



Universität Hamburg

Fakultät Wirtschafts- und  
Sozialwissenschaften



**Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung**

Prof. Dr. P. Runde / Prof. Dr. K. Eichner / Prof. Dr. S. Scheerer

## **Fachtagung DVfR 2012:**

**Vortrag**

### **Rehabilitation und Pflege zu Hause - Unterstützung für Pflegende**

**Reinhard Giese, Josephine Lehmann, Silke Landeck**

## **Gliederung**

- **Häusliche Pflegearrangements und Pflegende**
- **Zur Inanspruchnahme von häuslichen Reha-Maßnahmen**
- **Zu beachtende Trends für die Unterstützung von Pflegenden**
- **Empfehlungen zur Unterstützung Pflegender**

## Vorbemerkung

Für diesen Vortrag werden Daten verwendet, die auf eigenen Erhebungen zur häuslichen Pflege in Privathaushalten beruhen. Es handelt sich um schriftliche Befragungen aus den Jahren 1997 (n=1113), 2002 (n=1314) und 2009 (n=1266), die bei Pflegeversicherungs-Leistungsempfängern der AOK in Deutschland durchgeführt wurden. Berücksichtigt wurden nur Leistungsempfänger, bei denen die pflegebedürftige Person mindestens 30 Jahre alt ist und die nicht der Stufe 0 angehören.<sup>1</sup> Ergänzend wurden in insgesamt über 150 Pflegehaushalten qualitative Interviews geführt.

Die Daten sind somit nicht repräsentativ für alle Pflegehaushalte, geben aber die wesentlichen Strukturmuster und Größenordnungen der häuslichen Pflege in Deutschland wieder.

Auf die Pflege und Rehabilitation pflegebedürftiger Kinder kann wegen der Datengrundlage nicht eingegangen werden.

<sup>1</sup> Studienergebnisse sind u.a. veröffentlicht in:

Runde, P. / Giese, R. et al. (2010): AOK-Trendbericht Pflege II. Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung. Rote Reihe, Bd. 18. Hamburg.

Runde, P. / Giese, R. et al. (2011): Rechtliche Wirkungsforschung am Beispiel der Pflegeversicherung. In: Zeitschrift für Rechtssoziologie 32, 2011, Heft 1, S. 59-99.

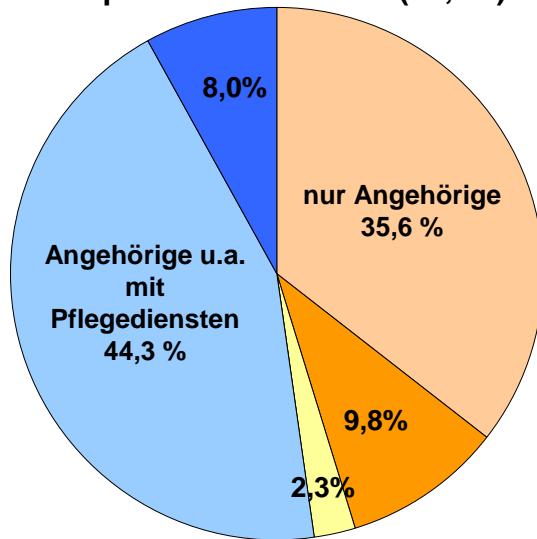
Die Erhebungen erfolgten mit finanzieller Unterstützung des AOK-Bundesverbandes und wurden über die AOKs durchgeführt.

A large orange oval with a black outline is centered on a light orange gradient background. Inside the oval, the text "Häusliche Pflegearrangements und Pflegende" is written in a bold, black, sans-serif font, arranged in three lines.

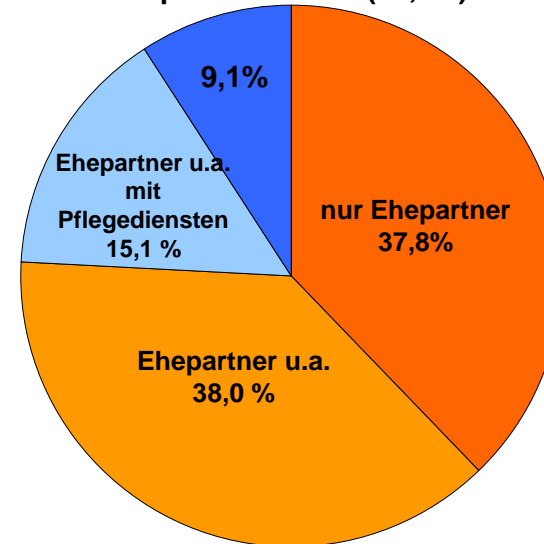
**Häusliche  
Pflegearrangements  
und Pflegende**

# Häusliche Pflegearrangements (Einzelberechnung 2009; n=1204)

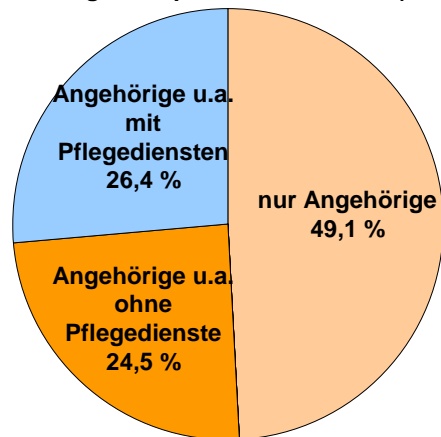
Einpersonenhaushalte (27,9%)



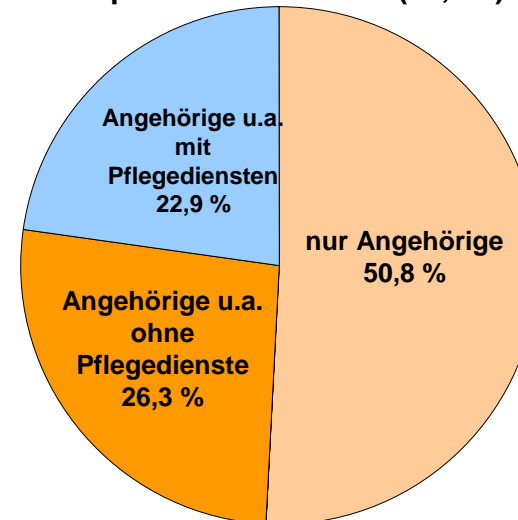
Ehepaarhaushalte (30,3%)



sonstige Zweipersonenhaushalte (9,7%)



Mehrpersonenhaushalte (32,1%)



