

Sicherstellung pflegerischer Langzeitversorgung – Zur Rolle von Kommunen und Ehrenamt

CHRISTINE NIENS,
FRIEDRIKE HOFFMEISTER,
RAINER MARGGRAF

Dr. Christine Niens ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Agrarwissenschaft, Department für Agrarökonomik und RURALE ENTWICKLUNG, Arbeitsbereich Umwelt- und Ressourcenökonomik an der Georg-August-Universität Göttingen

Dipl.-Jur. Friederike Hoffmeister ist Wissenschaftliche Hilfskraft an der Fakultät für Agrarwissenschaft, Department für Agrarökonomik und RURALE ENTWICKLUNG, Arbeitsbereich Umwelt- und Ressourcenökonomik an der Georg-August-Universität Göttingen

Prof. Dr. Rainer Marggraf ist Hochschullehrer an der Fakultät für Agrarwissenschaft, Department für Agrarökonomik und RURALE ENTWICKLUNG, Arbeitsbereich Umwelt- und Ressourcenökonomik an der Georg-August-Universität Göttingen

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Langzeitversorgung zählt zu den zentralen Herausforderungen. Regionale Versorgungskonzepte und die verstärkte Einbindung Ehrenamtlicher werden als mögliche Lösung angeführt. Der Beitrag diskutiert, inwieweit regionale Konzepte erfolgsversprechend sind, wie viele zusätzliche Ehrenamtsstunden benötigt würden und wie die Aktivierung Ehrenamtlicher gelingen kann. Die Betrachtungen erfolgen auf Basis eines Konzepts der Bertelsmann Stiftung und einer quantitativen Befragung zur Motivlage Ehrenamtlicher.

1. Einleitung

Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wurde im Jahr 1994 die soziale Pflegeversicherung (sPV) als selbstständiger Zweig der Sozialversicherung eingerichtet. Nach § 3 des XI. Sozialgesetzbuches (SGB XI) soll die sPV mit ihren Leistungen vorrangig die ambulante Pflege und die pflegerische Versorgung durch informelle Helfer unterstützen. Dementsprechend genießen Leistungen der häuslichen Versorgung Vorrang vor Leistungen der Tages- und Kurzzeitpflege und diese Vorrang vor der vollstationären Versorgung. Aufgrund unterschiedlicher gesellschaftlicher Entwicklungen steht die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und vorrangig ambulanten pflegerischen Versorgung in Deutschland vor großen Herausforderungen. Es stellt sich die Frage, wie die erhöhte Nachfrage nach Pflegezeit gedeckt werden kann, um Bedarfsgerechtigkeit langfristig sicherzustellen (Niens et al., 2015).

Als Lösungsansätze werden u. a. vom Sachverständigenrat zur Begutachtung

der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2014) regionale Versorgungskonzepte und parallel dazu die Stärkung eines Hilfemixes durch vermehrte Einbindung Ehrenamtlicher empfohlen.

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, wie die oben genannten Lösungsansätze der Dezentralisierung bei gleichzeitig verstärkter Einbindung Ehrenamtlicher zur Sicherstellung ambulanter pflegerischer Langzeitversorgung beitragen können und welche Herausforderungen für die Kommunen sich hieraus ergeben. Die Betrachtungen erfolgen beispielhaft anhand eines von der Bertelsmann Stiftung entworfenen regionalen Versorgungskonzepts „Pflege vor Ort gestalten und verantworten: Konzept für ein regionales Pflegebudget“ (BMK) und einer selbst durchgeführten Befragung Ehrenamtlicher.

2. Herausforderungen für das Pflegesystem und Lösungsansätze

Der anhaltende demographische Wandel in Deutschland bedingt einen generellen Rückgang des Unterstützungspotenzials

bei gleichzeitiger Zunahme der Anzahl Pflegebedürftiger. Während im Jahr 2010 noch 4,5 Pflegebedürftige 100 Erwerbstätigen gegenüberstanden, wird in 2050 ein Verhältnis von 10,9:100 erwartet (Raffelhüschchen und Hackmann, 2016). Diese Verschiebung der Generationsverhältnisse hat zur Folge, dass zukünftig deutlich mehr finanzielle Mittel zur Sicherstellung pflegerischer Versorgung benötigt werden, welche von immer weniger Erwerbstätigen finanziert werden müssen.

Außerdem wird sich das Verhältnis der Bevölkerung im Alter von über 80 Jahren, die ein hohes Risiko besitzt pflegebedürftig zu werden, zu Personen im Alter zwischen 50 und 65 Jahren, welche das größte Potenzial besitzen Pflegeleistungen zu erbringen, in den nächsten Jahren bundesweit verschieben (Schlömer, 2012). Während im Jahr 2005 noch 4,1 50- bis 64-Jährige je einem 80-Jährigen und Älteren gegenüberstanden wird für das Jahr 2030 ein Verhältnis von 2,5:1 prognostiziert (Grünheid und Fiedler, 2013). Das intergenerationelle Unterstützungspotential nimmt somit deutlich ab. Zugleich bewirkt die Abwanderung der jüngeren Generation aus strukturschwachen Regionen, dass sich ambulante informelle Pflege durch Familienangehörige, aber auch alltägliche Hilfen durch Nachbarn und Freunde deutlich reduzieren (Kehl, 2016; SVR, 2014). Die sinkende Anzahl informeller Hilfenetzwerke und die steigende Anzahl alleinlebender Pflegebedürftiger gestaltet die Realisierung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ somit zunehmend schwieriger (SVR, 2014). Verschärft wird die Situation noch durch den anhaltenden Fachkräftemangel (SVR, 2014), der die Diskrepanz zwischen Nachfrage und Angebot an Pflege- und Versorgungszeit weiter erhöht.

Zur Bewältigung der oben beschriebenen Herausforderungen werden zwei Ansätze empfohlen (SVR, 2014):

1. Der Ausbau ambulanter Pflege (u. a. §§ 36, 37, 38a, 43 SGB XI) durch vermehrte Einbindung der Kommunen und den Aufbau regional angepasster Versorgungssettings (Burgi, 2013; Engelmann et al., 2013).
2. Die verstärkte Einbindung Ehrenamtlicher in einen Hilfemix, um die hohe Nachfrage nach ambulanter

Pflegezeit, besonders im Bereich der Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung zu decken und den Wegfall familiärer Unterstützung zu kompensieren bzw. pflegende Angehörige zu entlasten (SVR, 2014; Burgi, 2013; Engelmann et al., 2013).

Diese Lösungsansätze sind nicht unabhängig voneinander, sondern sollen gemeinsam realisiert werden, um bedarfsgerechte ambulante Pflege sicherzustellen. So betonen regionale Versorgungskonzepte wie das BMK (Hackmann et al., 2014), dass es zentrale Aufgabe der Kommunen sei, niedrigschwellige Versorgungsangebote auf- und auszubauen. Niedrigschwellige Angebote bezeichnen Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige, welche von (geschulten) Ehrenamtlichen oder Alltags- und Pflegebegleitern erbracht werden. Die Verantwortungsübertragung an die Kommunen liegt darin begründet, dass diese die örtlichen Strukturen am besten kennen und daher besonders geeignet sind, bedarfsgerechte Versorgungssettings zu schaffen, die es Pflegebedürftigen ermöglichen ambulant versorgt zu werden.

