

Grundannahmen des Modellprogramms „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“

gefördert von der AOK Rheinland/Hamburg & AOK
NORDWEST

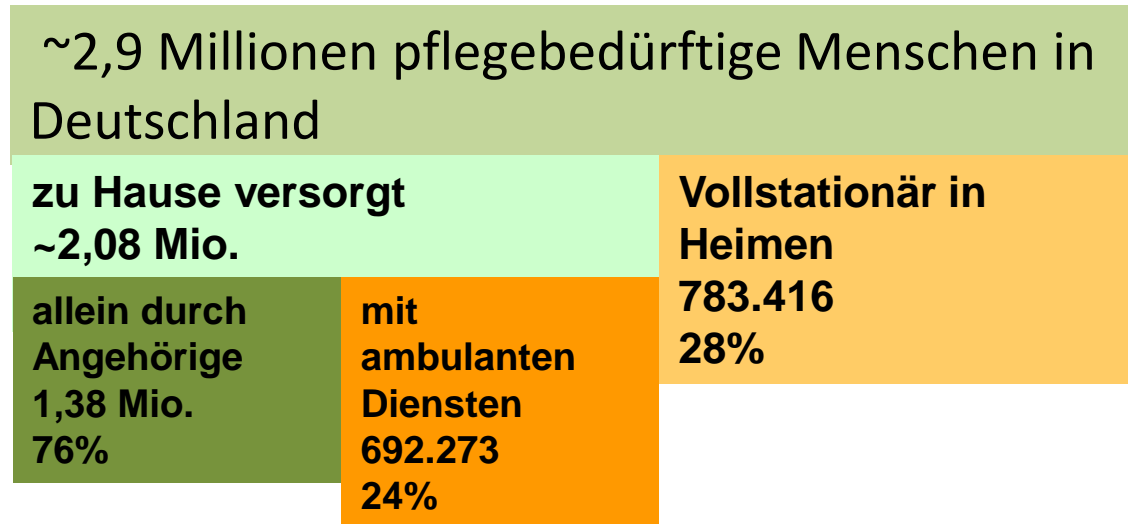
**Fachtagung „Pflegetag on Tour“,
18.10.2017 in Dortmund**

Prof. Dr. Katharina Gröning

Versorgung – Die Familie als größter Pflegedienst der Nation

Daten für Deutschland

(Quelle: Statistisches Bundesamt 2017)



