werden, hängt von der individuellen Belastungsschwelle und Bewältigungsmöglichkeit ab – pflegende Angehörige stellen in dieser Hinsicht keine homogene Gruppe dar. Der Grad der Belastung variiert u. a. je nach Art, Umfang und Dauer des Hilfs- bzw. Pflegebedarfs der/des Angehörigen oder hängt von Mehrfachbelastungen – Beruf, Familie und Pflege – ab. Vielfach wird nicht die Arbeit mit dem zu pflegenden Menschen selbst, sondern es werden die erschwerten Alltags- und Lebensbedingungen als psychisch und physisch belastend empfunden (Verzicht auf Urlaub und persönliche Erholungsphasen; Verlust oder Ausdünnung sozialer Kontakte und zunehmende Isolation; psychosomatische Beschwerden etc.). Trotz vielfacher Belastungen verzichten zahlreiche Pflegefamilien aus unterschiedlichen Gründen auf die Unterstützung durch professionelle soziale Dienste (Gründe: das Gefühl, selbst verantwortlich zu sein und zu versagen, wenn fremde Hilfe hinzugezogen wird (sozialer Druck); die Angst vor der Einmischung Fremder und dem Entstehen von Konflikten aufgrund eines Pflegedreiecks; die strikte Ablehnung fremder Hilfe durch die gepflegte Person; finanzielle Beweggründe etc.).

Beschreibung des Pilotprojekts „Kärntner Pflegemodell“

Um die Säule der familiären Pflege zu sichern, wurden im Rahmen des Pilotprojekts „Kärntner Pflegemodell“ drei Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger und zur Qualitätssicherung der Pflege zuhause, für den Fall der Verhinderung von Angehörigen, umgesetzt. Ziel des Kärntner Pflegemodells ist es, durch gezielte Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige einen möglichst langen Verbleib von Pflege- und Hilfsbedürftigen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung zu ermöglichen, was vielfach Bedürfnis der gepflegten Personen selbst, aber auch Wunsch der pflegenden Angehörigen ist. Gleichzeitig wird die Entlastung öffentlicher Budgets durch einen geringeren Bedarf an Heimplätzen angestrebt.

Die drei Module des „Kärntner Pflegemodells“:

- der *Pflegescheck*: der Scheck im Wert von € 1.000,-/Jahr ermöglichte es pflegenden Angehörigen, eine „Auszeit“ von der Pflege zu nehmen. Der Scheck konnte für Tages- bzw. stationäre Kurzzeitpflege oder für die Hilfe mobiler sozialer Dienste in Anspruch genommen werden. In der Pilotphase (Jänner bis Dezember 2004) wurde der Scheck im Klagenfurter Stadtteil Waidmannsdorf sowie in der ländlich geprägten Gemeinde Steindorf/Ossiachersee umgesetzt. Die Auswahl der beiden Pilotgemeinden erfolgte

unter dem Gesichtspunkt der Einbeziehung von Gebieten mit städtischem (Klagenfurt: Stadtteil Waidmannsdorf) und ländlichem (Gemeinde Steindorf) Charakter. Trotz der relativ geringen Fallzahl an Pflegescheck-EmpfängerInnen (79 Personen) erlauben die Ergebnisse in ihrer Eindeutigkeit klare Aussagen und bieten eine nützliche Entscheidungshilfe. Anspruchsberechtigt waren Pflegegeld-BezieherInnen ab der Pflegegeldstufe drei, die seit mindestens drei Monaten von ihren Angehörigen betreut wurden;

- *das Pflege-Notruftelefon:* Ziel des 24-Stunden-Pflege-Notrufs war es, eine koordinierende Anlaufstelle für in die Pflege involvierte Personen zu bieten (Information und Beratung, lösungsorientierte Hilfe durch die Vermittlung von AnsprechpartnerInnen oder über Konferenzschaltungen etc.). Die Vielfalt von Hilfs- und Unterstützungsangeboten für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen birgt die Gefahr, dass die Komplexität und Intransparenz des Gesamtangebots verwirrend wirkt und geeignete Hilfen unentdeckt und ungenützt bleiben: ein beratender, koordinierender und regional verankerter Pflege-Notruf (mit Kenntnis der lokalen und regionalen Anbieterstrukturen zur zielgerichteten Weitervermittlung) sollte den bestehenden Informations- und Hilfsbedarf mit den vorhandenen Angeboten in Übereinstimmung bringen. Das Notruftelefon war rund um die Uhr mit diplomierten Pflegefachkräften besetzt und sollte im Zuge des Pilotprojekts zu einem 24-h-Pflegenotdienst ausgebaut werden (Zusammenarbeit der Anbieter sozialer Dienste zum Aufbau einer Pflege-Akuthilfe). Laufzeit des Moduls: Jänner 2004 bis März 2005;
- *die Schaffung von gemeindeeigenen Pflegehilfsmittel-Pools:* dieses Modul umfasste das Angebot an 50 Kärntner Gemeinden, ein Pflegebett zu ermäßigten Kosten (50 %) anzuschaffen. Damit sollten lokale Hilfsmittel-Pools in den Gemeinden initiiert werden (kostenloser Verleih pflegetechnischer Hilfsmittel an Pflegefamilien). Die Initiative wurde im Frühjahr 2004 gestartet.

Evaluierungsergebnisse Pflegescheck

Mitte Dezember 2004 wurde eine schriftliche Befragung von Hauptpflegepersonen⁹⁴, die Pflegescheck-NutzerInnen betreuten, durchgeführt (Vollerhebung, Rücklaufquote 67 %). Ergänzend wurden persönliche Interviews mit Hauptpflegepersonen und den Modul-umsetzenden durchgeführt.

Zu Beginn des Moduls Pflegescheck (Jänner 2004) ging man von einer Planzahl von 250 Pflegescheck-EmpfängerInnen in den beiden Pilotgemeinden aus. Am Ende der Projekt-

⁹⁴ Die Hauptpflegeperson trägt die Verantwortung für die sichere Erbringung der nötigen Hilfs- und Pflegedienste. Es handelt sich um jene nicht professionelle Pflegeperson, die den gesamten Umfang bzw. den größten Anteil der familiären Pflege leistet.

laufzeit (Daten Jänner 2005) hatten nach Angaben des Vereins „Altwerden zuhause“ 79 Personen einen Pflegescheck erhalten. Die erwartete Zahl an Pflegescheck-BezieherInnen wurde demnach deutlich unterschritten, der Ausschöpfungsgrad lag bei 32 %. In Interviews mit Verantwortlichen des durchführenden Vereins „Altwerden zuhause“ wurden als mögliche Ursachen angeführt:

- die Eingrenzung der Bezugsberechtigten auf Personen ab der Pflegegeldstufe drei
- die Anforderung, dass die Pflege durch Angehörige bereits seit mindestens drei Monaten erfolgt sein musste sowie
- die generelle Problematik, potenzielle Pflegescheck-BezieherInnen über das Angebot des Schecks zu informieren, da dem Verein aus Datenschutzgründen keine Adressen von Pflegegeld-EmpfängerInnen zur Verfügung gestellt werden konnten.

Die empirischen Ergebnisse weisen darüber hinaus darauf hin, dass die beiden Verwendungsmöglichkeiten des Pflegeschecks (stationäre Tages- oder Kurzzeitpflege und mobile Hauskrankenhilfe/-pflege) nicht für alle Pflegefamilien bedarfsadäquat waren. Einige Pflegefamilien lehnten jede Form von fremder Hilfe ab und wollten den Scheck zum - nicht vorgesehenen - Ankauf von Pflegehilfsmitteln zur Erleichterung des Pflegealltags nutzen. In begründeten Ausnahmefällen wurde der Scheck vom Verein „Altwerden zuhause“ daher für die Anschaffung von WC-Halterungen, Gehhilfen, Badewannenliften etc. genehmigt. Auch in den persönlichen Interviews mit Hauptpflegepersonen und in den geführten Erinnerungstelefonaten wurde in Einzelfällen angemerkt, dass der Scheck in seiner momentanen Form die individuell dringendsten Bedürfnisse nicht abzudecken vermag, z. B. die Finanzierung von Mobilitätshilfen (Benzingeld für nachbarschaftliche Transportdienste oder Taxikosten für Arztbesuche) oder den Ankauf spezifischer, von den Krankenkassen nicht genehmigter Pflegehilfsmittel oder Medikamente (Produkte zur Versorgung bei Inkontinenz oder Medikamente zur Behandlung von Krebserkrankungen).

Im Hinblick auf die begleitenden Werbemaßnahmen zum Pflegescheck ist anzumerken, dass die Medienarbeit vor allem auf die Zeit vor dem Projektstart sowie auf die erste Projektphase (Oktober 2003 bis Feber 2004) konzentriert war. Eventuell hätte die Nutzungsquote durch ein Marketingkonzept über die gesamte Laufzeit erhöht werden können. Im Zuge der schriftlichen Befragung von Hauptpflegepersonen waren immerhin 22 % der Befragten der Meinung, dass der Pflegescheck nicht ausreichend beworben wurde (die Mehrheit fühlte sich hingegen gut informiert).

