

Bachelorarbeit

Pflegende Angehörige- Herausforderungen, Belastungen, und Entlastungsmöglichkeiten

Medizinische Universität Graz
Studiengang: Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Begutachterin:
Univ.-Prof. Dr.phil. Anna Gries
Harrachgasse 21/V
8010 Graz

Lehrveranstaltung: Physiologie

Barbara Brander
0011099

Datum der Einreichung: 31.10.2011

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommene Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Barbara Brandes

Graz, am 31.10.2011

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG.....	1
2. FRAGESTELLUNG.....	1
3. METHODIK.....	1
4. DEMOGRAPHISCHER WANDEL.....	2
4.1 ALTERSENTWICKLUNG IN ÖSTERREICH	3
4.2 VERÄNDERUNG VON PARTNERSCHAFT, EHE UND FAMILIE.....	4
4.3 PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IN ÖSTERREICH.....	5
5. SELBSTPFLEGE, PROFESSIONELLE PFLEGE, LAIENPFLEGE – EINE BEGRIFFSERKLÄRUNG.....	8
6. INFORMELLE HILFE UND BETREUUNG.....	10
6.1 PFLEGE IM FAMILIÄREN UMFELD.....	10
6.2 AUSMASS DER FAMILIÄREN HILFE UND PFLEGE.....	10
6.3 MOTIVE FÜR DIE ÜBERNAHME DER PFLEGE NAHER ANGEHÖRIGER.....	13
6.4 PFLEGEBEZIEHUNGEN UND UMGANG MIT GEFÜHLEN.....	15
6.5 VERÄNDERUNG DER ROLLEN INNERHALB DER FAMILIEN.....	15
6.6 PROBLEME BEI DER BETREUUNG UND PFLEGE IM HÄUSLICHEN BEREICH.....	17
6.7 FEHLENDE INFORMATIONEN.....	18
6.8 FOLGEN DER HÄUSLICHEN PFLEGE FÜR DIE PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN.....	19
6.8.1 Körperliche Belastungen.....	19
6.8.2 Psychische Belastungen.....	20
6.8.3 Soziale Belastungen.....	20
6.8.4 Emotionale Belastungen.....	20
6.8.5 Finanzielle Belastungen.....	21
6.8.6 Zeitliche Belastungen.....	22
7. ENTLASTUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE.....	23
7.1 PFLEGE GELD.....	23
7.2 PFLEGEHEILBEHELFE.....	23
7.3 SCHULUNGEN.....	23
7.4 ZWECKMÄSSIGE RAUM AUSSTATTUNG	24
7.5 MOBILE DIENSTE.....	24
7.6 TEILSTATIONÄRE DIENSTE.....	25
7.7 KURZZEITPFLEGE.....	25
7.8 24-STUNDEN BETREUUNG.....	26
7.9 SOZIALARBEITER IM KRANKENHAUS.....	26
7.10 EHRENAMT/FREIWILLIGE.....	26
8. GESELLSCHAFTSPOLITISCHE MASSNAHMEN.....	27
9. SCHLUSSFOLGERUNG.....	30
10. LITERATURVERZEICHNIS.....	32
11. ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	35
12. TABELLENVERZEICHNIS.....	36

1. EINLEITUNG

Die Pflege eines alten bzw. sehr alten Menschen im häuslichen Umfeld ist für die Familienmitglieder immer mit einer großen Herausforderung verbunden. Sie werden mit Pflegedürftigkeit, Krankheit und Verlusten von Fähigkeiten und Ressourcen des Familienmitgliedes konfrontiert. Durch die Übernahme der Pflege übernehmen Familien auch neue Aufgaben. Neben der Organisation der Betreuung des pflegebedürftigen Angehörigen gilt es den Alltag neu zu gestalten, die bisherigen Aufgaben umzuverteilen und das Herausbilden neuer Familienstrukturen zu bewältigen. Diese Herausforderungen gehen nicht spurlos an den Familien vorüber sondern wirken sich auf die Gesundheit und das Wohlbefinden aus. Für die pflegenden Angehörigen ist die Übernahme der Betreuung daher oft der erste Schritt in die Einsamkeit und Isolation. Es kommt zum Verzicht auf eigene Interessen und sie bemerken kaum, dass die Verantwortung und die Belastungen durch die Betreuung mit der Zeit zunehmen. Pflegende Angehörige sind durch die Pflege des Angehörigen oft so in Anspruch genommen, dass es den meisten schwerfällt, aus dieser Spirale auszubrechen. Zudem werden sie oft kaum oder nur schlecht über mögliche Hilfsangebote beraten.

2. FRAGESTELLUNG

In dieser Arbeit soll folgende Frage beantwortet werden:

Wie können pflegende Angehörige bei der Betreuung alter und sehr alter Menschen im häuslichen Umfeld einer körperlichen und psychischen Überlastung rechtzeitig vorbeugen?

3. METHODIK

Grundlage für die vorliegende Arbeit bildet eine Literaturrecherche, die in Cinhal, in einschlägiger Fachliteratur und im Internet unter „Google“ und „Google scholar“

durchgeführt wurde.

Die dabei verwendeten Suchbegriffe waren:

- Altersstruktur in Österreich
- Laien pflege
- Angehörigenarbeit
- Belastung pflegender Angehöriger
- Pflegebedürftigkeit

Um die für diese Arbeit gewählte Fragestellung beantworten zu können, wurden die einzelnen Suchbegriffe auch in Kombination gesetzt.

4. DEMOGRAPHISCHER WANDEL

Wenn vom „demographischen Wandel“ die Rede ist, dann ist damit eine nachhaltige Änderung der Altersstruktur gemeint. Einem steigenden Anteil älterer Menschen steht ein sinkender Anteil jüngerer Menschen gegenüber. Dieser Trend ist aber kein Österreichspezifikum, sondern betrifft nahezu alle hochentwickelten Industrienationen. Einen Geburtenrückgang gibt es in den meisten entwickelten Ländern schon seit dem Ende des 19. Jahrhunderts. In Österreich halbierte sich zwischen 1900 und 1928 die durchschnittliche Geburtenzahl pro Frau von vier auf zwei Kindern. Die Bevölkerungsentwicklung ist das Resultat aus dem Zusammenwirken verschiedener Faktoren wie der aktuellen Bevölkerungsstruktur, den natürlichen Bevölkerungsbewegungen (Geburten und Sterbefälle) sowie räumlichen Bevölkerungsbewegungen (Zuwanderung und Abwanderung). Diese drei Faktoren bestimmen Umfang, Richtung und Tempo der Bevölkerungsentwicklung und damit auch die Bevölkerungsstruktur (Schipfer, 2005).

Österreich hatte im Jahresdurchschnitt 2009 eine Bevölkerung von 8,36 Mio. Personen. In Zukunft ist aufgrund von Zuwanderungen wie schon in der Vergangenheit mit weiteren Bevölkerungszuwächsen zu rechnen. Die jährlichen Wachstumsraten werden auch in Zukunft über drei Promille betragen. Dies bedeutet, dass die Bevölkerung Österreichs bis zum Jahr 2015 auf 8,56 Mio. (+2,3% gegenüber 2009) und bis zum Jahr 2030 auf 9,02 Mio. Personen (+7,9%) steigt (Statistik Austria, 2010).

4.2 VERÄNDERUNG VON PARTNERSCHAFT, EHE UND FAMILIE

Was die verschiedenen Familientypen in Österreich betrifft, ist seit den 1970er Jahren eine kontinuierliche Abnahme von Ehepaaren mit Kindern, sowie eine Zunahme von Lebensgemeinschaften und von Alleinerzieher/innen zu beobachten. Gab es in Österreich 1971 noch 224 400 Alleinerzieher/innen-Familien (12%), waren es im Jahr 2001 bereits 351 900 (16%) (Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006).

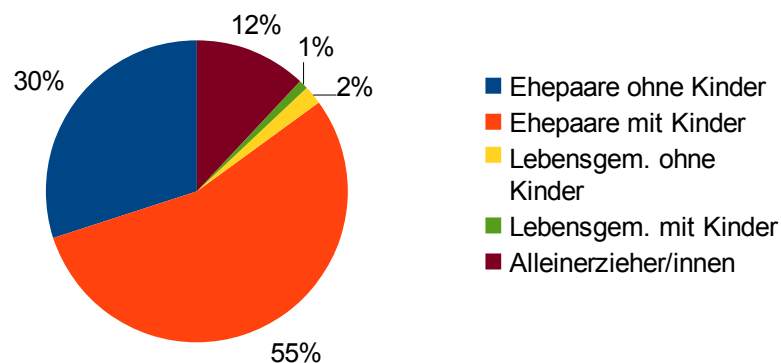


Abbildung 2: Familientyp 1971

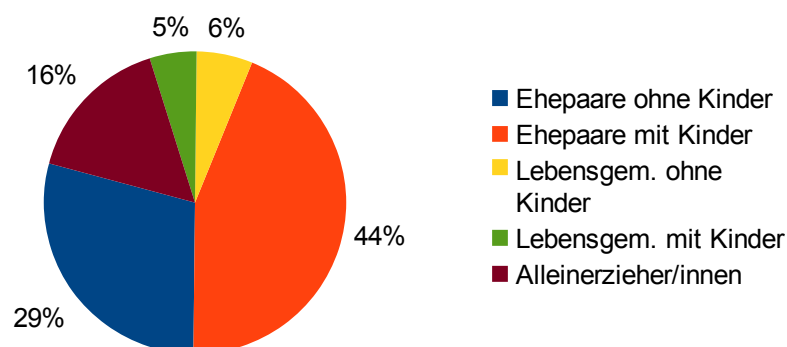


Abbildung 3: Familientyp 2001

Abbildungsquelle: 2 – 3: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (ed.) 2008, *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006*, BMGFJ, Wien.

