

Hauskrankenpflege in Osteuropa und Zentralasien

Fachkonzept

Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e.V.
Caritas international
Postfach 420
79004 Freiburg
Tel. 0761/200-288
Fax 0761/200-730
E-Mail
www.caritas-international.de

Inhalt

1	Einleitung	Seite	2
2	Gründe für den Ausbau der Hauskrankenpflege	Seite	4
3	Probleme kranker und pflegebedürftiger Menschen	Seite	6
4	Konzeptionelle Bedingungen	Seite	8
	Grundlagen	Seite	8
	Ziele und Aufgaben	Seite	9
	Leistungen der Hauskrankenpflege	Seite	10
	Organisation und Struktur	Seite	11
	Personal und Fortbildung	Seite	12
	Dokumentation und Berichte	Seite	14
	Arbeitsräume und Ausstattung	Seite	16
	Koordination und Vernetzung	Seite	16
	Lobbying	Seite	17
5	Finanzierung und Nachhaltigkeit	Seite	18
	Kostendeckende Finanzierung	Seite	19
6	Literatur	Seite	21

1 Einführung

Der Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung in Europa ist mit der höchste in der ganzen Welt. Achtzehn der weltweit zwanzig Länder mit dem höchsten Anteil an alten Menschen liegen in Europa¹. Es verbietet sich zwar, Alter mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen, dennoch ist es eine Tatsache, dass im Alter Multimorbidität und damit einhergehend auch Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit überproportional steigen. Demographischen Entwicklungen und eine andauernde Migration junger Menschen aus den Staaten Osteuropas und Zentralasiens führen dort zu einem wachsenden Bedarf an Pflege und Versorgung für ältere Menschen. Verstärkt wird der Pflegebedarf in osteuropäischen Staaten aber auch durch eine sehr eingeschränkte Absicherung der Gesundheitsversorgung und für arme Menschen häufig nicht zugängliche Krankenbehandlung. Eine häusliche Versorgung mit interdisziplinären Therapieangeboten der ärztlichen Behandlung, der Rehabilitation und der Krankenpflege ist nicht vorhanden.

Der allgemeine Gesundheitszustand der Bevölkerung ist in den osteuropäischen und zentralasiatischen Ländern erheblich schlechter als im EU-Durchschnitt². Unerwartete gesellschaftliche Auswirkungen nach der politischen Wende wie Finanz- und Wirtschaftskrisen, soziale Ungleichheiten, ein immer größer werdendes Einkommensgefälle und steigende Lebenskosten haben den Gesundheitszustand der Bevölkerung negativ beeinflusst. Besonders betroffen sind davon chronisch kranke Kinder und Erwachsene sowie ältere, multimorbide pflegebedürftige und alleinstehende Menschen, die auf Krankenbehandlung und medizinisch-pflegerische Betreuung angewiesen sind. Von einer bedarfsgerechten und für alle Bürger zugänglichen Gesundheitsversorgung sind die osteuropäischen und zentralasiatischen Länder noch weit entfernt. Prävention, Rehabilitation und auch die häusliche Krankenpflege sind als gesundheitspolitische Aufgaben unterentwickelt. Der Aufbau von mobilen gesundheits- und sozialpflegerischen Diensten ist im staatlichen Gesundheitssystem meist nicht vorgesehen und befindet sich in den Ländern Osteuropas und Zentralasiens fast ausschließlich in einer modellhaften Projektphase.

Vor diesem Hintergrund setzt die Caritas zur Unterstützung kranker und älterer Menschen auf die Entwicklung von modellhaften Hauskrankenpflegediensten, die eine Pilotfunktion übernehmen sollen. Denn sie leisten eine fachkundige Pflege zu Hause und ermöglichen, dass trotz Krankheit und Behinderung ein Leben in der vertrauten Wohnung möglich ist.

Seit 1989 unterstützt Caritas international³ Programme zur Entwicklung der Hauskrankenpflege⁴ in Mittel- und Osteuropa, um die Lebensbedingungen älterer oder kranker Menschen zu

¹ Der europäische Gesundheitsbericht 2005

² WHO Regional Office for Europe: 10 health questions about the new EU neighbours, Copenhagen 2006; WHO Regional Office for Europe and the Council of Europe Development Bank: Health an Economic Development in South- Eastern Europe in the 21st century, Paris 2006; Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia, WHO 2007

³ Caritas international, das Hilfswerk des Deutschen Caritasverbandes

⁴ Hauskrankenpflege steht als Begriff für eine professionelle Krankenpflege, die kranke und pflegebedürftige Menschen zu Hause fachkundig betreut. In den Transformationsländern gibt es

verbessern und einen effektiven und ökonomischen Weg in der Gesundheitsversorgung aufzuzeigen. Das vorliegende Fachkonzept gründet auf diesen Erfahrungen und ist eine Fortschreibung des Fachkonzepts zur Hauskrankenpflege in Mittel- und Osteuropa⁵.

In Osteuropa und Zentralasien ist die Gesundheitsversorgung als zentralisiertes politisches System entwickelt und stützt sich weitgehend auf stationäre Versorgungsformen. Häusliche Krankenpflege und Betreuungsdienste sind häufig nicht Teil der Versorgungsstruktur. Obwohl Hauskrankenpflege eine wirtschaftliche Versorgungsform darstellt und erhebliche Defizite in der Krankenbehandlung und der pflegerischen Versorgung für kranke und pflegebedürftige Menschen bestehen, ist eine Zulassung nichtstaatlicher Organisationen zur Gesundheitsversorgung nicht selbstverständlich. Gesetzliche Regelungen erlauben dies oft nur wirtschaftlichen und gewinnorientierten Unternehmen. Dennoch sind in den osteuropäischen und zentralasiatischen Ländern Bestrebungen zu beobachten, die vorhandenen Gesundheitssysteme zu reformieren, um sie finanzierbar und sozial verträglich zu gestalten. Reformbedarf besteht in verbindlichen Festlegungen zur Gesundheitspolitik, in einer angemessenen Versorgungsstruktur sowie ihrer Dezentralisierung, in einer transparenten Gesundheitsfinanzierung, in der Information der Bevölkerung und nicht zuletzt in der Qualifikation des Gesundheitspersonals. Die praktische Umsetzung tiefgreifender Reformen in einem problematischen wirtschaftlichen Umfeld ist jedoch ein sehr schwieriges Vorhaben. Von einer bedarfsgerechten und wohnortnahen Gesundheitsversorgung sind die osteuropäischen und zentralasiatischen Länder noch weit entfernt. Außerdem mangelt es an Kooperation und Koordination zwischen medizinischen und sozialen Systemen. Dadurch werden notwendige Dienstleistungsbereiche nicht oder unverbunden nebeneinander entwickelt.

Das vorliegende Fachkonzept will einen Beitrag zur Entwicklung der Hauskrankenpflege leisten. Es soll sowohl den Partnerorganisationen wie den Projektverantwortlichen Orientierung beim Aufbau mobiler gesundheits- und sozialpflegerischer Dienste aufzeigen.

