

Prof. Dr. Ulrike Pfannes Prof. Dr. Pirjo Susanne Schack

Metastudie Haushaltsbezogene Dienstleistungen

im Rahmen des Projektes des vzbv: "Gutes Leben im Alter – Verbraucherpolitische Aspekte des demografischen Wandels am Beispiel Wohnen, Haushaltsnahe Dienstleistungen und Pflege"

Inhaltsverzeichnis

1	Einle	itung	9
TEIL	1		
2	Gute	s Leben im Alter – Lebensqualität für ältere Menschen .	.11
3	Haus	haltsarbeit und haushaltsbezogene Dienstleistungen	. 13
	3.1	Charakteristika privater Haushalte	13
	3.2	Charakteristika von Haushaltsarbeit	14
	3.3	Vergabe von Haushaltsarbeit	16
	3.4	Definition haushaltsbezogene Dienstleistungen	19
4	Zusa	mmenfassung und erstes Resümee	. 22
TEIL			
5	Char	akteristika der Zielgruppe ältere Menschen	. 24
	5.1	Lebensformen	24
	5.2	Gesundheit	25
	5.3	Ökonomische Situation	26
	5.4	Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	27
	5.5	Zukünftige demographische Entwicklung	28
6	Bede	utung der Haushaltsbezogenen Dienstleistungen	. 29
	6.1	Vorbemerkung	29
	6.2	Relevanz von HDL für ältere Menschen	29
	6.3	Bedeutung von haushaltsbezogenen Dienstleistungen für die Daseinsvorsorge der Kommunen	32
	6.3.1	Quartierskonzepte	32
	6.3.2	Versorgungsverbund	33
	6.3.3	Caring Community	34
	6.3.4	Beispiel Bayern: Seniorenpolitisches Gesamtkonzept	34
	6.3.5	Europäische Ebene	35

	6.3.6	Förderung und Finanzierung von HDL durch die Kommunen	. 35
	6.3.7	HDL für ältere Menschen mit geringem Einkommen	. 36
	6.3.8	Luxus oder Notwendigkeit	. 36
7	Nach	nfrage nach HDL von Älteren Menschen	37
	7.1	Vorbemerkung	. 37
	7.2	Zielgruppen für HDL	. 38
	7.2.1	Zahlungsbereitschaft	38
	7.2.2	Wöchentlicher Bedarf	39
	7.2.3	Regionale Unterschiede	. 39
	7.2.4	Differenzierung nach sozio-kulturellen Gruppen	. 40
	7.3	Nachgefragte HDL von Älteren Menschen	. 42
	7.4	Ältere Menschen als Auftraggeber für HDL	. 45
	7.5	Entscheidungsprozess und Barrieren für die Vergabe von HDL	. 46
	7.5.1	Vom objektiven zum subjektiven Mangelempfinden	. 47
	7.5.2	Vom Bedürfnis zum Bedarf	. 47
	7.5.3	Vom Bedarf zur Nachfrage	.48
	7.5.4	Von der bezahlten Nachfrage zur Bedürfnisbefriedigung und Lebensqualität	49
8	Anbi	eterstrukturen	50
	8.1	Vorbemerkungen	. 50
	8.2	Organisation und Angebot	. 51
	8.2.1	Größenordnungen von HDL-Anbietern	51
	8.2.2	Leistungen im Feld HDL	. 53
	8.2.3	Beschäftigte im Feld HDL: Frauenarbeitsplätze	. 54
	8.2.4	Erfolgsfaktoren für Anbieter	. 56
	8.2.5	Organisatorische Beziehungen zwischen Anbietern und Nachfragern	. 56
	8.3	Inhouselösungen von Wohnungsgesellschaften	. 58
	8.4	Ehrenamt und Freiwilliges Engagement im Feld HDL	. 59
9	Verfü	ügbarkeit von HDL	62
	9.1	Vorbemerkung	. 62
	9.2	Verfügbarkeit von HDL am Markt	. 62
	9.3	Barrieren für legale Angebote von HDL bzw. legale Nachfrage	. 63

10	Quali	tät von HDL	66
	10.1	Vorbemerkung	66
	10.2	Qualitätsaspekte und HDL	66
	10.3	Sicherung der Qualität bei HDL durch den Dienstleister	70
11	Infori	mation - Beratung - Vermittlung	72
	11.1	Vorbemerkung	72
	11.2	Ist-Situation	72
	11.2.1	Pflegestützpunkte	74
	11.2.2	Mehrgenerationenhäuser	74
	11.2.3	Verbraucherzentralen und vzbv	76
	11.2.4	Datenbanken	77
	11.3	Resümee mit Blick auf die VZen und vzbv	78
12	Unte	stützungsbedarf und Pflegebedürftigkeit	80
	12.1	Vorbemerkung	80
	12.2	Alterstypische Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Alltagsversorgung	
	12.3	PflegeVG – Hauswirtschaft - HDL	81
	12.3.1	Pflegedienste, Sozialstationen und HDL	
	12.3.2	Komfortangebot vs. Defizitorientierung	82
13	Hand	lungsempfehlungen	83
	13.1	"Public policies" zur Stärkung des Marktes für HDL in	
		verschiedenen EU-Ländern	
		Vorbemerkungen	
	13.1.2	Deutschland im Vergleich mit anderen Europäischen Ländern	83
	13.2	Handlungsempfehlungen aus der Literatur	86
	13.2.1	Vorbemerkungen	86
	13.2.2	Handlungsempfehlungen an die Politik	87
	13.2.3	Empfehlungen an Kommunen	90
	13.2.4	Empfehlungen für Verbände	90

15	Liter	atur	96
	14.2	Ausblick	93
	14.1	Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Metastudie	91
14	Schl	ussbetrachtung	91

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	KDA-Modell der Lebensqualität	12
Abbildung 2: \	Wohnformen als Sorgesettings	14
Abbildung 3:	Aufgabenbereiche der Haushaltsarbeit	14
J	Kontinuum haushaltsbezogener Tätigkeiten zwischen Eigenerstellung und Vergabe	16
Abbildung 5:	Entscheidungsprozesse der Vergabe HDL	17
Abbildung 6:	Genutzte Dienstleistungen neben "Essen auf Rädern"	18
Abbildung 7:	Ausführende für verschiedene Formen der Haushaltsarbeit	19
Abbildung 8:	Haushaltsbezogene Dienstleistungen	20
Abbildung 9:	Personen- und sachbezogene Haushaltsbezogene Dienstleistungen	21
Abbildung 10	: Spezifisches Anleiten in der hauswirtschaftlichen Betreuung	22
Abbildung 11	: Lebensformen der Bevölkerung ab 65 Jahren 2011 – in Prozent	24
Abbildung 12	: Veränderungen der körperlichen, funktionalen und subjektiven Gesundheit mit steigendem Alter	26
Abbildung 13	: Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Deutschland im Jahr 2005	27
Abbildung 14	: Verschiebung des Verhältnisses von älteren Menschen über 65 Jahren zu Menschen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland	28
Abbildung 15	: Eckpunkte Strukturreform Pflege und Teilhabe: Cure und Care	30
Abbildung 16	: Ganzheitliches Verständnis von Wohnen im Alter im Sinne von Quartierskonzepten	33
Abbildung 17	: Nutzungsintensität und Zahlungsbereitschaft für haushaltsnahe Dienstleistungen nach ausgewählten sozio-ökonomischen Merkmalen	39
Abbildung 18	: Nutzung haushaltsnaher Dienstleistungen von Frauen und Männern mit Kindern, im Alter von 25 bis 60 Jahren, wohnhaft in Deutschland	41
Abbildung 19	: Anteil der Nutzung HDL in den DELTA-Milieus in der Gruppe der Mütter und Väter mit Kindern, im Alter von 25-60 Jahren	42
Abbildung 20	: Interesse an haushaltsbezogenen Dienstleistungen: GFK-Befragung bei über 50-Jährigen aus dem Jahr 2002 zu der Frage "Welche Dienste oder Angebote sollten schnell und problemlos für Sie verfügbar sein?"	43
Abbildung 21	: Vollständige Übernahme der Leistungen durch Haushaltshilfen in Haushalten mit Pflegebedarf	44
Abbildung 22	: Übergang von einem objektiven Mangel zu einer Nachfrage am Markt	46

Abbildung 23:	Wichtigste Auswahlkriterien für eine Putzhilfe	49
Abbildung 24:	Zufriedenheit mit der Haushaltshilfe	50
Abbildung 25:	Anbieterstruktur für Haushaltsnahe Dienstleistungen	52
Abbildung 26:	Angebote an HDL	53
Abbildung 27:	Erfolgsfaktoren spezialisierter Dienstleistungsunternehmen auf dem Markt von HDL	56
Abbildung 28:	Akteure/-innen im Feld HDL	57
Abbildung 29:	Akteure im Feld bei alten Menschen mit Hilfe-, Unterstützungs- und Pflegebedarf (Versorgungsarrangement).	58
Abbildung 30:	Mögliche Entscheidungsvariablen für Nachfrager und Anbieter bei der Verortung der Arbeitsleistung auf dem legalen bzw. illegalen Markt	64
Abbildung 31:	Erklärungen für den hohen Anteil an illegaler Inanspruchnahme von HDL	65
Abbildung 32:	Qualität der Wäscheversorgung	67
Abbildung 33:	Qualitätsmodell nach Donabedian: Struktur – Prozess – Ergebnis	70
Abbildung 34:	Beispiele für das Qualitätsmodell nach Donabedian	71
Abbildung 35:	Information - Beratung – Vermittlung zu HDL	73
Abbildung 36:	Nutzung von Mehrgenerationenhäusern	75
Abbildung 37:	Information – Beratung – Vermittlung im Feld Ältere Menschen	78
Abbildung 38:	Drei stilisierte Modelle der Organisation von familienunterstützenden Dienstleistungen	84
Abbildung 39:	Kontinuum Wohnen-HDL und Pflege bei zunehmendem Hilfebedarf älterer Menschen	94

Abkürzungsverzeichnis

BAGSO Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen

DGE Deutsche Gesellschaft für Ernährung

dgh Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft

DL Dienstleistungen

HDL Haushaltsbezogene Dienstleistungen

ILO International Labor Organisation

KDA Kuratorium Deutsche Altershilfe

PflegeVG Pflegeversicherungsgesetz

vzbv Verbraucherzentrale Bundesverband

VZ Verbraucherzentrale

VZ NRW Verbraucherzentrale Nordrhein Westfalen

1 Einleitung

Ältere Menschen wünschen sich i.d.R., so lange wie möglich in der eigenen vertrauten Häuslichkeit zu wohnen und dort ihren Lebensabend möglichst selbstbestimmt zu verbringen. Dabei gibt es einerseits den Wunsch, von der Familie bzw. Angehörigen unterstützt zu werden, und andererseits gleichzeitig auch den Wunsch, der Familie nicht zur Last zu fallen.

Die überwiegende Zahl der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen wird heute in der privaten Häuslichkeit versorgt. Die Familie ist dabei die tragende Säule. Auch das PflegeVG sieht "ambulant vor stationär" vor. Mit Blick auf den demographischen und sozialen Wandel stellen sich dabei für die Zukunft neue Herausforderungen.

Welche Bedingungen z.B. der Wohnumwelt (Wohnung – Wohngebäude – Wohnumgebung) müssen geschaffen werden? Was brauchen ältere Menschen, damit sie in ihrer eigenen Häuslichkeit längerfristig ein gutes Leben führen können, das Selbstbestimmung und Teilhabe ermöglicht? Welche Unterstützungsleistungen von Externen (z.B. Haushaltsbezogene Dienstleistungen (HDL), Ehrenamt, Netzwerke) werden neben der Familie benötigt, um ein bedarfsgerechtes Arrangement - auch vor einer Pflegebedürftigkeit nach SGB XI - zu gewährleisten?

Die Grenzen zwischen "Versorgung – Betreuung/Assistenz/Begleitung – Pflege" in der Privaten Häuslichkeit sind dabei fließend: Sie können von eher sachbezogenen Einzelleistungen (z.B. Wohnungsreinigung, Essen auf Rädern) über personenbezogene Dienstleistungen (z.B. Haushaltsführung, Hauswirtschaftliche Betreuung, Freizeitgestaltung) bis zur 24 Stunden Unterstützung durch Migrantinnen aus Osteuropa, ergänzt um Pflegeleistungen eines ambulanten Dienstes reichen.

Die Ausgangslage der Haushalte von älteren Menschen kann dabei sehr unterschiedlich sein: So kann es sich um einen langsamen und recht kontinuierlich voranschreitenden Verlust einzelner Fähigkeiten und Kompetenzen handeln, durch den nach und nach die Familie bzw. Angehörige (mehr) Unterstützungsleistungen erbringen, bestehende Netzwerke ausgebaut oder neue Netzwerke initiiert und neue Dienstleistungen benötigt werden. Es kann aber auch einen schnellen und abrupt stattfindenden Einschnitt ins Alltagsleben geben, wie etwa durch einen Schlaganfall ausgelöst, in dem dann zügig nach der Akutversorgung im Krankenhaus und der anschließenden i. d. R. stationären Rehabilitation ein passendes häusliches Arrangement hergestellt werden muss. Das Spektrum der Situation in der privaten Häuslichkeit kann also sehr heterogen und komplex sein.

Die Meta-Studie ist in zwei große Bereiche gegliedert. Sie beschäftigt sich **im ersten Teil** mit Begrifflichkeiten im Umfeld von Haushaltsbezogenen Dienstleistungen (HDL) und dem Leistungsspektrum dieser personen- und sachbezogenen Leistungen - eingebunden in Überlegungen zur Lebensqualität im Alter, zum Wohnkontext und zur Alltagsgestaltung.

Damit erfolgen eine fachwissenschaftliche Einordnung der HDL und eine Einordnung in den Projektkontext.

Im zweiten Teil werden auf der Basis einer ausführlichen Literaturrecherche zum Thema HDL die Metaanalyse bzw. Dokumentenanalyse durchgeführt. Bei den Dokumenten handelt es sich um eine breite Palette von Publikationen: Das Spektrum reicht von Primärerhebungen (quantitativ und qualitativ) über Expertisen aus dem nationalen und europäischen Kontext über Berichte zu Modellprojekten bis zu Tagungsberichten (s. Literaturverzeichnis). Die Auswertung der Publikationen erfolgt dabei hinsichtlich der Fragestellungen des Auftraggebers vzbv. Anhand dieser Fragestellungen sind die einzelnen Kapitel gegliedert, die Analyseergebnisse und -bewertungen werden ausführlich dargelegt. Dabei kommt es vor, dass einige Aspekte bei verschiedenen Fragestellungen thematisiert werden. Das ist bewusst so gewählt, da einerseits die Fragestellungen Schnittmengen haben und dies andererseits den Lesern/-innen ermöglicht, sich nur mit einzelnen Themenstellungen zu beschäftigen.

Im Kapitel Schlussbetrachtung werden die Aspekte zusammengefasst und verdichtet dargestellt. Zur Abrundung wird ein Ausblick auf verbraucherpolitische Anknüpfungspunkte gegeben.

2 Gutes Leben im Alter¹ – Lebensqualität für ältere Menschen

Die Frage, was ein gutes Leben bzw. ein gutes Leben im Alter ausmacht, kann - im Rückgriff auf die WHO-Definition von 1993 - nur subjektiv empfunden und beurteilt werden:

"Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen. (...) Die Lebensqualität äußert sich in der Lebenszufriedenheit und besteht aus körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden" (WHO zitiert nach Dühring 2006; KDA 2012).

Auch der 4. Altenbericht (BMFSFJ 2002) und die "Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen" (BMFSFJ & BMG 2010) greift dieses Verständnis von Lebensqualität auf.

Die bisherigen Forschungen zum Wohlbefinden im Alter verdeutlichen, dass verschiedene Einzelaspekte zusammenwirken und nicht losgelöst von sozialen Lebenslagen betrachtet werden können. Erst das Zusammenwirken zwischen subjektiven und objektiven Bedingungen kann die Voraussetzung für Wohlbefinden schaffen.

Trotz der Unterschiedlichkeit der theoretischen Zugänge gibt es eine weitgehende Überschneidung bei den Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit alter Menschen: subjektiver und objektiver Gesundheitszustand, persönliche Kontrolle und Selbstständigkeit, die Bildung positiver Beziehungen zu anderen Menschen, Vertrautheit und Beherrschung der Umgebung, finanzielle Situation, Bildung und Familienstand (Dühring 2006).

Auch das KDA hat im Rahmen der Entwicklung des Quartierhauskonzeptes² den Aspekt Lebensqualität und "Gutes Leben im Alter" thematisiert und benennt acht Lebensbereiche, welche dem Leben aus der Sicht älterer Menschen mehr Qualität geben. Lebensqualität als Ziel der Pflege kann aus der Sicht des KDA dabei nur subjektiv definiert werden (KDA 2012) (s. Abbildung 1).

-

¹ Alter kann unterschiedlich betrachtet werden: Kalendarisches Alter (Messung in Kalenderjahren), Grenzziehung in bestimmte Altersklassen z.B. Rentner, Best Ager, Junge Alte – Alte Alte, Hochaltrigkeit; diesen Grenzziehungen liegen gesellschaftliche Wertvorstellungen zugrunde.

² Es geht hierbei um Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen.



Abbildung 1: KDA-Modell der Lebensqualität (KDA 2012, S.21)

Die Handlungs- und Lebensbereiche - als Ausdruck konkretisierter Normalität und Selbstbestimmung - lassen sich aus der Sicht des KDA folgendermaßen charakterisieren (KDA 2012, S.22):

- o Sinn finden: Warum lebe ich? Gibt es eine höhere Macht? Was gibt meinem Leben Sinn? Woran habe ich Freude? Was motiviert mich?
- o Grundbedürfnisse: wie z. B. Atmung, Nahrung, Wärme, Kleidung, Schlaf
- o Sicherheit: körperlich, materiell, finanziell, psychisch
- o Wohnen: Ausstattung, Barrierefreiheit, Sicherheit, Nachbarschaft
- o Soziale Kontakte: Angehörige, Kinder, Partner, Freunde, Nachbarn etc.
- Gesundheit: Krankheit, medizinische und pflegerische Begleitung, Präventionsmaßnahmen
- Arbeit: Familienarbeit, wie z. B. Betreuung von Enkeln und Urenkeln, Haus- und Gartenarbeit, Handarbeit, Handwerk etc.
- Selbstverwirklichung: Entfaltung der Talente, Hobbys, "das eigene Wesen völlig zur Entfaltung bringen"

Mit dem Lebensqualitätsmodell³ kann die individuelle Bedarfslage eines Menschen beschrieben werden, unabhängig von der konkreten Wohn- und Lebensform, also zu Hause genauso wie in spezialisierten Einrichtungen.

Wohnen und die private Lebens- und Haushaltsführung sind zentral für die individuelle Lebensqualität. Sie dient nicht nur der basalen Lebenserhaltung (d.h. der Befriedigung der

_

³ Das KDA (2012, S.20) benennt auch, was dem Leben Qualität entzieht: schlechte Gesundheit, schlechtes Wohnen und schlechte Nachbarschaft, schlechte / fehlende soziale Beziehungen.

Grundbedürfnisse) sondern auch der Kultur des Zusammenlebens und der Persönlichkeitsentwicklung (von Schweitzer 1991, S.134). Das "Zuhause" ist der Ort, wo erwachsene Menschen ihr Leben individuell gestalten können, wo sie privat sein können, wo sie prinzipiell entscheiden können, mit wem sie zusammenleben wollen und wie sie ihren Alltag gestalten. Die private Lebens- und Haushaltsführung ist entscheidend für das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden.

3 Haushaltsarbeit und haushaltsbezogene Dienstleistungen

Um zu einer Definition von haushaltsbezogenen Dienstleistungen zu kommen, die für das Projekt "Gutes Leben im Alter" eine zweckmäßige Grundlage bietet, wird zunächst geklärt, was Charakteristika von privaten Haushalten und Haushaltsarbeit ist, was alles zur Haushaltsarbeit gehört und was Gründe für die Vergabe von Haushaltsarbeit sind.

3.1 Charakteristika privater Haushalte

Ein privater Haushalt wird durch Wohnen und Wirtschaften charakterisiert: es kann sich um Ein- oder Mehrpersonenhaushalte handeln und ein Verwandtschaftsverhältnis ist nicht erforderlich.

Ein privater Haushalt hat eine Personenebene (Familiensystem) und eine Sachbezugsebene (Haushaltssystem). Der Personenbezug steht für die Menschen, die als Single, Familie, Paar oder Lebensgemeinschaft in Haushalten gemeinsam leben. Hier werden u.a. Entscheidungen über die Lebensweisekonzepte und Konsummuster getroffen. In Mehrpersonenhaushalten spielen u.a. die Beziehungsdynamik und die Rollenverteilung z.B. hinsichtlich Erwerbsarbeit und Hausarbeit eine Rolle. Die Sachbezugsebene steht für die "materielle" Seite des Haushalts, z.B. die Wohnung und Wohnungsausstattung und die Haushaltsarbeiten zur Verpflegung, Wohnungsreinigung, Wäschepflege etc., die Personenbezugsebene für die immaterielle Seite der Beziehungen und Fürsorge (von Schweitzer 1991, S.142).

Private Haushalte sind nur eine Form des Wohnens. Mit Blick auf Wohnen lassen sich nach Sennlaub (2010) folgende "Wohnformen als Sorgesettings" identifizieren: Privates Wohnen, Gemeinschaftliches Wohnen und Institutionelles Wohnen (s. Abbildung 2). Zwischen diesen drei Formen gibt es eine Reihe von Übergangsformen, wie Sorgearbeit erbracht werden kann: die rechte Seite bezieht sich dabei auf marktfähige Dienstleistungen wie Ambulante Dienste. Die linke Seite bezieht sich eher auf soziale Beziehungen und informelle Netzwerke, z.B. in Form von Nachbarschaftshilfe. Die horizontale Linie bildet eine Kombination aus sozialem Miteinander und institutionalisierten Diensten.

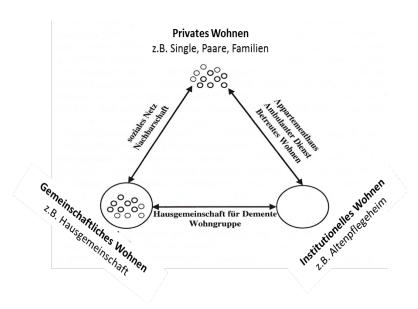


Abbildung 2: Wohnformen als Sorgesettings (Sennlaub 2010, S.71)

Ausgehend von diesen Überlegungen geht es mit Blick auf bezahlte haushaltsbezogene Dienstleistungen um professionelle Leistungen, die in die eigene private Häuslichkeit geholt werden (rechte Seite); alternativ dazu könnten diese Leistungen ggf. auch auf der Basis informeller sozialer Beziehungen (unentgeltlich / ehrenamtlich) organisiert werden (linke Seite).

3.2 Charakteristika von Haushaltsarbeit

Was gehört zu Haushaltsarbeit?

Zur Haushaltsarbeit gehören einerseits das Haushaltsmanagement (Planung – Disposition – Kontrolle) und andererseits die ausführenden Tätigkeiten (s. Abbildung 3).

Haushaltsarbeit zwischen Sinnsetzung – Handlungsspielräume – Ressourcen				
Haushaltsmanagement	Ausführende Tätigkeiten			
	Versorgung und Betreuung			
Planung – Disposition - Kontrolle	u.a. Verpflegung (Alltag, Gäste, Feste), Reinigung und Pflege der Wohnung und Wohnumgebung, Kleidung und Wäsche, Instandhaltungen, Besorgungen usw.			

Abbildung 3: Aufgabenbereiche der Haushaltsarbeit (eigene Darstellung)

Zum Haushaltsmanagement gehören:

- Die Planung der Aufgaben, die innerhalb des Haushalts zu erledigen sind, wie Entscheidungen über den Einsatz finanzieller Mittel und Zeitverwendung, über Eigenerstellung oder Fremdvergabe und über Konsumentscheidungen sowie Prioritätensetzung zwischen verschiedenen Bedarfsbereichen und Abstimmungen zwischen den Haushaltsmitgliedern
- Die Gestaltung der Außenbeziehungen, die private Haushalte mit Institutionen wie Handel, Handwerker, Gesundheitswesen, Banken, Versicherungen, Öffentliche Verwaltungen etc. haben. Hier geht es um Orientierung, Bewerten und Koordinieren, z.B. um Informationsbeschaffung, Preisvergleiche, Verstehen von Vertragsbedingungen, Umgang mit den ständigen Neuerungen im IT-Bereich, Zeitstrukturen abstimmen, z.B. Betreuungseinrichtungen mit Erwerbsarbeit, Öffnungszeiten von Verwaltungen oder Bedienungsanleitungen verstehen, um z.B. neue Telefone zu installieren oder Möbel aufzubauen (Thiele-Wittig 1993, S.376).
- Zu den ausführenden Tätigkeiten zählen die klassischen hauswirtschaftlichen Versorgungstätigkeiten, z.B. Nahrungszubereitung, Wohnumfeldgestaltung, Wohnungsreinigung, Wäschepflege und Betreuungsaufgaben (dgh 2013, S.9f).

Welche Charakteristika hat Haushaltsarbeit in privaten Haushalten?

Vor dem Hintergrund des Sach- und Personenbezugs privater Haushalte hat Haushaltsarbeit drei Aspekte:

- Die Tätigkeit hat oder braucht eine <u>Sinnsetzung</u>, sie ist z.B. auf Versorgung und Fürsorge, Regeneration, Gemeinschaft usw. ausgerichtet. Sie spiegelt sich u.a. in den Lebensweisekonzepten, den Konsummustern und den Normen und Werten (z.B. Einkauf von Bio-Lebensmitteln, Nachhaltige Haushaltsführung) wider.
- Sie braucht <u>Ressourcen</u>, in Form von z.B. Zeit, Geld, Arbeitsgeräten (z.B. Herd zum Kochen), Wissen und Fertigkeiten und Gesundheitszustand.
- Sie hat (mehr oder weniger große) <u>Handlungsspielräume</u>, in welcher Art und Weise und von wem die Tätigkeit durchgeführt werden kann. Dies hängt sowohl von der Sinnsetzung und den Ressourcen des Haushalts aber auch von der Infrastruktur im Umfeld, der Markttransparenz und dem Angebot ab (von Schweitzer 1991, S.137ff).

Private Haushaltsarbeit ist immer <u>Arbeit und Fürsorge</u> zugleich, da die Tätigkeiten individuell für Haushaltsmitglieder erstellt werden und in der Regel mit dem emotionalen Aspekt der Fürsorge verknüpft sind. So spiegelt sich auch hier der Sachbezug in Form der Versorgung und der Personenbezug in Form des emotionalen Aspekts der Fürsorge wider. (von Schweitzer 1991, S.136). Dieser Sachverhalt sollte gleichermaßen bei Eigenarbeit und Vergabe berücksichtigt werden.

In der Regel wird ein Großteil der Haushaltsarbeit in den privaten Haushalten von den Haushaltsmitgliedern selbst erledigt und in Eigenarbeit, unentgeltlich, exklusiv für Haushaltsmitglieder durchgeführt⁴. Dabei sind moderne Haushalte "Dienstleistungshaushalte", d.h. sie vergeben einen Teil der Aufgaben und beziehen sie vom Markt. Bei der Verpflegung sind dies z.B. Außerhausverzehr oder Convenienceprodukte, bei der Wäschepflege z.B. Hemdenbügelservice oder bei der Wohnungsreinigung die Haushaltshilfe. Auch Betreuung findet z.B. über Kinder- oder Altentagesstätten zunehmend außerhalb der Haushalte statt. Zwischen überwiegender Selbstversorgung und einer überwiegenden Vergabe von Haushaltsarbeit liegt ein Kontinuum verschiedener Versorgungsarrangements (s. Abbildung 4). Je nach Haushaltssituation, Selbstverständnis der haushaltsführenden Person, vorhandenen Fähigkeiten, körperlicher Situation, zeitlichen Ressourcen und finanziellen Möglichkeiten wird zwischen Eigenarbeit oder Fremdvergabe entschieden.

Traditionell wird Haushaltsarbeit als <u>Frauenarbeit</u> angesehen und auch überwiegend von diesen übernommen (sowohl in Eigenarbeit als auch bei Vergabe). Sie ist wesentlicher Teil der Alltagsgestaltung von Frauenleben.

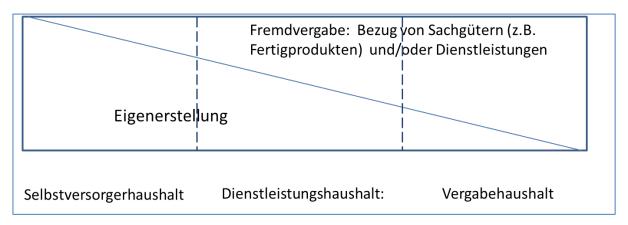


Abbildung 4: Kontinuum haushaltsbezogener Tätigkeiten zwischen Eigenerstellung und Vergabe (in Anlehnung an von Schweitzer 1991, S.164)

3.3 Vergabe von Haushaltsarbeit

Welche Gründe gibt es für die Vergabe von Haushaltsarbeit?

Ob ein Haushalt "Haushaltsbezogene Dienstleistungen" in Anspruch nimmt, hängt im Prinzip von den drei Aspekten Sinnsetzung, Ressourcen und Handlungsspielräume ab. Haushalte kommen aufgrund der unterschiedlichen Ausgangssituation zu unterschiedlichen Entscheidungen, was wie von wem wie oft erledigt wird.

_

⁴ Nach der Zeitbudgetstudie 2001/2002 verwenden vollerwerbstätige Frauen 2,5 Stunden pro Tag für Hausarbeit, Rentnerinnen und Rentner, 60 Jahre und älter, machen durchschnittlich 4 ¾ Stunden Hausarbeit (Destatis 2003).

Abbildung 5 zeigt Gründe in einem Entscheidungsbaum, warum Haushaltsarbeit vergeben wird. Können die Aufgaben zur Alltagsbewältigung weder in Eigenarbeit noch von Externen erbracht werden, können prekäre Situationen entstehen, wenn die Grundversorgung nicht mehr gewährleistet ist. Bei dem Projekt "Gutes Leben im Alter" steht der "Hilfebedarf" im Mittelpunkt, d.h. die Frage, wie selbstständige Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit weiter ermöglicht werden kann, wenn ein Teil der Haushaltsarbeit, die bisher von den älteren Menschen weitgehend in Eigenarbeit erledigt wurden, aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr selbst erledigt werden kann.

Was kann an Haushaltsarbeit vergeben werden?

Ausführende Tätigkeiten

Generell können alle ausführenden Tätigkeiten ausgelagert werden und von haushaltsfremden Personen erledigt werden. Dabei decken HDL in der Regel die sachbezogenen Versorgungsarbeiten ab, die auch ohne die Anwesenheit der Haushaltsmitglieder durchgeführt werden können.

Abbildung 6 gibt einen Überblick, welche Dienstleistungen von älteren Menschen in Deutschland in Anspruch genommen werden. Dabei spielt die Haushaltshilfe prozentual die größte Rolle (DGE 2012, S.221).

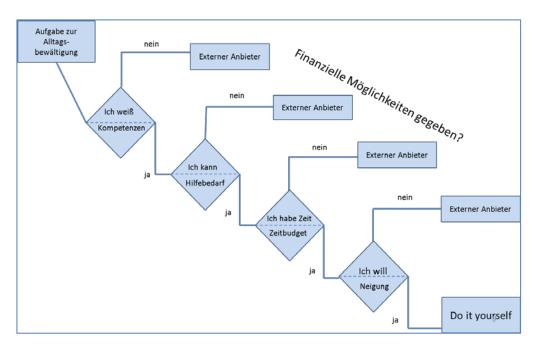


Abbildung 5: Entscheidungsprozesse der Vergabe haushaltsbezogener Dienstleistungen (in Anlehnung an Lebrun 2013, S.36)

Tabelle 3/17: Genutzte Dienstleistungen neben "Essen auf Rädern"

Genutzte Dienstleitungen (Mehrfachnennungen)	Mär (n =		Frau (n = :		gesa (n = :	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Einkaufsdienst	5	11,6	14	13,7	19	13,1
Haushaltshilfe	30	69,8	74	72,5	104	71,7
Apothekendienst	7	16,3	26	25,5	33	22,8
Getränkelieferdienst	12	27,9	28	27,5	40	27,6
Fahr- und Begleitdienst	4	9,3	12	11,8	16	11,0
Reinigungs- und Wäschedienste	4	9,3	10	9,8	14	9,7
Haustierversorgung	-	-	-	-	1 -	-
kulturelle Veranstaltungen	4	9,3	23	22,5	27	18,6
gesellige Treffen	8	18,6	33	32,4	41	28,3
Sonstiges	14	32,6	38	37,3	52	35,9

Abbildung 6: Genutzte Dienstleistungen neben "Essen auf Rädern" (DGE 2012, S.221)

Haushaltsmanagement

Das Haushaltsmanagement liegt in der Hand der haushaltsführenden Personen, weil es hier um zentrale Entscheidungsprozesse der persönlichen Lebensgestaltung geht, unter anderem um die Verwendung der finanziellen Mittel und um Geschäftsfähigkeit. Hier sind allerdings personenbezogene Dienstleistungen möglich, bei denen Assistenz bei Entscheidungen geleistet wird, indem Recherchen durchgeführt werden, Vertragsregeln vorgelesen und erklärt werden, bei Schriftverkehr und Behördengängen unterstützt wird. Diese Assistenz stößt an seine Grenzen, wenn z.B. wegen Demenz eine Person nicht mehr entscheidungs- und geschäftsfähig ist. Ist eine Person nicht mehr in der Lage, selbst das Haushaltsmanagement zu übernehmen, müssen es andere Familienangehörige oder gesetzliche Betreuer übernehmen, die die Person auch rechtlich vertreten können (s. Abbildung 7).