Unterscheidet man nach Ein- und Mehrpersonenhaushalten wird weiterhin die Zahl der allein lebenden Menschen überdurchschnittlich stark steigen. 2030 wird die Zahl der Einpersonenhaushalte österreichweit mit 1,56 Mio. um ein gutes Fünftel (+21,3%) größer sein als 2009 mit 1,29 Mio. (Statistik Austria, 2010).

4.3 PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IN ÖSTERREICH

Rund 16% der ca. acht Millionen Einwohner/innen Österreichs sind 65 Jahre alt und älter. Der Frauenanteil liegt bei rund 60%. Bei den 85-jährigen Menschen beträgt der Frauenanteil bereits 75%. Während der Großteil der älteren und alten Männer verheiratet sind, nimmt der Anteil der verheirateten Frauen mit dem Alter stark ab. 52% der 75-jährigen Frauen, aber nur 18% der 75-jährigen Männer leben in Ein-Personen-Haushalten.

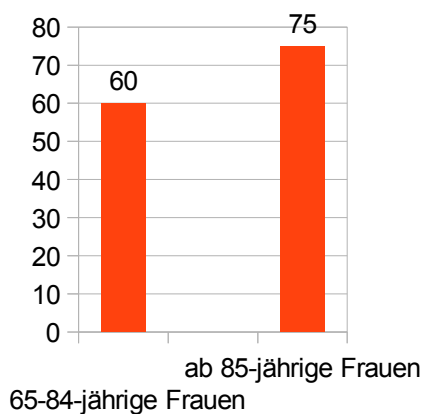


Abbildung 4: Alters bezogener Frauenanteil in Prozent, 2002

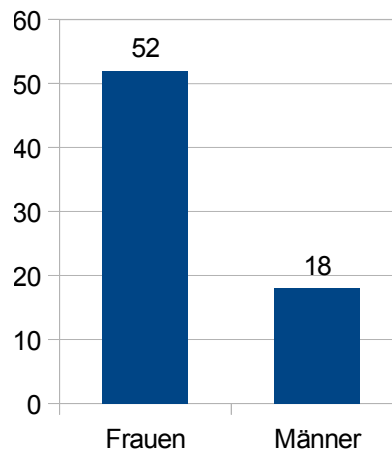


Abbildung 5: Prozentualer Anteil der allein lebenden Personen ab dem 75 Lebensjahr

Abbildungsquelle 4 – 5: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (ed.) 2008, *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006*, BMGFJ, Wien.

Pflegestufe	Absolutzahlen			% - Anteil an der jeweiligen Bevölkerung		
	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt
Stufe 1	49 419	18 440	67 859	1,2	0,5	0,8
Stufe 2	82 928	41 263	124 191	2,0	1,1	1,5
Stufe 3	41 277	20 476	61 753	1,0	0,5	0,8
Stufe 4	34 484	17 434	51 918	0,8	0,4	0,6
Stufe 5	19 558	9 384	28 942	0,5	0,2	0,4
Stufe 6	5 934	3 873	9 807	0,1	0,1	0,1
Stufe 7	4 128	2 111	6 239	0,1	0,1	0,1
Gesamt	237 728	112 981	350 709	5,7	2,9	4,4

Tabelle 1: Pflegegeldbezieher/innen nach Geschlecht (2002)

Tabellenquelle 1: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (ed.) 2008, *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006*, BMGFJ, Wien.

Einen Überblick über die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit der Österreicher/innen gibt die Statistik über Pflegegeldbezug. Im Dezember 2002 erhielten 237 728 Frauen (5,7%) und 112 981 Männer (2,9%) Pflegegeld (also doppelt so viele Frauen wie Männer). Der überwiegende Teil der Pflegegeldbezieher/innen war über sechzig Jahre (82,3%), nahezu die Hälfte (45,6%) über 80 Jahre (*Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006*).

Von den Personen, die Pflegegeld beziehen, werden etwa 15% in Pflegeheimen betreut. Rund 80% des Pflegebedarfes werden in der Familie durch Angehörige oder private Helfer abgedeckt, etwa 10% durch soziale Dienste.

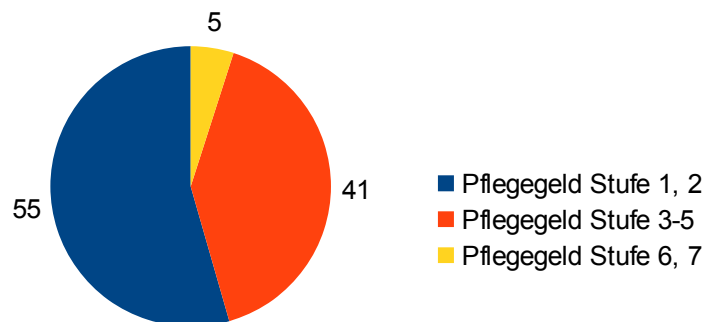


Abbildung 6: Prozentuale Verteilung des Pflegegeldes

Abbildungsquelle 6: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (ed.) 2008, *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006*, BMGFJ, Wien.

Rund 55% der Pflegegeldbezieher/innen hatten Pflegegeld der Stufe 1 und 2, etwa 41% der Stufen 3 bis 5 und rund 5% der Stufen 6 und 7.

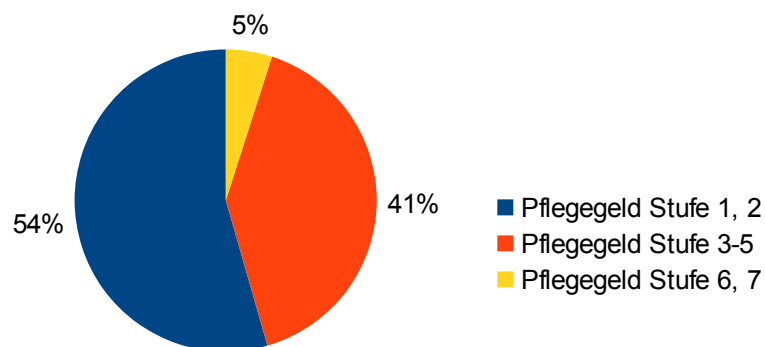


Abbildung 7: Prozentuale Verteilung des Pflegegeldes

Abbildungsquelle 7: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (ed.) 2008, *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006*, BMGFJ, Wien.

Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit steigt mit zunehmendem Alter. In der Altersgruppe von 61- bis 80-jährigen beziehen 9,1% Pflegegeld, während von den über 80-jährigen 56,2% der Frauen und 38,5% der Männer Pflegegeld beziehen.

Alter	Pflegebedürftigkeit in %
bis 40 jährigen	0,7
41 - 60	1,5
61 - 80	9,1
über 80 jährigen	94,7

Tabelle 2: Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter

Tabellenquelle 2: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (ed.) 2008, *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006*, BMGFJ, Wien.

5. SELBSTPFLEGE, PROFESSIONELLE PFLEGE, LAIENPFLEGE – EINE BEGRIFFSERKLÄRUNG

Selbstpflege wird beschrieben als „jegliche Pflege, bei der Pflegebedürftige und Pflegende in ein und derselben Person vereinigt sind“. Sie hat das Ziel der Erreichung bzw. Sicherung eines gesunden und sinnvollen Daseins. Selbstpflegeaktivitäten können intuitiv verlaufen. Sie werden beeinflusst durch soziokulturelle und persönliche Faktoren. Die Tatsache, dass der Mensch für sich selbst sorgt, ist nichts Besonderes, aber es wird deutlich, dass der Prozess der Selbstpflege nicht immer leicht und zufriedenstellend verläuft. In unserer Gesellschaft leben viele Menschen, die nicht immer und auf adäquate Weise für sich selbst sorgen können.

Professionelle Pflege basiert auf:

- einer staatlich geregelten theoretischen und praktischen Ausbildung und einer berufsmäßig erworbenen Sachkenntnis und Verantwortlichkeit;
- hat ihre Daseinsberechtigung auf der Grundlage theoretischen Wissens, der Forschung und der klar festgelegten Richtlinien für die Interventionen in der Praxis.