Im nachfolgenden Text wird bei den Beschreibungen häufig die weibliche Form gewählt, da sowohl die betreuten Personen - wegen der geringeren Lebenserwartung der Männer - wie auch die Pflegepersonen - infolge von kultureller Prägungen - meist Frauen sind.

2 Gründe für den Ausbau der Hauskrankenpflege

Das Leben vieler Menschen in den Reformländern Osteuropas wird weitgehend durch Armut bestimmt. Als Folgen wirtschaftlicher Armut gehören Unterernährung und Fehlernährung, mangelhafte Wohnbedingungen, nicht vorhandene zentrale Wasser- und Energieversorgung

dafür unterschiedliche Benennungen wie Caritas-Sozialstation, Agentur für Hauskrankenpflege, Sozialzentrum, Patronagedienst oder Home Care.

⁵ Dieses Fachkonzept wurde im Juli 2002 von Caritas international, Referat Partner & Projekte Europa vorgelegt.

(Strom, Gas) und nicht zugängliche medizinische Versorgung zu den Krankheitsrisiken. Die Gesundheitsversorgung steht immer in wechselseitiger Abhängigkeit zum Wirtschaftssystem eines Landes. Defizitäre Staatshaushalte führen häufig zu verringerten Ausgaben für soziale Leistungen und medizinische Versorgung, was wiederum die Krankheitsrisiken vergrößert. Gesunde ältere Menschen sind für ihre Familien, das Gemeinwesen und die Volkswirtschaft jedoch eine bedeutende Ressource. Darum sind Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit älterer Menschen unverzichtbar. Wenn das Altern positiv erlebt werden soll, muss ein längeres Leben mit der Aufrechterhaltung von Gesundheit, Teilnahmemöglichkeiten und Sicherheit einhergehen, stellte bereits die zweite Weltversammlung über das Altern 2002 in Madrid fest.

Ein erheblich wachsender Bedarf an medizinischer Hilfe, an Pflege sowie an sozialer und hauswirtschaftlicher Unterstützung ist zu erwarten durch:

- eine steigende Zahl alter und hochaltriger Menschen bei schwindenden Verwandtschaftsnetzwerken,
- eine stetig steigende Anzahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Demenz,
- die Ausbreitung von HIV und AIDS sowie
- eine Zunahme von Tuberkulose, Hepatitis B und Hepatitis C und
- begrenzte Möglichkeiten der Versorgung in Krankenhäusern und Pflegeinstitutionen.

Der Zugang zur medizinischen Versorgung ist ein Recht, das in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union festgeschrieben ist und ein Teil der Menschenwürde ausmacht. Das Recht jedes Menschen auf medizinische Versorgung ist in den meisten Verfassungen der Staaten garantiert. In der Realität ist ein Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Bürger kaum umgesetzt. Selbst wenn die ärztliche Versorgung gesetzlich geregelt ist, bedeutet dies nicht, dass sie bei Bedarf auch in Anspruch genommen werden kann. Notwendige Diagnostik und therapieunterstützende Pflegeleistungen zur Krankheitsbehandlung sind meist nur mit Zuzahlungen – für die wiederum das Einkommen oder die Rente nicht ausreichen – zu erhalten. Hauskrankenpflege kann eine fehlende medizinische Versorgung nicht kompensieren.

Sie kann die ärztliche Behandlung unterstützen oder ergänzen sowie durch ihre pflegefachliche Arbeit präventiv und rehabilitativ wirken. Hauskrankenpflege will die Lebenssituation und die Betreuung von kranken und pflegebedürftigen Menschen verbessern. Ihnen und den Angehörigen helfen, Pflegebedürftigkeit zu bewältigen. Demographische Entwicklungen stellen die Regierungen vor die Herausforderung, allen Menschen mit Langzeitpflegebedarf einen Zugang zur den notwendigen Pflegeleistungen zu verschaffen. Eine deutliche Mehrheit der Menschen (fast neun von zehn Europäern) gibt der Pflege zu Hause den Vorzug vor der Pflege in einer Einrichtung⁶. Damit wird die Nachfrage nach häuslichen Pflege- und Betreuungsleistungen zukünftig wesentlich zunehmen.

Eine Kultur der Pflege und Sorge, die sich an der Würde des einzelnen Menschen als verfassungsgemäßem Recht orientiert, entbehren die Menschen in den meisten Transformationsländern. Dieses Defizit spiegelt sich auch in der Ausbildung für die „medizinischen Kranken-

⁶ European Commission: Long-Term Care in the European Union, 2008

schwwestern⁷“. Deren Ausbildung ist krankheits- und krankenhauszentriert. Präventive und therapeutische Pflegekonzepte sind nicht oder nur in Ansätzen entwickelt und praktiziert. Krankenpflege wird nicht als unverzichtbarer Bestandteil im Genesungsprozess verstanden. In der Ausbildung werden pflegfachliche Kenntnissen und Fertigkeiten gelehrt und geprüft. Sie finden aber kaum Anwendung in der praktischen Arbeit. Gesundheitsberatung, Informationen zum Umgang mit Pflegebedürftigkeit und Lösung von Pflegeproblemen gehören nicht zu den Aufgaben der „Krankenschwestern“, sie werden auch nicht durch andere Berufsgruppen erbracht. Damit fehlen auch in der Bevölkerung notwendige Kenntnisse und Fertigkeiten für eine aktivierende Pflege. Die Selbsthilfe und die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit werden erschwert.

Die institutionelle Hauskrankenpflege bündelt medizinisch-pflegerische, gesundheitserzieherische und soziale Aufgabenbereiche. Insbesondere in der Langzeitpflege finden sich Personen mit einem komplexen Hilfebedarf, der eine isolierte Sichtweise medizinischer und sozialer Aspekte verbietet. Hauskrankenpflege als komplementärer Dienst zu medizinischen Einrichtungen, den Betreuungsleistungen der Angehörigen und des sozialen Umfelds sowie zu sozialen Institutionen, bietet die Möglichkeit, ein individuelles an der Person und Lebenssituation orientiertes Hilfeangebot zu realisieren.

Durch die Etablierung von Hauskrankenpflege besteht auch die Chance qualifizierte, wohnortnahe Arbeitsplätze zu schaffen. Diese werden insbesondere von Frauen bevorzugt, um Familienarbeit und Berufstätigkeit miteinander verbinden zu können. Angemessene Arbeitsbedingungen wirken auch dem Exodus qualifizierter Pflegefachkräfte entgegen.

3 Probleme kranker und pflegebedürftiger Menschen

Im Blick auf die aktuellen Lebensbedingungen der Menschen in den osteuropäischen und zentralasiatischen Ländern in denen die dringendsten gesundheitlichen Bedürfnisse wie gesundes Trinkwasser, ausreichende Ernährung und gesundheitsfördernde Wohnbedingungen oft nicht erfüllt sind, erweisen sich Krankheit und Pflegebedürftigkeit als ein besonderes soziales Schicksal. Zusätzlich zu den Problemen einer ungesicherten Lebensgrundlage haben kranke und pflegebedürftige Menschen spezifische Probleme im Alltag zu bewältigen. Der Tod des Partners sowie Landflucht und Auswanderung junger Menschen führen dazu, dass ältere Menschen allein in ihrem Haushalt leben. Sie können bei zunehmendem Alter nicht mehr auf familiäre Unterstützung der am Ort oder in der Nähe lebenden Kinder rechnen. Alleinlebende kranke und pflegebedürftige Menschen stehen Zuhause allen Anforderungen des täglichen Lebens gegenüber und können häufig ihre Versorgung nicht mehr selbst organisieren. Das Zusammentreffen von materieller Not, soziale Verlusterfahrungen und ein schlechter Gesundheitszustand mit medizinisch-pflegerischen Problemen führt dazu, dass insbesondere ältere Menschen in hohem Maß auf die Hilfe anderer angewiesen sind.