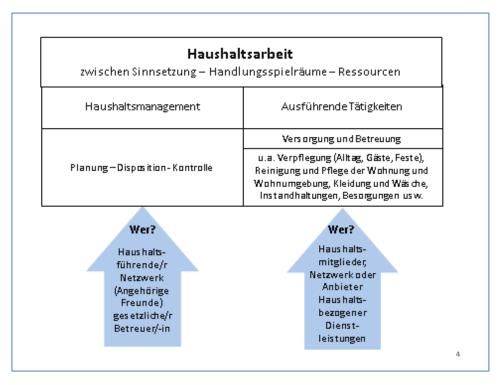


Abbildung 7: Ausführende für verschiedene Formen der Haushaltsarbeit (eigene Darstellung)

3.4 Definition haushaltsbezogene Dienstleistungen

Die folgende Definition wurde aus verschiedenen Definitionen, die es bereits gibt, weiterentwickelt. Auf Grundlage der Rechercheergebnisse "Haushaltsnahe Dienstleistungen" werden die verschiedenen Definitionen miteinander verglichen. Dabei lassen sich zwei grundsätzliche Arten von Definitionen unterscheiden: Einerseits die nach dem Einkommensteuergesetz. Hier ist das Ziel, Dienstleistungen steuerlich zu begünstigen, die einen "engen Bezug zum Haushalt" haben. Grenze des Haushalts ist die Wohnungs- bzw. Grundstücksgrenze (Bundesministerium für Finanzen). Die andere Art der Definitionen ist aus Forschungsprojekten zur Arbeitsmarktperspektive entwickelt worden, um den Arbeitsmarkt für haushaltsnahe Dienstleistungen zu professionalisieren und zu dynamisieren (BMFSFJ 2011; Prognos 2012). Hier geht es um einen weiteren Begriff haushaltsnaher Dienstleistungen, der auch personenbezogene Dienstleistungen umfasst.

Ausgangspunkt aller Definitionen zu haushaltsnahen bzw. haushaltsbezogenen Dienstleistung ist die Eigenarbeit in privaten Haushalten, die unentgeltlich als Versorgungs- und Fürsorgearbeit für die Haushaltsmitglieder erbracht wird. Außerdem ist gemeinsam das "Drittpersonenkriterium", d.h. dass haushaltsbezogene Dienstleistungen nur dann vorliegen, wenn sie (gegen Entgelt) von haushaltsfremden Personen erbracht werden.

Für die Definition, die als Arbeitsgrundlage für das Projekt "Gutes Leben im Alter" entwickelt wurde, wird in Anlehnung der Deutschen Gesellschaft für Hauswirtschaft (dgh 2013) der Begriff "Haushaltsbezogen" gegenüber "Haushaltsnah" bevorzugt. Der Begriff "Haus-

haltsnah" ist u.a. durch das Einkommensteuergesetz vertraut und ist weitgehend auf sachbezogene Dienstleistungen innerhalb des Haushalts beschränkt. Der umfassendere und weitere Begriff der haushaltsbezogenen Dienstleistungen dagegen wird mehr dem Anliegen des Projektes "Problemlösungen für die Sicherstellung von Lebensqualität im Alter zu finden" gerecht. Hier werden sachbezogene und personenbezogene Aspekte und Qualitäten von Haushaltsarbeit berücksichtigt.

Folgende Definition wurde auf Grundlage der Ausführungen dieses Berichtes für das Projekt "Gutes Leben im Alter" entwickelt:

Definition Haushaltsbezogene Dienstleistungen (HDL)

Haushaltsbezogene Dienstleistungen (HDL) sind notwendig, um den Alltag in Privaten Haushalten zu bewältigen. Sie dienen der Entlastung, Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen in der privaten Häuslichkeit (Lebensqualität). Gleichzeitig bieten haushaltsbezogene Dienstleistungen Arbeitsmarktpotenziale (Arbeitsmarktperspektive).

Dazu zählen einerseits sachbezogene Dienstleistungen, die ohne die Anwesenheit der Nutzer/-innen erbracht werden können und personenbezogene Dienstleistungen, die mit deren Beteiligung erbracht werden (s. Abbildung 8).

Haushaltsbezogene Dienstleistungen werden von Nicht-Haushaltsmitgliedern (gegen Entgelt) erbracht.

Sachbezogene DL (Versorgung / Supply)	Personenbezogene DL (Care)		
 Keine Anwesenheit des Nutzers notwendig Entlastung im Alltag 	Anwesenheit des Nutzers notwendig Hilfe-/ Unterstützungsbedarf		
-> Entlastung & Selbstbestimmung	-> Entlastung, Teilhabe &	Selbstbestimmung	
Ausführung Hauswirtschaftlicher Leistungen durch Dritte	Hauswirtschaftliche Betreuung/-Assistenz/- Begleitung Unterstützung bei der der eigene haus- wirtschaftlichen Versorgung, ggf. Grundpflege	Weitere Alltagshilfen: Begleitdienste z.B. Arzt, Freizeit Grundpflege	

Abbildung 8: Haushaltsbezogene Dienstleistungen (HDL) (eigene Darstellung)

Was gehört zu haushaltsbezogenen Dienstleistungen?

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über Beispiele für sachbezogene und personenbezogene Dienstleistungen für private Haushalte.

Sachbezogene Dienstleistungen

(Anwesenheit des Kunden / Nutzers nicht zwingend erforderlich)

Personenbezogene Dienstleistungen

(Anwesenheit des Kunden / Nutzers i.d.R. erforderlich)

Innerhalb der Wohnung

Ordnung und Sauberkeit: Hygiene und Wohlfühlen

- Reinigung und Pflege der Wohnung: Unterhaltsreinigung, Grundreinigung, Wohnungspflege
- Fenster putzen
- Aufräumen der Wohnung
- Abfallentsorgung
- Kleine Reparaturen

Beheizen der Wohnung

- Öfen anheizen, Asche entsorgen
- Kohle / Holz / Öl in Wohnung transportieren

Wohnraumgestaltung

- Blumenpflege: gießen, düngen, umtopfen
- Frischblumenpflege, Jahreszeitliche Dekoration
- Sicherheit schaffen: Stolperfallen, Kerzen

Wäschepflege

- Wäschebedarf: z.B. Unterwäsche, Bettwäsche
- Sortieren, waschen, trocknen, bügeln, schrankfertig machen, kleine Instandsetzungen
- in Reinigung bringen und abholen etc.
- Wäschewechsel: Betten, Handtücher etc.
- Vorhänge waschen

Verpflegung / Essen und Trinken

- Vorbereitung und Zubereitung von Mahlzeiten:
- Tischdecken und -abräumen
- Resteverwertung und Geschirrreinigung
- Gästebewirtung und Feste

Einkaufen / Botengänge / Lieferdienste

- Lebensmittel
- Essen auf Rädern
- Non-Food
- Behördengänge
- Apothekendienst

Tierbetreuung

- füttern
- ausführen
- Reinigung (Käfig, Katzenklo etc.)
- Tierarzt

Außerhalb der Wohnung / Außenbereich:

- Kehrwoche, Müll rausstellen
- Gartenarbeit, kleine Reparaturen
- Winter- und Kehrdienste
- KFZ-Pflege

Einmalige Hilfen

- Umzugshilfen
- Haus hüten
- Renovierungen und Instandhaltung

Haushaltsmanagement

(i.W. Planung und Kontrolle)

- Bedürfnis- und Bedarfsermittlung
- Grundlegende Entscheidungen zur Alltagsgestaltung und -bewältigung: Sinnsetzung – Handlungsspielräume - Ressourcen
- Grundlegende Entscheidungen zu allen sachbezogenen und personenbezogenen Dienstleistungen (ja /nein)
- Entscheidungen zu Umfang und Art der haushaltsbezogenen Dienstleistungen
- Operative Detailplanung: was gibt es wann zu Essen, was soll wann wie gereinigt werden, Ersatzbeschaffungen z.B. Wäsche und Kleidung,
- Regelmäßige Überprüfung der getroffenen Entscheidungen
- Kontrolle der Dienstleister
- Koordination von Terminen und Dienstleistungen
- Finanzmanagement, Schriftverkehr
- Information / Kommunikation: z.B. Recherche, Hilfe bei der Mediennutzung
- Organisation z.B. Reparaturen/Instandhaltung, Arzt

Hauswirtschaftliche Betreuung / Assistenz / Begleitung

- Befähigung von Menschen mit Hilfebedarf, die Versorgungsaufgaben des Alltags so eigenständig wie möglich wahrzunehmen, um Teilhabe und Selbstbestimmung zu ermöglichen: insbes.
 - Verpflegung
 - Reinigung
 - Wäsche
 - Wohnraumgestaltung

Freizeitgestaltung und Teilhabe am sozialem Leben

- Besuche
- Gäste und Feste
- Sport und Unterhaltung
- Spazierengehen
- Vorlesen
- Unterstützung bei Hobby und Mediennutzung

Mobilität

- Begleit- und Fahrdienste
- Kirchgänge, religiöse Aktivitäten
- reisen

Körperpflege: Wohlfühlen

- Frisör
- Fuß- und Handpflege, Massage

Gesundheit und Grundpflege

- Ernährungsberatung und -assistenz
- Krankengymnastik
- Grundpflege: Hilfe beim Ankleiden, Hilfe beim Mahlzeiten einnehmen, Toilettengang u.a.

Eine Form der haushaltsbezogenen Dienstleistung ist die hauswirtschaftliche Betreuung bzw. Assistenz. Hier werden sach- und personenbezogene Dienstleistungen miteinander kombiniert. Ziel ist dabei, die Personen im Haushalt soweit zu unterstützen, dass sie die Aufgaben möglichst selbst erledigen können bzw. sie daran beteiligt werden, um Teilhabe und Selbstbestimmung zu ermöglichen (dgh 2012, Pfannes/Feulner 2014) (s. Abbildung 10).

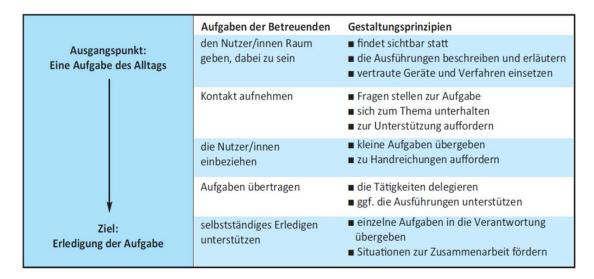


Abbildung 10: Spezifisches Anleiten in der hauswirtschaftlichen Betreuung (dgh 2012, S.24)

4 Zusammenfassung und erstes Resümee

Um ein umfassendes Verständnis von der Bedeutung haushaltsbezogener Dienstleistungen für ein "Gutes Leben im Alter" zu bekommen, wurde zunächst grundlegend geklärt, was unter Lebensqualität zu verstehen ist und welche Rolle dafür HDL spielen und was Charakteristika und Qualitäten von privaten Haushalten und Haushaltsarbeit sind.

Das Lebensqualitätsmodell des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) wird als Grundlage für die Bewertung der Lebensqualität durch HDL genommen.

Legt man diesen individuell-subjektiven Ansatz der Lebensqualität zugrunde, kann eine allgemeine Einordnung, welche haushaltsbezogenen Leistungen notwendig und welche Luxus sind, nicht allgemeinverbindlich formuliert werden. Es könnten allerdings ggf. Rahmenbedingungen für HDL entwickelt werden.

Der Personen- und Sachbezug privater Haushalte ist ein wichtiges Charakteristikum privater Haushalte. Sie sind der Ort, in dem individuelle Lebensqualität geschaffen wird, die

nicht nur der Lebenserhaltung, sondern auch der Kultur des Zusammenlebens und Persönlichkeitsentfaltung dient.

- Sollen HDL Lebensqualität im Alter erhalten, dann sind diese verschiedenen Dimensionen der Versorgung, Fürsorge, Individualität und Privatheit sowie gesellschaftlichen Zusammenlebens zu berücksichtigen.
- Inwieweit diese Dienstleistungen auch Fürsorgeaspekte enthalten, hängt endscheidend von der Beziehungsqualität zwischen der professionellen Hauswirtschaftskraft und den älteren Menschen ab.

Private Haushaltsarbeit ist immer Arbeit und Fürsorge zugleich, wird traditionell von Frauen erbracht, braucht immer eine Sinnsetzung und Ressourcen und hat (mehr oder weniger große) Handlungsspielräume. Haushaltsarbeit findet immer aus einem Mix von Eigenarbeit und Fremdvergabe statt. Was in welchem Umfang an wen vergeben wird, hängt von diesen Faktoren ab

Anlass für die Vergabe haushaltbezogener Dienstleistungen zur Erhaltung der Lebensqualität im Alter ist ein Hilfebedarf älterer Menschen. Hier ist die Frage zu klären, wie neue Versorgungsarrangements mit externen haushaltsbezogenen Dienstleistungen gefunden werden können, die finanziell machbar sind und auf die Bedürfnisse der älteren Menschen zugeschnitten sind.

Haushaltsarbeit besteht aus Haushaltsmanagement und ausführenden Tätigkeiten.

Ausführende Tätigkeiten können gut an Dritte haushaltsfremde Personen vergeben werden, dagegen muss das Haushaltsmanagement in der Hand der haushaltführenden Person bleiben bzw. an eine Person vergeben werden, die die persönlichen und rechtlichen Interessen der haushaltsführenden Person vertritt.

Es wurde eine Definition haushaltsbezogener Dienstleistungen entwickelt, die die Aspekte der individuellen Lebensqualität sowie die sach- und personenbezogenen Aspekte der Haushaltsarbeit berücksichtigt, als auch das Drittpersonenkriterium, die Haushaltsnähe und die Arbeitsmarktperspektive.

5 Charakteristika der Zielgruppe ältere Menschen

Als Hintergrund für die folgenden Ausführungen zum Thema HDL für ältere Menschen soll hier zunächst allgemein die Gruppe der älteren Menschen mit ihrer Wohn- und Lebenssituation charakterisiert werden.

5.1 Lebensformen

Die Zielgruppe der älteren Menschen ist keine homogene Gruppe⁵, sondern sie unterscheidet sich je nach Alter, körperlicher Fitness, persönlichem Lebensstil und Haushaltssituation, z.B. ob sie alleine, mit Partner/in oder anderen Personen leben. Abbildung 11 gibt eine Übersicht über die Lebensformen der Bevölkerung ab 65 Jahren. Dies zeigt vor allem einen Gender-Unterschied, der damit zusammenhängt, dass Frauen durchschnittlich länger leben als Männer: 67 % Männer leben auch im höheren Alter (über 80 Jahre) noch überwiegend mit der Ehepartnerin zusammen, während Frauen überwiegend alleine leben (Destatis 2013, S.213). Diese meist verwitweten, alleinstehenden Frauen sind auch diejenigen, die am häufigsten von Altersarmut betroffen ist, da sie i.d.R. keine oder nur geringe eigenständige Rentenansprüche erworben haben (Destatis 2013, S.162).

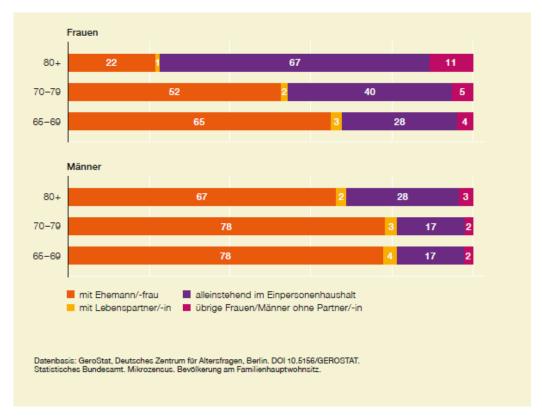


Abbildung 11: Lebensformen der Bevölkerung ab 65 Jahren 2011 – in Prozent (Destatis 2013, S.213)

_

⁵ Der 6. Altenbericht (2010) der Bundesregierung beschäftigt sich ausführlich mit Altersbildern.

Die Mehrzahl der älteren Menschen (94 % der Bevölkerung ab 65 Jahren) lebt ohne Kinder im eigenen Haushalt. Sie sind in der Regel gut in soziale Netzwerke eingebunden. Auch wenn die Wohnentfernung zwischen den Generationen in den letzten Jahren zunimmt und immer weniger ältere Eltern in der Nähe der erwachsenen Kinder wohnen, wird weiterhin ein reger Kontakt gepflegt. 81 % der Eltern treten trotz räumlicher Entfernung einmal pro Woche mit den Kindern in Kontakt. Eine generelle Vereinzelung im Alter kann nicht bestätigt werden, es gibt keine Hinweise, dass ältere Menschen einem erhöhten Risiko sozialer Isolation unterliegen (Destatis 2013, S.214).

5.2 Gesundheit

Altern hängt sowohl vom biologischen Alter ab als auch vom Lebensstil und äußeren Umweltbedingungen. Wie fit und selbständig ein Mensch im Alter lebt, lässt sich nicht am kalendarischen Alter⁶ festmachen, sondern hängt stark von Krankheiten, Lebensstil- und Umweltfaktoren ab. Allerdings verändert sich mit steigendem Alter die körperliche, funktionale und subjektive Gesundheit. Dabei wird unter körperlicher Gesundheit verstanden, wenn keine körperlichen Erkrankungen vorliegen. Die funktionale Gesundheit ist gut, wenn die Mobilität und die Selbstversorgung nicht eingeschränkt sind. Die subjektive Gesundheit kommt in der Bewertung der eigenen gesundheitlichen Situation zum Ausdruck (BMFSFJ 2013, S.29).

Zu Beginn der Lebensphase Alter (mit etwa 65 Jahren) liegen die körperliche, die funktionale und die subjektive Gesundheit noch recht nah beieinander (siehe Abbildung 12). Menschen, die ihren Gesundheitszustand als gut bewerten, sind tatsächlich auch körperlich wenig krank und in ihrer Mobilität und Selbstständigkeit wenig eingeschränkt.

Die körperliche Gesundheit verschlechtert sich mit steigendem Alter relativ stetig. Auch die funktionale Gesundheit verschlechtert sich mit dem Älterwerden: Mit den Jahren sind die Menschen immer weniger mobil und selbstständig. Diese Entwicklung verläuft nicht gleichförmig, sondern beschleunigt sich mit zunehmendem Alter. In der Phase zwischen dem 65. und dem 75. Lebensjahr sind die Einbußen an Mobilität und Selbständigkeit noch relativ gering. In der Mitte des neunten Lebensjahrzehnts nimmt die funktionale Gesundheit dann fast schon rasant ab.

"Im Vergleich dazu weist die subjektive Gesundheit eine (verblüffend) geringe, jedoch stetige altersabhängige Verschlechterung auf. Menschen in der Mitte des neunten Lebens-

⁶ Die WHO differenziert die Gruppe der "Älteren Menschen" nach kalendarischem Alter in fünf Gruppen: alternde Menschen: 50-60 Jahre; ältere Menschen: 61-75 Jahre, alte Menschen: 76-90; sehr alte: 91-100 und Langlebige: >100 Jahre

jahrzehnts sind aus gesundheitlichen Gründen deutlich weniger mobil und selbständig als sie es 20 Jahre früher waren, sie bewerten ihren Gesundheitszustand aber nicht in gleichem Maße als schlechter. Dies ist bemerkenswert: Obwohl körperliche Erkrankungen und vor allem zunehmende Mobilitätseinschränkungen vorliegen, bewerten Menschen ihre Gesundheit oftmals durchaus als relativ gut" (BMFSFJ 2013, S.30).

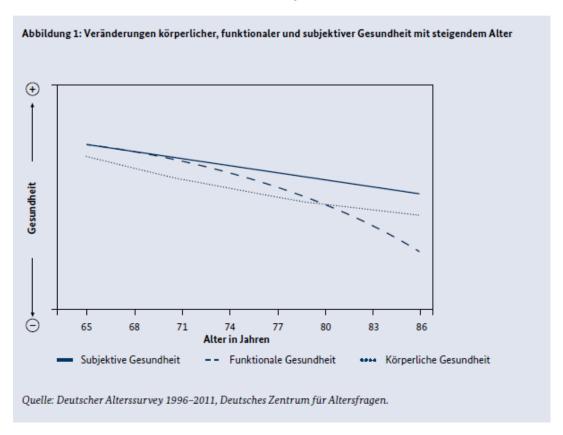


Abbildung 12: Veränderungen der körperlichen, funktionalen und subjektiven Gesundheit mit steigendem Alter (BMFSFJ 2013)

"Darüber hinaus zeigt sich, dass insgesamt die Bildung für alle drei Aspekte der Gesundheit von großer Bedeutung ist. In jedem Alter sind Menschen mit hoher Bildung körperlich, funktional und subjektiv gesünder als Menschen mit einer niedrigeren Bildung. Das heißt, dass Menschen mit hoher Bildung weniger an körperlichen Erkrankungen leiden, weniger in ihrer Mobilität und in ihrer Selbständigkeit eingeschränkt sind und ihre Gesundheit positiver bewerten als Menschen mit niedrigerer Bildung" (BMFJSF 2013, S.32).

5.3 Ökonomische Situation

Die heute in Deutschland lebenden älteren Menschen verfügen im Durchschnitt über mehr finanzielle Ressourcen als jede vorangehende Generation älterer Menschen, sie haben im Durchschnitt einen besseren Gesundheitszustand und einen höheren Bildungsstand als die älteren Menschen früherer Generationen (BMFSFJ 2013, S.22). Von den älteren Menschen mit Altersbezügen hatten Rentner/-innen im Jahr 2011 ein durchschnittliches Einkommen von 2120 € und Pensionäre/Pensionärinnen ein Einkommen von 3901 €. (Durchschnittliches Haushaltseinkommen in Deutschland lag bei 2988 €) (Destatis 2013, S.145).

Insgesamt sind zurzeit ältere Menschen weniger armutsgefährdet als andere Bevölkerungsgruppen in Deutschland. Armutsgefährdet waren 14,2 % der Personen in der Gruppe der über 65-jährigen, wobei die Frauen mit 16,2 % deutlich häufiger von Armut betroffen sind als Männer mit 12 % (Jahr 2010). Zum Vergleich: Im Bundesdurchschnitt waren 2010 insgesamt 15,6 % der Bevölkerung armutsgefährdet (Destatis 2013, S.161f).

Auch im internationalen Vergleich sind die Armutsgefährdungsquoten älterer Menschen in Deutschland niedrig. Von den 15 EU-Ländern vor der Ost-Erweiterung ab 2004 haben nur Frankreich, die Niederlande und Luxemburg niedrigere Armutsgefährdungsquoten älterer Menschen als Deutschland (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2012, S.7).

5.4 Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

Der überwiegende Teil der älteren Bevölkerung ist nicht pflegebedürftig und über die Hälfte der Älteren erhalten bis zum Tode keine Pflege. Die Pflegebedürftigkeit nimmt mit zunehmendem Alter erwartungsgemäß zu: Von den 70-75-jährigen sind nur 5 % pflegebedürftig nach SBG XI, bei den über 90-jährigen allerdings der überwiegende Teil mit 61 % (Friedrich-Ebert-Stiftung 2012, S.15).

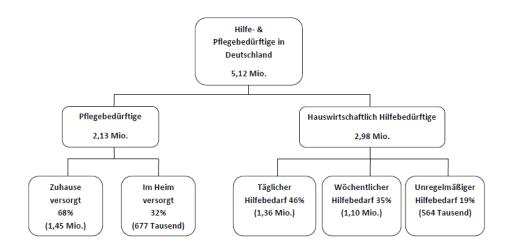


Abbildung 13: Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Deutschland im Jahr 2005 (Deeken 2009, S.64 in Anlehnung an: StBA 2008a, S.18)

Insgesamt sind 5,12 Mio Menschen in Deutschland Hilfe- und Pflegebedürftige⁷, wovon ein höherer Bedarf bei der Hauswirtschaft liegt (2,98 Mio) (s. Abbildung 13). Dabei liegt bei 46 % ein täglicher und bei 35 % ein wöchentlicher Hilfebedarf vor.

Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, davon wird der überwiegende Anteil (ca. 70 %) alleine von Angehörigen versorgt. Der kleinere Teil (ca. 30 %) erfolgt jedoch zusammen oder vollständig durch ambulante Pflegedienste (Destatis 2013b, S.11).

5.5 Zukünftige demographische Entwicklung

Bereits in den kommenden beiden Jahrzehnten wird der Anteil der älteren Menschen an der Bevölkerung deutlich steigen. Heute besteht die Bevölkerung mit jeweils einem Fünftel noch fast zu gleichen Teilen aus Kindern und jungen Menschen unter 20 Jahren und aus 65-Jährigen und Älteren. Im Jahr 2030 werden die 65-Jährigen und Älteren bereits etwa 29 % der Bevölkerung ausmachen. 2060 wird dann jeder Dritte (34 %) mindestens 65 Lebensjahre durchlebt haben (BMI 2012, S.1).

Wegen der Verschiebung des Altersaufbaus und des Rückgangs der Bevölkerung insgesamt wird sich das Verhältnis von älteren Menschen über 65 Jahre zu Menschen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland deutlich verschieben (s. Abbildung 14).

Jahr	Über 65-jährige	20 bis unter 65-jährige
2006 (1:3,1)	ⅉ	** *
2025 (1 : 2,4)	ⅉ	**
2050 (1 : 1,6)	፟ 大	**

Abbildung 14: Verschiebung des Verhältnisses von älteren Menschen über 65 Jahren zu Menschen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland (Freytag-Leyer 2010)

Im Jahr 2010 waren rund 2,42 Millionen Menschen auf Pflege angewiesen. Diese Zahl könnte nach den heutigen Annahmen bis zum Jahr 2020 auf rund 2,9 Millionen und im Jahr 2030 auf 3,37 Millionen Menschen steigen. Ein besonderes Problem stellt dabei die Zunahme demenzieller Erkrankungen dar (BMI 2012, S.9).

-

⁷ Zur hauswirtschaftlichen Hilfebedürftigkeit liegen die aktuellsten Daten aus 2005 vor.

Diese einführende Übersicht zu ausgewählten Aspekten der Situation älterer Menschen in unserer Gesellschaft bildet die Grundlage zur weiteren Beschreibung und Interpretation des Themas "Haushaltsbezogene Dienstleistungen für ältere Menschen".

6 Bedeutung der Haushaltsbezogenen Dienstleistungen

6.1 Vorbemerkung

Empirische Studien, die explizit die Bedeutung von HDL für ältere Menschen für ihre Lebensqualität, Gesundheit und Selbständigkeit untersuchen, liegen nicht vor. Allerdings benennen und begründen diverse Veröffentlichungen, die sich mit haushaltsbezogenen Dienstleistungen für ältere und pflegebedürftige Menschen beschäftigen, deren besondere Relevanz einerseits für die Selbständigkeit in der eigenen Häuslichkeit und andererseits für den Grundsatz "ambulante vor stationärer Versorgung" (Weinkopf 2005; Hessen Agentur 2008).

6.2 Relevanz von HDL für ältere Menschen

Wohnen und die private Lebens- und Haushaltsführung sind zentral für die individuelle Lebensqualität. Sie dient nicht nur der basalen Lebenserhaltung - d.h. der Befriedigung der Grundbedürfnisse - sondern auch der Kultur des Zusammenlebens und ist Ausdruck der Persönlichkeit (vgl. von Schweitzer 1991, S.134). Das "Zuhause" ist der Ort, wo erwachsene Menschen ihr Leben individuell gestalten können, wo sie privat sein können, wo sie prinzipiell entscheiden können, wie sie ihren Alltag gestalten, wo sie ihre Gewohnheiten leben und ihren Lebensstil pflegen. Die private Lebens- und Haushaltsführung ist mit entscheidend für das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden.

Vor diesem Hintergrund haben sowohl das gewohnten Wohnumfeld von älteren Menschen mit (zunehmendem) Hilfebedarf als auch die Unterstützung durch ein familiales Netzwerk bzw. durch HDL eine wichtige Aufgabe für die Selbstbestimmung und Erhaltung der Selbstständigkeit. Gleichzeitig trägt sie zur Erhaltung der Gesundheit und Lebensfreude bei und ist somit zentral für die Lebensqualität (vgl. Kap. 2).

Auch wenn die Bedeutung haushaltsbezogener Dienstleistung für ältere Menschen bislang empirisch wenig erfasst ist, werden in verschiedenen Kontexten folgende Aspekte immer wieder qualitativ beschrieben:

Umfang hauswirtschaftlicher Tätigkeiten im Verhältnis zu Pflege

• Hauswirtschaftliche Dienstleistungen sind Voraussetzung für ein effektives pflegerisches, therapeutisches und pädagogisches Arbeiten (Meier-Gräwe 2013, S.27).

- Bei pflegebedürftigen Menschen macht üblicherweise die Alltagsbegleitung 70-80
 der Unterstützung aus und der Anteil der Fachpflege 20-30 % (ZQP 2013, S.62; KDA & Wüstenrotstiftung 2014, S.123).
- Eine qualitative Studie zur Situation pflegender Angehöriger zeigt, dass unabhängig davon, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, der durchschnittliche Zeitaufwand für hauswirtschaftliche Dienste und für Hilfen rund um die Mahlzeiten für alle Personen höher ist als der Pflegeaufwand (Heinemann-Knoch et al. 2006, S.417).

Für die Pflege wurde 2013 die Differenzierung in Care und Cure vorgeschlagen (s. Abbildung 15). Die Care-Aufgaben (Sorge, Fürsorge, Versorgung, Betreuung, Zuwendung) sollen von Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn und weiteren professionellen Unterstützern erbracht werden. Die Cure-Seite (Fachpflege, Medizin, Therapie) soll die gesamte Pflegesituation im Blick haben, beschränkt sich aber in ihrem Handeln auf bestimmte fachspezifische Aufgaben.

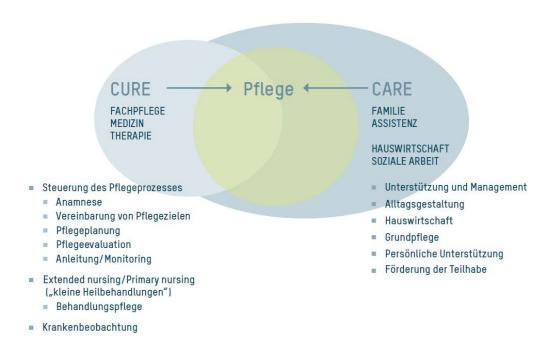


Abbildung 15: Eckpunkte Strukturreform Pflege und Teilhabe: Cure und Care (Hoberg/Klie/Künzel 2013, S.7)

Versorgung von älteren Menschen mit haushaltsbezogenen Hilfen

- Viele pflegebedürftige Menschen erhalten nicht genug Hilfe, um den Alltag entsprechend ihrer Wünsche zu gestalten (ZQP 2013, S.62).
- In Deutschland ist es in den vergangen Jahren weitgehend gelungen, ein flächendeckendes Netz an ambulanten Dienstleistungen vor allem zur pflegerischen Ver-

- sorgung zu etablieren. Vielfach fehlt es jedoch an kleineren Alltagshilfen und allgemeinen Betreuungsleistungen, die für die Erhaltung einer selbständigen Lebensführung ebenso bedeutsam sind (KDA & Wüstenrotstiftung 2014, S.123).
- Es gibt eine Unterversorgung mit haushaltsbezogenen Dienstleistungen bei älteren Menschen, die nicht pflegebedürftig nach dem Pflegeversicherungsgesetz sind, und die HDL nicht finanzieren können (Deeken 2009, S.85).