3. Konzept für ein regionales Pflegebudget der Bertelsmann Stiftung

Hauptbestandteil des BMK ist die Einführung eines regionalen Pflegebudgets, das durch die in jedem Kreis beziehungsweise jeder kreisfreien Stadt neu zu schaffende „Regionale Einheit“ (RE) zur Gestaltung der pflegerischen Versorgung vor Ort verwaltet wird. Das zugewiesene Budget aus den Mitteln der sPV ist bestimmt durch das Produkt aus der Anzahl der Pflegebedürftigen und dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit. Die Höhe der Zahlung an die RE ist damit unabhängig von der Versorgungsart der Pflegebedürftigen. Aufgrund der höheren Heimquote wird kreisfreien Großstädten jedoch ein Zuschlag auf das Budget gewährt, während dünn besiedelte ländliche Kreise mit einem Abschlag bedacht werden. Die Mittel der sPV werden von den Krankenkassen erhoben und auf neu gegründete organisatorisch selbstständige Pflegekassen der Länder übertragen, welche die Mittel monatlich budgetiert an die RE überleiten.

Die Sicherstellung bedarfsgerechter pflegerischer Versorgung soll primär durch Kosteneinsparungen infolge der Erhöhung des Anteils ambulant versorgter Pflegebedürftiger erreicht werden. Gelingt es den RE die pflegerische Versorgung durch Erhöhung des Anteils der im Vergleich zur stationären Unterbringung günstigeren ambulanten Pflege sicherzustellen, entstehen Budgetüberschüsse. Dieses Budget ist zwar zweckgebunden einzusetzen etwa für neue quartiernahe Versorgungskonzepte, Angebote zur Prävention, Förderung altersgerechten Wohnraums und Infrastruktur, eröffnet jedoch zugleich Budgetmanagement-Optionen.

Anreize für Pflegebedürftige, sich ambulant und nicht stationär versorgen zu lassen, sollen durch regional angepasste Versorgungssettings geschaffen werden. Diese Versorgungssettings sollen in Bezug auf die angebotenen Versorgungsleistungen sowie die Leistungserbringer (Hilfemix) auf die sozialräumlichen Gegebenheiten zugeschnitten und somit am Bedarf der Pflegebedürftigen in der Region orientiert sein. Aufgabe der RE ist es, die dafür notwendigen Angebote an niedrigschwelligen Hilfen, überwiegend durchgeführt von Ehrenamtlichen, aufzubauen und auszuweiten.

Weitere Einsparungen, neben denen, die aus dem Ausbau ambulanter Pflege resultieren, können durch das Selektivvertragsrecht erzielt werden. So können etwa sektorenübergreifende Leistungserbringer, welche Versorgungsleistungen durch Pflegefachkräfte, Physiotherapeuten und Ehrenamtliche aus einer Hand anbieten, durch die Auszeichnung als präferierte Leistungsanbieter gefördert werden (Hackmann et al., 2014). Entstehende Budgetdefizite bei den RE, sollten Maßnahmen zur Senkung der Pflegekosten nicht die erhoffte Wirkung erzielen, hat das Land auszugleichen.

Der Aufbau und die Ansiedlung der RE soll sich am Aufbau der Sozialämter der Länder orientieren. Nach § 3 Abs. 2 SGB XII sind grundsätzlich die kreisfreien Städte und die Kreise die örtlichen Träger der Sozialhilfe (Groth, § 3 SGB XII Rn. 4). Danach sind in der Regel die Kommunen für die Sicherstellung bedarfsgerechter pflegerischer Versorgung zuständig. Die RE erhalten größere Handlungsspielräume und eigene Kompetenzen in der Pflegeplanung und Pflegesteuerung. Sie sollen u. a. An-

gehörige und Pflegebedürftige über die Angebote in ihrer Region informieren, beraten und individuell zugeschnittene Versorgungskonzepte (Case und Care Management) erstellen und geeignete Leistungserbringer empfehlen.

Daneben sieht das BMK weitere Umstrukturierungsmaßnahmen zur Erzielung von Synergieeffekten vor: Bestehende Aufgaben der Pflegekassen (Antragsannahme und Weiterleitung an die Pflegekasse, Leistungsabrechnung und -bewilligung) sind auf die RE zu übertragen, um künftig die Leistungen nach §§ 28 ff. SGB XI und §§ 61 ff. SGB XII dem Pflegebedürftigen aus einer Hand zu gewähren. Daneben sollen vor allem die Pflegekassen von den Krankenkassen entkoppelt und auf Landesebene angesiedelt werden (Hackmann et al., 2014).

Die Aufgabenwahrnehmung der RE wird jedoch nicht kostenneutral umzusetzen sein. Es wird erwartet, dass die regionalen Versorgungsstrukturen zusätzliche Personal- und Sachkosten in Höhe von ca. 260 Millionen Euro pro Jahr bundesweit verursachen, die jedoch durch die Erhöhung des Anteils der kostengünstigeren ambulanten Versorgung, insgesamt kompensiert werden (Hackmann et al., 2014).

4. Diskussion des Bertelsmann-Konzeptes

Es stellt sich die Frage inwiefern das BMK tatsächlich einen Beitrag zur Sicherstellung bedarfsgerechter Pflege zu leisten vermag. Das Konzept eines regionalen Pflegebudgets verfolgt im Wesentlichen vier Ziele:

- (1) Minderung des Fachkräftemangels
- (2) Förderung bedarfsgerechter Versorgung
- (3) Entlastung der kommunalen Haushalte
- (4) Reduzierung der Pflegekosten

Die mit Ziel (1) anvisierte Minderung des Fachkräftemangels soll einerseits durch Erhöhung der Attraktivität des Pflegemarktes erreicht werden, indem erwartete Budgetüberschüsse für Lohn-erhöhungen zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit und der Sicherung einer langfristigen Berufsausübung eingesetzt werden (Hackmann et al., 2014). Mit dem erwarteten Rückgang personalintensiver vollstationärer Versorgung und

der Erhöhung des Anteils Ehrenamtlicher in der ambulanten Pflege, sinkt andererseits der generelle Bedarf an Fachkraftstunden. So wird davon ausgegangen, dass der Bedarf an professionellen Pflegekräften in der ambulanten Versorgung nur halb so hoch ist, wie in der stationären Pflege (Hackmann et al., 2014).

Unter der im Ziel (2) angestrebten bedarfsgerechten Versorgung wird vor allem die gem. § 3 und § 43 Abs. 1 SGB XI vorgesehene Bevorzugung ambulanter vor stationärer Versorgung verstanden. Dabei bleiben die gegenwärtigen individuellen Leistungsansprüche und Wahlmöglichkeiten der Pflegebedürftigen unberührt. Die Steuerung erfolgt ausschließlich über die gesteigerte Attraktivität ambulanter Versorgung. Durch eine bessere Steuerung des Pflegeprozesses und die verstärkte Einbindung ehrenamtlicher Helfer soll ein Versorgungssetting entstehen, welches die sozialräumlichen Gegebenheiten berücksichtigt und so den Ausbau ambulanter Pflege erlaubt (Hackmann et al., 2014). Hierfür soll die RE bei der Pflegeplanung, die regionalen Leistungserbringer in den Prozess einbeziehen und die Zusammenarbeit zwischen ihnen stärken. In Niedersachsen sind hierfür bereits die wesentlichen Strukturen vorhanden. Dort verfasst die Kommune in eigener Verantwortung (§ 5 NPflegeG) die örtlichen Pflegeberichte (§ 3 NPflegeG) und führt die örtlichen Pflegekonferenzen mit Einbindung der Leistungserbringer durch (§ 4 NPflegeG). Demgegenüber bedarf es für die anvisierte Übertragung des Sicherstellungsauftrags auf die RE gravierender gesetzlicher Änderungen, deren Realisierung zweifelhaft ist (Vgl. § 69 SGB XI; Kreutz, 2016).