⁷ Vorstellbar als Ausbildung zu medizinischen Assistenten, deren Hauptaufgabe die Unterstützung der Ärzte bei der Diagnose und Therapie ist.

Die Bedrohung durch HIV und Aids und ihren Auswirkungen sind auch im Bereich der Hauskrankenpflege eine besondere Herausforderung. Die Zahl der pflegebedürftigen Aidspatienten wird rasant zunehmen und damit auch die Nachfrage zur häuslichen Pflege und Betreuung. Mit der häuslichen Pflege und Betreuung sind nicht nur die Familien, sondern auch öffentliche Gesundheitssysteme überfordert. HIV-Infizierte und an Aids erkrankte Menschen sind in Osteuropa und Zentralasien nicht mehr nur in Randgruppen zu finden, sondern sind haben sich zu einer gesellschaftlichen Bedrohung entwickelt. Häufig werden HIV-Infizierte stigmatisiert, was die Tabuisierung der Krankheit fördert. Information und Beratung zur Prävention und Pflege der an Aids erkrankten Menschen haben eine wachsende Bedeutung in der Hauskrankenpflege.

Krankheit und Pflegebedürftigkeit stellen sowohl die unmittelbar davon betroffenen Menschen als auch ihre Angehörigen vor eine neue Lebenssituation. Pflegende Angehörige leben im Spannungsfeld zwischen eigenen Bedürfnissen, Anforderungen von Familie, Beruf und den Bedürfnissen des zu Pflegenden. Bei den Pflegepersonen besteht oft Rat- und Hilflosigkeit, weil für die medizinisch-pflegerische Betreuung notwendiges Wissen, Fertigkeiten und praktische Erfahrungen fehlen. Information, Beratung und Anleitung in der häuslichen Pflege haben daher gleiche Bedeutung wie die Zusicherung zuverlässiger und kompetenter Unterstützung bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung durch Ärzte und Gesundheitsdienste.

Hilfebedarf besteht häufig bei den Alltagsaktivitäten:

- regelmäßige, manchmal mehrmals tägliche Einnahme der Medikamente,
- Kontrollmessungen des Blutdrucks und Blutzuckers und andere gezielte Maßnahmen der Krankenbeobachtung,
- Wechseln von Verbänden bei chronischen Wunden,
- Durchführen der Körperpflege (Waschen, Duschen, Baden, der Zahn- und Haarpflege, dem Rasieren),
- Ausscheiden von Urin und Stuhl oder beim Gang zur Toilette,
- Nahrungszubereitung und der Nahrungsaufnahme,
- Aufstehen und Zu-Bett-Gehen,
- An- und Auskleiden,
- selbständiges Gehen, Stehen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- Aufrechterhaltung der Haushaltsführung, Reinigen der Wohnung, Waschen der Wäsche und Kleidung, Wechseln der Bettwäsche, Einkaufen, Kochen und Spülen des Geschirrs und Regeln der finanziellen Angelegenheiten.

Die von Krankheit betroffen Menschen benötigen sehr oft über die praktische Hilfe hinaus auch psychosoziale Unterstützung bei der emotionalen Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit.

Es fehlen im häuslichen Lebensumfeld geeignete Hilfsmittel zur Krankenbehandlung oder Hilfsmittel, die erforderlich sind, eine körperliche Behinderung auszugleichen oder einer Behinderung vorzubeugen. Hilfsmittel die notwendig sind, um die Mobilität zu erhalten, zur Linderung der Beschwerden oder zur Erleichterung der Pflege stehen ebenfalls nicht zur Verfügung ob-

wohl sie der alltäglichen Lebensbewältigung dienen und eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Kenntnisse über die jeweilige Krankheit und ihre Folgen, über die medizinische Behandlung sowie über Pflege und Hilfsmittel, die für eine angemessene Versorgung erforderlich sind, können bei den von Krankheit und Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen und deren Angehörigen nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Nicht selten treten Gefährdungen und Folgeschäden bei den Pflegebedürftigen und gesundheitliche Probleme bei den Pflegenden auf, weil entsprechende Informationen und eine rechtzeitige Anleitung fehlten. Mangel- und Fehlernährung, ungünstige Wohnverhältnisse, nicht vorhandene oder nicht zugängliche Krankenbehandlung oder Pflegehilfsmittel erschweren die Lebenssituation und fördern die Abhängigkeit von der Hilfe anderer.

4 Konzeptionelle Rahmenbedingungen

Grundlagen

Die christlichen Kirchen haben sich von ihrem Auftrag her an der Lösung von gesellschaftlichen Problemen zu beteiligen. Dies gilt vor allem für Situationen, wo menschliches Leben bedroht und die Würde des Menschen in Frage gestellt ist. Die Lebensverhältnisse von kranken und pflegebedürftigen alten Menschen in den Transformationsländern zeigen sich als ein solches gesamtgesellschaftliches Problem.

Krankheit betrifft alle Dimensionen der Wirklichkeit eines Menschen. Krankheit berührt den Körper, die Seele, das Leben, soziale Beziehungen sowie Denken und Handeln. Kranke Menschen in Not benötigen eine Wegbegleitung, die Hoffnung vermittelt gegen alle Hoffnungslosigkeit und die das Vertrauen in eine unverletzliche Würde wiederherstellt oder stützt. Caritas-Hauskrankenpflege ist als christliche Sorge um den Menschen auf seine Ganzheit ausgerichtet und bezieht körperliche, psychische, seelische, soziale, spirituelle und materielle Nöte in die Hilfe ein. Das an der Person und Lebenssituation orientierte Pflegeangebot steht unter dem Leitgedanken „Hilfe zur Selbsthilfe“. Hauptamtliche Krankenpflegefachkräfte und ehrenamtliche Caritashelfer sichern gemeinsam eine zuverlässige und kompetente Unterstützung für kranke und pflegebedürftige Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind.

Gesellschaftliche, politische und kirchliche Erwartungen an die Caritas-Hauskrankenpflege sind vielfältig und häufig nicht an ihren Möglichkeiten orientiert. Als mobiler gesundheitspflegerischer Dienst hat die Caritas-Hauskrankenpflege eine fachlich kompetente Krankenpflege zu leisten, die sich an den Pflegebedürfnissen der Menschen orientiert und Personen im sozialen Umfeld zur Pflege zu befähigen. Ihre Hilfeleistungen sind nicht nur eine freie gesellschaftliche, sondern eine bedeutsame öffentliche Aufgabe im System der sozialen Sicherung. Demografi-

sche, soziale und ökonomische Entwicklungen machen die Sicherung einer angemessenen Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen zu einer zentralen gesellschaftlichen Aufgabe, zu der die Caritas-Hauskrankenpflege einen wichtigen Beitrag leisten kann.