Vor dem Start des Projektes waren strengere Richtlinien für die Inanspruchnahme des Schecks vorgesehen, welche u. a. in Werbebroschüren abgedruckt wurden (z. B. dass die Pflege im gemeinsamen Haushalt erfolgen muss oder der Scheck erst ab einem Alter der

Pflegegeld-BezieherInnen von 50 Jahren in Anspruch genommen werden kann), sodass spätere Lockerungen der Richtlinien potenzielle ScheckbezieherInnen nicht mehr erreicht und daher von einer Inanspruchnahme abgehalten haben könnten.

Bei einer allfälligen Fortführung der Projektidee sollten die Erreichbarkeit der Zielgruppe (Informationsmaßnahmen, Medienpräsenz) sowie die Richtlinien für den Bezug des Schecks (PflegegeldEinstufung, Ausweitung der Nutzungsalternativen/Verwendungsmöglichkeiten) nochmals überprüft werden.

Ein wesentliches Evaluierungskriterium ist die Effektivität der Pflegescheckleistungen, d. h. die Frage, ob mit dem Scheck eine Entlastung der Hauptpflegepersonen erzielt werden konnte. Dazu wurden zunächst die Pflegesituation und die daraus resultierenden Belastungen der Hauptpflegepersonen erhoben.

Der größte Anteil der familiären Pflegeleistung wird von der Kindergeneration und von Frauen erbracht: 61 % der Hauptpflegepersonen sind die (Schwieger)Kinder der betreuten Personen; 57 % der Befragten sind im Alter zwischen 41 und 60 Jahren; drei Viertel der Hauptpflegepersonen sind Frauen.

68 % der Hauptpflegepersonen sind seit mindestens drei Jahren mit der Pflege betraut; 93 % der Befragten geben an, die betreute Person tagsüber für maximal drei Stunden alleine zu Hause lassen zu können; auch während der Nacht benötigen 98 % der Pflegescheck-NutzerInnen zumindest hin und wieder Hilfe und Betreuung; nur 11 % der Gepflegten sind selbstständig bzw. mit Gehhilfen mobil. Diese Angaben der Hauptbetreuungspersonen lassen vermuten, dass der objektiv bemessene, zeitlich erforderliche Pflegeaufwand (Einstufung Pflegegeld) in der Praxis doch häufig überschritten wird und dass die Betreuungsaufgabe für viele Pflegenden mit einem Gefühl des „immer-da-sein-Müssens“ verbunden ist (letzteres geben 68 % aller befragten Hauptpflegepersonen an).

84 % der Pflegenden fühlen sich aufgrund der Betreuungsarbeit seelisch, 60 % zeitlich und 58 % körperlich belastet. Jede vierte Person empfindet die Pflege auch als finanzielle Belastung: 47 % der Hauptpflegepersonen, die mit der/dem Pflegescheck-Nutzer/in im gemeinsamen Haushalt leben, verfügen über ein monatliches Netto*haushalt*seinkommen von maximal € 1.500,-; 41 % der Pflegescheck-NutzerInnen verfügen über ein monatliches Nettoeinkommen von maximal € 700,-; 12 % der Pflegescheck-NutzerInnen haben überhaupt kein eigenes Einkommen;

Immerhin 43 % der Hauptpflegepersonen führten die Pflege vor der Inanspruchnahme des Pflegeschecks ohne jede Unterstützung durch mobile soziale Dienste durch.

Bei drei Viertel der Befragten führt die Pflegesituation zu teilweise massiven Einschnitten in der eigenen Lebensplanung: 82 % der Hauptpflegepersonen haben ihre Urlaubswünsche

aufgrund der Pflege *stark* eingeschränkt; 57 % der Hauptpflegepersonen nehmen *starke* Einbußen bei der Zeit für sich selbst oder für Freunde und Bekannte hin.

Im Zuge der mit Hauptpflegepersonen geführten Interviews wurde deutlich, dass mehrere Menschen eigene Wünsche und Bedürfnisse (selbst Arztbesuche, Kur- oder Krankenhausaufenthalte) zur Bewältigung der Pflegeaufgabe so sehr in den Hintergrund gestellt haben, dass viele Situationen der „Verhinderung“ für sie überhaupt nicht mehr auftreten. Dennoch: 70 % der Befragten hätten sich in der Situation eigener Erkrankung/Erschöpfung und 65 % der Befragten um Urlaub machen zu können Hilfe durch dritte Personen gewünscht; jede zweite Hauptpflegeperson (51 %) für dringende Erledigungen wie Einkäufe oder Arztbesuche.

Die Angebote des Pflegeschecks – Tages- bzw. Kurzzeitpflege, Unterstützung durch mobile soziale Dienste – scheinen, den Belastungen und Bedürfnissen der Befragten nach zu urteilen, prinzipiell geeignet, eine Entlastung im Pflegealltag zu erreichen (Ermöglichen einer Regenerationsphase in der Form eines Kurzurlaubs; Hilfe durch mobile soziale Dienste bei körperlich anstrengenden Tätigkeiten an der gepflegten Person; Zeitgewinn für eigene Arztbesuche, Erledigungen, Einkäufe etc.). So geben 61 % der Befragten an, dass sie sich durch die Inanspruchnahme des Pflegeschecks mit ruhigem Gewissen erholen konnten; 48 % haben eine körperliche Entlastung erfahren. Auch die Chance auf Regenerationsphasen – Zeit für mich/zum Entspannen/für Hobbies oder Zeit zum Urlauben - wurde von rd. jeder dritten Pflegeperson als positiver Effekt angegeben.

Hauptpflegepersonen, welche das Angebot der mobilen Dienste oder der stationären Kurzzeitpflege genutzt haben, hatten mehrheitlich keine Bedenken, die Pflege des Angehörigen professionellen Diensten zu überlassen (67 %). Fast alle Hauptpflegepersonen, die im Vorfeld Bedenken äußerten (Ablehnung von Fremden durch Pflegescheck-NutzerIn, eigenes schlechtes Gewissen, mangelnde Pflegequalität, wenig Rücksichtnahme auf Bedürfnisse der Gepflegten, häufiger Personalwechsel etc.), beurteilten die Erfahrungen mit professionellen Diensten im nachhinein als „eher positiv“. Hierbei ist auch ein gesunder Realismus pflegender Angehöriger erkennbar: während Hauptpflegepersonen einhellig der Meinung sind, dass sie selbst am besten auf die Bedürfnisse der Gepflegten eingehen und sich diese in der gewohnten Umgebung am wohlsten fühlen, wird gleichzeitig angemerkt, dass „Auszeiten“ von der Pflege nötig sind. Dementsprechend können sich 75 % der Hauptpflegepersonen vorstellen, die Pflege ihrer/s Angehörigen zumindest vorübergehend an mobile Dienste zu übergeben. Eine Dauerlösung in einem Heim kommt nur für eine Minderheit (18 %) in Frage und nur dann, wenn die Pflege zuhause überhaupt nicht mehr zu bewältigen bzw. zu finanzieren wäre (eine dauerhafte Heimplösung ist für 62 % der Befragten unwahrscheinlich, für 20 % wenig wahrscheinlich). In erster Linie werden moralische Gründe

gegen eine solche Dauerlösung angeführt, nur vereinzelt wird auch die Finanzierbarkeit einer Heimunterbringung thematisiert.

Eine nachhaltige Entlastung pflegender Angehöriger ist mit dem Pflegescheck im Wert von € 1.000,-/Jahr kaum erzielbar (10 bis 12 Tage Urlaub/Jahr; ca. 100 Stunden⁹⁵ mobile Hilfe pro Jahr oder acht Stunden je Monat). Dennoch wird das damit zusätzlich verfügbare Ausmaß an Entlastung und Unterstützung von den Hauptpflegepersonen deutlich honoriert, wie einige Kommentare aus den geführten Interviews bestätigen: *„eine dauerhafte Entlastung ist der Scheck sicher nicht, aber man kann sich zusätzlich jemanden holen“*; *„man kann wenigstens ein paar Monate Hilfe durch die Hauskrankenpflege in Anspruch nehmen“*; *„mit dem Scheck habe ich es mir leisten können, mit meiner Tochter ein paar Tage auf der Alm zu verbringen – sonst hätte ich das nicht können. Der Scheck ist eine große Hilfe, aber keine dauerhafte Entlastung“*. Insbesondere wenn professionelle Pflege in größerem zeitlichen Umfang nötig ist, die Hauptpflegeperson weitgehend alleine verantwortlich und die Einkommenssituation der Pflegefamilie angespannt ist, bleibt die Belastung der Hauptpflegeperson trotz Pflegegeld und Pflegescheck vermutlich groß. Dementsprechend wird eine Aufstockung der Mittel für den Pflegescheck von 79 % der befragten Hauptpflegepersonen – neben anderen Beratungs- und Unterstützungsangeboten - als nötig empfunden, um die Situation pflegender Angehöriger weiter zu verbessern. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass sich 51 % der Hauptpflegepersonen auch Informationen über Pflegehilfsmittel und 46 % der Befragten Informationen über die Angebote professioneller Pflegedienste wünschen; 36 % halten die Vermittlung von Pflegefachwissen für nötig zur weiteren Entlastung von Hauptpflegepersonen; die wirtschaftliche Absicherung pflegender Angehöriger ist für 46 % der Befragten ein Thema.