Zunächst hängt es von den Wünschen der Pflegebedürftigen ab, ob die Erhöhung des Anteils ambulanter Pflege gelingt. Da Pflegebedürftige überwiegend die ambulante Versorgung präferieren, erscheint dieser Ansatz grundsätzlich zur Zielerreichung geeignet. Es besteht jedoch das Risiko, dass ambulante Versorgung nicht bedarfsgerecht durchzuführen ist, weil trotz der Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs nicht genügend Pflegekräfte vorhanden sind, familiäre Pflegepersonen fehlen und Ehrenamtliche nicht ausreichend gewonnen werden können. Hierfür spricht, dass Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität informeller

Pflege (Kehl, 2016) wie auch des Pflegeberufes (Kreutz, 2016) oft nicht die erhoffte Wirkung erzielen. Zudem weist Kreutz (2016) daraufhin, dass eine pflegerische Versorgung, welche sich auf Laien anstelle professioneller Dienstleister stütze, an Stabilität und Verlässlichkeit verliere, so dass negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität nicht ausgeschlossen werden können.

Die mit Ziel (3) angestrebte Entlastung der Haushalte resultiert aus den Einspareffekten bei der Hilfe zur Pflege (§§ 61 ff. SGB XII), infolge des Rückgangs der kostenintensiveren stationären Versorgung.

Sind die oben genannten Ziele erreicht, ist auch das Ziel (4) umgesetzt, denn die Reduktion der Pflegekosten ergibt sich unmittelbar aus der Verminderung des Anteils der Pflegebedürftigen in vollstationärer Versorgung und den damit verbundenen Einspareffekten sowie der vermehrten Einbindung Ehrenamtlicher. Vorstellbar ist auch, dass Pflegekosten gesenkt werden, weil durch Reinvestitionen des nicht genutzten Pflegebudgets in Prävention, der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden kann. Demgegenüber stehen jedoch die zusätzlichen Sach- und Personalkosten, die für die Umsetzung des BMK anfallen. Inwieweit diese tatsächlich durch die Einspareffekte kompensiert werden, ist unsicher. So ist zu bedenken, dass Ehrenamtliche Versorgungsleistungen im Bereich der Hauswirtschaft sowie Betreuung, die nicht von Familie, Freunden oder Nachbarn geleistet werden, sowie Angebote zur Entlastung von Pflegepersonen zwar grundsätzlich kostengünstiger erbringen als professionelle Pflegekräfte. Allerdings ist auch der Einsatz Ehrenamtlicher mit finanziellen Aufwendungen verbunden. Es fallen beispielsweise Kosten für Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen an, die für Ehrenamtliche anerkannter niedrigschwelliger Betreuungsangebote zwingend erforderlich sind (§ 45b Abs. 1 S. 5 Nr. 4 SGB XI i. V. m. § 45c Abs. 3 S. 1 u. S. 4, Abs. 3a S. 3 SGB XI). Daher ist es wünschenswert, Freiwillige möglichst langfristig zu binden. Indes hat eine repräsentative Untersuchung gezeigt, dass nur etwa die Hälfte der geschulten Ehrenamtlichen längere Zeit aktiv die Betreuung demenziell Erkrankter übernimmt (Gräßel und Schirmer, 2006).

Letztlich stützt sich das BMK auf die Annahme, dass sich die Sicherstellung bedarfsgerechter pflegerischer Versorgung über die Schaffung von Anreizen erreichen lässt. Dabei gilt es, die ambulante Versorgung für Pflegebedürftige durch regional angepasste Versorgungssettings besonders attraktiv erscheinen zu lassen. Hierzu soll die RE durch erzielbare Budgetüberschüsse, welche aus der Minimierung der Heimquote resultieren, motiviert werden. Obwohl Anreizstrukturen prinzipiell zur Zielförderung geeignet sind, können sich drei Aspekte negativ auf den Erfolg des BMK auswirken:

Erstens bleiben die Anreize für die RE durch die Vorgaben des in Art. 104a GG verankerten Konnexitätsprinzips, demzufolge Defizite der RE durch das Land auszugleichen sind, auf das Erzielen von Überschüssen beschränkt (Kube, Art. 104a GG Rn. 8). Budgetdefizite bleiben somit folgenlos für die RE. Hiergegen wirken ausschließlich Einsparpotentiale im Bereich der Hilfe zur Pflege infolge einer geringen Heimquote. Ob diese Einsparpotentiale bzw. Budgetüberschüsse tatsächlich einen hinreichenden Anreiz zur Förderung regionaler Versorgungssettings bieten, ist offen.

Zweitens besteht das Risiko, dass Kommunen um Geld zu ‚sparen‘ weniger auf eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung achten und die Beitragsmittel der sPV vermehrt für die bisher steuerfinanzierten Infrastrukturaufgaben verwenden (s. dazu auch Kreutz, 2016).

Drittens verlangt das sinkende familiäre Unterstützungspotenzial, dass alternative Hilfen im Bereich der ambulanten Versorgung vor allem durch Ehrenamtliche erbracht werden müssen. Entscheidend ist für die erfolgreiche Umsetzung des BMK somit die Gewinnung einer ausreichenden Anzahl Ehrenamtlicher, welche im Rahmen niedrigschwelliger Angebote die familiäre und professionelle pflegerische Versorgung unterstützen und entlasten. Im BMK wird jedoch nicht ausgeführt, wie die Aktivierung ehrenamtlichen Engagements durch die RE erreicht werden kann. Dies ist insofern problematisch, da 100 Entscheider aus der kommunalen Sozial- und Pflegeplanung in einer Untersuchung des Forsa-Instituts äußerten, dass ihrerseits dringender Unterstützungsbedarf in Bezug auf die Förderung des Ehrenamts besteht (ZQP,

2013). 95% sahen die Förderung des ehrenamtlichen Engagements als eine wichtige Aufgabe der örtlichen Sozial- und Pflegeplanung. 82% gaben an, sich bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe von der Politik allein gelassen zu fühlen. Als vielversprechend von den Befragten werden eine Vergrößerung von Qualifizierungs- und Hilfsangeboten sowie eine finanzielle Anerkennung eingeschätzt.

Vor dem Hintergrund dieses Befragungsergebnisses besteht ein wesentliches Defizit des BMK darin, nicht zu erläutern, wie eine Gewinnung Ehrenamtlicher und die Aufrechterhaltung des Engagements gelingen. Ebenso geht aus dem BMK nicht hervor, wie viele zusätzliche Ehrenamtsstunden voraussichtlich benötigt werden, um eine hinreichende Anzahl niedrigschwelliger Angebote aufbauen zu können. Dies erschwert die erfolgreiche Umsetzung des Konzepts.

5. Abschätzung des Mehrbedarfs an ehrenamtlichem Engagement bei Umsetzung des BMK

Im BMK werden zwei Szenarien entworfen, wie sich die Umsetzung des regionalen Pflegebudgets auf die Inanspruchnahme ambulanten Pflege auswirken kann. In Szenario I wird angenommen, dass jeweils 10% der stationär versorgten Pflegebedürftigen in einer Region aus den Pflegestufen 1 – 3 in ambulante Versorgung durch einen professionellen Pflegedienst wechseln. In Szenario 2 wird darüber hinaus eine fast völlige Vermeidung (90%) der stationären Versorgung von Pflegebedürftigen der Stufe 1 unterstellt (Hackmann et al., 2014). Entsprechend wechseln zusätzlich zu den 10% aus Szenario 1 weitere 90% der Pflegebedürftigen der Stufe 1 von stationärer Pflege in Kombinations- bzw. Sachleistungen.