Die Erarbeitung eines Leitbilds ist auch in der Hauskrankenpflege von großer Bedeutung. Denn nur so lässt sich überprüfen, ob das Leistungsspektrum, die Zusammensetzung der Mitarbeiter/innen, die qualitativen Ergebnisse der Dienstleistungen und das Erscheinen in der Öffentlichkeit zu den Zielen und zum Profil des Trägers passen.

Ziele und Aufgaben

Die Caritas-Hauskrankenpflege⁸ ist ein mobiler Dienst mit den Aufgaben der Pflege, Beratung und Begleitung für kranke und pflegebedürftige Menschen zu Hause und die sie pflegenden Angehörigen. Hauskrankenpflege orientiert sich in ihrem Hilfeangebot an den Bedürfnissen der Menschen und trägt Verantwortung für eine menschenwürdige und fachlich qualifizierte Pflege. Soziale Verantwortung besteht gegenüber den kranken und pflegebedürftigen Menschen, den Angehörigen aber auch gegenüber den Mitarbeiter/innen der Hauskrankenpflege.

Zur Verbesserung der Lebenssituation zu Hause lebender kranker und pflegebedürftiger Menschen verfolgt die Caritas mit Pilotprojekten zur Hauskrankenpflege gleichrangige übergeordnete Ziele.

Projektziele in der Hauskrankenpflege:

- Schaffung von Modellen zur Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung mit zugehenden häuslichen gesundheits- und sozialpflegerischen Diensten.
- Sicherung der Mitarbeit und Aktivierung der Eigenkräfte der Bevölkerung durch Hilfe zur Selbsthilfe und Motivation und Befähigung von freiwilligen Mitarbeiter/innen.
- Förderung der Gesundheit durch Information, Beratung und Anleitung sowie durch Vorbeugung von Gesundheitsgefährdungen und Verhinderung von vermeidbaren gesundheitlichen Komplikationen.
- Schaffung von angemessenen Arbeitsbedingungen sowie Spezialisierung, Differenzierung und Entwicklung sozialer Facharbeit der Caritas als Dienst der Kirche.
- Kooperation und Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und Institutionen.
- Integration der Hauskrankenpflege in die Gesundheits- und Sozialsysteme.

Nach diesen Zielen geht es in der Hauskrankenpflege um Verbesserung der Lebenssituation der kranken und pflegebedürftigen Menschen durch Information und Beratung der Angehörigen und durch eine bestmögliche fachlichen Betreuung im häuslichen Lebensbereich.

⁸ Caritas-Hauskrankenpflege steht als Begriff für einen professionellen Krankenpflegedienst der Caritas, der kranke und pflegebedürftige Menschen in ihrer Wohnung betreut und in den Transformationsländern unterschiedliche Bezeichnungen wie Caritas-Sozialstation, Agentur für Hauskrankenpflege, Caritas Home Care oder Sozialzentrum trägt.

Durch fachlich qualifizierte Pflegemitarbeiter/innen sind kranke und pflegebedürftige Menschen, Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen in gesundheitsförderlichem Verhalten und häuslicher Pflege zu schulen, anzuleiten und zu begleiten. Außerdem soll die häusliche Pflege in Zusammenarbeit mit anderen an der Pflege und Gesundheitsversorgung beteiligten Berufsgruppen, Einrichtungen und Dienste gestaltet werden.

Caritas-Hauskrankenpflege unterstützt kranke und pflegebedürftige Menschen darin, ihr Leben daheim nach ihren individuellen Bedürfnissen zu leben, bis zum Ende. Sie unterstützen die Angehörigen und andere Bezugspersonen, ihren übernommenen Verpflichtungen in der Pflege und Versorgung gegenüber den kranken und pflegebedürftigen Menschen gerecht zu werden. Die Aufrechterhaltung familiärer und nachbarschaftlicher Hilfestrukturen sind der Caritas-Hauskrankenpflege ein besonderes Anliegen.

Leistungen der Hauskrankenpflege

Die Hilfeleistungen der Caritas-Hauskrankenpflege orientieren sich an den Bedürfnissen der kranken und pflegebedürftigen Menschen. Die Hauskrankenpflegedienste dokumentieren den Hilfebedarf und die erbrachten Leistungen. Sie erbringen bei der häuslichen Krankenpflege die Leistungen, zu denen der Betroffene selbst, die Angehörigen oder ihnen nahe stehende Menschen nicht in der Lage sind.

Zu den Versorgungsleistungen, die Caritas-Hauskrankenpflegedienste im Zusammenhang mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit in der Häuslichkeit der Betroffenen als Kernleistungen anbieten, gehören:

- Information, Anleitung und Beratung und emotionale Unterstützung,
- Medizinische Pflege wie beispielsweise das Verabreichen von Medikamenten, Injektionen und Infusionen, Auftragen von medizinischen Salben,
- Anlegen und Wechseln von Verbänden,
- Stomapflege und -behandlung bei Tracheostoma, Anus-praeter und Urinstoma,
- Blutdruckmessungen, Blutzuckerkontrollen, Beobachtung von Vitalzeichen,
- Anziehen von Kompressionsstrümpfen,
- Anlegen von Körperprothesen und Bandagen,
- Legen und Entfernen von Kathetern,
- Überprüfen und Versorgen von Drainagen,
- präventive und rehabilitative Mobilitätsübungen, Ausleihe von Pflegehilfsmitteln,
- Hilfen bei der Organisation und Wahrnehmung von Arzt- und Krankenhausterminen,
- Körperpflegemaßnahmen einschließlich der Hilfestellungen bei den Ausscheidungen, das Betten und Lagern,
- Hilfen beim An- und Auskleiden, Unterstützung beim Aufstehen und Zu-Bett-Gehen,
- Vermittlung von hauswirtschaftlichen Hilfen wie Einkaufen, Reinigungsarbeiten in der Wohnung, Hilfe bei der Zubereitung von Nahrung, Hilfen bei der Reinigung der Bettwäsche und der Kleidung
- Caritas-Hauskrankenpflege leistet auch ihren Beitrag dazu, dass Familien ihre sterbenden Angehörige begleiten und von ihnen Abschied nehmen können.

Organisation und Struktur

Bei den Überlegungen zum Aufbau der Hauskrankenpflege ist es unverzichtbar, die Situation zu analysieren, in der die Arbeit aufgebaut werden soll. Besonders wichtig ist die Situation der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Es muss lokal geklärt werden, welche Dienste im Bereich der häuslichen Betreuung bereits geleistet werden und welche Dienste noch zu entwickeln sind.