■ nur Angehörige

■ Angehörige u.a. ohne Pflegedienste

■ nur Freunde/Bekannte

■ nur Ehepartner

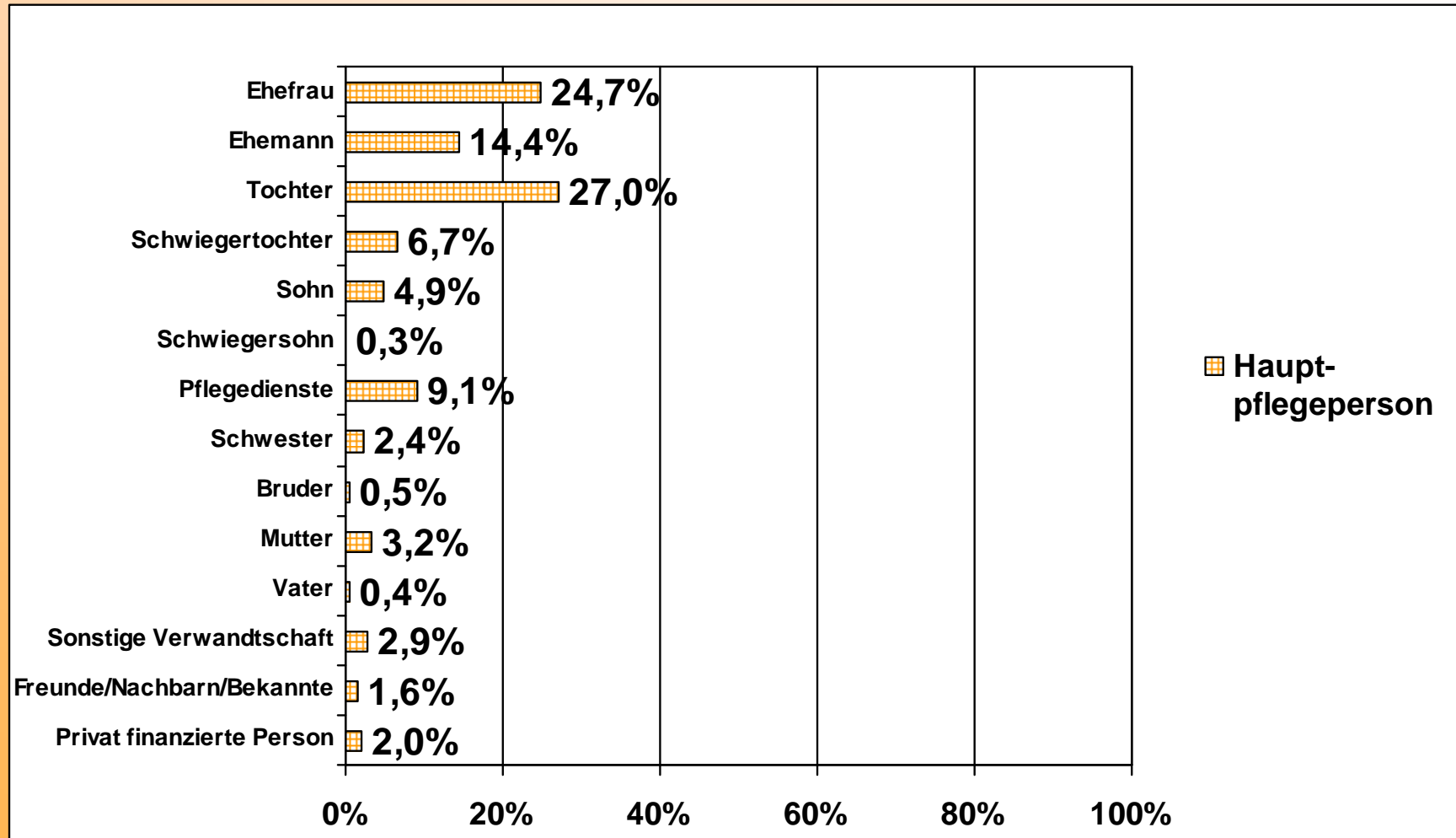
■ Angehörige u.a. mit Pflegediensten

■ nur Pflegedienst

Pflegedienstbeteiligung einschließlich Behandlungspflege nach SGB V.

# Hauptpflegepersonen

(Einzelberechnung 2009; ohne Mehrfachnennungen, n=1084)



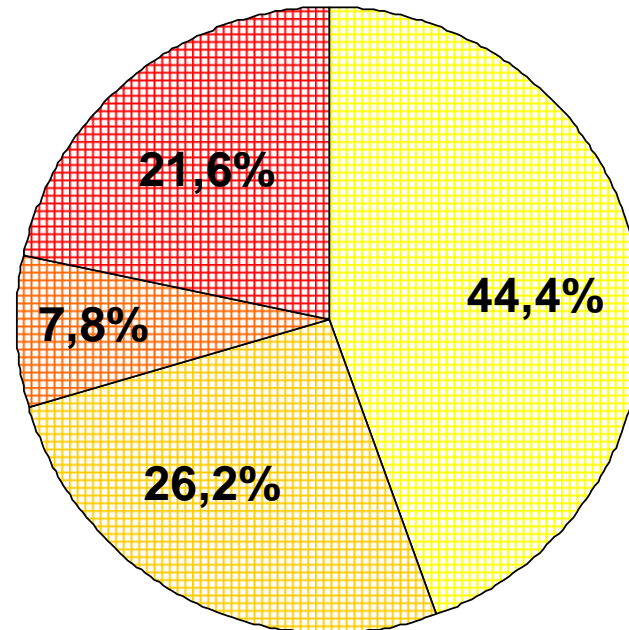
Weiblich: 78,7 %

Männlich: 21,3 %

# Erwerbstätigkeit der Pflegepersonen seit Pflegeübernahme

(Einzelberechnung 2009; n=832)

Erwerbstätigkeit seit Pflegeübernahme



- Rentenalter (ab 65 Jahre)
- Erwerbsfähiges Alter und nicht erwerbstätig
- Erwerbsfähiges Alter und stundenweise erwerbstätig
- Erwerbsfähiges Alter und erwerbstätig (Teilzeit und Vollzeit)

## Haushaltstyp und Alter Pflegeperson

(Einzelberechnung 2009; Angaben in Prozent;  $p \leq 0,001$ )

| Haushaltstyp                                | Alter der Pflegeperson |             |        |
|---|------------------------|-------------|--------|
|   | bis 64 Jahre           | ab 65 Jahre | Gesamt |
| Einpersonenhaushalte<br>(n=261)             | 76,3                   | 23,7        | 100,0  |
| Ehepaarhaushalte<br>(n=401)                 | 35,6                   | 64,4        | 100,0  |
| sonstige<br>Zweipersonenhaushalte<br>(n=87) | 51,7                   | 48,3        | 100,0  |
| Mehrpersonenhaushalte<br>(n=295)            | 74,6                   | 25,4        | 100,0  |



## Fazit

Es sind insbesondere folgende häuslichen Pflegekonstellationen zu beachten:

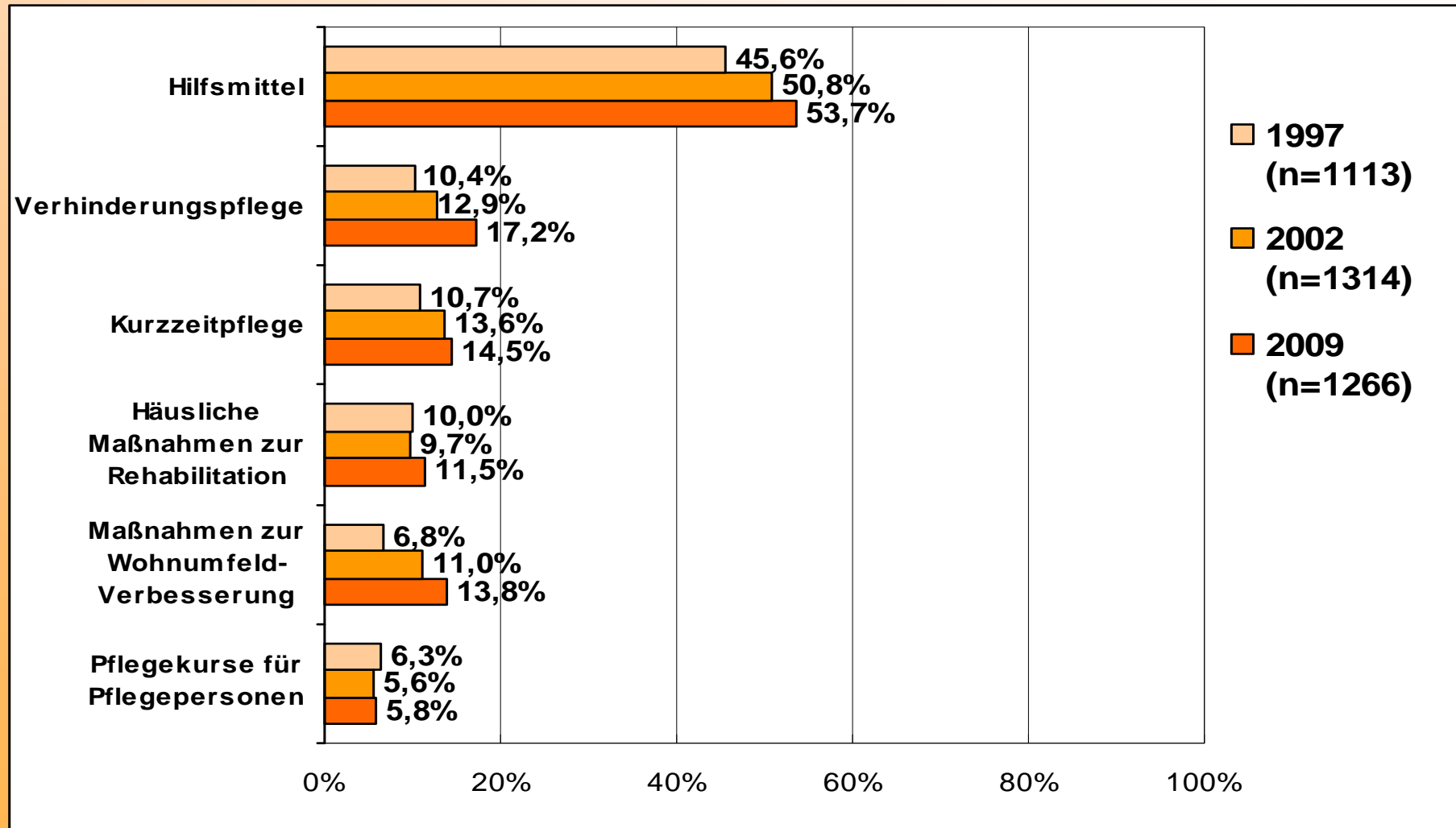
- Die Pflege in Einpersonenhaushalten, bei denen Pflegebedürftige entweder von Angehörigen in räumlicher Nähe oder von Pflegediensten hauptpflegerisch betreut werden. Häusliche Reha-Maßnahmen bei diesen Pflegekonstellationen setzen voraus, dass die pflegebedürftige Person noch selbstständig agieren kann.
- Die Pflege in den Ehepaarhaushalten, bei denen häufig auch der pflegende Ehepartner im hohen Alter bzw. gesundheitlich angeschlagen ist und deshalb bereits Hilfe durch Dritte erhält. Hier kann eine Einbindung in häusliche Reha-Maßnahmen aus körperlichen Gründen schnell eine Überforderung sein.
- Die Pflege im Mehrpersonenhaushalt von Angehörigen, meistens die eigenen Kinder, wo am ehesten personelle Ressourcen zur Stützung von Reha-Aktivitäten in der Pflege gegeben sind.