Diese Szenarien haben Auswirkungen auf den Bedarf an Ehrenamtsstunden, wenn bei den Versorgungsformen ambulant und stationär von einem unterschiedlichen Wert der Relation „Ehrenamtsstunden pro Pflegebedürftigem“ auszugehen ist. In den Szenarien wird auf die drei Versorgungsformen „stationär (st)“, „ambulant Sachleistung (S)“ und „ambulant-Kombinationsleistung (K)“ Bezug genommen. Damit ist die aus den Szenarien resultierende Änderung des Bedarfs an Ehrenamtsstunden (ΔE) durch

$$(1) \Delta E = \sum_{i=1}^3 \left(\frac{E_i^S}{P_i^S} - \frac{E_i^{st}}{P_i^{st}} \right) \Delta P_i^{st} + \left(\frac{E_i^K}{P_i^K} - \frac{E_i^S}{P_i^S} \right) \Delta P_i^S$$

mit P_i^j = Zahl der Pflegebedürftigen der Pflegestufe i ($i = 1, 2, 3$) in der Versorgungsform j ($j = st, S$) und E_i^j/P_i^j = Ehrenamtsstunden pro Pflegebedürftigem der Pflegestufe i in der Versorgungsform j ($j = st, S, K$) bestimmt.

In der Pflegestatistik wird nur differenziert zwischen ambulanter Versorgung durch Pflegegeld und Versorgung durch Sach- oder Kombinationsleistungen. Für die Schätzung des Mehrbedarfs an Ehrenamtsstunden müssen deshalb die beiden Summanden auf der rechten Seite der Gleichung (1) zusammengefasst werden.

$$(2) \Delta E = \sum_{i=1}^3 \left(\frac{E_i^A}{P_i^A} - \frac{E_i^{st}}{P_i^{st}} \right) \Delta P_i^{st}$$

mit E_i^A/P_i^A = Ehrenamtsstunden pro Pflegebedürftigem der Pflegestufe i im Durchschnitt der beiden Versorgungsformen S und K.

Im Szenario I gilt

$$(3) \Delta P_i^{st} = 0,1 \cdot P_i^{st} \quad i = 1, 2, 3.$$

Im Szenario II gilt die Gleichung (3) nur für die Pflegestufen 2 und 3. Für die Pflegestufe 1 gilt

$$(4) \Delta P_1^{st} = 0,81 P_1^{st}.$$

Als Indikator für den minimalen Mehrbedarf an Ehrenamtsstunden in der ambulanten Pflege bietet sich der Entlassungsbetrag von 125 Euro an, den ambulant versorgte Pflegebedürftige in jeder Pflegestufe ab dem 01.01.2017 monatlich erhalten. Bei einer angenommenen durchschnittlichen Aufwandsentschädigung der Ehrenamtlichen von 7 Euro pro Stunde ergibt sich für den Klammerausdruck auf der rechten Seite von Gleichung (2) ein Wert von 18 Ehrenamtsstunden im Monat.

Der Mehrbedarf an monatlichen Ehrenamtsstunden, der auf Grundlage dieser Berechnung aus den beiden Szenarien resultiert, ist in Tabelle 1 dargestellt.

Der Bedarf an zusätzlichen Ehrenamtsstunden bei Umsetzung des BMK unterscheidet sich erheblich zwischen den einzelnen Bundesländern und beträgt in den Szenarien 1 und 2 in Bremen 12 391 bzw. 46 274 Stunden pro Monat und in Nordrhein-Westfalen 301 943 bzw. 1 066 354 Stunden monatlich. Wird angenommen, dass Freiwillige sich durchschnittlich zehn Stunden pro Monat engagieren, würden bundesweit

etwa 145 288 (Szenario 1) bzw. 518 807 (Szenario 2) zusätzliche Ehrenamtliche benötigt, um die erhöhte Nachfrage nach niedrigschwelligen Angeboten, welche den Wechsel in ambulante Pflege ermöglichen sollen, zu decken.

6. Motivation ehrenamtlicher Helfer

Obwohl die erfolgreiche Umsetzung des BMK mit einem erheblichen Mehrbedarf an Ehrenamtsstunden verbunden wäre, ist aus dem Konzept nicht abzuleiten, wie die Gewinnung Ehrenamtlicher gelingt.

Wissenschaftliche Studien zur Aktivierung Ehrenamtlicher haben indes gezeigt, dass Werbemaßnahmen besonders wirksam sind, wenn gezielt die Motive angesprochen werden, die Ehrenamtliche zur Übernahme ihres freiwilligen Engagements bewegen (Clary et al., 1994). Aufgrund dessen ist die Kenntnis der Motivlage Ehrenamtlicher für die Kommunen für die erfolgreiche Gewinnung Ehrenamtlicher besonders entscheidend. Folglich muss geklärt werden, was Menschen zur Übernahme und Fortführung eines Ehrenamts im Zusammenhang mit Pflegebedürftigen motiviert, um gezielt das freiwillige Engagement stärken zu können. Vor diesem Hintergrund wurde eine quantitative Befragung von Ehrenamtlichen, welche in der Betreuung Pflegebedürftiger tätig sind, durchgeführt. Diese Studie wird nachfolgend vorgestellt, um u. a. aktuelle Einblicke in die Motivlage Ehrenamtlicher zu geben und Handlungsempfehlungen für kommunale Entscheidungsträger formulieren zu können.

6.1. Methodik

Im Zeitraum von Mai bis Juni 2015 wurde mittels eines Fragebogens eine schriftliche Befragung von Ehrenamtlichen durchgeführt, welche sich in einem organisatorischen Rahmen für Pflegebedürftige in Niedersachsen engagieren. Insgesamt wurden 200 Fragebögen an die Ehrenamtskoordinatoren ausgegeben, die diese an die Ehrenamtlichen der Organisation weiterleiteten. Der Fragebogen enthielt offene und geschlossene Fragen zur ehrenamtlichen Tätigkeit und zur Soziodemographie. Dabei wurden die Motive für ehrenamtliches Engagement mittels einer deutschen Version

Tabelle 1: Monatlicher Mehrbedarf an Ehrenamtsstunden bei Umsetzung des BMK

Region	Szenario 1 (Std/Monat)	Szenario 2 (Std/Monat)
Bremen	12 391	46 274
Saarland	18 265	77 002
Hamburg	28 967	107 280
Mecklenburg-Vorpommern	37 618	128 435
Brandenburg	48 879	147 076
Thüringen	45 733	161 770
Sachsen-Anhalt	52 988	168 845
Berlin	53 132	211 090
Rheinland-Pfalz	62 447	239 083
Schleswig-Holstein	61 052	239 492
Sachsen	90 481	294 840
Hessen	95 009	343 652
Baden-Württemberg	173 673	611 712
Niedersachsen	172 402	628 256
Bayern	197 905	716 985
Nordrhein-Westfalen	301 943	1 066 354
Deutschland	1 452 886	5 188 070

Quelle: Hackmann et al., (2014), Eigene Berechnung nach Statistisches Bundesamt (2016a; 2016b).

des „Volunteer Functions Inventory“ (VFI) (Clary et al., 1998; Oostlander et al., 2014) erhoben. Der VFI ist ein auf Selbstauskunft basierendes Messinstrument, welches auf einem funktionalen Ansatz beruht. Das bedeutet, Clary et al. (1998) gehen einerseits davon aus, dass freiwilliges Engagement jeweils verschiedene Funktionen für unterschiedliche Individuen erfüllen kann. Andererseits kann freiwilliges Engagement auch für dasselbe Individuum jeweils mehrere Funktionen gleichzeitig erfüllen. Insgesamt haben Clary et al. (1998) sechs verschiedene funktionale Motivklassen (Tabelle 2) empirisch ermittelt, welche mit 30 Items (je 5 Items pro Funktion) und 7-stufigen endpunktbenannten Skalen von 1 = „gar nicht wichtig“ bis 7 = „sehr wichtig“ gemessen werden.