Relevanz haushaltsbezogener Dienstleistungen für die Selbständigkeit

- Die komplementären Leistungen zu den Leistungen der Pflege im ambulanten Bereich haben eine hohe Bedeutung bezüglich ihrer Funktion zur Aufrechterhaltung der Selbständigkeit in der eigenen Häuslichkeit und zur Prävention und Absenkung des Pflegebedarfs (Landtag NRW 2000:19, zitiert nach Weinkopf 2005, S.36).
- Die Bedeutung der möglichst langen selbständigen Haushaltsführung älterer Menschen lässt sich auch aus den Konzepten der Lebensqualität ableiten. So spielen in allen Konzepten zur Lebensqualität "Persönliche Kontrolle und Selbständigkeit" sowie "Vertrautheit und Beherrschung der Umgebung" neben Gesundheitszustand, positiven Beziehungen zu anderen Menschen, finanzieller Situation, Bildung und Familienstand eine wichtige Rolle (Dühring 2006, S.50). Durch das selbständige Wohnen im eigenen vertrauten Haushalt wird diese Selbständigkeit und Kontrolle erhalten bzw. gefördert.
- Andererseits ist gerade bei älteren Menschen die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von HDL besonders hoch. Oftmals wird eher ein Umzug in ein Altenheim in
 Erwägung gezogen, obwohl die Betroffenen mit einer entsprechenden Entlastungshilfe weiterhin gut in der eigenen Wohnung zurecht kämen (BMFSFJ 2011,
 S.17).

<u>Fazit:</u> HDL haben eine hohe Relevanz für die Selbständigkeit, Selbstbestimmung & Teilhabe, Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen, wenn sie und ihr familiales bzw. soziales Umfeld nicht mehr in der Lage sind, die Tätigkeiten (im vollen Umfang) selbst zu erledigen. Die Relevanz der haushaltsbezogenen Dienstleistungen wird allerdings bisher in Veröffentlichungen und Politik weitgehend unterschätzt. Hier besteht noch ein Forschungsbedarf, um die Relevanz haushaltsbezogener Dienstleistungen für eine möglichst lange Selbständigkeit älterer Menschen und "ein gutes Leben im Alter" empirisch zu fundieren. Außerdem besteht ein Aufklärungsbedarf, um alle relevanten gesellschaftlichen Akteure auf diese Bedeutung haushaltsbezogener Dienstleistungen hinzuweisen.

6.3 Bedeutung von haushaltsbezogenen Dienstleistungen für die Daseinsvorsorge der Kommunen

Der Begriff der kommunalen Daseinsvorsorge⁸ meint, dass die Gemeinde wirtschaftliche, soziale und kulturelle Dienstleistungen für alle Bürger/-innen bereitstellt, ursprünglich mittels eigener Einrichtungen. Sie ist dazu durch das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 I Grundgesetz) verpflichtet. Zur kommunalen Daseinsvorsorge gehören Energie- und Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung, Polizei, Feuerwehr, Krankenhäuser, Friedhöfe, sozialer Wohnungsbau, ÖPNV sowie kulturelle, sportliche und soziale Angebote.

Als soziale Dienstleistung zur Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit und zur Sicherung der Lebensqualität älterer Menschen gehören HDL eigentlich zu den Aufgaben der kommunalen Daseinsvorsorge. So sind nach dem Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen (PfG NW) die Kreise und Kreisfreien Städte für die zur Umsetzung des Vorrangs der häuslichen Versorgung erforderlichen komplementären ambulanten Dienste (§ 10; Abs. 2 PfG NW) verantwortlich. Dazu gehören neben Beratungsdiensten zur Wohnraumanpassung, Hausbetreuungsdiensten, Hausnotrufdiensten und anderen ambulanten Diensten auch hauswirtschaftliche Hilfen (Weinkopf 2005, S.22).

Mit dem demografischen Wandel und der Zunahme älterer Menschen verändern sich die Aufgaben der Daseinsvorsorge der Kommunen, sodass sie zunehmend Seniorenpolitik und damit die Versorgung von Senioren in den Blick nehmen. Im Folgenden werden Beispiele für Seniorenpolitik von Bundesländern und Kommunen vorgestellt mit einem besonderen Fokus auf HDL.

6.3.1 Quartierskonzepte

Quartierskonzepte sind im Zusammenhang mit "Wohnen im Alter" entwickelt worden (s. Abbildung 16). Hier geht es um ein ganzheitliches Verständnis von "Wohnen im Alter", das den direkten sozialen Nahraum der älteren Menschen in den Blick nimmt und bei dem es darum geht, möglichst bedarfsgerechte Rahmenbedingungen für möglichst viele Lebensbereiche zu schaffen (KDA & Wüstenrot Stiftung 2014, S.10). HDL sind hier unter "Wohnbegleitende Hilfe-/Pflegeangebote" subsumiert.

_

⁸ Was zur Daseinsvorsorge zählt, ist Gegenstand gesellschaftlicher und politischer Auseinandersetzungen; "Daseinsvorsorge" ist auch ein Rechtsbegriff, aus dem Verpflichtungen für die Gemeinden einerseits und Ansprüche der Bürger/-innen andererseits ableitbar sind. Das soll hier nicht weiter vertieft werden.

Ganzheitliches Verständnis von Wohnen im Alter im Sinne von Quartierskonzepten

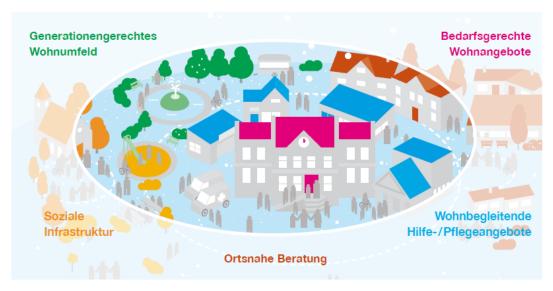


Abbildung 16: Ganzheitliches Verständnis von Wohnen im Alter im Sinne von Quartierskonzepten (KDA & Wüstenrotstiftung 2014, S.10)

Auch bei den Ansätzen des KDA zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen "Die 5. Generation: KDA Quartiershäuser" wurde der Quartiersgedanke aufgegriffen und ein sozialräumlicher Versorgungsansatz gewählt (KDA 2012).

6.3.2 Versorgungsverbund

Ein weiteres Konzept ist der Versorgungsverbund, bei dem es sich um ein Netzwerk von Anbietern von Unterstützungsleistungen handelt. Hier steht der private Haushalt im Mittelpunkt, mit einem individuellen Beziehungsgefüge von Versorgungsinstitutionen bzw. Versorgungsverbundpartnern. Zweck eines Versorgungsverbundes ist die Gewährleistung der unmittelbaren personalen Versorgung zur Alltagsbewältigung der Haushaltsmitglieder. (Preuße 2007, S.51; Deeken 2009, S.79). Dazu zählen im engeren Sinne Privathaushalte, hauswirtschaftliche Dienstleistungsbetriebe, Anbieter haushaltsbezogener Dienstleistungen sowie private Netzwerke (vgl. Bottler 1987, S.22; Bottler 1997, S.135). Im weiter gefassten Sinn kann der Versorgungsverbund mit der vorherrschenden Infrastruktur gleichgesetzt werden (Deeken 2009, S.80). In der Praxis handelt es sich immer um eine situativ-konkrete Ausprägung des Versorgungsverbundes, die auf den jeweiligen personen-, haushalts- und infrastrukturellen Aspekten und Gegebenheiten basiert. Dieser sich ergebende situativ-konkrete Versorgungsverbund kann auch als Wohlfahrtsmix oder Versorgungsmix bezeichnet werden, worunter eine Mischung aus den drei formalen, namentlich öffentlichen, frei-gemeinnützigen und privat-gewerblichen Anbietern sowie der informellen Hilfenetzwerke verstanden wird (Schneekloth/Wahl 2005, S.17, zitiert nach Deeken 2009, S.82).

Den öffentlichen Trägern kommt in diesem Versorgungsmix verfassungsrechtlich bedingt die öffentliche Letzt- und Gesamtverantwortung zu, d.h. dass sie neben der Gewährleis-

tung von Zugänglichkeit, Verlässlichkeit und Qualität der Leistungen für die Bereitstellung von Angeboten zur Deckung des Bedarfs bestimmter Gruppen zuständig sind, sofern sie nicht von anderen Anbietern im Versorgungsmix gedeckt wird. So sind die öffentlichen Träger zuständig für nicht-marktfähige soziale Dienstleistungen, wie etwa Gemeinwesenarbeit für ältere Menschen sowie die Übernahme von sozialanwaltschaftlichen Funktionen (Bäcker/Naegele/Bispinck et al. 2008, S.549, zitiert nach Deeken 2009, S.82).

6.3.3 Caring Community

Bei dem Leitbild "Caring Community" oder "Sorgende Gemeinschaft" geht es darum, Formen der Gemeinwirtschaft und des bürgerschaftlichen Engagements miteinander zu kombinieren, d.h. professionelle Akteure arbeiten mit bürgerschaftlich Engagierten zusammen. Dabei kommt den Kommunen die Aufgabe der Kommunikations- und Vernetzungsarbeit zu und die Aufgabe, die notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen, Infrastruktur und Räumlichkeiten zwischen allen Beteiligten gerecht zu verteilen. Auch kritische Akteure müssen immer wieder eingeladen und ins Boot geholt werden. Ein Beispiel hierfür ist das Dorf Eichstetten am Kaiserstuhl, dass die Bürgergemeinschaft Eichstetten e.V. gründete, die sich über Mitgliedbeiträge und Entgelte finanziert. Diese bietet hilfebedürftigen Bürgern ehrenamtlich oder gegen Bezahlung hauswirtschaftliche oder pflegerische Dienste an. Hier betont der Bürgermeister, dass es sich bei "Pflege" zu 70-80 % um Alltagsbegleitung handelt und er die Erfahrung gemacht hat, dass viele pflegebedürftige Menschen nicht genug Hilfe erhalten, um den Alltag entsprechend ihrer Wünsch zu gestalten (ZQP 2013, S.62). Auch die Gemeinde Echingen hat mit ihrem Alten-Service-Zentrum vor ca. 20 Jahren den Gedanken aufgegriffen und ein Alten-Service-Zentrum entwickelt (Kreuz 2014, S.38-42).

6.3.4 Beispiel Bayern: Seniorenpolitisches Gesamtkonzept

In Bayern sind die bayrischen Landkreise und kreisfreien Städte verpflichtet, integrative regionale seniorenpolitische Gesamtkonzepte zu entwickeln. Allerdings wird in dem Konzept haushaltsbezogenen Dienstleistungen keine explizite Rolle für das selbständige Wohnen älterer Menschen zugeschrieben, sondern als ein eher kleinerer Teil in dem Bereich "Betreuung und Pflege" bzw. "Wohnen zu Hause" thematisiert. In dem Konzept werden keine professionellen haushaltsbezogenen Dienstleistungen thematisiert (z.B. Dienstleistungsagenturen), sondern vorgeschlagen, diese Leistungen durch Nachbarschaftshilfe, Putzhilfen auf 400 €Basis und "Essen auf Rädern" zu erbringen (Stmas 2010, S.21). Auch bei den sieben preisgekrönten Gemeinden und Städten mit einem seniorenpolitischen Gesamtkonzept werden nur in wenigen Städten HDL explizit mit ins Konzept aufgenommen. In Aschaffenburg gibt es eine Aufklärung über die Möglichkeit, Haushaltshilfen regulär einzustellen (z.B. Minijob), um die Schwarzarbeit mit osteuropäischen Frauen zu verringern. In Rödental organisiert die Stadt nun "häusliche Hilfen (ohne Krankenpfle-

ge)", nachdem in einer Befragung älterer Menschen deutlich wurde, dass zu hohe Kosten für die bestehenden Betreuungsangebote für "Wohnen zuhause" entstehen (Stmas 2009, S.22).

6.3.5 Europäische Ebene

Auch auf europäischer Ebene wird das Thema unterstützender Dienstleistungen für ältere Menschen vor dem Hintergrund der alternden Gesellschaft in europäischen Staaten zunehmend wahrgenommen und Lösungsansätze diskutiert. Hiervon zeugen u.a. die Berichte und Tagungen der Beobachtungsstelle für gesellschaftliche Entwicklungen in Europa zum Thema "Eldercare Services in Europa – Pflege, familienunterstützende und haushaltsnahe Dienstleistungen für ältere Menschen (Angermann 2011; Angermann/Eichhorst 2012). Hier werden verschiedene europäische Konzepte, wie haushaltsbezogene Dienstleistungen organisiert und finanziert werden, miteinander verglichen und Stärken und Schwächen herausgearbeitet. Begründet werden diese Aktivitäten mit dem demographischen Wandel und dass in Zukunft immer weniger junge Menschen zur Verfügung stehen, die die älteren Menschen versorgen können. Die Europa 2020 Strategie hat fünf Zielsetzungen, die auch auf Eldercare Services Auswirkungen haben könnten: Beschäftigung, Innovation, Bildung, soziale Integration und Klima (Angermann 2011, S.4).

6.3.6 Förderung und Finanzierung von HDL durch die Kommunen

Insgesamt werden haushaltsnahe Dienstleistungen durch die Bundesländer nur wenig gefördert. Eine Umfrage des KDA im Jahr 2013 zeigt, dass von den 16 Bundesländern drei (Bremen, Niedersachsen und Rheinland Pfalz) Vermittlungsstellen bzw. Dienstleistungszentren fördern und zwei die Qualitätssicherung von Haushaltsdiensten (NRW, Rheinland Pfalz). Hier übernimmt NRW mit dem Ausbau einer Datenbank für haushaltsnahe Dienstleistungen, bei der sich ältere Menschen bei Bedarf informieren und ein qualitätsgesichertes Angebot auswählen können, eine Vorreiterrolle für ein regionales, transparentes Angebot. Den Ausbau des Angebots von wohnbegleitenden Dienstleistungen fördern drei Bundesländer, indem sie diese Dienstleistungen mitfinanzieren oder gezielt ehrenamtliches Engagement fördern (KDA & Wüstenrotstiftung 2014, S.125ff).

Dem Angebot haushaltsbezogener Dienstleistungen als Aufgabe der Daseinsvorsorge steht ein Finanzierungsproblem entgegen. Obwohl die Bedeutung der komplementären Leistungen bezüglich ihrer Funktion zur Aufrechterhaltung der Selbständigkeit in der eigenen Häuslichkeit und zur Prävention und Absenkung des Pflegebedarfs bekannt ist (Landtag NRW 2000:19, zitiert nach Weinkopf 2005, S.36), kommen die Kommunen den komplementären Dienstleistungen nur im geringen Umfang (ggf. sogar zunehmend weniger) nach. Neben einer möglicherweise "unzulänglichen Wahrnehmung der Verantwortung der Kommunen" könnte dies auch mit der vielfach angespannten finanziellen Lage der Kommunen zusammenhängen (Weinkopf 2005, S.36).

6.3.7 HDL für ältere Menschen mit geringem Einkommen

Der Zugang von Haushalten älterer Menschen mit Hilfebedarf im Bereich HDL ist kaum im Blick bei den Betrachtungen und Diskussionen. In den Berichten widmet sich lediglich Weinkopf (2005, S.35f) in einem Unterkapitel etwas ausführlicher dem Thema "Zugänglichkeit von Dienstleistungen für Einkommensschwache".

Die Kommunen haben im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge eine besondere Verantwortung für die Gruppe der älteren Menschen, die (noch) nicht pflegebedürftig nach dem Pflegeversicherungsgesetz⁹ ist, aber Unterstützungs bei der Haushaltsführung benötigt und die ein zu geringes Einkommen hat, um aus eigenen Mitteln HDL einzukaufen.

Eine finanzielle Förderung dieser Gruppe hat nach Weinkopf (2005, S.35f) den Vorteil für die Kommunen, dass durch Prävention und Aufrechterhaltung der Selbständigkeit in der eigenen Häuslichkeit die stationäre Versorgung, die erheblich höhere Zuzahlungen erfordert, reduziert werden könnte. Rahmenbedingungen mit spezifischen Förderansätzen sollten auch Hilfebedarfe von Personen ohne einen Leistungsanspruch aus dem PflegeVG (sog. "Pflegestufe 0") berücksichtigen. Eine zielgruppenspezifische Förderung direkt und steuerunabhängig sollte seitens der politischen Entscheidungsträger nicht ausgeschlossen werden: Denkbar wäre z.B. ein Gutscheinmodell wie in Belgien, Niederlande, Österreich. Die Förderung könnte nachfrage- und angebotsorientiert erfolgen (Hessen Agentur 2008, S.78f). Damit könnte die Versorgung und Betreuung von einkommensschwachen hilfebedürftigen älteren Menschen im legalen Segment erfolgen. Auch Weinkopf (2005, S.46f) spricht diese Thematik an und verweist u.a. darauf, dass eine besondere Verantwortung der Kommunen bei die Bereitstellung von "komplementären ambulanten Dienstleistungen" liegt. Auch sie sieht hier Möglichkeiten, durch Gutscheine Einkommensschwache zu unterstützen.

Angermann/Eichhorst (2012, S.40) weisen darauf hin, dass professionelle und qualitativ gute unterstützende Dienstleistungen nicht ohne eine dauerhafte Förderung gelingen können. Die Potenziale rechtfertigen aus ihrer Sicht die gesellschaftliche Investition in diesem Bereich. Aus der Sicht von Weinkopf (2005, S.52) darf die individuelle Zahlungsfähigkeit allein nicht über den Zugang zu HDL entscheiden; sie sieht öffentlich geförderte Dienstleistungsangebote für Bedürftige als erforderlich an.

6.3.8Luxus oder Notwendigkeit

Für die staatliche Förderung von HDL stellt sich die Frage, inwiefern HDL als Notwendigkeit oder Luxus einzustufen sind. Zu dieser Fragestellung findet sich nichts in der gesichteten Literatur. Wie in Kap. 7.5 "Entscheidungsprozess und Barrieren für die Vergabe von HDL" gezeigt wird, ist diese Frage bei HDL von hilfebedürftigen älteren Menschen kaum

-

⁹⁹ zu Pflegeversicherung und HDL s. Kap. 12

relevant, weil hier eher die Tatsache vorliegt, dass notwendige Unterstützung wegen verschiedenster Barrieren gar nicht oder erst sehr spät in Anspruch genommen wird.

<u>Fazit:</u> Bislang gibt es kaum Studien zur Bewertung haushaltsbezogener Dienstleistungen zur längeren Selbständigkeit älterer Menschen in ihrer Wohnumgebung und zur Prävention und Absenkung des Pflegebedarfs. In der Literatur werden Hinweise darauf gegeben, dass Kommunen gut beraten sind, wenn sie passgenaue HDL für ein "Gutes Leben im Alter" fördern. So können evtl. höhere Kosten für die Kommunen durch eine frühere Pflegebedürftigkeit und evtl. Heimunterbringung vermieden werden (vgl. Weinkopf 2005, S.36).

7 Nachfrage nach HDL von älteren Menschen

7.1 Vorbemerkung

Zu der Nachfrage speziell älterer Menschen nach haushaltsbezogenen Dienstleistungen gibt es nur wenige Studien, im Gegensatz zu anderen Zielgruppen, z.B. Frauen beim beruflichen Wiedereinstieg (BMFSFJ 2011) oder der deutschen Bevölkerung insgesamt (Prognos 2012, BMFSFJ 2014).

In den folgenden vier Publikationen werden die Bedürfnislage und Nachfrage älterer Menschen nach haushaltsbezogenen Dienstleistungen systematisch und ausführlich(er) dargestellt:

- Weinkopf 2005: Haushaltsnahe Dienstleistungen für Ältere, Expertise für den 5.
 Altenbericht der Bundesregierung
- Hessen Agentur 2008: Haushaltsnahe Dienstleistungen in Hessen, Modul 2: Bedarfsanalyse bezogen auf Haushalte älterer hilfs- bzw. pflegebedürftiger Personen, Wiesbaden (empirische Primärerhebung)
- Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.) (2012): Mehr als Minutenpflege Was brauchen ältere Menschen, um ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit zu führen? Bonn
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (Hg.) (2009): Situation und Bedarf von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen (moH), Projektbericht, Köln

Darüber hinaus können aus weiteren Veröffentlichungen Daten über die Lebenslage älterer Menschen und der Nachfrage nach haushaltsbezogenen Dienstleistungen entnommen werden (z.B. Destatis, WZB 2013). Weiter steht eine Arbeit von Deeken (2009) zur Verfügung, die die Entscheidungskriterien zwischen Eigenerstellung oder Fremdvergabe von älteren Menschen in ihren privaten Haushalten unter einer haushaltswissenschaftlichen

Perspektive untersucht. Datenbasis sind qualitative Interviews mit Anbietern für ältere und hilfebedürftige Haushaltspersonen.

7.2 Zielgruppen für HDL

In diesem Kapitel geht es zunächst um eine allgemeine Darstellung der Zielgruppen, die HDL nachfragen. Hier liefert die Prognos-Studie (2012) die aktuellsten für Deutschland repräsentativen Daten auf Basis von Primärerhebungen und Hochrechnungen. Wo es Daten zu älteren Menschen gibt, werden sie mit dargestellt

Ergebnis der Prognos-Studie ist, dass 12 % aller Haushalte (ca. 4,9 Mio) HDL in Anspruch nehmen, davon kaufen zwei Drittel der Nutzer die Leistungen illegal ("schwarz") ein. Dabei werden HDL durchschnittlich im Umfang von 4,5 Stunden/Woche nachgefragt mit einem durchschnittlichen Stundenlohn von 9,60 € (Prognos 2012, S.26,28). 11 % der Haushalte haben in der Vergangenheit schon einmal bezahlte Hilfe in Anspruch genommen. 39 % der Haushalte schließen gegenwärtig die Inanspruchnahme bezahlter Hilfe definitiv aus.

Folgende Gruppen nehmen HDL überdurchschnittlich in Anspruch (s. Abbildung 17):

- Haushalte mit hohem Einkommen (s.u. "Milieus und Lebensstile")
- Haushalte mit erwerbstätigen Müttern
- Ältere Menschen
- Haushalte, die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung beziehen (Prognos 2012, S.26f)

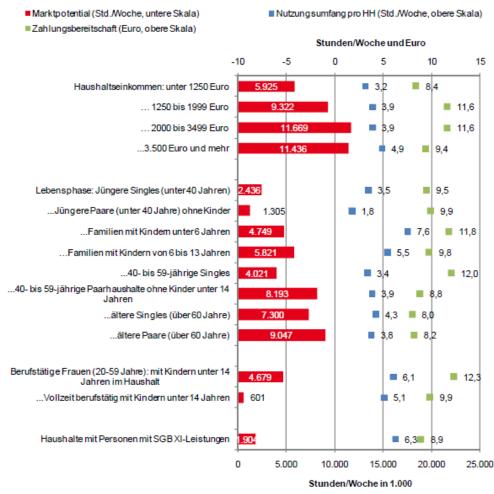
7.2.1 Zahlungsbereitschaft

Die höchste Zahlungsbereitschaft haben nicht die Haushalte mit dem höchsten Einkommen, sondern Singles zwischen 40 und 59 Jahren (bis 12,00 € pro Stunde) sowie berufstätige Frauen mit Kindern (bis 12,30 €/Std.) und Familien mit Kindern unter sechs Jahren (bis 11,80 € pro Stunde).

Die geringste Zahlungsbereitschaft haben Haushalte mit geringen Einkommen (bis 8,40 € /Std) und ältere Menschen über 60 Jahre (bis 8,20 €/Std.) (Prognos 2012, S.27).

In der Studie der Hessen Agentur (2008, S.46) ließen die älteren Menschen eine Höchstgrenze von 7 €/Stunde erkennen. Nur selten lag das Preisniveau bei 10 €/Std, hier vor allem bei alleinlebenden hilfs- und pflegebedürftigen Personen.

In einer GFK-Befragung zur Zahlungsbereitschaft für haushaltebezogene Dienstleistungen von über 50-jährigen Personen, die angegeben hatten, Dienstleistungen in Anspruch nehmen zu wollen, gaben 62 % an, nicht mehr als 125 € im Monat dafür ausgeben zu wollen. Bei den 70-79-Jährigen lag diese Zahlungsbereitschaft mit 65 % noch etwas höher (Weinkopf 2005, S.8).



Quelle: IfD Allensbach (2010).

Abbildung 17: Nutzungsintensität und Zahlungsbereitschaft für haushaltsnahe Dienstleistungen nach ausgewählten sozio-ökonomischen Merkmalen (Prognos 2012, S.27)

7.2.2 Wöchentlicher Bedarf

Der zeitliche Umfang von haushaltsbezogenen Dienstleistungen ist stark abhängig, ob Kinder oder pflegebedürftige Personen zu versorgen sind. Familien mit Kindern unter 6 Jahren nehmen 7,6 Std/Woche und Haushalte mit Personen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen (SBG XI-Leistungen) 6,3 Std/Woche HDL in Anspruch (Prognos 2012, S.27).

7.2.3 Regionale Unterschiede

Haushalte in den alten Bundesländern nehmen HDL etwa doppelt so häufig in Anspruch wie Haushalte in den neuen Bundesländern, was u.a. auf unterschiedliche Einkommensverhältnisse zurückzuführen ist (Prognos 2012, S.26).

Für einen Stadt-Land-Vergleich zeigen sich folgende Bedingungen im ländlichen Raum:

- Die Einwohnerdichte ist geringer.
- Verhältnismäßig wenig Akteure sorgen für das Angebot.
- Viele insbesondere junge Berufstätige wandern ab.
- Die Bevölkerung ist überaltert.
- Viele ältere Menschen wohnen alleine (BMFSFJ 2011, S.47).

Unterschiede in städtischen und ländlichen Regionen wurden in der Studie "Haushaltsnahe Dienstleistungen in Hessen" untersucht. In städtischer Wohnumgebung ist generell von einer größeren Anbieterdichte mit einem entsprechend differenzierten Angebot auszugehen. Allerdings konnten in (eher) ländlichen Regionen bei der qualitativen Untersuchung Beispiele gefunden werden, in denen der Informationsfluss über verschiedenste Unterstützungsleistungen, d.h. auf der Ebene der Beratung und Information, sehr gut funktionierte und damit passgenauere Angebote für Bedarfe entwickelt werden konnten. Allerdings ist im ländlichen Raum die Verfügbarkeit tatsächlich unterschiedlich. So werden bestimmte Angebote nur in weiter entlegenen Nachbarorten angeboten, wodurch durch Fahrtwege die Angebote zu teuer werden (Hessen Agentur 2008, S.45).

Ländliche Regionen zeichnen sich vermutlich vor allem durch eine geringere Dichte an Angeboten aus, d.h. es müssen für die entsprechenden Angebote weitere Wege zurückgelegt werden, wodurch auch höhere Kosten entstehen. Ein weiterer Nachteil ist das Netz des öffentlichen Nahverkehrs, sodass Personen ohne Führerschein und Auto nur eingeschränkt mobil sind. Für ältere Menschen ist zu vermuten, dass wenn sie hilfebedürftig werden und nicht (mehr) mit dem Auto selbstständig mobil sind, hier ein starke Abhängigkeit und evtl. auch Kosten für Mobilität entstehen für Einkäufe, Arztbesuche und soziale Kontakte.

In Bezug auf Mehrgenerationenhäuser zeigt sich, dass in ländlichen Regionen diese mehr genutzt werden als in Städten sowohl in Bezug auf Erbringung als auch Vermittlung von HDL. Dies wird damit erklärt, dass in städtischen Regionen es ein dichteres Netz an HDL gibt und es eine große Konkurrenz bei der Öffentlichkeitsarbeit und der Nutzeransprache gibt. In ländlichen Regionen wird mit Mehrgenerationenhäusern eine Lücke in der Versorgung geschlossen um auf die Bedarfe älterer Menschen spezifisch zu reagieren (BMFSFJ 2011, S.44ff).

7.2.4 Differenzierung nach sozio-kulturellen Gruppen

Für ältere Menschen und HDL gibt es bisher keine Differenzierung nach sozio-kulturellen Gruppen und Milieus. Allerdings gibt es eine repräsentative Milieustudie für die Zielgruppe

der Mütter und Väter im Alter zwischen 25-60 Jahren. Zu dieser Zielgruppe können allerdings die Angehörigen älterer Menschen gehören, die häufig über HDL für ältere Menschen (mit-)entscheiden. Außerdem sensibilisiert diese Studie auch für die Milieus, in denen ältere Menschen leben und für die Tatsache, dass die Inanspruchnahme von HDL auch Milieuabhängig ist.

Die Milieustudie zeigt, dass kostenpflichtige haushaltsnahe Dienstleistungen bislang nur bei einer relativ kleinen und exklusiven Nutzergruppe in der Einkommens-Oberschicht breit institutionalisiert ist, die 17 % der deutschen Bevölkerung ausmacht (Abbildung 18). Haushalte mit hohem Einkommen nehmen zu 40 % haushaltebezogene Dienstleistungen in Anspruch und Haushalte mit Einkommen über der Reichtumsschwelle sogar zu 57 %. Dagegen nehmen Haushalte mit mittlerem Einkommen nur zu 14 % haushaltsnahe Dienstleistungen in Anspruch und Haushalte mit niedrigem Einkommen nur zu 7 %.

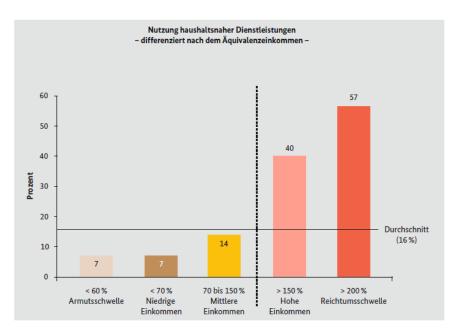


Abbildung 18: Nutzung haushaltsnaher Dienstleistungen von Frauen und Männern mit Kindern, im Alter von 25 bis 60 Jahren, wohnhaft in Deutschland (BMFSFJ 2012, S.17)

Das Delta-Institut hat für die Inanspruchnahme von HDL eine Milieuperspektive eingenommen. Hier werden große Unterschiede bei der Inanspruchnahme von HDL¹⁰ zwischen den Milieus deutlich. Während bei den gesellschaftlichen Leitmilieus (Etablierte, Postmaterielle, Performer) in knapp jedem dritten Haushalt mit Kindern kostenpflichtige haushaltsnahe Dienstleistungen in Anspruch genommen werden, sind es im Milieu der traditionellen Mitte nur 7 % und in der bürgerlichen Mitte nur 8 %. Diese Kluft ist statistisch signi-

-

¹⁰ In dieser Studie wird nicht zwischen illegaler und legaler Inanspruchnahme unterschieden.

fikant und zu erklären aufgrund der jeweiligen Wertorientierung.

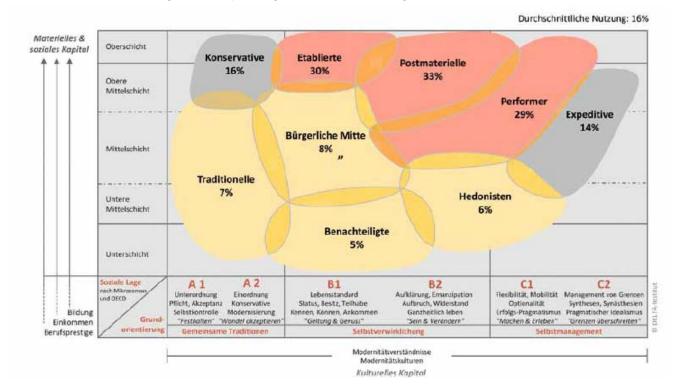


Abbildung 19: Anteil der Nutzung haushaltsnaher Dienstleistungen in den DELTA-Milieus in der Gruppe der Mütter und Väter mit Kindern, im Alter von 25-60 Jahren (BMFSFJ 2011a, S.19)

7.3 Nachgefragte HDL von älteren Menschen

Zur tatsächlichen Nachfrage haushaltsbezogener Dienstleitungen für ältere Menschen gibt es keine aktuellen repräsentativen Daten, da ein großer Teil dieser Dienstleistungen im Schwarzmarkt angeboten wird und dadurch schwer zu erheben ist. Als Annäherung an eine Einschätzung der Nachfrage können u.a. folgende Quellen herangezogen werden:

Eine **Befragung von Minijobbern**, die in privaten Haushalten arbeiten, zeigt, dass sie mit 69 % am häufigsten Wohnung reinigen und Putzen, mit 53 % Waschen, Bügeln und Kleidungspflege durchführen, mit 24 % Versorgung / Betreuung kranker und pflegebedürftiger Personen durchführen und zu 19 % Mahlzeiten zubereiten (BMFSFJ 2008).

Eine **Befragung zu HDL** von über 50-jährigen hat die Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) im Jahr 2002 durchgeführt. Sie zeigt, dass bei älteren Menschen ein Bedarf an haushaltsbezogenen Dienstleistungen besteht und dieser mit dem Alter steigt (s. Abbildung 20).

