

# RUND Brief

33 März  
2013

Netzwerk Frauen /Mädchen und Gesundheit Niedersachsen



Seite  
**10**  
Schwerpunkt



Alter – Pflege –  
Gesundheit –  
Frauen



Rundbrief 33 des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen  
März 2013

c/o Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.  
Fenskeweg 2  
30165 Hannover  
Tel.: 05 11 / 3 88 11 89 5  
E-Mail: [ute.sonntag@gesundheit-nds.de](mailto:ute.sonntag@gesundheit-nds.de)

Redaktion:

Ursula Jeß, Claudia Hasse, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie,  
Gesundheit und Integration  
Birgit Vahldiek, SoVD-Landesverband Niedersachsen e. V.  
Hildegard Müller, pro familia Landesverband Niedersachsen e. V.  
Edith Ahmann, Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Region Hannover e. V.  
Dr. Ute Sonntag, Sandra Sartison, Stephanie Schluck, Landesvereinigung für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Beiträge:

Martina Böhmer, Hannelore Buls, Prof. Dr. Margret Flieder, Claudia Hasse, Prof. Dr. Ulrike Höhmann, Birgit Jaster,  
Katharina Jeschke, Dr. Maria Kontos, Ursula Koch, Katja Krüger, Dr. Maren Preuß, Prof. Dr. Michael Schilder, Dr. Ute  
Sonntag, Susanne Steppat, Silke Wendland, Birgit Wolff

Der Rundbrief ist Informationsmedium von und für Mitgliedsfrauen des Netzwerkes Frauen /  
Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Die namentlich gekennzeichneten Artikel geben die  
Meinung der Autorin wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Der Rundbrief erscheint zweimal im Jahr.

Dieser Rundbrief ist unter [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de) als PDF eingestellt.

## Liebe Frauen, liebe Netzwerkmitglieder,

der jährliche Aktionstag Equal Pay Day (EPD) thematisiert die ungleiche Bezahlung von Frauen und Männern und markiert symbolisch oder rechnerisch jenen Zeitraum, den Frauen über den Jahreswechsel hinaus länger arbeiten müssen, um auf das durchschnittliche Jahresgehalt von Männern zu kommen. Dieses Jahr fand er am 21. März 2013 mit dem Schwerpunkt „Lohnfindung in den Gesundheitsberufen – viel Dienst, wenig Verdienst“ statt. Der Entgeltunterschied liegt aktuell bei 22 Prozent.

Mit der monetären Unterbewertung einer großen, überwiegend weiblich besetzten Berufsgruppe im sekundären



Dienstleistungssektor lässt sich 1/5 der Lohnlücke von 22 Prozent erklären. Auch im informellen Bereich liegt der Anteil weiblicher pflegender Angehöriger (73 Prozent) um ein Vielfaches höher als der der männlichen (27 Prozent).

Der diesjährige Schwerpunkt zum Equal Pay Day schien uns willkommener Anlass, erneut die Situation in der Pflege zu beleuchten. Dabei geht es über die Gratifikation von Frauen in Pflegeberufen und die mangelnde Unterstützung und Wertschätzung pflegender Angehöriger hinaus: Mit dem vorliegenden Rundbrief nehmen wir auch die Perspektive der zu Pflegenden ein und rücken bestimmte Aspekte, die vornehmlich ältere Frauen betreffen, in den Fokus oder liefern Denkanstöße zu tabuisierten Themen.

Die Rubriken Mediothek und Termine halten Sie auf dem Laufenden zu Büchern und Veranstaltungen.

Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich mit eigenen Beiträgen zu beteiligen, zum Beispiel Aktivitäten in Ihrer Region zur Frauengesundheit darzustellen. Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe ist der 01. Oktober 2013.

Ihre Trägerorganisationen des Netzwerkes

Jeß

Ursula Jeß  
Nds. Ministerium für  
Soziales, Frauen, Familie,  
Gesundheit und Integration

Müller

Hildegard Müller  
pro familia  
Landesverband  
Niedersachsen e. V.

Sonntag

Dr. Ute Sonntag  
Landesvereinigung  
für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin  
Niedersachsen e. V.

Vahldiek

Birgit Vahldiek  
SOVD-  
Landesverband  
Niedersachsen e. V.

**Aktuelles**

Kaiserschnitte in Niedersachsen	05
Die normale Geburt unterstützen – Kaiserschnitttraten senken	05
Die Pille ... und was Sie beachten sollten	07

**Regionales**

CASA ZWO	08
----------	----

**Schwerpunkt: Alter – Pflege – Gesundheit – Frauen**

Vereinbarungsstrategien von erwerbstätigen pflegenden Frauen	10
Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen	13
Sexualität – In der Altenpflege (k)ein Thema?	17
Entlastung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz	20
Suizidalität	23
Lohnfindung in Gesundheitsberufen	29
Die häusliche 24-Stunden-Pflege und die Frage der Rechte von migrantischen Pflegerarbeiterinnen	31
„Wer pflegt die Harzhexe im Alter?“	33
Aus dem Sozialministerium	38

<b>Mediothek</b>	<b>41</b>
------------------	-----------

<b>Termine</b>	<b>44</b>
----------------	-----------

## Kaiserschnitte in Niedersachsen

### 27. Tagung des Netzwerks Frauen / Mädchen und Gesundheit

Claudia Hasse

Mit 33 Prozent liegt Niedersachsens Kaiserschnitttrate über dem Bundesdurchschnitt von 31,9 Prozent. Die WHO hält eine Rate von 10 bis 15 Prozent für erforderlich. Warum gibt es mehr als doppelt so viele Kaiserschnitte in Deutschland? Die Ursachen sind multifaktoriell. Unter dem Titel „Selbst. Bestimmt. Entscheiden.“ hat im Sommer des letzten Jahres ein Werkstattgespräch stattgefunden, in dem wir uns unter dem Fokus der Selbstbestimmung unter anderem mit dem Thema Kaiserschnitt befasst ha-

ben. Daran knüpfen wir an und nehmen diesmal ausschließlich das o. g. Thema in den Blick. Petra Kolip wird die Ergebnisse der Studie „Faktencheck Gesundheit – Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung“ vorstellen, die sie zusammen mit zwei weiteren Autoren des IGES im Auftrag der Bertelsmannstiftung erstellt hat. Darüber hinaus ist die Vorstellung von Ansätzen und Modellen zur Senkung der Kaiserschnitttrate geplant. Die ganztägige Veranstaltung wird am 26. August 2013 in Hannover stattfinden.

E-Mail: [claudia.hasse@ms.niedersachsen.de](mailto:claudia.hasse@ms.niedersachsen.de)

## Die normale Geburt unterstützen – Kaiserschnitttraten senken

### Einklebeblatt für Mutterpass zur Unterstützung der normalen Geburt

Susanne Steppat, Katharina Jeschke

In der letzten Zeit war wieder viel in der Presse zu lesen: über die hohe und weiter steigende Kaiserschnitttrate in Deutschland – zuletzt im Zuge einer Veröffentlichung der Bertelsmann Stiftung ([www.faktencheck-kaiserschnitt.de](http://www.faktencheck-kaiserschnitt.de)). Die

Gründe für diese Entwicklung sind nicht einfach zu benennen und auch nicht banal. Nach unserer Einschätzung liegt eine der Ursachen in der zunehmenden Pathologisierung der Schwangerschaften und dem Vertrauensverlust der Frauen in

ihre Gebärfähigkeit. Um dieses Vertrauen zu schaffen, wäre es sicher hilfreich, wenn die Schwangerenvorsorge durch Hebammen (und durch Ärztinnen) wahrgenommen würde, deren Fokus auf der Stärkung der Eigenwahrnehmung und dem Empowerment der Schwangeren liegt. Dann könnten sie den Frauen ein Gefühl für die Normalität und die Physiologie ihrer Schwangerschaft vermitteln.

Darauf wollen wir aber nicht warten. Der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF) hat im Frühjahr 2011 die Stellungnahme veröffentlicht: „Es ist höchste Zeit, den Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu überdenken“. Darin wird ganz klar auch unser Anliegen, die normale Geburt in den Fokus zu rücken, unterstützt. In diesem Jahr folgte der Aufruf des AKF, verbunden mit einer Unterschriftensammlung, über die

Gründe für die hohe Kaiserschnitttrate nachzudenken (<http://www.akf-kaiserschnitt-kampagne.de/cms/kaiserschnitt-kampagne/>) und ihnen gegebenenfalls entgegen zu steuern.

Für den Deutschen Hebammenverband e. V. haben wir, Katharina Jeschke und Susanne Steppat, einen Einkleber für den Mutterpass entwickelt, der die werdende Mutter auf die normale Geburt aufmerksam machen und einstimmen soll. Zur Unterstützung haben wir einige Sätze formuliert, die eine Entscheidung erleichtern kann beziehungsweise den Blick auf eine normale Geburt lenken soll.

Die Einkleber können blöckeweise in der Geschäftsstelle über den Shop (gegen Erstattung von Porto und Verpackung) bestellt werden. Sie enthalten jeweils 25 Blätter, also bitte bei der Bestellung daran denken: 1 Stück entspricht 25 Blatt.

Susanne Steppat, Beirätin für den Angestelltenbereich im

Deutschen Hebammenverband e. V., E-Mail: [steppat@hebammenverband.de](mailto:steppat@hebammenverband.de)

## Eine Frage des Geschlechts?

### Gesundheitskommunikation gendersensibel gestalten

Wie müssen Kampagnenbotschaften gestrickt sein, um das eine oder andere Geschlecht anzusprechen? Nutzen Frauen und Männer unterschiedliche Kommunikationswege? Findet eine geschlech-

tergerechte Gesundheitskommunikation überhaupt statt oder werden eher immer wieder Geschlechterstereotypen reproduziert? Mit diesen Fragen befasst sich eine Tagung, die von der Landesver-

einigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. in Kooperation mit der Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover und

dem Netzwerk Gesundheitskommunikation zurzeit für den 21. November 2013 vorbereitet wird.

Informationen zeitnah unter [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de)

## Die Pille ... und was Sie beachten sollten

Claudia Hasse

Unter dieser Überschrift hat das Niedersächsische Sozialministerium zusammen mit dem Landesapothekerverband Niedersachsen den oben abgebildeten Flyer herausgebracht. Hintergrund ist, dass die langen, klein bedruckten Beipackzettel häufig nicht gelesen werden. Dies wird in der Arbeit mit Mädchen und jungen Frauen immer wieder deutlich.

Nach einem erfolgreichen vom Ministerium geförderten Pilotprojekt der Frauenberatungsstelle Verden wurde der insbesondere textlich gut gelungene Flyer nun neu aufgelegt. Er wird über alle zum Verband gehörenden Apotheken und die Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen an junge Frauen abgegeben, die in der Apotheke ihr Pillenrezept einlösen oder sich an die Beratungsstellen wenden.

Auf der Rückseite des ansprechende Flyers wird insbesondere auf die Not-



wendigkeit zusätzlicher Verhütung nach der Einnahme von Antibiotika, Johanniskraut und einiger Medikamente gegen Epilepsie und HIV-Infektionen sowie nach Erbrechen oder Durchfall hingewiesen. Gleichzeitig enthält er aber auch den Hinweis auf das erhöhte Risiko von Blutgerinnseln durch Pille und Rauchen.

Es können noch Exemplare beim Ministerium angefordert werden.

E-Mail: [claudia.hasse@ms.niedersachsen.de](mailto:claudia.hasse@ms.niedersachsen.de)

## CASA ZWO

### Pädagogisch / therapeutische Wohngruppen für Mädchen und junge Frauen mit Essstörungen

Ursula Koch

Einen Ort zu schaffen, an dem Mädchen, die an einer Anorexie oder Bulimie erkrankt sind, in das gesunde alltägliche Leben zurückfinden können. Dieser Wunsch stand im Mittelpunkt, als sich vor nunmehr drei Jahren ein Team von Beraterinnen und Therapeutinnen aus der Therapeutischen Frauenberatung in Göttingen aufmachte, um ein entsprechendes Konzept zu entwickeln und in die Tat umzusetzen.

Essstörungen sind von je her ein zentraler Themenschwerpunkt in der Beratungsarbeit mit Frauen und Mädchen. Immer wieder sehen wir in unserer Sprechstunde Betroffene, die einen langen Leidensweg hinter sich haben. Oftmals konnten sie zwar während eines Klinikaufenthaltes eine gute Stabilisierung erreichen, sobald sie jedoch in ihr altes häusliches Umfeld zurückkehrten, verstärkten sich die Symptome und die Rückfälle in gesundheits-schädigende Verhaltensmuster häuften sich. Eine einmal wöchentlich stattfindende ambulante Psychotherapie kann dies in der Regel nicht verhindern.

An dieser Nahtstelle ist CASA ZWO angesiedelt, ein pädagogisch / therapeutisches Angebot für zehn Bewohnerinnen (Aufnahmealter zwischen 12 und

18 Jahren), die in Einzelzimmern in einem Haus miteinander leben und durch ein multiprofessionelles Team begleitet werden. So lebensnah wie möglich soll es sein und dennoch die notwendige therapeutische und pädagogische Unterstützung bieten, die es braucht, um die Erkrankung zu überwinden.

#### Das Konzept

Regelmäßige begleitete Mahlzeiten, Ernährungsberatung, Gruppentherapie und die Beziehungsarbeit mit der persönlichen Bezugsbetreuerin sind wichtige Bausteine, die den Betroffenen helfen, ihre selbstschädigenden Verhaltensweisen abzubauen und einen gesunden, selbstbestimmten Lebensstil aufzubauen. Dabei knüpfen wir an die Ressourcen der jungen Menschen an, mit großem Respekt sowohl vor ihren Bindungs- als auch vor ihren Autonomiebedürfnissen. Im Bewusstsein, dass das weibliche Schönheitsideal und die Unvereinbarkeiten der Rollenanforderungen an heranwachsende junge Frauen einen nicht unwesentlichen Anteil bei der Entstehung von Essstörungen haben, schließen wir die Bearbeitung dieser Themen ausdrücklich in unseren pädagogisch / therapeutischen Behandlungsansatz ein.