Freunde, Bekannte, Nachbarn und damit soziale Netze vor Ort sind in pflegerische Tätigkeiten selten eingebunden, sondern übernehmen eher unregelmäßig haushaltsnahe Dienstleistungen (z.B. Einkäufe, Gartenarbeit, Fahrten zum Arzt).

Von privaten Ressourcen in den Pflegearrangements zur Stützung häuslicher Reha-Maßnahmen kann deshalb nicht generell ausgegangen werden.

**Zur Inanspruchnahme von  
häuslichen  
Reha-Maßnahmen**

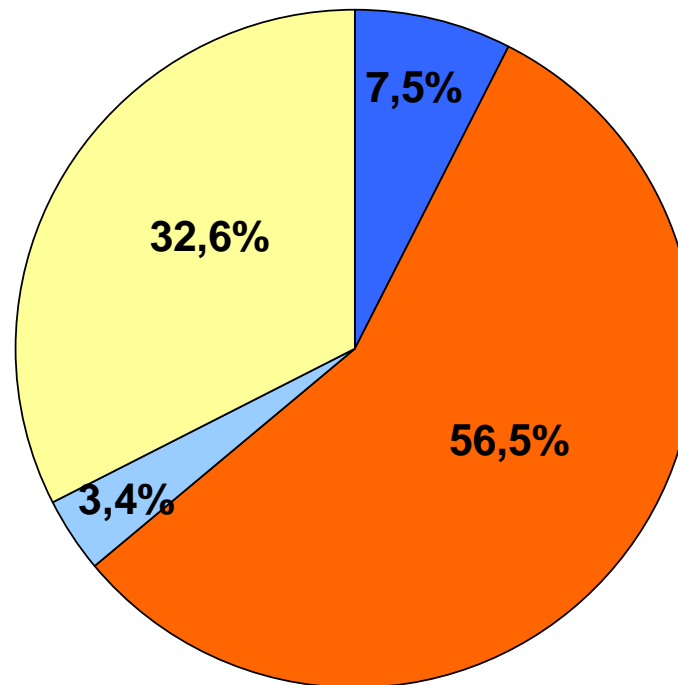
# Bewilligung von häuslichen Reha-Maßnahmen im Vergleich von 1997- 2009 zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung ( $p \leq 0,001$ ; $p \leq 0,001$ ; $p \leq 0,01$ ; n.s.; $p \leq 0,001$ ; n.s.)



Es handelt sich hier um die Angaben zu den bewilligten Leistungen aus Sicht der Pflegehaushalte. Das bedeutet, es geht nicht allein um Bewilligungen als Folge von Begutachtungsempfehlungen des MDK, sondern beispielsweise auch als Folge von Eigeninitiativen oder einer Initiative der betreuenden Hausärzte.

# Bewilligte häusliche Reha-Maßnahmen in Kombination mit Hilfsmittel und Wohnraumanpassungsmaßnahmen 2009

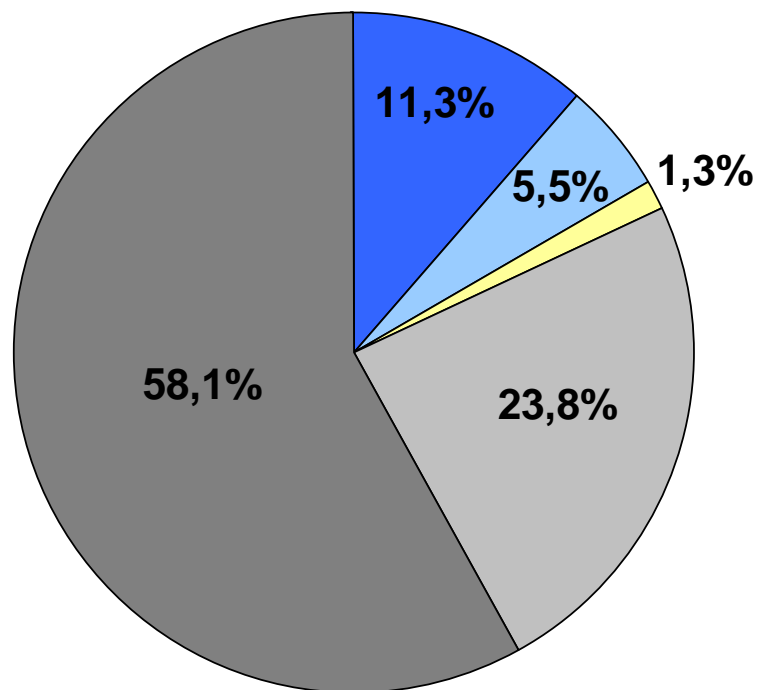
(Einzelberechnung 2009; n=147)



- Nur häusliche Maßnahmen zur Rehabilitation
- Häusliche Maßnahmen zur Rehabilitation und Hilfsmittel
- Häusliche Maßnahmen zur Rehabilitation und Maßnahmen zur Wohnumfeld-Verbesserung
- Häusliche Maßnahmen zur Rehabilitation, Hilfsmittel und Maßnahmen zur Wohnumfeld-Verbesserung

# Anteil Haushalte mit professioneller Hilfestellung (bewilligte häusliche Reha-Maßnahmen, Inanspruchnahme teilstationärer Pflege, nur Pflegedienst)

(Einzelberechnung 2009; n=948)