Diese werden aufgrund des gesellschaftlichen Auftrags ausgeübt. Professionelle Pflege basiert auf der Grundlage des Pflegeprozesses (Anamnese, Pflegediagnose, -planung, -maßnahmen und Evaluation) entweder selbstständig oder in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

Die Laien Pflege ist für die menschliche Entwicklung unverzichtbar. Vor allem wegen ihrer Bedeutung im sozialen Leben und weil Selbstpflege erlernt werden muss. Laien Pflege ist „jegliche Pflege, die von einer Person innerhalb eines kleinen sozialen Netzwerks, zu dem sie gehört, auf der Basis Bereitschaft zur Gegenseitigkeit gegeben und empfangen wird. Wichtige Merkmale der Laien Pflege sind:

- Bereitschaft zur Gegenseitigkeit
- die Rollen der Pflegenden und der Pflegeempfänger sind austauschbar,
- persönliche und emotionale Betroffenheit zwischen dem Pflegenden und dem Pflegeempfänger.

(Beßen, 2007)

In meiner Arbeit widme ich mich der Laienpflege und den damit verbundenen Herausforderungen, Problemen und Belastungen.

6. INFORMELLE HILFE UND BETREUUNG

Die Erfüllung von Hilfs- und Pflegebedürfnissen älteren Menschen wäre ohne die informellen Systeme der Familien und Nachbarschaft unvorstellbar.

6.1 PFLEGE IM FAMILIÄREN UMFELD

Die Familie spielt im Leben für die meisten Personen eine wesentliche Rolle. Deren Wichtigkeit ist besonders bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit von Bedeutung. Durch die Übernahme der Pflege sind Familien mit diversen Aufgaben konfrontiert. Neben der Organisation der Betreuung des pflegebedürftigen Angehörigen gilt es, den Alltag neu zu gestalten, die bisherigen Aufgaben umzuverteilen und das Herausbilden neuer Familienstrukturen zu bewältigen. Diese Herausforderungen gehen nicht spurlos an den Familien vorüber sondern wirken sich auf deren die Gesundheit und Wohlbefinden aus (Seidl, Labenbacher, 2007).

Der überwiegende Teil der Pflege findet im familiären Umfeld statt. Trotz zunehmender Erwerbstätigkeit von Frauen (im Jahr 2003 lag die Erwerbsquote von Frauen bei 42,1%), wird die Pflege von Angehörigen vor allem von Frauen (Ehefrauen, Töchter, Schwiegertöchter) erbracht. Es handelt sich dabei um einen weiteren Bereich, der meist mit bereits bestehenden Arbeitsfeldern (Erwerbstätigkeit, Haus- und Familienarbeit) in Einklang zu bringen ist (Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006).

6.2 AUSMASS DER FAMILIÄREN HILFE UND PFLEGE

8,5% der Frauen (281 900) und 4,7% der Männer (144 000) pflegen oder betreuen nahe Angehörige bzw. Bekannte. Sie erbringen zu überwiegenden Teilen unbezahlte Hilfs- und Pflegeleistungen. 38 900 Personen betreuen sogar zwei oder mehr Angehörige. 40% der betreuten Personen wohnen mit der zu betreuenden Person in einem Haushalt, weitere 15% leben zwar in einer anderen Wohnung, jedoch im selben Haus. Die übrigen 45% leben an einem anderen Ort (Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, 2002).

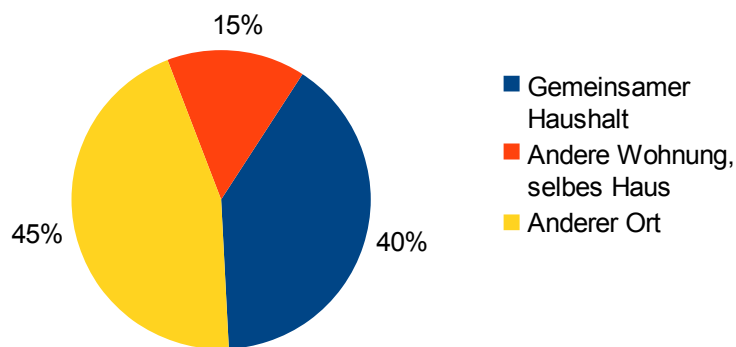


Abbildung 8: Wohnorte der gepflegten Personen

Abbildungsquelle 8: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (ed.) 2002, *Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege – Ergebnisse des Mikrozensus September 2002*, Druckerei des BMSG, Wien.

Während von den 18- bis 24-jährigen lediglich 1% nahe Angehörige betreut, sind es von den 50 bis 64-jährigen rund 10%. Am häufigsten werden Hilfs- und Pflegeleistungen für die Elterngeneration erbracht. In 30% der Fälle wird die eigene Mutter betreut, in 11% der Fälle die Schwiegermutter. In 18,3% der Fälle werden Ehegatt/innen (Lebensgefährt/innen) betreut (Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, 2002).

Pflegebedürftige Person	% der Pflegefälle
eigene Mutter	30
Schwiegermutter	11
Schwiegervater	3
Ehegatt/in (Lebensgefährt/in)	18,3

Tabelle 3: Verwandtschaftsgrad der gepflegten Person

Tabellenquelle 3: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (ed.) 2002, *Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege – Ergebnisse des Mikrozensus September 2002*, Druckerei des BMSG, Wien.

Für die Betreuung ist der Zeitaufwand und die Art der Hilfeleistung je nach Geschlecht verschieden. Frauen wenden für die Betreuung pro Woche im Durchschnitt 11,4 Stunden, Männer 9,0 Stunden auf. Während Männer häufiger als Frauen Bring-, Hol- und Begleitsdienste (z.B. Ärzt/innen-, Behördenwege) verrichten, überwiegen bei den Frauen Hilfeleistungen bei persönlichen Verrichtungen (also im Wesentlichen die Pflege) (Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006).

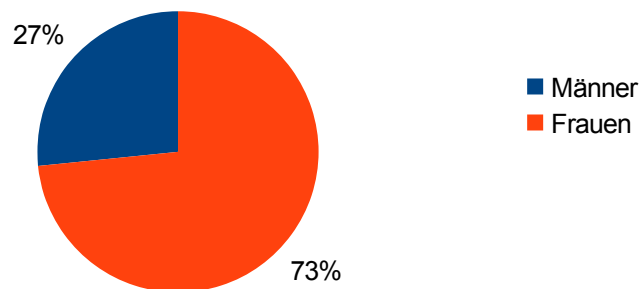


Abbildung 9: Hilfe bei persönlichen Verrichtungen (Waschen, Anziehen...) in Prozent

Abbildungsquelle 9: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2008, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, BMGFJ, Wien.

Auch bei höherem Betreuungsaufwand sind es vorwiegend die Frauen, die Betreuung übernehmen. 103 100 Personen werden 15 und mehr Stunden pro Woche betreut und zwar zu 76,8% von Frauen (Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006).

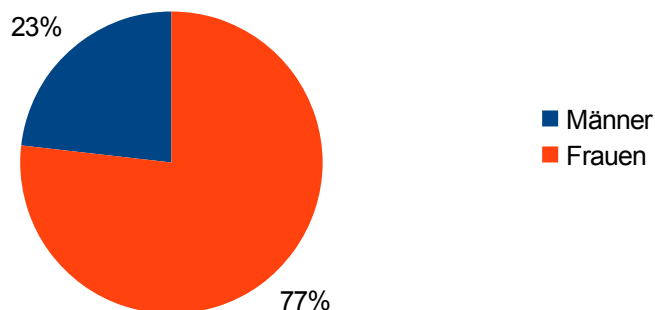


Abbildung 10: Wöchentlicher Zeitaufwand (15 Stunden oder mehr) in Prozent für die Betreuung Hilfs- und Pflegebedürftiger nach Geschlecht

Abbildungsquelle 10: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2008, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, BMGFJ, Wien.

Relevant sind vor allem fünf Zielgruppen pflegender Angehöriger:

- Ältere und alte pflegende Ehepartner/innen und Lebensgefährt/innen
- Töchter, Schwiegertöchter und Söhne, die (Schwieger-)Eltern pflegen
- Angehörige, die Demenzkranke oder psychisch kranke Menschen zu Hause betreuen
- Angehörige, die chronisch kranke Menschen (Multiple Sklerose, Krebs, Aids etc.) meist jüngeren oder mittleren Lebensalters pflegen
- Angehörige (vor allem Mütter), die Menschen mit angeborenen oder früh erworbenen Behinderungen betreuen.

(Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006).

6.3 MOTIVE FÜR DIE ÜBERNAHME DER PFLEGE NAHER ANGEHÖRIGER

Obwohl die Belastungen im Zusammenhang mit der Gewährleistung einer häuslichen Pflege relativ hoch sind, überwiegt in vielen Familien bzw. bei den pflegenden Frauen innerhalb der Familie die Motivation, die Versorgung von Pflegebedürftigen zuhause sicher zu stellen. Die Belastungen können durch positive Effekte der Pflegeübernahme reduziert werden, indem die Pflege als Sinn gebende Tätigkeit verstanden wird. Die Bereitschaft zur Übernahme der Pflege entspringt aus Gefühlen der Liebe und Zuneigung sowie familiärer Solidarität oder auch Verpflichtung. Oft fühlen sich gerade die Frauen dazu verpflichtet, die Versorgung einer pflegebedürftigen Person innerhalb der Familie zu übernehmen. Entsprechende Erwartungen innerhalb der Familie und gesellschaftliche Rollenerwartungen, die an Frauen herangetragen werden, machen es beispielsweise Töchtern und Schwiegertöchtern schwer, sich gegen die Pflege Tätigkeit auszusprechen. Tatsächlich erfolgt der Entschluss für die Pflege eines Angehörigen in der Regel kaum als bewusster Entscheidungsprozess. So erfolgt die Übernahme der Pflege zumeist unreflektiert und unvorbereitet (Hurrelmann et al, 1998).