Neben den Angeboten innerhalb der Wohngruppe sorgen wir dafür, dass die Bewohnerinnen eine externe fachkundige Psychotherapie bekommen, innerhalb derer sie die hinter ihrer Essstörung liegenden Konflikte bearbeiten können. Als Mitglieder des Netzwerkes Essstörungen in Göttingen sind wir in guter Kooperation mit anderen örtlichen Fachleuten, die sich mit diesem Thema auskennen und auseinandersetzen.

### Vorbereitung auf den Alltag

Zur Vorbereitung auf einen ganz „normalen“ Alltag gehört selbstverständlich auch der Schulbesuch beziehungsweise das Absolvieren einer Ausbildung. Wir unterstützen die Bewohnerinnen von CASA ZWO darin, sich nach teilweise sehr langen krankheitsbedingten Auszeiten wieder im Schul- und Arbeitsalltag zurechtzufinden, und helfen dabei, Strategien zu entwickeln, in Stresssituationen nicht mit essgestörtem, selbstschädigendem Verhalten zu reagieren. Neben der Arbeit mit den Mädchen ist die Zusammenarbeit mit den Eltern und mit der ganzen Familie von großer Bedeutung. Regelmäßige Elterngespräche dienen dazu, über die Erkrankung der Tochter zu informieren, Entlastung an-

zubieten und gemeinsam neue, konstruktive Beziehungsmuster aufzubauen, damit für die Betroffene ein symptomfreies Zusammenleben, eventuell sogar eine Rückführung in die Ursprungsfamilie möglich wird.

Essstörungen sind eine sehr energie- und zeitraubende Erkrankung. So haben sich die meisten Bewohnerinnen komplett aus ihrem Freundeskreis und dem gesamten sozialen Leben zurückgezogen. Das Zusammenleben mit den Mitbewohnerinnen, gemeinsame Freizeitaktivitäten und die Offenheit für Gäste sind für die Mädchen und jungen Frauen wichtige Erfahrungen, die Mut und Sicherheit geben, um sich wieder für soziale Kontakte zu öffnen.

Nach einer Verweildauer von ein bis zwei Jahren in der Kerngruppe gibt es für die Bewohnerinnen die Möglichkeit der schrittweisen Verselbständigung. In einer angegliederten Wohnung im Nachbarhaus können die jungen Frauen mit Anbindung an die Unterstützungsstrukturen der Kerngruppe üben, ein selbstverantwortliches, selbstbestimmtes Leben zu führen.

Weitere Informationen finden Sie unter [www.casa-zwo.de](http://www.casa-zwo.de)

Ursula Koch, CASA ZWO, Hauptstr. 2, 37083 Göttingen, Tel.: 05 51 - 79 75 60 03,  
E-Mail: [info@casa-zwo.de](mailto:info@casa-zwo.de)

# Vereinbarungsstrategien von erwerbstätigen pflegenden Frauen

## Ein täglicher Balanceakt

Dr. Maren Preuß

Vor dem Hintergrund der aktuellen demografischen Entwicklung stellt sich heute mehr denn je gesellschaftlich die Aufgabe, dem wachsenden Pflegebedarf älterer Menschen gerecht zu werden. Gegenwärtig nimmt die Familie einen hohen Stellenwert bei der Bewältigung von Pflegeaufgaben ein, was ihr den Ruf des „größten Pflegedienstes der Nation“ beschert. Bei genauer Betrachtung droht diese Aussage jedoch einen wichtigen Sachverhalt zu verschleiern: Primär tragen nicht die Familien, sondern ihre weiblichen Mitglieder die Hauptverantwortung für die pflegerische Versorgung. Diese Feststellung soll nicht in Abrede stellen, dass zunehmend häufiger auch Männer in die Pflege alter Menschen eingebunden sind. Der Großteil der anfallenden Aufgaben wird jedoch nach wie vor von Frauen übernommen. Dies betrifft insbesondere die physisch belastenden körperpflegerischen Tätigkeiten. Frauen übernehmen nicht nur den größten Teil der Pflegeaufgaben, daneben gehen sie auch zunehmend häufiger einer Erwerbstätigkeit nach. Dies sichert ihnen „ein Stück eigenes Leben“ und trägt zum Existenzertand und zur eigenen sozialen Sicherung bei.

### Öffentliche Wahrnehmung der pflegebezogenen Vereinbarkeitsthematik nimmt zu

In der öffentlichen Wahrnehmung wächst das Bewusstsein für das Thema Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflegetätigkeit. Die Situation wird in erster Linie aus einer Belastungsperspektive heraus diskutiert: Im Zentrum stehen die negativen Folgen durch die parallele Einbindung in beide Lebensbereiche, angefangen von der geringeren Verfügbarkeit am Arbeitsplatz bis hin zur Berufsaufgabe. Hiermit verbunden rücken auch sozialpolitische und betriebliche Interventionsmöglichkeiten in den Fokus, zum Beispiel die Pflegezeit, die bisher nicht auf Akzeptanz gestoßen ist.

### Vereinbarungsstrategien bisher noch kaum beleuchtet

Wenig reflektiert bleibt jedoch bisher die von den Frauen eingenommene Rolle im Spannungsfeld zwischen Pflege und Beruf: Welche Strategien nutzen sie, um beide Lebensbereiche zu bewältigen und wie wirkt sich dieses Handeln auf ihre eigene physische und psychische Gesundheit und die Versorgungslage der oder des Pflegebedürftigen aus? Im

Rahmen einer qualitativen Untersuchung zur Vereinbarung von informeller Pflege älterer Menschen und Erwerbstätigkeit wurden diese Fragen näher beleuchtet. Mittels problemzentrierter Interviews konnten Einblicke in die Lebenssituation von erwerbstätigen Frauen gewonnen werden, die in die pflegerische Versorgung für einen alten Menschen in dessen Häuslichkeit eingebunden sind.

## Die Ausprägung von Vereinbarungsstrategien

Die erhobenen Daten belegen, dass erwerbstätige Frauen spezifische Strategien einsetzen, um die pflegerischen Anforderungen in ihrem Alltag zu meistern. Diese Strategien sind auf der zeitlichen, inhaltlichen, personellen, räumlichen und hilfsmittelbezogenen Ebene angesiedelt. Auf der zeitlichen Ebene wird beispielsweise die Lage und Verteilung von Tätigkeiten abgewandelt oder Einfluss auf den Umfang der investierten Zeit genommen, etwa durch Arbeitszeitreduktionen. Strategien auf der inhaltlichen Ebene beziehen sich demgegenüber auf eine Veränderung der Art und Weise der Tätigkeitsdurchführung, zum Beispiel eine weniger gründliche Aufgabendurchführung. Sind Vermittlungshandlungen personell ausgerichtet, zielen sie auf die Hinzuziehung von sozialer Unterstützung und den Erhalt dieser Hilfen ab. Strategien auf der räumlichen Ebene schaffen eine günstigere Wohn- und Arbeitssituation, etwa durch Wohnraumanpassungen. Hilfsmittelbezogene Strategien

beziehen sich auf den Einsatz arbeits-erleichternder Gerätschaften, Routinen oder Wissensbestände.

## Drei Vereinbarungstypen

Nicht alle beschriebenen Strategien kommen in jedem Fall zum Einsatz. Vielmehr zeigen sich bestimmte Muster, die sich idealtypisch in drei Typen darstellen lassen: die Ersetzerin, die Selbstbewältigerin und die KombiniererIn. Sie verfügen über unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten und sind in ihrem Alltag entsprechend mit Begrenzungen konfrontiert. Diese Rahmenbedingungen verarbeiten sie aktiv, indem sie spezifische Vermittlungsstrategien einsetzen.

Kennzeichnend für die Ersetzerin ist ihr begrenztes eigenes Engagement für die pflegerische Versorgung. Ausschlaggebend hierfür ist die inhaltliche und zeitliche Beanspruchung durch die eigene Berufstätigkeit und gegebenenfalls durch die Versorgung von Kindern. Außerdem ist ihr Interesse nur in begrenztem Maße auf die eigene Pfl egetätigkeit ausgerichtet. Um den Bedürfnissen des alten Menschen aber dennoch gerecht zu werden, greift sie auf umfassende Unterstützungsleistungen aus dem sozialen Umfeld zurück, etwa ambulante Pflegedienste oder Beschäftigte des grauen Marktes. Die Helferinnen und Helfer werden zum Beispiel durch eine gründliche Einarbeitung in der Anfangsphase in die Lage versetzt, möglichst eigenverantwortlich zu handeln. Unter diesen

Bedingungen können sich die Frauen auf einer inhaltlichen Ebene auf Aufgaben beschränken, die sich zeitlich flexibel und mit geringer Frequenz durchführen lassen. Sie beeinträchtigen die Berufsausübung und das anderweitige familiäre Engagement kaum.

Im Gegensatz dazu bringt sich die Selbstbewältigerin umfassend in die Pflege ein. Sie ist hierzu in der Lage, da sie nur einer Teilzeitbeschäftigung nachgeht, über arbeitszeitliche Souveränitätspotenziale verfügt und kaum sonstige familiäre Verpflichtungen hat. Außerdem fühlt sie sich zu einer eigenständigen Pflegeübernahme verpflichtet. Anders als die Ersetzerin kann sie kaum auf Unterstützungsleistungen aus dem sozialen Umfeld zurückgreifen. Mit dieser Situation geht sie um, indem sie im beruflichen Bereich und in ihrer Freizeit umfassende Anpassungen vornimmt. Kennzeichnend sind beispielsweise Reduktionen und Unterbrechungen der Arbeits- und Regenerationszeit, der Verzicht auf Freizeitaktivitäten und die beschleunigte Durchführung ihrer Aufgaben im Alltag.

Die KombiniererIn setzt sich ähnlich wie die Selbstbewältigerin in großem Maße für die Versorgung des alten Menschen ein, da auch ihre berufliche und familiäre Situation ihr für dieses Engagement Freiräume lässt. Sie befürwortet den Einsatz eigener Arbeitskraft für die Pflege. Anders als die Selbstbewältigerin wird sie aber hierbei stark durch formelle und informelle Helferinnen und Helfer un-

terstützt. Diese decken die Phasen ihrer Abwesenheit nahezu vollständig ab. Auf diese Weise lässt sich ein Arrangement realisieren, in dem die Pflegeaktivitäten zeitlich aufeinander abgestimmt ineinander greifen. Hierzu ist eine umfassende Kommunikation mit den Unterstützenden notwendig. Unter diesen günstigen Bedingungen muss die KombiniererIn den Beruf und ihre Freizeit nur in begrenztem Maße an die pflegerischen Erfordernisse anpassen. Sie nimmt zwar Einfluss auf die Lage und Verteilung der hier investierten Zeiten, um sie mit den Besuchen der Helferinnen und Helfer in Einklang zu bringen. Arbeitszeitreduktionen oder Verzichte auf Freizeit und Regeneration sind jedoch nicht notwendig.

## **Konsequenzen für den Gesundheitszustand und die Versorgungslage**

Der Strategieeinsatz ist mit Konsequenzen für die physische und psychische Gesundheit der Pflegenden, jedoch auch für die Versorgungssituation des alten Menschen verbunden.

Eindrücklich zeigt sich dies am Beispiel der Selbstbewältigerin. In ihrem Fall wird die Vereinbarung von Pflege und Beruf idealtypisch primär unter Rückgriff auf die eigene Arbeitskraft gestemmt. Aus dieser überwiegenden Alleinselbstständigkeit erwachsen rasch Überlastungssituationen und psychische Beanspruchungen, etwa durch regelmäßige Grenzüberschreitungen im beruflichen Bereich in Form von nicht genehmigten Abwe-

senheiten. Darüber hinaus treten in Folge zu kurzer Regenerationsphasen auch physische Belastungszustände auf. Trotz ihres großen Engagements ist die Selbstbewältigerin insbesondere in Phasen ihrer beruflichen Abwesenheit nicht immer dazu in der Lage, Versorgungsmängel des Pflegebedürftigen zu verhindern. Dies gilt insbesondere dann, wenn der alte Mensch kaum noch zur Selbstsorge in der Lage ist.

selbst aufgrund der verfügbaren Hilfen an der Pflegeerbringung nur in geringem Maße beteiligt und sich die hierfür investierten Zeiten klar von den anderen Anforderungsbereichen segmentieren lassen. Der Kombinierein kommen demgegenüber ihr vergleichsweise geringes berufliches und weiteres familiäres Engagement und ihre umfassenden Rückgriffsmöglichkeiten auf Unterstützung zugute.

Die Ersetzerin und die Kombinierein sind der Gefahr der körperlichen und psychischen Überlastung in weniger starkem Maße ausgesetzt. Im Falle der Ersetzerin ist hierfür ausschlaggebend, dass sie sich

Im Falle der Ersetzerin ist zu prüfen, ob sich vornehmlich unter Rückgriff auf die Hilfeleistungen aus dem sozialen Umfeld die Versorgung des pflegebedürftigen Menschen vollumfänglich sicherstellen lässt.

Dr. Maren Preuß, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin  
Niedersachsen e. V., E-Mail: [maren.preuss@gesundheit-nds.de](mailto:maren.preuss@gesundheit-nds.de)

## Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen

### Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit

Martina Böhmer

Nach einer Kriminalstatistik von 2001, deren Zahlen sich bis heute nicht verändert haben, wird in Deutschland jede Stunde eine Frau vergewaltigt. Nur ein Bruchteil der Verbrechen wird angezeigt, die Dunkelziffer ist hoch. Auch das Dunkelfeld der rund 20.000 angezeigten Fälle von

sexuellem Missbrauch ist groß. Expertinnen gehen davon aus, dass jährlich schätzungsweise 90.000 bis 350.000 Kinder in Deutschland sexuell missbraucht werden.