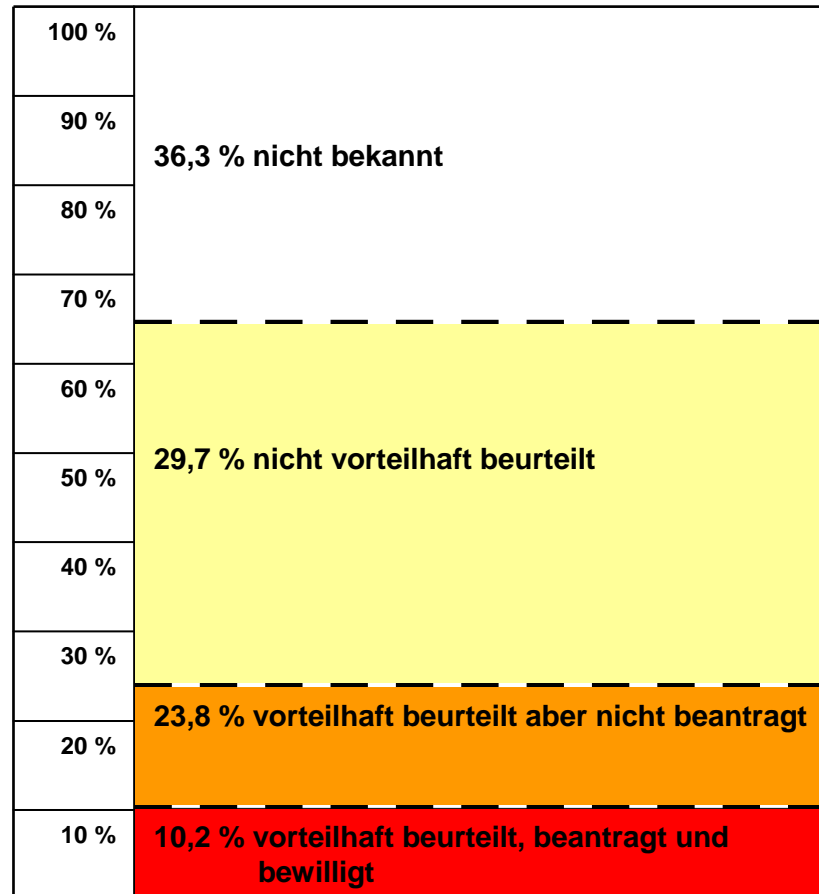


- Nur häusliche Reha-Maßnahmen
- Nur teilstationäre Pflege
- Häusliche Reha-Maßnahmen und teilstationäre Pflege
- Weder noch, aber Pflegedienst an der Pflege beteiligt
- Weder noch

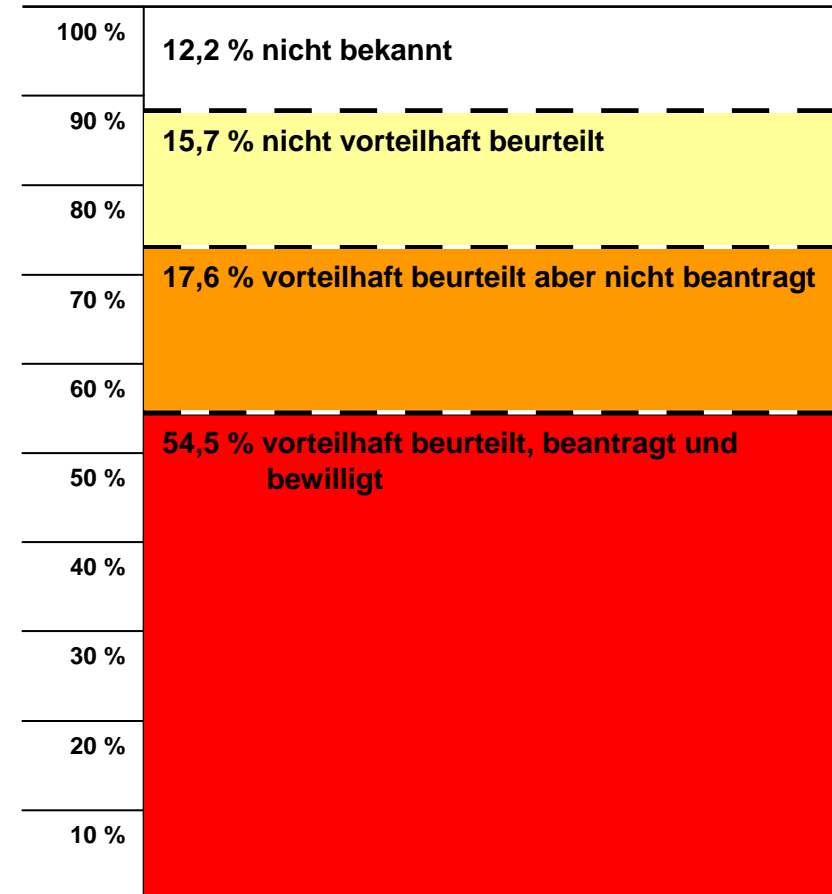
# Wirkungsebenen der Inanspruchnahme im Vergleich von häuslichen Reha-Maßnahmen und Hilfsmitteln

(Einzelberechnung 2009)

## Häusliche Reha-Maßnahmen n=986



## Hilfsmittel n=1045



# Einflussfaktoren auf die Kenntnis von häuslichen Reha-Maßnahmen

| <u>Geprüfte Faktoren:</u>                        | <u>Signifikanzniveau</u> |
|--|--------------------------|
| • Alter/Geschlecht Pflegeperson/Pflegebedürftige | (n.s.)                   |
| • Pflegehaushaltstyp                             | (n.s.)                   |
| • Berufsgruppenmilieu                            | (n.s.)                   |
| • Pflegedauer                                    | (n.s.)                   |
| • Pflegestufe                                    | (n.s.)                   |
| • Hauptdiagnose Pflegebedürftige                 | (n.s.)                   |
| • Einstellung zur therapeutischen Fachkraft      | ( $p \leq 0,001$ )       |
| • Einstellung zu aktivierender Pflege            | ( $p \leq 0,05$ )        |
| • Leistungswahl Pflegedienste                    | (n.s.)                   |
| • Wohnortgröße (Stadt/Land)                      | (n.s.)                   |

Ergebnis: In Haushalten, in denen die Einbindung von therapeutischen Fachkräften und aktivierender Pflege als sehr wichtig angesehen wird, ist häusliche Reha besser bekannt.

## **Einflussfaktoren auf eine positive Beurteilung häuslicher Reha-Maßnahmen**

| <b><u>Geprüfte Faktoren:</u></b>                        | <b><u>Signifikanzniveau</u></b> |
|---|---------------------------------|
| • <b>Alter/Geschlecht Pflegeperson/Pflegebedürftige</b> | <b>(n.s.)</b>                   |
| • <b>Erwerbstätigkeit Pflegeperson</b>                  | <b>(n.s.)</b>                   |
| • <b>Pflegehaushaltstyp</b>                             | <b>(n.s.)</b>                   |
| • <b>Pflegestufe</b>                                    | <b>(n.s.)</b>                   |
| • <b>Hauptdiagnose Pflegebedürftige</b>                 | <b>(n.s.)</b>                   |
| • <b>Einstellung zur therapeutischen Fachkraft</b>      | <b>(p&lt;=0,001)</b>            |
| • <b>Einstellung zu aktivierender Pflege</b>            | <b>(p&lt;=0,001)</b>            |
| • <b>Leistungswahl Pflegedienste</b>                    | <b>(n.s.)</b>                   |
| • <b>Erfahrungen Pflegedienste</b>                      | <b>(n.s.)</b>                   |
| • <b>Belastung Pflegeperson</b>                         | <b>(n.s.)</b>                   |
| • <b>Inanspruchnahme einer Reha-Maßnahme</b>            | <b>(p&lt;=0,001)</b>            |

Ergebnis: Haushalte, denen die Einbindung von therapeutischen Fachkräften und aktivierender Pflege sehr wichtig ist und Haushalte, die bereits häusliche Reha-Maßnahmen bewilligt bekommen haben, beurteilen diese eher vorteilhaft.



## **Einflussfaktoren auf eine Umsetzung einer häuslichen Reha-Maßnahme bei Kenntnis und vorteilhafter Beurteilung**

| <b><u>Geprüfte Faktoren:</u></b>                       | <b><u>Signifikanzniveau</u></b> |
|--|---------------------------------|
| • Antrag abgelehnt (nur sehr geringer Anteil von 1,2%) |                                 |
| • Alter/Geschlecht Pflegeperson/Pflegebedürftige       | (n.s.)                          |
| • Pflegehaushaltstyp                                   | (n.s.)                          |
| • Berufsgruppenmilieu                                  | (n.s.)                          |
| • Haushaltseinkommen                                   | (n.s.)                          |
| • Pflegestufe  | (p<=0,001)                      |
| • Hauptdiagnose Pflegebedürftige                       | (n.s.)                          |
| • Pflegedauer  | (n.s.)                          |
| • Einstellung zur therapeutischen Fachkraft            | (n.s.)                          |
| • Einstellung zu aktivierender Pflege                  | (p<=0,05)                       |
| • Kein Geld für Pflegefachkräfte                       | (n.s.)                          |
| • Wohnortgröße (Stadt/Land)                            | (n.s.)                          |

Ergebnis: Es werden eher häusliche Reha-Maßnahmen in den höheren Pflegestufen bewilligt.