Im Hinblick auf die administrative Abwicklung des Schecks gaben 95 % der Befragten an, dass sie die Art der Pflegescheckleistung völlig frei und nach eigenem Wunsch/Bedarf wählen konnten. Kritik wurde u. a. daran geübt, dass nur Rechnungen von professionellen Anbietern akzeptiert wurden oder auch daran, dass der Ankauf bestimmter Pflegehilfsmittel nicht genehmigt wurde.

78 % der Befragten sind der Meinung, der Scheck wurde ausreichend beworben, 22 % stimmen dem nicht zu. Immerhin 14 % der Hauptpflegepersonen vermuten, dass es Pflegenden gibt, welche den Scheck aus Unwissenheit nicht beantragt haben.

93 % der Befragten sind der Meinung, die Abwicklung war „einfach und völlig unkompliziert“. Dennoch, bzw. gerade aufgrund der unbürokratischen Abwicklung, hat es in einzelnen Fällen phasenweise Verunsicherungen gegeben: z. B. bezüglich der geltenden Richtlinien für die Inanspruchnahme des Schecks, die Form des „Pflegeschecks“ (in Einzelfällen wurde auf

⁹⁵ Unter der Annahme von Kosten in Höhe von € 10,- je Stunde.

eine schriftliche Benachrichtigung gewartet) oder der Liste der Pflegehilfsmittel, die mit dem Scheck finanziert werden konnten (so wurden in einer Broschüre zum Pflegescheck zahlreiche Hilfsmittel aufgelistet, diese Liste hatte jedoch rein informativen Charakter und war keine taxative Aufzählung von Behelfsmitteln, die mit dem Scheck finanziert werden konnten).

Im Zuge telefonischer Erinnerungstelefonate und der geführten Interviews wurde in einzelnen Fällen auch Kritik bezüglich der Verrechnung mit den Anbietern mobiler sozialer Dienste geübt. Verzögerungen bei Überweisungen haben dazu geführt, dass Pflegefamilien gemahnt wurden, was als unangenehm empfunden wurde.

Bei allfälliger Fortführung der Projektidee sollte daher besonderes Augenmerk auf die inhaltliche und visuelle Aufbereitung von Broschüren und Informationsmaterialien gelegt werden (klarer Transport von Richtlinien; klare Trennung zwischen wesentlichen Informationen und Informationen rein informativen Charakters; eindeutiges O.K. nach der Antragstellung etc.). Die Abrechnungsmodalitäten sollten auf eine mögliche Optimierung hin überprüft werden.

Evaluierungsergebnisse Pflege-Notruf

Die Aufzeichnungen des Instituts für Gesundheits- und Krankenpflege (IGK) zeigen, dass die bisherige Anrufrfrequenz niedrig war: 157 private Pflegepersonen haben in den vergangenen 13,5 Monaten (Mitte Jänner 2004 bis Ende Feber 2005) durch insgesamt 324 Anrufe vom Service des Pflege-Notrufs Gebrauch gemacht.

Jedoch werden die gesetzten Werbemaßnahmen, insbesondere in der Projektphase bis Oktober 2004, sowohl vom IGK als auch von InterviewpartnerInnen (telefonische Interviews mit NutzerInnen des Pflege-Notrufs) als nicht ausreichend bezeichnet. Es dürfte in dieser Phase nicht gelungen sein, die Zielgruppe nachhaltig über das Angebot des Notrufs in Kenntnis zu setzen. Die Einschränkung der Marketingaktivitäten seitens des Vereins „Altwerden zuhause“ in der ersten Projektphase (bis Juni 2004) ist – da es sich um ein Pilotprojekt handelte – in diesem Zusammenhang negativ zu beurteilen. Seitens des Vereins wird argumentiert, dass eine stärkere Bekanntmachung des Notrufs durch die Anbieter mobiler Pflegedienste erwartet wurde; dies scheint nach Einschätzung des Vereins nicht ausreichend erfolgt zu sein.

Die Zunahme der Zahl der Anrufe im Feber 2005 scheint eine erste positive Reaktion auf die verstärkten Marketingmaßnahmen in den vergangenen Monaten zu sein (Presseaussendungen an Zeitungen und Agenturen, Auflegen von Info-Foldern in Arztpraxen, Apotheken etc. ab November 2004). Nach Informationen aus den geführten Interviews wurde bislang insbesondere auf Einschaltungen in Printmedien reagiert (Artikel über den Pflege-Notruf in

Tages- oder Wochenzeitungen, Veröffentlichung der Pflege-Notrufnummer im Info-Glossar von Tageszeitungen).

Der Pflege-Notruf wurde aus unterschiedlichem Informationsbedarf kontaktiert: gefragt waren Auskünfte zum Pflegescheck (insbesondere in den ersten Monaten der Projektlaufzeit), über mobile soziale Dienste (Anbieterstruktur, Adressen, Kosten etc.), Informationen zum Pflegegeld (Antragstellung, Ein- bzw. Höherstufung, Einspruchsmöglichkeiten), Hilfestellungen zur Bewältigung der Pflege zuhause (bei Überforderung, Umgang mit Alzheimer, Inkontinenz, Aggression, Konflikten etc.), aber auch Informationen über Pflegehilfsmittel und zu Heimplätzen (Antragstellung, Anbieter, Kosten) etc.

Das Gros der Anrufe erfolgte in der Zeit zwischen 8.00 Uhr und 16.00 Uhr, hingegen gab es keinen Anruf in den Nachtstunden. Inhaltlich handelte es sich bei den bisherigen Anrufen – mit einer Ausnahme – um keine akuten Notfälle: primär wurden Informationen zum Pflegescheck, zum Angebot mobiler Dienste und zum Pflegegeld gewünscht. Da es nach Auskunft des IGK aufgrund des geringen Kooperationswillens der Anbieter sozialer Dienste nicht gelungen ist, den Notruf zu einem 24-Stunden-Pflegenotdienst auszubauen, stellt sich die Frage, ob das Aufrechterhalten des Services zwischen 22.00 Uhr und 6.00 Uhr früh sinnvoll ist.

Das Telefon ist generell ein niedrighschwelliges Kontaktmedium. Für manche Personen ist bei der Inanspruchnahme von Beratung jedoch der persönliche Kontakt bzw. die Beziehungsdimension wichtig, sie wenden sich lieber an eine ihnen bekannte Person, wie der Auszug aus einem Interview mit einer Hauptpflegeperson zeigt: *„Das Pflege-Notruftelefon kenne ich nicht und brauche ich nicht. Ich rufe die Pflegerin [mobile Dienste] an, ich brauche nicht auch noch Fremde“*. Auch die Befragung der Pflegescheck-NutzerInnen bzw. ihrer Betreuungspersonen hat ergeben, dass zwar 61 % der Hauptpflegepersonen über das Angebot des Pflege-Notrufs Bescheid wussten, jedoch nur 9 % auch davon Gebrauch gemacht hatten.

Bei einer allfälligen Fortführung der Projektidee sollte eine stärkere und nachhaltige Verankerung der Notrufnummer in der Zielgruppe angestrebt werden (z. B. Telefonsticker). Alle Info-Materialien sollten in diesem Zusammenhang nochmals sorgfältig auf ihren Informationsgehalt hin geprüft werden (expliziter Hinweis auf den Gratisservice des Pflege-Notrufs sowie stärkeres Hervorheben der Leistungen des Notrufs in Foldern etc.). Zu empfehlen ist darüber hinaus, Werbemaßnahmen vermehrt in den Bezirken außerhalb des Großraums Klagenfurt durchzuführen, da diese Regionen bislang in geringerem Ausmaß vom Notruftelefon Gebrauch gemacht haben. Für die Aufrechterhaltung des 24-Stunden-Services spricht, dass das IGK ohnehin eine Erreichbarkeit rund um die Uhr anbietet und somit den Pflege-Notruf mitbedienen kann. Die überwiegend positiven, zufriedenen

Reaktionen der InterviewpartnerInnen und deren Hinweise darauf, dass Betroffene bislang zu wenig Kenntnis über dieses Angebot haben dürften, sprechen dafür, eine Verlängerung des Pilotprojektes - über die geplante Testphase (Ende März 2005) hinaus - zu prüfen.

Evaluierungsergebnisse Pflegehilfsmittel-Pools

Im Rahmen dieses Moduls wurden in zwölf Kärntner Gemeinden Pflegebetten-Pools mit insgesamt 29 Pflegebetten initiiert. Von der ursprünglichen Idee, Gemeinden zum Ankauf moderner, vollautomatischer Pflegebetten zu motivieren und diesen Ankauf zu 50 % zu subventionieren, wurde vom Verein „Altwerden zuhause“ im Laufe des Projektes Abstand genommen. Der Bestand von 29 Betten setzt sich aus nicht mehr in Verwendung stehenden, kostenlos zur Verfügung gestellten Pflegebetten aus dem Landeskrankenhaus Klagenfurt und der Privatklinik Althofen zusammen. Die Betten wurden den Gemeinden über den Verein „Altwerden zuhause“ zugeteilt. Vorbild für die Initiative war der bestehende Pflegehilfsmittel-Pool in der Gemeinde Steindorf am Ossiachersee.

