



FIFAS

Freiburger Institut für
angewandte
Sozialwissenschaft e.V.

Begleitforschung zur Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management

Anlage III:

**Pflegebedürftigkeit im demographischen und sozialen Wandel.
Szenarien zur Beschreibung möglicher Entwicklungen unter
verschiedenen Bedingungen**

(© Baldo Blinkert)

Pflegebedürftigkeit im demographischen und sozialen Wandel

Szenarien zur Beschreibung möglicher Entwicklungen unter verschiedenen Bedingungen

Zusammenfassung

Der demographische und soziale Wandel wird gravierende Folgen für die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen haben. Um zu zeigen, mit welchen Veränderungen gerechnet werden muss, wurde ein Simulationsmodell entwickelt, mit dem sich verschiedene Szenarien der Entwicklung mit ihren Konsequenzen darstellen lassen. In diesem Modell werden nicht nur erwartbare demographische Veränderungen berücksichtigt, sondern auch der Wandel gesellschaftlicher Bedingungen (steigender Anteil von Alleinlebenden, steigende Erwerbsquoten). Die Modellsimulationen zeigen, wie sich auch unter „günstigen“ Bedingungen die Schere zwischen der Zahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen und dem „informellen Pflegepotential“ zunehmend weiter öffnet. Diese Entwicklung ist mit Konsequenzen für die Nachfrage nach Pflegearrangements verbunden. Der Typ der stationären Versorgung wird erheblich an Bedeutung gewinnen. Der Anteil der häuslich versorgten Pflegebedürftigen wird drastisch abnehmen. Dabei zeichnen sich sowohl eine Überforderung der sozialen Sicherungssysteme ab, wie auch eine rapide Verschlechterung der Qualität der Pflege. Abschließend werden Vorschläge dargelegt, welche Möglichkeiten bestehen, um für diese erwartbaren Herausforderungen politische Antworten zu finden.

1. Pflegearrangements im demographischen und sozialen Wandel

Es gibt wohl niemanden, der ernsthaften Zweifel an den Vorausrechnungen der Bevölkerungswissenschaftler äußert: Deutschland altert wie alle Industrienationen der Welt - und dies in dreifacher Hinsicht: absolut, relativ und durch die Zunahme der Hochbetagten. Deutschland wird aber auch immer pflegebedürftiger und es sind derzeit keine überzeugenden Lösungen für diese zentrale gesellschaftliche Herausforderung erkennbar.

Die Bevölkerungsvorausrechnungen gehen vom derzeitigen Bevölkerungsstand aus und von plausiblen Annahmen über die Veränderung zentraler Parameter wie Geburten- und Sterbeziffern, Lebenserwartung und Wanderungen. Bei allen Unsicherheiten muss wohl die folgende Entwicklung als in hohem Maße wahrscheinlich gelten: Der Bevölkerungsumfang wird sich deutlich verringern und der Altersaufbau wird sich verändern. Der Anteil älterer Menschen wird steigen, die Anteile der jüngeren Menschen – Kinder und Jugendliche – und der Anteil der Menschen im Erwerbsalter werden sinken.

Diese Veränderungen werden mit Sicherheit auch die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen tangieren. Sie werden die ihnen verfügbaren, gewählten oder auferlegten Pflegearrangements beeinflussen. Von demographischen Faktoren hängt es ab, wie viele pflegebedürftige Menschen zu versorgen sind, aber von den gleichen Faktoren hängt es auch ab, wie viele Versorgende zur Verfügung stehen und wer diese sein werden.

Aber es ist nicht allein der demographische Wandel, der die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen beeinflusst. Von großer Bedeutung sind institutionelle Regelungen, die ihren Niederschlag u.a. im Begriff der „Pflegebedürftigkeit“ und in der Sozialgesetzgebung finden, aber auch in tariflichen Vereinbarungen und arbeitsmarktpolitischen Bestimmungen verankert sein können – z.B. in Regelungen, die eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflegen ermöglichen. Dazu gehören auch Berufs- und Ausbildungsordnungen, die von großer Bedeutung für die Qualität der professionell geleisteten Pflege und für das gesellschaftliche Ansehen pflegender Berufe sind. Wichtig sind aber auch Infrastrukturen, die sich zur Versorgung nutzen lassen – u.a. Pflegeheime, teilstationäre Angebote, Pflegedienste und Beratungsstellen. Von überaus großer aber schwer einzuschätzender Bedeutung ist schließlich der kulturelle und soziale Kontext von Pflegebedürftigkeit: der Stellenwert, den Pflegebedürftigkeit in ihren unterschiedlichen Ausprägungen in der Kultur besitzt¹, die Art und Weise, ob und wie Solidarität praktiziert wird, sowie Werteorientierungen und Lebensentwürfe, die mehr oder weniger günstig für die Übernahme von Versorgungsverpflichtungen sein können. (vgl. Blinkert/Klie, 2000; 2004) Zu diesen Faktoren gehören aber auch strukturelle Bedingungen, wie die Bedeutung von Erwerbsarbeit für den Lebensentwurf, mit der Arbeitswelt verbundene Flexibilitätserfordernisse, soziale und geographische Mobilität (vgl. Sennett, 1998) und damit verbundene Wahrscheinlichkeiten für Versorgungsleistungen aus dem primären sozialen Umfeld.

Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen wird also von einem ganzen Bündel von Faktoren beeinflusst, die in komplexen Beziehungen zueinander stehen und einfache Modelle können dieser Komplexität kaum gerecht werden. Dennoch ist es notwendig und vielleicht auch möglich, ein Modell zu entwickeln, mit dem sich die grundlegenden Verhältnisse und Prozesse abbilden lassen. Die dabei kritisch zu stellende Frage ist dann, ob die dazu notwendigen Vereinfachungen und Abstraktionen zu neuen Einsichten, zumindest aber zu neuen und wichtigen Fragen führen. Das im folgenden dargestellte Modell ist die Weiterentwicklung eines Vorschlags, der kurz nach Einführung der Pflege-

¹ Zur kulturellen Bedeutung von Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit Zivilisierungs- und Modernisierungsprozessen vgl. Norbert Elias (2002).

versicherung entwickelt wurde.² (Blinkert/Klie, 2001) In der Zwischenzeit hat sich die Pflegeversicherung etabliert und es ist deutlicher erkennbar, wie sich durch diese gesetzliche Innovation die Versorgung pflegebedürftiger Menschen strukturiert hat. Das hier vorgeschlagene Modell kann deshalb stärker an die empirischen Verhältnisse angebunden werden, als das in der Vergangenheit möglich war.

In verschiedenen empirischen Untersuchungen konnte gezeigt werden,³ dass es sinnvoll ist, wesentliche Aspekte der Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen in der folgenden Weise darzustellen:

1. Die zu erklärenden Sachverhalte sind Pflegearrangements, die sich grundsätzlich in der folgenden Weise beschreiben lassen:

- a. nach dem Ort der Versorgung, ob stationäre Versorgung oder Versorgung in einem häuslich-privaten Lebenszusammenhang, aber natürlich auch fließende Übergänge zwischen diesen Extremen und
- b. nach dem Grad der Professionalität bzw. Beruflichkeit der häuslichen Versorgung. An Arrangements der häuslichen Versorgung können verschiedene Akteure und Sektoren beteiligt sein: neben Angehörigen und informellen Helfern aus dem weiteren sozialen Umfeld (Nachbarn, Freunde, Ehrenamtliche), professionelle Fachkräfte und Dienste, aber auch andere beruflich tätige und kommerziell orientierte Anbieter.⁴

2. Um Pflegearrangements und damit die Versorgungssituation zu erklären, ist es sinnvoll, die folgenden Faktoren zu berücksichtigen:

- a. den Kontext, d.h. soziale, kulturelle, ökonomische, institutionelle und infrastrukturelle Bedingungen
- b. den Bedarf, d.h. Umfang und Art der Pflegebedürftigkeit
- c. die Chancen, d.h. die Möglichkeiten und Restriktionen im Umfeld der zu versorgenden Person

3. Erklärungen durch diese drei Faktoren können sich auf die „Mikro-Ebene“ und auf die „Makro-Ebene“ beziehen. Wenn es um die Mikro-Ebene geht, interessieren wir uns für *Entscheidungen* von Individuen bzw. Haushalten. Wir wollen wissen, wie und unter welchen Bedingungen Pflegebedürftige, bzw. deren Angehörige sich für die eine oder andere Form der Versorgung entscheiden. Wenn wir die Makro-Ebene im Blick haben, berücksichtigen wir zur Erklärung *Strukturen* und das Explanandum sind Quoten oder Häufigkeiten von verschiedenen Pflegearrangements – z.B. der Anteil oder die Anzahl der in Heimen Versorgten oder der Anteil der häuslich Versorgten, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen.⁵

² Auf der Grundlage des von uns 2001 vorgeschlagenen Modells wurde von Häcker und Raffelhüschen eine Modellberechnung zur Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung durchgeführt. (Häcker/Raffelhüschen; 2006).

³ Die Untersuchungen wurden vom „Freiburger Forschungsverbund soziale Sicherheit im Alter“ durchgeführt. Beteiligt an diesem Forschungsverbund sind der Arbeitskreis Gerontologie und Pflege der Evangelischen Fachhochschule Freiburg, das Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft und das Institut für Soziologie der Universität Freiburg. Veröffentlichungen über diese Studien – u.a.: Blinkert/Klie, 1999, 2000, 2004, 2006.

⁴ Die Brauchbarkeit dieser Einteilung konnten wir in verschiedenen Studien nachweisen – u.a. war es möglich, für die häusliche Versorgung Pflegearrangements durch die Zeitbeiträge von vier Sektoren, bzw. der sie definierenden Akteure zu bestimmen und durch die Geldzuwendungen, die an diese Sektoren bzw. Akteure fließen – vgl. Blinkert/Klie, 2006, Blinkert, 2007.

⁵ Natürlich hängen Makro- und Mikro-Ebene zusammen. Strukturen schaffen Restriktionen und eröffnen Chancen auf der Handlungs- bzw. Entscheidungsebene und durch Handlungen/Entscheidungen bzw. durch die Kumulation von Handlungen und durch die Entscheidungen von Akteuren mit "datensetzender Macht" entstehen Strukturen. Für eine grundlegende Diskussion des Zusammenhangs von Makro- und Mikro-Ebene u.a. Giddens, 1984.