In 43% der Fälle wird die Meinung vertreten, es sei „die Aufgabe der Familie“, die Betreuung von Angehörigen zu übernehmen. Dieses gesamtösterreichische Bild unterstreicht eine Tendenz, die für das Jahr 1994 bei einer Untersuchung der Pflegegelder des Landes Vorarlberg bereits zum Ausdruck gekommen ist. Dort äußerten mehr als die Hälfte (53,4%) der pflegenden Personen die Ansicht, dass es die „Aufgabe der Familie“ sei, die Pflege von Angehörigen zu übernehmen (Kytir, Münz, 2001).

Durch die Pflegesituation können sich Beziehungen innerhalb des familiären Gefüges grundlegend ändern (Hurrelmann et al, 1998).

„In Bezug auf eheliche Beziehungen wird festgestellt, dass die Motivation zur Pflege von Ehepartnern in einer Perspektive des Austausches, durch Rollenverpflichtungen und durch ein Gefühl der Familiensolidarität begründet ist“ (Becker, 1997).

Gerade bei Ehefrauen spielt der familiäre Druck eine nicht unerhebliche Rolle. Es ist für sie (und ihre Umwelt) eine Selbstverständlichkeit, dass sie die Pflege ihres Ehemannes übernehmen. Mögliche Alternativen werden daher zumeist gar nicht wahrgenommen. Insgesamt spielen Motive wie Pflichtgefühl, Treue, Verzicht, Nächstenliebe etc. bei den älteren Frauen eine wichtigere Rolle als bei den jüngeren (Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006).

Ein weiteres Pflegemotiv ist „Dankbarkeit und Einhaltung eines Versprechens“. Deutmeyer (2006) hat im Rahmen ihrer Dissertationsarbeit pflegende Angehörige befragt:

„Aber den Abend vorher habe ich das Versprechen gegeben, dass ich gut auf meinen Vater aufpasse. Und das Versprechen habe ich gehalten. ...da ist ganz egal wie schwer das ist...“ (Kristo zit. in Deutmeyer, 2006).

Der Bogen der Motivation für die Übernahme der Pflege naher Angehöriger spannt sich von Liebe oder Zuneigung, Wiedergutmachungs- und Dankbarkeitsimpulsen, religiösen oder karitativen Motiven bis zu negativen Gründen wie z.B Angst vor Stigmatisierung

durch die soziale Umwelt oder familiärer Druck. Für das Gelingen der Pflege und deren Aufrechterhaltung sollte zumindest ein positives Motiv vorhanden sein. Überwiegend positive Motive führen aber nicht zwangsläufig dazu, dass die Pflege mit weniger Belastungen einhergeht. Der unbedingte Wunsch, die Angehörigen zu betreuen, kann leicht zur Überforderung führen (Frauengesundheitsbericht 2005/2006).

6.4 PFLEGEBEZIEHUNGEN UND UMGANG MIT GEFÜHLEN

Jede private Pflegebeziehung hat eine meist lange Vorgeschichte. Unabhängig davon was die Motive der Übernahme der Pflege waren, erhält die Beziehung dadurch, dass sie nun auch eine Pflegebeziehung ist eine neue Qualität. Einerseits hört die „alte“ Geschichte damit ja nicht auf und es gibt vielleicht „alte“ Konflikte bzw. Kränkungen, die die Pflegesituation belasten. Das kann Probleme mit sich bringen, z.B. kann man aufgrund von Schuldgefühlen keine Grenzen setzen, traut sich nichts für sich selbst zu tun etc. Pflege zu Hause bedeutet für beide Teile eine große Umstellung (Volkshilfe, 2000).

6.5 VERÄNDERUNG DER ROLLEN INNERHALB DER FAMILIEN

Mit der Übernahme der Pflege der alten Eltern verändern sich familiäre Rollenverteilungen. In diesem Zusammenhang wird in der Literatur von einer Rollenumkehr gesprochen, indem die erwachsenen Kinder nun Verantwortung für die Eltern übernehmen und diese gleichsam eine „zweite Kindheit“ durchleben. Eine solche Veränderung wird von pflegenden Kindern am ehesten dann erlebt, wenn die alten Eltern in starkem Maße körperlich oder geistig eingeschränkt sind (Volkshilfe, 2000).

Becker (1997) beschreibt, dass auch Eltern, zu denen eine ausgesprochen schlechte oder konfliktreiche Beziehung besteht, von Töchtern versorgt werden. Allerdings ist bei einer positiv erlebten emotionalen Beziehung zum Elternteil die Bereitschaft zur Pflegeübernahme stärker ausgeprägt. Bei einer belasteten Beziehung zum heute pflegebedürftigen Elternteil ist die Pflegebereitschaft geringer und erscheint eher bzw.

ausschließlich als äußere, moralische und sozial geforderte Aufgabe und Pflicht. Gleichzeitig ist eine konflikthafte, als schlecht erlebte Beziehung gleichzeitig auch die Grundlage für die Übernahme von Pflegeleistungen. Dadurch können Frauen, die früher von den Eltern Ablehnung erfahren haben, nun ehemals unbefriedigte Zugehörigkeitsgefühle und Beziehungswünsche reaktivieren. Hier liegen zwei entgegengesetzte Entwicklungsmöglichkeiten eng beieinander. Einerseits besteht eine Möglichkeit zur Klärung und Veränderung ehemals negativer Beziehungen, andererseits können sich durch reaktivierte negative Erfahrungen und Gefühle Belastungs-, Konflikt- und Stressmomente in der Pflegesituation um ein Vielfaches erhöhen (Becker, 1997).

Für die pflegebedürftigen Menschen selbst ist die neue Situation ebenfalls sehr schwierig. Ein Konflikt kann sein, abhängig zu sein, sich nicht mehr „gleichwertig“ zu fühlen, unter anderem, weil er/sie sich nicht erkenntlich zeigen kann. Oft aktiviert das soviel Schuldgefühl, dass sich der /die Gepflegte für sich selbst gar nichts mehr gönnen kann. Meist ist es sehr schwer, sich allein all das bewusst zu machen bzw. mit anderen darüber ins Gespräch zu kommen. Oft hat sich auch schon zu viel aufgestaut, um eine Beziehungsklärung in Gang zu bringen (Volkshilfe, 2000).

In einer Studie von Langner und Breull (*Lebensqualität pflegender Ehefrauen im Alter*, 2005) stellte sich heraus, dass pflegende Ehefrauen unter einer massiven Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität leiden, im Vergleich zu gleichaltrigen Personen ohne Pflegeaufgabe. Das Ausmaß der Beeinträchtigung der Lebensqualität ist mit derjenigen von schwerst kranken Patienten vergleichbar (Langner, Breull, 2005). In Becker (1997) werden pflegende Ehefrauen als „hidden patients“ bezeichnet. Sie erleben soziale Isolation, ökonomische Belastungen und Rollenüberlastungen. Der Leidensdruck ist deshalb sehr hoch, weil der Ehemann nicht mehr als Partner zur Verfügung steht (Becker, 1997)).

Pflegende Schwiegertöchter erhalten eine spezifische Rolle im familiären Beziehungsgefüge. Wenngleich der Sohn des erkrankten Elternteils formell die Verantwortung für dessen Versorgung erhält, so wird in der Regel die Hauptlast der Pflege von dessen Ehefrau, also der Schwiegertochter des/der Kranken getragen. Hier erleben Schwiegertöchter eine geringe Entscheidungsmöglichkeit trotz vielfältiger Pflegeleistungen.

Als allgemeines Problem bezüglich der Rollenanforderungen in einer Pflegesituation wird festgestellt, dass aufgrund unterschiedlicher Sichtweisen von gesellschaftlichen Normen durch die hilfebedürftigen Eltern bzw. helfenden Kinder sowie aufgrund mangelnder Klarheit über gegenseitige Erwartungen und Verpflichtungen normative Konflikte innerhalb der Familie entstehen. Diese führen schließlich zu einer „Immobilisierung“ der Familie, durch die familiäre Bewältigungspotentiale schwinden. Die Bewältigung der Krise wird dadurch verschärft, dass keine klaren normativen Regeln existieren, wie innerhalb einer Familie mit der Pflegebedürftigkeit umgegangen werden soll (Becker, 1997).