Die Initiative des Vereins „Altwerden zuhause“ kann als positives Signal gewertet werden, Gemeinden für das Thema der Pflege zuhause zu sensibilisieren und einen kommunalen Pflegehilfsmittel-Pool zu gründen. Telefonische Interviews mit zehn Vertretern der Gemeinden haben ergeben, dass in drei der zehn Gemeinden bereits vor der Initiative des Vereins ein Pflegebetten- bzw. Pflegebehelfsmittelverleih existierte; die meisten Gemeinden hatten sich jedoch erst auf Initiative des Vereins hin zur Gründung eines Pools entschlossen.

Aufgrund des durchgängig hohen Auslastungsgrades der Pools - sämtliche in den zehn Gemeinde-Pools befindlichen Pflegehilfsmittel stehen nahezu ununterbrochen in Nutzung, in zwei Drittel der Gemeinden übersteigt die Nachfrage das aktuelle Angebot – ist das Angebot als bedarfsgerecht zu beurteilen.

Jede zweite der zehn Gemeinden hat ihren Pflegehilfsmittel-Pool seit der Gründung erweitert (z. B. um weitere Pflegebetten, Gehbehelfe etc.). Aus sozialpolitischer wie volkswirtschaftlicher Sicht ist die Organisation der Nachnutzung von nicht mehr benötigten Pflegehilfsmitteln in Form von gemeindenahen Pools als sinnvoll zu beurteilen, wenngleich dabei auch Qualitätskriterien Beachtung finden müssen. Die Qualität der Pflegebetten entsprach nicht in allen Fällen den Bedürfnissen potenzieller NutzerInnen. Das Abrücken von der ursprünglichen Zielsetzung, für Kärntner Gemeinden (bis 5.000 EinwohnerInnen) moderne, vollautomatische Pflegebetten um 50 % ermäßigt anzuschaffen, ist aus diesem Gesichtspunkt als nicht optimal zu beurteilen (vorausgesetzt, interessierte Gemeinden wären zu einer Kofinanzierung bereit gewesen). Mit dem Budget von € 10.000,- wäre laut Verein zwar nur der Ankauf von fünf bis sechs neuen, vollautomatischen Pflegebetten möglich

gewesen, diese hätten das durchaus sinnvolle Angebot von übernommenen Pflegebetten (auch diese sind für viele Familien eine große Hilfe) jedoch ideal komplettieren können.

Die Schaffung einer Parallelstruktur zu den bestehenden Anbietern von Behelfsmitteln ist, da sie ein komplementäres Angebot darstellt und Vorteile gegenüber dem Status quo bietet, als positiv zu beurteilen (bürgernahes Angebot über die Gemeinden; rasche und unbürokratische Hilfe; kurze Informations- und Beschaffungswege und somit geringe Lager-, Transaktions- und Transportkosten; keine finanzielle Belastung für die NutzerInnen, insbesondere in der ersten Pflegephase, in der die Durchführbarkeit der Pflege im Kreis der Familie erst erprobt wird und noch kein Pflegegeld beantragt wurde). Solange das Angebot in den Kommunen quantitativ und qualitativ nicht bedarfsgerecht ausgebaut ist, ist eine gute Einbindung des Gemeinde-Pools in das soziale Netz wichtig, um Hilfesuchenden andere Zugangsmöglichkeiten zu Pflegehilfsmitteln zu eröffnen und das Angebot an Pflegehilfsmitteln zu bündeln und optimal zu nutzen. In diesem Sinne scheint auch eine stärkere Vernetzung der Gemeinden untereinander empfehlenswert, um Pflegehilfsmittel sowie Erfahrungen über die kommunalen Grenzen hinaus austauschen zu können.

Aufgrund der in Umsetzung befindlichen finanztechnischen Abrechnung der einzelnen Projektmodule zum Zeitpunkt der Vorlage des Evaluierungsberichtes können keine abschließenden Aussagen über die endgültigen Kosten des Projekts „Kärntner Pflegemodell“ getroffen werden.

7. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Index der Einwohnerzahl nach Altersklassen, 2001 = 100 %	8
Abbildung 2: Hauptpflegepersonen nach Geschlecht	24
Abbildung 3: Hauptpflegepersonen nach Altersgruppen: 10-Jahresschritte	25
Abbildung 4: Hauptpflegepersonen nach Familienstand	25
Abbildung 5: Hauptpflegepersonen: Verwandtschaftsverhältnis zum/r Pflegescheck-Nutzer/in	25
Abbildung 6: Pflegescheck-NutzerInnen nach Geschlecht und nach betreuender Person	26
Abbildung 7: Nicht berufstätige Hauptpflegepersonen	26
Abbildung 8: Einschränkung der Berufstätigkeit für die Pflege	27
Abbildung 9: Hauptpflegepersonen nach dem monatlichen Nettoeinkommen	28
Abbildung 10: Pflegescheck-NutzerInnen nach Altersklassen und Geschlecht	29
Abbildung 11: Pflegescheck-NutzerInnen nach Familienstand	30
Abbildung 12: Pflegescheck-NutzerInnen in Ein- und Mehrgenerationenhaushalten	30
Abbildung 13: Monatliches Nettohaushaltseinkommen bei gemeinsamem Haushalt von Hauptpflegeperson und gepflegter Person	31
Abbildung 14: Monatliches Nettoeinkommen der Pflegescheck-NutzerInnen	31
Abbildung 15: Pflegescheck-NutzerInnen nach Pflegegeldstufen	32
Abbildung 16: Ursache des Pflegebedarfs	33
Abbildung 17: Bisherige Dauer der Pflege seitens der Hauptpflegeperson in Jahren	33
Abbildung 18: Grad der Mobilität der gepflegten Personen	34
Abbildung 19: Kann die betreute Person tagsüber im Normalfall alleine gelassen werden	34
Abbildung 20: Ist Hilfe während der Nacht nötig	35
Abbildung 21: Wer unterstützte Hauptpflegepersonen VOR dem Pflegescheck	36
Abbildung 22: Wünsche/Bedürfnisse, die aufgrund der Pflege eingeschränkt wurden	39
Abbildung 23: Situationen, in denen Hauptpflegepersonen Hilfe durch Dritte benötigt hätten	40
Abbildung 24: Besondere Belastungen durch die Pflege	41
Abbildung 25: Seelische Belastungen nach ihrer Art	41
Abbildung 26: Was wäre über den Pflegescheck hinaus nötig zur Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger	42
Abbildung 27: Inanspruchnahme des Pflegeschecks nach Nutzungsalternativen	48
Abbildung 28: Auswirkungen des Pflegeschecks auf die Lebenssituation der Hauptpflegeperson	49
Abbildung 29: Bedenken, die Pflege professionellen Pflegediensten anzuvertrauen	50
Abbildung 30: Pflege des Angehörigen völlig oder größtenteils an mobile soziale Dienste übergeben	52
Abbildung 31: Umzug in ein Heim ist	53
Abbildung 32: Wahlfreiheit bei der Nutzung des Pflegeschecks	56
Abbildung 33: Wie wurden Pflegescheck-NutzerInnen auf den Scheck aufmerksam	57
Abbildung 34: Wurde der Pflegescheck ausreichend beworben?	57
Abbildung 35: Abwicklung des Pflegeschecks	58
Abbildung 36: Inanspruchnahme des Pflegeschecks: war Beratung durch den Verein Altwerden zu Hause hilfreich?	59
Abbildung 37: Kritik am Pflegescheck	61
Abbildung 38: Notruftelefon – Anrufrequenz Jänner 2004 bis Feber 2005	68
Abbildung 39: Pflegescheck-NutzerInnen – Nutzung des Pflege-Notrufs	69
Abbildung 40: Notruftelefon – AnruferInnen nach Tageszeit	69
Abbildung 41: Pflege-Notruf –Anliegen der AnruferInnen	70
Abbildung 42: Pflege-Notruf –Streuung der AnruferInnen nach Bezirk	71
Abbildung 43: Verwandtschaftsverhältnis: Anruf für	72
Abbildung 44: Pflege-Notruf – Gepflegte nach PflegegeldEinstufung	73

8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Veränderung der Altersstruktur der österr. Bevölkerung bis 2050 (Anteile nach Altersgruppen in %)	7
Tabelle 2: Veränderung des Anteils Hochbetagter (85+ Jahre) in Österreich bis 2050.....	8
Tabelle 3: Anzahl Pflegescheck-NutzerInnen nach Altergruppen (N = 44).....	29
Tabelle 4: Pflegebedarf, Pflegegeldstufe und Pflegegeld	32
Tabelle 5: Ausmaß der Inanspruchnahme mobiler Dienste vor dem Pflegescheck (N = 26)	36
Tabelle 6: Dezentrale Pflegebetten-Pools – Bettenzuteilung über Verein Altwerden zuhause	79