In den für die letzten Jahre erhobenen Daten ist eine große Gruppe von sexueller Gewalt betroffenen Frauen nicht enthalten: Alte und hochbetagte Opfer von sexueller Gewalt im Kontext des Zweiten Weltkriegs. Frauen wurden massenhaft Opfer von sexueller Gewalt und Vergewaltigung durch die Rote Armee, aber auch durch Japanische Soldaten und durch die Wehrmacht.

Bei älteren Migrantinnen ist zudem von Gewalterlebnissen wie zum Beispiel Zwangsheirat, Genitalverstümmelungen, Frauen- und Mädchenhandel und frauenspezifische Kriegserlebnissen auszugehen.

Viele der alten Frauen erzählen, dass sie sich in der Ehe gezwungen sahen, ihrem Gatten pflichtgetreu ihren Körper zur Verfügung zu stellen. Erst am 1.7.1977 wurde durch die Reform des Eherechts der Begriff »eheliche Pflichten« gestrichen. Alte Frauen sind allerdings mit diesem Rechtsbegriff aufgewachsen. Und schließlich wurde erst 1997 der erzwungene eheliche Beischlaf als Vergewaltigung strafbar.

### **Traumatisierte alte Frauen in ambulanter und stationärer Pflege**

Frauen, die nun hilfe- und pflegebedürftig geworden sind, können ihre individuellen Bewältigungs- und Überlebensstrategien nach traumatischen Erfahrungen oft nicht mehr aufrechterhalten. Sie können häufig nicht mehr selbstbestimmt leben, müssen Kontrolle abgeben, sind

auf Andere angewiesen und erleben ein Gefühl der Ohnmacht.

Durch die notwendige Pflege wird in ihren persönlichen Schutzraum eingegriffen. So kommt es sehr häufig zu Situationen, die trauma-aktivierend sind. Der Zusammenhang zwischen früheren sexuellen Gewalterlebnissen und Verhaltensänderungen einer alten Frau wird häufig mehr oder weniger zufällig erkannt. Eine Intervention und entsprechende Maßnahmen bleiben häufig darauf beschränkt, für die Pflegetätigkeiten weibliches Personal einzusetzen – wenn die Personalbesetzung dies zulässt.

Bei allen Formen von psychischen Störungen wie Wahrnehmungsstörungen, Apathie, Depression, Angst- und Panikzustände, regressives Verhalten, Aggressivität, Zwangshandlungen und auch bei Halluzinationen kann eine Traumatisierung die Ursache sein. Im somatischen Bereich kann es zu chronischen Schmerzen, Schlafstörungen, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Essstörungen, Atemstörungen sowie extremen Schwankungen aller Vitalwerte kommen.

Während meiner Zeit als Altenpflegerin in einem Krankenhaus erlebte ich eine alte Frau, die eines Abends völlig panisch über das nächtliche Erscheinen von Tieren in ihrem Bett erzählte. Diese Angstzustände wiederholten sich an den folgenden Abenden. Ihr wurden von der Stationsärztin als einzige Maßnahme Psychopharmaka verordnet. Die

Frau fühlte sich nicht ernst genommen. Bei Gesprächen mit ihr, die während der Pflege stattfanden, fand ich heraus, dass sie 1945 von amerikanischen Soldaten vergewaltigt worden war. Mir fiel auf, dass die Mitpatientin in ihrem Zimmer täglich Besuch von ihrem Ehemann erhielt, der Amerikaner war und mit seiner Frau englisch sprach. Das Hören dieser Sprache ließ ganz offensichtlich alte Erinnerungen und Ängste aufkommen. Die alte Frau wurde in ein anderes Zimmer verlegt, so dass der Kontakt mit dem englischsprachigen Besucher vermieden wurde. Nach wenigen Tagen und intensiven Gesprächen hatte sie keine Halluzinationen und Angstzustände mehr, so dass das Medikament abgesetzt werden konnte. Diese Zufallsdiagnose bewahrte diese alte Frau vor einer langfristigen oder gar lebenslangen Einnahme von Psychopharmaka.

Oftmals höre ich von KollegInnen aus dem medizinischen und pflegerischen Bereich, dass sie Angst davor haben, sexualisierte Gewalterlebnisse bei Pflegebedürftigen anzusprechen. Sie befürchten, dass diese dann psychisch völlig aus dem Gleichgewicht geraten. Meiner Erfahrung nach ist diese Angst meist unbegründet, weil es für die alten Frauen als entlastend erlebt wird, dass sie ihre Geschichte erzählen können und ihnen zugehört und geglaubt wird. Sie brauchen dann Verständnis und Mitgefühl.

Somatische, psychische und psychiatrische Symptome alter Frauen werden häufig unüberprüft als Alterserkrankung wie Demenz, HOPS (hirnorganisches Psychosyndrom) oder Altersdepression diagnostiziert und entsprechend medikamentös behandelt. So erhalten viele Pflegebedürftige eine Symptombehandlung mit einer Vielzahl von Medikamenten.

Zu der Gefahr der Traumaaktivierung kommt die der neuen Traumatisierung durch – gewollte und ungewollte – Gewalt in der Pflege. Besonders invasive Methoden wie das Legen eines Katheters, die Körperpflege und weitere Behandlungen können als gewalttätig empfunden werden und (re)traumatisierend wirken.

### **Umgang mit traumatisierten alten Frauen**

Um den Umgang und die Pflege zu verbessern, ist es wichtig, dass vorhandene Symptome nicht per se nur als Zeichen einer Alterserkrankung gesehen und entsprechend behandelt werden. Von grundlegender Bedeutung ist vielmehr, dass traumatisierte alte Frauen bei der Pflege und Behandlung Sicherheit bekommen. Eine solche Sicherheit können sie nur erhalten, wenn sie möglichst autonom bleiben und über sich und ihren Körper zumindest mitbestimmen können. Ist dies nicht der Fall, besteht die

Gefahr, dass traumatische Erinnerungen wach gerufen werden. Es liegt in der Natur der Pflege, dass es bei pflegebedürftigen Frauen zu (körperlichen) Grenzüberschreitungen kommt. Um unverständliche Reaktionen und verschiedene Symptome einordnen zu können, ist es hilfreich, einschneidende Erlebnisse der individuellen Biographie zu kennen. Gelegentlich mag es ausreichen, etwas über frauenspezifische und kollektive Geschichte zu wissen.

Ziel ist es, mit traumatisierten pflegebedürftigen Frauen so umzugehen, dass eine Trauma-Aktivierung unterbleibt. Es ist zum Beispiel unabdingbar, die Intimsphäre bei der Pflege und Behandlung etwa mit einer »spanischen Wand« zu schützen.

Wird ein Abwehrverhalten deutlich, ist zu hinterfragen, ob eine Maßnahme mehr schadet als nützt. Dadurch wird den Frauen deutlich gemacht, dass ihre Ängste und Bedürfnisse wahrgenommen und akzeptiert werden. Wenn sich eine zu Pflegenden beispielsweise gegen das Essen anreichert oder die Körperpflege wehrt, so könnte ihre Hand so geführt werden, dass sie sich selbst das Essen gibt und sich wäscht.

Die Tatsache, dass alte Frauen Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung nach früher erlebter sexualisierter Gewalt zeigen, wird in der Altenpflege, der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie kaum bedacht.

Es ist aber an der Zeit, dass die Behandlung danach ausgerichtet wird, – auch wenn gleichzeitig eine Demenz vorliegt. Wurden möglicherweise Verhaltensweisen und Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung bisher fehlinterpretiert und als Demenz diagnostiziert? Dies gilt es zu überprüfen. Zudem ist es dringend geboten, dass für pflegebedürftige Frauen, die unter – meist ja von Männern ausgehender – Gewalt leiden / gelitten haben, Stationen und Wohnbereiche und gar Demenz-WGs ausschließlich für Frauen eingerichtet werden.

Alte Frauen brauchen eine trauma- und frauenorientierte Diagnostik, Therapie, Pflege, Betreuung und Beratung. Dies kann sie davor bewahren, entsprechende Altersdiagnosen mit den jeweiligen Konsequenzen zu erhalten und womöglich erst in eine Alteneinrichtung eingewiesen zu werden.



### Literatur zum Weiterlesen

Böhmer, Martina, 4. Auflage 2011, Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit Frankfurt (Mabuse).

Herman, Judith Lewis (1993) Die Narben der Gewalt – Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München (Kindler).

Sander, Helke, Johr, Barbara (1995) Befreier und Befreite. Frankfurt (Fischer Taschenbuch).

Martina Böhmer, Altenpflegerin für Geriatrische Rehabilitation, Referentin und Beraterin in der Altenarbeit, Im Aehelemaar 5, 51467 Bergisch Gladbach, E-Mail: [info@martinaboehmer.de](mailto:info@martinaboehmer.de), Website: [www.martinaboehmer.de](http://www.martinaboehmer.de)

## Sexualität – In der Altenpflege (k)ein Thema?

Silke Wendland

Sexualität ist eine Lebensenergie, die jedem Menschen von Natur aus mitgegeben ist. Sie ist ein wichtiger Bestandteil der Persönlichkeit und das ganze Leben wirksam. Wenn Menschen alt sind, krank werden und von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, gerät diese Tatsache häufig aus dem Blick. Während das Thema Sexualität im Alter mittlerweile gesellschaftsfähig geworden ist und vielfältig in den Medien behandelt wird, ist der Umgang damit in der Altenpflege nach wie vor höchst tabuisiert. In Ausbildung und Beruf erhalten Pflegekräfte hierzu kaum professionelle Qualifizierung. Eine bewusste und offen geführte Auseinandersetzung mit Sexualität findet in Altenpflegeeinrichtungen in der Regel nicht statt.

### Sexualität als Problem

In diesem Arbeitsfeld, in dem der Umgang mit Nähe, Berührung, Intimität, Grenzen und Grenzverletzungen zum Alltag gehört, wird Sexualität meist nur zu einem Thema, wenn es als „Problem“ – zum Beispiel in Form von sexuellen Übergriffen auf das Pflegepersonal – auftaucht. Überstürzt wird dann in der akuten Situation nach einer schnellen Lösung gesucht, die das unerwünschte Verhalten unterbindet. Manchmal ist es dann der nasskalte Waschlappen, der auf dem erigierten Penis landet, oder die beleidigende Bemerkung, die den Bewohner mit den zupackenden Händen in seine Schranken verweisen soll.

Nicht selten sind es aber auch die hastige Flucht aus dem Bewohnerzimmer oder sogar das stille Erdulden der unerträglichen Situation, weil die Bewohnerin ja gepflegt werden muss. Zu der Erfahrung der einzelnen Pflegekraft, mit diesem Problem allein fertig werden zu müssen, kommt oft das ungute Gefühl hinzu, dass es angemessene und professionellere Handlungsmöglichkeiten geben müsste.

## Sexualität als Grundbedürfnis

Hier setzt das Fortbildungsangebot „Körper – Nähe – Sexualität“ von pro familia Niedersachsen an. Ziel der Seminare ist es, den Altenpflegekräften eine neue, ungewohnte Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität zu ermöglichen. Das bedeutet, einen Perspektivwechsel zu vollziehen: Weg von der Fokussierung auf die jeweilige Einzelfallproblematik und hin zu einem umfassenderen Verständnis von Sexualität, so dass ein neuer, differenzierter Blick auf die Situation angemessene Handlungsstrategien eröffnen kann.

Grundlegend ist das Verstehen, dass Sexualität keine Krankheit oder Störung ist, die es zu heilen gilt, sondern in erster Regel ein ernstzunehmendes menschliches Grundbedürfnis wie Essen, Trinken oder Schlafen. Es erschöpft sich nicht allein in dem Wunsch nach Geschlechtsverkehr, sondern beinhaltet viele weitere Facetten, wie zum Beispiel die Sehnsucht nach Nähe und Zärtlichkeit. Sexualität ist Kommunikationsmittel und kann eine

Quelle von Lust und Lebensfreude, aber auch von Leid sein. Sie ist grundlegend für die Bildung der eigenen Identität, wobei die sexuelle Orientierung einen wichtigen Aspekt darstellt.

Die Fortbildungen von pro familia sind darauf ausgerichtet, eine bewusste Haltung zu Sexualität herauszuarbeiten. Untrennbar damit verbunden ist die Auseinandersetzung der Teilnehmenden mit ihren persönlichen Zugängen, Hemmnissen und Überzeugungen.

## Individuelle Pflege und Sexualität

Um das Leitbild einer individuellen Pflege älterer Menschen ernst zu nehmen, muss die Sexualität als menschliches Grundbedürfnis in ihrer ganzen Komplexität berücksichtigt werden. Die kontinuierliche Sensibilisierung und Fortbildung von Pflegekräften ist hierbei ein wichtiger Teilaspekt. Sie muss aber in eine entsprechende Gesamtkonzeption eingebettet sein, die alle Ebenen und Strukturen der jeweiligen Pflegeeinrichtung durchdringt. Wichtig ist, institutionelle Bedingungen zu schaffen, in denen das Sprechen über Sexualität in angemessener Form möglich ist. Es gilt einerseits, Wege zu finden, die Pflegebedürftigen darin zu unterstützen, ihre Bedürfnisse angemessen leben zu können, bevor sie offen oder unterschwellig zu einem Problem werden. Gleichzeitig müssen konkrete und transparente Handlungsstrategien im Umgang mit Sexualität entwickelt werden, an denen sich Pfl-

gekräftete orientieren können und durch die ihre persönlichen (Scham)Grenzen geschützt werden.