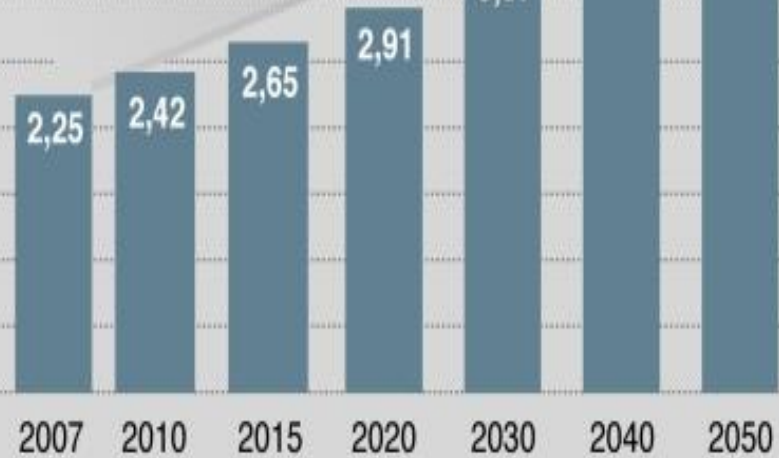
Zahl der Pflegebedürftigen



in Millionen

Modellrechnung

Stand: Dezember 2011



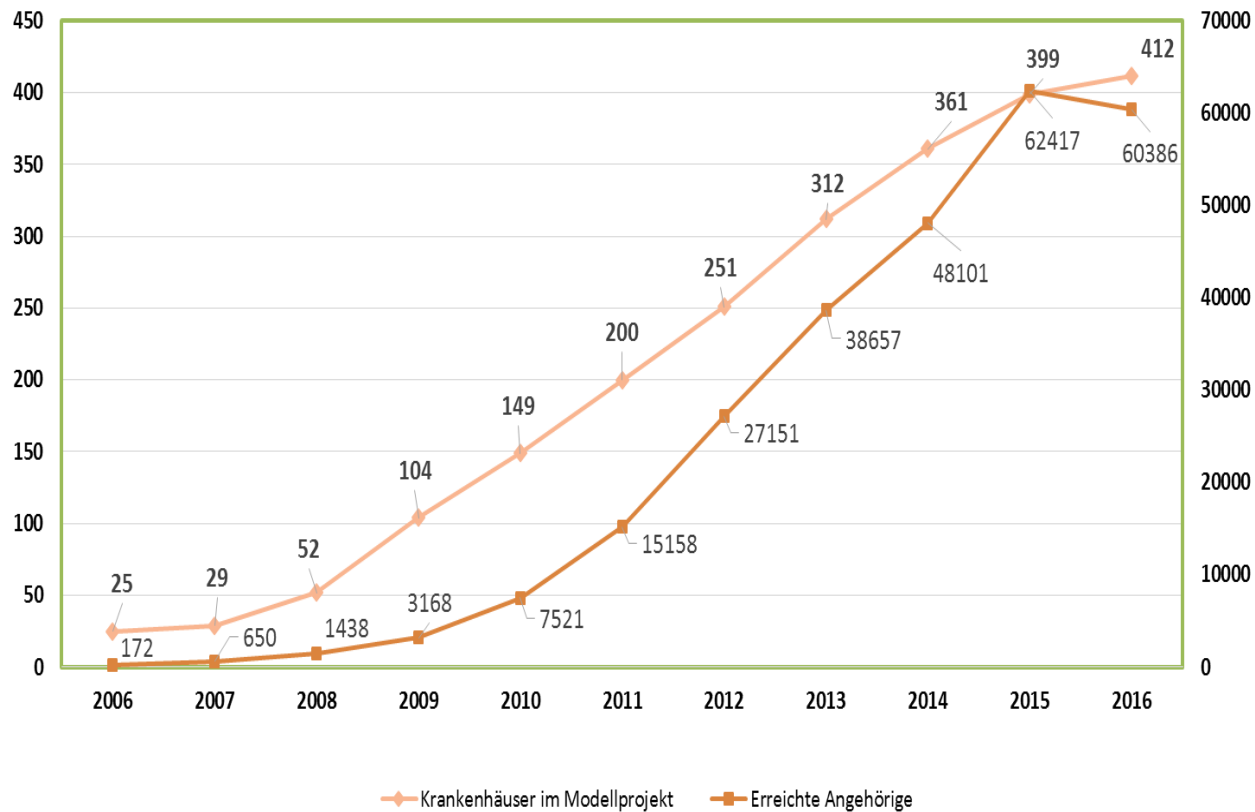
Quelle: Statistisches Bundesamt

Grafik: Deutscher Städte- und Gemeindebund

Etappen des Modellprogramms

- **2004** Förderung durch das Gesundheitsministerium NRW
- **2005** Start mit 20 Krankenhäusern in den Modellregionen Ruhrgebiet und Ostwestfalen-Lippe
- **2006** Förderung durch die Pflegekassen (SGB XI) in die Regie der AOK
- **2008** Start im Rheinland
- **2009** Start im Münsterland, Südwestfalen und Hamburg
- **2010** Förderung von Pflegetrainings in den Familien bis 6 Wochen nach Entlassung
- **2013** Start WWB speziell für Psychiatrien im Rheinland
- **2013** Start in Schleswig-Holstein
- **2014** neue Förderkonditionen
- **2015** WWB Somatik und WWB Psychiatrie in

Projektentwicklung – Beteiligte Krankenhäuser und erreichte Angehörige



Projektbausteine des Modellprogramms

- **Im Krankenhaus**
Erstgespräch, Pflegetraining, Familiengespräch und Qualitätscheck vor der Entlassung
- **In der Häuslichkeit** (bis sechs Wochen nach Entlassung)
Qualitätscheck nach der Entlassung, Pflegetrainings und Familiengespräch
- **Initialpflegekurse** Somatik & Demenz
- **Gesprächskreise**
- **Entwicklungsgruppen**

Daten aus dem
Evaluationsbericht
2016

412 Krankenhäuser beteiligten sich 2016 am Modellprogramm. 321 der Häuser waren somatische Krankenhäuser, 64 psychiatrische Kliniken bzw. Abteilungen und 27 Rehakliniken.

2016 nahmen insgesamt 60.386 pflegende Angehörige an Pfl egetrainings im Krankenhaus, Pfl egetrainings im Rahmen von Hausbesuchen, Initialpflegekursen und Angehörigengruppen teil.

Einzelfallbezogene Pfl egetrainings im Krankenhaus wurden mit 32.337 Angehörigen durchgeführt.

- Aufsuchende Pfl egetrainings nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wurden von 15.858 pflegenden Angehörigen in Anspruch genommen.
- 6.483 Angehörige nahmen an insgesamt 1.114 Initialpflegekursen teil.

5.708 Angehörige fanden sich zu insgesamt 1.020 Angehörigengruppen zusammen. Dies entspricht einer Steigerung um 4,75 % zum Vorjahr.