Anhang (Kapitel 10)

Tabelle 7: Pflegescheck - Charakterisierung interviewter Hauptpflegepersonen	
Tabelle 8: Pflege-Notruf - Charakterisierung interviewter NutzerInnen	

9. Literaturverzeichnis

- Badelt, Christoph et al. (1997): *Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems*. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Wien. März 1997.
- Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2002): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 3. Auflage. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000): *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege: betriebliche Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger*. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): *Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin. April 2002.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2000): *Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich (Seniorenbericht 2000)*. Wien.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen et al. (2001): *Internationales Jahr der älteren Menschen: Auf dem Weg zu einer neuen Seniorenpolitik*. Wien.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2002): *Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2002*. Wien.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2004): *Bericht über die soziale Lage 2003-2004*. Wien.
- Caritas (2004): *Zum Thema: Betreuen & Pflegen*. Nr. 3/2004. Wien.
- Geschäftsstelle der Österreichischen Raumordnungskonferenz (2004): *ÖROK-Prognosen 2001-2031, Teil 1: Bevölkerung und Arbeitskräfte nach Regionen und Bezirken Österreichs*. Wien.
- Geser-Engleitner, Erika und Jochum, Christoph (2004): *Die Entwicklung der Pflegeressourcen im Bereich der Altenpflege. Vorarlberg 2003–2020*. Dornbirn-Feldkirch. November 2004.
- Gruber, Gerd und Pallinger, Manfred (1994): *Kommentar zum Bundespflegegeldgesetz (BPGG)*. Springer Verlag. Wien.
- Görgen Thomas et al. (2002): *Erkundung des Bedarfs für ein bundeseinheitlich erreichbares telefonisches Beratungsangebot für ältere Menschen*. Bericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Justus-Liebig-Universität Gießen.
- IMAD (2004): *Tiroler Hauspflegestudie 2004*. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung. Studie im Auftrag der Arbeiterkammer Tirol. August 2004.
- Infratest Sozialforschung (2003): *Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002, Schnellbericht*. München, Juli 2003.
- Kärntner Regional Medien GmbH (2005): „Klagenfurter Monatsmagazin“, Ausgabe 02/05.
- Kaufmann, Franz-Xaver (1997): *Generationsbeziehungen und Generationenverhältnisse im Wohlfahrtsstaat*. In: Mansel, Jürgen u. a. (Hrsg.): *Generationen-Beziehungen: Austausch und Tradierung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Majce, Gerhard (1998): *Generationenbeziehungen in Österreich*. Erste Studienergebnisse. Im Auftrag des Bundesministeriums für Umwelt, Jugend und Familie. Wien.

- Meyer, Martha (2004): EUROFAMCARE - Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. National Background Report for Germany. University of Bremen. Institute of Applied Nursing Research. Bremen. Juli 2004.
- Nemeth, Claudia und Pochobradsky, Elisabeth (2002): *Qualitätssicherung in der Pflege - Pilotprojekt*. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Wien.
- Nemeth, Claudia und Pochobradsky Elisabeth (2004): *Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege*. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Wien.
- Ostermeyer E., Biringer E. (2003): *Qualitätssicherung in der Pflege und Beratung für Pflegende*. In: Soziale Sicherheit 5/2003.
- Statistik Austria (2003): Statistisches Jahrbuch Österreichs 2004. Wien.
- Verein „Altwerden zuhause“: *Alle Informationen über den Pflegescheck*. Broschüre.

Internetquellen:

- Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.
Pflegevorsorge. <http://bmsgk.cms.apa.at/cms/site/liste.html?channel=CH0044>.
Abfrage Jänner 2005.
- Enquete: *Pflegeberuf – Job des Lebens*, am 17.11.2004.
http://medwell24.at/CDA_Master/1,3008,3087_3164_26549,00.html. Abfrage
Dezember 2004.
- Fachtagung: *Häusliche Pflege in Balance – Selbstbewusst, kompetent, anerkannt*“, November 2003, Wissenschaftszentrum Bonn.
<http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen,did=14236.html>. Abfrage
September 2004.
- Knorr, Ragnwolf (1997): *Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter*. <http://idw-online.de/pages/de/news1000>. Abfrage August 2004.
- Kromrey, Helmut (1999): *Fallstricke bei der Implementations- und Wirkungsforschung sowie methodische Alternativen*. Vortrag auf dem Europäischen Kongress für Evaluation und Qualitätsmanagement in Sozialer Arbeit und Gesundheitswesen. Berlin.
http://userpage.fu-berlin.de/~ifs/bds/downloads/eval_humandl.pdf. Abfrage September 2004.
- Kromrey, Helmut (2001): *Evaluation – ein vielschichtiges Konzept, Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung*. Empfehlungen für die Praxis. In Sozialwissenschaften und Berufspraxis, 24. Jg., Heft 2/2001; userpage.fu-berlin.de/~ifs/bds/downloads.html. Abfrage September 2004.
- Messer, Barbara: *Tägliche Pflegeplanung in der stationären Altenpflege*, http://pflegen-online.de/download/Messer_1.pdf. Abfrage August 2004.
- Pflegegeld. <http://www.help.gv.at/Content.Node/36/Seite.360510.html>. Abfrage Jänner 2005.
- Sozialinfo Wien: *Mindestpension ASVS, Ausgleichszulagen-Richtsätze 2005*. http://sozialinfo.wien.at/detail?skin=1&language=de&kid=177&it_1=2069&itc=1. Abfrage Jänner 2005.
- Statistik Austria, *Volkszählungsdaten* vom 15. Mai 2001, <http://www.statistik.at/blickgem/vz1/g21009.pdf>. Abfrage Oktober 2004.
- Statistik Austria, *Bevölkerungsstatistik*. http://www.statistik.at/fachbereich_03/bevoelkerung_tab1.shtml. Abfrage Dezember 2004.

10. Anhang

Fragebogen Hauptpflegepersonen

Interviewleitfaden Hauptpflegepersonen

Liste interviewter Hauptpflegepersonen (Pflegescheck)

Liste interviewter AnruferInnen (Pflege-Notruftelefon)

Info-Folder zum Pflege-Notruftelefon

ERHEBUNGSBOGEN zum PFLLEGESCHECK

Befragte Gruppe: Hauptpflegepersonen⁹⁶

1. Fragen zur Pflegesituation

1.1 Was ist die Ursache für den Pflegebedarf Ihrer/s Angehörigen? Zutreffendes bitte ankreuzen! Mehrfachantworten möglich.

- das *Alter allgemein* und damit einhergehender geistiger und/oder körperlicher Abbau (Gebrechlichkeit, Verwirrtheit, Inkontinenz etc.)
- ein *Unfall / eine schwere Erkrankung* (Schlaganfall, Infarkt, Krebs etc.)
- Sonstiges, nämlich:

1.2 Ist die gepflegte Person (Angehörige/r) mobil, d. h. bewegungsfähig? Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Ja. Angehörige/r ist *selbständig* mobil (ohne oder auch mit Gehilfe/Rollstuhl).
- Ja. Angehörige/r ist mobil, *benötigt* aber die *Hilfe einer Begleitperson*.
- Nein. Angehörige/r ist *nicht* mobil / ist bettlägrig.

1.3 Können Sie die gepflegte Person im Normalfall⁹⁷ tagsüber alleine zu Hause lassen? Wenn „Ja“: wie viele Stunden? Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Nein. Gepflegte Person kann tagsüber nicht alleine zu Hause gelassen werden.
- Ja. Gepflegte Person kann alleine zu Hause gelassen werden für
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> maximal 3 Stunden | <input type="checkbox"/> maximal 12 Stunden |
| <input type="checkbox"/> maximal 6 Stunden | <input type="checkbox"/> mehr als 12 Stunden |

1.4 Braucht die gepflegte Person auch in der Nacht Hilfe und Betreuung? Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Ja. Häufig/jede Nacht. Ja. Manchmal. Nein. Nie.

1.5 V O R dem Pflegescheck: Haben Sie die gepflegte Person schon einmal zur Kurzzeitpflege in einem Heim untergebracht? Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Ja. Nein.

⁹⁶ Hauptpflegeperson: jene nicht professionelle Pflegeperson, die den gesamten Umfang bzw. den größten Anteil der familiären Pflege leistet.

⁹⁷ Im „Normalfall“ bedeutet: „im Alltag, im Durchschnitt, üblicherweise“. Nicht gemeint ist hingegen: „in Ausnahmefällen, wenn es nicht anders geht“.

1.6 V O R dem Pflegescheck: Wurden Sie bei der Pflege Ihrer/s Angehörigen von anderen Personen unterstützt? Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu? Zutreffendes bitte ankreuzen! Mehrfachantworten möglich.