Das hier vorgeschlagene Modell und die damit erzielten Ergebnisse beziehen sich auf die Makro-Ebene.⁶ Es soll erklären, warum bestimmte Pflegearrangements mit einer bestimmten Häufigkeit vorkommen. Dann soll es sich aber auch dazu eignen, unterschiedliche Entwicklungspfade darzustellen – nicht im Sinne von Prognosen, sondern es soll gezeigt werden, wie die Entwicklung verlaufen könnte, wenn bestimmte Voraussetzungen vorliegen. Die zu erklärenden Sachverhalte sind Quoten und Häufigkeiten: Zahl und Anteil der stationär und häuslich versorgten Pflegebedürftigen, sowie Zahl und Anteil der häuslich Versorgten, die professionell erbrachte Leistungen in Anspruch nehmen bzw. das nicht tun. Die erklärenden Argumente beziehen sich einerseits auf den Bedarf und andererseits auf die Chancen. Der makrostrukturell beschreibbare Bedarf ergibt sich aus der Zahl der Pflegebedürftigen. Dieser hängt einerseits von demographischen Veränderungen ab und andererseits auch davon, was sozial, kulturell und institutionell unter Pflegebedürftigkeit verstanden wird. In diesem Punkt folge ich den im SGB XI verankerten Definitionen.⁷

Die Versorgungschancen in makrostruktureller Perspektive hängen von kulturellen, sozialen und institutionellen Vorgaben und Verhältnissen ab. Für das vorgeschlagene Modell finden vor allem solche Merkmale und Veränderungen des Kontextes Beachtung, die sich mit der Entwicklung des „informellen Pflegepotentials“ in Verbindung bringen lassen. Als „informelles Pflegepotential“ betrachte ich die im sozialen Unterstützungsnetzwerk vorhandenen nichtberuflichen Helfer - in erster Linie Ehegatten bzw. Lebenspartner und Kinder. Im weiteren Sinne können auch Freunde, Bekannte oder Nachbarn dazugehören. Ihr Beitrag zur Sicherung der Versorgung mag im Einzelfall wichtig sein, spielt insgesamt aber unter quantitativen Gesichtspunkten mit weniger als 10 % derzeit nur eine geringe Rolle.⁸ Für dieses Pflegepotential lässt sich eine gesamtgesellschaftliche Größe definieren, die darüber Auskunft gibt, in welchem Umfang Ressourcen verfügbar sind, die eine häusliche Versorgung ohne professionelle Hilfe ermöglichen. Dieses gesellschaftliche informelle Pflegepotential ist vor allem von den folgenden Faktoren abhängig:

- von der Zahl der älteren Menschen, die nicht allein sondern mit einem Partner zusammenleben; das ist gewissermaßen das Pflegepotential der Gatten bzw. Partner.
- von der Zahl der Menschen, die sich in einem Alter befinden, das es ihnen ermöglicht, ältere und pflegebedürftige Angehörige zu unterstützen; hier handelt es sich im wesentlichen um das Pflegepotential der Kindergeneration, für das jedoch zu berücksichtigen ist, in welchem Umfang Zeit und Ressourcen durch Erwerbstätigkeit gebunden sind.
- von der Bereitschaft, Versorgungsverpflichtungen im Sinne einer „Nahraumsolidarität“ zu übernehmen; eine Bereitschaft, die sozial verteilt, kulturell geprägt und damit auch Veränderungen unterworfen ist.⁹

Alle diese auf das informelle Pflegepotential einwirkenden Faktoren sind veränderlich. Sie verändern sich durch den demographischen Wandel, aber auch im Verlauf des sozio-kulturellen Wandels.

⁶ Ein Mikro-Modell zur Erklärung von Pflegearrangements wurde im Rahmen der Begleitforschung zur experimentellen Einführung eines persönlichen Pflegebudgets entwickelt und empirisch überprüft. Vgl. dazu Blinkert, 2007a.

⁷ Ich bin nicht der Auffassung, dass dies die einzig mögliche, sinnvolle oder sozial gerechte Definition ist. Ich bin vielmehr der Meinung, dass „Pflegebedürftigkeit“ nicht auf körperliche Funktionsdefizite reduziert werden kann. Wie bei „Armut“ oder „Kriminalität“ handelt es sich auch bei „Pflegebedürftigkeit“ um eine soziale Zuschreibung bzw. Konstruktion, die als gesellschaftlicher Konsens und auch im Einzelfall ausgehandelt bzw. durch legitimierte Instanzen zugeschrieben wird. Vgl. dazu Konzepte über Zuschreibungsprozesse und soziale Konstruktionen in anderen Feldern: Georg Simmel, 1923; Howard S. Becker, 1963; Norbert Elias, 2002.

⁸ In einer von uns durchgeführten Studie ergibt sich, dass Freunde, Bekannte und Nachbarn nur mit einem Anteil von 8 % an der gesamten Versorgungszeit beteiligt sind. Blinkert/Klie, 2006a, S. 425.

⁹ Zum Begriff der „Nahraumsolidarität“ und ihrer sozialen Verteilung vgl. Blinkert/Klie, 2004.

2. Vorschlag zu einem Simulationsmodell: Entwicklung der Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen

Das hier vorgeschlagene Modell soll zeigen, wie sich diese Veränderungen auf die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen auswirken könnten. Es besteht aus vier Komponenten, für die sich Anfangswerte und Parameter je nach Szenario vorgeben lassen:

1. Bevölkerungsentwicklung
2. Entwicklung der Pflegebedürftigkeit
3. Entwicklung des informellen Pflegepotentials
4. Entwicklung der Pflegearrangements

Komponente 1: Bevölkerungsentwicklung

Eine wichtige Grundlage für die Modellberechnungen ist die Bevölkerungsvorausrechnung. Den hier dargestellten Ergebnissen liegt die Variante „1-W1“ der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung zugrunde.¹⁰

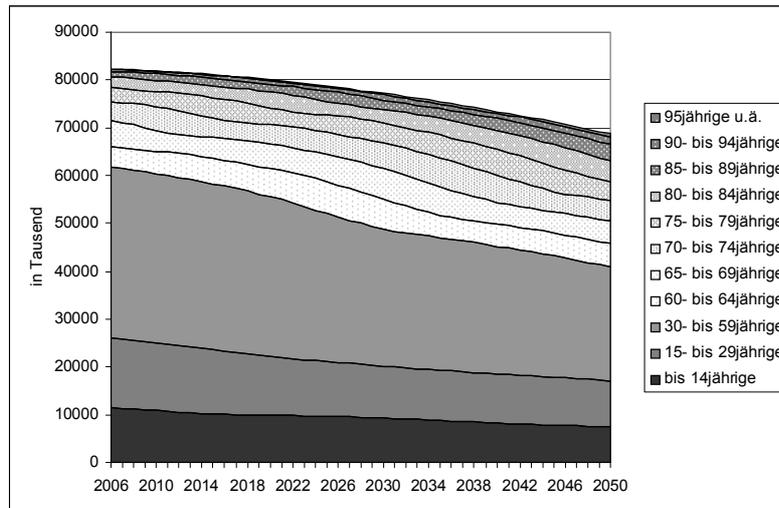
Die für die Modellberechnungen relevanten Altersgruppen würden sich gemäß dieser Vorausrechnung in der bekannten Weise entwickeln: Die Bevölkerungszahl würde sich bis 2050 von rund 82 Millionen auf rund 69 Millionen verringern. Verändern würde sich aber auch der Altersaufbau: Anzahl und Anteil von Menschen in Altersgruppen mit einem relativ hohen Risiko für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit würden deutlich zunehmen. Die Zahl der über 90-Jährigen würde von rund 500.000 auf circa 3.300.000 steigen, ihr Anteil an der Bevölkerung von 0,6 % auf 3,3 %. Die Altersgruppe der 80- bis 90-Jährigen würde von rund 3.200.000 auf fast 8 Millionen zunehmen, ihr Anteil würde von knapp 4 % auf rund 11 % steigen. Diesen Veränderungen steht eine deutliche Abnahme der Bevölkerung in den Altersgruppen 30 bis 60 Jahre gegenüber, von rund 36 Millionen auf nur noch knapp 24 Millionen bis 2050.

¹⁰ Annahmen dieser Variante:

1. Die Geburtenhäufigkeit wird während des gesamten Zeitraums der Vorausberechnung mit durchschnittlich 1,4 Kindern pro Frau als annähernd konstant angenommen.
2. Die Lebenserwartung bei Geburt steigt bis 2050 für Mädchen auf 88,0 und für Jungen auf 83,5 Jahre; die 'fernere' Lebenserwartung beträgt 2050 für 60-jährige Frauen 29,1 weitere Lebensjahre und für 60-jährige Männer 25,3 weitere Lebensjahre.
3. Der Außenwanderungssaldo der Bevölkerung beträgt 100 000 jährlich.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2007, Stand: 23.09.2007

Bevölkerungsentwicklung gemäß Variante 1-W1 der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung



Komponente 2: Zahl der Pflegebedürftigen

Für jedes Berichtsjahr werden in dem Modell Schätzwerte für die Zahl der zu erwartenden Pflegebedürftigen insgesamt und in verschiedenen Altersgruppen geschätzt. Dabei werden für die Altersgruppen die bekannten Prävalenzraten (Pflegebedürftigkeitsquoten) berücksichtigt.

Modellgleichungen Zahl der Pflegebedürftigen

$$(1) PB_{t_i} = PBQ_i \cdot ALT_{t_i}$$

$$(2) PBINS_t = \sum_{i=1}^k PB_{t_i}$$

PB_{t_i} : Zahl der Pflegebedürftigen zur Zeit t in der Altersgruppe i

PBQ_i : Pflegebedürftigkeitsquote in der Altersgruppe i

ALT_{t_i} : Zahl der Personen zur Zeit t in der Altersgruppe i

$PBINS_t$: Zahl der Pflegebedürftigen zur Zeit t insgesamt

k: 9 Altersgruppen: bis 14, 15-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90 u.ä.

Komponente 3: Informelles Pflegepotential

Der im Modell berücksichtigte zentrale Parameter für die Einschätzung der Entwicklung von Pflegearrangements ist das "informelle Pflegepotential". Dieses informelle Pflegepotential besteht aus den von Angehörigen und nahe stehenden Personen bereitgestellten Hilfenetzwerken pflegebedürftiger Menschen. Im wesentlichen beruht es auf den Pflegebereitschaften von Ehegatten/Partnern und Kindern. Dieses Pflegepotential ist variabel und abhängig von verschiedenen demographischen und sozio-kulturellen Veränderungen:

1. Das durch Gatten/Partner bereitgestellte Pflegepotential für ältere Pflegebedürftige hängt vor allem davon ab, in welchem Umfang diese Pflegebedürftigen allein oder mit anderen zusammenleben. Außerdem sind altersspezifische Hilfewahrscheinlichkeiten zu berücksichtigen. Der Anteil und die Zahl

von zusammenlebenden älteren Menschen werden sich im Verlauf des demographischen und sozialen Wandels verändern. Je nach Szenario wird ein konstanter oder steigender Anteil allein lebender älterer Menschen vorausgesetzt.

2. Ein durch die Kindergeneration bereitgestelltes Pflegepotential für ältere pflegebedürftige Personen ist am ehesten in den Altersgruppen der 30- bis 69-Jährigen zu erwarten. Dieses durch Kinder gesicherte informelle Pflegepotential hängt dann davon ab, wie sich die Bevölkerungszahlen in diesen Altersgruppen verändern.

3. In welchem Umfang dieses Potential mobilisierbar ist, hängt von der Erwerbsbeteiligung in diesen Altersgruppen ab. Je nach Szenario werden konstante oder steigende Erwerbsquoten vorausgesetzt.

Modellgleichungen Pflegepotential der Partner/Gatten

$$(3) \text{ POTPART}_{t_i} = \text{ALT}_{t_i} \cdot \text{PZUS}_{t_i} \cdot \text{PHILFE}_{t_i} \cdot 0,5$$

$$(4) \text{ POTPARTGES}_t = \sum_i^k \text{POTPART}_{t_i}$$

POTPART_{t_i} : Pflegepotential der Partner/Gatten zur Zeit t für die Altersgruppe i

ALT_{t_i} : Zahl der Personen zur Zeit t in der Altersgruppe i

PZUS_{t_i} : Wahrscheinlichkeit dafür, dass zur Zeit t Personen in der Altersgruppe i mit anderen zusammenleben

PHILFE_{t_i} : Wahrscheinlichkeit zur Zeit t, dass Personen der Altersgruppe i anderen helfen

0,5 : nur ein Partner aus einer Beziehung wird berücksichtigt

POTPARTGES_t : gesamtes Pflegepotential der Partner/Gatten zur Zeit t

k: 4 Altersgruppen: 60-69,70-79,80-89,90 u.ä.