Für den Ernährungsbericht 2012 wurde eine **Befragung zu Essen auf Rädern** durchgeführt. Dabei wurden auch **weitere genutzte Dienstleistungen** erfragt. Es werden u.a. genannt: Haushaltshilfe, Getränkelieferdienst, gesellige Treffen, Apothekendienst, Einkaufsdienst, Fahr- und Begleitdienste, Sonstige (DGE 2012) (s. Abbildung 6).

Wunsch nach verfügbaren Dienstleistungen	über 50-jährige	70-79 jährige
Notrufzentrale	37 %	38 %
Pflegedienste	34 %	35 %
Putz- und Haushaltshilfen	34 %	40 %
Mahlzeitendienste	24 %	28 %
Einkaufsdienste	24 %	28 %
Begleitung zum Arzt/Behörden	23 %	28 %
Fahrdienste	21 %	24 %
Gartenarbeiten/Winterdienst/Hausordnung	19 %	20 %
Wäschedienste	17 %	21 %
Kleinere handwerkliche Tätigkeiten	17 %	21 %
Reparaturdienste	16 %	18 %
Treffpunkt für Senioren/Freizeitangebote	15 %	17 %
Unterstützung beim Ausfüllen von Formularen	14 %	21 %
Beratungsstellen	12 %	11 %
Hilfe bei Finanzangelegenheiten	9 %	11 %

Abbildung 20: Interesse an haushaltsbezogenen Dienstleistungen: GFK-Befragung bei über 50-Jährigen aus dem Jahr 2002 zu der Frage "Welche Dienste oder Angebote sollten schnell und problemlos für Sie verfügbar sein?" (Weinkopf 2005, S.7)

So haben die 70-79-jährigen ein höheres Interesse an HDL als die Gesamtgruppe der Befragten (Weinkopf 2005, S.7). Angesichts der ab ca. 75 Jahren durchschnittlich sinkenden funktionalen Gesundheit (s. Kap. 5.2 **Gesundheit**) ist diese zunehmende Nachfrage nachvollziehbar. Auch wenn diese Befragung schon einige Zeit zurück liegt, kann sie richtungsweisend für die Wünsche der älteren Menschen angesehen werden.

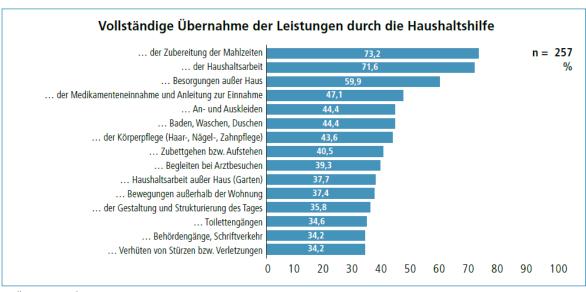
Das **Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung** (2009) hat aus unterschiedlichen Untersuchungen zu haushaltsnahen Dienstleistungen durch Migrantinnen in Familien mit Pflegebedürftigkeit mit Gelegenheitsstichproben herausgearbeitet, welche Unterstützungsbedarfe diese Familien haben. Hier stehen Pflegebedürftige im Fokus, die einen hohen Betreuungsbedarf haben. Zentrale Ergebnisse dieser Untersuchung sind:

- Überwiegend hochaltrige Hilfsbedürftige nehmen Dienstleistungen durch Haushaltshilfen (Migrantinnen, die eine 24-Stundenbetreung gewährleisten) in Anspruch: 89 % der Nutzer/-innen waren über 80 Jahre alt.
- Zwei Drittel der Personen waren weiblich und lebten allein.
- Der größte Teil der Hilfsbedürftigen war pflegebedürftig im Sinne des SGB XI (93
 w) und bezog Leistungen aus der Pflegeversicherung.
- Jede 5. Person ist in der Pflegestufe III und damit als "schwerstpflegebedürftig" eingestuft.

80 % der Pflegebedürftigen wurden auch weiterhin von ihren Angehörigen unterstützt. In zwei Dritteln der Familien war parallel ein ambulanter Pflegedienst tätig (Friedrich-Ebert-Stiftung 2014, S.3).

In Abbildung 21 werden die 15 am häufigsten genannten Leistungsbereiche, die von diesen Haushalthilfen übernommen werden, dargestellt. Den Kernbereich bilden HDL (u.a. die Mahlzeitenzubereitung, die eigentliche Haushaltsführung und Besorgungen außer Haus). Deutlich wird hier auch der fließende Übergang zwischen haushälterischen und pflegerischen Arbeiten (Friedrich-Ebert-Stiftung 2014, S.3). Die Zuordnung hängt auch ab vom gewählten Pflegebegriff bzw. davon, welches Verständnis man von haushälterischen Aufgaben hat (vgl. Kap. 3 Hausarbeit und Haushaltsbezogene Dienstleistungen).

Die Ergebnisse bestätigen, dass der Bedarf nach haushaltsbezogenen Dienstleistungen steigt und mit dem Alter und dem Umfang der Pflegebedürftigkeit zunimmt. Dabei stehen bei stark Pflegbedürftigen Mahlzeitenzubereitung an erster Stelle, bei allgemeiner Hilfsbedürftigkeit Putz- und Haushaltsdienste sowie Einkaufsdienste.



Quelle: Eigene Berechnungen.

Abbildung 21: Vollständige Übernahme der Leistungen durch Haushaltshilfen in Haushalten mit Pflegebedarf (Friedrich-Ebert-Stiftung 2014, S.3)

7.4 Ältere Menschen als Auftraggeber für HDL

Tritt eine schleichende oder auch plötzliche Hilfebedürftigkeit bei der Erledigung von Haushaltsarbeit ein, die bisher von dem älteren Menschen selbstverständlich selbst erledigt wurde, bedeutet das oft einen mehr oder weniger großen Einschnitt in das Leben und die Privatsphäre. Dabei wird in der Regel nur dann von hilfebedürftigen Menschen auf professionelle Angebote zurückgegriffen, wenn keine Unterstützungsmöglichkeit im informellen Bereich, z.B. aus Familie oder Nachbarschaft vorliegt (Deeken 2009, S.83, Friedrich-Ebert-Stiftung 2012, S.22).

Daher spielen bei der Vergabe von HDL neben den älteren Menschen selbst auch deren Angehörige eine große Rolle (s. Kap. 8.2.5 Organisatorische Beziehungen zwischen Anbietern und Nachfragern).

Als Auftraggeber von HDL für hilfebedürftige ältere Menschen gibt es verschiedene Konstellationen, wer Auftraggeber ist und in welchem Haushalt welche Dienstleistungen in welchem Umfang nachgefragt werden:

- Älterer Mensch ist selbst Auftraggeber und die Leistungen werden in seinem Haushalt erbracht.
- Angehörige sind Auftraggeber und die Leistungen werden im Haushalt des älteren Menschen erbracht.
- Angehörige / Personen aus dem engeren sozialen Umfeld erbringen HDL im Haushalt der älteren hilfebedürftigen Person. Für die eigene Entlastung, z.B. Vereinbarkeit Pflege/Familie und Beruf, werden HDL im eigenen Haushalt nachgefragt.
- Bei pflegenden Ehepartnern sind diese Auftraggeber, die HDL werden im Haushalt der älteren Menschen erbracht, vor allem zur Entlastung des pflegenden Ehepartners.

Werden HDL in Anspruch genommen, zeigen Erfahrungen aus einem Projekt zu HDL in NRW, dass aus Nutzersicht folgende Faktoren wichtig sind (Nordmann 2011, S.138):

- Viele Dienstleistungen aus einer Hand
- Feste Ansprechpartner beim Dienstleister für Rückfragen, Beschwerden etc.
- Gute Erreichbarkeit
- Transparente Preiskalkulation (nach Zeit, nach Leistung)
- Ausführliches Vorgespräch zur Klärung von Wünschen
- Klare Absprachen, aber nicht unbedingt ein Vertrag
- Mehr Informationen über (seriöse) Angebote

Diese Anforderungen finden u.a. ihren Niederschlag in den von der VZ NRW formulierten Mindestanforderungen für HDL und in einer Datenbank.

7.5 Entscheidungsprozess und Barrieren für die Vergabe von HDL

Die Nachfrage nach haushaltsbezogenen Dienstleistungen hat zahlreiche kulturelle und individuelle Barrieren, die mit der Bedeutung der Haushaltsarbeit zur Fürsorge und als Identitätsstifterin zu tun haben (vgl. Geissler 2010, S.130 ff; Kaufmann 1999, S.109ff). Bei der Übernahme haushaltsbezogener Dienstleistungen durch externe Anbieter ist zu beachten, dass diese identitätsstiftende Rituale und Gewohnheiten älterer, hilfebedürftiger Menschen übernehmen, da sie in mehr oder weniger großem Umfang deren Lebensqualität ausmachen (Deeken 2009, S.109). Dies ist - neben dem Problem, sich einen Hilfebedarf einzugestehen – eine zentrale Barriere zur Nachfrage nach HDL bei älteren Menschen. Die Hessen Agentur (2008, S.49) hat auf Grundlage der qualitativen Studie ein einfaches Modell vorgestellt, das hier grundlegend weiter entwickelt wurde und im Folgenden erläutert wird. An diesem differenzierten Modell (s. Abbildung 22) lassen sich anschaulich die Bedingungen für eine Entscheidung zur Inanspruchnahme sowie mögliche Barrieren aufzeigen.

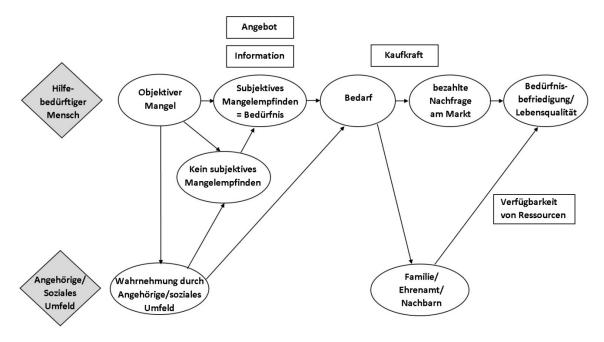


Abbildung 22: Übergang von einem objektiven Mangel zu einer Nachfrage am Markt (eigene Darstellung)

7.5.1 Vom objektiven zum subjektiven Mangelempfinden

Da (nicht nur) ältere Menschen sich oft ungern einen Hilfebedarf eingestehen, ist es ein großer Schritt, dass ein objektives Mangelempfinden auch wahrgenommen wird, z.B. dass die Wohnung schmutzig ist, da das Reinigen zu anstrengend geworden ist. Häufig nehmen es die älteren Menschen selbst gar nicht mehr wahr (z.B. wegen Nachlassender Sehleistung, Riechleistung oder Erkrankungen des Knochenapparates), sondern Angehörige oder Nachbarn versuchen zu sensibilisieren, damit ein Unterstützungswunsch formuliert wird. Gelingt keine subjektive Sensibilisierung des älteren Menschen, dann kann entweder die defizitäre Situation weiterbestehen oder Angehörige können agieren - an den älteren Menschen vorbei - und einen Bedarf und entsprechende Nachfrage formulieren: "Meine Mutter braucht eine Haushaltshilfe". In diesem Fall kann es passieren, dass die älteren Menschen diese Haushaltshilfe nicht akzeptieren, nicht in ihr Haus bzw. Wohnung lassen, nicht bereit sind, diese zu finanzieren oder die Dienstleitung als ungenügend kritisieren (Hessen Agentur 2008, S.41).

7.5.2 Vom Bedürfnis zum Bedarf

Wenn ein subjektives Mangelempfinden bei den älteren Menschen vorhanden ist bzw. erreicht wurde und damit ein Bedürfnis nach Hilfe bzw. Unterstützung, dann geht es im nächsten Schritt darum, einen Bedarf zu formulieren. Der Unterschied zwischen Bedürfnis und Bedarf liegt in der Zielgerichtetheit des Wunsches in Form einer konkreten Dienstleistung. Dazu erfolgt ein Abgleich der eigenen Wünsche mit den prinzipiell durch den Markt angebotenen Gütern und Dienstleistungen. Voraussetzungen des Übergangs vom Bedürfnis zum Bedarf sind einerseits, dass es eine entsprechende HDL überhaupt am Markt gibt und andererseits, dass der ältere Mensch oder ihre Angehörigen von diesen Dienstleistungen wissen, also Informationen dazu haben (Hessen Agentur 2008, S.42).

In der "Hessenstudie" wurden anhand von qualitativen Interviews mit älteren Menschen folgende Aspekte herausgearbeitet (Hessen Agentur 2008, S.42-45):

- Grundsätzliche Bedingungen für einen guten Übergang vom Bedürfnis zum Bedarf sind ein Angebot für HDL und eine Transparenz, d.h. Informationen darüber, die für die älteren Menschen und deren Angehörige zugänglich sind.
- 1-Personen-Haushalte ohne Angehörige der nächsten Generation nehmen aufgrund der häufig vorhandenen dringenden Notwendigkeit der Unterstützung gerade im Bereich der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten oftmals das erstbeste Angebot in Anspruch. Entsprechend häufig kommt es zu Unzufriedenheit mit den erbrachten Leistungen, da die Vorstellungen beider Seiten über das konkrete Leistungsbündel nicht übereinstimmen (Hessen Agentur 2008, S.43).
- Bei Zwei-Personen-Haushalten, bei denen die pflegenden Angehörigen, meistens die Ehepartnerin / der Ehepartner einen allgemeinen Überlastungszustand hatten, bestand die Schwierigkeit, dem Bedürfnis nach Entlastung eine bestimmte Dienstleistung zuzuordnen (Hessen Agentur 2008, S.43).

- Die Angehörigen spielen bei dem Übergang von Bedürfnis zum Bedarf eine wichtige Rolle, da sie oft den Haushalten mit Hilfebedarf konkrete Vorschläge für externe Unterstützung unterbreiten. Außerdem ist ihre Hemmschwelle niedriger, gegenüber Dritten einen Hilfebedarf zu äußern, der nicht sie selbst sondern den Haushalt der älteren Person betrifft.
- Ältere Menschen ohne ein nahes familiäres oder soziales Umfeld haben häufig große Schwierigkeiten, sich ein Bild über die vorhandenen Möglichkeiten an Unterstützungsleistungen zu machen, weil ihnen sowohl entsprechende Informationen als auch Kenntnisse über entsprechende Anlaufstellen fehlen. Besonders problematisch ist dies bei vor einiger Zeit Zugezogenen, die kein nahes soziales Umfeld aufgebaut haben.
- Der Bedarf nach haushaltsbezogenen Dienstleistungen wird auch stärker formuliert, wenn eine Einstufung in eine Pflegestufe erfolgt ist.

Deeken (2009, S.83) verweist darauf, dass der Entscheidungsprozess für einen bestimmten Anbieter haushaltsbezogener Dienstleistungen stark von vorherrschenden Meinungsführern des Familien- oder Nachbarschaftskreises geprägt ist und deren Erfahrungen mit Dienstleistungen (persönliche Empfehlung). Außerdem spielt auch die eigene Konfession eine Rolle.

7.5.3 Vom Bedarf zur Nachfrage

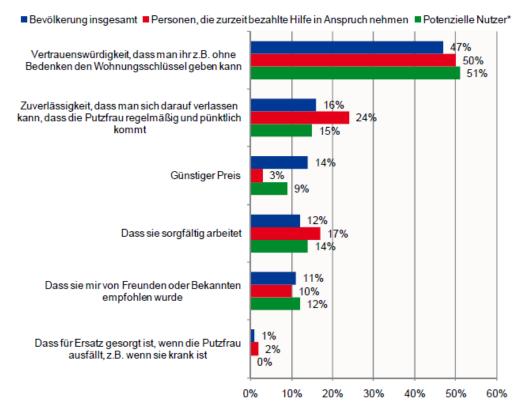
Ist der Übergang vom Bedürfnis zum Bedarf gelungen, d.h. es liegen entsprechende Informationen vor, mit welchen Dienstleistungen das Bedürfnis nach Unterstützung befriedigt werden kann, dann müssen von Seiten der älteren Menschen oder deren Angehörigen sowohl die Kaufkraft als auch der Kaufwille vorhanden sein.

Bei der Kaufkraft bei haushaltsbezogenen Dienstleistungen ist zu beachten, dass es sich hier in der Regel um regelmäßige und dauerhafte Nachfrage handelt. Einmal in Anspruch genommen, werden diese Unterstützungsdienstleistungen mit der Zeit in fast allen Fällen ausgeweitet. So fallen selbst bei niedrigen Stundensätzen schnell hohe Gesamtkosten pro Monat an, über die die Betroffenen oft nicht verfügen (Hessen Agentur 2008, S.45).

Es gibt Haushalte, die bereit wären, den am Markt verlangten Preis für haushaltsbezogene Dienstleistungen zu zahlen, die es sich aber nicht leisten können. Umgekehrt gibt es auch die Haushalte, die es sich leisten könnten, aber nicht Bereitschaft haben, die Marktpreise zu zahlen (s. Kap 7.2.1 Zahlungsbereitschaft). Die Barrieren zur Vergabe haushaltsbezogener Dienstleistungen bei Hilfebedarf werden niedriger sein, wenn die Haushalte auch schon früher externe Dienstleistungen in Anspruch genommen haben bzw. bereits Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Hier spielt auch das Milieu eine zentrale Rolle (s. Kap. 7.2.4 Differenzierung nach sozio-kulturellen Gruppen).

Eine weitere Barriere für die Inanspruchnahme externer Dienstleister ist die ausgeprägte Präferenz Älterer, von Angehörigen versorgt zu werden. Manche Privathaushalte verzichten auch auf externe Unterstützung, weil sie keine Schwarzarbeit in Anspruch nehmen wollen und es keine legalen professionellen Angebote gibt oder sie sie nicht kennen (Weinkopf 2005, S.9f).

Auch wenn der Preis von haushaltsbezogenen Dienstleistungen ein wichtiges Entscheidungskriterium ist, sind Vertrauenswürdigkeit und Zuverlässigkeit als Auswahlkriterium wichtiger. Vor allem Personen, die bereits eine Haushaltshilfe beschäftigen, ist der Preis noch unwichtiger (Prognos 2012, S.32):



^{*}Potenzielle Nutzer: Personen, die bezahlte Hilfe im Haushalt schon einmal genutzt haben und Personen, für die Nutzung in Frage käme

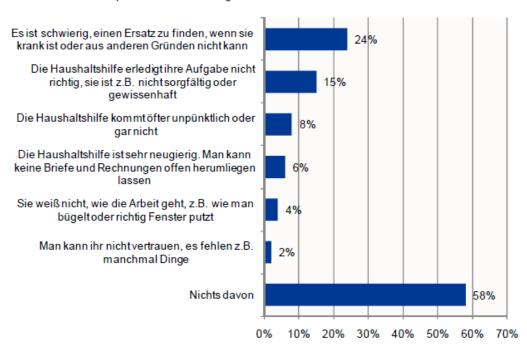
Quelle: IfD Allensbach (2010).

Abbildung 23: Wichtigste Auswahlkriterien für eine Putzhilfe (Prognos 2012, S.32)

7.5.4 Von der bezahlten Nachfrage zur Bedürfnisbefriedigung und Lebensqualität

Ist der Schritt getan von dem Bedarf zur konkreten Nachfrage und ein geeigneter Anbieter gefunden, sind die Nutzerinnen von haushaltsbezogenen Dienstleistungen in der Regel überwiegend (45 %) oder sehr zufrieden (47 %). Nur wenige (4 %) sind weniger oder gar nicht zufrieden (Prognos 2012, S.33). Die hohe Zufriedenheit mit der eigenen Haushaltshilfe zeigt sich darin, dass es kaum Schwierigkeiten mit der Beschäftigung von Haushaltshilfen gibt. Am ehesten ist eine Schwierigkeit die Suche nach Ersatz, wenn die Haushalts-

hilfe z.B. wegen Krankheit ausfällt. Nur 15 % haben sich schon mal darüber geärgert, dass die Haushaltshilfe nicht sorgfältig gearbeitet hat, über Unpünktlichkeit und Neugier haben sich noch weniger geärgert (s. Abbildung 24) (Prognos 2012, S.33).



Von den Personen, die derzeit eine bezahlte Hilfe im Haushalt in Anspruch nehmen, nennen als besonders problematisch oder ärgerlich...

Quelle: IfD-Allensbach (2010).

Abbildung 24: Zufriedenheit mit der Haushaltshilfe (Prognos 2012, S.33)

8 Anbieterstrukturen

8.1 Vorbemerkungen

Das Themenfeld `Anbieter` taucht in vielen Publikationen auf. Es gibt zwei aktuelle Veröffentlichungen (Primärerhebungen), die hier einen Schwerpunkt haben:

- BMFSFJ (Hg.) 2012: Anbieter Haushaltsnaher Dienstleistungen in Deutschland
 Angebotsbedingungen, Strukturen, Perspektiven, Berlin
- Prognos (Hg.) 2012: Dynamisierung des Marktes haushaltsnaher Dienstleistungen, Berlin

In beiden Untersuchungen wird der Aspekt "Ältere hilfebedürftige Menschen" nicht gesondert und differenziert betrachtet. Es kann diesen beiden Studien nicht explizit entnommen werden, ob sie in ihre Untersuchung zu Anbietern von HDL auch ambulante Dienste und weitere soziale Dienste u.a. Nachbarschaftshilfe, Haus- und Familienpflegedienste (z.B. Baden Württemberg) und Mehrgenerationenhäuser mit einbezogen haben. Diese können

auch HDL anbieten. Die Prognos-Studie (2012, S.30-31) macht einen kurzen Exkurs zu HDL nach SGB V und SGB XI und verweist u.a. darauf, dass Anbieter von HDL ggf. im Wettbewerb mit ambulanten Pflegediensten stehen.

Die nachfolgende Darstellung bezieht sich also vorwiegend auf HDL im Allgemeinen.

Übereinstimmend wird in der Literatur insgesamt davon ausgegangen, dass die Anbieter im legalen Markt in der Minderheit sind. Der überwiegende Teil des Angebotes ist im illegalen Mark verortet (Schwarzarbeit: Anteil ca. 2/3).

Das Thema Inhouselösungen von Wohnungsbaugesellschaften, d.h. das Anbieten von HDL durch Vermieter, wird in der Literatur eher nur am Rande gestreift. Es findet oft keine Verknüpfung zwischen den Themen HDL und Wohnen statt. Verbindungen zwischen HDL und Pflegeleistungen werden - wenn die Zielgruppe ältere Menschen im Blick ist - zumeist hergestellt, dann nicht selten als komplementäre Leistungen zur ambulanten Pflege.

Die Thematik Ehrenamt und HDL wird in den Publikationen kaum explizit beleuchtet. Implizit findet eine Thematisierung statt, aber eher in Bezug auf die Pflege (die ja auch Alltagshilfen und hauswirtschaftliche Leistungen umfassen kann).

8.2 Organisation und Angebot

8.2.1 Größenordnungen von HDL-Anbietern

Mit Blick auf den Markt wird übereinstimmend in der Literatur davon ausgegangen, dass sich der größte Teil des Angebots im informellen Markt befindet. Die Größenordnungen werden nachfolgend aufgezeigt (s. Abbildung 25). Während die Zahlen der Minijob-Zentrale einer amtlichen Statistik entstammen und damit als gesichert gelten können, sind die weiteren Angaben mit zunehmender Unsicherheit behaftet; bspw. weist die Klassifizierung der Wirtschaftszweige des Statistischen Bundesamtes (WZ) keine HDL aus.

Die Grundgesamtheit sowie die Verteilung der Unternehmen, die HDL anbieten, sind unbekannt (BMFSFJ 2012, S.25). Angaben zur Zahl der haushaltsnahen Dienstleistungsunternehmen schwanken. Hier drei Beispiele:

- Prognos 2012, S.5 : ca. 2.500 Unternehmen
- BMFSFJ 2012, S.12: ca. 4.150 (3480 + 675) Unternehmen¹¹
- Die IHK Bezirk Nord Westfalen nennt auf der Homepage "nur" für ihren Bezirksbereich für 2009 die Zahl von ca. 3500 Unternehmen im Feld HDL

¹¹ Solo-Selbständige werden nicht berücksichtigt. Es werden nur Betriebe mit mindestens zwei Mitarbeitern/-innen einbezogen (BMFSFJ 2012, S.12). In der Veröffentlichung werden Mehrgenerationenhäuser nicht angesprochen als Anbieter von HDL. Es ist anzunehmen, dass dies nicht im Blickfeld der Untersuchung steht.

-

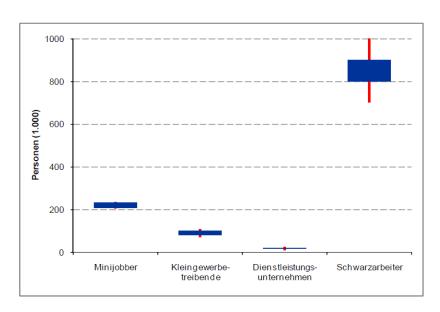


Abbildung 25: Anbieterstruktur für Haushaltsnahe Dienstleistungen (Prognos 2012, S.4)

Folgende Charakteristika von HDL-Unternehmen werden beschrieben (BMFSFJ 2012, S.34f,38):

- Die überwiegende Zahl der Unternehmen, die HDL anbieten, sind Einzelunternehmen (Gründer/-in = persönlich haftende Inhaber/-in).
- Gemessen am Umsatz handelt es sich bei Anbietern HDL vielfach um kleine Unternehmen: Ein Drittel der Unternehmen hatten in 2011 bspw. einen Umsatz von weniger als 50.000 Euro. Besonders für kleine Unternehmen sind HDL meist das Kerngeschäft.
- 60 % der Unternehmen haben maximal zehn Mitarbeiter/-innen (Inhaber/-in mitgerechnet)¹².
- Es lassen sich zwei Gruppen von Unternehmen unterscheiden, die im Feld HDL aktiv sind:
 - Unternehmen mit einem Schwerpunkt Wohnungsreinigung u.a. (z.B. Gebäudereiniger, Haushaltsservice)
 - Unternehmen mit eher handwerklichem Scherpunkt (z.B. Hausmeisterdienste, Garten- und Landschaftsbau)

dungseinrichtungen bzw. die Unterstützung durch Externe (z.B. Agentur für Arbeit) ist naheliegend.

¹² Dieser Sachverhalt kann insbesondere beim Thema Qualifizierung bedeutsam sein - Experten für Personalentwicklung sind dort eher nicht anzutreffen. Es wird Aufgabe der Inhaber/-in sein, sich um die Thematik zu kümmern. Eine systematische grundständige Qualifizierung, die über ein Training on the job bzw. eine Arbeitsunterweisung hinausgeht, kann wahrscheinlich alleine nicht geleistet werden. Die Kooperation mit Bil-

8.2.2 Leistungen im Feld HDL

Erwartungsgemäß ist die Wohnungsreinigung diejenige Dienstleistung, die am häufigsten angeboten wird. Die Wohnungsreinigung ist demnach das Kerngeschäft vieler Unternehmen, die HDL anbieten. Unternehmen aus dem Bereich Haushaltsservice bieten zumeist eine Palette flankierender Dienstleistungen an (BMFSFJ 2012, S.38) (s. Abbildung 26). Diese Daten beziehen sich auf HDL im Allgemeinen, die Zielgruppe älterer Menschen ist hier nicht gesondert betrachtet (s. hierzu Abbildung 6 und Kap.7.3).

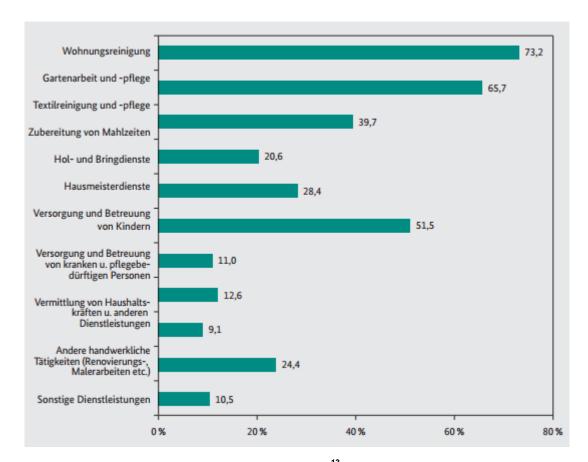


Abbildung 26: Angebote an HDL (BMFSFJ 2012, S.36) 13

Die Prognos-Studie (2012, S.28) gliedert die HDLs in fünf Bereiche:

- Putzen und Bügeln
- Weitergehende Unterstützung im Haushalt wie Wäsche waschen, Einkaufen und Kochen
- · Hilfe rund ums Haus bzw. Wohnung
- Kinderbetreuung

¹³ Sonstige Dienstleistungen: Treppenhausreinigung, pflegenahe Dienstleistungen (Seniorenhilfe, Demenzbegleitung, Arztbesuche), Wohnungsauflösung/Entrümpelung/Umzugshilfe, Tierbetreuung, Ausrichtungen von Festlichkeiten (S.36)

 Sonstige Dienstleistungen wie Pflege, Betreuung älterer oder kranker Familienangehöriger

Die Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft (dgh) systematisiert folgende Dienstleistungspakete (2013, S.10):

- aus dem Umfeld Verpflegung
- aus dem Umfeld Wäschepflege
- aus dem Umfeld Reinigungsarbeiten
- aus dem Umfeld Garten- und Blumenpflege
- aus dem Umfeld Betreuung.

Der Vorteil dieser Angebots-Systematisierung liegt u.a. darin, dass Beschäftigte je nach Aufgabengebiet zielgerichtet qualifiziert bzw. unterwiesen werden können und dass den Haushalten je nach Bedarf ein Einzelpaket oder auch mehrere angeboten werden können.

8.2.3 Beschäftigte im Feld HDL: Frauenarbeitsplätze

Weibliche Arbeitskräfte dominieren den Bereich HDL, insbesondere dann, wenn es sich um Unternehmen mit Schwerpunkt "Nicht-Handwerkerleistungen" handelt, d.h. das Unternehmen sich auf Haushaltsservice (Reinigungsdienstleistungen u.a.) fokussiert. Das bestätigt sich in vielen Publikationen. Dies ist nicht verwunderlich: Haushaltsarbeit ist in unserer Gesellschaft eine Frauendomäne und es kann davon ausgegangen werden, dass viele Frauen mittleren Alters, die einen eigenen Haushalt führen, über Erfahrung verfügen. Sie können also auf geschlechtsspezifische "Alternativ-Rollen" zurückgreifen und können fachliche und soziale Kompetenzen mitbringen, die nicht jede/r automatisch hat (z.B. junge Männer).

Auch die Haushalte als Nachfrager wünschen sich "von Frauen mittleren Alters" im Haushalt unterstützt zu werden (BMFSJF 2012, S.39).

Allerdings ist bei der Übertragung von Erfahrungen aus eigener Hausarbeit auf fremde Haushalte zu bedenken:

- a. Das Anspruchsniveau, die Routinen, Standards und Arbeitsweisen im eigenen Haushalt können sich deutlich von denen im Haushalt unterscheiden, der die Tätigkeiten vergibt.
- b. Kenntnisse und Fertigkeiten (z.B. von der Mutter intuitiv vermittelt), müssen nicht zwingend professionellen Standards (z.B. gesunde Ernährung, Hygiene) genügen.
- c. Nicht selten arbeiten im Feld HDL Frauen mit Migrationshintergrund, die in ihrem sozio-kulturellen Hintergrund eine andere hauswirtschaftliche Sozialisation erfahren haben (z.B. Hygiene, Essgewohnheiten), als es in den fremden Haushalten üblich ist, in denen sie als Haushaltshilfe arbeiten.

d. Die Arbeit in einem fremden Haushalt erfordert u.a. kundenorientiertes Verhalten und eine Kommunikation mit dem Kunden (z.B. ältere Menschen oder Angehörige). Diese Erfahrung sammelt man nicht im eigenen Haushalt.

Daher ist nicht "automatisch" davon auszugehen, dass alle Frauen mittleren Alters über die geforderte Eignung für HDL verfügen. Das Thema Qualifizierung für eine "Arbeit in einem fremden Haushalt" ist also - trotz geschlechtsspezifischer Rollen-Erfahrung - notwendig.

Für Unternehmen gestaltet sich die Personalrekrutierung schwierig, da die Anforderungen an die Beschäftigten hoch sind. Bewerber/-innen seien häufig für die Tätigkeit in der Branche nicht geeignet; folgende Gründe werden genannt: mangelnde Vertrauenswürdigkeit, mangelnde Dienstleistungserfahrung (insbes. Umgang mit Kunden/-innen), fehlende Erfahrung mit selbständigen oder unbeaufsichtigten Arbeiten, mangelnde Deutschkenntnisse, fehlender PKW (insbes. in ländlichen Räumen), Alter & Geschlecht (BMFSFJ 2012, S.56f). Umgekehrt können diese Ablehnungsgründe auch als Anforderungen an die Bewerber/-innen angesehen werden.