Nein. Ich kam gut alleine zurecht und benötigte keine fremde Hilfe.
 Nein. Ich musste alleine zurecht kommen, hätte mir aber Hilfe gewünscht.
 Nein. Sonstiges, nämlich:
 Ja. Ich wurde von der Familie / von Verwandten unterstützt. Bei Bedarf ...
 häufig manchmal
 Ja. Ich wurde von Freunden / Nachbarn unterstützt. Bei Bedarf ...
 häufig manchmal
 Ja. Ich wurde von mobilen sozialen Diensten (Hauskrankenpflege) unterstützt,
 täglich ca. Stunden/Tag
 wöchentlich ca. Stunden/Woche
 fallweise ca. Stunden/Monat.
 Ja. Sonstiges, nämlich:

1.7 Gibt es eigene Wünsche/Bedürfnisse, die Sie aufgrund der Pflege eingeschränkt haben? Wenn „Ja“: geben Sie bitte an worauf Sie verzichten und in welchem Ausmaß! Zutreffendes bitte ankreuzen! Mehrfachantworten möglich.

Ich habe ...	stark eingeschränkt	etwas eingeschränkt
<input type="checkbox"/> Zeit für mich (für eigene Entspannung und Erholung, Frisörbesuche etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zeit für die restliche Familie (für Aktivitäten mit Kindern etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zeit für Freunde, Bekannte, für den Besuch von Veranstaltungen etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Urlaubswünsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

1.8 In welchen Situationen hätten Sie sich für die Pflege Ihrer/s Angehörigen bisher Hilfe durch Dritte gewünscht? Das heißt: wann kam es vor, dass Sie selbst verhindert waren und die Pflege jemanden übergeben wollten? Zutreffendes bitte ankreuzen! Mehrfachantworten möglich.

<input type="checkbox"/> wenn ich selbst erschöpft / krank war
<input type="checkbox"/> wenn Einkäufe, Besorgungen, Arztbesuche zu erledigen waren
<input type="checkbox"/> wenn ich Freizeitaktivitäten/Hobbies ausüben wollte / Freunde treffen wollte
<input type="checkbox"/> wenn ich Urlaub machen wollte
<input type="checkbox"/> wenn ich Zeit für die restliche Familie benötigt habe (Ausflug, Feiern etc.)
<input type="checkbox"/> wenn Renovierungsarbeiten im Haus / in der Wohnung durchgeführt wurden
<input type="checkbox"/> wenn mein eigenes Pflegewissen nicht ausgereicht hat und ich professionelle Hilfe gebraucht habe
<input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich:
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

1.9 Fühlen Sie sich durch die Pflege in besonderer Weise belastet? Zutreffendes bitte ankreuzen! Mehrfachantworten möglich.

<input type="checkbox"/> Nein, eigentlich nicht.
<input type="checkbox"/> Ja, körperlich (Nackenschmerzen, Schulterschmerzen, Kreuzschmerzen etc.)
<input type="checkbox"/> Ja, seelisch durch ...
<input type="checkbox"/> Umgang mit Leid, Krankheit
<input type="checkbox"/> Tragen von Verantwortung (für Gesundheit, Leben, Wohlbefinden)
<input type="checkbox"/> Überforderung
<input type="checkbox"/> Gefühl „immer da sein zu müssen“
<input type="checkbox"/> Isolation / Verlust an Kontakten zu Freunden, Bekannten etc.
<input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich:
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ja, zeitlich (weniger Zeit für Familie, Freunde, Beruf, eigene Interessen etc.)
<input type="checkbox"/> Ja, finanziell (Kosten für Pflegehilfsmittel etc.)
<input type="checkbox"/> Ja, sonstiges, nämlich:
.....
.....
Raum für eigene Anmerkungen:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Fragen zum Pflegescheck

2.1 Wie wurden Sie auf den Pflegescheck aufmerksam? Durch ... Zutreffendes bitte ankreuzen! Mehrfachantworten möglich.

- soziale Pflegedienste / mobile Hauskrankenpflege/-hilfe
- Medien (Zeitung, Radio, Fernsehen, Plakate etc.)
- Pflege-Notruftelefon
- Mundpropaganda durch Bekannte, Verwandte, Freunde, Nachbarn etc.
- Kontaktaufnahme von Fr. Mittermüller oder Hr. Jost vom Verein „Altwerden zuhause“
- Sonstiges, nämlich:

2.2 Denken Sie, dass für den Pflegescheck ausreichend Werbung gemacht wurde? Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu? Zutreffendes bitte ankreuzen! Mehrfachantworten möglich.

- Ja. Der Scheck wurde ausreichend beworben. Ich selbst habe *ohne große Anstrengung* vom Angebot des Pflegeschecks erfahren.
- Nein. Der Scheck wurde nicht ausreichend beworben. Ich selbst habe eigentlich nur *durch Zufall* vom Pflegescheck erfahren.
- Ich vermute, dass es Pflegenden in Steindorf/Waidmannsdorf gibt, die den Scheck aus Unwissenheit gar nicht beantragt haben.

Raum für eventuelle Anmerkungen:.....
.....
.....
.....

2.3 Wie beurteilen Sie die Abwicklung des Pflegeschecks durch den Verein Altwerden zu Hause? Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu? Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Die Abwicklung des Pflegeschecks (Formulare ausfüllen, Rechnungen beibringen etc.) war einfach und völlig unkompliziert.
 - Bei der Abwicklung des Pflegeschecks gab es Probleme, Unklarheiten, Schwierigkeiten etc. weil (Bsp.: meine Ausgaben für Hilfsmittel nicht anerkannt wurden; die Kontaktaufnahme nicht gleich funktioniert hat etc.):
-
.....
.....
.....

2.4 Wofür haben Sie den Pflegescheck verwendet? Für ...

Zutreffendes bitte ankreuzen! Mehrfachantworten möglich.

<input type="checkbox"/> mobile Hauskrankenhilfe/-pflege <input type="checkbox"/> stationäre Kurzzeitpflege in einem Heim. Name des Heims: <input type="checkbox"/> Ankauf von Pflegehilfsmitteln. Nämlich: <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich:
--

2.5 Konnten Sie die Art der Leistung (stationäre Kurzzeitpflege, Hauskrankenhilfe oder Ankauf von Hilfsmitteln) frei wählen oder gab es irgendwelche Einschränkungen? Zutreffendes bitte ankreuzen!

<input type="checkbox"/> Ich konnte völlig frei und nach meinem Wunsch/Bedarf wählen. <input type="checkbox"/> Ich konnte nicht frei wählen, <u>weil</u> :
--

2.6 Haben Sie vom Angebot des „Pflege-Notruftelefons“ Gebrauch gemacht?

Zutreffendes bitte ankreuzen!

<input type="checkbox"/> Nein. Ich weiß gar nicht, was das Pflege-Notruftelefon ist. <input type="checkbox"/> Nein. Ich weiß aber, dass es das Pflege-Notruftelefon gibt. <input type="checkbox"/> Ja, ich habe vom Pflege-Notruftelefon bereits Gebrauch gemacht.
--

2.7 War die Beratung (Information über Heime, Anbieter mobiler Dienste, Hilfsmittel etc.) durch den Verein „Altwerden zu Hause“ oder durch das Pflege-Notruftelefon ausschlaggebend dafür, dass Sie den Pflegescheck genutzt haben? Zutreffendes bitte ankreuzen!

<input type="checkbox"/> Ja. Die Beratung und Hilfestellung durch den Verein „Altwerden zu Hause“ war ... das Pflege-Notruftelefon war	sehr hilfreich	hilfreich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nein. Ich kenne die Angebote professioneller Dienste und das Angebot an Hilfsmitteln. Ich hätte <i>auch ohne Beratung</i> gewusst, wohin ich mich wenden muss. Ausschlaggebend war die finanzielle Unterstützung!		

2.8 Welche positiven – oder eventuell negativen - Auswirkung(en) hatte der Pflegescheck auf Ihre Lebenssituation? Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu? Zutreffendes bitte ankreuzen! Mehrfachantworten möglich.

	trifft eher zu	trifft eher nicht zu
- hatte mehr Zeit für mich (zum Entspannen, für meine Hobbies etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- konnte mich mit ruhigem Gewissen erholen, weil ich meine/n Angehörige/n gut versorgt wusste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hatte mehr Zeit für die restliche Familie, für Aktivitäten mit der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hatte mehr Zeit für Freunde, Bekannte, Besuch von Veranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hatte mehr Zeit für Einkäufe, Besorgungen, Behördenwege, Arztbesuche etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- konnte Urlaub machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- habe mich körperlich entlastet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- habe Zugang zu Pflegefachwissen bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sonstiges, nämlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.9 Hat Ihr/e Angehörige/r schon einmal Erfahrung mit professionellen Pflegediensten (Hauskrankenpflege/-hilfe oder Unterbringung im Heim) gemacht? Zutreffendes bitte ankreuzen!

<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Nein. Bitte weiter bei Frage 2.12 !
------------------------------	---

2.10 Hatten Sie irgendwelche Bedenken, die Pflege Ihrer/s Angehörigen professionellen Pflegediensten anzuvertrauen? Welche der folgenden Aussagen trifft auf Ihre Situation zu? Zutreffendes bitte ankreuzen! Mehrfachantworten möglich.

Nein. Ich hatte eigentlich keine Bedenken.

Ja. Ich hatte Bedenken, weil ...