## Sexualität als Menschenrecht

Die Möglichkeit, Sexualität selbstbestimmt zu leben, ist nicht nur wünschenswert, sondern ein Recht, das jeder Mensch besitzt – auch im Alter. In der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ heißt es dazu in der Kommentierung von Artikel 3 zu Privatheit: „Grundsätzlich hat jeder Mensch – unabhängig vom Alter und unabhängig vom Ausmaß des Pflege- und Hilfebedarfs – das Recht auf Sexualität, auf Respektierung seiner geschlechtlichen Identität und seiner Lebensweise. (. . .) Über die Art und Weise intimer und

sexueller Beziehungen und Aktivitäten entscheiden sie selbst, soweit dadurch die Rechte anderer Personen nicht verletzt werden.“

Alle Träger haben sich damals dieser Charta verpflichtet und sind für ihre Umsetzung verantwortlich. pro familia unterstützt bei diesem Prozess durch Beratung, Information und Fortbildungsangebote. Seit 2010 findet jährlich eine Fachtagung in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. zum Thema statt, die einzelne Aspekte wie Altersbilder, Integrative Validation, Homosexualität oder in der diesjährigen Fachtagung den Umgang mit dem Gefühl der Scham und das umstrittene Thema der Sexualassistenz aufgreifen.

 Silke Wendland, Fachbereichsleitung, pro familia Landesverband Niedersachsen,  
E-Mail: [silke.wendland@profamilia.de](mailto:silke.wendland@profamilia.de), Website: [www.profamilia.de/niedersachsen](http://www.profamilia.de/niedersachsen)

# Entlastung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz

## Einflussfaktoren auf die Effektivität niedrigschwelliger Entlastungsangebote

Prof. Dr. Michael Schilder, Prof. Dr. Margret Flieder, Prof. Dr. Ulrike Höhmann

Zunehmend mehr Menschen leiden an der Krankheit Demenz. Von dieser Krankheit und der mit ihr einhergehenden Pflegebedürftigkeit sind jedoch nicht allein die Erkrankten selbst, sondern vielmehr das Familiensystem – hier vor allem pflegende Ehefrauen, Töchter aber auch Ehemänner als alleinige Hauptpflegeperson - betroffen (Sütterlin et al. 2011; Schneekloth 2006; Dietl et al. 2010). Die durch Angehörige geleistete Pflege und Betreuung bedeutet zumeist eine langjährige Pflegesituation im häuslichen Bereich, die mit vielfältigen Belastungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die pflegenden Angehörigen einhergeht (Kofahl et al. 2005: 490; Schacke et al. 1998: 356; Meyer et al. 2008: 40). Ständiges Anwesend-sein-müssen, sich allein in der Verantwortung fühlen im Rahmen einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung fordern die Kräfte der informell Pflegenden. Hier droht der Zusammenbruch der häuslichen Pflegesituation (BMFSJ 2002: 201; Schäufele et al. 2005: 123; Isfort et al. 2008: 816).

### Entlastungsangebote

Der Gesetzgeber hat auf diese Situation mit verschiedenen gesetzlichen Initiati-

ven im Rahmen der Pflegeversicherung reagiert und Entlastungsangebote für informell Pflegende eingeführt (§§ 45 ff. SGB XI). Zu diesen Entlastungsangeboten zählen unter anderem niedrigschwellige Betreuungsgruppen, in denen eine Gruppe von etwa 3-10 Menschen mit Demenz stundenweise von ehrenamtlich Helfenden unter pflegfachlicher Leitung betreut werden. Im untersuchten Landkreis werden diese hauptsächlich von ambulanten Pflegediensten in angemieteten Räumen getragen. Währenddessen sind die Angehörigen von ihrer Pflegeaufgabe entbunden, wenn auch einige von ihnen zu Beginn am Gruppenangebot mit teilnehmen.

### Das Forschungsprojekt

Trotz der hohen Belastung durch die Pflege werden diese Entlastungsangebote zu wenig oder zu spät in Anspruch genommen (Kofahl et al. 2005; Winkler et al. 2006). Dies gab Anlass für ein Forschungsprojekt, in dem die Deckung des Bedarfs an niedrigschwelligen Entlastungsangeboten und die damit verbundenen Einflussfaktoren aus Sicht von pflegenden Angehörigen und den Anbietern in einem hessischen Landkreis

untersucht wurden. Zu zwei Zeitpunkten sind zum einen die das Betreuungsangebot des Landkreises nutzenden pflegenden Angehörigen (T1 in 2009: n = 56, T2 in 2011: n = 90) mittels eines quantitativen Fragebogens befragt worden. Der Entlastungsbedarf wurde anhand der Kategorien Pflege, Haushaltsführung, Betreuung / Beaufsichtigung des pflegebedürftigen Angehörigen und Entlastung für die pflegende Angehörige operationalisiert. In Ergänzung dazu wurden in einer qualitativen Teilstudie pflegende Angehörige (2011, n = 8) mittels Leitfadeninterviews mit einbezogen, die derzeit noch kein Entlastungsangebot nutzen. Zum anderen wurden die Fachpersonen aus den Betreuungsangeboten mittels qualitativer Leitfadeninterviews (2009, T1: n = 24) und in einer quantitativen Teilstudie (2011) mit Fragebögen (T2: n = 69) untersucht (Schilder et al. 2012). Die in dieser Studie befragten pflegenden Angehörigen sind zumeist weiblich, verheiratet, zwischen 50-64 oder 65-79 Jahre alt, haben einen Hauptschulabschluss und sind entweder berentet oder erwerbstätig. Gerade die Notwendigkeit, die informelle Pflege mit den Anforderungen des eigenen Alters oder mit der Berufsausübung in Einklang bringen zu müssen, macht häufig den Bedarf nach Entlastung aus. Meistens handelt es sich um die Ehepartnerin oder die Tochter des Menschen mit Demenz. In Anbetracht der meist mehr als zwei bis drei Jahre dauernden Angehörigenpflege von eher schwer pflegebedürftigen Demenzerkrankten, beurteilen die

Befragten ihren Gesundheitszustand tendenziell negativ. Zudem ergeben sich für die Pflegenden Mehrfachbelastungen aus der Vereinbarkeit der Pflege mit ihrem Beruf, der Familie und dem eigenen Alter. Ihr höchster Entlastungsbedarf besteht in der persönlichen Betreuung am Tag, um unter anderem soziale Kontakte pflegen zu können.

### Voraussetzungen für die Inanspruchnahme

Entscheidend für die Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten ist vor allem, inwieweit die Angehörigen die Auswirkungen der Demenzerkrankung auf ihren Alltag und den der Betroffenen verstehen und diese Veränderungen akzeptieren können. Dazu sagte eine Fachperson: *„[Auf Seiten der pflegenden Angehörigen] sind große Unsicherheiten im Verlauf des Krankheitsbildes oder dass überhaupt erkannt wird, dass jemand dement ist. Gerade im Anfangsstadium verschließen die Angehörigen die Augen und wollen das einfach nicht wahrhaben, wo wir [als ambulanter Pflegedienst als Träger des Entlastungsangebots] also schon längst sehen, dass da Defizite auftreten [...] und gehäuft, wo Angehörige sagen, nein, ach, das ist überhaupt gar nicht so [...]. Also es ist schwierig erst mal, die Angehörigen dazu zu bekommen, dass sie das einsehen.“* (Pflegedienstleitung: 23-30)

Der tägliche Umgang mit diesen Veränderungen kostet viel Kraft, deshalb werden aus fachlicher Sicht frühzeitige Entlastungsangebote empfohlen. Jedoch

zeigen die Ergebnisse der Studie, dass dem enormen Bedarf an Entlastung durch die vorhandenen niedrigheligen Angebote nur unzureichende Effekte gegenüber stehen. So sind die Angebote mit wöchentlich 3 bis 6 Stunden von zu kurzer Dauer für eine effektive Entlastung, die etwa für die eigene Selbstpflege oder zur Haushaltsführung dringend benötigt würde. Auch die mit der Nutzung der Entlastungsangebote verbundenen Kosten hemmen deren Inanspruchnahme, da die Höhe der Betreuungsgelder der Pflegeversicherung nur eine stundenweise Entlastung deckt. Die Bereitschaft ist gering, das Betreuungsgeld durch eigene Zuzahlungen aufzustocken. Zudem sind viele Unterstützungsmöglichkeiten nicht hinreichend bekannt, was ebenfalls einer Inanspruchnahme entgegensteht. Auf Seiten der Anbieter ist aktive Öffentlichkeitsarbeit erforderlich, die die individuellen Vorteile für die Entlastung deutlicher herausstellt. So müssen pflegende Angehörige über die rechtzeitige Einbeziehung fachlicher Hilfen beraten werden, da sie aus Unkenntnis über die sich dynamisch entwickelnden Anforderungen an den Umgang mit der Demenzerkrankung die eigenen Kräfte überschätzen. Oft spielt das Pflicht- und Verantwortungsgefühl eine große Rolle. Die Angehörigen können dann die Pflege und Betreuung anderen nur schwer überlassen oder fühlen sich nicht berechtigt, die Entlastungsangebote zu nutzen. Hier ist der Anbieter in mehrfacher Hinsicht gefragt: Es ist eine Vertrauensbasis zu den pflegenden An-

gehörigen und deren Bezugssystem zu schaffen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Motivation und Initiative zur Inanspruchnahme des ersten Entlastungsangebots häufig durch andere Personen aus dem Umfeld der pflegenden Angehörigen erfolgt (Mazur 2011).

Insbesondere im ländlichen Bereich hält die Angst der Pflegenden, etwa von Nachbarn oder Bekannten für das stundenweise Abgeben des Angehörigen abgelehnt zu werden, von der Nutzung ab. Das erfordert eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit für die Notwendigkeit und Akzeptanz von Entlastungsangeboten. Effektive Entlastung wird auch davon beeinflusst, inwieweit die Entlastungsangebote in ländlichen Gebieten durch einen Fahrdienst unterstützt werden können. Für die Nutzung von Angehörigengesprächskreisen ist entscheidend, dass in dieser Zeit die häusliche Betreuung des Angehörigen mit Demenz sichergestellt ist.

## Fazit

Die ermittelten Angebotslücken stellen eine Konsequenz aus politischen Entscheidungen und Versäumnissen der Vergangenheit bezüglich der Betreuung von Demenzkranken dar. Bei allen positiv angestoßenen Entwicklungen durch die Pflegereform, dem großen Engagement der Anbieter und einiger positiver Effekte durch die Entlastungsangebote darf nicht darüber hinweg gesehen werden, dass die Bedarfsdeckung allein durch die der-

zeitigen niedrighschwelligigen Entlastungsangebote als zu gering eingestuft wird. So kann die derzeitige Versorgungs- und Entlastungsstruktur dem sich abzeich-

nenden zukünftigen Bedarf nach Entlastung nicht begegnen.

Literatur bei den Autorinnen und dem Autor

Prof. Dr. Michael Schilder, Evangelische Hochschule Darmstadt,  
Hessisches Institut für Pflegeforschung, Frankfurt am Main,  
E-Mail: [schilder@eh-darmstadt.de](mailto:schilder@eh-darmstadt.de)

## Suizidalität

### Einflussfaktoren Alter und Geschlecht

Birgit Jaster

„Suizid und Suizidversuch meinen die vorsätzliche, bewusste und absichtliche, zielgerichtete Handlung eines Menschen bzw. die Unterlassung einer lebensrettenden Handlung mit der bewussten Absicht der Selbsttötung bzw. der Inkaufnahme des Versterbens.“ (Wolfersdorf, 1996). Diese Definition habe ich dem folgenden Text voran gestellt, um deutlich zu machen, wovon die Rede ist, wenn man von Suiziden spricht. Den in Deutschland gebräuchlichen Begriff des Selbstmordes lehne ich ab, da der Begriff Mord laut § 211 des Strafgesetzbuches durch Heimtücke, Mordlust und niedrige Beweggründe gekennzeichnet ist. Begriffe wie Selbsttötung oder Freitod sind vorzuziehen. Suizidalität ist verbunden mit einem hohen Maß an Autoaggressivität, die aus einer Nichtbewältigung der Lebenssituation resultiert.

Suizid und Suizidversuch sind eindeutig nur von ihrem Ausgang (tödlich/nicht tödlich) her zu unterscheiden. Überlebt der oder die Handelnde die gewollt selbstschädigende Handlung nicht, spricht man von Suizid, bleibt er oder sie, aus welchen Gründen auch immer, am Leben, spricht man von Suizidversuch oder Parasuizid. Die zugrunde liegenden Intentionen und Motive lassen es nicht immer zu, den Ausgang einer Suizidhandlung vorherzusagen. So kann es sich beim Suizidversuch um einen „missglückten“ Suizid und beim Suizid um einen ohne Absicht tödlich endenden Suizidversuch handeln. Jährlich sterben in Deutschland circa 10.000 Menschen durch eigene Hand, die Tendenz ist deutlich rückläufig. Nicht nur die absoluten Suizidzahlen, sondern auch die Suizidraten nehmen seit 1986 ab. Zwei Drittel

der Suizidenten sind Männer, ein Drittel Frauen. Deutschland liegt weltweit im Mittelfeld. „Spitzenreiter“ sind Männer in Litauen und Frauen in China.

## Suizidalität im Alter

Im höheren Lebensalter steigen in Deutschland, besonders bei Männern, die Suizidraten an. 75jährige Männer sind besonders betroffen. In höherem Alter sinkt die Rate wieder. Bei Frauen ist ein flacherer Anstieg der Häufigkeit zu verzeichnen. Die Suizidrate der Männer liegt im Durchschnitt um das Doppelte höher als die der Frauen. Unter den Sterbefällen in Deutschland belegt der Suizid Platz 10. Die Zahl der Suizidtoten liegt deutlich über der Zahl der Verkehrstoten. Hingegen liegt die Suizidversuchsrate bei Frauen höher als die der Männer.