Modellgleichungen Pflegepotential der Kindergeneration

$$(5) \text{ POTKIND}_{t_i} = \text{MALT}_{t_i} \cdot (1 - \text{MEQ}_{t_i}) + \text{WALT}_{t_i} \cdot (1 - \text{WEQ}_{t_i})$$

$$(6) \text{ POTKINDGES}_t = \sum_i^k \text{POTKIND}_{t_i}$$

POTKIND_{t_i} : Pflegepotential der Kindergeneration zur Zeit t in der Altersgruppe i

MALT_{t_i} : Zahl der Männer zur Zeit t in der Altersgruppe i

WALT_{t_i} : Zahl der Frauen zur Zeit t in der Altersgruppe i

MEQ_{t_i} : männliche Erwerbsquote zur Zeit t für die Altersgruppe i

WEQ_{t_i} : weibliche Erwerbsquote zur Zeit t für die Altersgruppe i

POTKINDGES_t : gesamtes Pflegepotential der Kindergeneration

k: 8 Altersgruppen: 30-34, 35-39,40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69

Das insgesamt gesellschaftlich verfügbare informelle Pflegepotential ergibt sich aus der Addition des Pflegepotentials der Gatten/Partner und des Pflegepotentials der Kindergeneration. Die Größe „informelles Pflegepotential“ gibt also Auskunft darüber, wie viele Personen in der Lage sind, in einer nicht beruflich oder kommerziell bestimmten Weise Versorgungsleistungen gegenüber Pflegebedürftigen zu erbringen. Das sind in erster Linie Nichterwerbstätige in den Altersgruppen 30 bis 69 – die potentiell pflegenden Kinder - und die Partner/Gatten von älteren Menschen.

Modellgleichung „gesamtes informelles Pflegepotential“

$$(7) POTGES_t = POTPARTGES_t + POTKINDGES_t$$

$POTGES_t$: gesamtes informelles Pflegepotential zur Zeit t

Komponente 4: Pflegearrangements

a. häusliche vs. stationäre Versorgung

Eine genauere Betrachtung der Entwicklungen von 1997 bis 2005 zeigt, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen Versorgungsarrangements und Pflegepotential besteht: Die Zahl der häuslich Versorgten steht immer in einem ziemlich konstanten Verhältnis zur Größe des informellen Pflegepotentials. Ich nenne dieses Verhältnis „Ausschöpfungsquote des Pflegepotentials für die häusliche Versorgung“ (AQH). Dieser Quotient bringt zum Ausdruck, dass ein bestimmter und zwar ziemlich konstanter Teil der gesellschaftlichen Ressource Pflegepotential für die häusliche Versorgung ausgeschöpft wird. Für diese Ausschöpfungsquote des Pflegepotentials durch die häusliche Versorgung lässt sich ein Schätzwert in der folgenden Weise berechnen:

$$(a) AQH_t = PBHÄUSLICH_t / POTGES_t$$

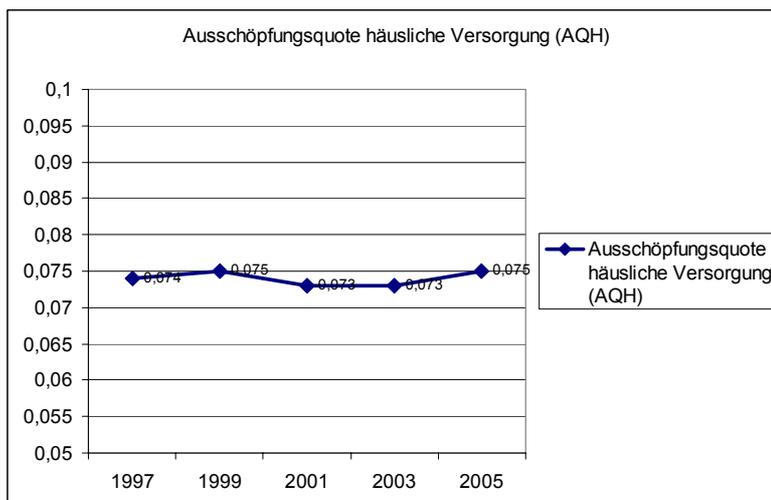
AQH_t : Ausschöpfungsquote des Pflegepotentials für die häusliche Versorgung zur Zeit t

$PBHÄUSLICH_t$: Zahl der häuslich versorgten Pflegebedürftigen zur Zeit t

$POTGES_t$: informelles Pflegepotential zur Zeit t

Dieser für die häusliche Versorgung eingesetzte Teil des informellen Pflegepotentials AQH ist relativ konstant und schwankt im Zeitraum zwischen 1997 und 2005 nur wenig um den Wert von 0,075.

Ausschöpfungsquote für häusliche Versorgung (AQH) 1997 bis 2005



Der AQH-Wert von 0,075 bedeutet, dass auf 1000 Personen des informellen Pflegepotentials 75 häuslich versorgte Pflegebedürftige entfallen.

Die Ausschöpfungsquote AQH lässt sich als ein durch soziale, kulturelle und ökonomische Verhältnisse erklärbarer Parameter verstehen, der die in der Gesellschaft vorhandene Bereitschaft zur Übernahme von Verpflichtungen im Rahmen einer häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen zum Ausdruck bringt. Dieser Parameter ist vermutlich über einen längeren Zeitraum konstant, kann sich im Verlaufe des sozialen, kulturellen und ökonomischen Wandels aber durchaus ändern. Es ist anzunehmen, dass die Größe AQH u.a. durch die folgenden Faktoren beeinflusst wird: So können z.B. dominierende Wertorientierungen von Bedeutung sein. In einer eher individualistischen Kultur wird der Parameter einen niedrigeren Wert haben als in einer Kultur, in der Solidaritätsverpflichtungen eine große Rolle spielen. Ebenso ist zu erwarten, dass unter sozio-kulturellen Bedingungen, die ein hohes Maß an Flexibilität und Mobilitätsbereitschaft vorschreiben, der AQH-Wert eher niedrig sein wird.¹¹ Der Parameter bringt auch Möglichkeiten und Grenzen für eine häusliche Versorgung zum Ausdruck. Unter gesellschaftlichen Bedingungen, in denen Erwerbstätigkeit von großer Bedeutung für alle Lebenspläne ist, wird AQH sehr stark davon abhängen, wie gut Pflegen und Erwerbstätigkeit miteinander vereinbar sind.

Die folgenden Gleichungen beschreiben den Zusammenhang zwischen Pflegepotential, Zahl der Pflegebedürftigen und der Nachfrage nach den Arrangements stationäre und häusliche Versorgung.

Modellgleichungen für die Pflegearrangements häusliche und stationäre Versorgung

$$(8) \text{ PBHÄUSLICH}_t = \text{AQH} \cdot \text{POTGES}_t$$

$$(9) \text{ PBHEIM}_t = \text{PBINS}_t - \text{PBHÄUSLICH}_t$$

$$(10) \text{ HQ}_t = \text{PBHEIM}_t / \text{PBINS}_t$$

PBHÄUSLICH_t : häuslich versorgte Pflegebedürftige zur Zeit t

AQH : Ausschöpfungsquote des informellen Pflegepotentials für die häusliche Versorgung (=0,074)

POTGES_t : informelles Pflegepotential zur Zeit t

PBHEIM_t : stationär versorgte Pflegebedürftige zur Zeit t

PBINS_t : Anzahl der Pflegebedürftigen zur Zeit t

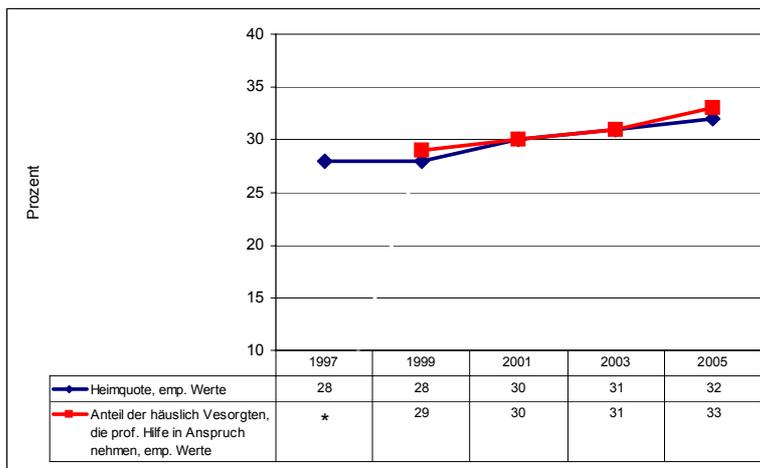
HQ_t : Heimquote, Anteil der stationär Versorgten zur Zeit t

b. Inanspruchnahme-Quote: Anteil der häuslich versorgten Pflegebedürftigen, die professionelle Hilfen in Anspruch nehmen

In den Jahren 1999 bis 2005 hat der Anteil der häuslich versorgten Pflegebedürftigen, die ambulante Dienste in Anspruch nehmen im ganzen Berichtszeitraum nahezu die gleiche Größe wie der Anteil der stationär Versorgten und variiert auch in der gleichen Weise mit dem informellen Pflegepotential. Es ist deshalb sinnvoll, die Ausschöpfungsquote AQH als Parameter zu betrachten, der sowohl hinter der Bereitschaft zur häuslichen Versorgung steht wie auch hinter der Bereitschaft, eine häusliche Versorgung ohne professionelle Unterstützung durchzuführen. Im Modell wird vorausgesetzt, dass die Inanspruchnahmequote, d.h. der Anteil der häuslich Versorgten, die berufliche Hilfe durch ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen, gleich der Heimquote ist und mit dieser variiert.

¹¹ Wir konnten in verschiedenen Untersuchungen z.B. feststellen, dass sich soziale Milieus im Hinblick auf die Bereitschaft zur häuslichen Versorgung im Sinne einer praktizierten „Nahraumsolidarität“ sehr deutlich voneinander unterscheiden. Diese Bereitschaft war in den Milieus am größten, die in den letzten Jahren in quantitativer Hinsicht an Bedeutung verloren haben. Vgl. Blinkert/Klie, 2000, 2004.

Heimquote und Inanspruchnahme-Quote 1999 - 2005



Modellgleichungen für die Pflegearrangements häusliche Versorgung mit und ohne professionelle Unterstützung

$$(11) IAQ_t = HQ_t$$

$$(12) PBFORMELL_t = IAQ_t \cdot PBHÄUSLICH_t$$

$$(13) PBINFORMELL_t = PBHÄUSLICH_t - PBFORMELL_t$$

IAQ_t : Inanspruchnahme-Quote; Anteil der häuslich Versorgten, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen zur Zeit t

HQ_t : Heimquote zur Zeit t

$PBINFORMELL_t$: häuslich Versorgte zur Zeit t, die keine beruflichen Hilfen in Anspruch nehmen

$PBFORMELL_t$: häuslich Versorgte zur Zeit t, die berufliche Hilfen in Anspruch nehmen

$PBHÄUSLICH_t$: häuslich Versorgte zur Zeit t insgesamt

3. Rekonstruktion der Entwicklungen im Betrachtungszeitraum 1997 bis 2005 durch das Modell

Das hier vorgeschlagene Modell ermöglicht Aussagen über Veränderungen (Variablen) auf der Grundlage von Annahmen über zentrale Größen (Parameter) und berücksichtigt dabei den demographischen Wandel (exogene Vorgaben):

exogene Vorgaben	Parameter	Variablen – Gleichungen in Klammern
Männliche und weibliche Bevölkerung in Altersgruppen	PBQ _i	Pflegebedürftigkeitsquote der Altersgruppe i PBINS _t Zahl der Pflegebedürftigen zur Zeit t (1,2)
	PZUS _i	Wahrscheinlichkeit für das Zusammenleben mit anderen in Altersgruppe i POTGES _t Informelles Pflegepotential zur Zeit t (3 bis 7)
	PHILFE _i	Wahrscheinlichkeit für Hilfeleistung in Altersgruppe i PBSTAT _t Stationär Versorgte zur Zeit t (8,9)
	MEQ _i	Männliche Erwerbsquote der Altersgruppe i PBHÄUSLICH _t Häuslich Versorgte zur Zeit t (8,9,10)
	WEQ _i	Weibliche Erwerbsquote der Altersgruppe i PBINFORMELL _t Häuslich ohne professionelle Hilfe Versorgte zur Zeit t (11,12,13)
	AQH	Ausschöpfungsquote für häusliche Versorgung PBFORMELL _t Häuslich mit professioneller Hilfe Versorgte zur Zeit t (11,12,13)

Wahl der Parameter

Die Simulation der Entwicklungen im Zeitraum von 1997 bis 2005 wurde mit den folgenden Parametern durchgeführt:

PBQ_i: Pflegebedürftigkeitsquoten für Altersgruppen

Die altersspezifischen Prävalenzraten für Pflegebedürftigkeit sind über längere Zeiträume konstant. Für diesen Modelldurchlauf und auch für die Simulation der Szenarien werden die Werte für das Jahr 2003 berücksichtigt.¹²

PZUS_i: Wahrscheinlichkeit für das Zusammenleben mit anderen (Partner, Gatte) in höheren Altersgruppen

Vorausgesetzt werden Werte, die den gegenwärtigen Verhältnissen entsprechen.