Neben der Beschreibung der aktuellen Versorgungssituation der Bevölkerung gehört dazu auch die Darstellung der Rahmenbedingungen in folgenden Bereichen:

- Angebote und Defizite der Gesundheitsversorgung beschreiben.
- Hilfebedarf für zu Hause lebende kranke und pflegebedürftige Menschen ermitteln.
- Haushaltsstruktur in der ältere Menschen leben herausfinden.
- Zulassungsvoraussetzungen zur Hauskrankenpflege national wie lokal prüfen.
- Aufgabenschwerpunkte der Hauskrankenpflege entscheiden.
- Standort für die Caritas-Hauskrankenpflege auswählen und Pflegebezirk festlegen.
- Kooperationspartner gewinnen.
- Ansprechpartner (Kommune, Ärzte, Krankenhaus, NGOs) kontaktieren.
- Finanzierungsgrundlagen klären.
- Fördermöglichkeiten durch Gemeinden und andere kommunalen Stellen realisieren.

Anbieter der Hauskrankenpflege haben die Gesamtverantwortung für die Arbeitsweise, für die Organisation und Qualität des Leistungsangebots und die Qualifizierung der Mitarbeiter/innen. In der Organisationsform der mobilen Caritas-Hauskrankenpflege wird für einen überschaubaren regionalen Bezirk häusliche Pflege, Betreuung und Beratung angeboten. Die Auswahl der zu erbringenden Leistungen steht immer in Wechselwirkung zum Hilfebedarf sowie zur Qualifikation und Zahl der verfügbaren Mitarbeiter sowie zur Ausstattung mit Arbeitsmitteln und den finanziellen Ressourcen.

Je nach Hilfebedarf und vorhandenen Ressourcen in der Caritas sind unterschiedliche Versorgungsmodelle in der häuslichen Pflege und Betreuung realisierbar:

- Dienste, die - ausschließlich oder in Kombination mit anderen Dienstleistungsbereichen - Information, Beratung und Anleitung in der häuslichen Pflege anbieten.
- Dienste, die Hilfen im Haushalt bereitstellen.
- Dienste, die Hilfe bei der Pflege und Mobilität zusichern.
- Dienste, die medizinische Pflege erbringen.
- Dienste, die Pflegehilfsmittel ausleihen.
- Dienste, die alle oder mehrere der aufgezählten Leistungsangebote vorsehen.
- Dienste, die in andere Gesundheitseinrichtungen integriert sind oder als eigenständiger Dienst aufgebaut werden.

Zur Entwicklung der Hauskrankenpflege ist eine zentrale Anlauf- und Einsatzstelle notwendig, über die Information, Pflege und Betreuung erreichbar sind. Die Hilfe der Caritas-Hauskrankenpflege ist weder von der Religionszugehörigkeit noch der ethnischen Herkunft der Hilfesuchenden noch von der Art der Erkrankung abhängig.

Caritas-Hauskrankenpflege leistet medizinische, pflegerische und soziale Betreuung als mobiler Dienst für einen bestimmten abgegrenzten regionalen Bezirk (z.B. eine oder mehrere Pfarregemeinden, Dekanat, Stadt oder Stadtgebiete). Die Größe des Einzugsbezirks muss sich an der Leistungsfähigkeit des Dienstes orientieren. Wegezeiten sollten nicht mehr als ein Viertel der tatsächlichen Arbeitszeit im Pflegebereich absorbieren.

Durch hauptamtliche Pflegefachkräfte und in Verbindung mit ehrenamtlichen Caritashelfern werden die Hilfen erbracht. Dadurch wird hauptamtliche, fachliche Hilfe vernetzt mit den ehrenamtlichen Helfern der Pfarrgemeinden.

Der Einsatz der Mitarbeiter/innen wird in der Caritas-Hauskrankenpflege durch die Einsatzleitung zentral koordiniert. Eine patientenbezogene Dokumentation der Hilfeplanung und der erbrachten Leistungen ist unverzichtbar.

Personal und Fortbildung

Da gesundheits- und sozialpflegerischen Dienste der Caritas für sich in Anspruch nehmen, sich an den Menschen zu orientieren, sind Personalentscheidungen von besonderer Bedeutung. Auch in Orientierung an staatlichen Vorgaben ist zu entscheiden, welche Berufsgruppen im Team vertreten sein sollen. Anforderungen an die Qualifikation des Personals stehen in Wechselwirkung zum Dienstleistungsangebot. Gute Arbeitsbedingungen sind eine entscheidende Voraussetzung für die Gewinnung engagierter Mitarbeiter/innen. Dazu gehören auch eine umfassende Einführung in das neue Arbeitsfeld, die Durchführung regelmäßiger (wünschenswert wöchentlicher) Dienst- und Fallbesprechungen, das Angebot von Fortbildung, Fachberatung und Supervision.

Die unmittelbaren personenbezogenen Dienste zur Sicherung oder Verbesserung der häuslichen Krankenpflege und Versorgung leisten medizinische Krankenschwestern, Pflegerinnen, soziale Assistentinnen und Haushaltshelferinnen sowie freiwillige Helfer/innen. Entsprechend ihrer Qualifikation haben sie in ihrem Arbeitsbereich meist unterschiedliche aber auch gemeinsame Kernaufgaben zu erfüllen.

Kernaufgaben der medizinischen Krankenschwestern:

- Information und Pflegeberatung der Betroffenen und Angehörigen
- Kooperation mit Angehörigen, Ärzten und Krankenhäusern
- Durchführung von medizinisch-pflegerischen und prophylaktischen Maßnahmen
- Sicherung der grundpflegerischen Betreuung (Körperhygiene, Umkleiden, Betten und Lagern, kontrollierte Nahrungs- und Medikamentenaufnahme, etc.)
- Vermittlung und Ausleihe von Hilfsmitteln zur Erleichterung der Pflege und Erhaltung der Selbständigkeit
- Planung der Pflege und Pflegedokumentation
- Anleitung und Begleitung von Freiwilligen für die hauswirtschaftliche Unterstützung

und soziale Betreuung

Kernaufgaben der Pflegerinnen, Sozialassistentinnen und Haushaltshelferinnen sind:

- Sicherung der grundpflegerischen Betreuung (Körperhygiene, Hilfe beim An-, Aus- und Umkleiden, Betten und Lagern, kontrollierte Nahrungs- und Medikamentenaufnahme, etc.)
- Durchführung von prophylaktischen Maßnahmen
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
- Herstellung und Aufrechterhaltung des Kontaktes zu Verwandten
- Herstellung und Aufrechterhaltung des Kontaktes in das soziale und kulturelle Umfeld
- Unterstützung bei Behördengängen und Interessenvertretung
- Hilfe bei der Weiterführung des Haushalts wie Reinigung der Wohnung, Pflege der Kleidung und Wäsche, Einkaufen, Zubereitung von Mahlzeiten
- Dokumentation der erbrachten Leistungen

Kernaufgaben der freiwilligen Helfer/innen sind:

- Soziale Begleitung der kranken und alten Menschen
- Begleiten beim Verlassen der Wohnung
- Unterstützung bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte
- Unterstützung bei Behördengängen, bei Arztbesuchen und Interessenvertretung
- Erledigung von Besorgungen wie Rezepte beim Arzt abholen und Medikamente in der Apotheke besorgen, Überweisung von Rechnungen für betreute Personen erledigen
- Unterstützung beim Einkaufen
- Hilfen beim Reinigen der Wohnung
- Hilfe bei der Pflege der Kleidung und Wäsche
- Dokumentation der geleisteten Hilfe

Die berufliche Qualifikation und Fortbildung der hauptberuflichen Mitarbeiter/innen sowie die freiwilligen Helfer/innen sind wesentliche Voraussetzungen, um die Hauskrankenpflege auf angemessenem Qualitätsniveau zu gewährleisten.