6.6 PROBLEME BEI DER BETREUUNG UND PFLEGE IM HÄUSLICHEN BEREICH

Meist entwickeln sich Pflegesituationen schleichend. Selbst erhebliche zeitliche Beanspruchung betrachten die Helfenden nicht als Pflegesituation sondern als selbstverständlich. Sie wachsen langsam in die Aufgaben hinein und eignen sich viele notwendige Kenntnisse schrittweise an. Weil sich Personen, die schon über lange Jahre pflegen, deshalb für kompetent halten, sehen sie oft auch keinen Grund fachliche Hilfen in Anspruch zu nehmen. Sie haben sich das Wissen meist selbst, z.B. durch Broschüren und Pflegeratgeber angeeignet oder wurden in geringem Umfang vom Arzt eingewiesen (Schönberger, Kardorff).

Belastungen für pflegende Angehörige entstehen durch:

- die hohe zeitliche Inanspruchnahme durch die Pflege und das ständige Angebunden sein
- Störungen des Tag-/Nachtrhythmus
- Hilflosigkeit, Unsicherheiten und Angst in verschiedensten Pflegesituationen
- fehlendes Fachwissen für die Behandlungspflege
- mangelnde soziale Absicherung der Betreuungsperson

- Persönlichkeitsveränderungen und Verhalten des zu Pflegenden
- Gefühle der Entfremdung und emotionale Distanz zum gepflegten Angehörigen
- abnehmende soziale Kontakte bis hin zu sozialer Isolation der Pflegeperson
- Veränderung der persönlichen Lebenssituation (berufliche Einschränkungen, Reduzierung verwirklichter Interessen, Krisen und Konflikte in der Beziehung, geringe oder keine familiäre Unterstützung bei der Pflege, mangelnde Zukunftsperspektive, Aussichtslosigkeit).

Das Ausmaß erlebter Belastung ist auch vom zeitlichen Aufwand und Schweregrad der Erkrankung der Gepflegten abhängig (Deutmeyer, 2006).

6.7 FEHLENDE INFORMATIONEN

Es wurde festgestellt, dass bei den Pflegegeldbezieher/innen und ihren pflegenden Angehörigen der Bedarf an Beratung und Information groß ist. Laut einer Studie von Pochobradsky et al. (2005) bestand bei rund 75% der Personen Beratungs- und Informationsbedarf in zumindest einer Angelegenheit – der größte Bedarf war hinsichtlich Mobiler Dienste, Kurzzeitpflege, Hilfsmittel und Pflegegeld gegeben. Aus dem ungleichen bzw. unvollständigen Informationsstand in der betroffenen Personengruppe kann sich auch eine ungleiche und ungerechte Verteilung des Zugangs zu Unterstützungsangeboten ergeben. Gut informierte Personen verursachen höhere Ausgaben, wenn alle Zuschüsse, auf die Anspruch besteht, tatsächlich bezogen werden. Dem stehen andererseits jedoch Einsparungspotenziale gegenüber, die dann realisiert werden, wenn die Betroffenen im Bedarfsfall die für sich günstige Lösung wählen können und nicht aus Informationsmangel auf eine teurere Alternative zurückgreifen müssen, z.B. können Pflegeheimaufnahmen verhindert bzw. verzögert werden, wenn ausreichende Informationen über Entlastungsmöglichkeiten in der häuslichen Pflege und Betreuung vorhanden sind (Pochobradsky et al., 2005).

6.8 FOLGEN DER HÄUSLICHEN PFLEGE FÜR DIE PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN

Die Pflegebelastung kann zu körperlichen, psychischen, sozialen und finanziellen Beeinträchtigungen führen. Es werden ca. 1/3 der pflegenden Angehörigen krank. Bei pflegenden Ehepartnern steigt die Mortalitätsrate um bis zu 64%. Es erhöht sich für die gesamte Familie das Erkrankungsrisiko. Nicht nur punktuelle Stressoren sondern länger anhaltende Belastungen zeigen die Auswirkung. Angehörige neigen dazu, ihre Adaptationsfähigkeit zu überschätzen und zu lange zu zögern, bis sie Fremdhilfe hinzuziehen. Viele pflegende Angehörige fühlen sich schlecht informiert und alleingelassen. Eigenen Ressourcen werden oft falsch eingeschätzt. (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (ed.), 2005).

6.8.1 Körperliche Belastungen

Als Folgeerkrankungen treten physische Belastungserscheinungen, wie Schulter-, Hüft- und Rückenschmerzen auf. Viele Personen sind niedergeschlagen und verzweifelt. Nervöse Erschöpfungszustände, Schlafstörungen, Herz-, Magen-, Kopf- und Gliederschmerzen sind nicht selten anzutreffen. Durch die körperliche und geistige Inaktivität, die eingeschränkte Erholung und Entspannung sowie die mangelnde Bewegung an der frischen Luft ist die Gesundheit der pflegenden Angehörigen gefährdet. Der daraus entstehende chronische Stress kann negativen Einfluss auf das endokrine, kardiovaskuläre und immunologische System haben und zu psychosomatischen Erkrankungen führen. Durch die Anstrengung der Pflege wird der Gesundheitszustand der Pflegenden oft aufs Spiel gesetzt. Diese Problematik der mitunter selber schon an Krankheiten leidenden Pflegeperson findet ihren Niederschlag in der Formel „die Pfleger von heute, sind die Gepflegten von morgen“ (Hofstätter, 2011).

6.8.2 Psychische Belastungen

Hierzu zählen vor allem Depressionen mit Traurigkeit und Pessimismus. Besonders ausgeprägt sind die Depressionen bei Frauen, die ihre Ehemänner pflegen. Sie leiden signifikant häufiger als andere Pflegende an schweren Depressionen. Typisch sind zudem Konflikte in der Pflegesituation, die sich in unkontrollierten Wutausbrüchen mit anschließenden Schuldgefühlen entladen. Konflikte enden nicht selten in gegenseitigen gewalthaltigen Übergriffen von Pflegebedürftigen und Pflegenden, die aus der psychischen Erschöpfung und Verzweiflung resultieren (Deutmeyer, 2006).

6.8.3 Soziale Belastungen

Pflegende Angehörige erfahren von ihrem Umfeld Unterstützung aber sie erleben auch Ausgrenzung. Die soziale Ausgrenzung bedingt auch einen sozialen Rückzug. Um sich den negativen Reaktionen der Umwelt nicht mehr auszusetzen, wird auf Freizeitaktivitäten – wie in Urlaub fahren oder Veranstaltungen zu besuchen – verzichtet. Eine Folge der sozialen Ausgrenzung ist die Einsamkeit. Dieses Phänomen tritt auch trotz Familie auf.

„Aber die (Kinder) sind ja alle voll beschäftigt.ich bin enttäuscht von den Kindern. Meine Frau hat oft gelitten, dass sie nicht gekommen sind. So bin ich halt alleine mit ihr.“ (Seidl, Walter, Labenbacher zit. in Seidl, Labenbacher, 2007).

Aber auch mangelnde Anerkennung für die erbrachten Pflegeleistungen und berufliche Einschränkungen gelten als Stressoren (Deutmeyer, 2006).

6.8.4 Emotionale Belastungen

Ein hoher Handlungs- und Entscheidungsdruck beim Übergang zu einer Pflegebedürftigkeit, die damit verbundene Verantwortungsübernahme und alleinige Zuständigkeit sowie die Verarbeitung der rückschreitenden Entwicklung der Pflegebedürftigen und die sich verändernden Beziehungen zwischen der pflegenden Frau und dem/der Gepflegten zeigen zentrale Belastungs-, Konflikt- und Stressmomente (Becker, 1997).

Zu den emotionalen Belastungs- und Erschöpfungserscheinungen führen:

- das Gefühl der gepflegten Person nicht mehr helfen zu können
- Schuldgefühle
- die Angst zu versagen
- die Enttäuschung beim Erkennen der eigenen Grenzen
- die Undankbarkeit des Kranken

(Deutmeyer, 2006).

6.8.5 Finanzielle Belastungen

Schließlich stellt die mangelnde soziale Absicherung der Betreuungspersonen eines der schwerwiegendsten Probleme im Zusammenhang mit der familiären Pflege dar. Nur etwa 56,2% der Betreuungspersonen sind aufgrund einer Berufstätigkeit oder einer Eigenpension selbst krankenversichert, mehr als 40% sind bei ihrem Ehepartner mitversichert.

Drastischer wird die Situation bei der pensionsrechtlichen Absicherung. Fast 7% der Betreuungspersonen haben überhaupt keine Pensionsversicherung, nahezu 30% sind lediglich über die Pensionsvorsorge ihrer Ehepartner für das Alter abgesichert. Trotz gesetzlicher Möglichkeiten ist es nur eine verschwindende Minderheit von 2%, die eine Sozialversicherung aufgrund der Betreuungsarbeit in Anspruch nehmen. Weiters ist oftmals auch der Wohnraum zu adaptieren. Die Anschaffungs- und Unterbringungsmöglichkeit eines Krankenbettes oder die barrierefreie Ausrichtung von Türrahmen, Toilette, Bad, Küche etc. bringt zusätzliche finanzielle Belastung (Becker, 1997).

6.8.6 Zeitliche Belastungen

Die Pflege im häuslichen Umfeld bringt oft auch eine sehr große zeitliche Belastung mit sich.