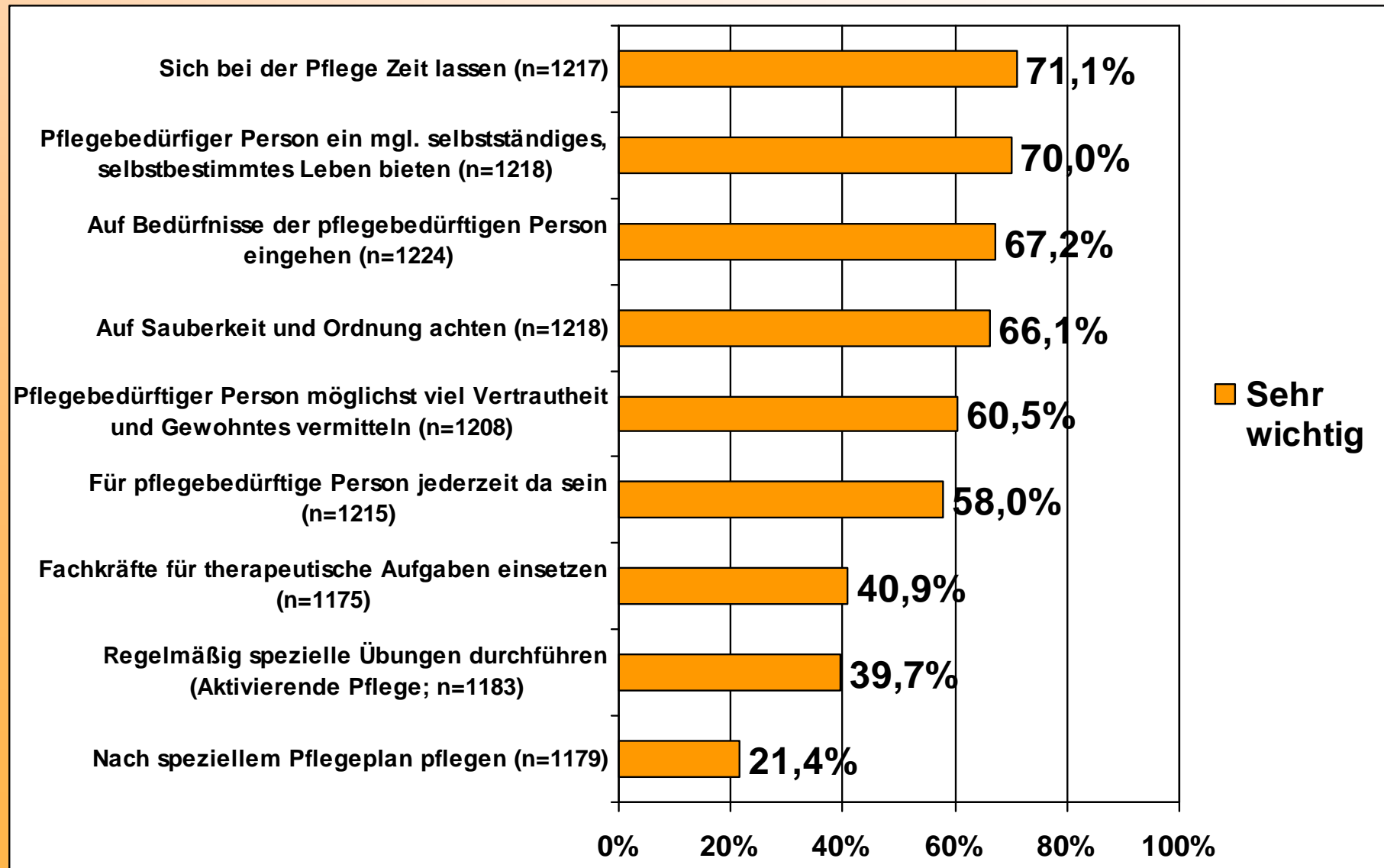
## Fazit Ist-Situation zur häuslichen Reha-Maßnahme

- Häusliche Reha-Maßnahmen wurden für jeden 10. Pflegehaushalt bewilligt. Im Vergleich zur Einführung der Pflegeversicherung zeigt sich im Gegensatz zur Hilfsmittelversorgung und Wohnraumanpassung bis 2009 kein deutlich positiver Trend zu mehr Reha-Maßnahmen.
- Haushalte, die häusliche Reha-Maßnahmen erhalten, sind in der Regel auch mit Hilfsmitteln ausgestattet und bei gut einem Drittel auch mit Wohnraumanpassungsmaßnahmen versorgt.
- Es gibt Defizite bei der Kenntnis zu häuslichen Reha-Maßnahmen und bei einer vorteilhaften Beurteilung für solche Maßnahmen. Im Vergleich zu den Hilfsmitteln wird deutlich seltener beantragt. Kenntnis und Beurteilung sind von einer positiven Einstellung zu fachpflegerischen Aktivitäten (therapeutische Fachkräfte/Aktivierende Pflege) mitbestimmt.
- Haushalte, die bereits häusliche Reha-Maßnahmen in Anspruch genommen haben, bewerten diese zu über 80% auch positiv.
- Bei der Umsetzung (Bewilligung) von häuslichen Reha-Maßnahmen zeigt sich, dass Pflegebedürftige in Stufe II und III diese Maßnahmen signifikant häufiger erhalten.

**Zu beachtende  
Trends  
für die Unterstützung  
von Pflegenden**

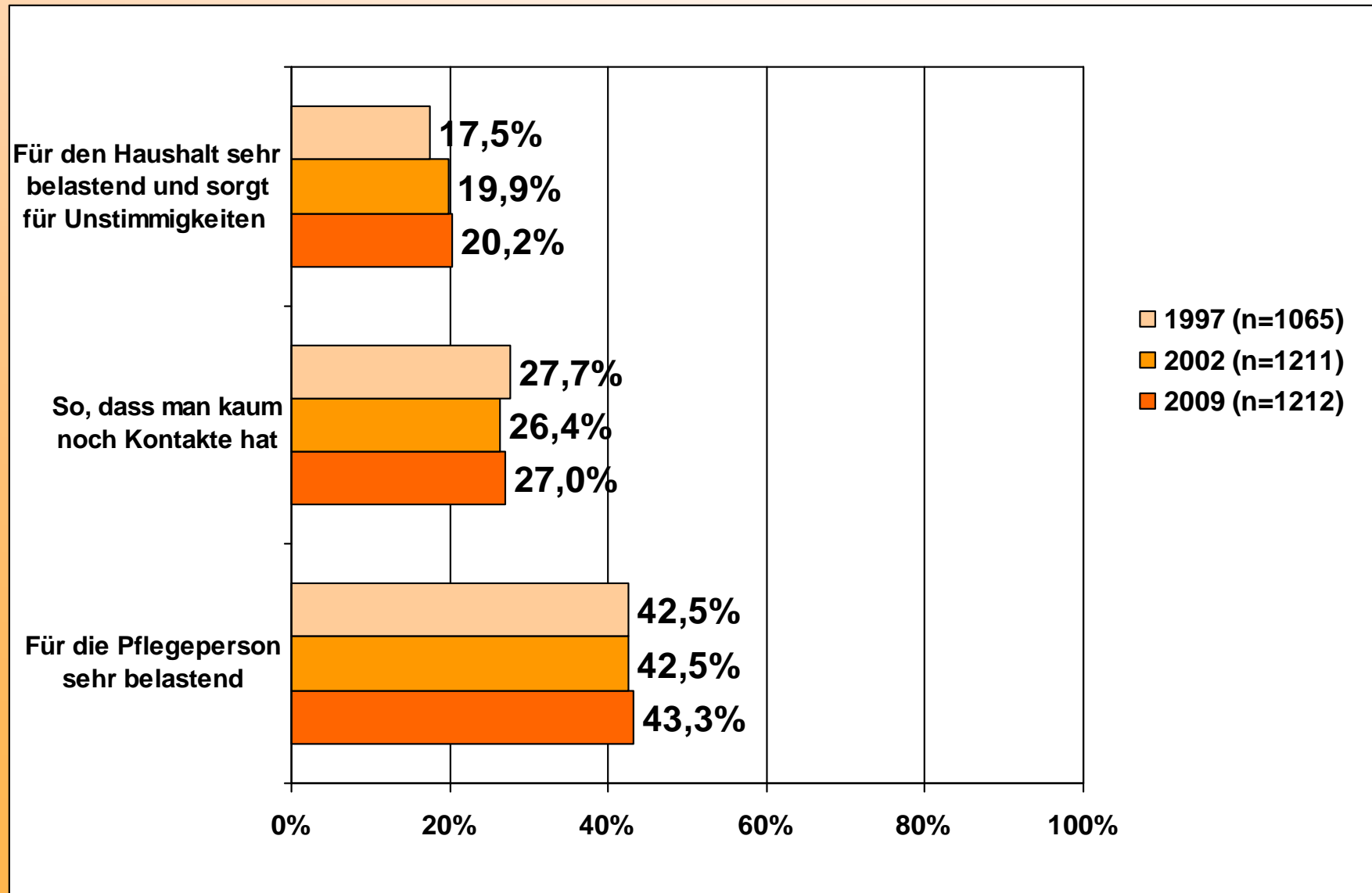
# I. Die Qualitätsvorstellungen zur Pflege sind nach wie vor stärker von lebensweltlichen Vorstellungen geprägt als von einer fachwissenschaftlich orientierten Pflege.