- 111 Krankenhäuser setzten alle Maßnahmen des Modellprogramms um.
- 296 Pflegefach- und Führungskräfte absolvierten eine Wissenschaftliche Weiterbildung.
- 154 Teilnehmer aus 85 Krankenhäusern beteiligten sich an verschiedenen Projektforen und Workshops.
- 725 PflegetrainerInnen aus 354 beteiligten Krankenhäusern wurden im Rahmen von 50 Entwicklungsgruppen wissenschaftlich begleitet.
-

Die pflegende Familie

Grundannahmen im
Modellprogramm familiale Pflege

Grundannahmen

Die Pflegeversicherung muss nach der Reform des Pflegebegriffs auch ihren **Familienbegriff**, ihren **Bildungsbegriff** und ihre **impliziten Leitbilder zur Pflege als Konsummodell** neu ausrichten. Erkenntnisse der **Geschlechterforschung**, des **Capability-Approaches**, der **familialen Wohlfahrtsproduktion** wie auch der **salutogenetischen Neubetrachtung der Demenz** sind die dringendsten Anliegen.

Es ist eine Basisannahme in der familialen Pflege, Generationsbeziehungen und Sorge als **Entwicklungsaufgabe** zu betrachten

Wertedilemma

- Die pflegende Familie hat weder einen grundgesetzlichen Schutz (Thiele 2000), noch ausreichende sozialrechtliche Unterstützung, noch innerfamiliäre Anerkennung (Gröning/Kunstmann/ Rensing 2004).
- Heute ist die Sorge für die Eltern nicht mehr selbstverständlich, sondern eine **Wahlfreiheit** (vgl. Nauck 2006, Eckstein 2009).
- Das heißt die Entscheidung hat sich **moralisiert**, vor allem wenn Eltern Angst haben im Stich gelassen zu werden und auf ein Kind (meist Tochter) Druck ausgeübt wird. Gleichzeitig ist die **Ehevormundschaft** nicht außer Kraft gesetzt. Wenn eine Tochter einen sozialen Beruf hat oder Familienfrau ist, erscheint es rational, ihr die Pflege allein zuzusprechen.

Dominanz des Belastungsdiskurses

- Untersuchungen zur Zukunft der häuslichen Pflege (vgl. Schneekloth/ Müller 2000, Simon 2003) haben ihren Zusammenbruch und eine Verlagerung von der Pflege in der Familie hin zu Versorgung alter Menschen in Institutionen angenommen. Diese Position findet sich schon 1978. Allerdings sagen die gleichen Wissenschaftler heute, dass die Pflege in der Familie kein Auslaufmodell sei, sich aber innerhalb der Familie die Verantwortung für die Sorge verschiebe und verändere:
 - Mehr Ehepartnerpflege,
 - mehr osteuropäische Haushaltshilfen,
 - aber auch positiv mehr Pflegenetzwerke vor allem bei Töchtern und Schwiegertöchtern, auch mit der Enkelgeneration,
 - Und mehr männliches Engagement, wenn Familien begleitet werden.

Modernes Altersleitbild in der Pflegeversicherung

Bisher hat die Gesellschaft auf die demografischen Veränderungen vor allem mit dem modernen Altersleitbild der Individualisierung geantwortet. Es gilt die Idee der Konsumsouveränität, der "späten Freiheit" und des „Unruhestandes“, die Senioren sollten sich auf das Alter vorbereiten, sich möglichst nicht mit negativen Altersstereotypen identifizieren und verloren gegangene Aktivitäten durch neue ersetzen.

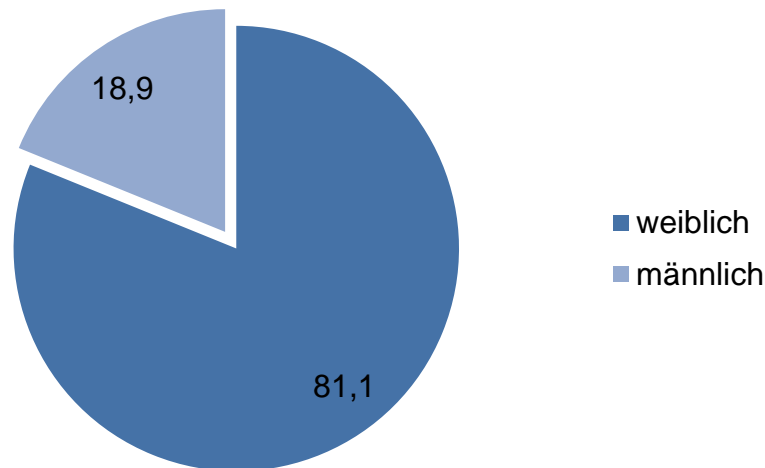
Dabei ist die Wohlfahrtsproduktion in der Familie unterschätzt worden, die Pflegeversicherung kennt keinen Familienbegriff, sondern spricht von Ehrenamtlichen. Dies erschwert Bildung, Beratung und Reflexion.