PHILFE_i: Wahrscheinlichkeit dafür, dass ein Partner/Gatte in höheren Altersgruppen bei Pflegebedürftigkeit die Versorgung übernehmen kann

Die Wahrscheinlichkeit dafür, dass ein mit einem älteren Menschen zusammenlebender Partner im Falle von Pflegebedürftigkeit die Versorgung übernimmt wurde für die berücksichtigten Altersgruppen als konstant vorausgesetzt. Dabei wurden Werte aus einer eigenen Untersuchung übernommen¹³. Berücksichtigt wurde auch der Anteil der für die jeweilige Altersgruppe erwartbaren Pflegebedürftigen, die als Hilfeleistende ja nicht in Frage kommen:

Tabelle 1: Parameter für die Modellrechnung 1997 – 2005

	bis 15	15-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-90	90-95	95 u.ä.
	altersspezifische Prävalenzraten für Pflegebedürftigkeit (PBQ _i)									
Anteil der Pflegebedürftigen 2001	0,5	0,5	1,6	2,8	5,0	10,0	19,9	39,5	61,1	55,0
Anteil der Pflegebedürftigen 2003	0,5	0,5	1,6	2,7	5,2	9,8	20,6	39,9	60,4	56,2
	Anteil der Zusammenlebenden in den Altersgruppen 60 und älter (PZUS _i)									
Anteil Zusammenlebende				0,80		0,65		0,45		0,30
	Wahrscheinlichkeit dafür, dass ein Partner Versorgungsleistungen übernehmen kann in den Altersgruppen 60 und älter (PHILFE _i)									
Anteilsziffern				0,98		0,94		0,70		0,40

MEQ_i, WEQ_i: männliche und weibliche Erwerbsquoten in verschiedenen Altersgruppen

Vorausgesetzt wurden die für das Jahr 2004 bekannten altersspezifischen Erwerbsquoten für Männer und Frauen:

¹² Berichte über eine Veränderung dieser Raten sind interessant, aber bis jetzt noch wenig überzeugend. Eine auf der Basis des Sozioökonomischen Panels (SOEP) durchgeführte Auswertung kommt zu der Einschätzung, dass die Raten leicht gesunken sind. Da das SOEP jedoch nur für die Grundgesamtheit der in Privathaushalten lebenden Menschen generalisierbar ist, sind die in Heimen versorgten Pflegebedürftigen nur unzureichend berücksichtigt. Veränderungen werden überdies auch nur für Männer berichtet und das in einer relativ geringen Größenordnung. U. Ziegler, G. Doblhammer, 2005. Auch wenn derzeit noch ungewiss ist, ob sich das Risiko der Pflegebedürftigkeit wirklich ändert, verdient dieser Aspekt in hohem Maße Aufmerksamkeit und muss natürlich berücksichtigt werden sobald gesicherte Erkenntnisse vorliegen.

¹³ Blinkert/Klie, 1999

Tabelle 2: altersspezifische Erwerbsquoten für Männer und Frauen 2004 (MEQi, WEQi)¹⁴

	altersspezifische Erwerbsquoten für Männer und Frauen 2004 (MEQi, WEQi)							
	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65 u.ä.
Männer	0,95	0,97	0,96	0,95	0,92	0,82	0,39	0,04
Frauen	0,78	0,80	0,83	0,83	0,77	0,63	0,20	0,02

AQH: Ausschöpfungsquote für die häusliche Versorgung

Vorausgesetzt wurde ein AQH-Wert von 0,074, der den Verhältnissen für den Zeitraum 1997 bis 2005 entspricht.

Ergebnisse

1. Entwicklung der Pflegebedürftigkeit im Zeitraum 1999 bis 2005 (PBINS_t)

Ein Vergleich der tatsächlichen Entwicklung im Zeitraum von 1997 bis 2005 mit den durch das Modell geschätzten Werten zeigt ein hohes Maß an Übereinstimmung: Im Berichtszeitraum steigt die Zahl der Pflegebedürftigen von etwas über 1.900.000 auf ungefähr 2.100.000. Diese Entwicklung konnte durch das Modell sehr gut rekonstruiert werden.

Tabelle 3: Zahl der Pflegebedürftigen und informelles Pflegepotential 1997 bis 2005

	1997	1999	2001	2003	2005
	Zahl der Pflegebedürftigen				
tatsächliche Werte (1000)	1954	2016	2040	2077	2129
durch das Modell geschätzte Werte (1000)	1954	2007	2055	2061	2173
	Informelles Pflegepotential				
Informelles Pflegepotential (1000)	18963	19209	19642	19618	19385

2. Veränderung des informellen Pflegepotentials im Zeitraum 1997 – 2005 (POTGES_t)

Das informelle Pflegepotential würde sich im Betrachtungszeitraum nur wenig ändern. Es würde zunächst leicht ansteigen und dann wieder etwas sinken.

3. Pflegearrangements

Auch die Entwicklung der Bedeutung verschiedener Pflegearrangements im Zeitraum von 1997 bis 2005 kann durch das Modell gut rekonstruiert werden. In diesem Zeitraum steigt die Heimquote von 28 % auf 32 %. Die Modellwerte lassen eine ähnliche Entwicklung erkennen: einen Anstieg von 28 % auf 34 %.

¹⁴ Quelle: Statistisches Bundesamt, Sozialpolitik-aktuell.de.

Tabelle 4: Stationäre und häusliche Versorgung, Inanspruchnahme beruflicher Hilfen durch häuslich Versorgte 1997 bis 2005¹⁵

	1997	1999	2001	2003	2005
	stationär und häuslich Versorgte				
Heimquote, Modell	0,28	0,29	0,29	0,30	0,34
tatsächliche Heimquote	0,28	0,28	0,30	0,31	0,32
Quote der häuslich Versorgten, Modell	0,72	0,71	0,71	0,70	0,66
Quote der häuslich Versorgten, tatsächliche Werte	0,72	0,72	0,70	0,69	0,68
	Inanspruchnahme beruflicher Hilfen durch häuslich Versorgte				
Inanspruchnahme-Quote, Modell		0,29	0,30	0,31	0,34
Inanspruchnahme-Quote, tatsächliche Werte		0,29	0,30	0,31	0,33

Der Anteil der häuslich Versorgten, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Inanspruchnahme-Quote) steigt in der Zeit von 1999 bis 2005 von 29 % auf 33 %. Die Modellwerte unterscheiden sich von diesen empirischen Werten nur geringfügig. Mit dem Modell lässt sich ein Anstieg von 29 % auf 34 % rekonstruieren.

Ein Vergleich der tatsächlichen Entwicklungen mit den durch das Modell rekonstruierten Entwicklungen zeigt, dass sich das Modell für die Rekonstruktion der Verhältnisse für den Zeitraum von 1997 bis 2005 recht gut eignet. Natürlich bedarf es weiterer Überprüfungen, um ein abschließendes Urteil über die Validität des Modells abgeben zu können.

4. Szenarien: Mögliche Entwicklungen bis 2050

Szenario 1: nur demographischer Wandel – kein sozialer Wandel

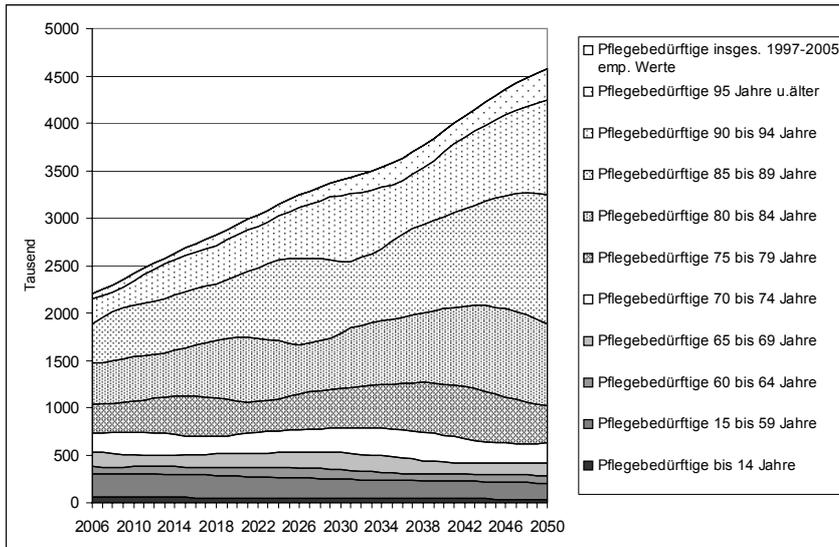
In diesem Szenario wird nur die Veränderung der Bevölkerungszahlen in den Altersgruppen berücksichtigt. Für die Versorgungssituation Pflegebedürftiger wichtige sozialstrukturelle Verhältnisse werden dagegen als konstant angenommen. Das betrifft vor allem die Erwerbsquoten von Männern und Frauen und die Wahrscheinlichkeit dafür, dass Menschen in den Altersgruppen 60 Jahre und älter mit anderen zusammenleben.

Die Parameter für dieses Szenario werden so gewählt wie für die Rekonstruktion der Entwicklung von 1997 bis 2005.

Unter diesen Bedingungen würde sich die Zahl der Pflegebedürftigen wie folgt verändern:

¹⁵ Quelle für die tatsächlichen Werte: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik.