Verschärft wird diese Situation, wenn die Notwendigkeit der ständigen Anwesenheit bei der zu pflegenden Person erforderlich ist. Insbesondere wenn sie dazu führt, dass jahrelang kein Urlaub oder gar ein Ausflug gemacht werden kann oder bereits kleine Besorgungen wie Einkaufen oder ein Friseurbesuch zum Problem werden können. Erledigungen außerhalb der Wohnung werden meist mit großer Eile verrichtet, denn die Angst ist zu groß, dass während der Zeit der Abwesenheit der Pflegebedürftige derweilen weglaufen, sich verirren, stürzen etc. könnte. Durch dieses ständige Angebunden sein der Pflegenden werden Kontakte außerhalb der Wohnung zunehmend seltener. Eigene Hobbys oder Interessen bleiben auf der Strecke. Zwischenmenschliche Kontakte gehen durch diesen hohen Grad der Anwesenheit stark verloren und führen auf direktem Wege zur Isolation. Keineswegs besteht diese Art der Vereinsamung nur einseitig, auch die Zahl der Besucher im Haushalt des Pflégling nimmt ab. Krankheit und Gebrechlichkeit sind gesellschaftlich tabuisiert. Viele Menschen wissen nicht damit umzugehen und gehen deshalb auf Distanz (Nemeth, Pochobradsky, 2002).

7. ENTLASTUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

7.1 PFLEGEGELD

Der Anspruch auf Pflegegeld basiert auf der Grundlage des Bundespflegegesetzes. Voraussetzungen für das Pflegegeld sind ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung, die voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird. Weiters ständiger Pflegebedarf von monatlich mehr als 50 Stunden sowie gewöhnlicher Aufenthalt in Österreich. Die Höhe des Pflegegeldes wird – je nach Ausmaß des erforderlichen Pflegebedarfs und unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit – in sieben Stufen festgelegt und zwölf Mal jährlich ausbezahlt. Über die Zuordnung zu einer Stufe entscheidet die zuständige Stelle auf der Grundlage eines ärztlichen Sachverständigengutachtens (Pöltner, 2006).

7.2 PFLEGEHEILBEHELFE

Die Pflege kann mit der Unterstützung durch Pflegeheilbehelfe enorm erleichtert werden. Hierzu zählen: Pflegebett, Gehhilfen, Badelift, Rollstuhl, WC-Stuhl, Harnflasche usw. Für eine Reihe solcher technischer Hilfsmittel gibt es finanzielle Unterstützung bzw. leihweise Überlassung durch die Krankenkassen (Volkshilfe, 2000).

7.3 SCHULUNGEN

Manche Organisationen (z.B. Rotes Kreuz, Caritas) bieten regionale Schulungskurse für Angehörige an. In diesen Kursen wird oft neben der Schulung in pflegerischen Handlungen ein Schwerpunkt auf Prävention bzw. Prophylaxe gelegt. Im Rahmen der Prävention und Prophylaxe wird Wissen vermittelt, um beim pflegebedürftigen Menschen bereits vorhandene Beeinträchtigungen zu verbessern bzw. das Eintreten weiterer Beeinträchtigungen zu vermeiden. Im Bereich der pflegenden Angehörigen werden

Techniken für das körperschonende Arbeiten, wie z.B. das Erlernen von Hebe- und Tragetechniken, um Rückenschmerzen, Hüftleiden und Bandscheibenschäden zu vermeiden, vermittelt. Diese Kurse haben neben der fachlichen Bedeutung auch einen zweiten wichtigen Aspekt. Auf diese Weise können sich pflegende Angehörige in ähnlichen Situationen kennen lernen und so Gelegenheit zu einem Erfahrungsaustausch bekommen. Dieser Erfahrungsaustausch ist wichtig bei der Bewältigung der privaten Pflegesituation. Innerhalb dieser Schulungen lernen pflegende Angehörige Heimhilfen und Pflegefachkräfte näher kennen und legen eventuelle Berührungspunkte ab. Diese Situation erleichtert es, Hilfe von professionellen Fachkräften anzunehmen (Biringer et al., 2004).

7.4 ZWECKMÄSSIGE RAUMAUSSTATTUNG

Neben der Behaglichkeit sollte die Zweckmäßigkeit des Zimmers bedacht werden. Idealerweise sollte der Raum nicht abseits und isoliert vom sozialen Geschehen liegen, ohne Höhenunterschied erreichbar sein und in der Nähe von Bad und Toilette liegen. Bei Stolperfallen wie zu glattem oder unebenem Boden, lose liegenden Telefon- oder Elektrokabeln, rutschenden Teppichen, instabilem Mobiliar usw. muss dringend für Abhilfe gesorgt werden. Im Badezimmer sollten Sicherheitsgriffe angebracht werden. In der Dusche kann ein Gartensessel für mehr Sicherheit und Bequemlichkeit sorgen (Volkshilfe, 2000).

7.5 MOBILE DIENSTE

Hier wird versucht, die Menschen in ihrer persönlichen Lebensart zu verstehen, indem die Angehörigen der Mobilen Dienste sich für die Lebensräume der Klient/innen interessieren und deren Ressourcen wie Defizite in ihr Handeln einbeziehen. Bei der Pflege zu Hause wird der pflegebedürftige Mensch mit seinen physischen, psychischen und sozialen Problemen ganzheitlich erfasst (Ertl et al., 2001).

In einer Studie vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2005) wurden folgende Zahlen ermittelt: In 25% der Fälle werden mobile Dienste in Anspruch

genommen, wobei die Hauskrankenpflege mit 46%, die Heimhilfe mit 38% und Essen auf Rädern mit 30% die am häufigsten in Anspruch genommenen Dienste darstellen. Die beiden häufigsten Gründe warum nicht ausreichend oder gar keine mobilen Dienste in Anspruch genommen werden sind eine ablehnende Haltung gegen fremde Personen (48%) sowie das Scheitern an der Finanzierbarkeit (42%). Beim Vergleich zwischen ländlicher und städtischer Umgebung finden sich signifikante Unterschiede bei den Begründungen. In ländlichen Bereichen wird das Angebot als nicht ausreichend gesehen. Im städtischen Wohnbereich werden Unzufriedenheiten mit den Leistungen und eine ablehnende Haltung häufiger genannt als in ländlicher Umgebung.

7.6 TEILSTATIONÄRE DIENSTE

Teilstationäre Dienste in Form von Tagespflege, Tagesbetreuung und Tageszentren stellen einen eigenständigen Versorgungsbereich dar. Sie sind ein Zwischenglied zwischen der Betreuung zu Hause und der Aufnahme in ein Pflegeheim. Zielsetzungen der teilstationären Betreuung sind die Aufrechterhaltung der bisherigen Lebensweise und der Verbleib in der eigenen Wohnung durch eine tagsüber bereitgestellte aktivierende Betreuung (Pochobradsky et al., 2005).

7.7 KURZZEITPFLEGE

Kurzzeitpflege ist die vorübergehende stationäre Pflege eines pflegebedürftigen älteren Menschen, der ansonsten zu Hause betreut wird. Vorrangiges Ziel ist die Entlastung und Unterstützung der Betreuungspersonen zu Hause, etwa bei Urlauben oder Krankheit, aber auch bei physischer und psychischer Überlastung. Damit soll die häusliche Betreuung und Pflege aufrecht erhalten und eine dauernde Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung verhindert oder zumindest verzögert werden. Nur fünf Prozent der Betreuungspersonen gaben an, Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen. Die häufigsten Gründe für die Nichtinanspruchnahme lagen wiederum in einer ablehnenden Haltung (40%) und/oder in der mangelnden Finanzierbarkeit (26%) (Pochobradsky et al., 2005).

7.8 24-STUNDEN BETREUUNG

Die 24-Stunden Betreuung, Betreuung „rund-um-die-Uhr“, hat sich aus dem Bedarf an Betreuungspersonen herauskristallisiert, rund um die Uhr da zu sein. Viele Angehörige leben nicht mehr im selben Haushalt bzw. Angehörige sind nicht mehr in der Lage die Betreuung 24-Stunden zu gewährleisten. Hier erhält der pflegebedürftige Mensch jegliche Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens (Zubereiten von Speisen, Besorgungen, Hausarbeiten, Gestaltung des Tagesablaufs, ...) (Eder, 2009).

7.9 SOZIALARBEITER IM KRANKENHAUS

Verschlechtert sich der gesundheitliche Zustand eines Menschen im Krankenhaus akut, kann man die Hilfe eines Sozialarbeiters in Anspruch nehmen. Zu den Aufgabengebieten der Sozialarbeiter gehört die Abklärung der sozialen Situation, die Vorbereitung der Entlassung, Vernetzung mit anderen Institutionen, das Abwickeln von Anträge und Formalitäten u.v.m. Die Mitarbeiter/innen des sozialen Dienstes geben den Angehörigen Informationen und professionelles Wissen weiter, damit gemeinsam Möglichkeiten und Ressourcen erschlossen werden können (Dieplinger, 2008).