Eigene Forschung

- Ausgehend davon, dass das Generationenverhältnis in modernen Gesellschaften dem Gebot der Anerkennung und Zuneigung folgt und sich die Generationenethik nicht mehr als linear, sondern als reziprok darstellt, entwickeln die Generationen Gerechtigkeitsvorstellungen und folgen einer „Kontoführung“.
- Es gilt zudem das Gebot „den Kindern nicht zur Last zu fallen“ neben dem Gebot der alten filialen Schuld.
- Explorative Studien zu pflegenden Studierenden zeigen, dass intergenerative Bindungen über mehrere Generationen hinweg wichtiger werden
- Gleichzeitig gilt: je „schmutziger“ die Pflege, desto traditioneller das Pflegesetting.

Geschlecht der demenzpflegenden Angehörigen (in %)

n = 594 (ohne präventive Teilnehmer/innen).



Wie beraten, wie bilden?

Bezogen auf unseren Ansatz sehen wir uns in enger Nachbarschaft mit der Familienforschung: „**Familie als Herstellungsleistung**“ und Sorge als Entwicklungsaufgabe.

Wir sprechen also gegen den **Therapeutisierungsdiskurs** und lehnen Begriffe wie Rollenumkehr ab. Verantwortung für die alten Eltern heißt nicht, dass man parentifiziert ist oder sich nicht von den Eltern abgelöst hat.

Wir beziehen uns auf Blenkners Konzept der **filialen Reife** und auf die Entwicklung von **innerfamiliärer Gerechtigkeit**.

Entwicklungsaufgabe

Conzen (2001) hat in Anlehnung an die Theorie der Entwicklungsaufgaben des Erwachsenenalters nach Erikson im Rahmen der Entwicklungsaufgabe der **Generativität** die Perspektive des therapeutischen Diskurses quasi umgedreht: es ist nicht der abhängige, sondern der gesunde Erwachsene, der sich um die alte Eltern kümmert.

Vertrauen

- Den Ansatz der Entwicklungsaufgaben haben wir mit der Anerkennungsphilosophie von Honneth und Nussbaum verbunden. Insofern **Vertrauen** die Grundlage eines liberalen Rechtsstaates ist, gehört das Recht auf einen ganzen Lebenszyklus dazu, dies schließt auch die Hilfebedürftigkeit im Alter ein. Verschwindet die Sorge aus unserer Gesellschaft oder wird sie an den Rand gedrängt, würde auch das Vertrauen verschwinden und Angst und Aggression würden zunehmen.

Capabilities

- Wir wollen mit dem Projekt erreichen, dass hochaltrige demenzkranke und pflegebedürftige Menschen und ihre Familien ein Leben führen können, dass **sie selbst für sich wertschätzen**, neben ausreichenden materiellen Gütern ist Bildung für die Erreichung dieses Ziels eine Schlüsselkategorie, denn Menschen können ihr Leben nur wertschätzen, wenn sie es für alle Lebensphasen tun, auch für das hohe und gebrechliche Alter. Dieser **Bildungsbegriff** fehlt in der **Pflegeversicherung**, die nur den **Schulungsbegriff** kennt.

Primäre Güter für ein gutes menschliches Leben

- Martha Nussbaum diskutiert in diesem Sinn die Bedingungen für ein gutes menschliches Leben, das man selbst wertschätzt.
- Ganz oben steht bei ihr die **Möglichkeit des Menschen, ein ganzes Leben zu führen, also nicht vorzeitig sterben zu müssen.**
- Weiterhin sind **alle Lebensphasen gleich wertvoll** für ein gutes menschliches Leben, auch und gerade **Lebensphasen jenseits von Autonomie und Vernunft.**
- Auch bei einem verletzlichen und verletzten Leben sollen Menschen Möglichkeit erhalten Zugang zu jenen 10 primären Gütern zu erhalten, von denen die Philosophie annimmt, dass sie Voraussetzungen sind, um sein Leben wertzuschätzen: Neben dem Recht auf ein ganzes Leben, sind Gesundheit, Bildung, Grundgüter wie sauberes Wasser und Lebensmittel, aber die Möglichkeit in und mit der Natur zu leben, gute menschliche Beziehungen zu haben und in vertrauten Beziehungen z. B. in einer Familie zu leben sowie politische Teilhabe wesentliche Capabilities.

Danke für die Aufmerksamkeit