- Angehörige/r lehnte die Betreuung durch fremde Personen eher ab
- ich habe befürchtet, dass Angehörige/r nicht gut genug versorgt wird
- ich fühlte mich selbst für die Pflege verantwortlich und hatte ein schlechtes Gewissen, die Pflege anderen zu übergeben
- Sonstiges, nämlich:.....
.....
-
.....
-
.....

2.11 Wie beurteilen Sie die professionelle Pflege im nachhinein? Hat sich Ihre Einstellung eher zum Positiven oder zum Negativen verändert? Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu? Zutreffendes bitte ankreuzen!

Die Erfahrungen mit professionellen Pflegediensten waren eher *positiv*.

Die Erfahrungen mit professionellen Pflegediensten waren eher negativ.

Bitte begründen Sie Ihre Antwort stichwortartig !

.....
.....
.....
.....

Eventuelle Bedenken/Ängste waren UNbegründet.

Eventuelle Bedenken/Ängste waren begründet.

Bitte begründen Sie Ihre Antwort stichwortartig !

.....
.....
.....
.....

2.14 Haben Sie sich schon einmal die Frage gestellt, ob ein Umzug der gepflegten Person in ein Heim sinnvoll sein könnte? Wie wahrscheinlich ist ein Umzug aus Ihrer Sicht?

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Sehr wahrscheinlich
- Wenig wahrscheinlich
- Eher unwahrscheinlich

Können Sie Ihre Antwort bitte stichwortartig begründen!

.....

.....

.....

2.15 Was wäre aus Ihrer Sicht - über den jetzigen Pflegescheck hinaus – noch nötig, um die Situation von pflegenden Angehörigen zu verbessern?

Zutreffendes bitte ankreuzen! Mehrfachantworten möglich.

	sehr nötig	nötig	nicht nötig
Aufstockung der Mittel für den Pflegescheck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausweitung der Verwendungsmöglichkeiten des Schecks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information und Beratung über Pflegehilfsmittel (Angebote, Finanzierung etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information über die Angebote sozialer Dienste (Tagespflege, Kurzzeitpflege, Hauskrankenpflege etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermittlung von Pflegefachwissen (richtige Ernährung, Lagerung, reaktivierende Pflege etc.) durch Pflegefachpersonal zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungsangebote für pflegende Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung von Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirtschaftliche Absicherung von pflegenden Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, nämlich ...	<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"/>

2.16 Raum für Ihre persönlichen Anmerkungen zum Pflegescheck!

.....

.....

.....

**3.5 Seit wann wird der/die Pflegescheckempfänger/in von Ihnen gepflegt?
Ungefähre Angabe in Monaten und/oder Jahren.**

..... Monat(e) Jahr(e)
----------------	---------------

3.6 Bitte geben Sie an, ob Sie derzeit berufstätig sind.

<input type="checkbox"/> Ja. Ich bin berufstätig. <input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit / geringfügig beschäftigt.
<input type="checkbox"/> Nein. Ich bin nicht berufstätig, sondern: <input type="checkbox"/> in Pension	<input type="checkbox"/> in Karenz
<input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/> arbeitslos
<input type="checkbox"/> in Pflegekarenz	<input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich:

3.7 Haben Sie Ihre Berufstätigkeit zur Ausübung der Pflege eingeschränkt?

<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, teilweise	<input type="checkbox"/> Ja, gänzlich	Bitte weiter bei Frage 3.9!
--------------------------------	--	---------------------------------------	------------------------------------

3.8 Bitte nur bei derzeitiger Berufstätigkeit beantworten: Wie schätzen Sie die Vereinbarkeit Ihres Berufs mit der Pflege ein?

<input type="checkbox"/> eher gut zu vereinbaren	<input type="checkbox"/> eher schwierig zu vereinbaren
--	--

3.9 Wie hoch ist Ihr monatliches Netto-Einkommen (bei Pension: ohne Pflegegeld, inklusive Ausgleichszulage)?

<input type="checkbox"/> Kein Einkommen / keine Pension.	
<input type="checkbox"/> 0 - 500 Euro	<input type="checkbox"/> 1.001 - 1.500 Euro
<input type="checkbox"/> 501 - 700 Euro	<input type="checkbox"/> 1.501 - 2.000 Euro
<input type="checkbox"/> 701 - 1.000 Euro	<input type="checkbox"/> über 2.000 Euro

3.10 Leben Sie mit dem Pflegescheckempfänger im gemeinsamen Haushalt?

<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Nein.
------------------------------	--------------------------------

3.11 Wie hoch ist Ihr monatliches Netto-HAUSHALTSeinkommen (bei Pension: ohne Pflegegeld, inklusive Ausgleichszulage)?

<input type="checkbox"/> 0 - 1.000 Euro	<input type="checkbox"/> 2.001 - 2.500 Euro
<input type="checkbox"/> 1.001 - 1.500 Euro	<input type="checkbox"/> 2.501 - 3.000 Euro
<input type="checkbox"/> 1.501 - 2.000 Euro	<input type="checkbox"/> über 3.000 Euro

3.12 Ihre Wohngemeinde?

<input type="checkbox"/> Steindorf/Ossiachersee	<input type="checkbox"/> Waidmannsdorf
---	--

b) Angaben zur gepflegten Person (zum/r Pflegescheckempfänger/in)!

3.13 Bitte geben Sie das Alter der gepflegten Person an.

..... Jahre.

3.14 Bitte geben Sie das Geschlecht der gepflegten Person an.

weiblich männlich

3.15 Bitte geben Sie den Familienstand der gepflegten Person an.

<input type="checkbox"/> alleinstehend	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> getrennt lebend
<input type="checkbox"/> nicht alleinstehend	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> verheiratet		<input type="checkbox"/> in Lebensgemeinschaft lebend

3.16 Welche Personen leben mit dem/der Pflegegeldbezieher/in im gemeinsamen Haushalt? Bitte geben Sie auch die Anzahl der Personen an?

<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> Ehe- / Lebenspartner/in:		<input type="checkbox"/> Enkelkind/er, Zahl:
<input type="checkbox"/> Vater/Mutter, Zahl:		<input type="checkbox"/> Geschwister, Zahl:
<input type="checkbox"/> (Schwieger)Kind/er: Zahl		<input type="checkbox"/> Sonstige, Zahl:

3.17 Pflegegeldstufe?

<input type="checkbox"/> 1 oder 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7

3.18 Bitte geben Sie die monatliche Netto-Pension (ohne Pflegegeld, inklusive Ausgleichszulage) der gepflegten Person an!

<input type="checkbox"/> Keine Pension.	<input type="checkbox"/> 1.001 - 1.250 Euro
<input type="checkbox"/> 0 - 500 Euro	<input type="checkbox"/> 1.251 - 1.500 Euro
<input type="checkbox"/> 501 - 700 Euro	<input type="checkbox"/> 1.501 - 2.000 Euro
<input type="checkbox"/> 701 - 1.000 Euro	<input type="checkbox"/> über 2.000 Euro

3.19 Wohngemeinde

Steindorf/Ossiachersee Waidmannsdorf

Vielen Dank für Ihre Unterstützung

Interviewleitfaden (persönliche Befragung Hauptpflegeperson)

A: Pflegesituation (Einleitung, Belastungen, Verhinderung)

1. Ihr Verwandschaftsverhältnis zur gepflegten Person? Hauptpflegeperson ist
2. Leben Sie mit der gepflegten Person im gemeinsamen Haushalt?
3. Welche Personen leben in Ihrem Haushalt bzw. bei getrenntem Haushalt im Haushalt der/des Pflegegeldbeziehers/in? Anzahl der Personen?
4. Wie lange üben Sie die Pflegetätigkeit bereits aus?
5. Was ist die Ursache für den Pflegebedarf Ihres Angehörigen?
6. Fühlen Sie sich durch die Pflege belastet (körperlich, seelisch, finanziell etc.)? Welche Arten von Belastung treten auf?
7. Was sind für Sie Problembereiche/Herausforderungen bei der Pflege zuhause?
8. Was sind Folgen, die sich aus den oben genannten Problembereichen ergeben?
9. Wenn Sie an den Moment zurückdenken, als Sie die Aufgabe der Pflege begonnen haben: stimmt der Pflegealltag mit Ihren ursprünglichen Erwartungen überein? Ist die Aufgabe schwieriger als erwartet?
10. In welchen Situationen benötigen Sie für die Pflege des Angehörigen eine „Vertretung“? Wann sind Sie „verhindert“?
11. Welche Beratungs- und Hilfsdienste haben Sie vor dem Pflegescheck in Anspruch genommen und in welchem Umfang?
12. Was hat sich durch den Pflegescheck geändert? Was wurde mehr oder ev. erstmals in Anspruch genommen?
13. Können Sie in einem geplanten Bedarfsfall (Ausflugstag, Feier bei Freunden) auf die Ersatzpflege durch Verwandte/Freunde zurückgreifen? Können Sie in einem ungeplanten Notfall (plötzliche Erkrankung, Sie brauchen beim Arzt länger als erwartet ...) auf die Ersatzpflege durch Familie, Verwandte und/oder Freunde zurückgreifen?
14. Welche Lösung haben Sie bisher bei eigener Verhinderung gefunden?