Bei über 60jährigen geht man hierzulande von 1 Prozent bis 2 Prozent aus, die Suizid begehen. Über die Häufigkeit von Suizidversuchen bei alten Menschen liegen auf nationaler und internationaler Ebene nur bedingt verlässliche Daten vor. Auch über Veränderungen im Laufe der Zeit ist nur wenig ausreichendes Material zu Suizidversuchen vorhanden. Dies ist vor allem durch methodische Probleme wie Erfassung und Abgrenzung von „verdeckten“ Suizidhandlungen begründet. Suizidversuche sind nicht meldepflichtig. Sie gelingen bei Männern zunehmend, je älter sie werden. Das Verhältnis von Suizid

zu Suizidversuch beträgt bei jungen Frauen 1 : 39, bei jungen Männern 1 : 12, bei Frauen insgesamt 1 : 30, bei Männern insgesamt 1 : 10.

Männer und Frauen benutzen im Alter unterschiedliche Suizidmethoden. Männer ziehen Methoden wie Erhängen oder Erschießen vor, die rasch zum Tode führen. Frauen wählen häufiger Wege wie Vergiftung oder Tablettenintoxikation. Schnittverletzungen sind besonders häufig bei jugendlichen Suizidenten und Suizidentinnen.

Bei alten Menschen können sich unter der hohen Rate an Suiziden auch Suizidversuche, insbesondere mit toxischen Substanzen, verbergen, die wegen erhöhter körperlicher Vulnerabilität oder größerer sozialer Isolierung einen tödlichen Ausgang nehmen. Der sogenannte stille Suizid bezeichnet Tode, die in suizidaler Absicht, jedoch häufig versteckt oder eher undramatisch auftreten. Gemeint sind beispielsweise das gegen einen Baum auf freier Strecke Rasen, das als tragischer Verkehrsunfall interpretiert wird, oder das Nicht-Einnehmen herzstärkender Medikamente, in der Absicht, damit ein Herzversagen zu provozieren oder zumindest billigend in Kauf zu nehmen. Hier ist zu bemerken, dass stille Suizide, je älter der Suizident oder die Suizidentin ist, eher als natürliche Tode angesehen werden.



## Heimsuizide

Die Suizidalität bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern liegt bei 0,2 Prozent. Die Gründe dafür, dass der Heimsuizid als Tabuthema behandelt wird und deshalb offiziell kaum zur Sprache kommt, liegen auf der Hand: Das Bekanntwerden von Suiziden oder Suizidversuchen schadet dem Ansehen eines Altenpflegeheimes oder Altenheimes. Sie könnten mit geringen Versorgungsstandards und unzureichender Betreuung in Verbindung gebracht werden. Außerdem schafft das Bekanntwerden suizidaler Handlungen Unruhe bei den übrigen Bewohnerinnen und Bewohnern.

Dem Pflegepersonal stehen Kontrollmöglichkeiten zur Verfügung, die ein frühzeitiges Aufdecken und Verhindern suizidaler Akte sichern können. Anders als bei Alleinlebenden in Privatwohnungen stehen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner unter Beobachtung. Die Verfügung über radikale Tötungsmittel ist sehr eingeschränkt. Vielleicht greifen Bewohnerinnen und Bewohner deshalb eher zu indirekten selbstdestruktiven Verhaltensformen. Die Größe einer Einrichtung und die Personalfuktuation stehen in einem positiven Zusammenhang zur Häufigkeit von Suizidhandlungen in Heimen.

## Einflussfaktoren

Tatsächlich sind vor allem Depressionen das Motiv für Suizidalität im höheren Lebensalter. Diese resultieren sehr häufig aus einem negativen Alter(n)sbild. Geprägt ist dieses Bild durch Aussagen wie: „Alte sind teuer“, „Mich braucht keiner mehr“, „Ich bin nutzlos, falle zur Last“. Auch die Angst vor Leiden, Einsamkeit und Schmerzen kann Motiv für einen Suizid sein. Hier sind wir als Gesellschaft gefordert, den alternden Menschen hohe Wertschätzung entgegen zu bringen und sie nicht auf fehlende Berufstätigkeit, mangelnde Produktivität und (gesundheitliche) Defizite zu reduzieren.

Weitere Einflussfaktoren auf den Alterssuizid, die in epidemiologischen Untersuchungen häufig herausgearbeitet werden, sind der Familienstatus, konflikt-hafte Beziehungen und soziale Isolierung bis hin zur Einsamkeit. Hervorzuheben ist, dass es deutlich mehr Menschen, die Suizid begehen, in Einpersonenhaushalten gibt. Einige Studien sprechen dafür, dass Suizide und Suizidversuche im Alter eher bei Angehörigen unterer sozialer Schichten zu beobachten sind. Gestützt wird diese Hypothese damit, dass Menschen höherer sozialer Schichten mehr (finanzielle) Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe zur Verfügung stehen, um einer möglichen Vereinsamung entgegen zu wirken. Nicht nur Armut ist ein suizidverstärkender Faktor, sondern auch das Alter und das weibliche Geschlecht.

## Erklärungsansätze

Für das Vorkommen von Suiziden gibt es im Wesentlichen fünf Erklärungsansätze:

### Medizinisch-psychiatrischer Erklärungsansatz

Nicht bewältigtes Altern und Scheitern werden als Hauptgrund für Suizide im Alter gesehen. Ein Suizid ist die Konsequenz daraus, nicht mit diesem schwierigen Zeitabschnitt und seiner Problematik fertig zu werden. Er ist das Ergebnis einer Fehlanpassung altersbedingter Veränderungen.

Die Probleme des Alters liegen vor allem in der Reduktion persönlicher Möglichkeiten wie der Verringerung der körperlichen Möglichkeiten sowie der Reduktion des Selbstwertgefühles und der zwischenmenschlichen Beziehungen.

### Tiefenpsychologischer Erklärungsansatz

Dieser Ansatz basiert auf folgenden Thesen: Der zum Suizid neigende Mensch ist eine im Selbstgefühl stark verunsicherte Persönlichkeit. Das heißt, dass er sich vermehrt bedroht fühlt, in einen Zustand totaler Verlassenheit, Hilflosigkeit und Ohnmacht zu geraten, aus dem er sich selber nicht retten kann. Zum Schutz seines Selbstwertgefühles bedient er sich deshalb in hohem Maße der Realitätsverleumdung und der Idealisierung der eigenen Person sowie seiner Umgebung. Reichen diese Schutzmechanismen nicht

aus, muss er zu noch primitiveren Mitteln greifen, nämlich zu Phantasien vom Rückzug in einen harmonischen Primärzustand (=Tod).

Indem er diese Phantasie in die Handlung umsetzt, kommt er der drohenden narzistischen Katastrophe aktiv zuvor und rettet für sein Empfinden aktiv das Selbstgefühl. Er verzichtet zwar auf seine Individualität zugunsten einer Verschmelzung mit einem diffus erlebten primären Objekt, gewinnt aber Sicherheit, Geborgenheit, Ruhe und Seligkeit. Dabei sind drei Kategorien von Kränkungen zu unterscheiden: Kränkungen, die sich auf die Geschlechtsidentität beziehen, Selbstwertkränkungen, die sich auf innere Macht- und Wertvorstellungen beziehen (Verlust von Einfluss- und Kontrollmöglichkeiten) und Probleme der Abhängigkeit (Ernährung, Fortbewegung).

### Sozialpsychologischer Erklärungsansatz

Dem sozialpsychologischen Erklärungsansatz zufolge hat der Suizidversuch appellative Funktion, um auf Ereignisse und Veränderungen aufmerksam zu machen. Für alte Menschen ist dies ein ungeeigneter Weg, weil der Alterssuizid eine höhere soziale Akzeptanz besitzt. Die Bereitschaft anderer Menschen, helfend einzugreifen, sinkt mit zunehmendem Alter der Suizidentin oder des Suizidenten.

## Verhaltenstheoretischer Ansatz

Je weniger eigene Einwirkung auf die Umwelt zu erwarten und je unveränderbarer die eigene Situation erlebt wird, desto höher ist das Suizidrisiko. Die daraus erlebte positive Konsequenz: Wiedervereinigung mit geliebten Personen, Wunsch nach Ruhe und Schmerzlosigkeit, Ende des Leidens. Als negative Konsequenz werden die Strafe Gottes und/oder die Art und die Begleitumstände des Suizides gefürchtet. Somit gibt es zwei Wege aus der Belastungssituation: Entweder Problemlösung oder selbstdestruktive Verhaltensweise (Suizid). Der Suizid ist als Reaktion auf extreme Belastung beziehungsweise als Stressbewältigungsprozess anzusehen.

## Stresstheoretischer Erklärungsansatz

Soziale und persönliche Ressourcen wie Religiosität entscheiden darüber, wie Stressoren wahrgenommen werden. Beim Suizid kann davon ausgegangen werden, dass alle Versuche, Altersprobleme aktiv handelnd oder intrapsychisch zu lösen, fehlgeschlagen sind oder sinnlos erscheinen. Der Suizid ist somit letzter Versuch zur Rettung des Selbstwertgefühles. Stützfaktoren für konstruktive Problemlösung werden nicht mehr gesehen. Maßnahmen zur Vorbeugung und Vermeidung können soziale Unterstützung oder Entlastung durch Abwertung von Ereignissen oder möglichen Auslösern sein.

## **Hindernisse bei der Suizidprophylaxe**

In der Suizidprophylaxe gibt es drei Präventionsstufen. Die Primärprävention zielt darauf ab, suizidaler Gefährdung und Entwicklung vorzubeugen; sie also früh zu erkennen. Die Sekundärprävention umfasst die Krisenintervention und Therapie von Menschen, die bereits in eine suizidale Krise geraten sind. Die Tertiärprävention meint die Versorgung und Behandlung nach einem Suizidversuch sowie eine längerfristige Nachbetreuung zur Verhütung erneuter Suizidhandlungen.

Besonders gefährdet sind alte Menschen, die isoliert leben und in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Kontakte zu Beratungsstellen und Hilfeeinrichtungen werden oft nicht initiiert. Gründe dafür sind fehlende Informationen oder keine Hoffnung auf Besserung der als desolat empfundenen Situation.

Suizidalität wird von Gesundheitsinstanzen wie Ärztinnen und Ärzten sowie ambulanten und stationären Diensten nicht erkannt, nicht angesprochen, nicht fachkundig behandelt. Körperliche Beschwerden werden, oft auch aus Unsicherheit, in den Vordergrund gestellt. Es besteht die Gefahr der Überbewertung körperlicher Erkrankungen, besonders im Alter.

## Prävention

Über Suizidalität zu reden ist ein Vertrauensbeweis. Das Gespräch mit Gefährdeten sollte möglichst sachlich und unverklausuliert geführt werden. Hilfreich ist ein Fragenkatalog, der jedoch nicht mechanisch gehandhabt werden sollte. Je mehr Fragen im Sinne der kritischen Antwort beantwortet werden, desto höher ist das Suizidrisiko. Exemplarische Fragen sind: Haben Sie in der letzten Zeit daran gedacht, sich das Leben zu nehmen? Falls Ja: Häufig? Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es machen würden? Haben Sie Vorbereitungen getroffen? Haben Sie schon mit jemandem über Ihre Absichten gesprochen? Haben Sie schon einmal einen Selbsttötungsversuch unternommen? Hat sich in Ihrer Familie, Ihrem Freundes- oder Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen? Halten Sie Ihre Situation für aussichts- und hoffnungslos? Fällt es Ihnen schwer, an etwas anderes als an Ihre Probleme zu denken? Haben Sie in letzter Zeit weniger Kontakte zu Ihren Verwandten, Bekannten und Freunden? Haben Sie noch Interesse daran, was in Ihrer Umgebung vorgeht? Haben Sie jemanden, mit dem Sie offen und vertraulich über Ihre Probleme sprechen können? Wohnen Sie zusammen mit Familienmitgliedern oder Bekannten? Fühlen Sie sich unter starken Verpflichtungen stehend? Fühlen Sie sich in einer religiösen bzw. weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt?

Verbale suizidale Ankündigungen und Hinweise, wie „Ich werde mich töten“ (direkt) oder „Euch wird es besser gehen ohne mich“ (indirekt) sollten auf jeden Fall als ernste Hinweise beachtet werden. Auch einige Verhaltensweisen können Hinweise auf eine geplante Suizidhandlung geben. Hier sind zu nennen: Horten von Medikamenten, plötzliche definitive Regelung persönlicher oder geschäftlicher Angelegenheiten, plötzliche Planung von Begräbnismodalitäten. Präventiv ist es erforderlich, Risikogruppen wie einsame Menschen zu identifizieren, Krisen und Krisenanlässe aufzudecken, Unterstützungspotenzial zu erkunden (trägt die Umwelt zur Krise bei oder wirkt sie eher stützend?) und das Vorhandensein eines präsuizidalen Syndroms zu überprüfen. Das präsuizidale Syndrom ist gekennzeichnet durch zunehmende Einengung sowie gehemmte oder gegen die eigene Person gerichtete Aggressionen und Selbsttötungsphantasien.

Zur Primärprävention ist unerlässlich, dass Mythen beseitigt werden. Dazu gehören: „Suizide geschehen ohne Vorwarnung“, „Wer davon redet, tut es nicht“, „Wenn man das Gespräch auf Suizid bringt, sät man erst die Saat und erhöht somit das Suizidrisiko“, „Wer über Suizid spricht oder einen versucht, will nur Aufmerksamkeit auf sich ziehen oder andere manipulieren“ oder auch „Die beste Antwort auf Suizidandrohung ist, denjenigen zur Rede zu stellen und zu sagen: ‚Mach weiter‘“.

Ziele und Inhalte der Krisentherapie sind die Unterstützung des Selbsthilfepotenzials der Betroffenen und des sozialen Umfeldes, das Ermutigen, Gefühle von Trauer, Schmerz, Aggressivität oder Schuld zu zeigen, bei der Konfrontation mit der Realität zu unterstützen, Verleugnungstendenzen und Realitätsverzerrungen entgegenzuwirken, Hilfskräfte in der Familie und anderer Umgebung zu mobilisieren, schädlicher Regression (Alkohol, Tabletten, soziale Isolation) entgegen zu wirken und Entlastung (Psychopharmaka, Krankschreibung, Soziotherapie) zu schaffen.