Da für ein dauerhaftes Engagement die Zufriedenheit mit der ehrenamtlichen Tätigkeit wichtig ist, wurden basierend auf Herzberg et al. (1967) sowie Hackman und Oldham (1976), die Zufriedenheit mit und die Wichtigkeit von Tätigkeitsmerkmalen wie Vielfalt, Signifikanz und Identität der Aufgabe, Autonomie und Feedback, Aufwandsentschädigung sowie die Beziehung zu anderen Mitarbeitern mittels 7-stufigen endpunktbenannten Skalen erfasst. Der Fragebogen wurde mithilfe kognitiver

Pretests (n=10) geprüft. Aufgrund der Pretestergebnisse wurde die Ausweikkategorie „nicht beurteilbar“ bei den Items zur Wichtigkeit und Zufriedenheit bezüglich der Merkmale der ehrenamtlichen Tätigkeit ergänzt.

Insgesamt wurden 90 ausgefüllte Fragebögen zurückgesandt, was einer Rücklaufquote von 45% entspricht. Die Datenanalyse erfolgt mit SPSS 23.

6.2. Ergebnisse

6.2.1. Soziodemographie und Dauer des Ehrenamts

Die befragten Ehrenamtlichen sind zu 76,7% (n=69) weiblich und zu 23,3% männlich (n=21). Das Durchschnittsalter beträgt 56,3 Jahre (Median [md] = 62,0; Standardabweichung [sd] = 19,2 Jahre), wobei die jüngste Person 18 und die älteste 86 Jahre alt ist. Die meisten Befragten stammen aus dem Landkreis Göttingen (43,3%) sowie aus Wohnorten zwischen 10 000 bis mehr als 100 000 Einwohnern und somit aus urbanen Regionen. Knapp drei Viertel der befragten Ehrenamtlichen sind Rentner (n = 43; 47,8%) oder nicht erwerbstätig (n = 20; 22,2%). Lediglich ein Viertel ist ganztags- oder halbtags hauptberuflich erwerbstätig (jeweils n = 11; 12,2%).

Tabelle 2: Funktionen des Ehrenamts nach Clary et al. (1998) und Ergebnisse zweier Beispielitems pro Funktion

	md	m	sd	α
Werte_gesamt: Ausdruck von Altruismus	6,00	5,56	1,24	,805
Ich bin um Menschen besorgt, die schlechter dran sind als ich.	5,00	4,93	1,91	
Ich finde es wichtig, anderen zu helfen.	7,00	6,14	1,33	
Erfahrungen_gesamt: Erweiterung von Wissen und Fähigkeiten	5,20	5,04	1,29	,749
Die Freiwilligentätigkeit ermöglicht mir, Dinge durch praktische Erfahrung zu lernen.	6,00	5,01	1,95	
Ich kann meine Stärken kennenlernen.	5,00	4,91	1,93	
Selbstwert_gesamt: Steigerung des Selbstwertgefühls	4,60	4,20	1,54	,826
Die Freiwilligentätigkeit gibt mir das Gefühl, gebraucht zu werden.	6,00	5,17	1,88	
Durch meine Freiwilligentätigkeit fühle ich mich besser.	4,00	4,00	2,06	
Schutz_gesamt: Schutz vor Schuldgefühlen besser gestellt zu sein als andere	2,40	2,63	1,39	,812
Durch meine Freiwilligentätigkeit fühle ich mich weniger einsam.	3,00	3,18	2,22	
Die Freiwilligentätigkeit lenkt mich von meinen Sorgen ab.	1,00	2,04	1,65	
Soziale Anpassung_gesamt: Stärkung von Sozialkompetenzen	1,80	2,29	1,39	,814
Meine Freunde sind freiwillig tätig.	1,00	2,14	1,83	
Die Freiwilligentätigkeit ist für Menschen aus meinem engsten Bekanntenkreis eine wichtige Tätigkeit.	2,00	2,70	1,99	
Karriere_gesamt: Verbesserung der Karriereaussichten	1,50	2,42	1,78	,911
Ich kann neue Kontakte knüpfen, die für meinen Beruf oder meine Karriere von Vorteil sein könnten.	1,00	2,71	2,22	
Erfahrungen in der Freiwilligentätigkeit machen sich gut in meinem Lebenslauf.	1,00	2,43	2,06	

Legende: md = Median, m = Mittelwert, sd = Standardabweichung, α = Cronbach's, n je > 86, 7-stufige endpunktbenannte Skala: 1 = „gar nicht wichtig“; 7 = „sehr wichtig“

Quelle: Eigene Erhebung (Die Ergebnisse der Analyse aller VFI-Items können bei den Autoren angefordert werden)

Durchschnittlich sind die Befragten knapp sieben Jahre ehrenamtlich im Bereich der Unterstützung älterer bzw. pflegebedürftiger Menschen engagiert (Mittelwert [m] = 6,91; md = 3,9 Jahre). Im Monat leisten sie im Mittel 15,7 Stunden ehrenamtliche Arbeit (md = 12 Stunden). Gut ein Drittel der Untersuchungsteilnehmer (31,1%, n = 28) gibt an, hauptberufliche Erfahrungen mit älteren und pflegebedürftigen Menschen zu haben.

6.2.2. Motive für ehrenamtliches Engagement

Die insgesamt 30 VFI-Items zur Messung der Motivation Ehrenamtlicher wurden entsprechend Clary et al. (1998) zu sechs Dimensionen verdichtet, wobei jede Dimension einer Funktion des Ehrenamts entspricht. Alle Dimensionen weisen eine gute bis sehr gute interne Konsistenz auf ($\alpha > 0,7$, Tabelle 2). Das stärkste Motiv für ehrenamtliches Engagement stellt die Wertefunktion und damit der Aus-

druck einer altruistischen Haltung dar. An zweiter und dritter Stellen folgen die Erfahrungs- und die Selbstwertfunktion. Die Schutzfunktion und die Soziale Anpassungsfunktion sind den Befragten dagegen eher unwichtig. Die geringste Rolle für die freiwillige Tätigkeit spielt die Karrierefunktion (Tabelle 2).

Es kann ein starker negativer Zusammenhang zwischen dem Alter und der Karrierefunktion nachgewiesen werden ($r_s = -0,53$; $p > 0,001$). Mit steigendem Alter sinkt somit die Wichtigkeit der Karrierefunktion für das freiwillige Engagement. Die geringe Bedeutung der Karrierefunktion in dieser Untersuchung kann folglich auf der Tatsache beruhen, dass sich fast die Hälfte aller Befragten bereits im Rentenalter befindet (md = 62 Jahre). Für alle anderen VFI-Motive können keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Alter der Befragten nachgewiesen werden. Geschlechtsspezifische Effekte wurden ebenfalls nicht gefunden.