Es ist also davon auszugehen, dass der legale und auch illegale Markt ein weiblicher Arbeitsmarkt ist.

Als Beschäftigungsformen liegen vor (BMFSFJ 2012, S.39f,46,17):

- illegal: Haushalt beschäftigt eine Haushaltshilfe mit/ohne Migrationshintergrund stundenweise oder 24 Std.
- legal:
 - o geringfügig Beschäftigte
 - o sozialversicherungspflichtige Beschäftigte in Vollzeit
 - o sozialversicherungspflichtige Beschäftigte in Teilzeit

Vorwiegend arbeiten legal geringfügig oder Teilzeitbeschäftigte. Das Hauptproblem der Anbieter ist die Rekrutierung von Beschäftigten, die bereit sind, sozialversicherungspflichtig zu arbeiten. Mit zunehmendem Qualifikationslevel steigt die Wahrscheinlichkeit dafür, sozialversicherungspflichtig beschäftigt zu sein.

Das Arbeitsfeld ist geprägt von einem hohen Anteil gering qualifizierter Mitarbeitender, viele haben keinen Berufsabschluss. Eine spezielle Qualifikation für das Teilsegment Haushaltsservice liegt zumeist nicht vor. Die Entlohnung ist niedrig (ca. 8,50 − 10,50 €/ Stunde). HDL gehören insgesamt zu einem wenig attraktiven Berufsfeld mit häufigen prekären Beschäftigungsverhältnissen. Demzufolge ist auch das Image dieses Bereiches wenig attraktiv und korrespondiert im Grunde mit dem niedrigen Image der Haushaltsarbeit in unserer Gesellschaft insgesamt.

8.2.4 Erfolgsfaktoren für Anbieter

Legale Anbieter von HDL konkurrieren nach wie vor intensiv mit der illegalen Erbringung dieser Dienstleistungen. Die Preissensibilität der Nachfrager ist hoch. Es gibt bei den Anbietern Unterschiede bei der Bemühung um Qualitätssicherung. Diese führen aber offensichtlich derzeit nur zu geringfügigen Preisunterschieden. Bei HDL handelt es sich bisher offensichtlich um ein margenschwaches Geschäft (BMFSFJ 2012, S.73).

Andererseits werden durchaus Chancen für professionelle Anbieter gesehen. Als Erfolgsfaktoren werden dabei Beschäftigte, Vernetzung, Qualität und Kommunikation benannt. Die nachfolgende Abbildung komprimiert diesen Ansatz (s. Abbildung 27).



Abbildung 27: Erfolgsfaktoren spezialisierter Dienstleistungsunternehmen auf dem Markt von HDL (Prognos 2012, S.107)

8.2.5 Organisatorische Beziehungen zwischen Anbietern und Nachfragern

Im Feld Dienstleistungen für alte Menschen steht der Hilfecharakter bei HDL im Vordergrund. Wenn wahrgenommen wird, dass die anfallenden Tätigkeiten im Haushalt nicht mehr ausgeführt werden können, organisiert man - privat informell - Unterstützung, häufig lange vor einer Einstufung nach SGB XI. Diese privat organisierten Lösungen schließen ggf. auch die illegale Beschäftigung von Haushaltshilfen aus dem Ausland ("Pendel-Migrantinnen" / "Live-ins") ein (Friedrich-Ebert-Stiftung 2012, S.48f).

Die Gestaltung der Beziehung zwischen den Anbietern und den Nachfragern im Feld HDL kann prinzipiell in zwei unterschiedlichen Varianten erfolgen:

Grundsätzlich kann der Haushalt die Hauswirtschaftliche Dienstleister/-in (Haushaltshilfe, Zugehfrau, Perle, Reinigungskraft) selbst beschäftigen als Arbeitnehmerin (legal oder illegal). Dann gibt es parallel sowohl eine Arbeitsvertrags-Beziehung als auch eine Service-Beziehung. Wird ein Dienstleistungsunternehmen beauftragt, entsteht aus einer bilateralen Beziehung eine Dreieck-Beziehung (s. Abbildung 28).

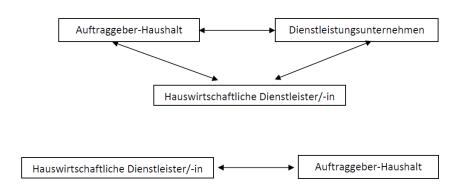


Abbildung 28: Akteure/-innen im Feld HDL (dhg 2013, S.9, Farvaque 2013, S.16)

Bei älteren hilfebedürftigen Personen kann die Konstellation ggf. komplexer sein: Denn bei ihnen sind die unmittelbaren Angehörigen oft die eigentlichen Ansprechpartner, wenn es um die Veranlassung von ergänzenden Dienstleistungen oder die Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten geht (Hessen Agentur 2008, S.75).

Wer weiter weg wohnt, organisiert und finanziert z.B. Hilfen über Nachbarn oder Bekannte am Wohnort. Wenn Angehörige vor Ort sind, erledigen sie manches selbst (z.B. Hausputz, Wechsel der Bettwäsche), Kinder oder Enkelkinder nehmen die alt gewordenen Angehörigen zum Einkauf mit und/oder Haushaltshilfen - legal oder illegal - werden organisiert (s. Abbildung 29) (Göpfert-Divivier/Schulz 2009, S.8).

Werden die Angehörigen im Feld als Entscheidungsträger¹⁴ aktiv, entsteht ggf. aus einer bilateralen Beziehung eine Dreiecksbeziehung und aus der Dreiecksbeziehung eine Vierecksbeziehung: z.B. Auftraggeber-Haushalt (Angehörige) – Nutzer-Haushalte (Hilfebedürftige) – Hauswirtschaftliche Dienstleister/-in – Dienstleistungsunternehmen.

Nach derzeitigem Verständnis sind im Feld alter hilfe- und pflegebedürftiger Menschen HDL / Alltagshilfen Komplementärangebote zur häuslichen Pflege. In Haushalten, in denen HDL lange vor Inanspruchnahme von im engeren Sinne pflegerischen Hilfen zugänglich sind, wird womöglich die Pflege als Komplementärleistung angesehen. Beide Hilfearten können zusammen ein tragfähiges Arrangement sein, das eine umfassende Versorgung - Hauswirtschaft, Pflege, Soziales, Kultur - ermöglicht (Göpfert-Divivier/Schulz 2009, S.11).

¹⁴ s. Kap. 7.4 Ältere Menschen als Auftraggeber für HDL

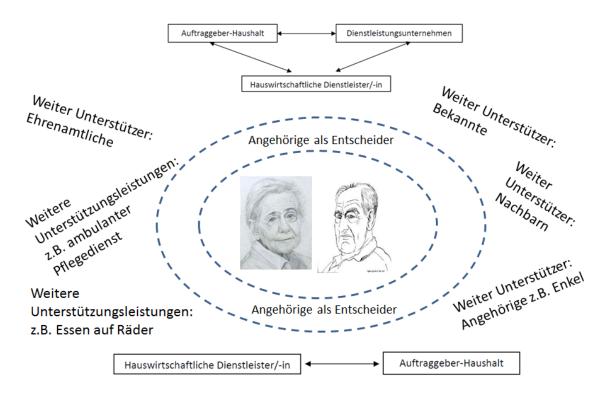


Abbildung 29: Akteure im Feld bei alten Menschen mit Hilfe-, Unterstützungs- und Pflegebedarf (Versorgungsarrangement) (eigene Darstellung)

8.3 Inhouselösungen von Wohnungsgesellschaften

Das Thema HDL und Wohnen bzw. Angebote durch die Wohnungswirtschaft wird in der Literatur, die sich im Schwerpunkt mit HDL beschäftigt, wenig angesprochen. Dies kann u.a. daran liegen, dass ein großer Teil der HDL-Veröffentlichungen sich nicht explizit mit dem Thema "Ältere Menschen" beschäftigt.

Nachfolgende Beispiele sind in der Literatur benannt:

- Angermann (Hg.) (2011, S.145-152) "Eldercare Services in Europa" zeigt ein Projekt aus der Region Münster auf, bei der es um die Vernetzung von handwerklichen und personenbezogenen Dienstleistungen geht, insbesondere um die barrierefreie Umgestaltung von Wohnraum (Wohnen im Wandel & ServiceWelten).
- BMFSFJ (Hg.) (12/2009, S.37f) "Leben und Wohnen für alle Lebensalter". Es wird auf die Möglichkeit des Betreuten Wohnens in der Privaten Häuslichkeit hingewiesen.
- Göpfert-Divivier/Schulz (2009, S.12,57-62) "Alltagshilfen erfolgreich aufbauen" nennen als Praxisbericht aus Mühlheim "Exklusive Haushaltsengel für die Wohnungswirtschaft": Kooperation zwischen dem katholischen Träger Engelbertus und dem kommunalen Wohnungswirtschaftsunternehmen SWB (Service- und Wohnungsvermie-

tungs- und -baugesellschaft). Hier geht es um das Thema ambulant betreutes Wohnen.

 KDA Wohnatlas (2014, S.106-131) betrachtet ausdrücklich auch die altersgerechte Infrastrukturentwicklung, bei der die Sicherung wohnbegleitender Dienstleistungen (Hauswirtschaft, Betreuung) ausdrücklich einbezogen ist.

Ob ein Engagement der Wohnungswirtschaft grundsätzlich zweckmäßig ist, lässt sich nach dem derzeitigen Kenntnisstand nicht abschließend beurteilen. Dass die Wohnungswirtschaft das Thema Barrierefreiheit (Design for All) ernst nehmen und voranbringen muss, wird betont, damit das Anliegen erreicht werden kann, dass Senioren möglichst lange zu Hause leben können. Barrierefrei bzw. -arm ist eine zentrale Voraussetzung.

Das Hessen Agentur (2008, S.75f) empfiehlt – wo notwendig – eine Kooperation zwischen Leistungserbringern von HDL und der Wohnungswirtschaft bei der Thematik Information und Beratung). Weinkopf (2005, S.37) spricht auch das Thema Kooperation zwischen der Wohnungswirtschaft und Serviceanbietern an. Es erscheint naheliegend, dass die Wohnungswirtschaft, wenn sie in das Feld der Unterstützungsleistungen für ältere Menschen einsteigen will, dies in Kooperation mit Partnern tut, die in diesem Feld schon professionell aktiv sind (z.B. Reinigungsdienstleister, Haushaltsservice, Ambulanter Dienst, Soziale Dienste z.B. Nachbarschaftshilfe).

Betreutes Wohnen zuhause kann ein sinnvoller Weg sein, damit ältere Menschen möglichst lange in der Privaten Häuslichkeit leben können und dabei gleichzeitig so versorgt werden (Hauswirtschaft, Betreuung, Pflege, Medizin), dass die gewünschte Lebensqualität - u.a. Selbstbestimmung und Teilhabe - erreicht wird (Stmas (Hg.) 2006).

8.4 Ehrenamt und Freiwilliges Engagement im Feld HDL

Bevor die Thematik erläutert wird, ist zu klären, was unter Ehrenamt¹⁵ verstanden werden kann. Die Verwendung dieser Bezeichnung in der Literatur ist uneinheitlich.

Der Begriff Ehrenamt bezeichnet insbesondere formelles, an Funktionen geknüpftes Engagement, das im Rahmen von Organisationen, eines Vereins oder einer anderen Institution erfolgt. Freiwilliges bzw. bürgerschaftliches Engagement ist dagegen umfassender, da es auch informelle Tätigkeiten einschließt. Charakteristisch für bürgerschaftliches Engagement ist: Freiwilligkeit, nicht auf materiellen Gewinn ausgerichtet, gemeinwohlorientiert, öffentlich bzw. findet im öffentlichen Raum statt und wird in der Regel gemeinschaftlich bzw. kooperativ ausgeübt. Dabei ist eine ehrenamtliche Tätigkeit nicht immer völlig unentgeltlich (z.B. Aufwandsentschädigung, Übungsleiterpauschale), während bürger-

-

¹⁵ Weitere Begrifflichkeiten, die man in diesem Kontext findet: freiwilliges Engagement, bürgerschaftliches Engagement, Freiwilligenarbeit.

schaftliches Engagement durch Unentgeltlichkeit gekennzeichnet ist (ZQP 2013, S.23,101). Nachfolgend wird der Einfachheit halber ein weit gefasster Ehrenamtsbegriff verwendet, der alle Formen mit einschließt.

Ob sich Personen freiwillig oder ehrenamtlich im Gesundheitswesen und in der Pflege engagieren, hängt entscheidend von folgenden Faktoren ab: Ressourcen in der gegenwärtigen Lebenssituation, höheres Einkommen, gute Gesundheit. Darüber hinaus engagieren sich Frauen¹⁶ deutlich seltener als Männer. Das Engagement im Gesundheitswesen und in der Pflege stellt einen vergleichsweise kleinen Teilbereich freiwilligen Engagements dar. Ein deutlich größeres Engagement findet sich in den Feldern: Sport/Bewegung, Schule/Kindergarten, Kirche/Religion, Freizeit/Geselligkeit, Feuerwehr/Rettung. Die in der Pflege Engagierten sind in der Regel deutlich älter. Also: Besonders Ältere engagieren sich für Ältere (ZQP 2013, S.24f).

Als zivilgesellschaftliche Organisationen (im Pflegebereich), in denen sich Menschen engagieren können, lassen sich Folgende nennen: Organisierte Nachbarschaftshilfe (z.B. Diakonie, Caritas, Rotes Kreuz), Grüne Damen und Herren, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO), Hospiz und Palliativ-Bereich, Alzheimer Gesellschaft und Alzheimer-Angehörigengruppen, Freundeskreise um Pflegeheime oder Soziale/Ambulante Dienste, Sozialstation, Seniorengenossenschaften, Mehrgenerationenhäuser, Freiwilligendienst aller Generationen. Daneben spielen nichtfamiliäre Netzwerke zur Unterstützung auch heute schon eine unverzichtbare Rolle (BMFSFJ 2011a, S.22f).

Eine engagementfreundliche Infrastruktur ist eine wesentliche Voraussetzung für alle, die sich engagieren wollen. D.h. die Schaffung passender Gelegenheitsstrukturen, die ältere Menschen für freiwillige Tätigkeiten anspricht, ist bedeutsam: z.B. Stammtischrunden 55plus, Aktionen von Vereinen, Organisationen und Netzwerken (BMFSFJ 2011a, S.30f). Als eine zentrale Herausforderung wird die Ausgestaltung der Schnittstellen zwischen professionellen Dienstleistern und bürgerschaftlich Engagierten angesehen (Friedrich-Ebert-Stiftung 2012, S.40).

Nach diesem allgemeinen Blick auf das Thema Ehrenamt insgesamt soll nun die Thematik mit Bezug zu HDL weiter beleuchtet werden:

Der Aspekt Ehrenamt und HDL wird in den Untersuchungen und Veröffentlichungen zu HDL kaum explizit betrachtet. Dies kann möglicherweise auch daran liegen, dass die Zielgruppe Ältere Menschen häufiger nicht gesondert betrachtet wird.

Der Einsatz von Ehrenamtlichen im Bereich pflegebedürftiger Menschen liegt vorwiegend in der Alltagsbegleitung, Freizeitgestaltung und sozialen Integration, ist also aus der Sicht der Pflege auf das Vor- und Umfeld der eigentlichen Pflegemaßnahmen bezogen. Damit

_

¹⁶ Es kann vermutet werden, dass das geringere Engagement von Frauen damit zusammen hängt, dass Frauen in ihrem privaten Umfeld z.B. für eigene Angehörige oder als Freunde / Bekannte / Nachbarn aktiv(er) sind. Sie sind dann Teil eines informellen – familiären oder nichtfamiliären - Netzwerks.

können gleichzeitig sowohl professionelle Pflegekräfte als auch Familien unterstützt werden (ZQP 2013, S.7; BMFSFJ 2011a, S.20f). Mit Blick auf die Differenzierung in "Cure" und "Care" (Hoberg/Klie/Künzel 2013, S.7) werden Ehrenamtliche also im Bereich "Care" gesehen.

Ausgehend von diesen Sachverhalten kann angenommen werden, dass - auch vor der offiziellen Pflegebedürftigkeit - Ehrenamtliche bei unterstützungs- und hilfebedürftigen Menschen in den Bereichen Alltagsbegleitung und Freizeitgestaltung aktiv sind und diese Tätigkeiten als attraktiv empfinden¹⁷. Es scheint zweckmäßig, in dieser ehrenamtlichen Arbeit weniger von HDL als von Alltagsgestaltung, -begleitung bzw. -betreuung zu sprechen¹⁸. Es ist wenig wahrscheinlich, dass die am weitesten verbreitete HDL "Reinigung" von Ehrenamtlichen in großem Umfang erbracht wird (Sachbezogene Dienstleistungen¹⁹). Gerade bei den Personenbezogenen Dienstleistungen können Ehrenamtliche eingesetzt werden: Es ist naheliegend, dass Ehrenamtliche im Rahmen von Hauswirtschaftlicher Betreuung²⁰ gemeinsam mit den Hilfebedürftigen kochen, backen, Wäsche zusammenlegen oder Ausbesserungsarbeiten an der Wäsche verrichten und sie bei vielen weiteren Alltagsaktivitäten wie Arztbesuche, Freizeitgestaltung unterstützen. Ihre Aufgabe ist es dann, den Alltag mit seinen Gewohnheiten, Routinen und Vorlieben zu erhalten und damit wesentlich zur Lebensqualität beizutragen.

Auch für strukturschwache Gebiete mit einem hohen Anteil an älteren Menschen und einer schlechten Infrastruktur werden Aktivitätsmöglichkeiten für Ehrenamtliche gesehen z.B. in Form eines mobilen Angebotes mit einem Bus (z.B. Lebensmittelversorgung, Transportdienste) (ZQP 2013, S.12,93).

Mit Blick auf ehrenamtliche Angebote stellt die Untersuchung in Hessen fest, dass viele Gesprächspartner wenig bis keine Informationen zu dieser Unterstützungsmöglichkeit besitzen (Hessen Agentur 2008, S.43f). Darüber hinaus wird dort darauf hingewiesen, dass für einen erfolgreichen Einsatz von Ehrenamtlichen eine entsprechende Schulung wesentliche Voraussetzung ist, ebenso deren kontinuierliche Betreuung und Begleitung (Hessen Agentur 2008, S.57f; ZQP 2013, S.99).

Es kann festgehalten werden: Der Versorgungsmix, um den Alltag so lange wie möglich in der vertrauten Umgebung fortzusetzen und die Teilhabe an der Gesellschaft zu erhalten,

¹⁷ Als Ansprüche und Erwartungen an das ehrenamtliche Engagement nennen Menschen u.a.: Spaß haben, anderen Menschen helfen, etwas für das Gemeinwohl tun, sympathische Menschen kennenlernen, Erfahrungen und Kenntnisse einbringen (BMFSFJ 2011a, S.17).

¹⁸ Das Image von Haushaltsarbeit ist nicht selten negativ besetzt, dies gilt auch für die Branche der HDL (BMFSFJ 2012, S.58).

¹⁹ Vgl. Definition HDL und Tabelle Sachbezogene und Personenbezogene HDL (s.Kap 3.4 Definition haushaltsbezogene Dienstleistungen)

²⁰ Hauswirtschaftliche Betreuung befähigt Menschen mit Hilfebedarf, die Versorgungsaufgaben des Alltags so eigenständig wie möglich wahrzunehmen (dgh 2012, S.1.3).

liegt weiterhin in der tragenden Säule Familie, dem freiwilligen Engagement ggf. im Rahmen des Leitbildes "Caring Community" und bei Dienstleistungsanbietern z.B. HDL, Pflege (vgl. ZQP 2013, S.6ff,61) (s. Kap. 6.3.3 Caring Community).

9 Verfügbarkeit von HDL

9.1 Vorbemerkung

Mit Blick auf die Literatur wird deutlich, dass das Thema Verfügbarkeit – im Sinne von Marktangebot - von HDL eher am Rande thematisiert wird; es liegen dazu eigentlich keine Daten vor. Dies ist nicht verwunderlich, da sich das überwiegende Angebot nach Einschätzung der Experten im illegalen Bereich bewegt; zudem erfolgt die Vermittlung von Arbeitskräften an Private Haushalte vielfach über persönliche Empfehlungen und bleibt damit oft in diesem illegalen Arbeitsmarkt verankert.

Die spezifische Thematik `Ländlicher Raum und HDL` wird so gut wie gar nicht thematisiert. Die "Hessen-Studie" geht von einer größeren Angebotsdichte in städtischen Räumen aus, betont allerdings auch, dass in ländlichen Räumen der Informationsfluss zu den Angeboten sehr gut funktioniert (Hessen Agentur 2008, S.45, Freytag-Leyer u.a. 2013) (s. Kap. 7.2.3 Regionale Unterschiede).

In der Literatur wird an vielen Stellen ausführlich der Aspekt Barrieren für legale Angebote und Nachfrage angesprochen, ebenso die Motive für Schwarzarbeit aus der Perspektive von Anbietern und Nachfragern. Die einhellige Meinung ist, dass sowohl die Anbieter als auch die Nachfrager von der illegalen Situation profitieren.

Es lässt sich somit derzeit keine Aussage treffen, ob eine ausreichende Verfügbarkeit von HDL am Markt vorliegt und ob die Nachfrage insgesamt gedeckt werden kann.

9.2 Verfügbarkeit von HDL am Markt

Für die Branche der HDL gilt, dass sie in der Klassifizierung der Wirtschaftszweige (WZ) bisher nicht identifizierbar ist (Prognos 2012, S.3; BMFSFJ 2012, S.11). Haushaltsnahe Dienstleistungsunternehmen werden bisher in Ermangelung einer eigenständigen Position je nach ihrem wirtschaftlichen Schwerpunkt anderen Positionen in der Wirtschaftsstatistik zugeordnet (z.B. Hausmeisterdienste, Allgemeine Gebäudereinigung, Garten- und Landschaftsbau, Erbringung sonstiger Dienstleistungen, Ambulante Dienste). D.h. das Ausmaß der Unsicherheit hinsichtlich der Zahl der Anbieter ist relativ groß, zumal die offizielle Wirtschaftsstatistik nur den legalen Markt erfasst. Laut Prognos "übersteigt die Nachfrage nach professionellen²¹ haushaltsnahen Dienstleistungen das Angebot. Qualifiziertes

²¹ Hierbei geht es um am Markt "registrierte" Dienstleistungsunternehmen.

empathisches Personal zu finden, ist aus der Sicht der Unternehmen bereits im Heute eine Wachstumsbremse" (Prognos 2012, S.20).

Es finden sich bei Internetrecherchen Broschüren bzw. Listen für einzelne Kommunen / Regionen (z.B. Solingen, Remscheid, Kreis Cosfeld, Saarland - AhA), in denen Angebote für HDL gesammelt sind. Es finden sich im Internet je nach Stichwortsuche (z.B. Haushaltsnahe Dienstleistungen, Haushaltsservice, Haushaltshilfe, Haushaltsdienstleistungen) unterschiedliche Ergebnisse. Die VZ NRW hat eine Datenbank zu dieser Thematik erstellt. Die vom BMFSFJ angedachte bundesweite Datenbank wird nach derzeitigem Kenntnisstand nicht erstellt.

Mit Blick auf Regionen bleibt festzuhalten, dass lediglich für ein Bundesland (Hessen) eine breit angelegte Untersuchung zu Haushaltsnahen Dienstleistungen, auch mit einem spezifischen Blick auf ältere und pflegebedürftige Personen existiert (Hessen Agentur 2008). Hier steht die Nachfrage allerdings im Fokus, nicht die Verfügbarkeit. Die Thematik Iändliche Regionen mit ihren Spezifika wird so gut wie gar nicht beleuchtet. Gelegentlich taucht das Stichwort auf, vertieft wird die Thematik nicht (z.B. Maier-Gräwe 2013, S.80; Feuerbach/Sennlaub 2010, S.116).

In zwei Segmenten der HDL scheint das Zusammenspiel zwischen Angebot und Nachfrage gut zu funktionieren: Niedrigpreissegment auf dem Schwarzmarkt und "Hochpreissegment" für zahlungsbereite bzw. -fähige Kunden. Für den Bereich dazwischen gibt es Hinweise, dass der Bedarf an HDL die tatsächliche Inanspruchnahme legal erbrachter Dienstleistungen übersteigt (BMFSFJ 2011a, S.3).

9.3 Barrieren²² für legale Angebote von HDL bzw. legale Nachfrage

Das Thema legale und illegale HDL wird in den meisten Publikationen angesprochen. Die Einschätzung von Experten und die Ergebnisse aus Untersuchungen kommen zu einem relativ einheitlichen Ergebnis: der überwiegende Teil der HDL findet im illegalen Sektor statt. Eine Ausweitung des legalen Sektors wird als wünschenswert angesehen; die Umsetzung wird als schwierig eingeschätzt und scheint ohne eine öffentliche Förderung kaum möglich. Stellvertretend hierfür stehen vier Veröffentlichungen (Prognos 2012, S.16f,58; BMFSFJ 2011a, S.8,11; BMFSFJ 2012, S.20ff; Weinkopf 2005, S.15f).

.

²² Daneben gibt es Barrieren, die Leistungen überhaupt in Anspruch zu nehmen (s. Kap.7.5 Entscheidungsprozess und Barrieren für die Vergabe von HDL).



Abbildung 30: Mögliche Entscheidungsvariablen für Nachfrager und Anbieter bei der Verortung der Arbeitsleistung auf dem legalen bzw. illegalen Markt (eigene Darstellung)

Abbildung 30 zeigt mögliche Entscheidungsvariablen für Nachfrager und Anbieter:

- Finanzielle Gründe: Der Stundenpreis zur Erbringung der HDL beträgt bei einem DL-Unternehmen ca. 20 Euro pro Stunde, bei Mini-Jobbern ca. 10 Euro pro Stunde, bei Schwarzarbeit ca. 8,50 je Stunde.
- Mentale Barrieren: Schwarzarbeit im Feld HDL ist in der gesellschaftlichen Wahrnehmung ein Bagatelldelikt bzw. hat "Normalitätscharakter".
- Unwissenheit: viele Haushalte und Arbeitskräfte scheinen nicht zu wissen, wie man eine Haushaltshilfe anmeldet bzw. dass man sie anmelden muss.
- Situation im Arbeitskräftemarkt: Für viele Frauen stellt die Tätigkeit im Bereich HDL "nur" ein sog. Zubrot dar. Sie haben kein Interesse an einer legalen Beschäftigung (z.B. Mini-Job, festangestellt in einem DL-Unternehmen); das gleiche gilt für Empfänger/-innen von Transferleistungen.
- Illegaler Aufenthaltsstatus von Migranten/-innen: Menschen, die keine Aufenthaltsund Arbeitsgenehmigung in Deutschland haben, nutzen HDL zu ihrer Existenzsicherung. Sie können keiner regulären Beschäftigung nachgehen.

Die Abbildung 31 zeigt empirische Ergebnisse zur Erklärung für Schwarzarbeit im Bereich HDL.

- Bevölkerung insgesamt
- Personen, die zurzeit bezahlte Hilfe in Anspruch nehmen und diese ausschließlich bar bezahlen

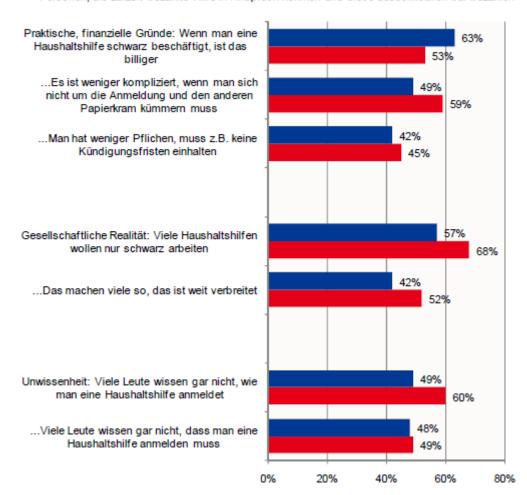


Abbildung 31: Erklärungen für den hohen Anteil an illegaler Inanspruchnahme von HDL (Prognos 2012, S.59)

Letztendlich scheint die Einschätzung zu HDL sowohl für die Seite der Nachfrager als auch für die Seite der Anbieter derzeit überwiegend so zu sein, dass man sich auf dem Schwarzmarkt "trifft": Beide Seiten profitieren also in der subjektiven Wahrnehmung von den illegalen Gegebenheit; diese Win-Win-Situation fördert tendenziell den Verbleib auf dem Schwarzmarkt.

10 Qualität von HDL

10.1 Vorbemerkung

Im überwiegenden Teil der Publikationen wird das Thema Qualität explizit angesprochen wird. Es wird zumeist betont, wie wichtig dieser Aspekt sei z.B. `Qualität ist eine Schlüsseldimension / Quality is a Key dimension`, eine weitere Vertiefung findet oft nicht statt. Darüber hinaus wird zumeist kein spezifischer Blick auf die Besonderheiten a.) der Qualität der HDL und b.) Qualität der HDL für ältere hilfebedürftige Menschen und ihre Angehörigen geworfen. Interessant ist dabei auch die Spannbreite dessen, was zur Qualität der HDL angesprochen wird. Es reicht von

- a. " ... handelt es sich der Natur der Sache nach um Tätigkeiten, die keiner speziellen oder nur einer geringen Qualifikation bedürfen. Dies gilt vor allem für die Arbeiten, die im privaten Haushalt erledigt werden müssen." (Konrad-Adenauer-Stiftung (Hg.) 2006, S.12) bis zu
- b. Qualitätskriterien für HDL: Empathie, Vertrauen bzw. Vertrauenswürdigkeit, Zuverlässigkeit und Kontinuität (Prognos 2012, S.20f,32,36,63).

In vier Veröffentlichungen wird der Qualitätsaspekt ausführlicher angesprochen:

- Angermann, Annette / Eichhorst, Werner (2012): Unterstützende Dienstleistungen für ältere Menschen im europäischen Vergleich
- dgh (2013): Curriculum HDL: Dienstleistungsqualität sichern Kundenzufriedenheit steigern Berufsperspektiven eröffnen
- Prognos (2012): Dynamisierung des Marktes haushaltsnaher Dienstleistungen
- VZ NRW (o.J.): Mindestanforderungen an "Haushaltsnahe Dienstleistungen für ältere Menschen und Familien mit Kindern und Jugendlichen in NRW" aus der Sicht der Kundinnen und Kunden

Sowohl in Bezug auf die Dienstleistungsorganisation als auch in Bezug auf die Person, die Kontakt zu Kunden/-innen hat, wird die Strukturqualität dabei immer als besonders bedeutsam erachtet und hierbei auch die Qualifikation der Beschäftigten. Nachfolgend wird dies weiter thematisiert, vorab wird der Aspekt Qualität vertieft.

10.2 Qualitätsaspekte und HDL

"Unterstützende Dienstleistungen werden von Menschen für Menschen erbracht – sie unterliegen daher menschlichen Einflussfaktoren und können sowohl in der Qualität der Erbringung als auch in der Bewertung der Qualität unterschiedlich ausfallen bzw. wahrgenommen werden" (Angermann/Eichhorst 2012, S.20).

Wenn von Qualität gesprochen wird, ist im ersten Schritt zu klären, was unter Qualität verstanden wird. Es gibt eine Fülle von Qualitätsdefinitionen (Pfannes 1999, S.13). Die DIN 9000 definiert Qualität: "Grad in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt". Nach dieser Definition ist Qualität relativ: je nach einbezogenen Anforderungen und entsprechenden Merkmalen kann Qualität gestaltet und bewertet werden. Die Qualität ist dann "gut", wenn die gestellten Anforderungen durch entsprechende Eigenschaften erfüllt werden. Zumeist werden mehrere Anforderungen und Merkmale einbezogen. Die Anforderungen können sich z.B. auf den Prozess der Leistungserstellung beziehen als auch auf das Ergebnis.

Die nachfolgende Abbildung stellt diesen Sachverhalt graphisch am Beispiel Wäsche dar.