Zahl der Pflegebedürftigen – 2006 – 2050 Schätzwerte



Bis zum Jahr 2050 wäre mit einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen von ca. 2,3 Millionen im Jahr 2006 auf rund 4,6 Millionen zu rechnen.¹⁶ Bemerkenswert an der erwartbaren Entwicklung ist nicht nur der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen, sondern auch die veränderte Altersstruktur. Während 2006 der Anteil der Pflegebedürftigen in der Altersgruppe der 90-Jährigen und älteren nur 14 % beträgt (rund 315.000) wird dieser Anteil 2050 bei fast 30 % (rund 1,3 Millionen) liegen. Der Versorgungsbedarf wird sich also nicht nur in quantitativer Hinsicht ändern, sondern es ist auch mit erheblichen qualitativen Veränderungen zu rechnen. Das ist zu erwarten, wenn man davon ausgeht, dass in den höheren Altersgruppen ganz spezifische Versorgungsbedarfe auftreten, die sich u.a. wegen des höheren Anteils von Demenzerkrankten ergeben.¹⁷

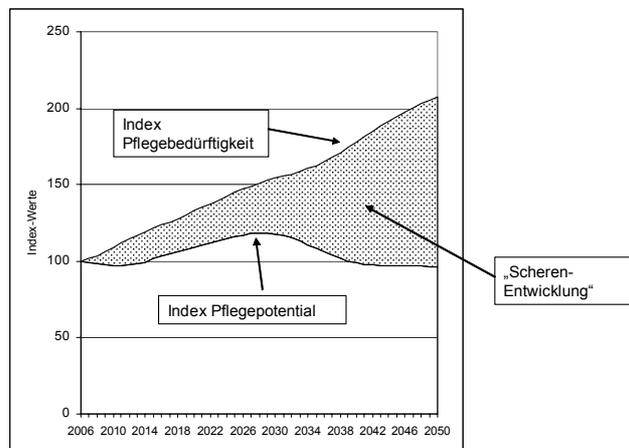
Das gesellschaftlich verfügbare Pflegepotential würde sich unter den Bedingungen von Szenario 1 wie folgt entwickeln: Von 2006 bis ungefähr 2012 kommt es zu keinen größeren Veränderungen. Bis ungefähr 2030 ist sogar mit einem stärkeren Anstieg zu rechnen. Ab 2030 verringert sich das Pflegepotential dann bis 2050. Der Anstieg bis 2030 ergibt sich vor allem deshalb, weil die Zahl der älteren Menschen zunimmt, die gegenüber einem eventuell pflegebedürftigen Partner Versorgungsverpflichtungen übernehmen können. Ab 2030 machen sich dann die sinkende Bevölkerungszahl und das steigende Alter der pflegenden Partner bemerkbar, was dann mit einer spürbaren Verringerung des informellen Pflegepotentials verbunden ist.

Welche Konsequenzen diese Veränderungen für die Versorgungssituation von Pflegebedürftigen haben könnten, wird deutlich, wenn wir die Index-Entwicklungen betrachten: Wie verändern sich Pflegebedürftigkeit und Pflegepotential relativ zu einem Bezugsjahr?

¹⁶ Zu einer ganz ähnlichen Einschätzung kommt das DIW 2001 – Schulz, Leidl, König (2001).

¹⁷ Legt man die in der Berliner Altenstudie berichteten altersspezifischen Prävalenzraten zugrunde, wäre mit einem Anstieg der Zahl der Demenzerkrankten von rund 1 Million (2006) auf rund 2,6 Millionen (2050) zu rechnen. (vgl. Mayer, Baltés; 1996).

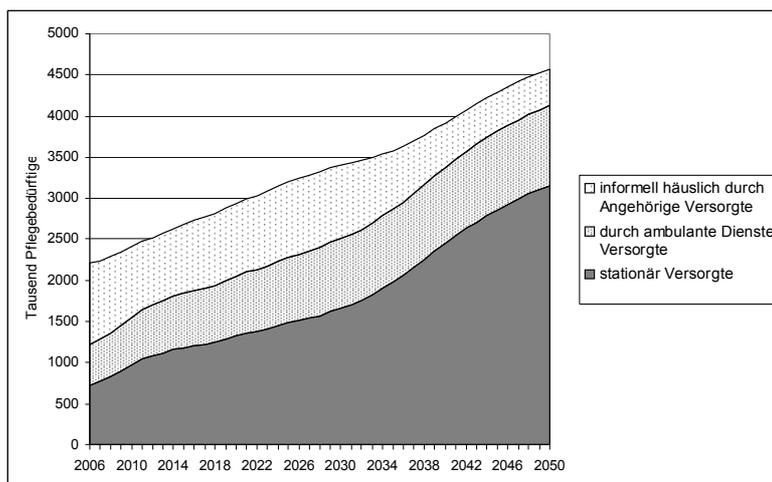
Index-Entwicklung: Zahl der Pflegebedürftigen und informelles Pflegepotential 2006 bis 2050 – Szenario 1



Selbst unter der Annahme, dass sich „nur“ die demographischen Verhältnisse ändern, wird deutlich, dass sich die „Schere“ immer weiter öffnet: Bedarf und Chancen klaffen immer mehr auseinander. Die Zahl der Pflegebedürftigen nimmt rapide zu. Das Pflegepotential steigt zunächst noch bis etwa 2030, aber in einem sehr viel geringeren Maße als die Zahl der Pflegebedürftigen und ab 2030 verringert sich das Pflegepotential sogar.

Unter den Bedingungen von Szenario 1 ist mit der folgenden Entwicklung für die hier berücksichtigten Pflegearrangements zu rechnen:

Pflegearrangements 2006 bis 2050 - Szenario 1



Die Nachfrage nach einer stationären Versorgung könnte von rund 700.000 im Jahr 2006 auf ungefähr 3.000.000 steigen, d.h. um den Faktor 4 zunehmen. Der Anteil der in Heimen versorgten Pflegebedürftigen würde von etwas über 30 % auf fast 70 % steigen. Die Zahl der häuslich Versorgten, die professionelle Hilfen in Anspruch nehmen, könnte von ungefähr 500.000 auf knapp 1.000.000 an-

steigen. Die Zahl der häuslich nur von Angehörigen oder anderen Bekannten, Freunden oder Nachbarn Versorgten würde sich von rund 1.000.000 auf weniger als 500.000 verringern.

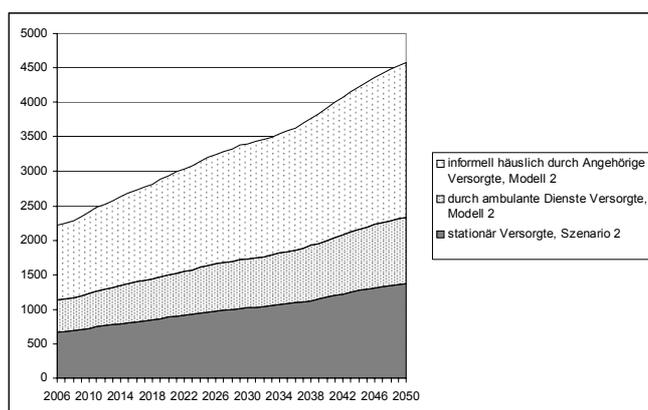
Bei diesen Entwicklungen sind soziale Veränderungen, die vermutlich einen erheblichen Einfluss auf die Wahl von Pflegearrangements haben, noch nicht berücksichtigt – insbesondere: der durchaus erwartbare Anstieg vor allem der Erwerbsquoten von Frauen, aber auch der steigende Anteil von älteren Menschen, die allein leben.

Szenario 2: „Es bleibt alles wie es ist“

In dem vorgeschlagenen Modell hat das informelle Pflegepotential erhebliche Bedeutung für die Einschätzung der Entwicklung von Versorgungschancen für pflegebedürftige Menschen. Vom gesellschaftlich verfügbaren Pflegepotential hängt es ab, in welchem Umfang eine stationäre Versorgung nachgefragt wird und wie sich die Inanspruchnahme professioneller Hilfen entwickelt. Zur Erinnerung: Im Modell ist die Größe „informelles Pflegepotential“ ein Schätzwert für die Zahl der Personen, die im Prinzip für die Übernahme von Versorgungsverpflichtungen in Frage kommen. Berücksichtigt werden dabei die Nichterwerbstätigen in den Altersgruppen 30 bis 69 Jahre. Diese bilden gewissermaßen das Pflegepotential der Kindergeneration. Berücksichtigt ist aber auch, dass nicht allein lebende ältere Menschen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit damit rechnen können, dass ihre Partner/Ehegatten die Versorgung im Falle von Pflegebedürftigkeit übernehmen.

Das Szenario 2 zeigt nun, zu welcher Einschätzung man kommt, wenn die erwartbare Veränderung des informellen Pflegepotentials nicht berücksichtigt wird. Dazu wird angenommen, dass über den ganzen Betrachtungszeitraum die Heimquote und auch die Inanspruchnahme-Quote unverändert bleibt. Vorausgesetzt werden die derzeitigen Werte von 30 % für die Heimquote und ebenfalls 30 % für den Anteil der häuslich Versorgten, die professionelle Hilfen in Anspruch nehmen.

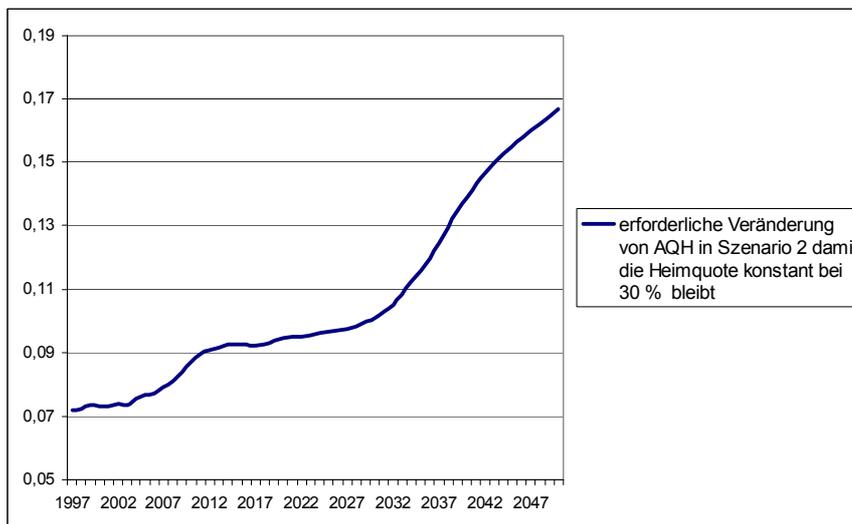
Pflegearrangements bei konstanter Heimquote (30 %) und konstanter Inanspruchnahmequote (30 %) – Szenario 2



Unter diesen Bedingungen würde die Zahl der stationär Versorgten bis 2050 nur auf rund 1.400.000 steigen. Es wäre also mit einer Nachfrage nach Heimplätzen zu rechnen, die gegenüber Szenario 1 nur halb so groß ist. Die Frage ist nur, wie realistisch die Bedingungen des Szenario 2 sind. Vieles spricht gegen eine solche Entwicklung, denn entgegen der Formulierung „nichts ändert sich“, ändert

sich doch einiges. „Nichts ändert sich“ bezieht sich auf die Konstanz der Quoten für die stationäre und häusliche Versorgung, die für den gesamten Betrachtungszeitraum auf 30 % bzw. 70 % festgesetzt wurden. Damit diese Quoten erreicht werden können, müsste sich die „gesellschaftliche Pflegebereitschaft“ jedoch gewaltig verändern. Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt ja auch unter den Bedingungen von Szenario 2 und eine konstante Quote von 70 % häuslich Versorgter würde erfordern, dass das Pflegepotential in erheblich höherem Maße ausgeschöpft werden müsste, als das bisher der Fall ist und in den letzten Jahren der Fall war. Beobachtbar war im Zeitraum von 1997 bis 2005 eine Ausschöpfungsquote (AQH) von rund 0,074, d.h. 74 Pflegebedürftige wurden von 1000 Personen aus dem informellen Pflegepotential häuslich versorgt. Um eine Quote von 70 % häuslich Versorgter bei steigender Pflegebedürftigkeit und stagnierendem und sogar sinkendem Pflegepotential aufrechtzuerhalten, müsste die durch die Kennziffer AQH zum Ausdruck gebrachte Pflegebereitschaft sich mehr als verdoppeln.