Realisiert werden muss Suizidprävention

- in Sozial-, Gesundheits- und Versorgungspolitik für alte Menschen
- durch Kommunikation, Information, Aufklärung und Edukation (Erforschung und Weitergabe des Wissensstandes und der Einstellungen gegenüber dem Suizid)

- durch den Aufbau von Organisationsstrukturen und Netzwerken zwischen einzelnen Diensten und Institutionen, die zur Suizidprävention beitragen können. Dazu gehört auch die Arbeit mit Hinterbliebenen von Suizidopfern (zugehende, wohnfeldnahe, niedrighschwellige Angebote, Aufbau von Verbänden, Runde Tische etc., Multiprofessionalität, Zusammenschluss psychiatrischer und Altenpflegerischer Versorgungsinstanzen).

Unter konsequenter Berücksichtigung der Präventivmaßnahmen und unter verbesserter Depressionstherapie kann es gelingen, Suizidraten weiter zu senken und suizidgefährdeten Menschen Alternativen für ein lebenswertes Leben zu bieten.

Literatur bei der Autorin

 Birgit Jaster, Arbeitswissenschaftlerin, Hannover, E-Mail: [bjaster@gmx.net](mailto:bjaster@gmx.net)

## Lohnfindung in Gesundheitsberufen

### Viel Dienst, wenig Verdienst

Hannelore Buls

Die meisten Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen unterliegen heute betriebswirtschaftlichen Grundsätzen.

Die Privatisierung von Teilen des Gesundheitswesens hat dazu geführt, dass zusätzlich zur Kostendeckung Gewinne für

Eigentümer oder Träger zu erwirtschaften sind. Und das Ganze soll bei politisch festgesetzten Behandlungs-Pauschalen und Pflegesätzen erfolgreich sein. Nicht nur caritative Institutionen müssen sich den gedeckelten Erstattungen beugen – oder eben private Zuzahlungen einfordern. Das können sich aber meist nur gut betuchte Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftige leisten. Es wird klar, dass Gesundheitsberufe in einem Wirtschaftszweig überleben müssen, der zwar neuerdings ein Markt sein soll, aber eigentlich keiner ist. Ein so beschränkter Markt verlangt in der Regel nach Regulierung.

Dem ist die Politik auch teilweise gefolgt, zum Beispiel mit dem Mindestlohn für die Pflege. Das ist aber nicht ausreichend. Der Lohn in Gesundheitswesen und Pflege gerät unter dieser Bedingung in eine eingeeengte Position, nämlich „viel Leistungs- und Qualitätserwartung bei kostenorientiertem, also möglichst geringem Verdienst“ – aus Sicht der Arbeitgeber jedenfalls. Entscheidend für die Bezahlung ist damit nicht der Wert einer erbrachten Leistung, sondern das, was dafür nach Abzug aller anderen Kosten und der Gewinne geldlich zur Verfügung gestellt wird.

Der Verteilungskampf wird damit härter. In der Pflege beispielsweise haben wir es immer noch mit der unbezahlten Konkurrenz durch häusliche Pflege zu tun. Dieselbe Politik, die Sätze für professionelle Pflege deckelt, stellt es als selbstver-

ständig dar, dass Pflegebedürftige „zu Hause gepflegt“ zu werden wünschen. Von „Angehörigen“ – was sich bei näherem Hinsehen als Ehefrau, Tochter, Schwiegertochter oder Enkelin entpuppt. Ob auch diese dies wünschen, wird allerdings nicht mehr ausdrücklich in Erfahrung gebracht, wie zum Beispiel im neuesten Armuts- und Reichtums-Bericht nachzulesen ist. Das ist halt so (!) und auf jeden Fall gut zu gebrauchen, um in der Bevölkerung klarzustellen, dass Pflege, wenn sie auch unentgeltlich geleistet wird, eben einen geringen Wert hat. Wer dies dann professionell ausüben möchte, soll sich mit einem niedrigen Einkommen zufrieden geben. Mehr ist bei so einem typischen Frauenberuf eben nicht drin! Die Argumentationskette steht.

Ein anderes Beispiel sind die medizinischen Fachangestellten, die mehrheitlich in Arztpraxen tätig sind. Hier sowie in weiteren Wirtschaftszweigen hat die geringfügig entlohnte Beschäftigung ein Ausmaß angenommen, das es immer schwieriger für Arbeitssuchende macht, eine versicherte Vollzeit- oder Teilzeitstelle zu finden. Heute wissen wir – bestätigt durch ein Gutachten des BMFSFJ (Carsten Wippermann: Frauen im Minijob, Motive und Fehlanreize für die Aufnahme geringfügiger Beschäftigung im Lebenslauf; Delta-Institut für das BMFSFJ; Juli 2012) – dass Minijobs insbesondere für verheiratete Frauen keine Brücke in den Arbeitsmarkt sind, sondern sie sind deren Arbeitsmarkt, sofern sich diese Frauen ein einziges Mal darauf einge-

lassen haben. Dieser Super-Klebe-Effekt führt zu mehreren Effekten: Millionen Frauen sind mit Aushilfslöhnen bis weit unter 8,50 € Lohndumping ausgesetzt. Sie können keine eigene Altersvorsorge aufbauen. Der Minijob zementiert die Abhängigkeit vom Ehemann und/oder der Bedarfsgemeinschaft. Versichert Beschäftigte kommen unter Lohnkonkurrenz. Der Minijob ist also für viele eine Spirale nach unten. Der Rückgriff

auf die angeblich „versorgte“ Frau, die ihren Lebensmittelpunkt vorrangig in der Familie sieht, ist dabei in allen Fällen von „Zuverdienst“-Angeboten immer wieder zu erkennen. Aber ein Einkommen muss existenzsichernd sein, damit das Ziel der Eigenständigkeit erfüllbar ist. Was fehlt, ist also eine durchgängige und auf die Realität bezogene Rechtspolitik, auch für das Gesundheitswesen.

Literatur bei der Autorin

Hannelore Buls, Vorsitzende Deutscher Frauenrat, Axel-Springer-Str. 54a, 10117 Berlin,  
Email: [kontakt@frauenrat.de](mailto:kontakt@frauenrat.de), Website: [www.frauenrat.de](http://www.frauenrat.de)

## Die häusliche 24-Stunden-Pflege und die Frage der Rechte von migrantischen Pflegearbeiterinnen

Maria Kontos

### Die Entstehung von Arbeitsmärkten für billige migrantische Pflegearbeitskräfte

Die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen, die fehlende Beteiligung von Männern in der Hausarbeit, der erhöhte Pflegebedarf für ältere Familienangehörige sowie die Schrumpfung von Angeboten des Wohlfahrtsstaats haben zu einer Versorgungslücke im System der häuslichen Care- und Pflegearbeit geführt. Dadurch ist ein expandierender Arbeitsmarkt für die gering bezahlte Haus-, Care- und Pflegearbeit von Migrantinnen

entstanden. Es wird geschätzt, dass ca. 200.000 Migrantinnen aus den neuen EU-Mitgliedsstaaten Mittel- und Osteuropas, aber auch aus Drittstaaten, in der häuslichen 24-Stunden-Pflege von alten Menschen arbeiten.

### Die Frauenmigration in die Care-Arbeitsmärkte als ein globales Phänomen

Migration von Frauen in die Care- und Pflegearbeitsmärkte wird nun zu einem weltweiten Phänomen. Die Feminisierung der Migration, das heißt, die Tatsa-

che, dass immer mehr Frauen autonom und nicht als Familienmitglieder migrieren, ist durch die expandierenden Care-Arbeitsmärkte in den Aufnahmeländern und die dauernden ökonomischen Krisen in den Heimatländern zu erklären. Frauen wandern in die Care-Arbeitsmärkte der reicheren Länder, um ihre Familien zu ernähren.

## Die Situation der Migrantinnen in der 24-Stunden-Pflege

Die 24-Stunden-Pflege kann nur von allein migrierenden Frauen verrichtet werden. Durch dieses Arbeitsarrangement entstehen transnationale Familien und globale Care-Ketten (Hochschild 2000, Parreñas 2001). Gerade die Defamilialisierung der Arbeiterin erzwingt, die Migration als eine zeitlich begrenzte zu konzipieren, auch wenn die Frauen über mehrere Jahre oder Jahrzehnte im Land bleiben und arbeiten. Wenn es jedoch der geografische Abstand, die Reisekosten und die Einreisebestimmungen erlauben, greifen Migrantinnen auf Pendelmigration zurück, um die Trennung von ihren Familien zeitweise aufzuheben und ihren eigenen Care-Aufgaben gerecht zu werden.

## Der politische Rahmen

Es gibt Bemühungen, die informellen Hausarbeits- und Care-Arbeitsmärkte zu formalisieren, auch um diesen Sektor

als Job-Quelle zu erschließen (Farvaque 2013). Dennoch toleriert die nationale Politik im Pflegebereich faktische informelle Arbeit und gestaltet Rahmenbedingungen für die Entstehung eines EU-internen, transnationalen Niedriglohn- und Niedrigstandard-Arbeitsmarktes, der das billige Arbeitskräftereservoir aus den mittel- und osteuropäischen EU-Ländern und aus Drittstaaten nutzt.

Wichtige Schritte sind jedoch inzwischen auf internationaler Ebene für die Rechte der Migrantinnen in der Hausarbeit vollbracht worden. So hat die Internationale Arbeitsorganisation (IAO) im Jahr 2011 die Konvention „Menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte“ verabschiedet. Die Konvention fordert die Mitgliedsstaaten auf, die Arbeitsrechte der Hausarbeiterinnen zu schützen und zu sichern. Bezüglich anderer Rechte, beispielsweise dem Recht auf ein Familienleben, enthält die IAO-Konvention leider keine weitreichenden Aussagen. Das Recht der Hausarbeiterinnen auf Mutterschaftsurlaub wird zwar betont, jedoch gibt es keinen Hinweis auf die Aufhebung der Trennung von der eigenen Familie, die durch die 24-Stunden-Care notwendig wird. Bislang wurde die Konvention von vier Ländern ratifiziert: Uruguay, die Philippinen, Mauritius und Italien. In Deutschland werden die Voraussetzungen für eine Ratifizierung noch geprüft.

Literatur bei der Autorin

Dr. Maria Kontos, Institut für Sozialforschung an der J.W. Goethe Universität,  
Senckenberganlage 26, 60325 Frankfurt am Main, Tel.: 0 69 - 75 61 83 35,  
E-Mail: [kontos@soz.uni-frankfurt.de](mailto:kontos@soz.uni-frankfurt.de)



# „Wer pflegt die Harzhexe im Alter?“

Katja Krüger

„Es war einmal eine kleine Hexe, die war erst einhundertsiebenundzwanzig Jahre alt, und das ist ja für eine Hexe noch gar kein Alter.“ Wer kennt sie nicht? Die kleine Hexe aus der Feder Otfried Preusslers, die mit ihren jungen Hexenjahren noch für Buttermilchregen sorgt und sich an den älteren Hexen rächen will, weil sie von der Walpurgisnacht verbannt wurde? Gehen wir davon aus, dass sie noch eine kundige Hexe wurde und die Beschwerden des Alters für sie folglich nur eine Frage der (Weg-)Hexerei waren. Was aber mit den leibhaftigen „Harzhexen“, die immerhin, wie die gesamte weibliche Bevölkerung, eine durchschnittliche Lebenserwartung von fast neunzig Jahren haben?

Wie gestaltet sich die Pflege für hochbetagte Frauen in Niedersachsen bis 2030, insbesondere in den Landkreisen Goslar und Osterode? Der Harz hat im Zeichen des demografischen Wandels mit einer negativen Wanderungsbilanz zu kämpfen. Die Bevölkerung wird in dieser Region prozentual am stärksten von Einwohnerinnen und Einwohnern über 60 Jahren repräsentiert und so machen sich dort die Probleme der Versorgung von Pflegebedürftigen besonders bemerkbar: die mangelnde Attraktivität von Pflegeberufen, der langsam ansteigende Rückgang von Pflegeleistungen in der Familie und die morbiditätsbedingte

Intensität und zeitliche Dauer der Pflege aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung, die gesellschaftlich umzuverteilende Kosten in bisher nicht da gewesenen Maße produziert.

Im Folgenden wird daher insbesondere die Situation pflegebedürftiger, hochbetagter Frauen in den Blick genommen.

## Stand der Pflegebedürftigkeit in Niedersachsen

Zwar wird die Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen langfristig voraussichtlich geringfügig kleiner. Dafür wird die Zahl der Hochbetagten in den kommenden Jahrzehnten deutlich ansteigen und sich bis 2060 wahrscheinlich annähernd verdoppelt haben. Detaillierte Informationen hierzu liefert der Aufsatz „Zahl der Hochbetagten in Niedersachsen verdoppelt sich“ von Frau Dr. Margot Thomsen (Statistisches Monatsheft Niedersachsen 3/2012). Zu der Gruppe der Hochbetagten gehören alle Menschen, die das 80. Lebensjahr vollendet haben. Ab diesem Alter benötigen Menschen erfahrungsgemäß eine größere Unterstützung als Ältere zwischen 60 und 79 Jahren. Diese Unterstützung kann vielfältig aussehen; die Unterstützungsleistungen nehmen manchmal rasch zu, manchmal sind sie durch Hilfe der Kinder und Nachbarn „nebenbei“ aufzufangen – oft

führen sie aber auch in die Pflegebedürftigkeit, so wie diese gesetzlich definiert ist. Auf das besondere Problemfeld der Pflegeleistungen bzw. Anerkennung der Pflegebedürftigkeit für die steigende Zahl Demenzerkrankter wird hier nicht gesondert eingegangen. Unter den Hochbetagten sind die Männer derzeit deutlich in der Unterzahl. Sie stellen lediglich ein Drittel der in Niedersachsen lebenden Hochbetagten. 2010 kamen auf 1 000 hochbetagte Männer 1 985 hochbetagte Frauen.