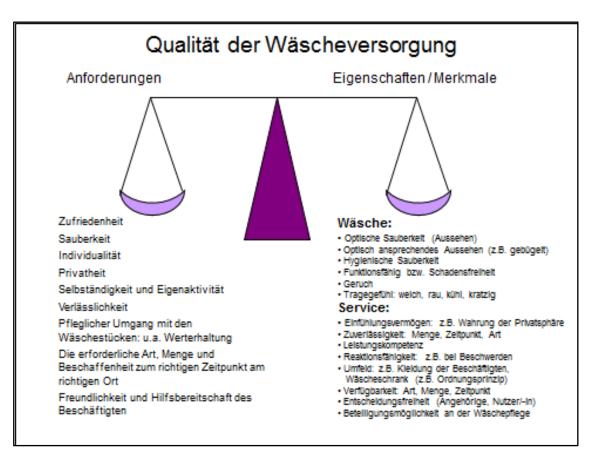


Abbildung 32: Qualität der Wäscheversorgung (Pfannes 2013, S.71)

Für Reinigungsdienstleistungen lassen sich bspw. vier Teilqualitäten für Reinigung und Sauberkeit festlegen: Optische Qualität, Sensorische Qualität, Hygienische Qualität, Servicequalität. Perfekte, 100%ige Sauberkeit, d. h. die Beseitigung jeglicher Verunreinigungen kann es im normalen Alltag nicht geben (das wäre industrielle Reinraumreinigung). Der Grad der Sauberkeit muss also in Absprache zwischen Kunden und Auftraggeber definiert und vereinbart werden; er hängt u.a. von den zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen, dem Anspruchsniveau, den zur Verfügung stehenden Arbeitsmaterialien

(Geräte, Reinigungsmittel) und nicht zuletzt den Fähigkeiten und Fertigkeiten der ausführenden Person ab.

Typisch für Private Haushalte ist, dass keine zwei Personen etwas genau gleich tun bzw. dass keine zwei Privaten Haushalte die Dinge genau gleich tun. Nach Kaufmann (1999, S.144f) kann z.B. das Ordnungsprinzip, das in einem Haushalt herrscht, nur das der Hausherrin/des Hausherrn sein. Mehrere Ordnungsprinzipien gleichzeitig nebeneinander funktionieren (zumeist) nicht. Auch Geissler (2010, S.141) weist darauf hin, dass sich die Private Haushaltsarbeit durch komplexe, an den Bedürfnissen der Haushaltsmitglieder orientierten Arbeitsformen auszeichnet, die habituelle und emotional-interaktive Komponenten hat. Anforderungsmaßstab sind somit die eigenen Praktiken und Standards; diese bleiben ggf. - da normativ verankert und Teil des Habitus - vorbewusst.

Jeder Mensch hat also seine eigene Art und Weise, Dinge zu tun; es gibt unterschiedliche Gewohnheiten in der Privaten Häuslichkeit aber auch bei einzelnen Haushaltsmitgliedern (z.B. Arbeitsweisen, Ordnungsprinzip, Rezepturen, Sauberkeitsstandard) und i.d.R. wird bei Vergabe von HDL erwartet, dass die Dinge so gemacht werden, wie man sie selbst macht bzw. gemacht hätte. Es gibt also einen eigenen Haushaltsstil, der auch bei Vergabe der Leistungen gewährleistet bleiben soll. Zu beachten ist auch, dass im Alltag älterer Haushaltspersonen das individuelle Anspruchsniveau sowie die Alltagskultur oft nicht bewusst wahrgenommen werden, sondern als selbstverständlicher Habitus unbewusst praktiziert werden (Weinkopf/Hieming, zit. nach Deeken 2009, S.92).

Bei HDL für unterstützungs- und hilfsbedürftige Menschen sind die unmittelbaren Angehörigen oft die eigentlichen Ansprechpartner (Hessen Agentur 2008, S.75), die z.B. die Leistungen in Auftrag geben bzw. deren Ergebnisse prüfen.

Die Gewohnheiten und Anforderungen der Angehörigen zu den Alltagsaktivitäten können sich von denjenigen der Nutzer/-innen (deutlich) unterscheiden (z.B. Speisenplanung, Reinigungsumfang). Beispiel: Für einen alten unterstützungs- bzw. hilfsbedürftigen Menschen ist die Haushaltshilfe, die in die Private Häuslichkeit kommt, eine wichtige Bezugsund Kommunikationsperson, mit der man sich gerne unterhalten möchte; dies kann zur Folge haben, dass der Umfang der Reinigungstätigkeiten eingeschränkt(er) ist als z.B. von den Angehörigen beauftragt (Versorgungs- vs. Betreuungstätigkeiten). Dann stellt sich z.B. für die Haushaltshilfe die Frage, nach welchen Anforderungen gehandelt werden soll. HDL haben also (fast) immer neben dem Versorgungsaspekt einen Kommunikationsund Beziehungsaspekt, auch wenn dieser nicht explizit als Leistung vereinbart ist.

Darüber hinaus kann sich die Problematik stellen, dass die Nutzer/-innen aufgrund des körperlichen oder auch kognitiven Zustandes nicht mehr (vollständig) in der Lage sind, die Anforderungen zweckgerecht zu formulieren und deshalb Defizite entstehen können (z.B. Geruchsprobleme wg. ungenügender Häufigkeit des Wäschewechsels bei Leibwäsche, Bettwäsche).

In Bezug auf die Leistungserstellung und das Ergebnis von Tätigkeiten in Privaten Haushalten ist also eine "verallgemeinerbare" Standardisierung der Prozesse und der Ergeb-

nisse nicht möglich, da die Anforderungen (zu) heterogen sind²³. Mit Blick auf die Erreichung der gewünschten Qualität kann erwartet werden, dass die Anbieter von HDL die fachlichen Setzungen bzw. die "Gute Fachpraxis" angewendet werden. Die "Gute Fachpraxis" wird z.B. in der Ausbildung zur Hauswirtschafter/-in vermittelt (vgl. dgh 2013). Sie kann ggf. flexibel in Absprache mit dem Auftraggeber (Nutzer/-in, Angehörige) angewendet werden und umfasst z.B. bei der Reinigung das Vier-Farb-System oder bei der Speisenzubereitung die Berücksichtigung ernährungsphysiologischer Standards.

Mit Blick auf die in der Literatur zu HDL oft genannten Qualitätsaspekte (z.B. Vertrauenswürdigkeit, Zuverlässigkeit, Kontinuität) ist festzuhalten, dass diese nicht nur für HDL relevant sind, sondern für Dienstleistungen im Allgemeinen von Bedeutung sind. Im Rahmen des SERVQAL-Ansatzes wurden empirisch Dimensionen ermittelt, die für Kunden - über alle Dienstleistungsbranchen hinweg - relevant sind (Bruhn 2006, S.51ff):

- Annehmlichkeit des Umfeldes: z.B. Erscheinungsbild des Personals, Ausstattung
- Zuverlässigkeit: z.B. Fähigkeit die versprochene Leistung zu erbringen
- Reaktionsfähigkeit: z.B. Schnelligkeit der Reaktionen in Bezug auf ein Anliegen
- Leistungskompetenz: Wissen, Höflichkeit, Vertrauenswürdigkeit, Qualifikation
- Einfühlungsvermögen: z.B. auf Kundenwünsche und spezifische Situationen eingehen

Die Anforderungen an die Qualität von HDL scheinen sind also vom Grundsatz her nicht von anderen Dienstleistungen zu unterscheiden. Der Unterschied liegt ggf. darin, dass die Dienstleistung in der privaten Häuslichkeit längerfristig bzw. auf Dauer erbracht wird und damit die Nähe und Privatheit deutlich größer ist. Es kann vermutet werden, dass die Sensibilität für die Qualität der Leistung damit steigt und dass die Person, die die Leistung erbringt, einen zentralen Schlüssel darstellt.

Das Qualitätssiegel Haushaltsnahe Dienstleistungen setzt genau hier an. Träger in den Städten Solingen, Remscheid, Wuppertal, Ratingen, Monheim, Langenfeld, Mettmann und Velbert wurden mit diesem Qualitätssiegel ausgezeichnet. Ihre Beschäftigten haben die Schulungsbausteine der Qualifizierungsinitiative zum "Praxismanagement haushaltsnaher Dienstleistungen" erfolgreich abgeschlossen und sich verpflichtet, die

-

²³ Für Hauswirtschaftliche Dienstleistungen gibt es verschiedene Standards z.B. RAL-Gütezeichen 902 - Ge-bäudereinigung, RAL-Gütezeichen 992 – Sachgemäße Wäschepflege. Diese Standards sind nicht für die Arbeit in der privaten Häuslichkeit sondern für die Leistungserstellung in Betrieben entwickelt worden. Der DGE-Qualitätsstandard Essen auf Rädern hat sowohl die Anbieter (zur Zertifizierung) als auch Nachfrager als Zielgruppe. Zudem gibt es zur Thematik Essen z.B. seitens der DGE oder der VZs eine Fülle von Informationen für Private Haushalte.

festgelegten Qualitätsstandards der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen einzuhalten²⁴.

10.3 Sicherung der Qualität bei HDL durch den Dienstleister

Ein in sozialen Einrichtungen und Diensten mittlerweile weit verbreitetes Modell, das in den 80er Jahren für das Gesundheitswesen entwickelt wurde, ist das Qualitätsmodell von Donabedian²⁵, das die Qualität in verschiedene Qualitätsebenen aufteilt: Struktur- oder Potenzialqualität – Prozessqualität – Ergebnisqualität (Pfannes 1999, S.15). Wegen seiner Anschaulichkeit und Praktikabilität wurde dieses Konzept mittlerweile vielfach aufgegriffen und hat eine breite Anwendung gefunden u.a. in der Pflege. Es liegt also ein Ordnungssystem vor, das den Bemühungen vieler Organisationen um Qualität zu Grunde liegt. Donabedian geht davon aus, dass alle drei Qualitätsebenen in einem Zusammenhang stehen und sich beeinflussen. Die Strukturqualität wirkt auf die Prozesse und diese bestimmen die Ergebnisqualität. Der Strukturqualität als Grundlage für gute Leistungen und der Prozessqualität kommt also für die Erzielung der Ergebnisse eine wichtige Bedeutung zu. Die Ergebnisse (outcome) lassen sich in Intermediäre Ergebnisse (Prozessuales Ergebnis und Wirkung) unterteilen (Pfannes 1999, S.16) (s. Abbildung 33).

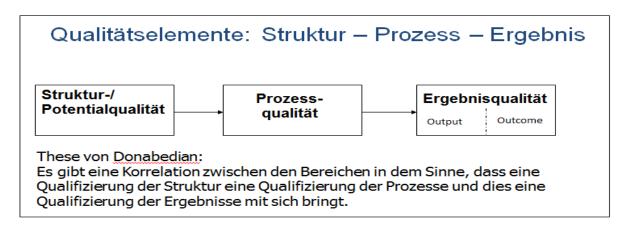


Abbildung 33: Qualitätsmodell nach Donabedian: Struktur – Prozess – Ergebnis (eigene Darstellung)

Dieses Modell von Donabedian kann auch für HDL genutzt werden (Angermann/Eichhorst 2012, S.20ff) und wird nachfolgend mit Beispielen unterlegt (s. Abbildung 34).

-

²⁴ siehe: www.nrw.de/meldungen-der-landesregierung/qualitaetssiegel-fuer-haushaltsnahe-dienstleistungen

²⁵ Weitere Qualitätsmodelle sind: DIN EN ISO 9001, EFQM-Modell.

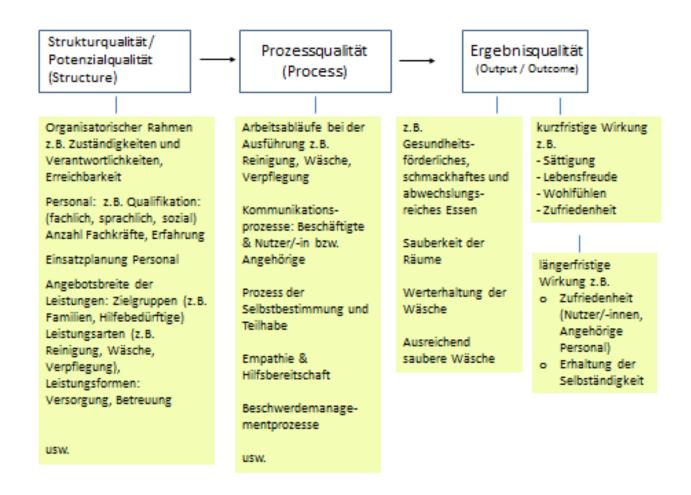


Abbildung 34: Beispiele für das Qualitätsmodell nach Donabedian (eigene Darstellung)

Das QM eines Dienstleisters kann an den drei grundlegenden Ebenen anknüpfen: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Mit Blick auf die Heterogenität der Anforderungen in Privaten Haushalten ist der zentrale Ansatz die Strukturqualität. So ist dies z.B. auch bei den Mindestanforderungen, die die VZ NRW (o.J.) formuliert, die genau an diesem Punkt ansetzen: a. Mindestanforderungen an die Organisation der Dienstleistung, b. Mindestanforderungen an Personen, c. Anforderungen an den Vertrag, d. Qualitätsbegleitung. Dieser grundlegende Ansatz ist zweckmäßig gewählt. Die Forderungen in Bezug auf das Personal bleiben dabei relativ allgemein.

Auch die Prognos-Studie (2012) knüpft hier an, ebenso wird in vielen Veröffentlichungen die Qualifikation des Personals als zentral benannt. Das Siegel für Haushaltsnahe Dienstleistungen in NRW hat auch hier den zentralen Anker.

Die Erhebung der Ergebnisqualität kann aus unterschiedlichen Perspektiven erfolgen: DL-Unternehmen: Zufriedenheitsbefragungen bei Nutzern/-innen bzw. Angehörigen²⁶, Auswertung von Beschwerden, Neutrale Dritte z.B. Verbraucherorganisationen: Auswertung von Beschwerden, Überprüfung der Strukturqualität z.B. formale Qualifikation.

In Anlehnung an Geissler (2010, S.141) wird die Beurteilung der Qualität der Leistungen durch die Privaten Haushalte (Nutzer/-innen und/oder Angehörige) an den Gewohnheiten, Praktiken und Standards der eigenen Arbeit gemessen.

Ein weiterer relevanter Punkt, der hier nicht weiter vertieft werden kann, ist die Arbeitsplatzqualität für die Beschäftigten. Hier spielen Aspekte wie Legalität/Illegalität der Arbeit, Bezahlung und Arbeitsbedingungen (z.B. Arbeitszeiten, Umgang mit Personal, Materialausstattung, Auskömmlichkeit der verfügbaren Zeit, Wertschätzung) eine Rolle. International ist hier die ILO-Konvention 189 "Menschenwürdige Arbeit auch für Hausangestellte" die Basis. Deutschland hat diese 2013 mit Ausnahmen²⁷ ratifiziert; sie tritt im Herbst 2014 in Kraft.

11 Information - Beratung - Vermittlung

11.1 Vorbemerkung

In vielen Veröffentlichungen wird die Thematik 'Information, Beratung, Vermittlung' zu HDL für ältere Menschen angesprochen. Dabei wird relativ einhellig davon ausgegangen, dass es zu wenig Transparenz gibt. Auch die Schwerpunkte der Vorschläge ähneln sich, Unterschiede gibt es durch die verschiedenen Blickwinkel bzw. den Ausgangspunkt der Veröffentlichung. Für Deutschland werden übereinstimmend virtuelle bzw. reale Vermittlungsstellen bzw. Markplätze vorgeschlagen z.B. Datenbanken. Auch Pflegestützpunkte und Mehrgenerationenhäuser, Verbraucherzentralen werden genannt, um Transparenz herzustellen und die (legale) Inanspruchnahme zu erleichtern.

11.2 Ist-Situation

Im Feld HDL bemängeln sowohl die Nachfrager als auch die Anbieter, dass zuverlässige Anbieter nicht schnell und unkompliziert erkannt werden können, d.h. dass es eine fehlende Markttransparenz gibt (Prognos 2012, S.74). Zielorientierte Informations- und Beratungsangebote sind allerdings zentrale Voraussetzungen für den Aufbau niederschwelliger, ergänzender Dienstleistungsangebote im Feld HDL. Sie dienen gerade bei Haushal-

.

²⁶ s. Abbildung 24

²⁷ Arbeitnehmer, die in häuslicher Gemeinschaft mit den ihnen anvertrauten Personen zusammenleben und sie eigenverantwortlich erziehen, pflegen oder betreuen

ten mit älteren und hochbetagten Personen dazu, wesentliche Hemmnisse bei der Inanspruchnahme abzubauen (Hessen Agentur 2008, S.74).

Beim Thema Information spielen die Angehörigen eine wichtige Rolle; häufig sind sie die eigentlichen Ansprechpartner. Sie sind meist besser in der Lage, die notwendigen Informationen einzuholen (Medienzugang z.B. Internet), und haben auch eine niedrigere Hemmschwelle nach Unterstützungsangeboten zu fragen. Wenn die Angehörigen eine räumliche Distanz zum betroffenen Haushalt haben, sind sie seltener über ein Angebot vor Ort informiert. Ohne ein nahes familiäres oder soziales Feld haben ältere Menschen häufig große Schwierigkeiten, sich ein Bild über die vorhandenen Möglichkeiten zu machen (Hessen Agentur 2008, S.43f).

"Zugang gerade zu Haushalten mit schwierigen prekären Bedarfslagen ist häufig nur durch aufsuchende Informations- und Beratungsangebote und nur mit aktiver Ansprache zu erreichen" (Hessen Agentur 2008, S.75). Auch die Studie der Friederich-Ebert-Stiftung (2012, S.45) schlägt präventive Hausbesuche vor: Ziel dieser präventiven Strategie ist, das Auftreten von Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu erkennen, zu verzögern bzw. zu verhindern; bisher wird dies nur in Modellprojekten erprobt, hier zeigt sich klar ein Nutzen.

Bereits jetzt gibt es verschiedene Möglichkeiten, sich zum Thema Unterstützungs- und Hilfebedarf und HDL zu informieren. Nachfolgend sind die Möglichkeiten dargestellt, die in diesem Feld derzeit schon vorhanden sind bzw. in den Blick genommen werden (Mehrgenerationenhäuser, Pflegestützpunkte, VZ, Datenbanken) (s. Abbildung 35). Hier gibt es erste Ansätze, die allerdings als noch nicht ausreichend angesehen werden; zudem unterscheiden sich diese in einzelnen Regionen.

Zu beachten ist, dass persönliche Beziehungen und Empfehlungen gerade bei Haushaltsund Personenbezogenen Dienstleistungen eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen sowohl bei der Wahl von Anbietern von HDL als auch von Pflegediensten.

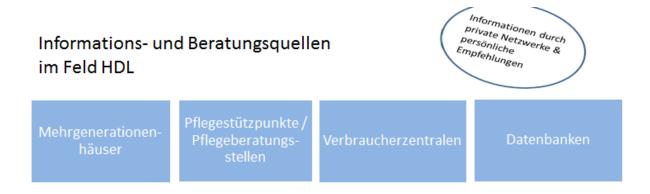


Abbildung 35: Information - Beratung - Vermittlung zu HDL (eigene Darstellung)

Nachfolgend werden diese Informations- und Beratungs- und Vermittlungsmöglichkeiten kurz beleuchtet.

11.2.1 Pflegestützpunkte

Pflegestützpunkte werden von den Kranken- und Pflegekassen auf Initiative eines Bundeslandes eingerichtet und bieten Hilfesuchenden Beratung und Unterstützung. Pflegebedürftige oder deren Angehörige erhalten im Pflegestützpunkt alle wichtigen Informationen, Antragsformulare und konkrete Hilfestellungen. Sie sollen eine Vernetzung aller Angebote für Pflegebedürftige vor Ort sowie in der Region ermöglichen und sollen darüber hinaus helfen, Grenzen zwischen den Sozialleistungsträgern zu überwinden (www.bmg.de).

Pflegestützpunkte sind also wohnortnahe Anlaufstellen, die pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen beraten, unterstützen und bei der Organisation der Pflege behilflich sind z.B. Vermittlung von Pflegediensten, Haushaltshilfen und Einkaufsservice (www.pflegestuetzpunkte.rlp.de). Grundlegende Aufgaben sind: Auskunft und Beratung in sämtlichen pflegerischen Belangen, Koordinierung aller regionalen Versorgungs- und Unterstützungsangebote sowie die Vernetzung abgestimmter pflegerischer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Die Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung (2012, S.44) konstatiert, dass im Feld der ambulanten Pflege diverse Träger und Akteure aktiv seien: kommunale Beratungsstellen, Pflegeberater bei den Krankenkassen, Pflegeberater bei den Pflegestützpunkten, Beratungsmöglichkeiten durch Wohlfahrtsverbände oder Selbsthilfeverbände. Darüber hinaus gäbe es eine Fülle von frei zugänglichen Informationsbroschüren und Materialien in Papierform und im Netz. Es wird resümierend festgehalten, dass die öffentlich finanzierte Infrastruktur zur Herstellung von Transparenz und Verbreitung von Information – zum Thema Pflege - als äußerst heterogen und wenig instrumentengestützt oder konzeptionell strukturiert bezeichnet werden kann (Friedrich-Ebert-Stiftung 2012, S.46)

Hoberg/Klie/Künzel (2013, S.11) stellen in ihrem Eckpunkte-Papier "Strukturreform – Pflege und Teilhabe" den Cure – Care Ansatz²⁸ vor, auch mit der Thematik Beratungsstruktur. Sie konstatieren, dass die Informationsangebote der heutigen Pflegestützpunkte grundsätzlich zu sehr auf den Leistungsbereich der Pflegeversicherung verengt und zu wenig mit der kommunalen Sozialarbeit verzahnt seien. Es wird eine Servicestelle Pflege und Teilhabe unter kommunaler Federführung vorgeschlagen.

11.2.2 Mehrgenerationenhäuser

Die ca. 500 Mehrgenerationenhäuser in Deutschland sind vom BMFSFJ geförderte soziale Einrichtungen: Sie sind Begegnungsorte für Menschen aller Generationen. Mit den inhaltlichen Schwerpunkten Alter und Pflege, Integration und Bildung, Haushaltsnahe

²⁸ Unter Care fallen: Familie, Assistenz, Hauswirtschaft, Soziale Arbeit als Tätigkeiten u.a. Alltagsgestaltung, Hauswirtschaft, Grundpflege, Förderung der Teilhabe. Unter Cure fallen: Fachpflege, Medizin, Therapie; als Tätigkeiten u.a. Steuerung von Pflegeprozessen, Behandlungspflege, Kran-

kenbeobachtung

Dienstleistungen und Freiwilliges Engagement bieten die Häuser eine Infrastruktur, die freiwilliges Engagement fördert und gesellschaftliche Teilhabe unterstützt (www.mehrgenerationenhaeuser.de).

Durch ihren niederschwelligen Ansatz und die Ansprache aller Generationen vor Ort sollen sie eine Vielzahl von unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen im lokalen Umfeld erreichen. Sie bieten einerseits Leistungen selbst an (z.B. Essensangebote, HDL), dienen aber auch als lokale Vermittlungsstellen z.B. von HDL. Diese Leistungen werden entweder zu sozialverträglichen Preisen oder unentgeltlich angeboten und leisten einen wichtigen Beitrag, um einkommensschwachen Haushalten und Personenkreisen den Zugang zu entsprechenden Angeboten zu ermöglichen. Erfahrungen der wissenschaftlichen Begleitung im Aktionsprogramm haben gezeigt, dass die überwiegende Zahl der Mehrgenerationenhäuser bereits Angebote im Bereich Haushaltsnahe Dienstleistungen erbringt (BMFSFJ 2012, S.4f). Das BMFSFJ (2011, S.44) stellt fest, dass gerade in ländlichen Räumen Mehrgenerationenhäuser eine bedeutsamere Rolle mit Blick auf HDL spielen als in Städten. Dies gilt sowohl für die Erbringung von HDL und noch deutlicher für die Vermittlung von HDL (s. Abbildung 36).

häuser verschiedene	r Regionstype	n an einem durc	hschnittlichei
Nutzungstag			
Art des Angebots		Anzahl Nutzer in Kleinstädten	Anzahl Nutzer in Mittel- und Großstädten
Angebote insgesamt	61.544	55.608	54.940
Beratung	3.498	3.330	3.661
Betreuung	8.788	5.721	3.978
Bildung	13.731	12.729	13.961
Erbringung haushalts- naher Dienstleistungen	2.507	1.447	1.665
Essen	3.571	3.709	2.765
Offene Begegnung/ Offener Treff	17.689	19.148	18.426
Patenschaften	459	514	838
Sport, Kultur, Freizeit	10.414	7.805	8.691
Vermittlung haushalts- naher Dienstleistungen	6.572	1.205	1.185

Abbildung 36: Nutzung von Mehrgenerationenhäusern (BMFSFJ 2011b, S.44)

Im "Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser II – Schwerpunktthema Haushaltsnahe Dienstleitungen – Konzept –, wird postuliert: "Für Mehrgenerationenhäuser ergeben sich somit vielfältige Perspektiven und Chancen, sich als lokale Akteure zur Förderung Haushaltsnaher Dienstleistungen zu profilieren" (BMFSFJ 2012b, S.15).

11.2.3 Verbraucherzentralen und vzbv

Da ältere Menschen wegen des demographischen Wandels einen immer größeren Anteil an der Gesamtzahl der Verbraucher einnehmen, ist eine verstärkte Berücksichtigung dieser Zielgruppe naheliegend: Themen sind u.a. Technik, Pflege, Finanzprodukte, Wohnen, Alltagshilfen.

Die Verbraucherzentralen in den 16 Bundesländern bieten Beratung und Information zu Fragen des Verbraucherschutzes, helfen bei Rechtsproblemen und vertreten die Interessen der Verbraucher auf Landesebene. Die thematischen Schwerpunkte der VZ sind verschieden. Größte Einzelorganisation ist die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen mit Sitz in Düsseldorf. Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) ist die Dachorganisation von Verbraucherzentralen und Verbraucherverbänden. Er verleiht der Stimme der Verbraucherinnen und Verbraucher im politischen Raum Gehör und gestaltet Verbraucherpolitik in Deutschland und der EU mit.

Bei einer stichprobenartigen Recherche im Internet zum Projektthema (Wohnen, HDL, Pflege) im Feld der VZ fällt auf, dass das Thema Pflege dort einen deutlich größeren Raum einnimmt als das Thema HDL und Alltagshilfe. Auch das Feld "wohnen & barrierefreiheit" wird deutlich mehr thematisiert. Alltagshilfe / HDL führen eher ein Schattendasein. Die VZ NRW ist im Feld HDL federführend und es liegen verschiedene Hilfestellungen zu HDL vor: Ratgeber "Hilfen im Alltag" - Haushaltsnahe Dienstleistungen selbst organisieren (2006), Entwicklung von Mindestanforderungen an Anbieter für HDL (o.J.), Aufbau einer Datenbank zu HDL, Einrichtung einer Beschwerdestelle. Auf der Homepage gibt es diverse weitere Hinweise u.a. Aufgabenplan für die Wohnungsreinigung (www.vz-nrw.de).

Das vzbv-Verbandsthema 2014 "Gutes Leben im Alter – Verbraucherpolitische Aspekte des demografischen Wandels am Beispiel Wohnen, Haushaltsnahe Dienstleistungen und Pflege" trifft einen Kernpunkt des demographischen Wandels.

Der vzbv hat in der Veröffentlichung "Ältere Menschen als Verbraucher – Potenziale, Risiken und Hürden/Hindernisse" (9/2012, S.22f,37f) die Thematik HDL aufgenommen und auf deren Bedeutung hingewiesen. Bei den HDL werden die Themen Markttransparenz, Qualität und Flexibilität der Anbieter benannt. Daneben sind dort auch die Themen Wohnen, Pflege und Gesundheit berücksichtigt. Während beim Thema Pflege die Honorierung, die gesellschaftliche Aufwertung und Anerkennung (Pflegekräfte und pflegende Angehörige) betont und eine Verbesserung angemahnt wird, findet sich das nicht gleichermaßen bei den HDL.

Auch bei den Verbraucherzentralen insgesamt und beim vzbv scheint es so zu sein, dass in Bezug auf Dienstleistungen im (höheren) Alter die Pflege mehr im Fokus steht als HDL.

Die Lebensphase, in der es aufgrund der sich ändernden körperlichen Fähigkeiten zunehmenden Unterstützungsbedarf ergibt - "Vor-Pflege-Bedürftigkeit" - wird auf den ersten Blick wenig(er) thematisiert bzw. engagiert berücksichtigt. Sowohl Angehörige als auch Senioren finden bei den VZ dazu relativ betrachtet weniger Informations- und Beratungs-

möglichkeiten. Der präventive Charakter der HDL mit Blick auf Gesundheit und Pflegebedürftigkeit wird vielleicht, wie von vielen anderen gesellschaftlichen Akteuren auch, wenig(er) beachtet.

Der vzbv (9/2012) ist in Bezug auf die Forderung nach Honorierung, Wertschätzung und Anerkennung von Pflege deutlich offensiver als im Bereich HDL. Hier wird diese Thematik nicht benannt, wenngleich auch sie - wie in dieser Meta-Studie dargelegt - ausgeprägt vorhanden sind. Es würde sich also anbieten, diese Sachverhalte bei Pflege und HDL zu benennen, zumal bei älteren Menschen ein Kontinuum an Unterstützungsbedarf besteht und beide relevant für Lebensqualität sind.

Das Feld barrierefreies Wohnen (Design for all), als eine wesentliche Voraussetzung für das möglichst lange Wohnen in der Privaten Häuslichkeit, wird von den VZ und dem vzbv wie auch in der Gesellschaft insgesamt zunehmend wahrgenommen und thematisiert.

11.2.4 Datenbanken

Datenbanken tragen wesentlich zu einer erhöhten Transparenz am Markt für HDL bei. Sowohl für Nachfrager als auch Anbieter kann dies ein hilfreiches Instrument sein. Die Schaffung einer bundesweiten Datenbank mit Verweisen auf regionale Datenbanken ermöglicht ein einfaches und schnelles Zusammentreffen von Angebot und Nachfrage. Die Einrichter der Datenbank müssen ein Prüfverfahren zur Qualitätssicherung umsetzen und einen Datenaustausch mit den Finanzbehörden ermöglichen (Prognos 2012, S.84).

Über die bundesweite Seite www.mehrgenerationen-service.de (verbunden mit den Mehrgenerationenhäusern) können Anbieter von HDL ihre Angebote einstellen bzw. Nachfrager ihr Interesse online platzieren (BMFSFJ 2011a, S.13). Diese Datenbank scheint erst im Aufbau zu sein, das Angebot ist noch relativ klein; qualitätssichernde Elemente sind nicht berücksichtigt.

Die VZ NRW betreibt eine Datenbank²⁹ auf ihrer Internetseite. Hier haben Verbraucher die Möglichkeit, nach einem Dienstleister in ihrer Nähe zu suchen. Es werden nur solche Dienstleister aufgenommen, die sich zur Einhaltung der Mindestanforderungen an "Haushaltsnahe Dienstleistungen für ältere Menschen und Familien mit Kindern und Jugendlichen in NRW" verpflichtet haben (Selbstverpflichtung und Plausibilitätsprüfung VZ). Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Datenbank aufgrund von Selbstauskünften der Dienstleister entstanden ist und keine Prüfung durch die VZ NRW erfolgt. Anbieter können sich demnach nicht auf eine Empfehlung oder ein Qualitätsurteil durch die Verbraucherzentrale NRW berufen (Nordmann 2011, S.134-143).

Es könnte argumentiert werden, dass durch das Internet die Suche nach Anbietern relativ einfacher geworden sei und dass damit ggf. eine Datenbank nicht mehr notwendig wäre.

-

²⁹ Ergänzt wird die Datenbank durch eine Beschwerdestelle: Kontaktaufnahme via Telefon, Internet, Beratungsstelle; Klärung mit Anbieter und Kunde, Nachbesserung, ggf. Streichung aus der Datenbank

Dagegen spricht, dass kleine Unternehmen häufig ein Defizit in der Ansprache potenzieller Kunden haben und vielleicht nicht immer über eine Homepage verfügen (BMFSFJ 2012, S.63); gerade in diesem Segment der Kleinbetriebe sind viele HDL-Dienstleister anzusiedeln. Der Mehrwert einer Datenbank kann wie bei dem Projekt der VZ NRW auch darin liegen, dass nur Unternehmen, die sich z.B. für einen bestimmten Mindeststandard verpflichten, in der Datenbank aufgenommen werden. Auch die Prognos-Studie (2012, S.84) votiert bei der Erstellung einer Datenbank für eine Auswahl der Anbieter und qualitätssichernde Elemente.

11.3 Resümee mit Blick auf die VZ und vzbv

Die Vernetzung von unterschiedlichen Akteuren in Kommunen und Regionen erscheint vor dem Hintergrund einer lokalen Nachfrage und einem auch weitgehend lokalen/regionalen Angebot bei HDL zweckmäßig. Neben den genannten bestehenden Möglichkeiten (VZ, Mehrgenerationenhäuser, Pflegestützpunkte, Datenbanken) können ggf. weitere einbezogen werden (s. Abbildung 37: Information – Beratung – Vermittlung im Feld Ältere Menschen.