Wie müsste sich die Ausschöpfung des Pflegepotentials für häusliche Versorgung (AQH) entwickeln, damit die Heimquote konstant bei 30 % bleibt?



Eine solche Entwicklung dürfte aber sehr unwahrscheinlich sein. Wenn wir berücksichtigen, von welchen Faktoren es abhängig sein könnte, in welchem Umfang das Pflegepotential für die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen ausgeschöpft wird, ist kaum mit einer Steigerung zu rechnen. Wahrscheinlicher dürfte sogar eine Verringerung der Ausschöpfungsquote sein.

Die Ausschöpfung des Pflegepotentials für die häusliche Versorgung dürfte von den folgenden Faktoren abhängen:

1. Die Ausschöpfungsquote AQH könnte steigen, wenn die relativen Kosten einer stationären Versorgung – d.h. die Kosten einer Heimunterbringung im Vergleich zu den Kosten einer häuslichen Versorgung – steigen. Eine Steigerung der Ausschöpfungsquote wäre z.B. zu erwarten, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung für die stationäre Versorgung gesenkt und für die häusliche Versorgung erhöht werden. Mit einer solchen Entwicklung wäre auch zu rechnen, wenn die Heimkosten deutlich steigen und nicht die gesamte Kostensteigerung von der Pflegeversicherung übernommen wird.

2. Die Ausschöpfungsquote könnte auch steigen, wenn der durchschnittliche Lebensstandard der Bevölkerung – insbesondere in den mittleren Sozialschichten – sinkt. Wirtschaftliche Krisen und steigende Arbeitslosigkeit könnten den Effekt haben, dass die Präferenz für eine häusliche Versorgung an Bedeutung gewinnt.
3. Die Ausschöpfung des Pflegepotentials für eine häusliche Versorgung könnte steigen, wenn Strukturen geschaffen werden, die eine bessere Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflegen ermöglichen.
4. Die Ausschöpfungsquote AQH könnte steigen, wenn in der Pflegeversicherung Leistungen wie z.B. das persönliche Pflegebudget verankert werden, die eine individuellere Nachfrage nach Hilfen und Diensten ermöglichen.¹⁸
5. Die Ausschöpfungsquote AQH bleibt eher unverändert, bzw. sinkt sogar, wenn der derzeit beobachtbare Wertewandel anhält und persönliche Lebensentwürfe weiterhin oder sogar noch stärker durch Individualisierung und hedonistische Orientierungen geprägt sind.¹⁹
6. Mit einer unveränderten Ausschöpfungsquote bzw. sogar mit einer sinkenden Bereitschaft zur häuslichen Pflege ist zu rechnen, wenn die Pflegenden mit hohen, vielleicht sogar steigenden Opportunitätskosten rechnen: wenn bei der Entscheidung zur Übernahme von Pflegeverpflichtungen in starkem Maße die damit verbundenen entgangenen Chancen in sozialer, kultureller und ökonomischer Hinsicht berücksichtigt werden. Mit steigenden Opportunitätskosten ist z.B. zu rechnen, wenn das Bildungs- und Qualifikationsniveau der Bevölkerung steigt und/oder wenn die Zahl der im Prinzip erreichbaren attraktiven sozialen Positionen zunimmt und wenn Pflegeverpflichtungen mit einem Verzicht auf solche Chancen verbunden sind.
7. Mit einer sinkenden Ausschöpfungsquote des Pflegepotentials für die häusliche Versorgung ist zu rechnen, wenn beruflich bedingte Flexibilitäts- und Mobilitätsanforderungen an Bedeutung gewinnen.

Wenn es nicht zu institutionellen bzw. gesetzlichen Innovationen kommt (Pos. 1, 3, 4) und der soziale, kulturelle und ökonomische Wandel sich in der bislang bekannten Weise fortsetzt (Pos. 5, 6, 7) ist nicht damit zu rechnen, dass die Ausschöpfung des Pflegepotentials für eine häusliche Versorgung steigen wird. Im Gegenteil, wir müssten dann sogar davon ausgehen, dass die Pflegebereitschaft und damit die Ausschöpfungsquote sinken könnten.

Szenario 3: demographischer und sozialer Wandel

Während in Szenario 1 nur demographische Veränderungen berücksichtigt wurden, gehen in das Szenario 3 auch Annahmen über relativ wahrscheinliche soziale Veränderungen ein:

1. Es wird eine steigende Erwerbsbeteiligung angenommen und

¹⁸ Zur Diskussion der Möglichkeiten und Grenzen eines persönlichen Pflegebudgets vgl. Klie/Spermann (2004).

¹⁹ Diese Veränderungen in Richtung „Individualisierung“ (Beck, 1986), „Fitnessorientierung“ (Bauman, 1997) oder „Narzissmus“ (Lasch, 1986) führen sicher nicht zu einem „Ende der Solidarität“ – wohl aber zu einem Wandel von Solidarität: zu einer Verringerung von „Nahraumsolidarität“, wie sie sich auch in der Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger äußert und zu einer steigenden Bedeutung von „Fernraumsolidarität“, d.h. im zivilgesellschaftlichen Engagement für Belange des Gemeinwesens. Wir konnten zeigen, dass die Präferenz für „Nahraumsolidarität“ in der Sozialstruktur ziemlich genau gegenläufig verteilt ist zur Präferenz für „Fernraumsolidarität“. „Nahraumsolidarität“ ist besonders in der traditionsbewussten Unterschicht stark ausgeprägt, „Fernraumsolidarität“ dagegen nur sehr schwach. „Fernraumsolidarität“ wird sehr viel stärker im liberal-bürgerlichen Milieu praktiziert, dafür aber nur in geringem Maße „Nahraumsolidarität“. Wir haben diese Verteilung damit erklärt, dass die Handlungsstrukturen von „Fernraumsolidarität“ besser mit den Präferenzen „moderner Subjekte“ vereinbar sind. (Blinkert/Klie; 2004).

2. es wird vorausgesetzt, dass der Anteil der älteren Menschen, die mit einem Partner zusammenleben, abnehmen wird.

Beide Entwicklungen wirken sich auf den Umfang des informellen Pflegepotentials aus und tragen dazu bei, dass dieses geringer ist als unter den Bedingungen von Szenario 1.

Unverändert bleiben in Szenario 3 die Annahmen über die demographische Entwicklung, über die altersspezifischen Pflegebedürftigkeitsquoten und auch die Ausschöpfung des Pflegepotentials für eine häusliche Versorgung wird so berücksichtigt wie in Szenario 1.

Mit einer steigenden Erwerbsbeteiligung in allen Altersgruppen ist vor allem für Frauen zu rechnen, deren Erwerbsquoten wahrscheinlich denen der Männer immer ähnlicher werden. Bei Männern dürften vor allem die Erwerbsquoten in den höheren Altersgruppen steigen. Gründe dafür sind die Erhöhung des Ruhestandsalters auf 67 Jahre und die Abschaffung von Vorruhestandsregelungen. Für Szenario 3 wird angenommen, dass die Erwerbsquoten bis 2020 allmählich steigen und auf dem dann erreichten hohen Niveau bestehen bleiben.²⁰

Tabelle 5: Annahmen über die Veränderung der Erwerbsquoten für Männer und Frauen bis 2050

	2006	2010	2020	2030	2050
Erwerbsquoten der Männer					
30-34	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95
35-39	0,97	0,97	0,97	0,97	0,97
40-44	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96
45-49	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95
50-54	0,92	0,93	0,95	0,95	0,95
55-59	0,82	0,84	0,89	0,90	0,90
60-64	0,39	0,45	0,59	0,60	0,60
65-69	0,04	0,11	0,28	0,30	0,30
Erwerbsquoten der Frauen					
30-34	0,78	0,81	0,89	0,90	0,90
35-39	0,80	0,83	0,89	0,90	0,90
40-44	0,83	0,86	0,94	0,95	0,95
45-49	0,83	0,86	0,94	0,95	0,95
50-54	0,77	0,80	0,89	0,90	0,90
55-59	0,63	0,68	0,79	0,80	0,80
60-64	0,20	0,28	0,48	0,50	0,50
65-69	0,02	0,07	0,19	0,20	0,20

Im Hinblick auf den Anteil der älteren Menschen, die mit anderen zusammen leben, gehen in das Szenario 3 die folgenden Annahmen ein²¹: Erwartbar ist, dass der Anteil der Zusammenlebenden in allen Altersgruppen sinken wird. Für diese Annahme spricht, dass sich die „fernere Lebenserwartung“ von Männern und Frauen weiter auseinander entwickeln wird, mit der Konsequenz, dass der Anteil von verwitweten Frauen in den höheren Altersgruppen zunehmen wird. Erwartbar ist auch, dass aufgrund einer steigenden Zahl von Geschiedenen und getrennt Lebenden der Anteil der älteren Menschen, die mit einem Partner, einer Partnerin zusammenleben, abnehmen wird.

²⁰ Die Annahmen über die Entwicklung der Erwerbsquoten für Frauen decken sich weitgehend mit den Annahmen des IAB (2005).

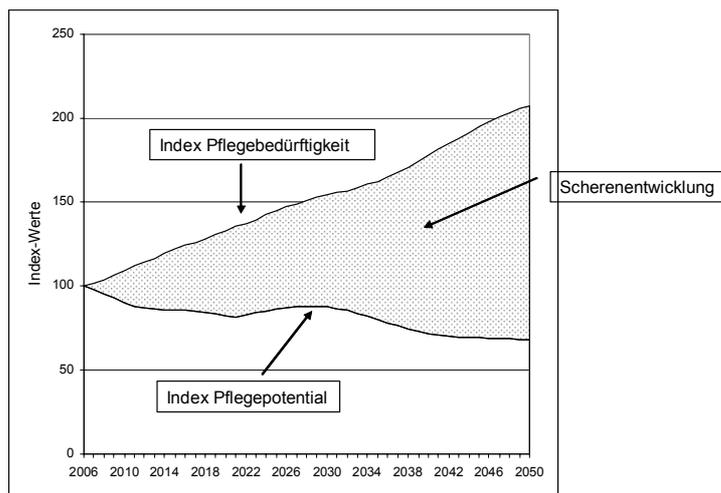
²¹ Ich folge dabei im wesentlichen den Vorschlägen von Juliane Roloff, 2001.

Tabelle 6: Annahmen über den Anteil der mit anderen Zusammenlebenden in den Altersgruppen 60 Jahre und älter bis 2050

	2006	2010	2020	2030	2050
60-69	0,80	0,79	0,75	0,72	0,65
70-79	0,65	0,64	0,60	0,57	0,50
80-89	0,45	0,44	0,40	0,37	0,30
90 u.ä.	0,30	0,29	0,25	0,22	0,15

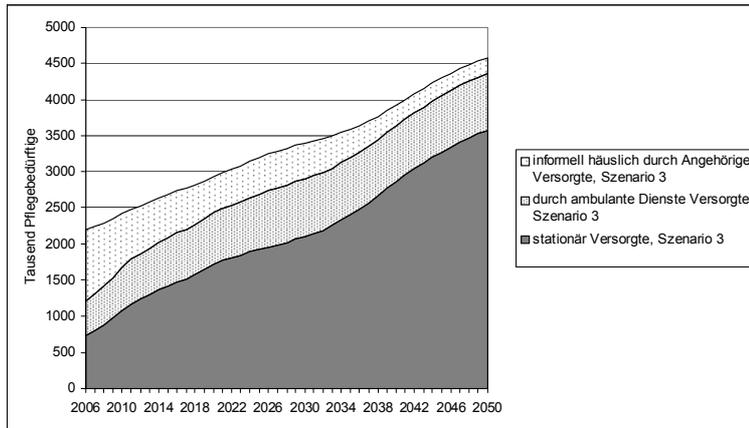
Im Unterschied zu Szenario 1 würde das informelle Pflegepotential sehr rasch sinken, zwischen 2025 und 2030 leicht steigen und dann bis 2050 wieder deutlich sinken. Die bereits in Szenario 1 erkennbare „Scherenentwicklung“ wäre in Szenario 3 noch sehr viel stärker ausgeprägt: während die Zahl der Pflegebedürftigen erheblich wächst, würde sich das Pflegepotential bis 2050 auf ein Niveau von nur noch rund 60 % des Wertes von 2006 reduzieren.