Die einzelnen VFI-Motive korrelieren untereinander signifikant positiv, mit

Ausnahme der Karriere- und der Wertefunktion, zwischen denen kein signifikanter Zusammenhang nachweisbar ist. Ebenso besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Werte- und der Sozialen Anpassungsfunktion. Dies entspricht im Wesentlichen den Ergebnissen von Clary et al. (1998) und Oostlander et al. (2014). Des Weiteren fällt auf, dass die Karrierefunktion mit den übrigen VFI-Motiven (Schutz: $r_s = 0,53$; Soziale Anpassung: $r_s = 0,38$; Erfahrung: $r_s = 0,51$; Selbstwert: $r_s = 0,42$; p je < 0,001) stärker korreliert, als die Wertefunktion (Schutz: $r_s = 0,27$; Erfahrung: $r_s = 0,28$; Selbstwert: $r_s = 0,33$; p je < 0,05). Die Wertefunktion basiert vorrangig auf einer Identifikation mit den Zielen des Ehrenamts, nämlich hilfsbedürftige Menschen unterstützen zu wollen. Ihr liegt ein hoher Grad an Internalisierung zu Grunde, so dass die Tätigkeit dem Ehrenamtlichen persönlich wichtig und wertvoll erscheint (Deci und Ryan, 2000; Oostlander et al., 2014; Wehner und Güntert, 2015).

Dagegen können die Karriere- und die Soziale Anpassungsfunktion als extrinsische Funktionen verstanden werden (Deci und Ryan, 2000; Oostlander et al., 2014; Wehner und Güntert, 2015), die aufgrund einer instrumentellen Absicht oder äußerer Zwänge verfolgt werden. In der vorliegenden Studie ist die Wertefunktion und somit ein intrinsisches Motiv, der dominierende Beweggrund für das ehrenamtliche Engagement mit älteren oder pflegebedürftigen Menschen.

Grundsätzlich sind alle abgefragten Tätigkeitsmerkmale für die Befragten von Bedeutung. Zudem sind die Ehrenamtlichen mit allen abgefragten Merkmalen, außer der erhaltenen Aufwandsentschädigung, zufrieden (Tabelle 3). Dies lässt insgesamt auf eine hohe Arbeitszufriedenheit schließen (m über alle Items = 5,8).

Es zeigen sich signifikant positive Zusammenhänge zwischen der Bedeutung der Wertefunktion des Ehrenamts und der Wichtigkeit folgender Tätigkeitsmerkmale: Arbeitsbedingungen $r_s = 0,29$; Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen $r_s = 0,25$; Selbstständiges Arbeiten $r_s = 0,30$; Schulungen und Fortbildungen $r_s = 0,25$; Zusammenarbeit mit den Hauptamtlichen $r_s = 0,24$ und Erfolge der eigenen Arbeit $r_s = 0,38$ (jeweils $p < 0,05$). Weiterhin ist ein positiv signifikanter Zusammenhang zwischen dem zweitwichtigsten Beweggrund, der Erfahrungsfunktion und der Vielfalt der Tätigkeit erkennbar ($r_s = 0,27$, $p > 0,05$). Dagegen können signifikante Korrelationen zwischen der Karrierefunktion und der Wichtigkeit der betrachteten Tätigkeitsmerkmale nur für die Beziehung zur Leitung $r_s = -0,22$, $p < 0,05$ und für die Wichtigkeit der Aufwandsentschädigung $r_s = 0,46$, $p > 0,001$ nachgewiesen werden. D. h. Ehrenamtlichen, denen die Karrierefunktion wichtig ist, ist auch die Aufwandsentschädigung aber nicht die Beziehung zur Leitung wichtig. Dagegen kann kein Zusammenhang zwischen der Wertefunktion und der Bedeutung der Aufwandsentschädigung nachgewiesen werden.

Der überwiegende Teil der Befragten (63,3%; $n = 57$) gibt an, für ihr ehrenamtliches Engagement keine Aufwandsentschädigung zu erhalten. Von denjenigen, die eine Aufwandsentschädigung erhalten ($n = 33$) beurteilen gut ein Drittel

Tabelle 3: Zufriedenheit und Wichtigkeit unterschiedlicher Tätigkeitsmerkmale

Wenn Sie Ihr Ehrenamt in der Betreuung pflegebedürftiger Menschen betrachten, wie wichtig sind Ihnen/ wie zufrieden sind Sie mit folgenden Aspekten?	Wichtigkeit			Zufriedenheit		
	m	md	sd	m	md	sd
Arbeitsbedingungen	5,8	6	1,4	6	6	1,2
Anerkennung durch die Leitung	5,9	6	1,4	5,4	6	1,5
Anerkennung durch andere Haupt- oder Ehrenamtliche	5,8	6	1,4	5,2	5	1,6
Beziehung zur Leitung	5,9	6	1,2	5,8	6	1,3
Führung und Koordination	5,9	6	1,2	5,9	6	1,3
Möglichkeiten Verantwortung zu übernehmen	6	6	1,4	5,9	6	1,2
Betreuung der Ehrenamtlichen	5,8	6	1,4	5,8	6	1,4
Mitbestimmungsmöglichkeiten	5,5	6	1,6	5,7	6	1,4
Atmosphäre unter den Ehrenamtlichen	6,1	6	1,2	6,3	6	0,8
Schulungen und Fortbildungen	5,5	6	1,6	5,7	6	1,4
Erfolgen der eigenen Arbeit	5,8	6	1,2	5,8	6	1,4
Zusammenarbeit mit den Hauptamtlichen	5,9	6	1,3	5,9	6	1,2
Kontakt mit Mitarbeitern anderer Organisationen	4,8	5	1,8	4,6	5	1,9
Vielfalt der Tätigkeit	5,8	6	1,3	5,6	6	1,5
Aufwandsentschädigung	4,5	5	2,2	3,4	4	1,9
Möglichkeit, selbstständig zu arbeiten	6,3	7	0,9	6,2	6	1,1

Legende: m=Mittelwert, md= Median, sd=Standardabweichung); $n_{je} > 81$, 7-stufige endpunktbenannte Skala: 1 = „gar nicht wichtig“; 7 = „sehr wichtig“

Quelle: Eigene Erhebung

($n = 11$; 33,3%) diese als viel bis eher zu gering. Knapp ein Viertel (22,2%; $n = 20$) schätzt die Aufwandsentschädigung als angemessen ein. Keiner der Befragten beurteilt die Aufwandsentschädigung als viel zu hoch. Es zeigt sich, dass für Ehrenamtliche, die eine Aufwandsentschädigung erhalten, die Karrierefunktion signifikant wichtiger ist ($md = 3,7$), als Ehrenamtlichen, die keinen finanziellen Ausgleich ($md = 1$) bekommen $U = 361$, $p < 0,001$, $r = -0,50$.

6.2.3. Fluktuationsneigung

Die Frage nach Gedanken an die Aufgabe des Ehrenamts bejahen mehr als ein Viertel der Befragten ($n = 25$; 27,8%). Knapp drei Viertel ($n = 65$; 72,2%) geben an, noch nie über eine Beendigung ihres Engagements nachgedacht zu haben. Als wichtigste potenzielle Fluktuationsgründe (Mehrfachantworten möglich) werden zeitliche Gründe ($n = 17$) genannt, gefolgt von beruflichen und familiären (jeweils $n = 6$), sowie gesundheitlichen Gründen ($n = 5$).