B: Beurteilung Kärntner Pflegemodell

15. Wie wurden Sie auf den Pflegescheck aufmerksam? Wie sind Sie zum „Pflegescheck“ gekommen? Haben Sie Kontakt zum Verein „Altwerden zu Hause“ aufgenommen oder wurden Sie vom Verein kontaktiert?
16. Welche Leistung im Rahmen des Pflegeschecks haben Sie in Anspruch genommen?
17. Konnten Sie die Art der Leistung (z. B. stationäre Pflege) frei wählen oder gab es irgendwelche Zugangsbeschränkungen (kein Heimplatz etc.)?
18. Kennen Sie das Pflege-Notruftelefon? Haben Sie davon Gebrauch gemacht?

19. War die Beratungs- und Vermittlungstätigkeit durch den Verein „Altwerden zu Hause“ und/oder das Pflege-Notruftelefon ausschlaggebend dafür, dass Sie überhaupt eine Ersatzpflege (mobile Hauskrankenpflege, stationäre Unterbringung etc.) in Anspruch genommen haben?
20. Haben Sie vom Angebot des „Hilfsmittel-Pools“ Gebrauch gemacht (Verleih von Pflegebetten etc.)? Was sind Ihre Erfahrungen damit?
21. Welche Auswirkungen hatte die Pflegescheck-Leistung (Hauskrankenhilfe, stationäre Unterbringung etc.) auf Ihre Pflegesituation? Welche Art der Entlastung ist für Sie vor allem eingetreten?
22. Haben Sie jederzeit ausreichend Information zum Pflegescheck (Zugang zum Pflegescheck, Angebote an Heimplatz bzw. mobiler Pflege, Abwicklung und Abrechnung etc.) erhalten?
23. Wie beurteilen Sie im nachhinein die Abwicklung des Pflegeschecks durch den Verein Altwerden zu Hause?
24. Was würden Sie am Pflegescheck in seiner jetzigen Form verändern oder verbessern wollen?
25. Gab es Ihrerseits Bedenken und/oder Ängste, die Pflege Ihres Angehörigen dritten Personen anzuvertrauen? Welche der folgenden Aussagen trifft auf Ihre Pflegesituation zu? Mehrfachantworten möglich.
26. Wie beurteilen Sie externe Hilfe im Nachhinein? Haben sich Ihre Ängste/Befürchtungen bestätigt? Oder wurden sie zerstreut? Wie zufrieden waren Sie mit der Hauskrankenhilfe oder dem Heimplatz?
27. Wenn Sie für Ihre/n gepflegte/n Angehörige/n sprechen: wie war ihre/seine Einstellung gegenüber fremder Pflegehilfe vor der Inanspruchnahme des Pflegeschecks?
28. Wie hat sich die Einstellung der gepflegten Person nach Inanspruchnahme der Pflegescheck-Leistung Ihrer Meinung nach verändert: eher zum positiven oder zum negativen?
29. Können Sie sich vorstellen, die Pflege ihres Angehörigen völlig oder größtenteils professionellen Pflegefachkräften zu übergeben?
30. Welche positiven/negativen Folgen hätte dies für Sie bzw. die gepflegte Person?
31. Haben Sie sich schon einmal die Frage gestellt, ob ein Umzug der gepflegten Person in ein Heim sinnvoll sein könnte? Wie wahrscheinlich ist ein Umzug aus Ihrer Sicht?
32. Nach Ihrer Einschätzung: Ist der Pflegescheck, d. h. Hilfeleistungen im Wert von € 1.000/Jahr ein Mittel, um pflegende Angehörige dauerhaft zu entlasten?
33. Was wäre aus Ihrer Sicht - über den Pflegescheck hinaus - nötig, um die Situation von pflegenden Angehörigen zu verbessern?

C: Sozio-demografische Merkmale

34. Alter, Geschlecht, Familienstand Hauptpflegeperson; Berufstätigkeit ja, nein? Umfang? Wurde diese für die Pflege eingeschränkt? Vereinbarkeit von Beruf und Pflege?
35. Alter, Geschlecht, Familienstand, Pflegegeldstufe PflegescheckempfängerIn

Liste interviewter Hauptpflegepersonen (Pflegescheck)

Tabelle 7: Pflegescheck - Charakterisierung interviewter Hauptpflegepersonen

ID	Alter [Jahre]	Geschlecht [w, m]	Familienstand	Haushaltsgröße, Kinder	Gemeinsamer Haushalt mit PflegescheckempfängerIn?	Berufstätigkeit?	Verwandschaftsgrad: Hauptpflegeperson pflegt ...	Pflegestufe	Dauer der Pflege [Jahre]	Scheck verwendet für	Ort
1	41	w	verheiratet	4 Personen (Ehepaar, 2 Kinder: 16 u. 20 Jahre)	Nein	geringfügig beschäftigt	Mutter und Vater	4, 5	7 bzw. 4	Mobile Dienste	Waidmannsdorf
2	67	w	verheiratet	2 Personen (Ehepaar; erwachsene Kinder)	Ja	Pension	Ehemann	4	5	Pflegehilfsmittel	Waidmannsdorf
3	62	w	alleinstehend (lebt getrennt)	1 Person (erwachsene Kinder, leben nicht in Kärnten)	Nein	Pension	Mutter	4	4	Mobile Dienste	Waidmannsdorf
4	67	w	verheiratet	2 Personen (erwachsene Kinder, leben nicht in Kärnten)	Ja	Pension	Ehemann	3	0,5	Mobile Dienste	Steindorf
5	56	w	alleinstehend (geschieden)	2 Personen (lebt mit der Gepflegten; erwachsene Kinder)	Ja	Hausfrau	Mutter	5	9	Mobile Dienste, Pflegehilfsmittel	Steindorf
6	58	w	alleinstehend	2 Personen (lebt mit dem Gepflegten; erwachsene Kinder)	Ja	Pension	Vater	7	2	Mobile Dienste	Waidmannsdorf
7	67	w	lebt in Partnerschaft	2 Personen	Ja	Pension	Lebensgefährte	5	5	Mobile Dienste	Waidmannsdorf
8	46	w	verheiratet	4 Personen (Ehepaar mit Tochter und Gepflegten; 2 Kinder erwachsen)	Ja	Hausfrau	Mutter	6	2	Stationäre Kurzzeitpflege	Waidmannsdorf
9	73	w	Verheiratet	2 Personen (3 erwachsene Kinder außer Haus)	Ja	Hausfrau	Ehemann	6	20	Pflegehilfsmittel	Waidmannsdorf

Quelle: IHS K

Liste interviewter AnruferInnen (Pflege-Notruf)

Tabelle 8: Pflege-Notruf - Charakterisierung interviewter NutzerInnen

ID	Alter [Jahre]	Geschlecht [w, m]	Verwandschaftsgrad: AnruferIn ist ... der gepflegten Person	Gepflegte [Alter]	Pflegegeld- stufe	Bezirk	Grund des Anrufes
A	59	w	Tochter	91	4, später 5	St. Veit	Hat die Nummer durch Zufall in der Zeitung (Info-Glossar) entdeckt und hat angerufen. Hat eine Auszeit gebraucht. Wurde vom Notruf auf die Möglichkeiten der Kurzzeitpflege aufmerksam gemacht.
B	59	w	Gattin	62	2, Höherstufung beantragt	Klagenfurt	Hat die Nummer in der Zeitung (Info-Glossar) entdeckt. Sie war verzweifelt. Mann ist im Rollstuhl, inkontinent, Pflegesituation war für die Gattin untragbar. Wurde über mögliches Vorgehen beraten.
C	50	m	Neffe	94	wird beantragt	Klagenfurt- Land	Hat die Nummer von einer Nachbarin bekommen. Rief für 94jährige Tante an. Diese sträubt sich, Hilfe anzunehmen – braucht sie seiner Ansicht nach aber. Es wurde die Situation besprochen, Pflegegeld wird beantragt.
D	48	w	Tochter	76	2	Klagenfurt	Mobile Dienste wurden benötigt. IGK hat über Angebot aufgeklärt und Adressen vermittelt.
E	34	w	Tochter	34	4	Spittal	Hätte für die Mutter gerne den Pflegescheck beansprucht. Wurde vom IGK genau über die Richtlinien beraten.
F	77	m	Anruf für sich selbst	77	4	Klagenfurt	Hatte sich wegen dem Notrufbutton informiert. War letztlich enttäuscht, weil nichts daraus geworden ist.
G	81	m	Anruf für sich selbst	81	wurde beantragt	Klagenfurt	Hat einen Therapeuten gesucht. IGK ist persönlich vorbei gekommen, hat Adressen weitergegeben.
H	56	w	Mutter	87	2	Klagenfurt	Anruf wegen Pflegegeld – Höherstufung. IGK hat beim Antrag geholfen, ausgefüllt, vorbeigebracht.
I	48	w	Lebensgefährtin	69	5	Klagenfurt	Wollte sich grundsätzlich über Möglichkeiten der Kurzzeitpflege informieren, für den Fall, dass einmal Bedarf besteht. Wurde vom IGK beraten.

Quelle: IHS K