Index-Entwicklung: Zahl der Pflegebedürftigen und informelles Pflegepotential 2006 bis 2050 – Szenario 3

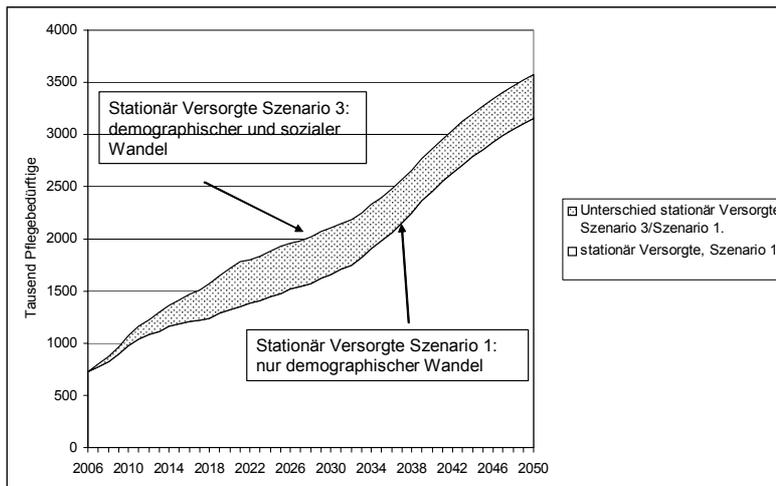


Für die Entwicklung der Verteilung von Pflegearrangements wäre das mit erheblichen Konsequenzen verbunden: Die Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen würde bis 2050 auf rund 3,6 Millionen steigen (Szenario 1: rund 3.0 Millionen). Die Zahl der zuhause ohne berufliche Hilfe gepflegten Pflegebedürftigen würde deutlich abnehmen während die Zahl der häuslich Versorgten, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen annähernd konstant bleiben würde.

Pflegearrangements 2006 bis 2050 - Szenario 3



Unterschied zwischen Szenario 3 und Szenario 1 in der Zahl der stationär Versorgten



Szenario 4: Wie könnten sich institutionelle Veränderungen auf die Versorgungssituation Pflegebedürftiger auswirken?

Der demographische Wandel wird sich kaum beeinflussen lassen. In welche Richtung der soziale Wandel geht, ist schwer vorhersagbar. Am ehesten ist vielleicht anzunehmen, dass sich die sozialen, kulturellen und ökonomischen Verhältnisse nicht grundlegend ändern werden – aber auch das ist ungewiss.

Vorstellbar ist jedoch, dass es zu Reformen der Pflegeversicherung kommt und dass auch in anderen Bereichen – z.B. in der Berufswelt – Änderungen erfolgen, die sich auf die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen auswirken. Vor allem die folgenden Veränderungen sind denkbar:

- Die Pflegeversicherung wird dahingehend reformiert, dass bedarfsgerechtere Formen der Versorgung möglich werden. Das wäre u.a. durch die gesetzliche Verankerung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management möglich.²²
- Die Leistungen der Pflegeversicherung werden so verändert, dass die häusliche Versorgung durch pflegende Angehörige auch in finanzieller Hinsicht attraktiver wird.
- Es werden in verstärktem Umfang Infrastrukturen geschaffen, die in stärkerem Maße als bisher eine Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflegen ermöglichen.
- Parallel dazu werden von den Tarifpartnern und gestützt durch die Gesetzgebung Regelungen geschaffen, die für die Übernahme von Pflegeverpflichtungen einen befristeten Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit ermöglichen und auch finanziell tragbar machen.

Die Auswirkungen dieser Veränderungen würden sich in dem Modell als eine Steigerung der Ausschöpfungsquote des Pflegepotentials für die häusliche Versorgung abbilden lassen. Eine stärkere Vereinbarkeit von Beruf und Pflegen könnte außerdem dadurch berücksichtigt werden, dass auch von den Erwerbstätigen ein bestimmter Anteil dem informellen Pflegepotential zugerechnet wird. Das Problem ist jedoch, dass es keine wirklich begründbaren Vermutungen über die quantitative Größenordnung dieser Veränderungen gibt. Alle Versuche, auf dieser Basis ein Szenario zu spezifizieren sind also in höchstem Maße spekulativ und können allenfalls als Hinweis auf die Richtung möglicher Effekte verstanden werden.

Dazu werden die folgenden Annahmen formuliert:

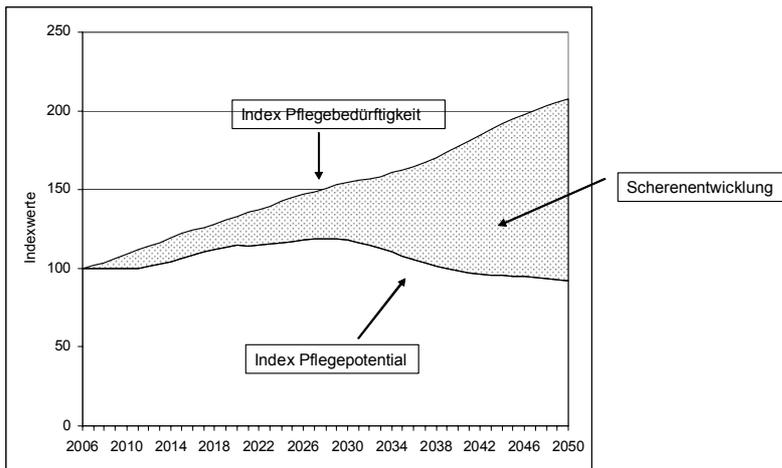
- Die angenommenen Veränderungen setzen allmählich ein und sind bis 2020 abgeschlossen.
- Alle diese Veränderungen führen zu einer Steigerung der Bereitschaft zur häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Vorausgesetzt wird, dass im Zeitraum bis 2020 die Ausschöpfung des informellen Pflegepotentials allmählich um 20 % zunimmt.
- Außerdem wird vorausgesetzt, dass der Anteil der Erwerbstätigen, für die prinzipiell die Übernahme von Verpflichtungen im Rahmen einer häuslichen Versorgung in Frage kommt, ebenfalls allmählich bis 2020 um 20 % zunimmt.

Natürlich lassen sich auch andere Werte annehmen, die aber ebenso wenig begründbar sind wie die Steigerungsrate von 20 % bis zum Jahr 2020. Eine Erhöhung der Ausschöpfungsquote um 20 % und eine Steigerung der Bereitschaft von Erwerbstätigen, sich an der häuslichen Versorgung zu beteiligen ebenfalls um 20 % sind einerseits erhebliche Veränderungen, erscheinen andererseits aber nicht als völlig unrealistisch.

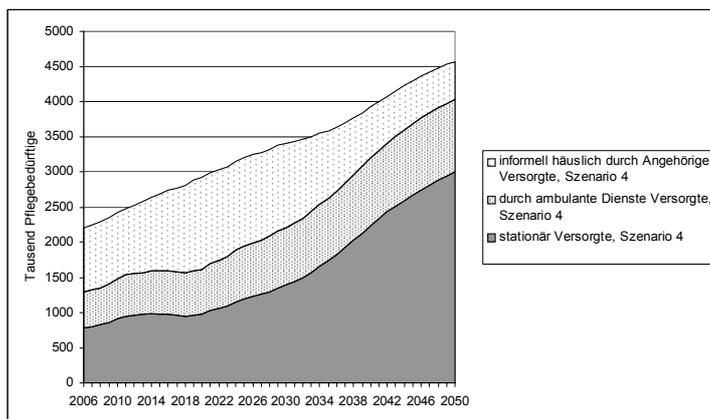
Unter den Bedingungen von Szenario 4 wäre das informelle Pflegepotential deutlich höher als in dem Durchlauf für Szenario 3, auch die Zahl der stationär Versorgten wäre geringer.

²² Zur Einführung eines persönlichen Pflegebudgets vgl. Klie/Spermann, 2004; Klie, 2007. Das Modellprojekt zur experimentellen Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management in sieben Regionen von Deutschland und die dazu durchgeführte Begleitforschung werden von den Spitzenverbänden der Pflegekassen gefördert. Die bislang vorliegenden Ergebnisse der Begleitforschung zeigen, dass diese Innovation eine Stabilisierung der häuslichen Pflege durch Angehörige erreichen kann und zwar dadurch, dass die flexible Verwendung von finanziellen Ressourcen in erheblichem Umfang zu einer Entlastung pflegender Angehöriger beiträgt.

Index-Entwicklung: Zahl der Pflegebedürftigen und informelles Pflegepotential 2006 bis 2050 – Szenario 4



Pflegearrangements 2006 bis 2050 - Szenario 4



Allerdings würde sich auch dann, wenn Erwerbstätigkeit und Pflegen besser miteinander vereinbar wären und wenn institutionelle Veränderungen die Pflegebereitschaft verstärken würden, die Schere zwischen steigender Pflegebedürftigkeit und der Entwicklung des Pflegepotentials zunehmend weiter öffnen.

Die hier vorausgesetzten Veränderungen würden zwar die Bereitschaft und auch die Möglichkeiten zur häuslichen Pflege deutlich steigern, aber die angenommene Steigerung um 20 % würde gerade ausreichen, um mittelfristig – bis ungefähr 2020 – den erwartbaren „Heimsog“ zu bremsen. Ab diesem Zeitraum wäre auch trotz der vorausgesetzten Innovationen mit einem weiteren starken Anstieg der Nachfrage nach stationären Versorgungsmöglichkeiten zu rechnen bis zu einer Zahl von fast 3.000.000 Pflegebedürftigen, die 2050 in Heimen gepflegt werden.

5. Abschließender Kommentar

Die Simulation von Szenario 4 macht deutlich, dass kleinere und systemimmanente Veränderungen zwar zu einer Atempause verhelfen können, andererseits aber vermutlich nicht allzu viel bewirken werden. Auch die hier vorausgesetzten Veränderungen erfordern schon einen erheblichen Einsatz von Mitteln – außer Geld auch geistige Ressourcen wie die Einsicht in die prekäre Lage bei allen relevanten Akteuren, vor allem aber auch politischen Gestaltungswillen und die Nutzung von datensetzender Macht.²³ Ob mit grundlegenden Reformen gerechnet werden kann ist höchst zweifelhaft. Wir alle werden uns wohl mit dem Gedanken vertraut machen müssen, dass künftig irgendeine Form von stationärer Versorgung der Normalfall sein wird. Das erfordert neue Formen der Finanzierung, neue Infrastrukturen, neue Ausbildungsgänge und eine Steigerung der Attraktivität pflegender Berufe.