Eine gezielte Fortbildung darf nicht der Zufälligkeit überlassen bleiben, sondern ist aktiv zu gestalten. Fortbildung sollte sowohl der Entwicklung der Hauskrankenpflege als auch der persönlichen Entwicklung der Mitarbeiter/innen dienen. Besonders in der Aufbau- und Konsolidierungsphase der Hauskrankenpflege stehen die Mitarbeiter/innen der unterschiedlichen Arbeitsbereiche und Verantwortungsebenen in komplexen und sich verändernden Anforderungen.

Pflege von kranken und alten Menschen im häuslichen Lebensumfeld fordert von den eingesetzten Mitarbeiter/innen eine fach-, sach- und bedürfnisgerechte Beurteilung der Situation und eine kompetente Planung und Durchführung der Hilfen. Qualifizierungsmaßnahmen sollen auch Kompetenzen vermitteln und stabilisieren, die für den verantwortungsvollen Einsatz in der Hauskrankenpflege und eine fachliche sowie vernetzte soziale Arbeit im Team unverzichtbar sind.

Fortbildung in der Hauskrankenpflege muss darum

- zur kompetenten Einschätzung vielfältiger und unterschiedlicher Pflegesituationen,

- zur qualitätsvollen und aktivierenden Pflege und Betreuung,
- zur konstruktiven Gestaltung von Kommunikation und Kooperation,
- zur Information und Beratung in der Prävention, insbesondere von chronischen Erkrankungen und Infektionskrankheiten,
- zur Anleitung und Beratung in der Pflege
- zur Erfüllung von Managementaufgaben und Lobbying sowie
- zur sicheren Beurteilung der eigenen fachlichen Grenzen und Möglichkeiten befähigen.

Dokumentation und Berichte

Eine zeitgemäße Hauskrankenpflege ist ohne Dokumentation undenkbar. Dazu gehören die Dokumentation der pflegerischen Arbeit und die institutionellen Verwaltungsaufgaben als gleichermaßen wichtige Bereiche. Auch in der Hauskrankenpflege kann auf eine solide Administration, die eine transparente Kosten- und Leistungsrechnung sowie Buchführung und Jahresabschluss ermöglicht, nicht verzichtet werden. Denn ein Überblick über die Gesamtkosten und deren Zuordnung zu den Leistungsbereichen bieten eine valide Grundlage für eine zielgerichtete Entwicklung der Hauskrankenpflege.

Um das körperliche, soziale, seelische und spirituelle Befinden von betreuten Personen in der Entwicklung des Krankheitsverlaufes beurteilen zu können, ist die Dokumentation der pflegerischen Arbeit - Pflegedokumentation – ein maßgebliches Instrument. Sie dient der Sicherung einer zielgerichteten und geplanten Pflege und Versorgung kranker Menschen.

Ziel der Dokumentation der pflegerischen Arbeit ist ein systematisches Erfassen und Zuordnen aller pflegerelevanten Informationen zur Realisierung einer geplanten Pflege.

Schriftliche Pflegepläne, Berichte und Verlaufsblätter über eine spezielle Krankenbeobachtung wie Blutdruck- oder Blutzuckermessung tragen zur Kontinuität der Pflege bei. Außerdem fördert eine einheitliche Dokumentation eine personorientierte sowie ressourcen- und problemorientierte Kommunikation, die bei der häuslichen Pflege im Vergleich zu stationären Institutionen eingeschränkter möglich ist. Die individuelle Pflegesituation kann dadurch besser eingeschätzt werden. Eine lückenlose Dokumentation informiert alle an der Pflege beteiligten Personen über die aktuelle Pflegesituation, unterbindet die Übertragung stereotyper Pflegemuster und reduziert Risiken in der pflegerischen Versorgung.

Eine einheitliche Pflegedokumentation dient auch als Organisationsinstrument der Dienstplangestaltung, der Koordination von Arbeitsabläufen und kann zum Nachweis und zur Kontrolle der Pflegequalität verwendet werden.

Bestandteile einer Pflegedokumentation:

- Stammblatt/Karteikarte für Aussagen zu Personalien, soziale und pflegerische Anamnese, zu Mobilität, Fähigkeiten, Behinderungen, Selbstversorgungsfähigkeit, Krankheiten
- Pflegeplanungsblatt für die Beschreibung der individuellen Pflegediagnose oder der Pflegeziele und der entsprechenden Pflegemaßnahmen mit Aussagen darüber wann, wie oft,

welche Maßnahmen zu erbringen sind

- Pflegebericht, Notizen zum Pflegeverlauf mit Angaben zu Veränderungen und Befinden
- Ärztliches Anordnungsblatt und Verlaufskontrollblatt
- Leistungsblatt zur einheitlichen Leistungserfassung und zur Statistik

Die Projektdokumentation erleichtert die periodische Präsentationen der Ergebnisse und unterstützt Lobbying und Öffentlichkeitsarbeit. Solche Berichte sollten wesentliche Zusammenhänge hinsichtlich der Kosten, der Erträge und der Leistungen sowie der Zusammenhänge zwischen diesen Faktoren deutlich machen.

Arbeitsräume und Ausstattung

Anforderungen an die Raum- und Sachausstattung der Caritas-Hauskrankenpflege ergeben sich aus den festgelegten Leistungsbereichen sowie den gesetzlichen Vorgaben der jeweiligen zur Zulassung im Bereich der gesundheits- und sozialpflegerischen Arbeit.

Der Standort der Hauskrankenpflege dient als zentrale Anlauf und Einsatzstelle sollte für Mitarbeiter/innen und für Besucher gut erreichbar sein.

Der Raumbedarf könnte beispielsweise sein:

- Büro- und Besprechungsraum ist unverzichtbar; es sollte eine Möglichkeit zum Tee- oder Kaffeekochen für die Mitarbeiter/innen vorhanden sein; kann auch mit einem Demonstrationsbereich zur Anleitung im Umgang mit Pflegehilfsmitteln kombiniert werden,
- Nassarbeitsraum und Dusche zur hygienischen Vor- und Nachbereitung der Instrumente und Arbeitsmaterialien sowie zur Reinigung von Pflegehilfsmitteln,
- Toilette (Personal und Besucher),
- Lager- und Geräteraum, sofern Pflegehilfsmittel ausgeliehen werden.

Neben der funktionsgerechten Raumausstattung gehören zur Grundausstattung der Caritas-Hauskrankenpflege: Geräte und Pflegehilfsmittel, Instrumente, Verbandsmaterial, Einwegspritzen und Kanülen, Desinfektionsmittel für Haut, Hände und Flächen, Fachliteratur und Schulungsmaterial sowie Ambulanztaschen für alle Pflegemitarbeiter/innen mit Blutdruckmessgerät und Stethoskop, Verbrauchsmaterialien zur pflegerischen Erstversorgung. Einmalhandschuhe und Händedesinfektionsmittel.