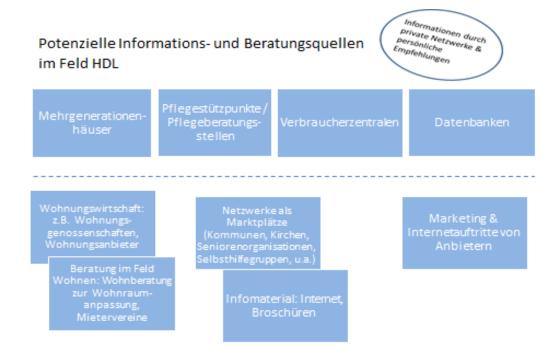


Abbildung 37: Information – Beratung – Vermittlung im Feld Ältere Menschen (eigene Darstellung)

Die Vernetzung zwischen BAGSO und Verbraucherzentralen bietet sich an (VZ NRW 2006, S.26), um die Position älterer Verbraucher zu stärken. Die Einbindung der Wohnungswirtschaft durch die VZ bei der Zielgruppe Senioren ist ebenfalls naheliegend: Hier kann sowohl die Anbieterseite (z.B. Wohnungsbaugenossenschaften, Wohnungsbaugesellschaften, Eigentümerverbände) als auch die Nachfragerseite (z.B. Mietervereine) in

Frage kommen, um die Zielgruppe ältere Verbraucher zu erreichen bzw. um sich für deren Interessen einzusetzen.

Da das Feld Hilfe- und Unterstützungsbedarf (incl. legale HDL) für ältere Menschen in der Phase der "Vor-Pflege-Bedürftigkeit" bislang gesellschaftlich insgesamt wenig im Fokus ist, könnten die VZ bei Information - Beratung – Vermittlung hier eine Lücke füllen. Dabei bietet sich z.B. eine Verknüpfung mit dem Thema Wohnen & Barrierefreiheit/-armut, da dies Senioren unterschiedlicher Altersgruppen (Bestager bis Hochaltrige) gleichermaßen betreffen und auch Angehörige als familiales Unterstützungsnetzwerk ansprechen kann. Dann könnten sowohl die HDL als auch die Wohnraumanpassung als Alltagserleichterung kommuniziert werden, denn die Thematik Hilfe- und Pflegebedarf ist für Ältere Menschen nicht selten ein Thema, bei dem eher ein "Abwehrverhalten" gezeigt wird.

Die Thematik bundesweite Datenbank mit Verbindung zu regionalen Datenbanken unter Berücksichtigung der Sicherung der Qualität ist nach wie vor ein offenes Feld, das die VZen voranbringen könnten. Es wird in vielen Veröffentlichungen als bedeutsam angesprochen, ist aber bisher eine ungelöste Problematik.

Image- und Informationskampagne VZen und vzbv:

- In Bezug auf die verbreitete illegale Beschäftigung k\u00f6nnte angesprochen werden, dass Schwarzarbeit bei HDL kein Kavaliersdelikt ist (Sensibilisierung der Verbraucher).
- In Bezug auf die Arbeitsplatzqualität könnte die Verantwortung der Verbraucher thematisiert werden: "FairWork" bzw. "FairCare" in Anlehnung an FairTrade als Element nachhaltigen Verbraucherhandelns, d.h. auch am Arbeitsplatz Privater Haushalt sind Mindeststandards (ILO-Abkommen 189: Menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte) zu berücksichtigen.
- Der Einsatz für mehr Anerkennung und Wertschätzung der Leistungen für Hilfeund Unterstützungsbedürftige ältere Menschen und deren Angehörige könnte neben der Pflege - auch die HDL bzw. die Hauswirtschaftlichen Leistungen einbeziehen.

Es sollte eine größere Vernetzung zwischen den Themen Wohnen und HDL für ältere, hilfsbedürftige Menschen geben. Dies würde die vielfachen Vorbehalte älterer Menschen berücksichtigen, die ungern ihren Hilfebedarf sehen bzw. – verständlicherweise – nicht hilfebedürftig sein wollen. Die Nutzung von ergänzenden Serviceleistungen und -angeboten in Kooperation von Wohnungswirtschaft und Dienstleistern – könnten den Zugang erleichtern (ergänzende DL zu Wohnen, keine Nähe zu Pflegebedürftigkeit). Die Unterstützung der Senioren bei der Bewältigung spezifischer Alltagsaufgaben, die nicht mehr alleine erledigt werden, könnte also einen niederschwelligen Einstieg ermöglichen. Dies würde die Selbständigkeit länger erhalten und die Lebensqualität erhöhen. Voraussetzung für den möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ist allerdings ein barrierefreies/-armes Wohnumfeld (Wohnung, Wohngebäude, Wohnumgebung).

Aufsuchende Informations- und Beratungsangebote könnten in Bezug auf HDL und die Zielgruppe ältere Menschen ein zweckmäßiger Weg sein, Transparenz zu schaffen und die Zielgruppe zu erreichen. Das "Andocken" an Netzwerken, in denen die älteren Menschen sind, könnte den Zugang erleichtern, sowohl für Menschen die schon konkreten Hilfebedarf haben als auch für potenziell Hilfebedürftige (z.B. Junge Alte).

Bisher werden Hauswirtschaftliche Leistungen/HDL i.d.R als komplementäre Dienstleistungen zur Pflege gesehen - diese Perspektive setzt Pflegebedürftigkeit voraus. Zukünftig könnte ein Perspektivwechsel zweckmäßig sein: HDL als zentraler Aspekt zur Erhaltung von Selbständigkeit und Selbstbestimmung in der eigenen Häuslichkeit und Pflegeleistungen als komplementäre, ergänzende Leistungen.

Wie die Meta-Studie zeigt, liegt in der Verbindung von HDL mit Wohnen und Pflege ein Zukunftsfeld für das Leben von älteren Menschen in ihrer Häuslichkeit. Das Verbandsthema 2014 "Gutes Leben im Alter" trifft einen Kernpunkt des demographischen Wandels. Die VZen bzw. der vzbv als Stimme der Verbraucher im politischen Raum bei der Gestaltung von Verbraucherpolitik in Deutschland und der EU kann in Bezug auf ältere Menschen eine wichtige Rolle einnehmen.

12 Unterstützungsbedarf und Pflegebedürftigkeit

12.1 Vorbemerkung

Die Thematik HDL und Pflegeleistungen wird in diversen Veröffentlichungen angesprochen. Im Allgemeinen geht es immer dann um HDL, wenn ältere Menschen mit Hilfebedarf ins Blickfeld rücken. Auch bei Veröffentlichungen aus dem Pflegebereich, die den ambulanten Sektor im Blick haben, werden HDL thematisiert, dann zumeist als komplementäre ergänzende Leistungen.

12.2 Alterstypische Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Alltagsversorgung

Alterstypische Einschränkungen (körperliche Verluste, psychische Problematiken) haben oft als Folge, dass die tägliche Versorgung nur noch eingeschränkt oder nicht mehr wahrgenommen werden kann (Feuerbach/Sennlaub 2010, S.112f). Beispiele dafür sind:

- Körperlich anstrengende Haushaltstätigkeiten wie das Reinigen von Böden machen Schwierigkeiten.
- Tätigkeiten der Nahrungszubereitung können nur noch mit Mühe erfolgen.
- Das Einkaufen wird schwieriger.
- Das Lesen von Beipackzetteln, Bedingungsanleitungen und des Mindesthaltbarkeitsdatums von Lebensmitteln macht Mühe.
- Das Öffnen von Behältnissen (Reinigungsmittel, Lebensmittel) wird schwieriger.

 Der Wechsel der Bettwäsche oder das Aufhängen der Wäsche wird zunehmend mühsamer.

In der Folge kann es bspw. zu Mangelernährung, desolaten Hygienischen Zuständen oder auch zur Geruchsbildung kommen.

Auch wenn die Haushaltsarbeit schwerer fällt, wird z.T. eine Haushaltshilfe abgelehnt mit der Begründung: "Ich brauche keine Fremden in der Wohnung", "Ich kann das alleine". Erfahrungsgemäß führt dies zu Folgendem: Oberflächliche Reinigungsarbeiten werden mit äußerster Kraftanstrengung durchgeführt, es erfolgt eine Beschränkung der Einkäufe, die Nahrungszubereitung wird reduziert, Essen auf Rädern wird ausprobiert, aber in vielen Fällen nach einiger Zeit wieder abbestellt. Ist die Schwelle überwunden und die Akzeptanz für Hilfe vorhanden, werden die Hilfsangebote zumeist dankbar angenommen (Noll 2006, S.21).

Als Folge von alterstypischen Erscheinungen, die in höherem Lebensalter zunehmend auftauchen (insbes. Nachlassende Sehleistung, nachlassende Hörfähigkeit, Erkrankungen des Knochenapparates wie Arthrose, Osteoporose, Rheuma), kommt es also oft schon früher zu einem Hilfe- und Unterstützungsbedarf in der alltäglichen Versorgung als ein "offizieller" Pflegebedarf nach PflegeVG festgestellt wird. Genau hier sind Unterstützungsleistungen gefragt: durch Angehörige, aus dem privaten informellen Netzwerk (Freunde, Nachbarn, Bekannte) oder auch HDL.

In Bezug auf die Thematik HDL kann also festgehalten werden, dass ein Bedarf an diesen Leistungen auch ohne Pflegebedürftigkeit bestehen kann, d.h. dass HDL auch außerhalb des Rahmens des PflegeVG/SGB XI von Bedeutung ist.

12.3 PflegeVG – Hauswirtschaft - HDL

Zur Einordnung ein Blick auf das PflegeVG / SGB XI § 14:

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem Umfang oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind:

- 1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- 2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- 3. im Bereich der Mobilität das Selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigung der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Die Hauswirtschaftliche Versorgung ist für das PflegeVG/SGB XI also Teil des Pflegebegriffs. Leistungen des PflegeVG sind in Deutschland stark reglementiert; sie werden zwischen den Pflegekassen und dem Pflegedient vereinbart. HDL sind dagegen kaum reglementiert.

Pflegestufe 1 = erheblich Pflegebedürftige³⁰, das sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Die Hilfe muss im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten in Anspruch nehmen, davon müssen mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) entfallen.

Haben Menschen einen geringeren Pflegebedarf als in Pflegestufe 1 genannt, besteht zwar auch ein Pflegebedarf, aber dieser wird nicht durch das PflegeVG abgedeckt ("Pflegestufe 0"). Weinkopf (2005, S.35f) betont, dass es eine große und wachsende Gruppe von Älteren gibt, die noch keine Leistungen aus der Pflegekasse erhalten aber gleichwohl Unterstützungsbedarf haben.

12.3.1 Pflegedienste, Sozialstationen und HDL

Die Hessen Agentur (2008, S.77) empfiehlt bspw. Pflegediensten im Hinblick auf HDL die Kooperation mit spezialisierten Anbietern bzw. Dienstleistungsagenturen, bei denen dann das Personal angestellt ist. Damit kommt es auch organisatorisch zu einer Abgrenzung zu Leistungen des PflegeVG: Auch Göpfert-Divivier/Schulz (2009, S.102f) sehen Potenziale für ambulante Dienste im Geschäftsfeld "Hilfen für Alltag und Haushalt". Es wird betont, dass Kunden zumeist nicht an der Erledigung von einzelnen Verrichtungen interessiert seien, sondern nach verlässlichen Lösungen suchen.

Pflegedienste werden meist über persönliche Empfehlung angesprochen. Preisvergleiche finden oft nicht statt, da fast alle Verträge mit den Kranken- und Pflegekassen nahezu identisch sind. HDL können für Pflegedienste eine "Einsteiger-DL" sein, die dann bei weiterem Hilfebedarf durch Pflegeleistungen ausgebaut wird.

12.3.2 Komfortangebot vs. Defizitorientierung

Ein anderer Ansatzpunkt für HDL im Seniorenbereich kommt von der VZ NRW. Es wird aus Verbrauchersicht betont, dass sich im Rahmen der Wohn- und Pflegeberatung herausstellte, dass Pflege ein Stigma mit sich zu bringen scheint und daher HDL möglichst nicht im Kontext von Pflege, sondern eher als eine Art Lebenskomfort angeboten werden

82

³⁰ Pflegestufe II – Schwerpflegebedürftigkeit, Pflegestufe III – Schwerstpflegebedürftigkeit, Stufe III + Härtefallregelung.

sollte. Dies würde die potentiellen Nutzer/-innen eher dazu motivieren, unterstützende DL frühzeitig anzunehmen und so auch einem möglichen Pflegebedarf vorzubeugen. Defizitorientierung statt "Komfortangebot" führe zu mangelnder Akzeptanz. Die verschiedenen Dienstleistungen müssten nicht aus einer Hand angeboten werden, es sollte allerdings auf feste Ansprechpartner geachtet werden (Nordmann in: Angermann 2011, S.10,134-143).

Die Perspektive "Komfortangebot" wäre also nach dieser Einschätzung zweckmäßig für Anbieter von HDL im Segment Senioren zu wählen und die Nähe zum Themenfeld Pflege zu vermeiden. Zu beachten ist an dieser Stelle auch, dass es nicht "die Senioren" gibt genauso wenig wie "die Jugend". Eine Binnendifferenzierung der Zielgruppe, im Hinblick z.B. auf Anforderungsprofil, Bedarfen und Zahlungsbereitschaft bzw. -fähigkeit schließt das mit ein.

13 Handlungsempfehlungen

13.1 "Public policies" zur Stärkung des Marktes für HDL in verschiedenen EU-Ländern

13.1.1 Vorbemerkungen

Zum Vergleich des Marktes für HDL in Europa speziell für ältere Menschen gibt es zwei Tagungsdokumentationen (Angermann 2011, Angermann 2013) sowie ein Arbeitspapier (Angermann/Eichholz 2012) der Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa. Außerdem gibt es allgemein für HDL das IZA Policy-Paper (Angermann/Eichhorst 2013) sowie den Bericht von Farvaque (2013).

Anliegen der Arbeiten zu älteren Menschen ist, die bedarfsgerechte Versorgung der älteren Menschen mit qualitativ hochwertigen unterstützenden Dienstleistungen auch angesichts des demographischen Wandels langfristig zu sichern. Gleichzeitig wird damit ein Feld mit bedeutendem Wachstumspotential für Beschäftigung gesehen. Die allgemeinen Arbeiten zu HDL haben vor allem eine Arbeitsmarktperspektive mit dem Blick, die Schwarzarbeit in diesem Sektor zu senken und legale Arbeitsplätze zu schaffen.

In Bezug auf Ältere Menschen werden keine spezifischen Strategien zu HDL entwickelt, sondern sie decken sich mit den allgemeinen Strategien zur Stärkung des Marktes für HDL.

13.1.2 Deutschland im Vergleich mit anderen Europäischen Ländern

Im europäischen Vergleich zeichnet sich Deutschland durch ein insgesamt recht umfassendes und universelles System der Pflege mit entsprechenden Standards bei der Qualitätssicherung aus, wobei das Finanzierungsvolumen für den Pflegebereich eng begrenzt ist und ein Großteil der Pflege durch informelle Pflegeleistungen der Angehörigen und die

irregulär beschäftigten Pflegehilfen erfolgt. Dagegen ist das Feld der HDL im formellen Bereich stark unterentwickelt, sowohl in Bezug auf formelle Arbeitsplätze als auch hinsichtlich Qualitätsstandards, Professionalisierung und Transparenz des Angebots. Der Blick in die europäischen Nachbarstaaten zeigt, dass sich mit institutionellen Reformen die Versorgung mit Dienstleistungen im formellen Sektor verbessern und die dort vorhandenen Beschäftigungspotentiale besser ausschöpfen lassen. Allerdings bedeutet die quantitative Ausweitung von legalen haushaltbezogenen Dienstleistungen noch keine Sicherung der Qualität, für die es zusätzliche Maßnahmen braucht (Angermann/Eichhorst 2012, S.36f).

Als zentrale Herausforderungen zeigen sich in Deutschland für HDL die hohe Kostendifferenz legaler Arbeit zur Schwarzarbeit, die mangelnde Transparenz des Marktes, ein hoher Qualitätsanspruch der Nachfrager sowie der Förderung von Minijobs im Vergleich zu Teilzeit und Vollzeit-Beschäftigungen (Eichhorst 2011, S.53).

Für die Organisation und Durchführung von HDL in einem Staat haben die Höhe von Mindestlöhnen und Sozialleistungen bei Arbeitsplätzen sowie die Höhe der Steuern und Abgaben einen wichtigen Einfluss. Dies zeigen die stilisierten Modelle der Organisation von familienunterstützenden Dienstleistungen (Abbildung 38). Für Deutschland gilt das Kontinentaleuropäische Modell, in dem Schattenwirtschaft und Eigenleistungen des Haushalts besonders ausgeprägt sind, da hier durch hohe Steuer- und Abgabenbelastungen sowie relativ hohe Mindestlöhne und Sozialleistungen die Kostenproblematik im formalen Bereich besonders hoch ist. Eine Entwicklung des haushaltsbezogenen Sektors im nennenswerten Umfang kann nur unter erheblicher staatlicher Bezuschussung und organisatorischer Unterstützung gelingen oder in flexiblen Randbereichen des Arbeitsmarktes (Eichhorst 2011, S.54f).

	Angelsächsisch- liberales Modell	Skandinavi- sches Modell	Kontinentaleuro- päisches Modell
Mindestlöhne und Sozialleistungen	Niedrig	Hoch	Hoch
Steuern und Abgaben	Niedrig	Hoch	Hoch
Öffentlicher Sektor	Klein	Groß	Mittel
Organisation und Durchführung von HDL	Markt	Staat	Haushalt/Schatten- wirtschaft (oder öffentlich bezuschusst)
Beispiele	US, UK	DK, SE	DE, FR, BE, AT

Abbildung 38: Drei stilisierte Modelle der Organisation von familienunterstützenden Dienstleistungen (Eichhorst 2011, S.54)

Im Folgenden sollen Steuerungsinstrumente, die in europäischen Ländern zur Förderung des legalen Arbeitsmarktes angewendet werden, übersichtsmäßig dargestellt werden. Strategien sind Reduzierung des Preises für Verbraucher, Gutscheinsysteme, Arbeitsmarktförderung und Unterstützung des Marktes (Farvaque 2013, S.57f):

- Reduzierung der Mehrwertsteuer für HDL, bzw. für ausgewählte Dienstleistungen, d.h. es reduziert sich der Preis für die Endverbraucher je nach Mehrwertsteuersatz, um z.B. 15 % (Anwendung in Frankreich und Niederlande).
- Befreiung von Sozialabgaben bei der Beschäftigung von Haushaltshilfen für Haushalte als Arbeitgeber oder für Organisationen (z.B. Dienstleistungsagenturen), die Beschäftigte für HDL eingestellt haben (Anwendung in Frankreich und Spanien).
- Steuerreduzierung oder Steueranrechnung für die Inanspruchnahme von HDL. Hier gibt es unterschiedliche Regelungen, z.B. von 50 % der Kosten, die absetzbar sind bis zu einer Höchstsumme von 12.000 € pro Jahr in Frankreich oder 20 % der Kosten und einer Höchstgrenze von 4000 € pro Jahr in Deutschland (Anwendung in Frankreich, Finnland, Belgien, Deutschland, Dänemark, Italien, Luxemburg).
- Gutscheine für eine erleichterte Nachfrage, die an Endverbraucher die privaten Haushalte ausgegeben werden. Gute Erfahrungen wurden hiermit in Frankreich und Belgien gemacht. In beiden Ländern bestehen nationale Agenturen für die Steuerung der Versorgung mit unterstützenden Dienstleistungen, während private Unternehmen als Clearing-Stellen (Abwicklungs-Stellen) die Durchführung der Gutscheinsysteme sicherstellen. Die Gutscheine können auf bestimmte Dienstleistungen beschränkt sein, wie die belgischen "titres-services" auf z.B. Putzen, Kochen, Einkaufen, Fahrdienste für mobilitätsbeschränkte Personen. Sie können auch ein größeres Spektrum umfassen und sich auf bestimmte Kategorien von Arbeitern beziehen, z.B. auch Landwirtschaft mit einbeziehen (Italien). Als Gutscheinberechtigte Unternehmen können nur speziell zugelassene anerkannt sein (z.B. Belgien) oder alle legalen Anbieter, sowohl Organisationen als auch Einzelpersonen. Die Anzahl der Gutscheine wird begrenzt entweder durch eine maximale Anzahl von Gutscheinen pro Jahr (Belgien), ist abhängig von Sozialleistungen (Frankreich) oder vom Einkommen (Italien).
- Arbeitsmarktregulation, z.B. durch Flexibilisierung der Arbeit und Kostenreduzierung kombiniert mit Programmen der Arbeitsförderung. Hierzu gehören Programme zur Vermittlung von Arbeitslosen in den Bereich der haushaltsbezogenen Dienstleistungen. Hier gibt es die Möglichkeit, zeitliche begrenzte finanzielle Förderung zu erhalten, wenn Arbeitslose eingestellt werden. Z.B. in Deutschland beim Minijob-Programm, bei dem sich die Kosten reduzieren, wenn arbeitslose Personen eingestellt werden, oder in Belgien, wo es spezielle Gutscheine für Rekrutierung arbeitsloser Personen gibt.

- Spezielle Regulierungen für HDL, wie Erleichterung der Arbeitsvermittlung oder Sichtbarmachung des Schwarzmarktes, indem neue Gesetze erlassen werden (Ungarn, Spanien, UK).
- Strukturierung des Marktes, indem z.B. zentrale, nationale Steuerungsagenturen (Frankreich) oder private Unternehmen (Frankreich) und Non-Profit-Organisationen (Belgien) unterstützt werden oder Anbieter bzw. Agenturen für HDL autorisiert werden.
- Erhöhung der Anzahl von formalen Anbietern, durch Einwanderungspolitik (z.B. Haushaltsarbeiterinnen in Spanien oder badanti in Italien).

Meier-Gräwe verweist darauf, dass europäische Länder, die auf den massiven Ausbau von professionellen alltagsunterstützenden Diensten gesetzt haben, deutliche Fortschritte bei der Gleichstellung, der eigenständigen Existenzsicherung aber auch beim Gesundheitszustand älterer Menschen verzeichnen, als bei stark familienbasierten Care- und Unterstützungssystemen. Diese führen zum Rückgang gesunder Lebensjahre im Alter (Expertise FES 2011, zitiert nach Meier-Gräwe 2013, S.26).

Für den Zugang älterer hilfsbedürftiger Menschen eignen sich insbesondere Steuerungsinstrumente, die Einkommenssteuerunabhängig sind, wie Gutscheinsysteme. Außerdem profitieren sie auch von Anbieterförderung, wenn dadurch die Marktpreise gesenkt werden.

13.2 Handlungsempfehlungen aus der Literatur

13.2.1 Vorbemerkungen

Handlungsempfehlungen speziell für HDL für ältere Menschen finden sich in Weinkopf (2005), Hessen Agentur (2008) und Friedrich-Ebert-Stiftung (2012) für Deutschland und in den Arbeiten von Angermann/Eichhorst (2012) für den Europäischen Raum. Da sich die Empfehlungen zu HDL aus den verschiedenen Berichten weitgehend überschneiden und ergänzen, werden hier auf Basis der oben genannten Studien ergänzt um die Empfehlungen aus der Prognos-Studie (2012) und der "Machbarkeitsstudie Haushaltsnahe Dienstleistungen für Wiedereinsteigerinnen" (BMFSFJ 2011) Vorschläge zusammengestellt. Widersprüche zwischen den Empfehlungen gibt es nicht. Sie beziehen sich im Wesentlichen auf die Legalisierung von Arbeitsplätzen und bezahlbare Dienstleistungen, auf Förderung von Qualitätssicherung und hier speziell von Qualifizierung, auf Markttransparenz und erleichterten Zugang zu HDL.

Insgesamt werden folgende Potentiale einer systematischen Entwicklung von haushaltsbezogenen Dienstleistungen gesehen:

- Verbesserte Lebensqualität und Entlastung der Haushalte
- Vorteile der Spezialisierung und Professionalisierung
- Stärkere Erwerbsintegration insbes. von Frauen über längere Arbeitszeiten und höhere Erwerbsquoten. Dies ist ein Baustein zur Sicherung von vorhandenen Fachkräftepotenzialen mit positiver Wirkungen auf berufliche Entwicklung, Entlohnung und soziale Absicherung (z.B. durch bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. Pflege und Beruf).
- In manchen Dienstleistungsbereichen bieten sich Erwerbschancen für Personen, die anderweitig Einstiegsprobleme haben.
- Möglicherweise positive Wirkung auf öffentliche Haushalte durch Dienstleistungen im formalen Bereich (Eichhorst 2011, S.53).

13.2.2 Handlungsempfehlungen an die Politik

Die Handlungsempfehlungen richten sich zum einen an die politischen Mandatsträger auf europäischer Ebene und zum anderen auf Bundes- und Länderebene in der Bundesrepublik Deutschland.

Leitbild und Masterplan

- Allen Empfehlungen vorangestellt werden der Wunsch nach einer Debatte über und die Entwicklung eines Leitbildes auf Bundes- und Europaebene, das sich mit dem Leben im Alter befasst, insbesondere für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen. Hier liegt seit 2010 mit der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (BMFSFJ & BMG 2010) ein solches Leitbild vor.
- Der Austausch und die Weiterentwicklung auf europäischer Ebene kann z.B. kofinanziert durch den Europäischen Sozialfond vorangetrieben werden und damit Best-Practice-Modelle der Sozial- und Beschäftigungspolitik sowie zur Besteuerung und Finanzierung in den Fokus nehmen (Angermann 2013, S.29ff).
- Es wird ein Masterplan, der einen bundeseinheitlich verbindlichen Rahmen für HDL schafft, gefordert (Niehage 2011, S.31).

Versorgungsarrangement: Vernetzung & Qualität

- Um die Versorgung älterer hilfebedürftiger Menschen besser zu gewährleisten, sollte eine integrierte Gesamtversorgung angeboten werden mit einem fließenden Übergang von HDL zu Pflege. Statt additiver Einzelleistungen sollten integrierte Angebote gemacht werden, wie "morgendliches Fertigmachen", zu dem z.B. sowohl Hilfe beim Waschen und Anziehen gehören wie auch die Zubereitung des Frühstücks (Friedrich-Ebert-Stiftung 2012, S.47ff).
- Eine intelligente Verknüpfung unterschiedlicher Versorgungsformen und Hilfsangebote wird gefordert, die vor allem auf regionaler Ebene angesiedelt sein sollte. Diese Koor-

- dinierungsstrukturen könnten durch die Zusammenarbeit von Bund und Ländern gestärkt werden (Friedrich-Ebert-Stiftung 2012, S.47ff).
- Es werden einhellig in der Literatur bundesweite bzw. europaweite einheitliche Qualitätsstandards und Qualifikationsanforderungen für HDL gefordert, verknüpft mit legalen Arbeitsbedingungen.

Förderung formeller und informeller Unterstützungsstrukturen

- Die Versorgungsstrukturen sind in Deutschland gleichermaßen formell und informell geprägt. Neben den Bemühungen, die formellen Dienstleistungsangebote zu stärken, sollte die Politik auch das Interesse der informellen Unterstützungssysteme im Fokus haben. Pflegende Angehörige sollten konkrete Entlastungs- und Qualifizierungsangebote erhalten, z.B. in Form von flexiblen Arbeitszeiten oder gesonderten Urlaubstagen am eigenen Arbeitsplatz sowie Schulungen (Angermann/Eichhorst 2012, S.13f).
- Die Tolerierung sog. "24-Stunden-Kräfte" (zumeist Migrantinnen aus Osteuropa, die im Haushalt des Auftraggebers wohnen, sog. live-in-Konzept) und deren prekärer Arbeitsbedingungen sind kritisch zu hinterfragen³¹. Deutschland hat das ILO-Abkommen 189 zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Hausangestellten 2013 ratifiziert. Die o.g. Beschäftigungsgruppe "24-Stunden-Kräfte / Live-Ins" ist von den Ansprüchen ausgenommen. Der Deutsche Frauenrat (2013) u.a. fordern, diesen Ausnahmetatbestand zurückzunehmen.

Informationskampagnen

- Begleitende Informationskampagnen zur Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung könnten auf Bundesebene, z.B. durch das BMFSFJ angestoßen werden. Sie hätten zum Ziel, den Stellenwert haushaltsnaher Dienstleistungen aufzuwerten, die positiven Effekte für die Hilfesuchenden darzustellen und den Befürchtungen der Nutzer entgegenzuwirken, nicht genügend Finanzmittel zur Verfügung zu haben. Es gäbe die Möglichkeit, offensiv auf bestehende Fördermöglichkeiten hinzuweisen. Beide Varianten der Privathaushalt als Arbeitgeber sowie der Privathaushalt als Auftraggeber für Dienstleistungen sind dabei darzustellen (Weinkopf 2005, S.44).
- Die Sensibilisierung für das Thema Schwarzarbeit sollte in diesem Zusammenhang nicht ausgenommen werden. Eine Verschärfung von Sanktionen und Kontrollen von Schwarzarbeit im Privathaushalt steht als Forderung im Raum und könnte einen An-

³¹ Die Diakonie Württemberg hat in einem Dreijahresprojekt t "FairCare" in Stuttgart versucht, die Arbeitsbedingungen für diese Pflegehilfskräfte zu verbessern. Die Arbeitszeit wurde auf 40 Std. pro Woche begrenzt und die Arbeit legalisiert. Während viele Migrantinnen interessiert waren, war vielen Kunden/-innen das Angebot u teuer, zu aufwändig und zu bürokratisch. Es wurden 60 Betreuungskräfte vermittelt. Schätzungsweise gibt es ca. 100.000 Pflegehilfskräfte (Dribbusch 2014). Die

Aufgaben der Beschäftigten liegen i.d.R. im Feld HDL (sach- und personenbezogene Dienstleistungen), Nachtdienst, Grundpflege. Häufig wird ergänzend ein ambulanter Dienst genutzt.

- reiz zur Inanspruchnahme eines legalen Dienstleistungsangebots darstellen (Weinkopf 2005, S.45).
- Es bedarf einer kontinuierlichen Auseinandersetzung mit diesen Themen in der Öffentlichkeit, um u.a. einen Paradigmenwechsel in der Wahrnehmung haushaltsbezogener Dienstleistungen auszulösen: Vom schlechtbezahlten Dienstmädchen hin zur professionellen Dienstleistung (Hessen Agentur 2008, S.76).

Förderung von Unternehmen und Qualifizierung

- Damit die Unternehmen der haushaltsbezogenen Dienstleistungen ausreichend qualifiziertes Personal in diesem niedrigschwelligen Arbeitsmarkt zur Verfügung steht, ist
 eine Unterstützung bei der Erprobung und Entwicklung neuer Konzepte hilfreich. Dies
 bezieht sich insbesondere auf beschäftigungsbegleitende Bildungs- und Coachingangebote.
- In diesem von Frauen dominierten Berufsfeld steht die Vereinbarkeit von Beruf und Familie aus Sicht der Beschäftigten im Vordergrund. Neue Arbeitszeitmodelle und die Unterstützung bei der Kinderbetreuung gilt es modellhaft mit den Unternehmen zu entwickeln.
- Es empfiehlt sich dabei, Förderprojekten den Vorzug zu geben, die bundesweit übertragbar und auf Dauer angelegt sind (Weinkopf 2005, S.45f). Dies wird umso erfolgreicher gelingen, je mehr formale Beschäftigungsverhältnisse in diesem Sektor entstehen. Die Legalisierung des vom Schwarzmarkt geprägten Sektors trägt dazu bei, dem Wert der Leistung an sich sowie der Wertschätzung der Beschäftigten mehr Bedeutung beizumessen. Die Zusammenarbeit der Jobcenter mit den Unternehmen vor Ort nutzt dabei die lokalen Kenntnisse des Arbeitsmarktes und der Beschäftigungsstruktur und kann neue Zugänge zum Arbeitsmarkt z.B. für Langzeitarbeitslose erleichtern (Weinkopf 2005, S.45; BMFSFJ 2012b, S.21).

Finanzielle Unterstützung der Nachfrage

- Es müssen vor allem Maßnahmen ergriffen werden, die die Differenz zwischen dem Marktpreis und dem Schwarzmarktpreis verringern, um damit die Inanspruchnahme legaler Beschäftigungsverhältnisse zu unterstützen.
- Ohne eine öffentliche finanzielle Förderung sind HDL nicht für alle hilfesuchenden Menschen zu realisieren, insbesondere bei einkommensschwachen Haushalten.
- Das beinhaltet u.a., öffentliche Förderansätze für Menschen ohne Leistungsanspruch aus der Pflegeversicherung (sog. Pflegestufe 0) zugänglich zu machen und das Finanzierungsvolumen für ambulante Dienstleistungen in der Pflegeversicherung deutlich auszuweiten (Hessen Agentur 2008, S.78f; Weinkopf 2005, S.46).
- Auf Seiten derer, die haushaltsbezogene Dienstleistungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie in Anspruch nehmen, ist die finanzielle Beteiligung durch Unternehmen und Arbeitgeber ein denkbares Instrumentarium, um ggf. öffentliche Förderungen zu limitieren (Angermann 2013, S.33). Hierzu gibt es verschiedene Handlungsansätze.