In der Gegenwart besitzt ein Prinzip politisch gestaltende Bedeutung, das sich in der Zukunft vermutlich nicht mehr wird realisieren lassen – der Grundsatz, dass häusliche Pflege den Vorrang hat vor der Heimpflege. Vieles deutet darauf hin, dass diese beiden Formen der Versorgung - die häuslich-ambulante Pflege und die stationäre Pflege – als gleichrangig betrachtet werden müssen und dass sich beide in einer grundlegenden Weise verändern müssen, vielleicht in dem Sinne, dass es gar nicht mehr diese scharfe Abgrenzung zwischen ambulant und stationär geben wird. Für die stationäre Pflege könnte eine Umgestaltung in der Weise sinnvoll und notwendig sein, dass nicht nur die Kapazitäten erhöht werden, sondern die Pflegeheime auch einen ganz anderen Charakter bekommen. Zu denken wäre an sehr kleine und dezentrale Heime, mit vielleicht nicht mehr als 20 Plätzen, die sogar bis zu einem gewissen Grad eine wohnortnahe Versorgung von Pflegebedürftigen ermöglichen, bzw. eine Versorgung in der Nähe von Angehörigen. Pflegeheime dieses Typs hätten dann auch mehr den Charakter von betreuten Wohngruppen, mit einer starken Anbindung an lokale Lebenswelten und bürgerschaftlich Engagierte. Zur Umgestaltung gehört auch, dass angemessene Versorgungsformen gerade für Menschen mit Demenz entwickelt werden, für die die bisherigen stationären Versorgungsformen sich nur als begrenzt adäquat erwiesen haben. Aufgrund der sich ändernden Alterszusammensetzung der Pflegebedürftigen ist ein steigender Anteil von Demenzerkrankten zu erwarten.

Ein Trend zur realistischen Einschätzung der Versorgungsmöglichkeiten und zur zunehmenden Bereitschaft, auch die stationäre Versorgung in Erwägung zu ziehen, zeigt sich auch darin, dass in Befragungen von 40- bis 60-Jährigen mehr als die Hälfte für den Fall einer eigenen Pflegebedürftigkeit auch die Versorgung in einem gut geführten Pflegeheim akzeptieren würden.²⁴

Im Hinblick auf die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen wäre es wichtig, wenn sie in sehr viel stärkerem Maße durch beruflich geleistete Hilfen unterstützt würde, dass viel mehr Möglichkeiten angeboten und genutzt werden, die auf ein kreatives Pflege-Mix hinauslaufen. Dazu zählt nicht nur eine Ausweitung der ambulanten Dienste, sondern auch der Ausbau von Einrichtungen der Kurzzeit- und Tagespflege, die zwar gegenwärtig nur relativ selten in Anspruch genommen werden, für die aber ein steigender Bedarf zu erwarten ist.

Wenn häusliche Pflege – auch in veränderter Form – überhaupt eine Chance haben soll, sind auch arbeitsmarktpolitische Regelungen und lokale Infrastrukturen erforderlich, die eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege ermöglichen. Zu einem Maßnahmenbündel gehören sowohl Maß-

²³ Zum Konzept der "datensetzenden Macht" vgl. H. Popitz, 1992.

²⁴ Blinkert/Klie, 2004.

nahmen der Flexibilisierung der Arbeitszeit und Arbeitsorganisation, aber auch analog zum "Erziehungsjahr" ein gesetzlich gesichertes "Pflegejahr", das eine problemlose Wiederaufnahme des Arbeitsverhältnisses garantiert. Eine verbesserte Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflegen setzt aber auch Infrastrukturangebote für die Pflegebedürftigen voraus, insbesondere im teilstationären Bereich, die den Pflegenden eine spürbare Entlastung ermöglichen.

Angesichts der zunehmenden Unübersichtlichkeit im Pflegebereich sind auch Beratungsangebote erforderlich, die über das hinausgehen, was derzeit von den Pflegekassen und anderen Organisationen angeboten wird und in Richtung des Ausbaus einer Case-Management-Infrastruktur gehen sollten.²⁵

Wie auch immer die Versorgung von Pflegebedürftigen künftig gehandhabt wird, eines ist sicher: Der Bedarf an Pflegefachkräften wird ganz erheblich steigen. Ohne eine massive Bildungsoffensive im Feld der Pflege wird der zukünftige Bedarf an beruflich Pflegenden nicht gedeckt werden können. Eine solche Bildungsoffensive muss von einem europäisch abgestimmten, differenzierten Berufsbildungskonzept ausgehen und darf sich nicht auf Pflegefachberufe im engeren Sinn beschränken, sondern muss einen breiten Berufsgruppenansatz verfolgen und flexible Möglichkeiten der Teilzeitarbeit und der zeitweisen Mitarbeit im Pflegesektor eröffnen. Insgesamt gilt es, die Attraktivität des Arbeitsfeldes zu erhöhen, und darzulegen, dass es sich hier um ein produktives Wachstumsfeld handelt, in dem es um die Gestaltung einer bedeutsamen gesellschaftlichen Aufgabe mit hohem Herausforderungsgehalt geht.

Ob und in welcher Weise bürgerschaftliches Engagement als eine Art dritter Sektor neben Staat und Markt sich für die Versorgung von Pflegebedürftigen einsetzen lässt, ist eine Frage, die eher zu einer skeptischen Einschätzung Anlass gibt, wenn es um die dauerhafte und eigentliche Pflege Tätigkeit geht. Dennoch kann dieser Sektor, das gemeinwesenorientierte bürgerschaftliche Engagement, durchaus von einiger Bedeutung für die Versorgung von Pflegebedürftigen werden. Sicher wird man nicht damit rechnen können, dass Versorgungsleistungen, die bisher entweder von nahen Angehörigen oder von Pflegediensten erbracht wurden, künftig in einer verlässlichen Weise von engagierten Bürgern übernommen werden. Aber es wäre denkbar, dass gegenüber Pflegenden sozial unterstützende Aktivitäten durch bürgerschaftlich Engagierte geleistet werden, dass sich Kreise und Initiativen bilden, die sich für Qualitätssicherung in der Pflege einsetzen und für den Ausbau einer effizienten und menschenwürdigen lokalen Pflegeinfrastruktur. Um das zu erreichen, wäre es wichtig, dass bereits jetzt in den Kommunen ein Diskussions- und Partizipationsprozess über die Versorgungssituation von Pflegebedürftigen in Gang gebracht wird. Die Chancen dafür sind wohl sehr günstig, angesichts der Tatsache, dass in Befragungen es nahezu jeder für wahrscheinlich hält, selber einmal pflegebedürftig zu werden und nur eine Minderheit davon ausgeht, dass die eigene Versorgung auch wirklich gesichert ist.²⁶ Das Versprechen von Sicherheit ist eine der zentralen Legitimationen für Herrschaft. Die Politik dürfte erheblich unter Druck geraten, wenn immer deutlicher wird, dass es höchst fragwürdig ist, ob dieses Versprechen sich für die Versorgung im Falle von Pflegebedürftigkeit einhalten lässt.

²⁵ Erfolgreich erprobt wurde eine solche Struktur im Rahmen der experimentellen Einführung eines persönlichen Pflegebudgets. Die geplanten „Pflegestützpunkte“ gehen in diese Richtung.

²⁶ Vgl. Blinkert/Klie, 2004.

Literatur

- Bauman, Zygmunt (1997): *Flaneure, Spieler und Touristen. Essays zu postmodernen Lebensformen*, Hamburg
- Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Frankfurt
- Becker, Howard S. (1963): *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*, New York/London
- Blinkert, Baldo (2007a): *Pflegearrangements – Vorschläge zur Erklärung und Beschreibung sowie ausgewählte Ergebnisse empirischer Untersuchungen*, in: Igl, Gerhard, Naegele, Gerhard, Hamdorf, Silke (Hg.): *Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen*, Münster/Hamburg/London S. 225-244
- Blinkert, Baldo (2007b): *Bedarf und Chancen. Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Prozess des demografischen und sozialen Wandels*, in: *Pflege und Gesellschaft*, 12. Jg., H.3, S. 227-239
- Blinkert, Baldo (2005): *Pflege und soziale Ungleichheit – Pflege und „soziale Milieus“*, in: Schroeter, Klaus R., Rosenthal, Thomas (Hg.), *Soziologie der Pflege*, Weinheim/München, S. 141-156
- Blinkert, Baldo, Klie, Thomas (2004): *Solidarität in Gefahr?* Hannover
- Blinkert, Baldo, Klie, Thomas (2006a): *Der Einfluß von Bedarf und Chancen auf Pflegzeiten in häuslichen Pflegearrangements*, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39 (2006), S. 423-426
- Blinkert, Baldo, Klie, Thomas (2006b): *Die Zeiten der Pflege*, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, S. 202-210
- Blinkert, Baldo, Klie, Thomas (2001): *Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages*, hekt.Man., Berlin/Freiburg
- Blinkert, Baldo, Klie, Thomas (2000): *Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus*, in: *Sozialer Fortschritt* Jg. 49, S. 237-245
- Blinkert, Baldo, Klie, Thomas (1999): *Pflege im sozialen Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger*, Hannover
- Elias, Norbert (2002, 1982): *Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen*, in: ders.: *Über die Einsamkeit der Sterbenden*, Frankfurt S. 9-68
- Elias, Norbert (2002, 1982): *Altern und Sterben – einige soziologische Probleme*, in: ders.: *Über die Einsamkeit der Sterbenden*, Frankfurt, S. 69-92
- Giddens, Anthony (1984): *The Constitution of Society*, Cambridge
- Häcker, Jasmin, Raffelhüschen, Bernd (2006): *Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des „Heimsog-Effekts“*, Diskussionsbeiträge des Forschungszentrum Generationen-Verträge, Freiburg, No. 11
- Igl, Gerhard (2005): *Die Zukunft der Pflegeversicherung vor dem Hintergrund von Bedarfen, Entbürokratisierung und Finanzierbarkeit*, in: Klie, Thomas et al. (Hg.): *Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen*, Frankfurt, S. 55-71
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2005): *IAB Kurzbericht, Ausgabe Nr. 11 / 26.7.2005*
- Klie, Thomas, Spermann, Alexander (Hg.) (2004): *Persönliche Budgets – Aufbruch oder Irrweg?* Hannover.
- Klie, Thomas: *Das Pflegebudget*, in: Igl, Gerhard, Naegele, Gerhard, Hamdorf, Silke (Hg.) (2007): *Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen*, Münster/Hamburg/London, S. 208-224
- Lasch, Christopher (1986): *Das Zeitalter des Narzissmus*, München
- Mayer, Karl Ulrich, Baltes, Paul B. (Hg) (1996): *Die Berliner Altenstudie*, Berlin
- Popitz, Heinrich (1992): *Phänomene der Macht*, Tübingen
- Roloff, Juliane (2001): *Anhang zur demografischen Entwicklung*, in: Blinkert, Baldo, Klie, Thomas: *Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und*

privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages, hekt.Man., Berlin/Freiburg

Schulz, Erika, Leidl, Reiner, König, Hans-Helmut (2001): Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050, Diskussionspapier 240, Berlin

Sennett, Richard (1998): Der flexible Mensch, Die Kultur des neuen Kapitalismus, Berlin

Simmel, Georg (1958, 1923): Der Arme, in: ders., Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung, Berlin, S. 345-358

Statistisches Bundesamt (2007): Bevölkerung Deutschlands bis 2050, 11. koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2001 – 2005): Pflegestatistik

Ziegler, Uta, Doblhammer, Gabriele (2005): Steigende Lebenserwartung geht mit besserer Gesundheit einher. Risiko der Pflegebedürftigkeit in Deutschland sinkt, in: Max-Planck-Institut für demographische Forschung Rostock (Hg): Demographische Forschung aus erster Hand, Jg. 2, Nr. 1

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. Baldo Blinkert
Institut für Soziologie der Universität Freiburg
Rempartstr. 15
79085 Freiburg
Email: baldo.blinkert@soziologie.uni-freiburg.de
Internet: <http://www.soziologie.uni-freiburg.de/Personen/blinkert/>