(Einzelberechnung 2009; Angaben „sehr wichtig“ in Prozent)



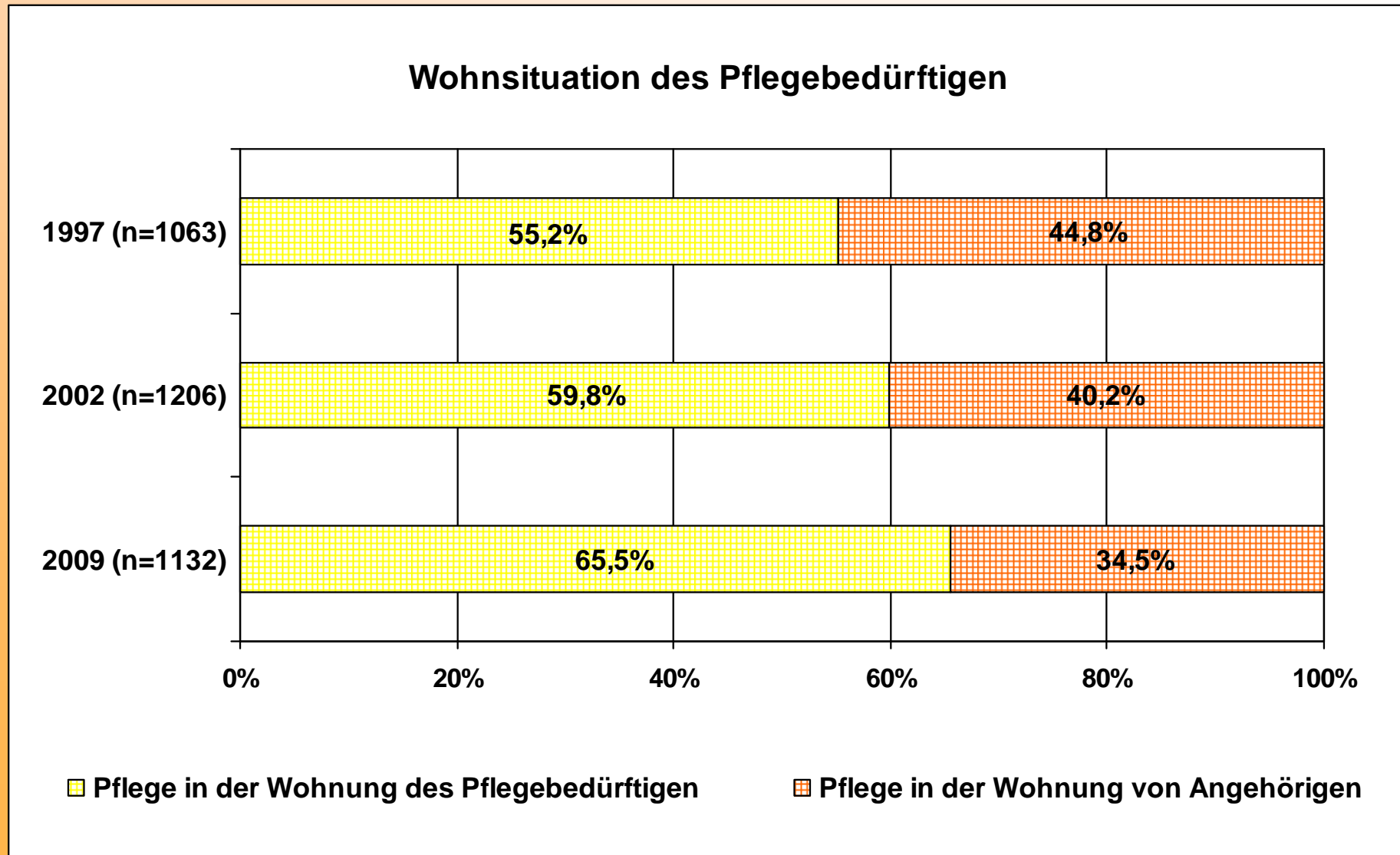
## II. Gut 40% geben nach wie vor an, dass die Pflegeperson sehr belastet ist.

( $p \leq 0,05$ ; n.s.; n.s.)

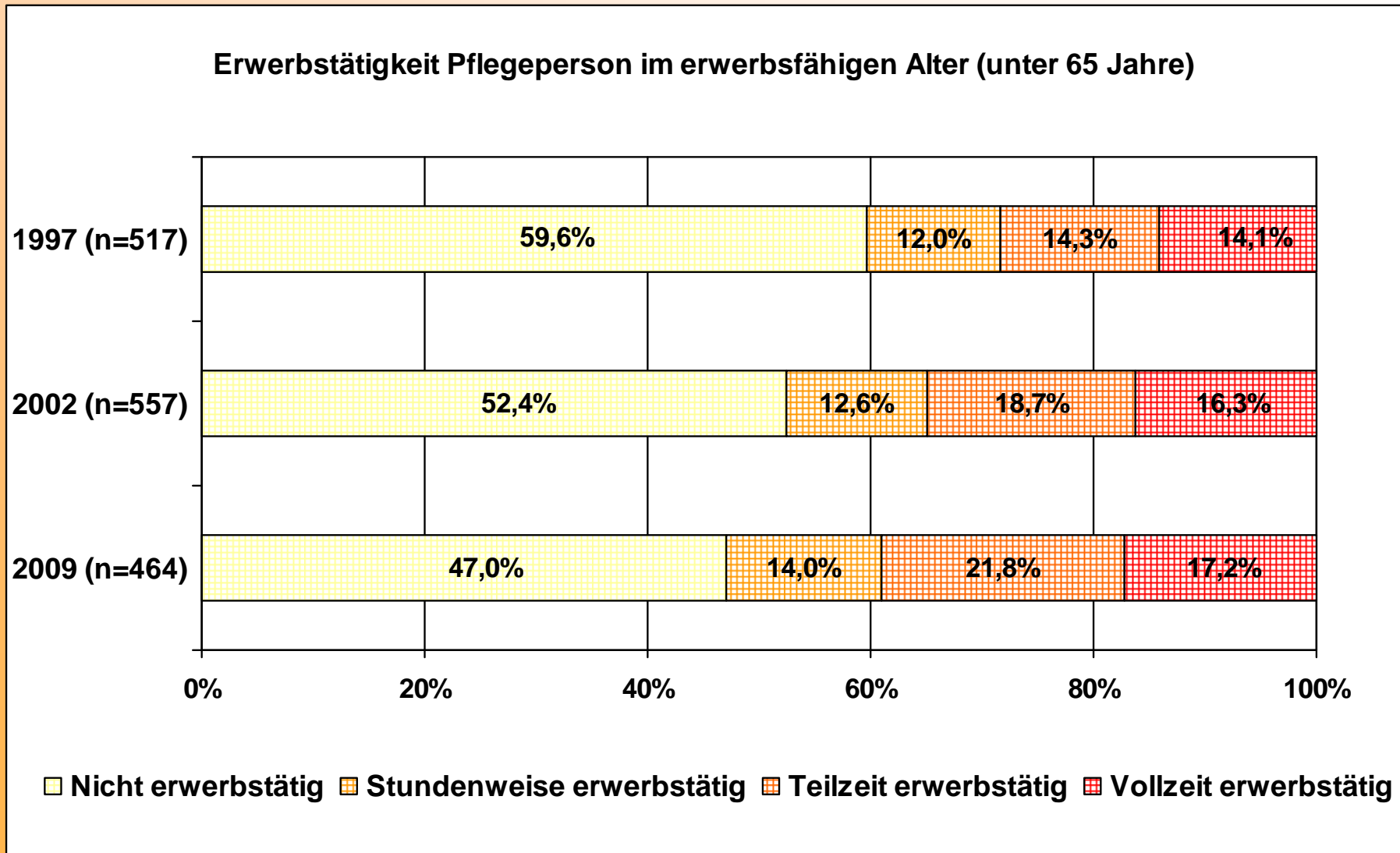


### III: Die Pflege in den Haushalten von Angehörigen, die noch über personelle Ressourcen verfügen, ist rückläufig.

( $p \leq 0,001$ )