Ehrenamtliche, die bereits darüber nachgedacht haben, ihr Engagement zu beenden, sind signifikant jünger ($md = 53,00$) als Ehrenamtliche, welche die

Aufgabe der Tätigkeit noch nie in Erwägung gezogen haben ($md = 63,50$ $U = 577$, $p < 0,05$, $r = -0,22$). Außerdem bestehen Zusammenhänge zwischen der Fluktuationsneigung und den extrinsischen Funktionen des Ehrenamts „Karriere“ und „Soziale Anpassung“. So zeigt sich, dass Ehrenamtlichen die bereits darüber nachgedacht haben, ihr Engagement aufzugeben, die Karrierefunktion signifikant wichtiger ist ($md = 2,30$) als Freiwilligen, die eine Beendigung noch nie in Betracht gezogen haben ($md = 1,40$), $U = 522,5$, $p < 0,05$, $r = 0,24$. Gleiches gilt für die Soziale Anpassungsfunktion. Ehrenamtlichen, die bereits mit dem Gedanken gespielt haben die Freiwilligenarbeit zu beenden, erscheint die Stärkung ihrer Sozialkompetenz wichtiger ($md = 2,40$) als Ehrenamtlichen ohne Fluktuationsgedanken ($md = 1,70$), $U = 467$, $p < 0,06$, $r = -0,267$. Des Weiteren weisen Ehrenamtliche, die bereits über die Beendigung der Freiwilligentätigkeit nachgedacht haben, signifikant höhere Werte im Bereich der Ehrenamtsfunktionen „Erfahrung“ ($md = 5,6$ vs. $md = 5$, $U = 481$, $p < 0,05$, $r = -0,267$) und „Selbstwert“ ($md = 4,80$ vs. $md = 4,20$, $U = 558$, $p < 0,05$, $r = -0,22$) auf. Ins-

gesamt sind die Effekte $r < 0,3$ aber als eher gering anzusehen (Field, 2005). Es sind keine signifikanten Unterschiede der Wichtigkeit der Wertefunktion und der Schutzfunktion in Abhängigkeit von der Fluktuationsneigung nachweisbar.

7. Handlungsempfehlungen

Ausgehend von den oben dargestellten Befragungsergebnissen und des geschätzten Bedarfs an zusätzlichen Ehrenamtlichen welche bei Umsetzung des BMK benötigt würden, werden nun Handlungsempfehlungen für die Kommune zur Stärkung ehrenamtlichen Engagements formuliert. Die Empfehlungen richten sich dabei auf die inhaltliche Gestaltung von Werbemaßnahmen zur Aktivierung neuer Ehrenamtlicher, sowie auf die ehrenamtliche Tätigkeit selbst, um eine hohe Arbeitszufriedenheit und dauerhaftes Engagement zu fördern.

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass eine altruistische Werthaltung und die Erfahrungsfunktion altersunabhängig die wichtigsten Motive für die freiwillige Tätigkeit darstellen. Zu dem gleichen Ergebnis kommen auch Wehner und Güntert (2015), was für die Reliabilität der Untersuchungsergebnisse spricht. Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse von Clary et al. (1994), die die Wirksamkeit von Werbung, welche gezielt die Bedürfnisse Ehrenamtlicher anspricht, belegen, ist den Kommunen zu empfehlen, mit der Werte- und Erfahrungsfunktion für das Ehrenamt zu werben. Mit zunehmender Bedeutung der Wertefunktion steigen die Wichtigkeit der Erfolge der eigenen Arbeit und des selbstständigen Arbeitens. Das zweitwichtigste Motiv, die Erfahrungsfunktion, geht insbesondere mit einer hohen Wichtigkeit hinsichtlich der Vielfalt der Tätigkeit einher. Da die Werte- und die Erfahrungsfunktion die dominierenden Anreize für die Ausübung der Freiwilligentätigkeit darstellen, sollte bei der Gestaltung der ehrenamtlichen Tätigkeit darauf geachtet werden, dass den Bedürfnissen der Ehrenamtlichen bezüglich dieser Tätigkeitsmerkmale Rechnung getragen wird. Ebenso können diese Tätigkeitsmerkmale im Rahmen der Werbung mit der Werte- und Erfahrungsfunktion verbunden werden. Dann wäre herauszustellen, dass es sich bei dem Ehrenamt um eine abwechs-

lungsreiche, selbstbestimmte Tätigkeit handelt, die es ermöglicht hilfsbedürftige Menschen zu unterstützen, praktische Erfahrungen, auch im Umgang mit unterschiedlichen Menschen zu sammeln und die mit vielen Erfolgserlebnissen verbunden ist.

Die Aufwandsentschädigung spielt für die Befragten von allen abgefragten Tätigkeitsmerkmalen die geringste Rolle für ihr Engagement. Entgegen der Einschätzung kommunaler Entscheider (ZQP, 2013) ist eine finanzielle Aufwandsentschädigung für die Aktivierung ehrenamtlichen Engagements also nur begrenzt erfolgsversprechend. Besser geeignet erscheinen Qualifizierungsmaßnahmen und insbesondere eine Tätigkeit, die selbstständiges Arbeiten und damit einen hohen Grad an Autonomie ermöglicht. Es ist etwa denkbar, dass im Rahmen der Werbung für das Ehrenamt auch auf die gesetzlich vorgesehene Möglichkeit der Teilnahme an kostenlosen Schulungskursen gem. § 45 SGB XI bzw. Fortbildungen im Rahmen der Angebote nach § 45c SGB XI hingewiesen wird.

Als wichtigster Fluktuationsgrund werden in der vorliegenden Untersuchung zeitliche Gründe angeführt. Da es sich bei Zeitknappheit der Ehrenamtlichen um einen Fluktuationsgrund handelt, welcher nicht in der ehrenamtlichen Tätigkeit selbst begründet liegt, kann an dieser Stelle kaum Einfluss genommen werden, um der Beendigung des Ehrenamts entgegenzuwirken. Einen Ansatzpunkt bietet allenfalls die Flexibilisierung der Einsatzzeiten. Diese müssen dann jedoch mit dem Bedarf der betreuten Klienten vereinbar sein.

Es konnte weiterhin gezeigt werden, dass eine Motivation, die vornehmlich external begründet ist, mit einer Zunahme der Fluktuationsneigung einhergeht. Hier sollte basierend auf repräsentativen Daten geprüft werden, ob extrinsisch Motivierte tatsächlich höhere Fluktuationsraten aufweisen.

Zunächst kann jedoch festgehalten werden, dass es für Kommunen nachteilig sein kann mit verbesserten Karriereaussichten für das Ehrenamt zu werben, weil einerseits Karrieremotivierte häufiger Fluktuationsgedanken haben und andererseits verbesserte Karriereaussichten als eher unwichtiger Beweggrund für das freiwillige Engagement angeführt werden. Wird eine Verbesserung der

Karriereaussichten für die Aktivierung Ehrenamtlicher genutzt, spricht diese vor allem jüngere Personen an. Hier wäre zu empfehlen die ehrenamtliche Tätigkeit mit einer Aufwandsentschädigung zu verbinden und entsprechend zu bewerben, da mit der Wichtigkeit der Karrierefunktion auch die Bedeutung der Aufwandsentschädigung zunimmt. In diesem Zusammenhang kann etwa auch eine Werbung mit der sog. Ehrenamtskarte in Niedersachsen erwogen werden, falls eine Aufwandsentschädigung nicht geleistet werden kann. Ehrenamtliche, die seit mindestens drei Jahren fünf Stunden in der Woche oder 250 Stunden im Jahr ihr Ehrenamt ausüben und das 18. Lebensjahr vollendet haben, erhalten mit der Ehrenamtskarte in Niedersachsen und Bremen Vergünstigungen bei diversen Einrichtungen und Kommunen.