Eine kontinuierliche Versorgung der betreuten Personen mit Medikamenten und Verbrauchsmaterialien zur Pflege gehört nicht zum Ausstattungsumfang der Hauskrankenpflege.

Einheitliche Formulare zur Dokumentation der Pflege, die für alle Mitarbeiter/innen verbindlich sind, müssen Teil der Ausstattung sein.

Ein einsatzbereiter PKW sichert den mobilen Einsatz der Krankenschwestern und Mitarbeiter dort, wo öffentliche Verkehrsmittel nicht zur Verfügung stehen und die Wegezeiten zwischen den zu pflegenden Menschen eine effektive Arbeit nicht zulassen.

Koordination und Vernetzung

Die Koordination der vielfältigen Aspekte im Umfeld der häuslichen Pflege und Betreuung ist eine wichtige Vorbedingung für die Weiterentwicklung der Hauskrankenpflege. Damit ist auch eine wichtige Voraussetzung für die Kooperation mit den zuständigen Ministerien und Behörden sowie für die Einbettung der Hauskrankenpflege in die Gesundheits- und Sozialpolitik gegeben.

Die Kernaufgaben der Koordination umfassen:

- Koordination und Realisierung der Projektarbeit
- Zusammenarbeit in der Hauskrankenpflege caritasintern und mit anderen Institutionen
- Organisation der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen im Projekt
- Förderung und Entwicklung der Hauskrankenpflege als Facharbeit
- Förderung und Entwicklung der Freiwilligenarbeit in der Hauskrankenpflege
- Kooperation und Vernetzung mit staatlichen Behörden und freien Trägern
- Lobbyarbeit zur Verbesserung der Lebenssituation der kranken und pflegebedürftigen Menschen
- Lobbyarbeit zur Integration der Hauskrankenpflege in die Gesundheits- und Sozialsysteme
- Lobbyarbeit zur Mitfinanzierung der Hauskrankenpflege durch die kommunale Selbstverwaltung
- Mitgestaltung der Öffentlichkeitsarbeit zur Hauskrankenpflege
- Information, Monitoring und Berichterstattung

Der mobile Hauskrankenpflegedienst leistet innerhalb der Gesundheitsversorgung nur einen Teilbereich. Darum ist es unverzichtbar, dass die Mitarbeiter/innen mit anderen an der Gesundheitsversorgung beteiligten Personen und Institutionen zusammenarbeiten. Sie organisieren ggf. die rechtzeitige Beteiligung des Arztes, die Hilfe eines Sozialdienstes oder einer Beratungsstelle, den Besuch eines Seelsorgers oder andere soziale Hilfen.

Die Caritas-Hauskrankenpflege gestaltet ihre Aufgaben in Zusammenarbeit mit den Angehörigen, mit Ärzten, Seelsorgern, ehrenamtlichen Mitarbeitern der Pfarrgemeinde oder der Nachbarschaft, mit Beratungsstellen, Polykliniken, Krankenhäusern, Sozialämtern und Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe. Es ist eine unverzichtbare Aufgabe die Kooperation zu diesen Partnern zu entwickeln.

Staatliche und nichtstaatliche Hauskrankenpflegedienste sowie Interessengruppen, die sich für die Belange kranker und pflegebedürftiger Menschen einsetzen, sind ebenfalls als Partner zu gewinnen.

Lobbying

Hauskrankenpflege ist in vielen osteuropäischen und zentralasiatischen Ländern nicht in die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung integriert. Durch geplante und kontinuierliche Information über die Erfahrungen in der Hauskrankenpflege ist zu politisch Verantwortlichen und in die Bevölkerung hinein die Aufmerksamkeit für die Not kranker und pflegebedürftiger Menschen zu fördern. Die Probleme kranker, pflegebedürftiger und alter alleinlebender Menschen sind meist nur unzureichend bekannt, weil sie kein Sprachrohr in die Gesellschaft haben. Zu den Aufgaben der Hauskrankenpflege gehört es, die Vielfalt und Unterschiedlichkeit der Nöte bewusst zu machen und wo erforderlich eine Reform der gesetzlichen Regelungen anzustreben.

Die verantwortliche zivilgesellschaftliche Mitarbeit hat für einen Staat, der sich als demokratisch und sozial versteht, eine hohe Bedeutung. In einer demokratischen Gesellschaft sind die Bürger herausgefordert, durch eigenständige gesellschaftliche Aufgaben die Sozialstaatlichkeit mitzutragen und zu verwirklichen. Es gehört zu den Zielen der Hauskrankenpflege, dass Familien in der Sorge um kranke und pflegebedürftige Angehörige gestützt werden und interessierte Bürger durch komplementäre freiwillige Dienste bei der häuslichen Pflege und Betreuung mitwirken können.

5 Finanzierung und Nachhaltigkeit

Caritas international strebt eine nachhaltige Entwicklung der Hauskrankenpflege in den Partnerländern an. Nach einer zeitlich begrenzten Kooperation, sollen die Partner in der Lage sein, die Hauskrankenpflege selbständig weiterzuführen und den für die Zielgruppen angestrebten Nutzen dauerhaft sicherzustellen. Es bedarf geeigneter rechtlicher Rahmenbedingungen, um dies zu erreichen. Viele osteuropäische und zentralasiatische Länder versuchen aus ihrem zentral geplanten Gesundheitssystem auszusteigen und eine durch Krankenversicherung finanzierte Gesundheitsversorgung zu entwickeln, die weitgehend durch die Besteuerung von Arbeitseinkommen getragen wird. In Situationen wirtschaftlicher Rezession und politischer Instabilität wird die Einführung solcher Systeme nur schrittweise eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung auf Versicherungsgrundlage erreichen.

Das Europäische Sozialrecht regelt bislang nur Teilbereiche des Sozialen, da dieses Gebiet stets der nationalen Souveränität vorbehalten wurde. Deshalb wird jede Regierung in Zukunft darstellen müssen, wie die Qualität und Finanzierung der Hauskrankenpflege oder Langzeitpflege gesichert ist. Auch die Organisation des Gesundheitssystems und die medizinische Versorgung der Bürger liegen primär in staatlicher Verantwortung. Über die Zusammenarbeit im Europarat wird versucht, einen angemessenen Standard der gesundheitlichen Versorgung zu erreichen und gesundheitsförderliche Lebensweisen zu unterstützen. Ziel ist auch, den gleichberechtigten Zugang aller zum Gesundheitsversorgungssystem zu fördern. Die Gesundheitser-

ziehung und die häusliche Krankenpflege haben dabei eine besondere Bedeutung. Verantwortliche gesundheits- und sozialpolitische Entscheidungen geben der ambulanten Behandlung und häuslichen Pflege den Vorrang vor vollstationären Leistungen. Eine Entlastung der Kliniken durch Verkürzung der stationären Verweildauer im Krankenhaus mit der Verlagerung von Krankenhausleistungen auf die Behandlung akuter und schwieriger Erkrankungen setzt ein verlässliches und verfügbares ambulantes Versorgungssystem voraus. Daher muss auch die Hauskrankenpflege in den sozialen Leistungsgesetzen Berücksichtigung finden.