**IV: Der Anteil an erwerbstätigen pflegenden Angehörigen, der bei der Pflege in Einpersonenhaushalten besonders hoch ist, nimmt stetig zu.  
( $p \leq 0,001$ )**

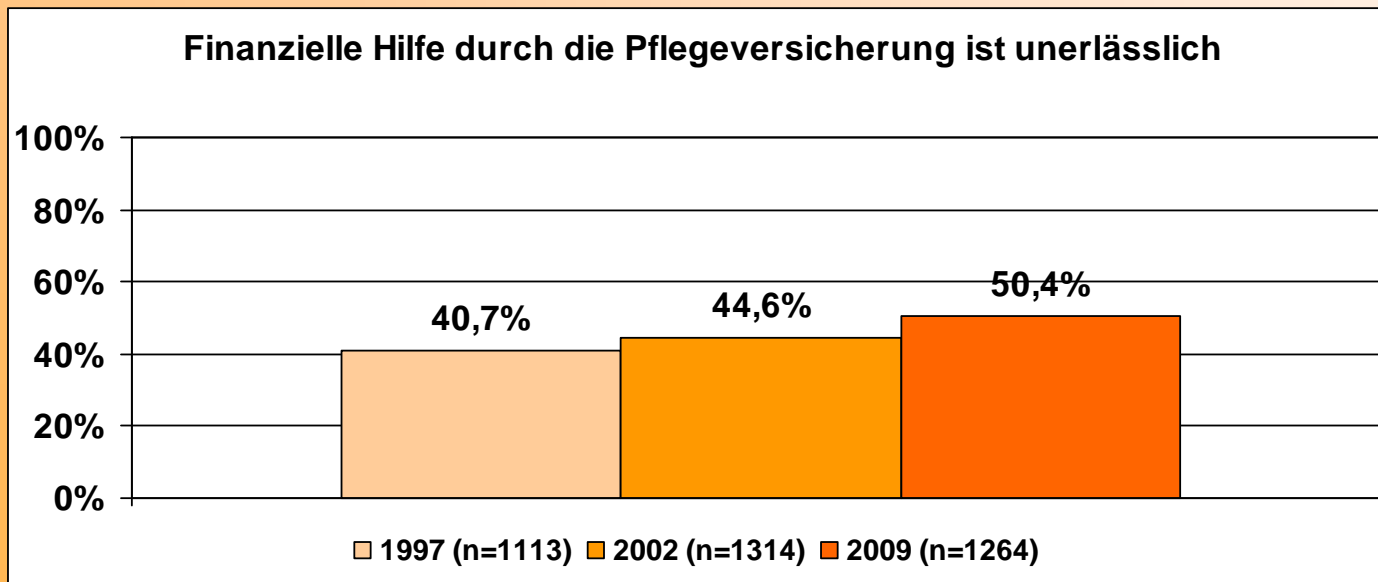
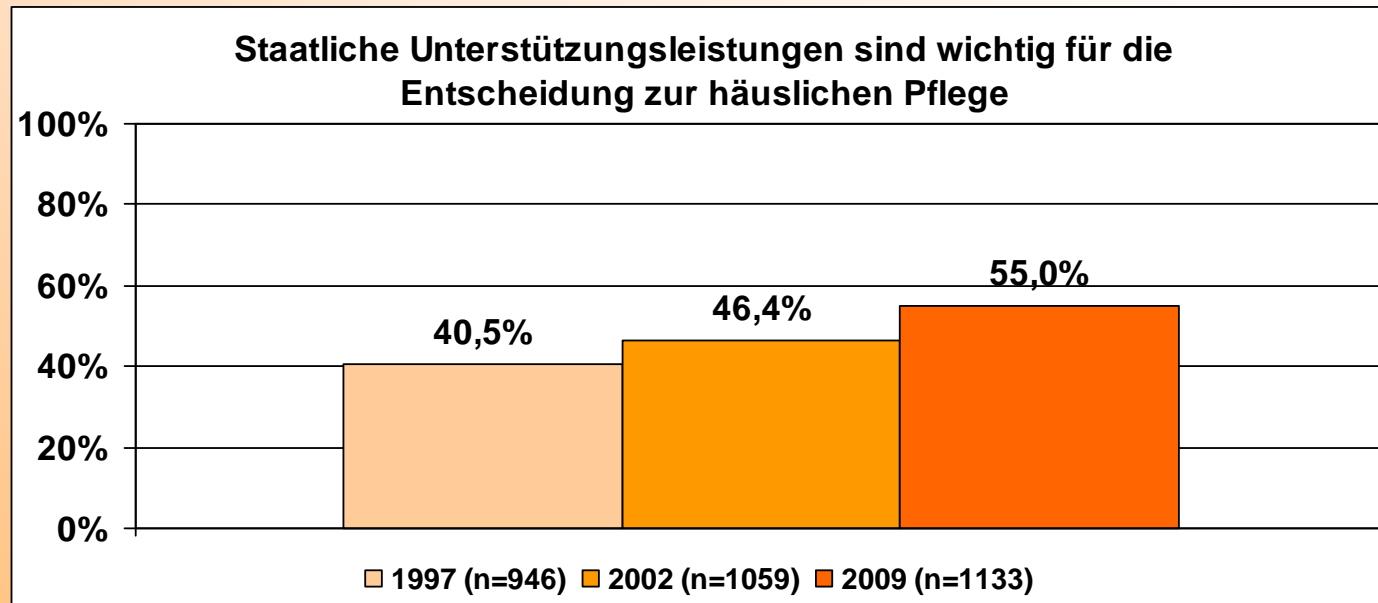


**V: Das Haushaltseinkommen reicht bei vielen nicht aus, um in personelle Entlastung oder in Reha-Maßnahmen zu investieren.**  
 (Einzelberechnung 2009; Angaben in Prozent; n.s.)

| <b>Zusatzausgaben<br/>im Monat</b>   | <b>Haushaltsnettoeinkommen der Pflegehaushalte</b> |                            |                           |                           |
|--------------------------------------|--|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
|                                      | Bis 999 €<br>(n=340)                               | 1000 bis 1999 €<br>(n=536) | 2000 bis 2499 €<br>(n=58) | 2500 € und mehr<br>(n=33) |
| Keine privaten<br>Zusatzausgaben     | 41,2   | 38,6                       | 43,1                      | 27,3                      |
| Zusatzausgaben bis 99 €              | 26,8   | 22,4                       | 29,3                      | 33,3                      |
| Zusatzausgaben von<br>100 bis 249 €  | 24,1   | 25,0                       | 19,0                      | 15,2                      |
| Zusatzausgaben von<br>250 bis 499 €  | 4,1  | 9,3                        | 3,4                       | 15,2                      |
| Zusatzausgaben von<br>500 € und mehr | 3,8  | 4,7                        | 5,2                       | 9,0                       |
| <b>Gesamt</b>                        | 100,0  | 100,0                      | 100,0                     | 100,0                     |



## VI: Die Erwartung, dass der Staat finanziell hilft, nimmt stetig zu (Angaben „sehr wichtig“ in Prozent/Zustimmung in Prozent; $p \leq 0,001$ ; $p \leq 0,001$ )



## Fazit:

Für zusätzliche Aktivitäten für Pflegepersonen, z.B. im Sinne von unter fachlicher Anleitung fortgeführten Reha-Übungen mit der pflegebedürftigen Person, sind in den meisten Privathaushalten

- bereits jetzt keine personellen Ressourcen verfügbar,
- auch zukünftig nicht erwartbar,
- und können auch nicht zusätzlich finanziert werden.