Ob Kommunen generell versuchen sollten, ältere Personen ab ca. 62 Jahren für ein Ehrenamt zu gewinnen, kann auf Basis dieser Studie nicht entschieden werden. Jüngere Ehrenamtliche leisten nicht mehr Stunden als ältere Ehrenamtliche. Es bleibt jedoch offen, ob jüngere Ehrenamtliche ihre Klienten bedarfsgerechter bzw. zu höherer Zufriedenheit versorgen können. So ist denkbar, dass jüngere Ehrenamtliche geringere krankheitsbedingte Fehlzeiten aufweisen oder Tätigkeiten schneller und somit kostengünstiger erbringen können. Für die Sicherstellung der Kosteneffizienz sowie der Bedarfsgerechtigkeit ambulanter Pflege sollte dies berücksichtigt werden. Entsprechende Daten zur Überprüfung wurden hier jedoch nicht erhoben.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße und des eng umrissenen Untersuchungsgebiets (urbane Regionen Niedersachsens) sind die hier gefundenen Zusammenhänge nur begrenzt generalisierbar und bedürfen einer weiteren Überprüfung, insbesondere hinsichtlich der Übertragbarkeit auf ländliche Räume bzw. regionaltypische Motivlagen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie können jedoch Anhaltspunkte liefern, wie die Aktivierung ehrenamtlichen Engagements als ein Beitrag zur kosteneffizienten Sicherstellung bedarfsgerechter ambulanter Pflege gelingen kann. ■

Literatur

Burgi, M. (2013): Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos.

Clary, E. G./Snyder, M./Ridge, R. D./Copeland, J./Stukas, A. A./Haugen, J./Miene, P. (1998): Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (6): 1516–1530.

Clary, E. G./Snyder, M./Ridge, R. D./Miene, P./Haugen, J. (1994): Matching Messages to Motives in Persuasion: A Functional Approach to Promoting Volunteerism. *Journal of Applied Social Psychology*, 24 (13): 1129–1149.

Deci, E. L./Ryan, R. M. (2000): The ‚What‘ and ‚Why‘ of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11 (4): 227–268.

Engelmann, D./Gohde, J./Künzel, G./Schmidt, S. (2013): Gute Pflege vor Ort – Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter. Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin.

Field, A. (2005): *Discovering Statistics using SPSS*. 2ed. London: SAGE Publications.

Gräbel, E./Schirmer, B. (2006): Freiwillige Helferinnen und Helfer zur Entlastung der Angehörigen demenzkranker Menschen. Ergebnisse einer prospektiven Verlaufsuntersuchung zu den Erwartungen und Erfahrungen in Bezug auf Schulung und professionelle Begleitung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39 (3): 217–226.

Groth, A., in: Rolfs, C./Giesen, R./Kreikebohm, R./Udsching, P.: Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht. 41. Ed. (01.04.2016), München: C.H. Beck. § 3 SGB XII.

Grünheid, E./Fiedler, C. (2013): Bevölkerungsentwicklung: Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. URL: http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/bevoelkerung_2013.html (Stand: 29.08.2016).

Hackman, J. R./Oldham, G. R. (1976): Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16 (2): 250–276.

Hackmann, T./Müller, D./Steiner, M./Tiessen, J. (2014): Pflege vor Ort gestalten und verantworten. Konzept für ein Regionales Pflegebudget. URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Pflege_vor_Ort_gestalten_und_verantworten.pdf (Stand 29.08.2016).

Hackmann, T./Raffelhüschen, B. (2016): Prognose zur Anzahl der Pflegefälle in Deutschland im Zeitraum der Jahre von 2010 bis 2050 (in 1.000). Statista. URL: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/262539/umfrage/prognostizierte-entwicklung-der-anzahl-der-pflegefaelle-in-deutschland/> (Stand 29.08.2016).

Herzberg, F./Mausner, B./Snyderman, B. (1967): *The motivation to work*. 2ed. New York: Wiley.

Kehl, K. (2016): Nach dem Pflegestärkungsgesetz II: Eine alternative Interpretation der Probleme und ein Plädoyer für potenzialorientierte Reformen. *Zeitschrift für Sozialreform*, 62(1): 49–78.

Kreutz, D. (2016): Die regionalen Pflegebudgets. Wie die Bertelsmann-Stiftung und Prognose AG die Pflege billiger machen wollen. *Soziale Sicherheit* (1): 15–20.

Kube, H., in: Epping, V./Hillgruber, C. (Hrsg.): Beck'scher Online-Kommentar Grundgesetz, 29. Ed. (01.06.2016), München: C.H. Beck, Art. 104a GG.

Landesbetrieb für Statistik und Kommunikation (2011): *Pflegestatistik Niedersachsen*.

Müller, R./Rothgang, H. (2016): Bedarfs- und Angebotsanalyse und -prognose über Ausbildungsplätze in der Altenpflegeausbildung. URL: http://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2015/150212_Gutachten_Altenpflegeausbildung_Bericht.pdf (Stand 29.08.2016).

Niens, C./Marggraf R./Hoffmeister F. (2015): *Ambulante Pflege im ländlichen Raum – Überlegungen zur effizienten Sicherstellung von Bedarfsgerechtigkeit*, Diskussionspapiere, Nr. 1513. URL: <https://www.uni-goettingen.de/de/diskussionsbeitr%C3%A4ge-des-departments-ab-heft-4-2007/72592.html> (Stand 29.08.2016).

Oostlander, J./Güntert, S. T./van Schie, S./Wehner, T. (2014): *Volunteer Functions Inventory (VFI): Konstruktvalidität und psychometrische Eigenschaften der deutschen Adaption*. *Diagnostica*, 60 (2): 73–85.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR] (2014): *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Gutachten. URL: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf (Stand 29.08.2016).

Schlömer, C. (2012): *Raumordnungsprognose 2030: Bevölkerung, private Haushalte, Erwerbspersonen*. BBSR – Analysen Bau. Stadt. Raum. Band 9. Bonn: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung.

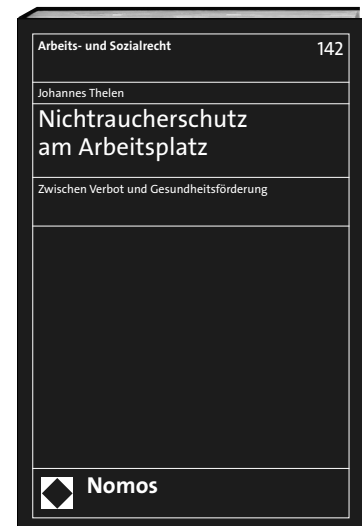
Statistisches Bundesamt (2016a): *Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Pflegeheime 2013*. (Anzahl insgesamt & vollstationär nach Pflegestufen).

Statistisches Bundesamt (2016b): *Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste 2013*. (Anzahl ambulante Kombinations- & Pflegesachleistungen).

Wehner, T./Güntert, S. T. (2015): *Psychologie der Freiwilligenarbeit*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Zentrum für Qualität in der Pflege [ZQP] (2013): *Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix*. Berlin. URL: <http://zqp.de/upload/content.000/id00367/attachment00.pdf> (Stand 29.08.2016).

Für Wissenschaft und Praxis



Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz

Zwischen Verbot und Gesundheitsförderung

Von Dr. Johannes Thelen

2016, 290 S., brosch., 76,- €

ISBN 978-3-8487-3288-3

eISBN 978-3-8452-7641-0

(Arbeits- und Sozialrecht, Bd. 142)

nomos-shop.de/27784

Der Autor bietet eine umfassende Darstellung des Nichtraucherschutzes am Arbeitsplatz unter Berücksichtigung der WHO-Tabakrahenkonvention, einschließlich einer ausführlichen Darlegung der Möglichkeiten betrieblicher Gesundheitsförderung. Das Werk richtet sich sowohl an Wissenschaftler als auch an Praktiker.

Nomos
eLibrary

 **Nomos**