Hochbetagte werden häufiger stationär gepflegt als alle Pflegebedürftigen insgesamt. 40 Prozent der 80-Jährigen und Ältere wurden in 2009 in dieser Pflegeform versorgt, bei 33 Prozent wurde die Pflege durch nahe Angehörige erbracht, 27 Prozent wurden daheim durch einen ambulanten Pflegedienst betreut. Bei den Pflegebedürftigen insgesamt wurden zu 32 Prozent vollstationäre Pflege settings realisiert, während 43 Prozent aller Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege durch Angehörige betreut wurden. Im Dezember 2009 erhielten in Niedersachsen insgesamt 256 085 Personen und damit gut 3,2 Prozent der Bevölkerung Leistungen der Pflegeversicherung. 142 230 und damit gut jede bzw. jeder dritte Hochbetagte erhielt Pflegeleistungen. Die meisten Hochbetagten, die Leistungen der Pflegeversicherung erhielten, waren als erheblich pflegebedürftig oder schwerpflegebedürftig anerkannt und daher Pflegestufe I (53 Prozent) oder II (34 Prozent) zugeord-

net. 13 Prozent erhielten Leistungen der Pflegestufe III (schwerstpflegebedürftig). 13 Prozent der Hochbetagten in Niedersachsen hatten im Dezember 2009 bereits das 90. Lebensjahr überschritten. Der Anteil der Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung in dieser Altersgruppe ist erheblich höher als der Anteil der Personen in jüngeren Jahren, da hier Morbidität und Unterstützungsbedarf erheblich zunehmen.

Eine relativ kleine Zahl Hochbetagter, nämlich nur 1 925 Personen, befanden sich in teilstationärer Pflege. Anspruch auf teilstationäre Pflege besteht, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Getreu dem Motto „einen alten Baum verpflanzt man nicht“ stellt sie gerade für Hochbetagte eine wichtige Alternative zur vollstationären Pflege dar, um zur psychischen Stabilität beizutragen. Insbesondere für Frauen, deren Lebensumfeld in stärkerem Maße an den Familien- bzw. Ursprungshaushalt gebunden ist, wäre ein Ausbau dieser Pflegeform wünschenswert, da sie dem Wunsch nach Verbleiben im häuslichen Umfeld „bis zum Schluss“ kompromisshaft Rechnung trägt.

Neben entsprechenden Strukturveränderungen in den Krankenhäusern – Hochbetagte werden überdurchschnittlich oft in den Fachabteilungen der Inneren Medizin versorgt – ist die Bereitstellung eines Pflegeangebots erforderlich, das

gerade für Hochbetagte an den Krankenhausaufenthalt anschließt. Die Heilung schreitet bei ihnen einerseits langsamer voran und andererseits kann oftmals nach dem Krankenhausaufenthalt an alte Fähigkeiten und Möglichkeiten der Eigenversorgung nicht mehr angeknüpft werden. Auch hiervon werden weitaus mehr hochbetagte Frauen betroffen sein, da familiäre Unterstützung eher hochbetagten Männern angeboten wird. Es ist damit zu rechnen, dass für die hochbetagten Frauen die vollstationäre Kurzzeitpflege nach der Krankenhausbehandlung ausgebaut werden muss. Diese Pflegeform wird zur Zeit vor allem von Pflegebedürftigen der Pflegestufe I genutzt. Im Dezember 2009 befanden sich über 1600 Personen in der vollstationären Kurzzeitpflege. Eine Aufstockung der vorhandenen Plätze ist insbesondere in den Landkreisen von Wichtigkeit, in denen der Anteil der Hochbetagten über dem Landesdurchschnitt liegt – so auch im Harz.

Es wurde schon angesprochen, dass die Veränderung der Familienkonstellation in Zukunft weiter die Sicherstellung der Pflege durch Dritte forciert. Neben der zunehmenden Kinderlosigkeit bzw. der „Nichtverfügbarkeit“ von Kindern zur Leistung der Pflege an den Elternteilen aus den verschiedensten Gründen kommt hinzu, dass in der Gruppe der Verwitweten, Hochbetagten und Pflegebedürftigen der Frauenanteil, für die kein Ehepartner als Pflegeperson zur Verfügung steht, ungleich höher ist als der

der Männer: Während 2010 60 Prozent der hochbetagten Männer verheiratet waren, traf dieses nur auf 20 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe zu. Insgesamt ist damit zu rechnen, dass sich der Trend verstärkt: hochbetagte pflegebedürftige Frauen werden viel stärker als Männer von familienfernen Pflegesettings betroffen sein. Dazu gehört auch, dass immer mehr ledige oder geschiedene Frauen nicht durch familiäre Pflege aufgefangen werden können. Die beschriebene biologische sowie gesellschaftsstrukturelle Situation wird eindeutig dazu führen, dass die hochbetagte, pflegebedürftige Frau entweder rechtzeitig für sich eine individuelle Pflegelösung finden muss, die die Betreuung zuhause oder teilstationär sicherstellt oder von vornherein davon ausgehen muss, dass auch bei leichter Pflegebedürftigkeit zumindest durch ambulante Dienste oder stationäre Einrichtungen der Spielraum des Pflegesettings eingeschränkt ist. Nun zur Zuspitzung der regionalen Unterschiede Niedersachsens bei der pflegerischen Versorgung hochbetagter Frauen.

## **Regionale Disparitäten beim Pflegebedarf**

Der Anteil an Hochbetagten ist bereits jetzt in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten verschieden ausgeprägt und umfasst eine Spanne von 3,9 (in Cloppenburg) bis 7,8 Prozent. Im Süden Niedersachsens (mit Ausnahme von Göttingen) sowie in den Landkreisen Uelzen und Lüchow-Dannenberg liegt

der Anteil der Hochbetagten jeweils über dem Landesdurchschnitt von 5,4 Prozent. Eine regionale Massierung hochbetagter (weiblicher) Wohnbevölkerung ist eindeutig feststellbar. Zu den Landkreisen, in denen der Anteil der Hochbetagten über 7 Prozent liegt, gehören Osterode am Harz, Goslar, Lüchow-Dannenberg, Holzminden und Hameln-Pyrmont. In diesen Landkreisen wird sich der Anteil Hochbetagter weiter erhöhen: Nach der derzeitigen Vorausberechnung ist davon auszugehen, dass der Anteil Hochbetagter 2030 in Lüchow-Dannenberg 12,7 Prozent beträgt. Damit wird jede achte Person in dieser Region über 80 Jahre alt sein!

Die Altersstruktur und damit die Zunahme von pflegebedürftigen Hochaltrigen wird die Situation in den genannten Landkreisen verschärfen, die ohnehin mit negativen Wanderungssalden, Struktur- und Finanzschwäche sowie alle Kommunen mit der steigenden Nachfrage von Pflegeleistungen zu kämpfen haben.

## **Ansatz des Landes Niedersachsen**

2012 hat die niedersächsische Landesregierung ihr Handlungskonzept „Demographischer Wandel“ herausgegeben. Darin wird deutlich, dass der Anteil hochbetagter Personen zum Jahr 2030 ansteigen und die Anzahl der Pflegebedürftigen dann insgesamt 350.000 betragen wird. Genderspezifisch und regionalen Unterschieden wird jedoch nicht

ausreichend Rechnung getragen. Strategisch legt das Handlungskonzept neben dem Vorschlag einer partnerschaftlichen Aufteilung der Pflege- und Familienaufgaben zwischen Männern und Frauen den Schwerpunkt auf kleinräumige Projekte im ländlichen Raum. Es bleibt abzuwarten, ob und in welchem Umfang der Wettbewerb „Pflege im Quartier“ Lösungsmöglichkeiten eröffnet, die der Tatsache, dass die hochbetagten Pflegebedürftigen in der Mehrzahl weiblich sind, genauso Rechnung trägt wie dem Umstand, dass die Pflege überwiegend „weiblich“ geleistet wird. Nachgearbeitet werden muss auch an einer Strategie für die erwähnten Landkreise und Regionen. Hier ist eine tragfähige kleinräumige Vernetzung und die Verflechtung professioneller, ehrenamtlicher und rudimentärer familialer Pflegestrukturen besonders wichtig, um die häusliche oder teilstationäre Pflege hochbetagter Frauen möglichst lange, möglichst flächendeckend und möglichst selbstbestimmt sicherzustellen.

## Kreiseigene Strategien

Im Landkreis Osterode am Harz wurde im Rahmen des Integrierten Ländlichen Entwicklungskonzepts (ILEK) im August 2011 eine Arbeitsgruppe gegründet, die sich dem Thema „Demographischer Wandel“ widmet. Es wurde realisiert, dass die anstehenden Veränderungen durch abnehmende Bevölkerung bei gleichzeitigem Anstieg des Durchschnittsalters enorm sind. Die AG hat Handlungsfelder für sich definiert, wobei kein Handlungsfeld kon-

kret mit dem Schlagwort „Zukunft der Pflege“ definiert wurde. Es bleibt abzuwarten, welche Richtung eingeschlagen wird, wenn die geplante Fusion mit dem Landkreis Göttingen gelingt.

Der Landkreis Lüchow-Dannenberg hat im Februar 2009 ein Kreisentwicklungs- und Wachstumskonzept erstellt, in dem einleitend festgestellt wird: „Zentrales Merkmal der demografischen Entwicklung im Landkreis ist die Alterung. (...) Der Anteil Hochaltriger (80+ Jahre) wird im Landkreis im Betrachtungszeitraum um fast 70 Prozent zunehmen, so dass der Unterstützungsbedarf bei den Hochaltrigen deutlich anwachsen wird.“ In der Konsequenz heißt das, weitere Einrichtungen für Senioren zu schaffen und alternativ neue Wohnformen zu entwickeln und zu fördern. Dem Thema pflegerische Versorgung könnte am ehesten die Aufgabe „Sicherung und Schaffung von generationengerechten Wohn-, Dienstleistungs- und Versorgungsstrukturen (z.B. medizinische Einrichtungen, betreutes Wohnen) sowie Mobilitätsangeboten, Ermöglichung von neuen Wohn- und Lebensformen“ zugeordnet werden.

Drittes Beispiel ist das Strategieprogramm des Landkreises Goslar, das ebenfalls auf Entwicklungsschritte mit Blick auf 2030 abstellt:

- Der Landkreis Goslar schafft durch Beschreibung und Analyse der pflegerischen Versorgung die Voraussetzung für Investitionen in bedarfsgerechte Angebote durch kontinuierliche Erstellung einer örtlichen Pflegeplanung.
- Eine dauerhafte Beratung mit einer Servicestelle „Pflege zu Hause“ für pflegebedürftige Kreiseinwohner und deren Angehörige hat zum Ziel, ambulante Pflegelösungen zu stabilisieren; flankierend werden ehrenamtliche Pflegelotsen eingesetzt, die in den Ortschaften Pflegebedürftigen den Weg weisen. Hierzu wird eine Kooperation mit Wohlfahrtsverbänden angestrebt und die Bereitstellung von Haushaltsmitteln für Aufwandsentschädigungen.

### Wo bleibt der Genderaspekt?

Allen kurz angerissenen Strategien der Landkreise und des Landes Niedersachsen ist gemein, dass sie den Genderaspekt – und insbesondere Belange hochbetagter, pflegebedürftiger Frauen – nicht berücksichtigen. Wie weiter oben geht mit der Genderspezifität das Fehlen des Ehepartners, weniger Unterstützungsangebote durch Familienangehörige und Dritte aufgrund des tradierten Rollenbildes der Frau einher. Zu vernachlässigen ist auch nicht die Tatsache, dass aufgrund geringerer Rentenansprüche einer Vielzahl von Frauen die Möglichkeit zur eigenständigen Finanzierung von

Unterstützungs- und Pflegeleistungen, die nicht sozialversicherungsrechtlich abgedeckt sind, stark eingeschränkt ist. Für die Sozialkassen und öffentlichen Haushalte entsteht hier die Herausforderung – soll der Primat der Pflege in der häuslichen Umgebung weiterverfolgt werden – , über entsprechende Finanzierungsmodelle nachzudenken. Das nähere Beleuchten der besonderen Bedürfnisse von Männern würde an dieser Stelle den Rahmen sprengen.

Die hohe Erwartung an eine angemessene, menschenwürdige Pflege, die das möglichst lange Verbleiben in häuslicher Umgebung sicherstellt sowie die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen berücksichtigt, soll und muss auch gerade für hochbetagte, pflegebedürftige Frauen gelten, die in Regionen beheimatet sind, die aufgrund

der demografischen Entwicklung besondere Anstrengungen unternehmen müssen, um diesen Ansprüchen gerecht zu werden. Insbesondere muss bei allen zukünftigen Planungen und Strategien der Genderaspekt vermehrt berücksichtigt werden, um zielgerichtete Pflegeangebote unterbreiten zu können. Der SoVD hat zusammen mit anderen Partnern in dem „Bündnis für gute Pflege“ maßgeschneiderte Leistungen für Pflegebedürftige und eine gerechte Finanzierung der Pflege gefordert. An den dargestellten Beispielen wird sich in besonderem Maße zeigen, ob Politik und Gesellschaft bis 2030 und darüber hinaus in der Lage sind, diese Paradigmen menschenwürdiger Pflege für „die Harzhexe“ und ihre pflegebedürftigen, greisen Schwestern in Niedersachsen erfolgreich umzusetzen.