Hinzu kommt ein in vielen Pflegearrangements nicht vorliegendes Grundverständnis zur aktivierenden und systematisch rehabilitativ orientierten Pflege.

Soll Pflege von Angehörigen auch zukünftig noch eine wichtige Rolle spielen, sind Entlastungsstrategien und keine zusätzlichen Anforderungen notwendig.

Eine Unterstützung Pflegender kann deshalb nicht darin bestehen, dass diese beraten und geschult werden und dann entsprechende Leistungen (mit-)übernehmen.

An orange oval with a black outline is centered on a light orange gradient background. Inside the oval, the text "Empfehlungen zur Unterstützung Pflegender" is written in a bold, black, sans-serif font, arranged in two lines.

**Empfehlungen zur  
Unterstützung Pflegender**

## Vorbemerkung Empfehlungen

Die folgenden Empfehlungen leiten sich aus den vorgestellten Ergebnissen ab und sollen dazu beitragen, die sichtbar gewordenen Defizite abzubauen.

Defizite:

- unzureichendes Wissen und zu geringe Vorteilsorientierung für häusliche Reha-Maßnahmen,
- relativ geringe Beantragungs- und damit auch Bewilligungsquote für häusliche Reha-Maßnahmen und für unterstützende Wohnraumanpassungsmaßnahmen,
- größtenteils keine Leitbildorientierung an einem modernen Pflegeverständnis mit einem integrativen Ansatz von Reha und Pflege,
- teilweise nicht ausreichende und auch zukünftig nicht erwartbare personelle Ressourcen in den Pflegehaushalten, um häusliche Reha-Maßnahmen zu unterstützen bzw. anschließend teilhabeorientiert weiterzuführen,
- größtenteils keine finanziellen Ressourcen, um selbst Reha-Maßnahmen (mit-)finanzieren zu können.

## Empfehlung I: Stärkung der Rolle der Hausärzte

Mit einem Fallmanagement zur häuslichen Rehabilitation sind die meisten pflegenden Angehörigen überfordert. Hier muss der Hausarzt, als diejenige Vertrauensperson mit häuslichem Zugang, die medizinisch-therapeutisches Fachwissen, Wissen zur individuellen Situation und zum Pflegeprozess der Pflegebedürftigen vereint, eine stärkere Rolle spielen als bisher. Zur Stützung der Hausärzte bei dieser Aufgabe ist erforderlich:

- Fortbildungsangebote für die Hausärzte zur häuslichen (indikations-spezifischen und geriatrischen) Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit.
- EDV-Abfrageangebot zu regional ansässigen Therapeuten, Fachärzten und Einrichtungen mit entsprechenden Spezialkenntnissen und -angeboten.(z.B. Vernetzung zum Care-Management der Pflegestützpunkte)
- Offizieller Status für ein Fallmanagement, so dass Leistungen wie Hausbesuche und Managementaktivitäten auch von Ärzten im Rahmen eines häuslichen Rehabilitationsprozesses abgerechnet werden können.
- Enge Kooperation mit dem MDK, insbesondere bezüglich frühzeitiger geriatrischer Maßnahmen zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung.

## Empfehlung II: Einbindung von Hilfskräften/Reha-Assistenten

Häusliche Reha-Maßnahmen erfordern eine fachtherapeutische Betreuung (indikationsspezifische/geriatrische Rehafachkräfte). In der Regel reichen die Therapietermine allein nicht aus, sondern müssen durch eigenes Einüben seitens des Pflegebedürftigen in die Alltagsabläufe gestützt werden. Hinzu kommt, dass sich häusliche Rehabilitation bei Pflegebedürftigen als langwieriger Prozess herausstellen kann, der dann nicht mehr finanziert wird.

Sind keine pflegenden Angehörigen gegeben bzw. überfordert, die rehabilitativen Maßnahmen im Zusammenleben zu stützen, fehlt die notwendige Hilfestellung. Für eine Leistungsstruktur, die häusliche Rehabilitation von Pflegebedürftigen stärken möchte, sind deshalb erforderlich:

- Leistungsmodule im Rahmen des SGB XI, die es ermöglichen, für häusliche Rehaphasen, entsprechende Reha-Assistenzkräfte einzubinden, die das häusliche Training in Absprache mit dem Therapeuten unterstützen.
- Ein solches Leistungsmodul könnte von den Pflegediensten im Rahmen ihrer haushälterischen und betreuenden Leistungen mit angeboten werden. Ebenso könnten Tagespflegestätten und mobile Reha-Angebote hier eine entsprechende personelle Hilfestellung bieten.

## Empfehlung III: Mehr Prävention in der Wohnraumanpassung

Unzureichende Wohnverhältnisse tragen zur Mobilitätseinschränkung, zur Sturzgefahr und insgesamt zur Einschränkung der Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung bei, aber auch dazu, dass Pflegende nicht so unterstützen können, wie es möglich wäre. Häusliche Reha scheitert auch daran, dass die häuslichen Bedingungen unzureichend sind und Wohnraumanpassungsmaßnahmen gar nicht oder viel zu spät in Angriff genommen werden. Benötigt werden:

- Ein für die jeweilige Pflegebedürftigkeit besser abgestimmtes frühzeitiges Zusammenspiel von häuslicher Pflege, aktivierenden Pflege/Reha-Maßnahmen und dazu geeigneten häuslichen Rahmenbedingungen, das von ärztlicher Seite (z.B. nach einer klinischen Akutversorgung oder im Rahmen der Erstbegutachtung) im Pflegehaushalt initiiert und mitorganisiert werden kann.
- Entsprechende Einbindung der vor Ort gegebenen Kompetenzzentren (Wohnberatungsstellen, Pflegestützpunkte, Reha-Einrichtungen).

## Empfehlung IV: Mehr Aufklärung über aktivierende und häusliche Reha-Maßnahmen

Im Alltagsverständnis der Pflegenden steht die Hilfestellung bei erkennbaren Defiziten in der Verrichtung alltäglicher Dinge im Vordergrund, um den Pflegebedürftigen die Teilhabe am bisher Gewohnten weiterhin zu ermöglichen. Häusliche Reha-Maßnahmen sind bisher vor allem Folge ärztlicher Empfehlungen und werden unterstützt, soweit sie sich als sinnvoll herausstellen.

Ein anderes Pflegeverständnis, das mehr auf aktivierende Pflege und häusliche Reha-Maßnahmen setzt, stellt in diesem Einstellungs- und Kompetenzkontext pflegender Angehöriger einen Paradigmenwechsel dar, der entsprechend vermittelt werden muss und dessen Vorteile anschaulich dargelegt werden müssen. Dies beinhaltet insbesondere:

- Aufzeigen alltagspraktischer Beispiele, die die Differenz (und Vorteile) zwischen neuem und altem Pflegeverständnis verdeutlichen.
- Beispiele und Hinweise, die konkret auf typische Pflegebedürftigkeits- bzw. Krankheitsbilder abgestimmt sind und die Rolle/Aufgaben der Pflegeperson(en) und der Fachkräfte deutlich machen.
- Abgestimmtes Vorgehen in unterschiedlichen Medien und bei den zuständigen Institutionen.



## Schlussbemerkung

Die Unterstützung Pflegender steht im Spannungsfeld von zurückgehender Angehörigenpflege und verändertem Pflegeverständnis mit damit verbundenen neuartigen Pflegekonzepten.

Eine wirksame Unterstützung in diesem schwierigen und sich dynamisch entwickelnden Umfeld erfordert ein entsprechend differenziertes und darauf abgestimmtes Vorgehen, das die jeweils gegebenen Pflegevorstellungen und Interessen in den Pflegearrangements ausreichend berücksichtigt.

Vielen Dank!