7.10 EHRENAMT/FREIWILLIGE

„Freiwillige Tätigkeit ist jede freiwillig erbrachte, nicht auf Entgelt ausgerichtete außerberufliche Tätigkeit, die am Gemeinwohl orientiert ist“. Es wird hier Zeit, Wissen und Können unentgeltlich zum Wohl der Gemeinschaft und zur eigenen Selbstverwirklichung eingebracht.

Die Einsatzmöglichkeiten für Freiwillige sind sehr groß, z.B. kleinere Einkäufe erledigen, Karten spielen, spazieren gehen. Durch dieses Unterstützungsangebot werden wiederum jene Menschen entlastet welche die meiste Zeit neben dem pflegebedürftigen Menschen verbringen (Daneke, 2003).

8. GESELLSCHAFTSPOLITISCHE MASSNAHMEN

Um die Situation pflegender Angehöriger zu erleichtern ist ein Bündel von Maßnahmen erforderlich: In diesem Kapitel beziehe ich mich auf den österreichischen Frauengesundheitsbericht 2005/2006.

- **Ausbau regionaler Informations- und Beratungsstellen:** Pflegende Angehörige übernehmen die Pflege häufig unvorbereitet und haben oft wenig Ahnung, wie starr diese auf das tägliche Leben einwirkt. Der Mangel an Erfahrung und Wissen bezieht sich u.a. auf die rechtlichen Rahmenbedingungen, Ansprüche, Antragsprozeduren, Wohnraumadaptierung, geeignete Pflegehilfsmittel, Ansprechpartner für Belastungs- und Beziehungsfragen.
- **Schnittstellenmanagement:** Häufig kommt es nach Krankenhausaufenthalten zu vermehrter Pflegebedürftigkeit. Eine angemessene Entlassungsvorbereitung, welche die Zusammenarbeit des Krankenhauses mit den Hausarzt/innen, sozialen Diensten und Angehörigen umfasst, kann wesentlich dazu beitragen, den Einstieg in die Pflege zu erleichtern. Bei Pflegepersonen mit erhöhtem Betreuungs- und Behandlungsbedarf oder fehlender familiärer Unterstützung ist Case Management sinnvoll.
- **Qualitätssicherung:** Voraussetzung für eine Erhöhung der Qualität der häuslichen Pflege ist die ausführliche Beratung. Aber auch im weiteren Verlauf der Pflege ist Qualitätssicherung bedeutsam. In diesem Zusammenhang ist hier der aufgrund der Studie vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (*Qualitätssicherung in der häuslichen Betreuung*, 2004) eingebrachte Vorschlag, die Auszahlung des Pflegegelds an eine ausführliche Beratung u knüpfen, zu prüfen

- **Bereitstellung von Angeboten zur Entlastung:** Dazu zählen breitenwirksame Angebote an Pflegehilfskursen, Pflegeberatung, Gesprächskreisen pflegender Angehöriger, Bildung eines familiären Pflegeteams, Begleitung in Krisensituationen. Um die noch immer bestehende Hemmschwelle, professionelle Hilfe anzunehmen, zu überwinden, müssen Pflegende informiert werden, dass sie sich Hilfe holen können und wo sie diese Beratungsangebote erhalten. Die Angebote sollen nicht nur zur Entlastung in körperlicher sondern auch in psychischer Hinsicht beitragen. Wichtig ist, dass auch die sozialen Dienste und Heime etwa in den Bereich der Kurzzeitpflege, Betreuung am Wochenende, Betreuung am Abend zu mehr Flexibilität befähigt werden. So sind z.B. in den Sommermonaten Kurzzeitpflegeplätze ohne langfristige Anmeldung derzeit kaum zu bekommen und für viele schwer leistbar.
- **Finanzielle Absicherung:** Die Abgeltung der Leistungen der pflegenden Angehörigen bzw. deren ökonomische Absicherung durch sozialversicherungsrechtliche Maßnahmen ist ein weiterer wesentlicher Faktor für die Aufrechterhaltung der Pflegebereitschaft. Es gibt zwar die Möglichkeit einer begünstigten Weiterversicherung für bestimmte Anspruchsberechtigte in der Pensionsversicherung, allerdings sollte die sozialversicherungsrechtliche Absicherung für alle pflegenden Angehörigen gelten. Wichtig sind auch vermehrte Möglichkeiten zur flexiblen Arbeitszeitgestaltung für pflegende Angehörige. Hingewiesen sei auch auf die regelmäßige Anpassung des Pflegegeldes an die Preissteigerungsraten, sowie die stärkere Berücksichtigung von Menschen mit besonderem Pflegebedarf beim Pflegegeld (Demenz).
- **Bereitstellung spezieller gesundheitsfördernder Maßnahmen:** Dazu zählen Urlaubsangebote mit oder ohne pflegebedürftige Angehörige, Kuren, spezielle Maßnahmen vor Ort (z.B. Rückenschul- und Entspannungskurse, Erlernen von Bewältigungsstrategien), die präventiv schützen und sie stabilisieren. Hier ist auf Seiten der Gesundheitspolitik noch besonderer Nachholbedarf festzustellen.

- **Stärkere gesellschaftliche Anerkennung der familiären Pfl egetätigkeit:** Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit soll auf die Belastungen aber auch auf die positiven Seiten der Pflege von Angehörigen aufmerksam gemacht werden. Das Gefühl, Anerkennung zu bekommen, wirkt sich positiv auf das Belastungsempfinden und die Lebenszufriedenheit aus.
- **Förderung der innerfamiliärer Unterstützung bzw. Förderung der Pflegebereitschaft von Männern:** Die Verantwortung für die Pflege und deren Durchführung darf nicht länger als „reine Frauensache“ angesehen werden. Die Männer sind aufgefordert einen gleichberechtigten Beitrag zu leisten. Das bedeutet aber auch, dass Frauen sich ihre Grenzen eingestehen und bereit sein müssen, Aufgaben abzugeben. Wichtig ist, dass sie lernen, Unterstützung aktiv einzufordern. Gefordert sind aber auch die Männer selbst, elterliche und schulische Erziehung können einen wichtigen Beitrag zu wirklicher Gleichberechtigung leisten.
- **Verbesserung im Bereich der Familienhospizkarenz:** Seit 1. Juli 2002 besteht für ArbeitnehmerInnen Im Rahmen der Familienhospizkarenz die Möglichkeit, ihre sterbenden Angehörigen oder ihre schwer erkrankten Kinder für eine gewisse Dauer (maximal sechs Monate) zu begleiten. Sie können dazu ihre Arbeitszeit reduzieren oder sich karenzieren lassen. Während dieser Zeit sind die Arbeitnehmer/innen in der Kranken- und Pensionsversicherung abgesichert. In besonderen Härtefällen können diese Personen eine Zuwendung aus dem Familienhospizkarenz-Härteausgleich-Fond erhalten. Bisher nehmen allerdings nur wenige Menschen dieses Angebot in Anspruch. So waren es im Jahr 2003 österreichweit 470 Personen, der Großteil davon Frauen. Der Grund für die geringe Inanspruchnahme dürfte zum einem an der geringen Höhe der finanziellen Zuwendung liegen, zum anderen an der Angst, trotz Kündigungsschutzes den Arbeitsplatz zu verlieren. Zudem ist die Dauer des Pflegezeitraums nicht abzuschätzen. Abhilfe könnte eine Art Karenzgeld bzw. eine Abgeltung für die Einschränkung der beruflichen Tätigkeit bieten.

9. SCHLUSSFOLGERUNG

In meiner Arbeit beschäftigte ich mich mit der Frage „Wie können pflegende Angehörige bei der Betreuung alter und sehr alter Menschen im häuslichen Umfeld einer körperlichen und psychischen Überlastung rechtzeitig vorbeugen?“

Oftmals ist es eine Selbstverständlichkeit, dass nahe Familienangehörige die Menschen innerhalb der Familie unterstützen, welche auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind. Die Motive für die Pflegeübernahme sind vielfältig. Einerseits sind es Zuneigung, Liebe Dankbarkeit, Verpflichtung oder es gibt die Motivation, die Versorgung vom pflegebedürftigen Menschen zu Hause sicherzustellen, andererseits ist aber damit oft auch eine gesellschaftliche Rollenerwartung verbunden. Vor allem Frauen fühlen sich für die Pflege innerhalb der Familie verantwortlich.

Die Entscheidung zur Übernahme der Pflege im häuslichen Bereich geschieht oft nicht bewusst sondern unvorbereitet und unreflektiert. Zu Beginn sind es nur kleine Unterstützungen im Alltag, die „nebenbei“ mitgemacht werden. Selten wird bemerkt, dass die Hilfestellungen im Laufe der Zeit mehr werden und schließlich in der Pflege, mit beträchtlichem Zeitaufwand, münden.

Rollenveränderungen durch die Pflege können mitunter sehr konflikthaft und belastend erlebt werden. Bei pflegenden Kindern wird dies am ehesten bewusst erlebt, da sie beobachten, wie die alten Eltern zunehmend körperlichen oder geistigen Einschränkungen unterworfen sind. In Studien wird aufgezeigt, dass pflegende Ehefrauen unter massiver Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität leiden, im Vergleich zu gleichaltrigen Personen ohne Pflegeaufwand.