13.2.3 Empfehlungen an Kommunen

Den Kommunen kommt insbesondere bei der Informationsbeschaffung und der Vernetzung der Akteure eine besondere Bedeutung zu, da sie Kenntnisse des Sozialraums vorhalten (Niehage 2011, S.36f). Sie wären in der Lage, dem Kundenwunsch nach trägerunabhängigen und wohnortnahen Beratungsstellen, die auch koordinierende Funktionen zwischen Nachfragern und Anbietern übernehmen könnten, nachzukommen. Vorhandene Strukturen, z.B. Mehrgenerationenhäuser, sollten genutzt werden, um einem umfassenden Beratungsanspruch – auch im Bereich der Prävention – nachzukommen. Die Leitlinien eines Unterstützungsmanagements sollen als Orientierung dienen (Hessen Agentur 2008, S.76).

Denkbar ist auch die lokale Förderung von Dienstleistungsagenturen durch die verstärkte Kooperation und Vergabe bestimmter Aufträge an diese. Auf kommunaler Ebene besteht die Möglichkeit, Einfluss auf spezifische Bedingungen des Arbeitsmarktes zu nehmen, z.B. durch die Gewährung von zeitlich befristeten Lohnkostenzuschüssen bei der Einstellung von Beschäftigten aus bestimmten Gruppen oder der Gewährung von Gründungszuschüssen für eine Agentur.

Die Notwendigkeit der Kommunen, sich in diesem Bereich zu engagieren, erklärt sich u.a. durch die gesetzliche Verpflichtung, komplementäre ambulante (= pflegeergänzende) Dienstleistungen bereitzustellen und in den ländereigenen Pflegebedarfsplänen darzustellen (Weinkopf 2005, S.45).

13.2.4 Empfehlungen für Verbände

Zur Mit- und Ausgestaltung der Qualitätsstandards sowie der Rahmenbedingungen für haushaltsbezogene Dienstleistung auf überregionaler sowie regionaler Ebene empfiehlt es sich, die Fachverbände der Branche zu beauftragen.

Sie sind aufgefordert, ihre Branchenkenntnisse einzubringen und bei der Beratung und Qualifizierung der Beschäftigten als auch der Dienstleistungsagenturen mitzuwirken. Das kann durch Positionspapiere, Öffentlichkeitsarbeit in der eigenen Branche, die Entwicklung eines Qualitätssiegels oder durch die Dialogbereitschaft mit Ministerien oder Forschungseinrichtungen geschehen (Niehage 2011, S.36f).

14 Schlussbetrachtung

14.1 Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Metastudie

Die Sichtung der Literatur zeigt, dass es eine unzureichende Datenlage zur Nachfrage und Situation älteren Menschen mit Hilfebedarf für HDL gibt, sowohl für die Gruppe der (noch) nicht Pflegebedürftigen als auch für Pflegebedürftige. Auch zum Angebot und zur Verfügbarkeit von HDL ist die Datenlage unzureichend. Hier besteht ein Bedarf an weiteren quantitativen und qualitativen Untersuchungen. Nachfolgend werden ausgewählte Ergebnisse der Metanalyse zusammenfassend dargestellt. Dabei wird sich an den vom Auftraggeber formulierten Fragestellungen orientiert.

- Die Bedeutung der HDL für die Gesellschaft wird vor allem hinsichtlich von Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie Schaffung von legalen Arbeitsplätzen thematisiert. Die Bedeutung für die Selbstbestimmung und Erhaltung der Selbständigkeit älterer Menschen wird insbesondere als Prävention zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit gesehen. Die Bedeutung der HDL für die Daseinsvorsorge der Kommunen ist unbeleuchtet.
- Die Bedeutung der Qualität nimmt in allen Quellen einen großen Stellenwert ein. Dabei wird vor allem die Qualifikation des Personals als Aspekt der Strukturqualität angesprochen. Es besteht eine deutlich Diskrepanz zwischen den Forderungen nach Qualität und der Zahlungsbereitschaft der Nachfrager. Die VZ NRW hat einen Katalog mit Mindestanforderungen an Anbieter von HDL formuliert, der für die Datenbank angewendet wird. Von der dgh wurde ein Curriculum für die Qualifizierung von Mitarbeitern/-innen im Feld HDL entwickelt. Bisher liegen keine bundesweiten Qualitätsstandards im Feld HDL vor.
- Die Nachfrage der deutschen Haushalte nach HDL ist insgesamt relativ gering (ca. 12 %) und wird überwiegend als Schwarzarbeit nachgefragt. Ältere Menschen und Haushalte, die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung beziehen, nehmen HDL überdurchschnittlich häufig in Anspruch. Dies sind überwiegend Einpersonenhaushalte, die durchschnittlich auch eine höhere Zahlungsbereitschaft haben. Es liegen keine quantifizierten Daten zu Bedarf, Nachfrage, sozio-kultureller Differenzierung und Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit von älteren Menschen zu HDL vor. Es gibt eine qualitative Einschätzung, dass es für ältere Menschen zahlreiche Barrieren gibt, HDL in Anspruch zu nehmen, wozu die Akzeptanz des eigenen Hilfebedarfs zählt, wie auch mangelnde Information über Angebot oder Bezahlbarkeit. Hier kommt Angehörigen häufig eine wichtige Rolle zu. Am häufigsten werden Reinigungsdienstleistungen in Anspruch genommen, mit zunehmender Hilfebedürftigkeit kommen Einkäufe, Mahlzeitenzubereitung, Wäschepflege und weitere Alltagshilfen dazu.

- Es lassen sich keine Aussagen zu einzelnen Regionen im Hinblick auf Verfügbarkeit, Anbieter und Nachfrager treffen (außer Hessen). Die Thematik ländliche Räume ist in den Veröffentlichungen weitgehend unberücksichtigt. Wird sie thematisiert, wird davon ausgegangen, dass das Angebot in städtischen Räumen größer ist, aber die Vernetzung und der Informationsfluss in ländlichen Räumen besser sind. Die Überbrückung von Entfernungen verursacht Kosten.
- Einkommensschwache Haushalte werden in der Literatur kaum beleuchtet. Wenn diese thematisiert werden, dann wird darauf verwiesen, dass diese die steuerlichen Vorteile für legale HDL nicht nutzen können. Daher wird ein Gutscheinsystem vorgeschlagen, um auch dieser Zielgruppe einen Zugang zu legalen HDL zu ermöglichen. Diese können dann bei anerkannten Dienstleistern eingereicht werden. Erfahrungen mit Gutscheinsystemen liegen z.B. aus Frankreich und Belgien vor.
- Die Fragestellung "Luxus oder Notwendigkeit von HDL" wird in der Literatur nicht thematisiert. Es wird darauf hingewiesen, dass Ältere Menschen mit Hilfebedarf oft das Notwendige nicht sehen und gegenüber Hilfebedarf für HDL wenig aufgeschlossen sind. Im Grundsatz wünschen sich alte Menschen, dass diese Haushaltstätigkeiten von Angehörigen übernommen werden, die die Spezifika des Haushaltes kennen und die Privatheit wahren. Von daher kann bei hilfebedürftigen älteren Menschen in Bezug auf HDL davon ausgegangen werden, dass es sich bei der Unterstützung um eine Notwendigkeit handelt, wenn diese schon artikuliert wird. Das Ausmaß der Leistungen ist dann für den konkreten Bedarfsfall zu klären.
- Der größte Teil (etwa zwei Drittel) der HDL wird von Anbietern in Schwarzarbeit erbracht. Im legalen Markt finden sich vor allem Kleinunternehmen mit lokalem Bezug und Minijobber. Es gibt Konkurrenz in Bezug auf Preise zwischen Schwarzarbeit und Minijobbern, deren Preise halb so hoch sind, wie sie Dienstleistungsunternehmen für kostendeckende Preisen benötigen. Legale Anbieter haben vor allem Probleme, gut qualifiziertes Personal zu finden mit entsprechenden fachlichen und sozialen Kompetenzen (Vertrauenswürdigkeit, Empathie). Inhouselösungen der Wohnungswirtschaft werden kaum thematisiert. Als Anbieter im Feld Pflegebedürftiger treten für HDL auch Pflegedienste, Mehrgenerationenhäuser und Migrantinnen aus Osteuropa (Live-Ins) auf.
- Bei illegalen HDL besteht eine win-win-Situation zwischen Nachfragern und Anbietern. Die Barrieren für legale HDL liegen auf beiden Seiten und werden durch die Bedingungen unterstützt. Auf Seiten der nachfragenden Haushalte sind dies u.a. kein Unrechtsbewusstsein, Image der Leistung und Zahlungsbereitschaft. Auf Seiten der Anbieter illegaler Aufenthaltsstatus, Bezug von Transferleistungen oder Zuverdienst ohne Interesse an eigener sozialer Absicherung.
- Der Aspekt Ehrenamt und HDL wird in den Untersuchungen kaum explizit beleuchtet.
 Ehrenamtliche sind vor allem bei Personenbezogenen HDL wie Begleitdienste, Ein-

kaufen oder gemeinsam Backen oder Kochen engagiert (Alltagsbegleitung). Ihr Einsatz für sachbezogene Dienstleistungen wie Reinigungsleistungen ist eher unwahrscheinlich. Eine Engagement-freundliche Infrastruktur und Schulung der Ehrenamtlichen ist eine wesentliche Voraussetzung für ihr Engagement.

- Informations- und Beratungsangebote sind zentrale Voraussetzungen, um bei älteren Menschen die Hemmnisse bei der Inanspruchnahme von HDL zu reduzieren. Angehörige sind auch hier wichtige Ansprechpartner. Im Feld HDL beklagen nicht nur Nachfrager sondern auch Anbieter eine mangelnde Markttransparenz. Hier wird zur Erhöhung der Transparenz vor allem der Ausbau von Datenbanken vorgeschlagen. Für Nachfrager werden weiterhin als mögliche Informationsquellen Mehrgenerationshäuser, Pflegestützpunkte und Verbraucherzentralen benannt. Eine Vorreiterrolle in Bezug auf Markttransparenz und Qualität spielt die VZ NRW mit ihrer Datenbank. Auch in Verbindung mit den Mehrgenerationenhäusern wurde eine bundesweite Datenbank entwickelt, die sich im Aufbau befindet.
- Hilfe- und Unterstützungsbedarf im Feld HDL für ältere Menschen tritt üblicherweise vor Beginn einer "offiziellen" Pflegebedürftigkeit nach SGB XI ein (Pflegestufe). Diese Zielgruppe ist bisher kaum im Blick von z.B. ambulanten Diensten und Kommunen. Für diese Gruppe wird festgestellt, dass die Nutzung von HDL eine Möglichkeit ist, die Lebensqualität zu erhalten und zu verbessern, den möglichst langen Verbleib in der Privaten Häuslichkeit zu ermöglichen und ggf. einen stationären Aufenthalt in einer Senioreneinrichtung zu verzögern bzw. zu verhindern. Darüber hinaus entstehen bei Menschen mit Pflegebedürftigkeit Unterstützungsbedarfe, die nicht durch die PflegeVG abgedeckt werden. Hier kommen u.a. Migrantinnen aus Osteuropa (legal oder illegal) zum 24-Stunden-Einsatz, die neben der Betreuung auch die HDL übernehmen.
- Handlungsempfehlungen liegen i.W. für folgende Akteure vor: Politik, Unternehmen, Kommunen. Es geht vor allem um eine Legalisierung der Arbeitsplätze und bezahlbare Dienstleistungen. Im Blick ist dabei steht besonders die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. Pflege und Beruf sowie Frauenerwerbstätigkeit und Gleichstellung. Inhalte sind Qualität, Qualifikation, Beschäftigungsstrategien, Marktanreizprogramme, Subventionen sowie das Schaffen von Anlaufstellen. Die Forderungen an die Politik lauten, die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen. Ältere Menschen sind dabei (zu) wenig im Blickfeld.

14.2 Ausblick

Für Ältere Menschen sind Arrangements, die Selbstbestimmung und Teilhabe fördern, zentral für die subjektive Lebensqualität. Dazu tragen unterschiedliche Rahmenbedingungen, Akteure und Leistungen bei: Haushälterische Leistungen, die entweder in Eigenregie erbracht werden oder als Haushaltsnahe Dienstleistungen (HDL) (s. Abbildung 8 und 9)

an Externe vergeben werden, spielen dabei eine nicht zu unterschätzende Rolle. Diese Sach- und Personenbezogene HDL haben - da sie in der Privaten Häuslichkeit erbracht werden - immer einen persönlichen Bezug. Vielfach ist bei ihrer Erbringung Kommunikation und Beziehung ein wichtiger Faktor, da HDL bei älteren Menschen häufig in deren Anwesenheit erbracht werden.

Die Abbildung 39 zeigt, wie eine barrierefreie/-arme Wohnumwelt, HDL und Pflege bei zunehmendem Hilfebedarf älterer Menschen ein Kontinuum bilden und aufeinander aufbauen. Ergänzt wird dies durch eine wohnortnahe Infrastruktur (z.B. Arzt, Einzelhandel), Möglichkeiten zur Geselligkeit und Teilhabe (Treffpunkte, kulturelle Veranstaltungen, Besuche) und Informations- bzw. Beratungsdienstleistungen. Dem familialen Netzwerk kommt im Alter eine tragende Bedeutung zu.

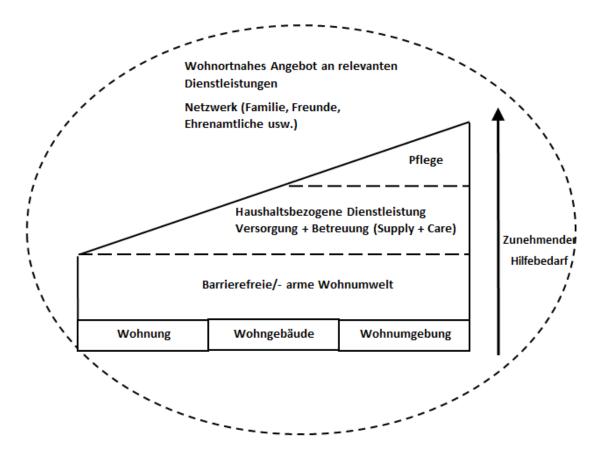


Abbildung 39: Kontinuum Wohnen – HDL – Pflege bei zunehmendem Hilfebedarf älterer Menschen (eigene Darstellung)

Es sollte eine größere Vernetzung zwischen den Themen Wohnen und HDL für ältere, hilfsbedürftige Menschen geben. Dies würde die vielfachen Vorbehalte älterer Menschen berücksichtigen, die ungern ihren Hilfebedarf sehen bzw. – verständlicherweise – nicht hilfebedürftig sein wollen. Die Nutzung von ergänzenden Serviceleistungen und -angeboten in Kooperation von Wohnungswirtschaft und Dienstleistern könnten den Zugang erleich-

tern (ergänzende Dienstleistungen zu Wohnen, keine Nähe zu Pflegebedürftigkeit). Die Unterstützung der Senioren bei der Bewältigung spezifischer Alltagsaufgaben, die nicht mehr alleine erledigt werden, könnte also einen niederschwelligen Einstieg ermöglichen. Dies würde die Selbständigkeit länger erhalten, die Lebensqualität erhöhen und zur Gesundheit beitragen. Voraussetzung für den möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ist allerdings ein barrierefreies/-armes Wohnumfeld (Wohnung, Wohngebäude, Wohnumgebung).

Bisher werden Hauswirtschaftliche Leistungen / HDL i.d.R als komplementäre Dienstleistungen zur Pflege gesehen - diese Perspektive setzt Pflegebedürftigkeit voraus. Zukünftig könnte ein Perspektivwechsel zweckmäßig sein: HDL als zentraler Aspekt zur Erhaltung von Selbständigkeit und Selbstbestimmung in der eigenen Häuslichkeit und Pflegeleistungen als komplementäre, ergänzende Leistungen. Bezieht man den Cure – Care Ansatz (Hoberg/Klie/Künzel 2013) in die Überlegungen mit ein, dann sind die Care-Leistungen auf Alltagsbewältigung in den Haushalten ausgerichtet: als Akteure werden hier Familie, Assistenz, Hauswirtschaft/HDL und Soziale Arbeit gesehen. Untersuchungen zeigen, dass der Anteil der Alltagsversorgung deutlich höher ist als der Pflegeanteil.

Wie die Meta-Studie zeigt, liegt in der Verbindung von HDL mit Wohnen und Pflege ein Zukunftsfeld für das Leben von älteren Menschen in ihrer Häuslichkeit. Das Verbandsthema 2014 "Gutes Leben im Alter" trifft einen Kernpunkt des demographischen Wandels.

Die VZ bzw. der vzbv als Stimme der Verbraucher im politischen Raum kann bei der Gestaltung von Verbraucherpolitik in Deutschland und der EU in Bezug auf ältere Menschen eine wichtige Rolle einnehmen: insbesondere Sensibilisierung u.a. von Politik, Kommunen, Privaten Haushalten für die Bedeutung der HDL für die Selbständigkeit und Lebensqualität in der eigenen Häuslichkeit, Weiterentwicklung von Qualitätsstandards für HDL, Implementierung von Informations- und Beratungsangeboten, Gewährleistung des Marktzugangs für HDL bei einkommensschwachen Haushalten, Förderung der Legalisierung von HDL, Angebotstransparenz durch Datenbanken (bundesweit, regional), Förderung der Koordination und Vernetzung von Akteuren im Feld Wohnen – HDL – Pflege.

15 Literatur

ANGERMANN, ANNETTE 2011. Eldercare Services in Europa. Pflege, familienunterstützende und haushaltsnahe Dienstleistungen für ältere Menschen. Berlin

ANGERMANN, ANNETTE & EICHHORST, WERNER 2012. Unterstützende Dienstleistungen für ältere Menschen im europäischen Vergleich. Berlin

ANGERMANN, ANNETTE & EICHHORST, WERNER 2013. Who Cares for You at Home? Personal and Household Services in Europe. Bonn

ANGERMANN, ANNETTE 2013. Eldercare Services in Europa – Personen- und haushaltsbezogene Dienstleistungen für ältere Menschen. Berlin

BMF (Bundesministerium für Finanzen) (Hg.) 2014. Anwendungsschreiben zu §35a EStG vom 10.01.2014

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hg.) 2002. 4. Altenbericht. Bonn/Berlin

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hg.) 2008. Haushaltsnahe Minijobs - Quantitative und qualitative Entwicklung von Minijobs in Haushalten und Perspektiven der Minijobzentrale für die Vermittlung von Dienstleistungskräften. Berlin

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hg.) 12/2009. Leben und Wohnen für alle Lebensalter, Berlin

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hg.) 2010. 6. Altenbericht. Bonn/Berlin

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hg.) 2011. Machbarkeitsstudie "Haushaltsnahe Dienstleistungen für Wiedereinsteigerinnen". Berlin

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hg.) 2011a. Haushaltsnahe Dienstleistungen: Bedarfe und Motive beim beruflichen Wiedereinstieg. Berlin

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hg.) 2011b. Starke Leistung für jedes Alter, Zukunftsprogramm Mehrgenerationenhäuser. Berlin

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hg.) 2012. Aktionsprogramm Mehrgenerationenhaus II – Schwerpunktthema haushaltsnahe Dienstleistungen. Berlin

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hg.) 2013. Länger zuhause leben. Ein Wegweiser für das Wohnen im Alter. Berlin

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) & BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (Hg.) 2010. Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin

BMFSFJ & DEUTSCHER BUNDESTAG (Hg.) 2014: Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE – Drucksache 18/2275 -, Planungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Förderung von haushaltsnahen Dienstleistungen, Drucksache 18/2378, 20.8.2014, Berlin

BMI (BUNDESMINISTERIUM DES INNEREN) 2012. Demografiebericht. Kurzfassung. Berlin

BOTTLER, JÖRG 1987. Großhaushalte in der Wirtschaftslehre des Haushalts. Ein integrativer problemzentrierter Versorgungsverbundansatz der Wirtschaftslehre des Haushalts. In: Hauswirtschaft und Wissenschaft. 35. Jg. S.22-26

BOTTLER, JÖRG 1997. ...zum Versorgungsverbundsystem. In: MEIER, UTA (Hg.) Vom Oikos zum modernen Dienstleistungshaushalt. Frankfurt/New York

BRUHN, MANFRED 2006. Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte, Methoden. Heidelberg

DEEKEN, INSA 2009. Eigenerstellung oder Fremdvergabe von Versorgungsdienstleistungen im Alter. Baltmannsweiler

DESTATIS (Statistisches Bundesamt) 2013: Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich-Pflegebedürftige. Wiesbaden

DESTATIS (Statistisches Bundesamt) & WZB (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung) 2013. Datenreport 2013. Bonn

DESTATIS (Statistisches Bundesamt) (Hg.) 2003. Wo bleibt die Zeit? Die Zeitverwendung der Bevölkerung in Deutschland 2001/01. Wiesbaden

DESTATIS (Statistisches Bundesamt) Begriffserläuterungen für den Bereich Einkommen, Konsum,

gen. http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/EinkommenKonsumLebe nsbedingungen/Begriffserlaeuterungen/HaushaltHaushaltsgroesse_EVS_LWR_IKT.html. Zugriff: 31.05.2014

DEUTSCHER FRAUENRAT (2013). ILO-Konvention 189 "Menschenwürdige Arbeit auch für Hausangestellte" muss für alle Beschäftigten in Deutschland gelten.

http://www.frauenrat.de/deutsch/infopool/beschluesse/beschlussdetails/article/ilo-konvention-menschenwuerdige-arbeit-auch-fuer-hausangestellte-muss-fuer-allebeschaeftigten.html Zugriff: 13.08.2014

DEUTSCHES INSTITUT FÜR ANGEWANDTE PFLEGEFORSCHUNG (Hg.) 2009. Situation und Bedarf von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen (moH). Projektbericht. Köln

DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.) (Hg.) 2012. 12. Ernährungsbericht 2012. Bonn

DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.) (Hg.) 2013. DGE-Qualitätsstandard für Essen auf Rädern. Bonn

DGH (Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft) (Hg.) 2012. Den Alltag leben! Hauswirtschaftliche Betreuung. Ein innovativer Weg für soziale Einrichtungen und Dienste. Freiburg

DGH (Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft) (Hg.) 2013. Curriculum haushaltsbezogener Dienstleistungen. Osnabrück

DRIBBUSCH, BARBARA 2014. Der Dauernachtdienst ist das größte Problem, Arbeit: Das Projekt "Faircare" in Stuttgart vermittelt osteuropäische Pflegekräfte zu fairen Bedingungen, in: taz, 13.8.2014

DÜHRING, ANGELA 2006. Macht das "Setting" den Unterschied? Der Beitrag der verschiedenen Formen der stationären Altenhilfe zur subjektiven und objektiven Lebenszufriedenheit dementiell erkrankter Menschen. Universität Kassel

EICHHORST, WERNER 2011. Pflege und haushaltsnahe Dienstleistungen für ältere Menschen in Europa. Vereinbarkeit von Pflege und Beruf im europäischen Vergleich. In: ANGERMANN, ANNETTE (Hg.) Eldercare Services in Europa - Pflege, familienunterstützende und haushaltsnahe Dienstleistungen für ältere Menschen 15.-16.9.2011. Berlin

FARVAQUE, NICOLAS 2013. Developing personal and household services in the EU. A focus on housework activities. Report for the DG Employment, Social Affairs and Social Inclusion.

FEUERBACH, SUSANNE & SENNLAUB, ANGELIKA 2010. Wohnen im Alter. In: Fachausschuss Haushalt und Wohnen der Deutschen Gesellschaft für Hauswirtschaft e.V. (Hg.) Wohnen. Facetten im Alltag. Baltmannsweiler, S.110-122

FREYTAG-LEYER, BARBARA 2010. Demographische Entwicklung und Bedeutung für haushaltsnahe Dienstleistungen [Online]. Hochschule Fulda. University of Applied Sciences. Berlin

FREYTAG-LEYER, BARBARA & ZIMMERER, SILVIA & SCHÖPKE, GERHARD 2013: Haushaltsnahe Dienstleistungen: Entwicklungen in Deutschland und ein lokales Beispiel zur Nachfrage, in: Hauswirtschaft und Wissenschaft 1/2013, S.31-39

FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG (Hg.) 2012. Mehr als Minutenpflege. Neue Dienstleistungen für ein selbstbestimmtes Leben älterer Menschen in der eigenen Häuslichkeit. Abt. Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn

FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG (Hg.) 2014. Haushaltsnahe Dienstleistungen durch Migrantinnen in Familien mit Pflegebedürftigkeit. Abt. Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn

GEISSLER, BIRGIT 2010. Der private Haushalt als Arbeitsplatzreservoir? Zur Akzeptanz und Abwehr von Haushaltsdienstleistungen. WSI Mitteilungen (Band 3). 135-142. Frankfurt a.M.

GÖPFERT-DIVIVIER, WERNER & SCHULZ, JÜRGEN 2009. Alltagshilfen erfolgreich aufbauen, Hannover

HEINEMANN-KNOCH, MARIANNE, KNOCH, TINA & KORTE, ELKE 2006. Invested time in private care: estimated by people in need of help and care and their private caregivers. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 39/2006. Heidelberg, S.413-417

HESSEN AGENTUR (Hg.) 2008. Haushaltsnahe Dienstleistungen in Hessen. Modul 2: Bedarfsanalyse bezogen auf Haushalte älterer hilfs- bzw. pflegebedürftiger Personen. Wiesbaden

HOBERG, ROLF, KLIE, THOMAS & KÜNZEL, GERD 2013. Eckpunkte. Strukturreform Pflege und Teilhabe. Kurzfassung. Freiburg

KAUFMANN, JEAN-CLAUDE 1999. Mit Leib und Seele – Theorie der Haushaltstätigkeit. Konstanz

KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) & WÜSTENROTSTIFTUNG (Hg.) 2014. Wohnatlas – Rahmenbedingungen der Bundesländer beim Wohnen im Alter. Teil 1: Bestandsanalyse und Praxisbeispiele. Köln

KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) & WÜSTENROTSTIFTUNG (Hg.) 2014. Wohnatlas – Rahmenbedingungen der Bundesländer beim Wohnen im Alter. Teil 2: Zukunftsträchtige Strategien im Politikfeld "Wohnen im Alter". Köln

KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) (Hg.) 2012. Die 5. Generation: KDA Quartiershäuser. Köln

KREUZ, DIETER 2014. Neu. Anders. Zukunftsweisend. Das sozialräumliche Quartierskonzept des Alten-Service-Zentrums Eching. In: Pro Alter 7/8 2014, S.38-41

KONRAD-ADENAUER-STIFTUNG (Hg.) 12/2006. Agenturen für haushaltsnahe Dienstleistungen. Berlin/Stankt Augustin

LEBRUN, JEAN-FRANCOIS 2013. Personal and Household Services in Europe. Präsentation. In: Deutscher Verein für private und öffentliche Fürsorge e.V. (Hg.) Eldercare Services in Europa. Personen- und haushaltsbezogene Dienstleistungen für ältere Menschen. Internationale Expert/innentagung 16.09.2013. Berlin

MEIER-GRÄWE, UTA 2013. Wertschöpfungspotentiale haushaltsnaher Dienstleistungen. In: Justus-Liebig-Universität Giessen: Cooking, Caring, Cleaning. Zukunftsperspektiven haushaltsnaher Dienstleistungen in Deutschland. Tagungsdokumentation 17.9.2013. Gießen, S.11-28

NIEHAGE, ALRUN 2011. Haushaltsbezogene Dienstleistungen – Märkte mit Zukunft gestalten. Präsentation auf der Fachtagung zur hauswirtschaftlichen Berufsbildung am 26.3.2011 an der Hochschule Osnabrück

NOLL, HELGA 2006. "Den Haushalt schaff' ich doch allein". In: Die BAGSO Nachrichten 4/2006, S.20f

NORDMANN, HEIKE 2011. Haushaltsnahe Dienstleistungen für ältere Menschen. Rahmenbedingungen Qualitätskriterien, Datenbank NRW. In: ANGERMANN, ANNETTE (Hg.) 2011. Eldercare Services in Europa. Pflege, familienunterstützende und haushaltsnahe Dienstleistungen für ältere Menschen. Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa. Berlin S.134-143

PFANNES, ULRIKE 1999. Zum Qualitätsaspekt und dessen Management für Gemeinschaftsverpflegungs-Betriebe. Dissertation. Gießen

PFANNES, ULRIKE 2013. Qualitäts- und Beschwerdemanagement. In: Deutscher Caritasverband, Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft, Diakonie Deutschland (Hg.): Wäschepflege in sozialen Einrichtungen – Leitlinie für das Wäschemanagement. Freiburg S.70-81

PFANNES, ULRIKE & SCHACK, PIRJO 2013. Herausforderungen und Strategien für Hauswirtschaft und Bildung. In: Hauswirtschaft und Wissenschaft 1/2013. S.14-23

PFANNES, ULRIKE & FEULNER, MARTINA 2014. Hauswirtschaftliche Betreuung – ein partizipatives Konzept für nachhaltiges Handeln. In: Hauswirtschaft und Wissenschaft 1/2014. S.7-19

PREUßE, HEIDE 2007. Einbindung privater Haushalte in das Versorgungsverbundsystem. In: BRÄUNIG, DIETMAR (Hg.) Der Großhaushalt im Versorgungsverbund. Festschrift für Prof. Jörg Bottler zur Vollendung des 70. Lebensjahres. Hohengehren S.48-61

PROGNOS AG. (Hg.) 2012. Dynamisierung des Marktes haushaltsnaher Dienstleistungen. Basel/Berlin

SENNLAUB, ANGELIKA 2010. Wie wir wohnen können. Die Wohnform als Grundlage der Haushaltsführung. In: Fachausschuss Haushalt und Wohnen der Deutschen Gesellschaft für Hauswirtschaft e.V. (Hg.) Wohnen. Facetten des Alltags. Baltmannsweiler S.69-75

STMAS (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen) (Hg.) 2006. Betreutes Wohnen zu Hause - Ein Leitfaden für ambulante Dienstleister, soziale Einrichtungen und Kommunen. München

STMAS (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen) (Hg.) 2009. Zukunftsweisende Seniorenpolitik in Bayern. München

STMAS (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen) (Hg.) 2010. Kommunale Seniorenpolitik. München

THIELE-WITTIG, MARIA 1993. Schnittstellen der privaten Haushalte zu Institutionen. Zunehmende Außenbeziehungen der Haushalte im Wandel der Daseinsbewältigung. In: GRÄBE, SYLVIA (Hg.) Der private Haushalt im wissenschaftlichen Diskurs. Frankfurt am Main S.371-388

VZ-NRW (VERBRAUCHERZENTRALE NORDRHEIN-WESTFALEN) 2006. "Wir wollen die Position älterer Verbraucher stärken!" In: Die BAGSO Nachrichten. 4/2006. S.26

VZ-NRW (VERBRAUCHERZENTRALE NORDRHEIN-WESTFALEN) o.J. Mindestanforderungen an "Haushaltsnahe Dienstleistungen für ältere Menschen und Familien mit Kindern und Jugendlichen in NRW" aus Sicht der Kundinnen und Kunden [Online]. http://www.vz-nrw.de/mediabig/54981A.pdf. Zugriff: 12.08.2014

VON SCHWEITZER, ROSEMARIE 1991. Einführung in die Wirtschaftslehre des Haushalts. Stuttgart

VZBV (VERBRAUCHERZENTRALE BUNDESVERBAND) 9/2012. Ältere Menschen als Verbraucher – Potenziale, Risiken und Hürden/Hindernisse. Berlin

WEINKOPF, CLAUDIA 2005. Haushaltsnahe Dienstleistungen für Ältere. Expertise für den 5. Altenbericht der Bundesregierung. Potentiale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft - Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Institut Arbeit und Technik / Wissenschaftszentrum NRW. Gelsenkirchen

ZQP (Zentrum für Qualität in der Pflege) (Hg.) 2013. ZQP Themenreport. Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix. Berlin

Impressum:

Herausgeber:

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Federation of German Consumer Organisations

Markgrafenstraße 66,

10969 Berlin

Kontakt: Elke.Salzmann@vzbv.de

Autorinnen:

Prof. Dr. Ulrike Pfannes

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Department Ökotrophologie

Fakultät Life Science

ulrike.pfannes@haw-hamburg.de

Prof. Dr. Pirjo Schack

Fachhochschule Münster

Fachbereich Ökotrophologie -

Facility Management

schack@fh-muenster.de

Berlin / Hamburg / Münster

September 2014

© Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.