Für die Absicherung der häuslichen Krankenversorgung ist kennzeichnend, dass verschiedene Hilfesysteme mit einem unterschiedlichen Grad an Organisation und Professionalisierung zum Tragen kommen. Die Krankenbehandlung erfolgt weitgehend durch Ambulanzen/Polykliniken, Fachärzte und Krankenhäuser. Pflege und Versorgung werden geleistet vom primären Netzwerk der Familie, Nachbarn und Freunden und ehrenamtlichen Helfern und wo notwendig von organisierten Hilfs- und Fachdiensten wie zum Beispiel die Caritas-Hauskrankenpflege. Hauskrankenpflegedienste sind ein wichtiges und unverzichtbares Element der primären gesundheitlichen Versorgung und sozialen Sicherung. Sie unterstützen die Pflegebedürftigen und helfen Überforderungen der Pflegenden zu vermeiden.

Kostendeckende Finanzierung

Die Caritas-Hauskrankenpflege soll nachhaltig zur Verbesserung der häuslichen Pflege und Betreuung kranker und pflegebedürftiger Menschen beitragen. Hauptziele sind die Implementierung von Pflegeberatung, die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege und Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen und die Erbringung notwendiger Pflegeleistungen. Dies schließt auch die Gewinnung, Schulung und Begleitung freiwilliger Helfer/innen in der Hauskrankenpflege ein. Der Erfolg der Hauskrankenpflege wird sich auch an finanzwirtschaftlichen, betriebswirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen Gegebenheiten messen lassen müssen.

Leistungsfähige und bedarfsgerechte mobile gesundheits- und sozialpflegerische Dienste sind auf Dauer nur dann zu verwirklichen, wenn mittel- bis langfristig eine kosten-deckende Gesamtfinanzierung dieser zugehenden Gesundheitsdienste gesichert ist. Nachvollziehbare Leistungsnachweise, transparente Kostenstellenrechnung und Kostenkalkulationen je Stunde Arbeitszeit in der häuslichen Pflege, je betreute Person, je Hausbesuch oder je Leistung sind dazu wichtige Voraussetzungen.

Eine finanzielle Unterstützung durch Geberorganisationen kann nur eine Übergangsfiananzierung sein. Die häusliche Krankenpflege ist Teil der primären Gesundheitsversorgung und daher auch als Leistung in der Krankenversicherung oder in anderen Finanzierungssystemen von Gesundheitsdiensten zu verankern.

Zur Absicherung der Kosten können beitragen:

- Einbeziehung in das System der Gesundheitsversorgung
- Anerkennung als Dienstleister innerhalb der Krankenversicherung
- Anerkennung als Dienstleister innerhalb der sozialen Sicherung

-
- Kostenerstattung und Leistungsentgelte der Sozialen Sicherung/Krankenversicherung
 - Kostenanteile der kranken und pflegebedürftigen Menschen
 - Staatliche Zuwendungen zu Betreuungskosten oder als institutionelle Förderung.

Es sind Entscheidungen zu treffen, welche Risiken und Krankheitszustände im Rahmen der Gesundheitsversorgung abzudecken sind. Konkret ist zu beantworten: Was soll für kranke, pflegebedürftige oder behinderte Menschen von wem unter welchen Bedingungen bereitgestellt werden, um ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen?

Zur gesundheitlichen und sozialen Sicherung sind kranke Menschen mit einem Rechtsanspruch auf bestimmte Hilfen auszustatten und Anforderungen an die Leistungserbringer festzulegen.

Der Hauskrankenpflegedienst hat als Leistungserbringer im Rahmen der Gesundheitsversorgung grundsätzlich einen Anspruch auf Erstattung seiner Kosten über Leistungsentgelte. Öffentliche Zuwendungen - wie Zuschüsse zu Personalkosten, Miete und Sachkosten- sind bei der Kalkulation der Leistungsentgelte zu berücksichtigen, sofern sie vom Zuwendungsgeber ausdrücklich zur indirekten Subventionierung der Leistungsentgelte bestimmt sind.

Die Caritas darf Leistungsentgelte überall dort erwarten, wo dies die Art der geleisteten Hilfe - insbesondere bei leistungsrechtlichen Ansprüchen innerhalb der Krankenversicherung - zulässt. Es kann nicht Aufgabe der Caritas sein, die Gesundheitsversorgung und soziale Verpflichtungen des Staates zu subventionieren. Dies wäre ihr angesichts ihrer Finanzkraft auch gar nicht möglich. Eine regelmäßige Anpassung der Leistungsentgelte an die allgemeine Kostenentwicklung im Bereich der Personal- und Sachkosten ist notwendig. Voraussetzung ist ein transparenter Selbstkostennachweis in den alle Selbstkosten eingehen, die bei wirtschaftlicher Betriebsführung zur Aufgabenerfüllung entstehen.

6 Literatur

Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften: Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2000/C 364/01)

Barden, Vogel, Wodraschke: Der große TRIAS-Ratgeber Hauskrankenpflege, 10. Auflage Stuttgart 2006 - Übersetzungen in die bulgarische, russische, ukrainische, slowakische, litauische und serbische Sprache

Caritas international, Hilfswerk der Deutschen Caritas (Hrsg.): Welt für Alte und Kranke, Freiburg, 2006

Deutscher Caritasverband/Caritas international (Hrsg.): Unsere Arbeit, unsere Ziele – Caritas international, Freiburg 2000

Deutscher Caritasverband/Caritas international (Hrsg.): Projektarbeit Altenhilfe – Erfahrungen und Konzepte in Lateinamerika und Karibik, Freiburg 2002

Deutscher Caritasverband/Caritas international, Referat Partner & Projekte Europa (Hrsg.): Hauskrankenpflege in Mittel- und Osteuropa – Fachkonzept, Freiburg 2002

European Commission Employment - Social Affairs and Equal Opportunities DG: Long-Term Care in the European Union, Brüssel 2008

Help Age Deutschland/Caritas international: Standpunkte Alte Menschen in der Entwicklungszusammenarbeit – neue Herausforderungen für die Armutsbekämpfung, Berlin 2006

Proclamation on Caritas Home Care and Home Care Networking in Europe, Sofia 2006

Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.): Enzyklika *DEUS CARITAS EST* von Papst Benedikt XVI. an die Bischöfe, an die Priester und Diakone, an die gottgeweihten Personen und an alle Christgläubigen über die göttliche Liebe. Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, Nr. 171, Bonn 2006

WHO Regional Office for Europe: 10 health questions about the new EU neighbours, Kopenhagen 2006

WHO Regional Office for Europe and the Council of Europe Development Bank: Health and economic development in south-eastern Europe, Paris 2006

Weltgesundheitsorganisation/Regionalbüro für Europa (Hrsg.): Der Europäische Gesundheitsbericht 2005. Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt, Kopenhagen 2005

WHO Regional Office for Europe: HIV/AIDS treatment and care. Clinical protocols for the WHO European Region, Kopenhagen 2007

WHO Regional Office for Europe: Better palliative care for older people, Kopenhagen 2004

WHO Regional Office for Europe: Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia, Kopenhagen 2007