Durch die schleichende, oft unbemerkte Entwicklung hin zur Pflege wird der eigene gesundheitliche Zustand lang nicht wahrgenommen. Pflegende Angehörige leiden unter massiven körperlichen, psychischen, sozialen und emotionellen Belastungen. Der eigene Gesundheitszustand wird zudem oft verdrängt. Durch den immens hohen zeitlichen Aufwand der Pflege findet der Angehörige oft nicht die Zeit eigenen Interessen und Hobbys nachzugehen oder auch einen anstehenden Arztbesuch wahrzunehmen.

Über Entlastungsmöglichkeiten sind pflegende Angehörige oft nur lückenhaft informiert

und die Hauptverantwortung für die zu pflegende Person obliegt einer Person. Hier muss ein Bewusstsein stattfinden, damit es zu einer geregelten Aufgabenverteilung auf die Familienmitglieder von Beginn der Pflege an kommt.

Die demographische Entwicklung zeigt uns, dass in den nächsten zwei Jahrzehnten eine Überalterung der Gesellschaft stattfinden wird. Zudem verändert sich das Familiengefüge. Es werden vermehrt Ein- bzw. Zweipersonenhaushalte gebildet, wobei auch der weibliche Anteil der Gesellschaft erwerbstätig ist.

Um weiterhin die Pflege im häuslichen Umfeld zu ermöglichen, müssen die pflegenden Angehörigen unterstützt werden. Bis jetzt führten sie ihre Arbeit im Stillen und mit wenig Unterstützung aus. Es bedarf einer Reihe von gesellschaftspolitischen Maßnahmen und eines großen Netzwerks rund um die pflegende Person. Das heißt, zum einen ein gut ausgebauten, verlässlichen Freiwilligennetzwerks, aber auch Informationsstellen, die schnell und problemlos zu erreichen sind. Bei jedem Neuantrag zum Pflegegeld sollte selbstverständlich eine professionell geschulte Person einen Hausbesuch abstatten um das Nötigste vor Ort zu besprechen.

Weiters muss es möglich sein, die pflegebedürftige Person auch kurzfristig und spontan in Kurzzeitpflege zu geben. Zur Zeit ist dies von langer Hand zu planen (1 Jahr), da es nur wenige Kurzzeitpflegebetten gibt.

Bei meiner Arbeit mit pflegenden Angehörigen habe ich erkannt, wie wichtig es ist, diese Personengruppe zu unterstützen. Sie sind häufig auf sich alleine gestellt und haben durch die Dauerbelastungen selbst massive gesundheitliche Probleme. Sehr häufig fühlen sich pflegende Angehörige alleine gelassen und sie werden kaum über Entlastungsmöglichkeiten aufgeklärt. Nur mit einer Vielzahl von Maßnahmen kann man einer körperlichen und psychischen Überlastung der Betreuungspersonen dauerhaft vorbeugen. Daher ist es notwendig, dass auf die Ressourcen der pflegenden Angehörigen eingegangen wird und diese bestmöglich unterstützt werden.

10. LITERATURVERZEICHNIS

Becker, R 1997, *Häusliche Pflege von Angehörigen – Beratungskonzeptionen für Frauen*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.

Beßen, T 2007, *Selbstpflege – Laienpflege- Professionelle Pflege*, viewed 27.7.2011, 8.35 Uhr, <http://www.pflegesoft.de/forum/index.php?topic=221.0>.

Biringer, E Fürstl-Grasser, M 2004, *Qualitätssicherung in der häuslichen Betreuung; Schulung für pflegende Angehörige*, Druckerei des BMSG, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (ed.) 2008, *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006*, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien.

Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (ed.) 2002, *Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege – Ergebnisse des Mikrozensus September 2002*, Druckerei des BMSG, Wien.

Daneke, S 2003, *Freiwilligenarbeit in der Altenhilfe*, Urban&Fischer Verlag, München.

Deutmeyer, M 2006, *Belastungen und Bewältigungsstrategien von erwachsenen Töchtern in der häuslichen Pflege von körperlich und geistig kranken Müttern und Vätern*, Dissertation an der Universität Augsburg, viewed 27.7.2011, 9.30 Uhr, http://opus.bibliothek.uni-augsburg.de/volltexte/2008/737/pdf/Dissertation_Deutmeyer.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (ed.) 2005, *Pflegende Angehörige, DEGAM-Leitlinie Nr. 6*, Zimmermann Druck, Düsseldorf.

Dieplinger, AM 2008, *Soziale Dienstleistungen für PatientInnen und Angehörige – Studien und Konzepte zur Orientierung von Sozialarbeit im Krankenhaus*, Böhlau Verlag, Wien-Köln-Weimar.

Eder, K 2009, *24 Stunden Betreuung; Middle Range Theory- ein ganzheitlicher Versuch*, Procure, vol. 11.

Ertl, R Kratzer, U 2001, *Hauskrankenpflege; wissen-planen-umsetzen*, Facultas, Wien.

Hofstätter, C 2011, *Belastungen und Beeinträchtigungen pflegender Angehöriger*, in Pflagenetz, viewed 2.8.2011, 10.00 Uhr, [http://www.pflagenetz.at/index.php?id=142&tx_ttnews\[tt_news\]=251&type=123](http://www.pflagenetz.at/index.php?id=142&tx_ttnews[tt_news]=251&type=123)

Hurrelmann, K Laaser, K Razum, O 1998, *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, Juventa, Weinheim und München.

Kytir, J Münz, R 2001, *Ältere Menschen – neue Perspektiven*, in Österreichisches Institut für Familienforschung (ed.), viewed 1.8.2011, 10.05 Uhr, <http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/4/6/4/CH0184/CMS1240821992988/seniorenbericht.pdf>.

Langner, D Breull, A 2005, *Lebensqualität pflegender Ehefrauen im Alter*, EuroJGer, vol. 7, no. 2, pp. 128 – 129.

Nemeth, C Pochobradsky, E 2002, *Qualitätssicherung in der Pflege. Belastungen durch die Pflege* in Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen/Sektion IV (ed.). Druckerei des BMSG, Wien.

Pochobradsky, E Bergmann, F Brix-Samoylenko, H Erfkamp, H Laub, R 2005, *Situation pflegender Angehöriger – Endbericht*, in Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ed.), viewed 28.8.2011, 7.15 Uhr, http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/4/1/2/CH0161/CMS1228215542463/studie_situation_pfleger_angehoeriger.pdf.

Pöltner, G 2006, *Grundzüge der sozialen Sicherheit*, Heimhilfe, pp. 228-235.

Schipfer, RK 2005, *Der Wandel der Bevölkerungsstruktur in Österreich – Auswirkungen auf Regionen und Kommunen*, in Österreichisches Institut für Familienforschung (ed.), viewed 26.7.2011, 11.00 Uhr, http://leavenetwork.univie.ac.at/fileadmin/OEIF/Working_Paper/wp_51_demographischer_wandel.pdf.

Schönberger, C von Kardorff, E, *Zu Hause pflegen - Unterstützung der Angehörigen; Analyse und Konzepte für die Praxis*, in Institut für Gerontologische Forschung e.V. (ed.), viewed 27.7.2011, 18.00 Uhr, <http://www.stmas.bayern.de/pflege/ua-leitfaden.pdf>.

Seidl, E Labenbacher, S 2007, *Pflegende Angehörige im Mittelpunkt*, Böhlau Verlag, Wien-Köln-Weimar.

Statistik Austria 2010, *Ergebnisse der Bevölkerungsprognose 2010*, viewed 26.7.2011, 11.05 Uhr, http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html.

Volkshilfe (ed.) 2000, *Pflegende Angehörige stark machen; Tipps und Hilfen für die Pflege zu Hause*, Steiermärkische Landesdruckerei, Graz.

11. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:

http://www.statistik.at/dynamic/wcmsprod/groups/mi/documents/prmitt/~export/027289~1~TEMPLATESIMPLE/32533.hcst_2.jpg viewed 26.7.2011, 12.00 Uhr).

Abbildung 2-3: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (ed.) 2008, *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006*, BMGFJ, Wien.

Abbildung 4-5: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (ed.) 2008, *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006*, BMGFJ, Wien.

Abbildung 5: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (ed.) 2008, *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006*, BMGFJ, Wien.

Abbildung 6: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (ed.) 2008, *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006*, BMGFJ, Wien.

Abbildung 7: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (ed.) 2008, *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006*, BMGFJ, Wien.

Abbildung 8: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (ed.) 2002, *Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege – Ergebnisse des Mikrozensus September 2002*, Druckerei des BMSG, Wien.

Abbildung 9: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2008, *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006*, BMGFJ, Wien.

Abbildung 10: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2008, *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006*, BMGFJ, Wien.

12. TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (ed.) 2008, *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006*, BMGFJ, Wien.

Tabelle 2: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (ed.) 2008, *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006*, BMGFJ, Wien.

Tabelle 3: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (ed.) 2002, *Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege – Ergebnisse des Mikrozensus September 2002*, Druckerei des BMSG, Wien.