Literatur bei der Autorin

 Katja Krüger, SoVD-Landesverband Niedersachsen e. V., Landesfrauensprecherin,  
Herschelstr. 31, 30159 Hannover, Tel.: 0511-70 148 39, E-Mail: [katja.krueger66@web.de](mailto:katja.krueger66@web.de)

## Aus dem Sozialministerium

Claudia Hasse

Das im Jahr 2012 beschlossene Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) zielt darauf ab, die Leistungen der Pflegeversicherung bedarfsgerechter auf die besonderen Bedürfnisse demenziell erkrankter Menschen und deren Angehöriger

auszurichten. Demenzkranke erhalten im Vorgriff auf einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff damit kurzfristig Hilfe. Als wesentliche Verbesserungen sind zu nennen:

- Die Leistungen der Pflegeversicherung werden flexibler ausgestaltet. Pflegebedürftige können künftig zwischen Leistungspaketen und Zeiteinheiten frei wählen.
- Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ wird gestärkt.
- Die Situation pflegender Angehöriger wird verbessert, zum Beispiel durch die Addition rentenrechtlich wirksamer Pflegezeiten bei Pflege mehrerer Personen, erleichterte Möglichkeiten zur Rehabilitation oder hälftiges Pflegegeld bei Kurzzeit- oder Verhinderungspflege.
- Die Unterstützung neuer Wohnformen durch die Gewährung einer zweckgebundenen Pauschale für die Beschäftigung einer Präsenzkraft und durch ein zeitlich befristetes Initiativprogramm zur Förderung ambulanter Wohngruppen.

All diese Leistungen werden gewährt, bis ein Gesetz in Kraft tritt, das eine Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorsieht. Die Neudefinition der Pflegebedürftigkeit und darauf abgestellte Leistungsangebote der Pflegeversicherung werden auch künftig Ziel der Pflegepolitik sein. Diese waren auch bei der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) am 28./29. November 2012 in Hannover wieder mehrheitliches Anliegen der Länder.

## **Beschlüsse der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) 2012: Vereinheitlichung der Pflegeausbildung (TOP 7.3)**

Die Pflegeberufe (Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege) sollen mit dem Ziel weiter entwickelt werden, die Attraktivität des Berufes zu stärken und eine größere Berufszufriedenheit der Pflegekräfte zu erreichen.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ hat seit März 2010 Eckpunkte für eine gemeinsame Pflegeausbildung erarbeitet. Die ASMK hat dem Eckpunktepapier im November 2012 zugestimmt.

Die inhaltlichen Ausführungen des Eckpunktepapiers sind geeignet, ein zukunftssicheres und attraktives Berufsbild für den Pflegeberuf zu schaffen und damit sowohl auf die demografische Entwicklung zu reagieren als auch den aktuellen und zukünftigen Anforderungen an eine qualifizierte Berufsausübung Rechnung zu tragen.

Angedacht ist unter anderem, die Ausbildung auf akademischem Niveau neben der beruflichen Pflegeausbildung neu zu regeln.

Ungeklärt ist bisher noch die Finanzierung der einheitlichen Ausbildung. Hierzu werden die beteiligten Bundesministerien ein Gutachten in Auftrag geben.

## **Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege (TOP 7.1)**

Für die rechtlichen Regelungen für die Helfer- und Assistenzberufe in der Pflege sind – im Gegensatz zu den Fachkraftberufen, die bundesrechtlich geregelt sind – die Länder zuständig.

Mit den geplanten rechtlichen Neuregelungen sollen diese Berufe attraktiver gestaltet werden. Insbesondere ist eine Aufstiegsmöglichkeit geplant und die gegenseitige Anerkennung der Ausbildungen soll möglich sein.

Dazu wurden von einer Länderarbeitsgruppe Eckpunkte erarbeitet, denen die ASMK zugestimmt hat. Sie benennen Mindestanforderungen an die Ausbildung. Hierzu gehören:

- Berufsbild: Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten
- Ausbildungsdauer
- Praxiseinsätze
- Zugangsvoraussetzung
- Prüfung und Berufsabschluss

Niedersachsen hat die einjährige Ausbildung im Helferbereich abgeschafft und die zweijährige Ausbildung zur Pflegeassistenz eingeführt, mit der zusätzlich zum Berufsabschluss der Realschulabschluss erworben werden kann.

Eine Anerkennung der niedersächsischen Ausbildung durch die anderen Länder wird kein Problem darstellen, da die Mindestanforderungen erreicht werden.

Weiter Informationen bei Claudia Hasse, [claudia.hasse@ms.niedersachsen.de](mailto:claudia.hasse@ms.niedersachsen.de),

Tel.: 05 11 - 120 - 29 64



## Psychotherapie im Alter: Frauen

Nach dem Schwerpunktheft zu Männern im Jahre 2012 liegt nun die Ausgabe zum Thema Frauen vor. Die Zeitschrift fokussiert ältere sowie alte Frauen, ihre Lebenssituation und gesundheitliche Aspekte wie Wechseljahre oder Süchte bei alten Frauen. Spannend sind auch die Falldarstellungen, in denen es etwa um

Ehe-Probleme älterer Paare geht, bei denen die Frauen mit bisher verborgenen Seiten ihres Partners konfrontiert werden. Interessant auch der Beitrag dazu, welche Bedeutung die Differenzierung von Therapiezielen in der Psychotherapie bei alten Patientinnen für die Gestaltung des therapeutischen Prozesses hat.

Astrid Riehl-Emde, Angelika Trilling (Hg.): Frauen. Themenheft der Zeitschrift Psychotherapie im Alter – Forum für Psychotherapie, Psychiatrie, Psychosomatik und Beratung. 1/10 Jahrgang 2013. Psychosozial-Verlag, Gießen, 144 Seiten, ISSN 1613-2637, 14,90 Euro

## Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht

Das umfangreiche Fachbuch gibt einen Überblick über den Entwicklungsstand in Geschlechtertheorien in ihrem Bezug zu Sozialwissenschaften und Sozialarbeit. Es enthält in alphabetischer Reihenfolge 160 Grundbegriffe und Konzepte, die

einen Zugang zu Gender-Perspektiven erleichtern. Diese können sowohl einzeln als auch im Zusammenhang gelesen werden. Das Wörterbuch richtet sich an Praktizierende, Studierende und Lehrende. (bw)

Ehlert, Gudrun; Funk, Heide; Stecklina, Gerd: Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht. Juventa Verlag, Weinheim, 2011, ISBN 978-3-7799-2243-8, 546 Seiten, 34,95 Euro

## BZgA Forum zum Thema Mädchen

Das Heft 3/2012 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung widmet sich den Mädchen. Dabei geht es um Facetten der Benachteiligung von Mädchen sowie um die Bedeutung von Sozialräumen, Peers und Medien für Mädchen in der Adoleszenz. Aus einer aktuellen Studie im Auftrag der BZgA über Jugend-

sexualität im Internetzeitalter stammen Beiträge zu Mädchen und Selbstbefriedigung und Mädchen und Pornografie. Zudem werden Studienergebnisse zur Sexualität behinderter Mädchen in Sachsen vorgestellt. Die Ausgabe des Forums 1/2013 wird sich dem Thema Jungen widmen.

Website: [www.forum.sexualaufklaerung.de](http://www.forum.sexualaufklaerung.de)

## Neues Jahrbuch des Müttergenesungswerkes erschienen

Das Müttergenesungswerk präsentiert im Jahrbuch 2013/14 ihr breitgefächertes Leistungsspektrum für die Gesundheit von Müttern und Kindern. Nach dem im November 2012 verabschiedeten Pflege-Neuausrichtungsgesetz haben auch

Frauen, die Angehörige pflegen, Anspruch auf Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen. Diese Maßnahmen können in den anerkannten Kliniken des Müttergenesungswerkes erbracht werden.

Elly Heuss-Knapp-Stiftung Müttergenesungswerk: Jahrbuch. Anerkannte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2013/14. Bestelladresse: Bergstr. 63, 10115 Berlin.

E-Mail: [info@muettergenesungswerk.de](mailto:info@muettergenesungswerk.de)

Online verfügbar unter: [www.muettergenesungswerk.de/welche-klinik](http://www.muettergenesungswerk.de/welche-klinik)

## Männer in der Angehörigenpflege

Ein Drittel aller Hauptpflegepersonen sind männlich. Neben aktuellen Daten und einer Zusammenfassung der Forschung über diese Gruppe werden Ergebnisse einer Studie über ihre Netzwerkbeziehungen und Praxisbeispiele geboten. Zentrale Themen sind die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie

der Aufbau einer Männergruppe. Das Fachbuch richtet sich an Lehrende und Forschende sowie Professionelle in Pflege und Beratung. Es vermittelt Grundlagen für die Entwicklung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie gendersensibler Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige. (bw)

Manfred Langehennig, Detlef Betz, Erna Dosch: Männer in der Angehörigenpflege. Beltz Juventa Verlag, Weinheim und Basel, 2012, 137 Seiten, ISBN 978-3-7799-2820-1, 23,95 Euro

## Hormone und Co. im Leben von Frauen

Unter dem Titel „Natürlich – natürlich besser?“ befasst sich die CLIO November-Ausgabe 2012 mit Alternativen zu synthetischen Hormonen bei Hormonschwankungen und Hormonstörungen. Auch Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine und Spurenelemente werden einer kritischen Einschätzung unterzogen. Weiter

wird der neue Praena Test, der gerade in der Pränataldiagnostik eingeführt wurde, diskutiert. Wie gehen Mädchen mit dem Begriff „Natürlich“ um, wird anhand von Schönheitsbild und Körpererleben betrachtet. Ein weiteres spannendes Thema ist der Umgang von Frauen mit der Diagnose „Zu viel männliche Hormone“.

„clio - die Zeitschrift für Frauengesundheit“ Nr. 75 ist zu beziehen für 4,20 Euro über den Buchhandel mit der ISSN-Nummer: 0933-0747 oder direkt über das Feministische Frauen Gesundheits Zentrum e.V., Bamberger Str. 51, 10777 Berlin, Tel: 030/ 213 95 97, Fax: 030/ 214 19 27, E-Mail: [ffgzberlin@snafu.de](mailto:ffgzberlin@snafu.de) (zzgl. Versandkosten 1,20 €)

Datum / Ort	Titel	Information
07.05.2013, Köln	Worldwide day of genital autonomy, Demonstration	Informationen zeitnah
15.05.2013, Berlin	Mädchen wollen reden, Jungen wollen Abenteuer? Geschlechtersensible Prävention von Online-sucht Workshop	Sozialpädagogisches Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg, Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin <a href="http://sfbb.berlin-brandenburg.de/sixcms/detail.php/584473">http://sfbb.berlin-brandenburg.de/sixcms/detail.php/584473</a>
10.-12.05.2013, Berlin	Kongress für Mütter behinderter Kinder: Frauen mit besonderen Herausforderungen – Muttertag mal anders	Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V., <a href="http://www.bvkm.de">www.bvkm.de</a>
17.05.2013	Internationaler Tag gegen Homophobie	dezentrale Veranstaltungen
24.-26.05.2013, Bad Segeberg	Jahrestagung des Bundesverbandes der Frauengesundheitszentren	Frauenkommunikationszentrum Aranat e.V. und Bundesverbandes der Frauengesundheitszentren e. V. <a href="http://www.aranat.de/html/programm/progr1d.htm">www.aranat.de/html/programm/progr1d.htm</a>
26.08.2013, Hannover	Kaiserschnitte in Niedersachsen 27. Fachtagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen	Zeitnah unter <a href="http://www.gesundheit-nds.de">www.gesundheit-nds.de</a> Weitere Informationen bei Claudia Hasse, Niedersächsisches Sozialministerium, E-Mail: <a href="mailto:claudia.hasse@ms.niedersachsen.de">claudia.hasse@ms.niedersachsen.de</a>
19.09.2013, bei Verden	20 Jahre Frauenberatung Verden Jubiläumsveranstaltung	Informationen zeitnah unter <a href="http://www.frauenberatung-verden.de">www.frauenberatung-verden.de</a>
01.-03.11.2013, Berlin	20. AKF Jahrestagung – Grenzüberschreitungen: Frauengesundheit in einer globalisierten Welt	Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. <a href="http://www.akf-info.de/aktuelles/akf-tagungen">www.akf-info.de/aktuelles/akf-tagungen</a>
01.-02.11.2013, Heiligenstadt	20. Jahrestagung der AG FIDE	FIDE AG e.V. - Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit, Informationen zeitnah unter <a href="http://ag-fide.org/veranstaltungen-3/">http://ag-fide.org/veranstaltungen-3/</a>
02.11.2013, Verden	2. Delegiertenversammlung 2013 mit Fachtagung zum Thema Psychosoziale Belastungen von Frauen	Landesfrauenrat Niedersachsen, Kreisfrauenrat Verden, <a href="http://www.landesfrauenrat-nds.de/termine/8.html">www.landesfrauenrat-nds.de/termine/8.html</a>
21.11.2013, Fulda	Refundamentalisierung - Mädchensozialarbeit, Migration und Integration	Bundesarbeitsgemeinschaft Evangelische Jugendsozialarbeit, BAG EJSa e.V. <a href="http://www.agesja.de">www.agesja.de</a>
21.11.2013, Hannover	Eine Frage des Geschlechts? Gesundheitskommunikation gendersensibel gestalten	Zeitnah unter <a href="http://www.gesundheit-nds.de">www.gesundheit-nds.de</a>

## Fragen, Kritik oder Anregungen?

Dr. Ute Sonntag  
Landesvereinigung für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin  
Niedersachsen e.V.  
Fenskeweg 2  
30165 Hannover

[ute.sonntag@gesundheit-nds.de](mailto:ute.sonntag@gesundheit-nds.de)

Ursula Jeß  
Nds. Ministerium für Soziales,  
Frauen, Familie, Gesundheit  
und Integration  
Gustav-Bratke-Allee 2  
30169 Hannover

[ursula.jess@ms.niedersachsen.de](mailto:ursula.jess@ms.niedersachsen.de)

Birgit Vahldiek  
SoVD-Landesverband  
Niedersachsen e.V.  
Herschelstr. 31  
30159 Hannover

[birgit.vahldiek@sovd-nds.de](mailto:birgit.vahldiek@sovd-nds.de)

Hildegard Müller  
pro familia  
Landesverband Niedersachsen  
Lange Laube 14  
30159 Hannover

[hildegard.mueller@profamilia.de](mailto:hildegard.mueller@profamilia.de)